



Recherche sur les politiques de *santé*

Bulletin

Les fluctuations du taux de fécondité : Incidences et tendances

Les tendances en matière de fécondité qui se dessinent au Canada et dans d'autres pays industrialisés sont à l'image des profonds bouleversements qui secouent la société depuis une quarantaine d'années. Le présent numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* examine la dynamique complexe qui se trame derrière ces tendances, comme les changements affectant les structures familiales, les rôles dévolus aux sexes et les grandes étapes de vie. Il analyse également les effets de telles tendances sur les femmes, les hommes, les enfants, le régime de soins de santé et la société dans son ensemble.

Les Canadiens ont de moins en moins d'enfants et se reproduisent à un âge plus avancé que jamais auparavant. Les études sur le report de la procréation commandées par Santé Canada révèlent que l'écart entre le statut socioéconomique de nouveaux parents plus âgés et leurs homologues plus jeunes s'est élargi. Même si la procréation à un âge plus avancé pose plus de dangers pour la santé de la mère et de l'enfant, le statut socioéconomique constitue un déterminant clé de la santé et doit être pris en compte dans les études sur la fécondité. Ce numéro du Bulletin s'intéresse également aux sujets suivants :

- Le report des grandes étapes de vie (accès aux études supérieures, départ du domicile parental et établissement de nouvelles relations) et son impact sur le délai à procréer.
- Les liens entre le report de la reproduction et la tendance générale vers une baisse du taux de fécondité.
- Les avantages socioéconomiques et les dangers de santé inhérents au report de la reproduction pour les femmes, les hommes et les familles.
- L'incidence du calendrier de la fécondité sur la santé, la famille et la société.

Finalement, on note la nécessité de discuter et de débattre des implications soulevées par notre étude et de l'importance de mener d'autres recherches pour arriver à mieux comprendre les facteurs qui sous-tendent les choix de reproduction, à la fois des femmes et des hommes. Sous l'angle des politiques sociales, il y aurait lieu d'orienter les efforts vers la modification des facteurs qui influencent ces tendances pour réduire ou éliminer les désavantages qui y sont associés. En facilitant le débat sur une éventuelle politique démographique au Canada, le Bulletin met en lumière plusieurs options stratégiques qui méritent d'être explorées.

Dans ce numéro

Fluctuation des tendances en matière de fécondité

Contexte des politiques :
Dynamique de la fécondité

Tendances en matière
de fécondité au Canada

Disparités socioéconomiques
croissantes

Effets sur la santé

Pleins feux sur les individus
et les populations

Sous-populations au Canada

Implications à l'échelle
des politiques

Qui fait quoi?

Résultats du sondage
auprès des lecteurs

Distributions statistiques

3

7

11

15

21

24

28

32

34

36

Glossaire de termes courants

Dépistage anténatal : Procédés de dépistage et de diagnostic qu'on peut opérer sur une femme enceinte pour établir la probabilité (dépistage) ou la présence ou l'absence (diagnostic) de déficiences structurelles ou d'aberrations chromosomiques chez le fœtus, y compris l'échographie prénatale, le test de dépistage sanguin chez la mère pour mesurer le taux d'alpha-fœtoprotéines, l'amniocentèse et le prélèvement de villosités choriales (PVC).

Fertilité : Capacité physiologique de concevoir (femmes) ou d'engendrer (hommes) un enfant.

Indices de fécondité :

- **Indice synthétique de fécondité (ISF)** — Nombre moyen d'enfants qui naîtraient de chaque femme si, respectant la structure par âge, elles étaient soumises au taux de fécondité de l'année en cours jusqu'à la fin de leur période reproductive. On a établi que le taux de remplacement des générations — c'est-à-dire, le taux requis pour assurer le maintien de la taille actuelle de la population, correspond à un ISF de 2,1.
- **Taux de fécondité par âge** — Nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes, par groupe d'âge.

Infertilité : Incapacité de concevoir (femmes) ou d'engendrer (hommes) un enfant pendant une période de 12 mois ou plus en raison d'une déviation ou d'une interruption de la structure ou du fonctionnement normal de toute partie, de tout organe ou de tout système de reproduction pour des raisons autres que la stérilité chirurgicale ou le recours à la contraception.

Naissance prématurée : Naissance vivante où l'âge gestationnel de l'enfant est inférieur à 37 semaines complètes.

Parité : L'ordre séquentiel d'une naissance chez une mère en particulier. On a recours à trois catégories : première naissance, seconde naissance, et troisième naissance et plus.

Productivité post-reproductive : Stade de vie se déroulant entre le départ des enfants du domicile parental et la retraite.

Rapport de dépendance : Nombre de personnes de 0 à 14 ans et de 65 ans et plus (personnes qui ne sont pas en âge de travailler) divisé par le nombre de personnes de 15 à 64 ans (personnes en âge de travailler).

Report de la reproduction : Écart entre l'âge à la naissance du premier enfant et l'âge maternel moyen au premier enfant chez l'ensemble des femmes. Cet écart se calcule en prenant en compte des facteurs tels que le niveau de scolarité de la mère, le domaine d'étude principal, la grosseur de la ville de résidence de la mère et son année de naissance.

Profil du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* de Santé Canada est publié trois fois l'an. Le Bulletin s'inscrit dans un programme général de communication axé sur la recherche en politiques ayant pour but d'enrichir la base de données probantes pertinente aux politiques de Santé Canada.

C'est un comité directeur ministériel qui guide les orientations du Bulletin. Au sein de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, c'est la Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR) qui coordonne la préparation et la production du Bulletin. La DGDR tient à souligner la précieuse collaboration des membres du comité directeur, ainsi que de Nancy Hamilton, rédactrice en chef, de Jaylyn Wong, éditrice en chef du 10^e numéro du Bulletin, de Tiffany Thornton à la coordination, de Raymonde Sharpe à la vérification de la qualité, de Marie-Josée Therrien et de Jeff Thibert aux services éditoriaux, et de Kathryn Joly, Abacus Services. Il importe aussi de remercier de façon toute particulière Linda Senzilet, Sari Tudiver et les rédactrices invitées du présent numéro, Phyllis Colvin, directrice de la Division des politiques, Direction des politiques, de la planification et des priorités, Direction générale de la politique de la santé (DGPS) et Deanna St.Prix-Alexander, directrice générale du Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, DGPS.

N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires, de vos suggestions et de votre désir d'ajouter votre nom à notre liste d'envoi. Prière de faire parvenir toute rétroaction ou tout avis de changement d'adresse à : <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

Vous pouvez accéder à la version électronique du Bulletin en formats HTML et PDF à l'adresse suivante : <<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>>.

Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui concerne l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada.

La présente publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005

ISSN 1496-466 X

Révision, conception et mise en page : Allium Consulting Group Inc.

Postes Canada, numéro de convention 4006 9608

En cas de non livraison, retourner à :

Santé Canada
DGIAC/IACB
DGDR/RMDD

LP : 1904A
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9



La dynamique de la fécondité

dans le contexte des politiques sociales

Entrevue avec deux invitées de Santé Canada : **Phyllis Colvin**, directrice de la Division des politiques, Direction des politiques, de la planification et des priorités, Direction générale de la politique de la santé, et **Deanna St.Prix-Alexander**, directrice générale du Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, Direction générale de la politique de la santé. Entrevue menée par **Nancy Hamilton**, directrice-rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé.



Q Les récentes études scientifiques révèlent d'intéressantes tendances dans les taux de fécondité et de reproduction des pays occidentaux et industrialisés, notamment au Canada. Pouvez-vous nous parler de certaines de ces tendances?

Phyllis : Il existe plusieurs grandes tendances en matière de fécondité et de reproduction qui révèlent des mutations assez profondes en Occident. Ce numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* porte sur l'un des changements démographiques les plus importants que le Canada ait connus au cours des dernières décennies, à savoir que les Canadiennes ont leur premier enfant à un âge de plus en plus avancé. On trouve aussi certaines répercussions de cette tendance sur la santé, la vie sociale et l'économie.

La plupart des Canadiens et des Canadiennes savent qu'ils vivent dans une société vieillissante. Beaucoup ignorent, toutefois, que ce vieillissement est, en grande partie, une conséquence de la baisse de la fécondité. Comme dans d'autres pays d'Occident, les Canadiennes ont de moins en moins d'enfants. Si cette faible fécondité est le résultat de plusieurs tendances durables, il tient également au fait que certaines grandes étapes de vie sont aujourd'hui retardées. Comme l'explique Roderic Beaujot dans son article (voir l'article en page 21), les hommes et les femmes entrent en ménage à des âges tardifs et reportent à plus tard la naissance des enfants. La période de fécondité est alors raccourcie ou comprimée, d'où une fécondité générale plus basse.

Q Quels sont les facteurs et les conditions responsables de ces tendances?

Deanna : Les enjeux afférents aux grandes étapes de vie liés à la démographie et aux tendances en matière de procréation sont très complexes. Ce numéro traite du contexte général de ces tendances, ce que j'appelle leur « sens social ». On jette un regard sur les réalités et les inégalités économiques dans la société et leur impact sur la fécondité; on se penche aussi sur l'évolution des rôles et attentes des hommes et des femmes dans le contexte de la lutte pour l'égalité des sexes (voir l'article en page 7). ▶

Pour mieux comprendre ces tendances, il faut les examiner dans une perspective historique, soit sous l'angle du « fardeau de l'enfantement » et de ce qu'il coûte aux femmes. Avec l'amélioration de la santé publique et des soins entourant la maternité, les taux de fécondité ont baissé et la santé des femmes s'est généralement améliorée. L'importance que les gouvernements de pays comme le Canada accordent aux droits génésiques constituent aussi un grand facteur contextuel. Les conventions internationales dont fait partie le Canada reconnaissent le droit des femmes et des hommes de décider ensemble du nombre et de l'espacement de leurs enfants. Pour les femmes, la capacité de contrôler leur vie reproductive a été durement gagnée.

Il est important d'étudier les tendances en matière de procréation sous divers angles. Par exemple, l'article de Sari Tudiver et de Linda Senzilet (voir l'article en page 24) présente, derrière ces grandes tendances, certains facteurs de diversité géographique et ethnoculturelle. Nous devons acquérir, notamment, une connaissance plus détaillée des défis qui se posent aux immigrants et immigrantes, et voir en quoi leur vécu au Canada influence, au fil du temps, leur décision d'avoir ou non des enfants.

Q *Les tendances et les taux de fécondité sont certes des questions intéressantes, mais pourquoi devraient-elles constituer une priorité pour le secteur de la santé?*

Phyllis : Si le retard des maternités réduit le nombre des adolescentes-mères, à l'autre bout du spectre, la procréation chez les femmes plus âgées a de quoi préoccuper, parce que l'âge, par exemple, entraîne certains problèmes. Ainsi, plusieurs indicateurs physiques d'une bonne santé durable chez les enfants (comme le poids à la naissance) ont tendance à faiblir au fur à mesure que la mère vieillit (voir l'article en page 15).

En outre, la reproduction devient souvent plus difficile avec l'âge. Le fait de retarder la maternité élargit la marge de temps dans laquelle les infections transmises sexuellement (ITS) peuvent affecter (voire supprimer) la capacité reproductrice. Bien que les répercussions aient un caractère surtout privé, l'accroissement de l'infertilité chez les hommes et les femmes a suscité un intérêt grandissant pour les technologies de reproduction assistée. À mesure qu'augmentent les pressions pour le recours à la reproduction humaine assistée (RHA), les gouvernements se heurtent à d'importantes questions sociales, d'éthique, de santé et de sécurité liées à ces techniques.

Si la procréation à un âge plus avancé peut avoir des effets négatifs sur la santé physique de la mère et de l'enfant, elle présente aussi certains avantages. Elle permet à la femme d'avoir un meilleur bagage, un meilleur salaire et une plus

grande stabilité familiale, puis à mieux participer à la vie active; ces avantages contribuent à créer des foyers mieux équipés pour élever des enfants.

Deanna : La définition figurant dans la Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada et reconnue par les Nations Unies et l'Organisation mondiale de la Santé atteste que « tous les aspects de la vie des femmes — leur santé, leur situation sociale, économique et juridique — sont interdépendants et influent sur leur bien-être ». La question de la fécondité illustre bien les rapports entre ces éléments et pourquoi ils sont importants en vue d'élaborer des politiques sociales favorables et stimulantes.

Je crois que le secteur de la santé doit s'intéresser aux questions de fécondité à cause de la RHA, mais aussi pour d'autres raisons. La société a connu de profondes mutations, notamment la redéfinition des relations et de la famille, et ce que tout cela signifie pour l'égalité des femmes et, plus récemment, pour l'égalité entre les sexes. Nous devons saisir le sujet sous l'angle de la santé. À titre d'exemple, les questions d'emploi ont d'importantes répercussions sur la santé des femmes, qui doivent aussi s'occuper continuellement de leur famille. Il faut également replacer la santé des hommes dans le cadre de l'évolution des rôles au sein de la famille et de la conciliation entre le travail et la vie familiale. En examinant les questions d'égalité économique et sociale (comme l'équité en matière d'emploi), il faut déterminer comment celles-ci peuvent contribuer à un meilleur état de santé. De toute évidence, les politiques sociales favorisant une bonne santé doivent être examinées dans une perspective d'ensemble.

Q *Il paraît que Santé Canada a commandé des recherches sur les incidences du report de la reproduction. Que nous apprend la recherche sur les voies qu'emprunte cette tendance pour influencer sur la santé?*

Phyllis : Les recherches de la Division des politiques dans ce domaine ne sont pas toutes terminées; cependant, quelques résultats préliminaires sont présentés dans ce Bulletin. Un point central de ces travaux est le « gradient de la santé », phénomène par lequel les mesures de l'état de santé sont positivement liées à celles du statut socio-économique (voir l'encadré en page 5). Nos recherches tentent de déterminer dans quelle mesure ces gradients existent au Canada, ce qui explique leur présence ou absence et ce qu'ils signifient pour les politiques de santé. Bien que le Canada ne soit pas aux prises avec les mêmes inégalités que les États-Unis dans le domaine de la santé, nos recherches démontrent que les gradients liés à la santé sont présents, spécialement d'un quartier à l'autre des villes canadiennes et d'un sous-groupe de population à l'autre.

D'autre part, on constate que les récentes tendances en matière de reproduction ont des répercussions pouvant s'apparenter au gradient. L'article de Clarence Lochhead (voir page 11), par exemple, indique que les couples qui tardent à fonder leur famille jouissent d'une meilleure éducation et d'un meilleur revenu. Comme le revenu et le statut social sont des déterminants de la santé, les enfants nés de familles avec un meilleur statut socioéconomique peuvent avoir un développement plus sain. Quant aux couples qui ne reportent pas leur reproduction dans la même mesure, ils tendent à être moins instruits, plus pauvres et plus exposés au chômage et à l'isolement. C'est pourquoi leurs enfants profitent moins des avantages pour la santé qui découlent d'un bon statut socioéconomique.

Bien sûr, il ne s'agit pas ici d'un phénomène simple. Il y a des incidences sur les politiques concernant les jeunes parents et les parents plus âgés, ainsi que sur la masse de ceux qui se situent entre les deux, soit la majorité des gens. Je crois qu'il y a une suite d'effets par lesquels l'expérience reproductive peut contribuer à l'inégalité. Ces effets pourraient à la fois être la cause et la conséquence de l'inégalité socioéconomique grandissante au Canada. Avec le temps, ceux qui ne peuvent profiter pleinement du report de la reproduction pourraient avoir de la difficulté à redresser les conséquences économiques dans lesquelles ils vivent.

Deanna : La Division des politiques a fait faire de passionnantes recherches sur le sujet et j'attends d'en savoir plus. Je constate cependant une tendance à la polarisation particulièrement inquiétante. Avoir un enfant au début de la vingtaine ne devrait jamais constituer, pour les femmes ou les couples, un risque de pauvreté. De plus, bien qu'une bonne partie des recherches portent sur l'âge des femmes à leur premier enfant, le Bulletin pose aussi la question de l'âge des nouveaux pères. Ce point est important parce qu'on a eu tendance à percevoir la question comme étant un problème de femmes, accusant subtilement celles-ci d'être responsables de la baisse des taux de fécondité, au lieu d'étudier les répercussions chez les hommes et les femmes sous l'angle de la fécondité et de l'évolution des rôles en regard du travail rémunéré ou non rémunéré.

Le « gradient de la santé »

En général, quand le statut socioéconomique s'améliore, l'état de santé s'améliore aussi; inversement, la mauvaise santé est souvent associée à un statut socioéconomique moins bon. Ce rapport de gradient est progressif : l'amélioration du statut socioéconomique entraîne celle de la santé à toutes les échelles de la société et non seulement pour les personnes à faible revenu. Plus la pente d'un gradient social est raide, plus grande est la différence dans l'état de santé entre divers niveaux de statut socioéconomique.

Q *Peut-on changer les tendances de la procréation en engageant des mesures politiques? Si oui, doit-on s'en inquiéter et y a-t-il ici un rôle que le gouvernement pourrait jouer?*

Phyllis : Je crois que ce qui devrait nous préoccuper, c'est l'inconvénient que pose ce problème à la population sous l'angle économique et social, en regard de la justice et de

l'égalité. De plus, comme le fait remarquer Richard Wilkinson, les pays en meilleure santé sont les nations les plus égalitaires et non les plus riches et les plus développées¹.

Puisque la reproduction est une affaire personnelle et privée, on peut penser qu'il serait difficile de modifier les taux de fécondité. Jusqu'ici, les tendances de la reproduction ont résisté aux interventions d'ordre politique, largement parce que le champ d'intervention était très limité (indemnisation pour le temps ou l'argent perdu). Cependant, comme le souligne Mark Wheeler dans son article (voir l'article en page 28), la Suède et la France ont démontré que des politiques de reproduction exhaustives pouvaient favoriser une hausse de la fécondité et améliorer l'égalité. De son côté, le Canada n'a pas, à proprement parler, de politique sur la reproduction; il

s'agit donc de savoir si la population canadienne gagnerait à en avoir une. Les personnes interrogées sur la question manifestent généralement le désir d'avoir un plus grand nombre d'enfants qu'ils n'en auront effectivement. Plusieurs pays dans le monde ont posé des jalons politiques qui laissent entrevoir certaines possibilités d'action dans ce sens.

Même si le Canada ne suit pas l'exemple suédois ou français, il peut sensibiliser les personnes en âge de procréer aux conséquences de leurs décisions et atténuer ou corriger les inconvénients actuels de sorte que l'inégalité ne s'installe pas et ne se transmette pas aux prochaines générations. Ainsi, le système canadien de transfert contribue à réduire la pauvreté parmi les aînés et peut aussi servir à équilibrer l'équation économique pour les jeunes couples qui veulent des enfants, de même que pour ceux qui en ont déjà. Cependant, l'inégalité peut être également réduite par des politiques axées sur d'autres variables, comme la confiance et l'inclusion, qui sont les biens et produits « gratuits » tirés d'expériences de vie préalables. ►

Deanna : La baisse de la fécondité inquiète beaucoup de gens, y compris les responsables des politiques, pour diverses raisons, comme le rétrécissement de l'assiette fiscale, les défis que ce problème posera à l'avenir pour la croissance économique et l'innovation, et ses répercussions sur les politiques d'immigration et d'adoption.

Le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes s'inquiète moins de la chute du taux de fécondité que des facteurs responsables des écarts économiques et de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle qui semblent influencer la décision des hommes et des femmes quant au nombre d'enfants qu'ils désirent avoir. Il importe de penser aux politiques économiques et sociales qui pourraient alléger ce problème.

Comme l'a dit Phyllis, les politiques gouvernementales peuvent aider les gens qui veulent avoir des enfants tout en protégeant l'égalité entre les sexes. Je crois que les gouvernements devraient encourager la réflexion individuelle et collectif pour améliorer les politiques sociales et les programmes.

Q *Compte tenu de la complexité du thème de la fécondité et de la reproduction, bon nombre de questions demeurent sans réponse. Que peut-on faire pour tirer parti des recherches présentées dans ce numéro du Bulletin?*

Deanna : Comme je l'ai dit plus tôt, les tendances en matière de procréation ne doivent pas être étudiées isolément. Malheureusement, la documentation démographique ne tient pas compte des facteurs qui influencent la décision des gens d'avoir ou non des enfants, ni du nombre d'enfants, ni du moment propice. Il est essentiel que les politiques économiques et sociales soient fondées sur une solide connaissance des circonstances et des difficultés auxquelles font face les Canadiens et les Canadiennes.

Pour cela, il faut en savoir plus sur la nature des politiques favorables aux enfants et aux familles dans divers milieux de travail et voir leurs incidences sur le travail par roulement et le travail à temps partiel, ainsi que sur les travailleurs professionnels. Il faut également tenir compte de la double charge que beaucoup de femmes continuent à porter dans leur rôle de mère de famille. Il serait utile d'entreprendre plus de recherches qualitatives dans un

contexte canadien pour voir comment les gens vivent les rapports entre le travail et la vie de famille. On peut aussi tirer parti des travaux menés au Canada (comme ceux de Linda Duxbury sur le déséquilibre entre le travail et la vie de famille²) pour déterminer le meilleur rôle que peuvent jouer les gouvernements en l'occurrence.

Dans plusieurs collectivités rurales et éloignées du Canada, notamment dans un certain nombre de collectivités autochtones, les soins de maternité ne sont prodigués qu'à l'extérieur. Bien que cette réalité perturbe généralement les femmes et les familles, on ne voit pas clairement si cela influence directement la fécondité. Cependant, les politiques qui favorisent la prestation de services de santé génésique plus près des collectivités peuvent créer des milieux plus épanouissants et plus favorables aux familles. Tel que mentionné à la rubrique *Qui fait quoi?* (voir l'article en page 32), les Centres d'excellence pour la santé des femmes mènent des recherches en matière de politiques dans ce domaine.

Je reconnais l'importance d'examiner les expériences concluantes vécues dans d'autres pays (notamment en Suède) pour hausser les taux de fécondité,

mais aussi pour favoriser un mode de vie moins tendu, plus sain et plus épanoui au profit des femmes, des hommes et des familles. Et tant mieux si cela fait monter l'indice synthétique de fécondité! Sinon . . . le jeu en vaut tout de même la chandelle!

Phyllis : Au Canada, la vie reproductive et les tendances en matière de procréation créent des conditions entièrement nouvelles, ce qui confirme toute l'importance de la collaboration dans l'élaboration et l'analyse des politiques, qu'il s'agisse de la collaboration entre le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes et la Division des politiques de Santé Canada ou, plus globalement, entre divers secteurs de politiques économiques et sociaux. Il faut donc commencer par abattre les cloisons intellectuelles et culturelles pour mieux saisir et traiter les grandes questions qui prennent forme au fur et à mesure de l'évolution des tendances dans le domaine de la reproduction et de la fécondité. 🌱

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>>.*

Au Canada, la vie reproductive et les tendances en matière de procréation créent des conditions entièrement nouvelles, ce qui confirme toute l'importance de la collaboration dans l'élaboration et l'analyse des politiques, qu'il s'agisse de la collaboration entre le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes et la Division des politiques de Santé Canada ou, plus globalement, entre divers secteurs de politiques économiques et sociaux.

Procréation :

Sari Tudiver, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes (BSFACS), Direction générale de la politique de santé (DGPS), Santé Canada

Il importe de remercier tout particulièrement Deanna St.Prix-Alexander et Nathalie Valdés, BSFACS, DGPS; Roderic Beaujot, Université de Western Ontario; Mark Wheeler, DGPS; Madeline Boscoe, Réseau canadien pour la santé des femmes; Ann Pederson, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la C.-B.; et Donna Johnson, experte-conseil.

Tendances canadiennes selon le sexe

Cet article vise à initier le lecteur aux tendances canadiennes actuelles en matière de procréation et aux conditions qui les façonnent. Pour bien comprendre la nature de l'indice synthétique de fécondité et d'autres indices, il faut examiner les comportements et les attitudes des femmes et des hommes face à la reproduction dans le contexte global des grandes transformations économiques, culturelles et sociales du siècle dernier.

Contexte de la reproduction

Au Canada comme dans d'autres sociétés occidentales, la conception et la reproduction sont généralement perçues comme des expériences personnelles et intimes. Par contre, le contexte et les incidences de telles expériences varient selon le sexe et revêtent une dimension hautement sociale. La décision d'avoir ou non un enfant, le choix du nombre d'enfants et la détermination du moment propice sont ancrés dans les valeurs et les croyances culturelles et religieuses des hommes et des femmes face aux enfants, à la famille et à la société. En outre, la grossesse peut aussi être imprévue et aura alors des répercussions fort différentes sur la vie des femmes et des hommes.

Les décisions et les comportements face à la reproduction sont assujettis à de puissantes forces institutionnelles et sociales. Au fil de l'histoire, l'Église et l'État ont toujours manifesté un vif intérêt envers la reproduction — surtout en regard du comportement des femmes — en imposant des directives morales, des interdits et des politiques de natalité ou de dénatalité¹. Des bouleversements sociaux comme les guerres, la grande crise ou les migrations affectent aussi le taux de reproduction². Comme l'explique le présent numéro du Bulletin, divers autres facteurs entrent en jeu, dont les rôles et pouvoirs respectifs des sexes, le statut socioéconomique et les questions de fécondité ou d'infécondité. Ces facteurs ont pour effet d'attiser ou de détruire les attentes et espoirs des femmes et des hommes face à la procréation.

Coup d'œil aux grandes tendances

Taux de fécondité à la baisse

Comme l'illustre la figure 1, l'indice synthétique de fécondité (ISF) du Canada est en baisse depuis plus d'un siècle. En quarante ans, l'ISF canadien a chuté, passant de 3,94 en 1959 à 1,50 en 2002, en deçà du niveau de fécondité de remplacement de 2,1³.

La chute de la fécondité témoigne d'une tendance mondiale. Au Canada, les taux de fécondité s'inscrivent entre ceux de pays à « faible fécondité » comme l'Irlande et de pays à « très faible fécondité » comme l'Italie, la Grèce et le Japon⁴.

Les raisons pour lesquelles le Canada et plusieurs autres pays hautement industrialisés se situent sous le seuil de fécondité de remplacement ▶

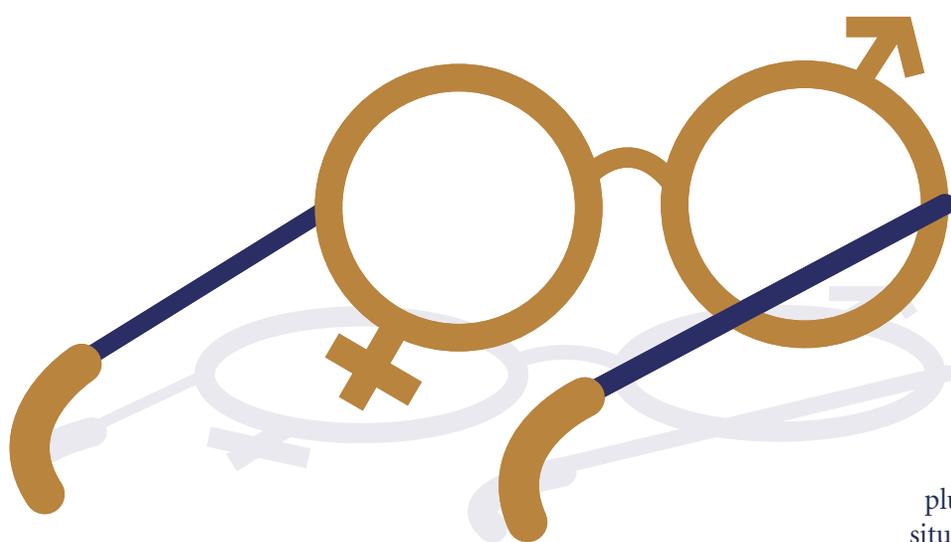
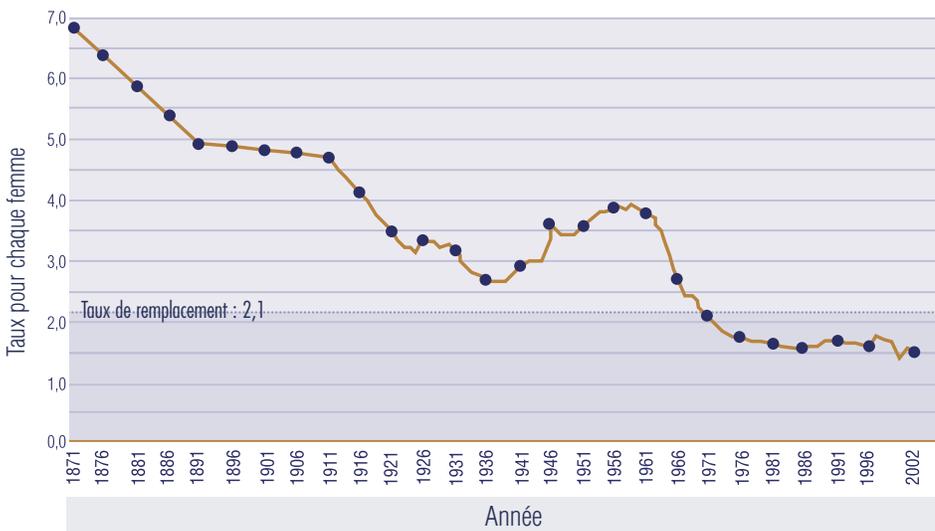


Figure 1 : **Indice synthétique de fécondité, Canada, 1871 à 1996**



Source : Beaujot, 2000⁵; Statistique Canada, *Le Quotidien*³, et *Annuaire du Canada 2001*⁶.

des générations alimentent le débat et intéressent grandement les décideurs, compte tenu des effets économiques et sociaux d'une société vieillissante (voir les pages 3 et 28)⁷. La faiblesse de l'ISF semble à contre-courant des désirs et attentes d'un grand nombre de Canadiens et de Canadiennes, qui manifestent le désir d'avoir deux enfants ou plus^{8,9}.

Report de naissance du premier enfant chez les femmes et les hommes

On constate qu'en général, les Canadiennes et les Canadiens tendent à avoir leurs enfants plus tard dans la vie (voir l'article en page 11). Entre 1976 et 2002, l'âge moyen des mères qui accouchent du premier enfant est passé de 23,4 ans à 27,7 ans¹⁰; la proportion de nouvelles mères âgées de 30 ans et plus est passée de 9 pour cent à 34 pour cent¹¹. Comme l'indique la figure 2, le taux de fécondité selon l'âge des femmes de 30 à 44 ans a augmenté depuis la fin des années 1970, alors que celui des femmes de moins de 30 ans, y compris les adolescentes, a diminué.

La tendance à avoir des enfants plus tard dans la vie est aussi présente, à un moindre degré, chez les hommes. À titre d'exemple, l'âge médian des nouveaux pères a augmenté, passant de 28,1 années chez les hommes nés entre 1922 et 1940 à 29,6 ans chez les hommes nés entre 1941 et 1960, puis à 31,7 ans chez ceux nés entre 1961 et 1980¹². Puisque dans le passé, les études sur la reproduction, les politiques et les interventions cliniques visaient

surtout les femmes, les effets du report de la paternité sur la santé et sur la société ont attiré peu d'attention¹³.

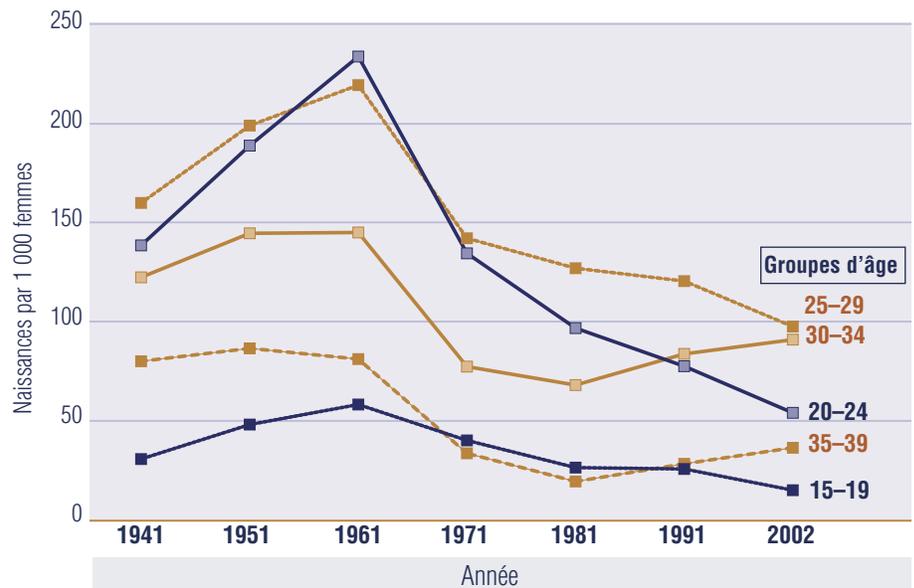
Autres étapes reportées

Chez les femmes comme chez les hommes, le report de la reproduction est associé à d'autres étapes qui surviennent plus tardivement, y compris l'âge médian plus avancé auquel les gens quittent le foyer parental, commencent à travailler, optent pour la cohabitation ou se marient pour la première fois¹⁰. Outre les variances relatives au sexe, le « sentier menant à l'âge adulte » varie en fonction des groupes socioéconomiques, des expériences et possibilités éducatives, du travail rémunéré et de la situation financière familiale¹⁴.

Disparités croissantes

Les études révèlent que les disparités économiques et sociales entre jeunes parents et parents plus âgés avec de jeunes enfants vont en s'élargissant (voir l'article en page 11). Il importe d'analyser cette polarisation à la lumière des disparités économiques croissantes manifestes au Canada et dans d'autres pays soumis aux mêmes tendances, gardant en tête les dangers de telles disparités pour la santé des femmes, des hommes et des enfants tout au long de leur vie^{15,16}.

Figure 2 : **Taux de fécondité selon l'âge, divers groupes d'âge, Canada, 1941 à 2002**



Sources : Institut Vanier de la famille, *Profil des familles canadiennes III, 2004*; Statistique Canada, *Naissances, n° au catalogue 84F0210XPB, 91-205* et *Tableau de CANSIM 102-4505*.

Derrière les tendances

Première transition démographique (de 1870 à 1945)¹⁷

La première vague de réduction de la fécondité est surtout connue comme « la première transition démographique ». Voici un aperçu des grandes transformations qui ont modelé cette transition :

Industrialisation et urbanisation — Vers la fin du 19^e siècle, l'industrialisation et l'urbanisation ont attisé la demande en faveur d'une main-d'œuvre qui saurait réagir aux fluctuations de marché et aux soubresauts de la production. Dans les familles agricoles, on considérait les enfants comme une précieuse ressource économique et une garantie contre les risques; dans les familles industrielles, les enfants constituaient plutôt une source de dépenses additionnelles. On s'attendait à ce que l'unité familiale industrielle prenne soin de ses membres grâce au travail au foyer non rémunéré surtout effectué par les femmes, et grâce au « salaire familial » fourni par les hommes mais souvent enrichi par le revenu à temps partiel des femmes. Les lois sur le travail des enfants et l'école obligatoire rendaient les enfants encore plus dépendants des parents. Les attitudes face à la reproduction ont commencé à changer lorsque la nécessité économique des enfants a diminué et qu'il est devenu plus coûteux d'en avoir.

Amélioration de la santé publique et premières mesures de contraception — Le déclin de la fécondité est également lié à l'amélioration de la santé publique et des soins obstétricaux, comme en témoigne la chute de la mortalité maternelle et infantile observée au Canada depuis les années 1920⁵. Malgré les interdits juridiques¹⁸, certaines formes de contraception — y compris l'avortement — étaient très répandues et revendiquées par les réformateurs de la société, surtout chez les groupes défavorisés¹⁹.

Guerres, grande crise et autres bouleversements — La baisse des taux de fécondité pendant et après la Première guerre mondiale résultait, en partie, de la grande perte d'hommes au service de la guerre. L'incertitude économique, la séparation et autres déplacements incitaient beaucoup de couples à reporter la famille jusqu'après la grande crise et la Deuxième guerre mondiale. Tous ces bouleversements favorisaient l'émergence de nouvelles idées et pratiques, y compris la contraception⁵.

Génération du « baby-boom » (de 1947 à 1966)

Le phénomène du « baby-boom » est né de l'optimisme et du climat de sécurité économique caractéristiques de la période d'après-guerre. En raison de l'expansion des industries de consommation, du taux d'emploi quasi-plein, du taux d'inflation presque nul et des prestations aux anciens combattants, beaucoup de familles en sont venues à dépendre du revenu unique du soutien de famille masculin. Les

idéologies natalistes, les politiques de travail et les campagnes de marketing social faisant l'apologie de la vie domestique dissuadaient les femmes, qui avaient pourtant travaillé pendant les années de guerre, de « voler des emplois » aux vétérans masculins²⁰. Les femmes mariées actives au sein du marché du travail abandonnaient généralement leur emploi pour élever leur famille²¹. En 1959, l'ISF du Canada augmentait à 3,94, reflétant en cela la double tendance des gens à avoir des enfants à un plus jeune âge ou à donner naissance à un âge plus avancé, ayant décidé d'attendre la fin de la guerre pour fonder une famille. Même si les « baby-boomers » allaient avoir un profond impact sur la société canadienne, cette « anomalie démographique » n'allait pas durer.

Deuxième transition démographique (de 1967 à aujourd'hui)

D'autres transformations ont ouvert la voie à la « deuxième transition démographique » caractérisée par des structures familiales variées et par une baisse continue des taux de fécondité. Voici un aperçu de ces transformations :

Mouvements sociaux et égalité entre les sexes — Dans les années 1960, beaucoup de gens à travers le monde souscrivaient aux grands mouvements sociaux en faveur des droits démocratiques, y compris l'égalité entre les sexes²². Le mouvement féministe réclamait des changements aux structures familiales patriarcales, plus de choix professionnels et la réparation des inégalités légales et autres dont étaient victimes les femmes. Au Canada, la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme (1970) jetait les assises de nombreuses initiatives visant à assurer une plus grande égalité entre les sexes²³.

Nouvelles techniques de contraception — En 1969, le Canada légalisait la régulation des naissances et l'accès à l'avortement, dans la foulée du mouvement féministe, qui réclamait plus de droits en matière de reproduction, des progrès en recherche hormonale et de la sécularisation des mentalités²⁴. L'arrivée de nouveaux modes de contraception allait avoir un profond impact sur les attitudes et les normes relatives au sexe, au mariage et à la reproduction. La « pilule » deviendrait un symbole de liberté sexuelle et permettrait aux femmes d'exercer un contrôle plus prévisible sur leur fécondité et, idéalement, sur le cours et l'orientation de leurs années fécondes.

Participation des femmes à la population active et études supérieures

— Depuis les années 1960, un nombre croissant de femmes mariées et de mères ont joint les rangs de la population active sous l'impulsion de divers facteurs, dont le désir d'un travail rémunéré²⁵. En 2003, plus de 70 pour cent des mères d'enfants de moins de 16 ans faisaient partie du marché du travail canadien, l'un des plus hauts taux du monde industrialisé²⁶. Au fur et à mesure que les obstacles

bloquant l'accès des femmes à des professions dominées par les hommes diminuaient ou disparaissaient, un nombre croissant de femmes ont opté pour les études supérieures²⁷. Malgré tout, beaucoup de femmes continuent d'occuper des postes traditionnellement réservés aux femmes, comme ceux d'infirmière et d'enseignante; la plupart sont de petites salariées qui travaillent à temps partiel dans des bureaux ou dans le secteur des ventes^{26,28}.

L'arrivée des femmes sur le marché du travail reflète également la nécessité croissante des ménages d'avoir deux revenus pour contrer diverses pressions économiques, y compris la hausse des taux de chômage et d'inflation du milieu des années 1970, les taux d'intérêt élevés des années 1980, la récession économique du début des années 1980 et des années 1990, et le fardeau de l'endettement résultant des dettes étudiantes et autres²⁹.

Cette tendance a entraîné, entre autres, une polarisation économique et sociale de plus en plus grande fondée sur le sexe. Entre 1980 et 2000, le revenu moyen des couples peu scolarisés est demeuré stable ou a diminué, alors que le revenu des couples détenant un diplôme universitaire a augmenté³⁰. Le revenu des femmes s'est accru, alors que le revenu des hommes moins éduqués a diminué. Dans de tels cas, le revenu plus élevé des femmes a surtout permis aux familles de ne pas prendre plus de recul. Mais lorsqu'on tient compte de tous les niveaux de scolarisation, il n'en demeure pas moins que le revenu annuel moyen des femmes est nettement inférieur à celui des hommes. Même si les sondages démontrent que les finances familiales constituent souvent un facteur important dans la décision de fonder une famille³¹, on ne sait pas encore exactement en quoi les pressions économiques affectent les choix de reproduction et les comportements des hommes et des femmes à l'échelle socioéconomique.

Évolution des familles et des ménages — Au Canada et dans d'autres pays hautement industrialisés, la nature et la diversité des rapports au sein des familles et des ménages ont subi de fortes transformations en quatre décennies³². Mentionnons, entre autres, l'augmentation des divorces; la tendance de plus en plus forte envers la cohabitation et l'union libre avant et après les relations maritales; la proportion plus élevée d'enfants nés de telles unions; le nombre croissant de familles reconstituées et d'autres types de familles, y compris les relations entre partenaires de même sexe; et le nombre accru de familles monoparentales. Ces transformations reflètent un mouvement séculaire élargi, axé sur la tolérance face à un large éventail de relations³³. Elles démontrent aussi de quelle façon les femmes et les hommes réagissent au contexte économique, politique et social qui caractérise l'État providence actuel et en quoi ils contribuent à le façonner³⁴.

Examen de la fécondité fondé sur le sexe

Il faut arriver à mieux comprendre en quoi les expériences des femmes et des hommes à titre de parents jeunes ou moins jeunes se ressemblent ou diffèrent. Sous une forme ou l'autre, l'unité familiale ou le ménage demeure l'unité sociale dominante en charge d'élever les enfants au Canada. Les membres de la famille ou du ménage dépendent du revenu gagné et des soins non rémunérés octroyés et doivent négocier une répartition équitable des tâches. Ces pressions affectent surtout les femmes, qui continuent d'assumer le gros des tâches ménagères et à s'occuper des enfants³⁵. Bien des gens avouent avoir moins d'enfants qu'ils ne le voudraient, invoquant le fait, entre autres, qu'ils n'arrivent pas à négocier un partage satisfaisant des tâches à la maison³⁶.

Un nouveau document de recherche sur les politiques laisse entendre que la fécondité est particulièrement faible dans des pays comme l'Italie et le Japon, où les femmes ont un statut égal aux plans de l'éducation et de l'économie de marché, mais où les ententes sociétales rendent toujours difficile la conciliation efficace du travail rémunéré et de la vie familiale. Comme le résume Beaujot, la fécondité semble augmenter lorsqu'il existe de solides politiques favorables aux familles et à l'égalité entre les sexes, et lorsque les structures familiales parallèles sont mieux acceptées³⁷.

Il a été démontré que les femmes qui ont des enfants au début de la vingtaine ou à la mi-vingtaine — la période biologique optimale pour la procréation — tendent à ne pas faire d'études supérieures et sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté à long terme (voir l'encadré en page 14). Les femmes qui font des études universitaires et qui ont une carrière tardent souvent à fonder une famille ou choisissent de ne pas avoir d'enfants en raison des pressions professionnelles qui s'exercent sur elles et de l'absence de politiques favorables à la famille dans les milieux éducatifs et professionnels³⁸. Le moment choisi pour avoir un enfant peut aussi avoir des incidences particulières sur la santé des femmes et des enfants (voir l'article en page 15)^{39,40}.

Mot de la fin

Compte tenu de l'engagement du Canada à améliorer la santé de la population et à favoriser l'égalité entre les sexes⁴¹, les résultats présentés ici ont des implications importantes pour l'élaboration des politiques sociales, économiques et de santé canadiennes. Voilà pourquoi ils méritent qu'on les examine soigneusement et qu'on en discute avec grande attention. 🍷

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>>.

DISPARITÉS CROISSANTES

Clarence Lochhead, chercheur principal,
Centre syndical et patronal du Canada, ancien
conseiller à Santé Canada

L'auteur tient à souligner la participation de
Derek McCall et de Talia De Laurentis, Division
de la politique, Direction générale de la
politique de santé, Santé Canada.

entre les nouveaux parents de 1971 à 1996

Jusqu'ici, on n'a pas porté une grande attention aux répercussions du calendrier de la fécondité — en particulier le moment de la naissance du premier enfant — sur les caractéristiques et la situation financière des parents. Cet article fait état de recherches commandées par Santé Canada qui indiquent que les nouveaux parents d'aujourd'hui sont habituellement plus instruits et plusieurs affichent un revenu plus élevé que les nouveaux parents des années 1970. Il note néanmoins l'existence de disparités socioéconomiques de plus en plus grandes entre les nouveaux parents plus jeunes et les nouveaux parents plus âgés actuels, puis il analyse les effets de telles disparités.

Tendance à reporter la première naissance

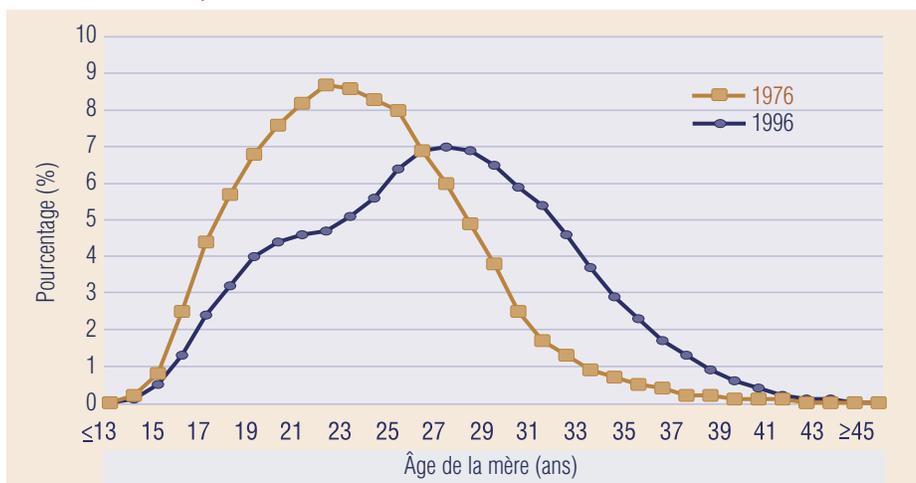
Lorsqu'on compare la situation des parents canadiens actuels à celle des générations nées peu après la Deuxième Guerre mondiale, on constate que les parents actuels ont moins d'enfants et tendent souvent à reporter l'arrivée du premier enfant jusqu'à la fin de la vingtaine ou au début de la trentaine. La tendance des femmes à donner naissance à un premier enfant à un âge plus avancé se confirme lorsqu'on examine le décalage des effectifs vers la droite de la courbe de distribution de la figure 1 (Répartition en 1996). En outre, sa forme irrégulière indique que le pourcentage de premières naissances chez les femmes de 19 à 22 ans n'a pas augmenté de 1976 à 1996 mais s'est plutôt aplani. La forme caractéristique de 1996 tient probablement à une baisse de la fécondité résultant, en partie, du nombre croissant de femmes de 19 à 22 ans qui font des études post-secondaires. Cette hypothèse se confirme lorsqu'on analyse l'âge des mères qui donnent naissance pour la première fois avec et sans éducation universitaire, comme l'indique la figure 2¹.

Nouveaux parents : Une réalité changeante

La décision de bien des jeunes femmes et jeunes hommes de reporter à plus tard la naissance du premier enfant repose sur de puissants incitatifs économiques. Le report de la procréation donne aux jeunes adultes le temps de terminer

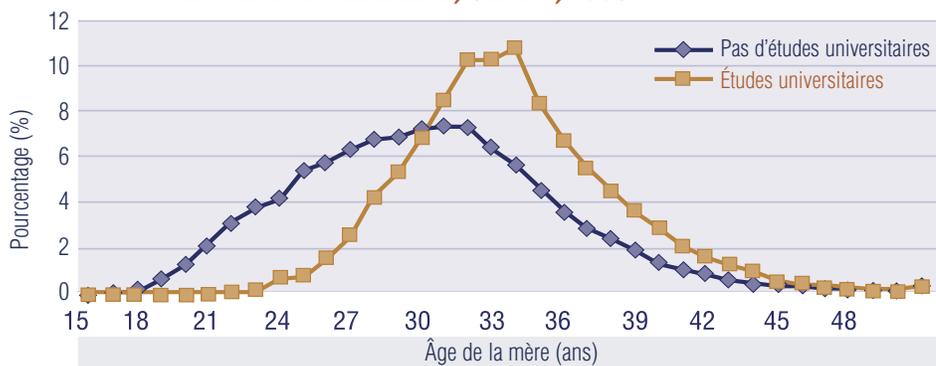
leurs études post-secondaires et d'acquérir de l'expérience professionnelle dans un marché du travail hautement concurrentiel. En outre, nombre de femmes sont ainsi en mesure d'atteindre un certain niveau d'autonomie financière avant de commencer leur famille. De nos jours, en plus de devenir parents à un âge plus avancé, les pères et mères primipares tendent à afficher un taux de scolarité formelle plus élevé et à constituer un ménage où les deux conjoints touchent un salaire, ce qui augmente considérablement le revenu familial². (Voir l'encadré à la page suivante.) ▶

Figure 1 : Répartition des premières naissances, selon l'âge de la mère, Canada, 1976 et 1996



Source : Données censitaires de Statistique Canada.

Figure 2 : Répartition des mères qui accouchent du premier enfant, selon l'âge et le niveau de scolarisation, Canada, 1996



Source : Données censitaires de Statistique Canada.

Nouveaux parents : Écart croissant dans les revenus

Quoique moins nombreux qu'auparavant, les parents plus jeunes ont un niveau de scolarisation et des taux d'emploi et de revenu nettement inférieurs à ceux des parents ayant reporté la naissance du premier enfant. Cet écart dans les revenus des parents jeunes et moins jeunes au fil du temps est illustré à la figure 3, qui compare le revenu familial total moyen (après les transferts) de parents de divers groupes d'âge par rapport au revenu moyen général³. Ces données s'appliquent uniquement aux familles bi-parentales. Même s'il importe de mener d'autres recherches sur le vécu des familles monoparentales, l'article de Roderic Beaujot (voir l'article en page 21) trace néanmoins un profil éloquent de la situation.

En 1971, le revenu médian des familles bi-parentales dont l'enfant le plus âgé n'avait pas encore 6 ans s'établissait à 35 905 \$ (en dollars constants de 1998), alors que le revenu moyen de familles bi-parentales avec une mère de moins de 25 ans était de 3 800 \$ inférieur. Par contre, le revenu moyen des familles où la mère avait 35 ans ou plus atteignait 43 230 \$, surpassant d'un peu plus de 7 000 \$ le revenu général

médian. Somme toute, on peut dire qu'en 1971, les nouveaux parents plus jeunes n'étaient pas aussi financièrement à l'aise que les nouveaux parents plus âgés, comparativement au niveau médian.

Il n'est pas surprenant que le revenu des nouveaux parents plus jeunes soit inférieur à celui des nouveaux parents plus âgés. Ce qui importe plus, c'est la constatation d'un écart de plus en plus grand dans les revenus au fil des années. En 1996, le revenu médian des familles bi-parentales dont l'enfant le plus âgé avait 5 ans ou moins avait augmenté pour atteindre 50 976 \$ en dollars

constants de 1998. Cette même année, le revenu familial moyen indexé diminuait pour s'établir à un peu moins de 30 000 \$. Par conséquent, le revenu moyen des parents plus jeunes était de 21 000 \$ inférieur au salaire médian, comparativement au revenu moyen des parents plus âgés, qui était de 19 000 \$ supérieur au salaire médian. Comme

l'illustrent les données de 1996, l'écart dans les revenus entre les jeunes parents et les parents ayant reporté la naissance du premier enfant étaient nettement plus grand que dans le passé. Reste à savoir si cet écart croissant dans les revenus constitue un facteur clé en matière de santé et pour la société.

Nouveaux parents : Quelques comparaisons

Niveau de scolarisation – En 1971, le niveau d'éducation de 61 pour cent des mères et pères n'atteignait pas la 12^e année au moment de la naissance de leur premier enfant. En 1996, seulement 21 pour cent des mères et 23 pour cent des pères n'avaient pas terminé leur 12^e année. On observe aussi des gains au niveau post-secondaire. Entre 1971 et 1976, le pourcentage de mères primipares détentrices d'un diplôme universitaire a augmenté, passant de 4 pour cent à 18 pour cent; chez les nouveaux pères, il est passé de 11 pour cent à 20 pour cent.

Activités professionnelles – Compte tenu de la hausse du taux d'emploi chez les mères, la plupart des couples actuels réunit des conjoints qui travaillent tous deux au moment de la naissance du premier enfant (72 pour cent en 1996, comparativement à 44 pour cent en 1971). Plusieurs occupent un emploi à temps plein l'année durant.

Revenu familial – Mesuré en dollars constants de 1998, le revenu familial total moyen des nouveaux parents (après les transferts) a augmenté de 14 400 \$ entre 1970 et 1995 (passant de 36 600 \$ à 51 000 \$).

Sain développement de l'enfant : Déterminants socioéconomiques

Tel que cité à l'article suivant en page 15, on note un lien entre la tendance à reporter la naissance du premier enfant et les risques accrus auxquels s'expose la mère. Il faut également prendre en compte les données sur l'écart socioéconomique grandissant entre nouveaux parents à la lumière des études qui s'intéressent aux liens entre la santé et les facteurs socioéconomiques.

L'un des concepts les plus courants en analyse de santé est celui de « gradient », soit une

association positive reconnue entre le statut socioéconomique (SSE) et l'état de santé d'une population. Les études sur les écarts de santé au sein de la société abondent; elles tendent à confirmer que chaque niveau de la hiérarchie sociale jouit d'une meilleure santé que le niveau précédent⁴. C'est pourquoi la tendance à procréer à un âge plus avancé — dans la mesure où cette situation s'apparente à un revenu, à un niveau de scolarisation et à un taux d'emploi supérieurs — peut s'avérer avantageuse pour les parents comme pour les enfants. Par conséquent, une tendance susceptible d'avoir des effets néfastes sur la santé physique peut aussi entraîner des avantages socioéconomiques qui, à leur tour, favoriseront le sain développement des enfants.

Cela dit, il serait faux de tenir pour acquis qu'il existe un rapport mécaniste entre le statut économique des familles et le sain développement des enfants. De nombreuses études menées dans le sillon de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) démontrent que le revenu ne constitue qu'un facteur parmi d'autres affectant la santé et le sain développement des enfants. D'autres facteurs, y compris les compétences parentales, ne varient pas nécessairement selon l'âge, le niveau de scolarisation ou le revenu⁵.

Les résultats de l'*Enquête sociale générale sur l'emploi du temps* de 1998 révèlent que près de la moitié des mères mariées avec des enfants de moins de 5 ans qui travaillent à temps plein se sentent très stressées par leurs contraintes

de temps. L'ampleur et les répercussions de ces contraintes sur la santé des parents et des enfants sont encore mal comprises; il se pourrait que la « pauvreté de temps » affecte de façon disproportionnée les mères plus âgées ou plus jeunes. En ce sens, d'autres études à ce sujet sont requises sur l'âge de la procréation, ses effets sur la santé des parents et des enfants, et l'influence possible de ce facteur au niveau des familles et des enfants vulnérables.

Quelques observations relatives aux politiques

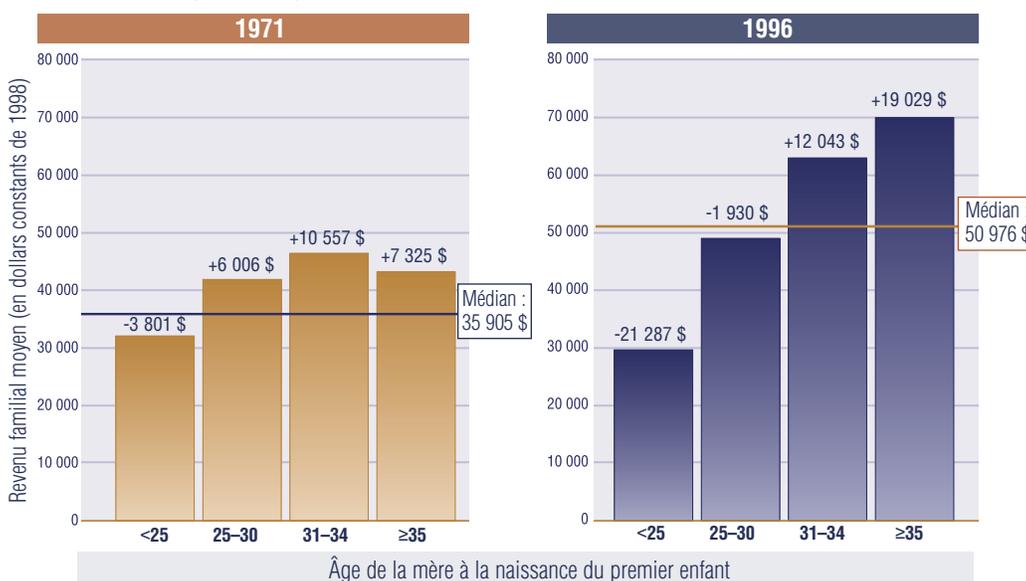
La discussion engagée touchant l'association entre le revenu familial et le moment choisi pour donner naissance au premier enfant donne lieu à plusieurs questions et observations dans le contexte des politiques. Ces dernières méritent une attention plus poussée.

Sécurité économique

Le revenu familial constitue une mesure parmi d'autres pour évaluer la situation financière. Des études additionnelles sont requises pour déterminer si l'actif (p. ex., une maison) ou le passif (p. ex., une dette étudiante) accentue ou diminue l'avantage économique apparent lié au report de la première naissance. On n'a pas encore établi, par exemple, si l'avantage économique apparent lié au report de la première naissance diminue au fur et à mesure que la dette étudiante universitaire augmente.

On ne sait pas non plus si le revenu et le niveau de scolarisation plus faibles des jeunes parents tendent à se « transposer » dans l'avenir. Selon la recherche, il y a fort à parier que la maternité à un jeune âge, jumelée à l'élevage des enfants, tendent à freiner la poursuite des études, et que les naissances subséquentes continuent de bloquer l'accès des mères au système d'enseignement officiel⁶. En ce sens, le bas niveau de scolarisation observé chez les jeunes mères pourrait en venir à constituer une caractéristique permanente plutôt que reportée. Soulignons également que plus les hommes canadiens affichent un niveau de scolarisation élevé, plus ils tendent à devenir pères plus tard dans la vie⁷.

Figure 3 : **Écart entre le revenu moyen et le revenu médian des familles avec deux parents qui travaillent, selon l'âge de la mère à la naissance du premier enfant, Canada, 1971 et 1996***



*Ces données s'appliquent aux familles avec deux parents dont l'enfant aîné est âgé de 0 à 5 ans. On mesure le revenu moyen et le revenu médian des familles où les deux parents travaillent en dollars constants de 1996.

Source : Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil, Données censitaires de Statistique Canada*.

Études connexes : État de santé et rendement scolaire des enfants du Manitoba

Dans le cadre d'une étude actuelle menée au Centre manitobain sur les politiques de santé (CMPS), les chercheurs utilisent des données longitudinales en vue de déterminer en quoi l'état de santé et le rendement scolaire des enfants varient en fonction de l'âge de la mère à l'accouchement du premier enfant et du fait que la famille était ou non bénéficiaire de l'aide sociale en 2001.

Les résultats préliminaires indiquent que la grande majorité des bébés nés de familles de Winnipeg où la mère était adolescente à l'accouchement du premier enfant avaient un poids normal à la naissance. Par contre, au cours de leur première année de vie, les enfants dont la mère était adolescente à l'accouchement du premier enfant étaient en moins bonne santé (selon les taux d'hospitalisation) que les enfants nés de mères âgées de 20 à 24 à l'accouchement du premier enfant. En outre, les enfants nés de mères de 20 à 24 ans affichaient un taux d'hospitalisation plus élevé que celui d'enfants nés de mères de 25 ans et plus. Au plan du rendement scolaire, les enfants dont la mère était adolescente au moment d'accoucher du premier enfant avaient moins tendance à réussir à temps les tests normalisés de 3^e année et de 12^e année que les autres enfants. Ils étaient également plus susceptibles de décrocher de l'école ou d'avoir un retard scolaire d'un an au moins.

En général, les enfants de familles bénéficiant de l'aide sociale en 2001 avaient un poids normal à la naissance mais leur état de santé était moins bon pendant la première année de vie. En outre, le lien entre le statut socioéconomique et le rendement scolaire était fort, les enfants des familles bénéficiaires de l'aide sociale ayant un rendement inférieur à celui des autres enfants, même lorsqu'on comparait leur rendement à celui d'autres enfants, le rendement s'améliorant au fur et à mesure que le statut socioéconomique s'élevait.

En 2001, ce sont les familles où la mère était adolescente au moment d'accoucher du premier enfant qui tendaient le plus à bénéficier de l'aide sociale, même si jusqu'à 20 ans s'étaient écoulés depuis la naissance du premier enfant. En outre, les études indiquent que le fait de reporter la procréation à l'âge adulte pourrait ne pas suffire à empêcher un faible revenu familial — les femmes ayant reporté la procréation jusqu'à l'âge de 20 à 24 ans tendaient plus, elles aussi, à bénéficier de l'aide sociale en 2001 que les femmes ayant reporté la procréation jusqu'à 25 ans ou plus. On ne sait toujours pas si devenir mère à un jeune âge constitue un facteur de risque ou un symptôme de faible revenu. Les chercheurs du CMPS poursuivent leurs recherches en ce sens.

Remarque : Ces renseignements sont fondés sur un document non publié et sur les conversations tenues avec Marni Brownell au sujet d'études non publiées du CMPS.

Décisions portant sur la procréation

Dans quelle mesure les décisions portant sur la procréation sont-elles tributaires des avantages perçus d'une éducation post-secondaire? En quoi « l'apprentissage à vie » influencera-t-il davantage les décisions en matière de procréation? Les politiques devraient-elles favoriser à parts égales l'éducation et la famille ou miser plutôt sur des priorités chronologiques? Au sein d'une économie qui exige et récompense la formation post-secondaire, le revenu des parents plus jeunes ou moins éduqués a pris un énorme recul par rapport à celui des parents plus âgés. Les nouveaux parents plus âgés détiennent souvent un diplôme post-secondaire, affichent un taux d'emploi élevé et, comme l'illustre la figure 3, disposent d'un revenu familial nettement au-dessus de la médiane². Entre-temps, les parents plus jeunes se battent pour trouver un emploi au sein d'un marché du travail caractérisé par une chute du revenu indexé au niveau des jeunes adultes, surtout des jeunes hommes⁸.

Conclusion

En plus de faire la lumière sur les liens entre les tendances démographiques et les compromis à faire lorsqu'on décide de poursuivre ses études et de fonder une famille, cette analyse constitue un point d'où partir pour examiner les compromis travail-famille et leurs répercussions sur la santé. À titre d'exemple, la tendance à reporter la naissance du premier enfant peut intensifier la demande en faveur des technologies de reproduction assistée. Il en découlera une tendance accrue vers les accouchements multiples et la mise au monde de bébés ayant un faible poids à la naissance (voir l'article en page 15). Compte tenu des tendances susmentionnées et des résultats préliminaires des recherches permanentes qui s'effectuent au Centre manitobain sur les politiques de santé (voir l'encadré), il y aurait lieu d'examiner plus en détail les incidences à long terme du moment choisi pour donner naissance sous l'angle des politiques. 🍷

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

La procréation

à un âge plus avancé : Incidences sur la santé

Linda Senzilet, Derek McCall et Joanna Theriault, *Division des politiques, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada*

Les auteurs tiennent à souligner la participation de Bernard Starkman et de Taban Nabi, *Division des politiques* et de Rodney Ghali, *Bureau de mise en œuvre — reproduction assistée, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada*; de Rhonda Kropp, Janice Mann et feu Sharon McMahon, *Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses*; du Dr Hajnal Molnar-Szakács, *Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé publique du Canada*; et de Roderic Beaujot, *Université de Western Ontario*.

Les tendances en matière de fécondité peuvent avoir plusieurs incidences graves sur la santé, allant des répercussions immédiates sur la santé des mères et des bébés aux enjeux globaux affectant l'ensemble du régime de soins de santé. Cet article examine les impacts du report de la maternité et de la paternité à un âge plus avancé, ainsi que les effets de la procréation sous l'angle de la santé.

Introduction

De nos jours, plus de femmes que jamais auparavant choisissent de prolonger leurs années fécondes jusqu'à la mi-trentaine ou plus, une tendance qui n'est pas sans affecter l'état de santé de ces mères plus âgées et de leurs bébés. Il va de soi que le régime de soins de santé est touché par une telle tendance, y compris la demande accrue en faveur de services de reproduction assistée.

Aptitude à avoir un enfant

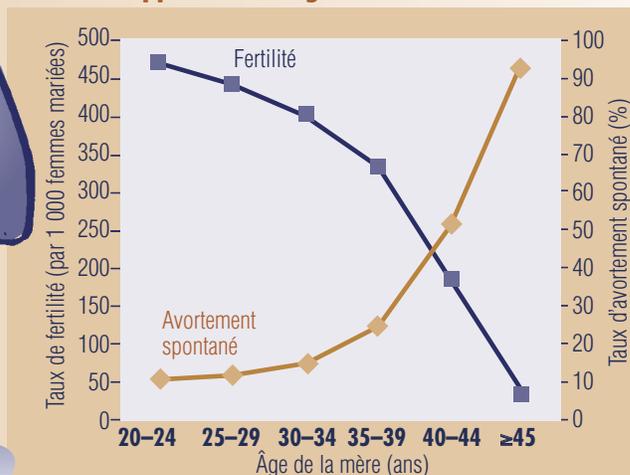
Infertilité et vieillissement

Puisque le vieillissement affecte à la fois le nombre et la qualité des œufs maternels, l'aptitude physiologique des femmes à concevoir et porter à terme un bébé diminue en fonction de l'âge¹. Alors que 91 pour cent des femmes réussissent à devenir enceintes à 30 ans, cette proportion diminue à 77 pour cent à 35 ans, puis à 53 pour cent à 40 ans². En outre, les embryons formés à partir des œufs de femmes plus âgées sont moins susceptibles de se développer jusqu'à pleine maturité — l'une des causes premières des avortements spontanés (fausses couches).

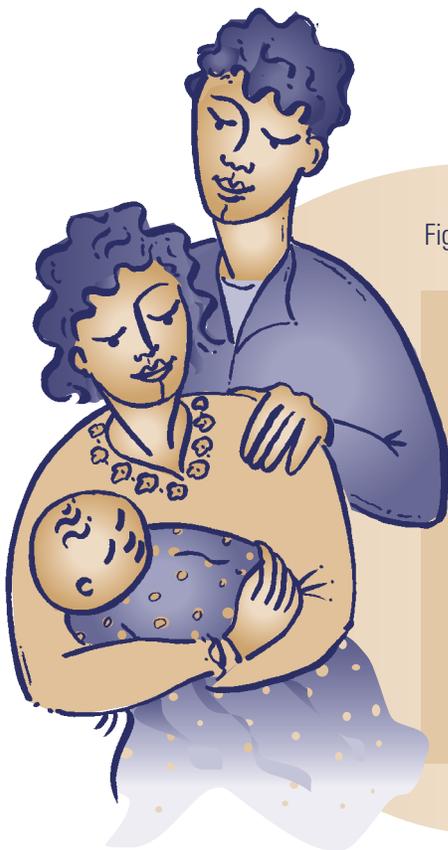
Par ailleurs, la fréquence des avortements spontanés augmente

avec l'âge, passant de 10 pour cent environ chez les femmes de 20 ans à plus de 90 pour cent chez les femmes de 45 ans et plus (figure 1)³. Contrairement aux femmes, certains hommes demeurent fertiles jusque dans la soixantaine et, parfois même, après 70 ans. Au fur et à mesure qu'ils vieillissent cependant, on observe des anomalies dans la forme et la motilité du sperme, d'où un risque légèrement accru de déficiences génétiques des gamètes qu'il contient. Les hommes âgés tendent aussi à produire moins de sperme ou à ne pas en produire du tout¹.

Figure 1 : Taux de fertilité et de fausses couches en rapport avec l'âge de la mère



Source : L.J. Heffner, 2004³.



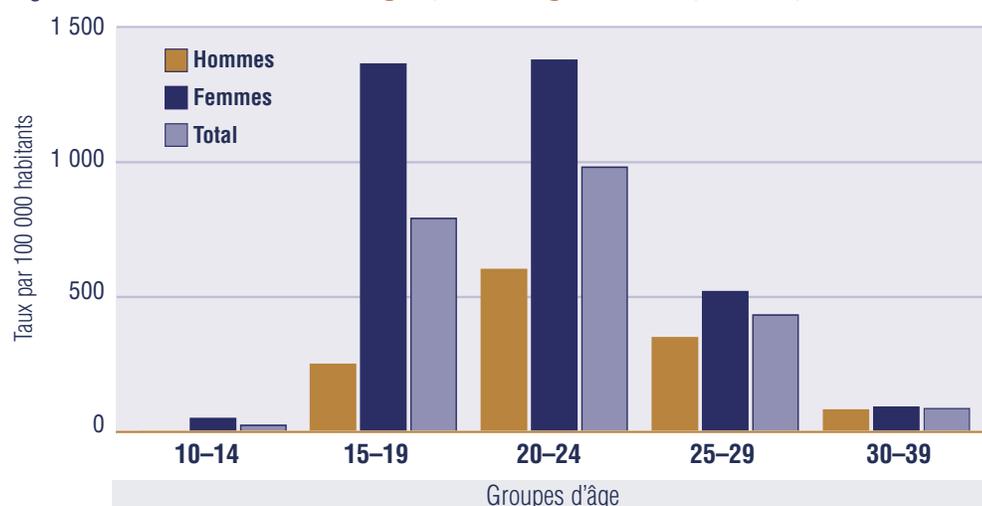
Infertilité acquise

L'endométriase, une affection où le tissu endométrial de la cavité utérine se retrouve ailleurs dans le pelvis, peut causer l'infertilité. L'incidence des cas d'endométriase augmente avec l'âge pour atteindre un sommet chez les femmes de 40 ans⁴.

Les études démontrent qu'un nombre relativement élevé de jeunes Canadiens s'adonnent à des pratiques sexuelles à risque, y compris des relations sexuelles avec plusieurs partenaires et l'utilisation rare ou la non utilisation du condom^{5,6}. Ces comportements à risque sont souvent associés à la consommation d'alcool⁷ et peuvent favoriser les infections transmises sexuellement (ITS). Au Canada, le taux d'incidence des ITS a diminué jusqu'en 1997, mais cette tendance s'est renversée et depuis, les taux d'ITS déclarables n'ont cessé de croître. À titre d'exemple, les taux d'incidence de la chlamydia et de la gonorrhée, à l'origine d'une forte portion des cas d'infertilité *acquise*, ont augmenté de 65 pour cent et de 60 pour cent, respectivement, entre 1997 et 2002. Ils s'avèrent les plus élevés chez les jeunes dont la vie féconde est encore devant eux (voir la figure 2)⁸.

Au Canada, on estime qu'entre 50 et 70 pour cent des personnes atteintes de chlamydie ne présentent aucun symptôme⁹. Par conséquent, il y a fort à parier que le nombre déclaré de cas d'ITS ne représente qu'une fraction du nombre réel de cas d'infection⁷. (Pour avoir un aperçu des mesures engagées par l'Agence de santé publique du Canada pour contrer les ITS, voir la rubrique *Qui fait quoi?* en page 32.) Puisque les personnes atteintes d'infections asymptomatiques ne sont pas toujours diagnostiquées ou soignées, il arrive qu'elles infectent leurs partenaires sexuels. Chez les femmes infectées qui ne sont pas non soignées, l'infection peut donner lieu à une endométrite, ce qui peut provoquer la cicatrisation et le blocage des trompes de Fallope. Le déplacement des œufs et du sperme sera alors obstrué et la fertilisation et l'implantation ne se réaliseront pas adéquatement¹⁰. Les femmes qui ont subi une endométrite ont plus tendance à subir une grossesse ectopique (ce qui survient lorsque l'embryon s'implante à l'extérieur de la cavité utérine), une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelles¹¹. On estime, par exemple, que 64 pour cent des cas de stérilité tubaire et 42 pour cent des grossesses ectopiques sont attribuables à la chlamydia¹². Par conséquent, beaucoup de cas de stérilité féminine s'avèrent évitables, puisque les infections

Figure 2 : Taux déclaré de chlamydia, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002



Données préliminaires.

Source : Section de la santé sexuelle et des infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la communauté, Agence de santé publique du Canada.

à Chlamydia et les infections gonococciques peuvent être généralement à diagnostiquées et à traitées.

Du côté des hommes, la gonorrhée et la chlamydia — et surtout les infections à répétition — peuvent engendrer une épididymite, soit une infection des testicules qui peut causer la cicatrisation et le blocage du canal déférent et une baisse de fertilité si l'infection n'est pas soignée¹³⁻¹⁶. L'exposition environnementale aux toxines et aux produits chimiques peut réduire la quantité de sperme en attaquant directement les fonctions testiculaires ou en modifiant les systèmes hormonaux, quoique les types d'exposition environnementale en cause et la durée des effets demeurent sujets à controverse¹⁶. Les études menées sur les animaux portent à croire que l'exposition à divers polluants de nature organique et inorganique, notamment les produits chimiques perturbateurs du système endocrinien, pourraient également nuire à la production de sperme^{17,18}.

Répercussions sur la santé physique et mentale

La plupart des femmes qui ont des enfants à 35 ans et plus ont une grossesse normale et accouchent d'un bébé en santé¹⁹. De fait, la plupart des femmes enceintes plus âgées qui éprouvent des complications liées à l'âge réussissent tout de même à mener une bonne grossesse et un bon accouchement lorsqu'elles obtiennent les soins prénataux et périnataux qui conviennent. Cela dit, les femmes enceintes plus âgées et leur progéniture sont plus vulnérables à divers problèmes de santé, y compris ceux décrits ci-dessous. Ces risques peuvent être plus élevés encore si la femme a recours aux technologies de reproduction assistée (TRA) pour concevoir.

Entre 10 et 15 pour cent de toutes les femmes qui accouchent²⁰⁻²² souffrent de dépression post-partum (DPP). Même si la littérature indique que la DPP est plus fréquente chez les nouvelles mères adolescentes que chez les nouvelles mères plus âgées, ces dernières peuvent quand même avoir quelques difficultés à s'adapter à leur rôle de parent, tel qu'abordé plus loin dans l'article.

Santé physique

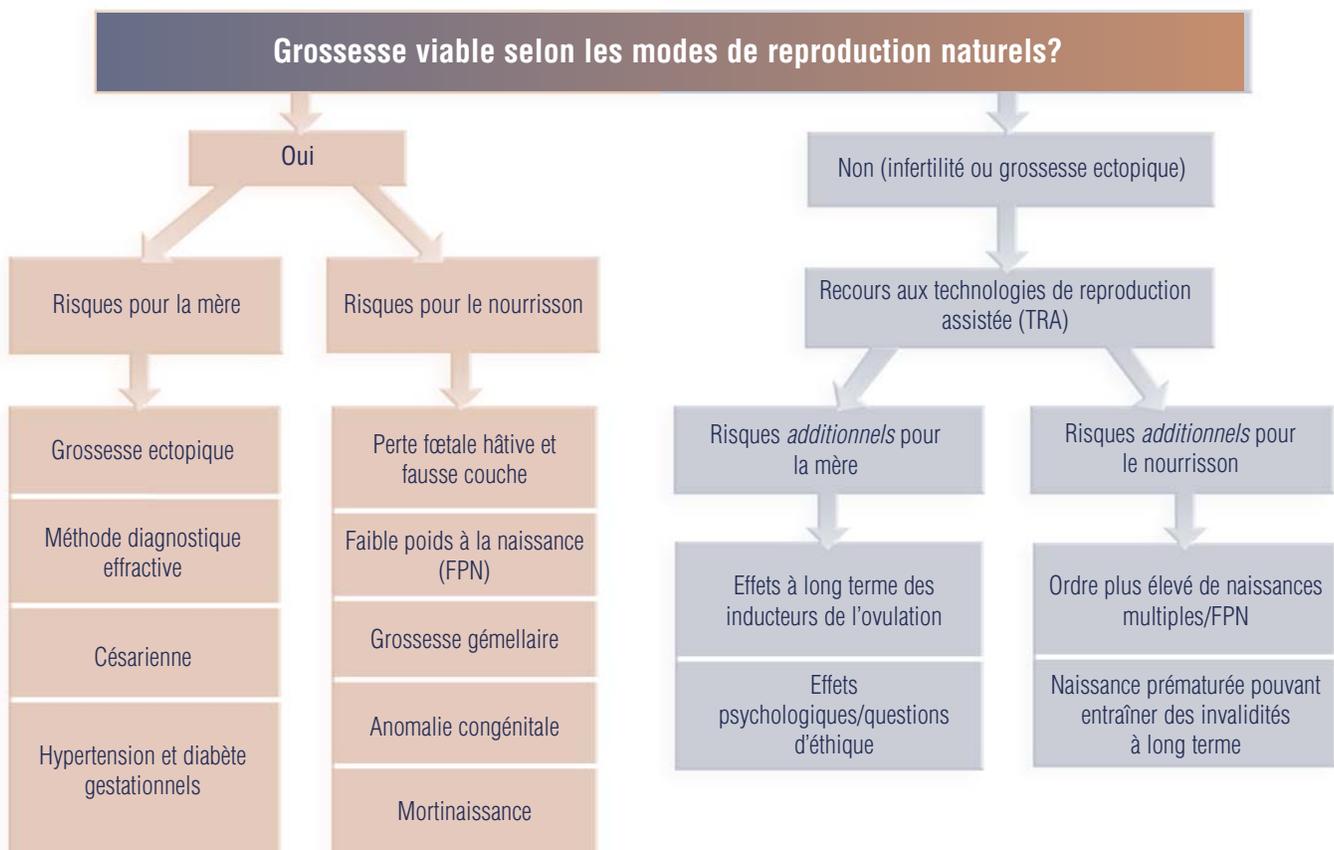
La figure 3 illustre certains risques pour la santé physique liés à la grossesse à un âge plus avancé. La plupart de ces risques ne surviennent pas spontanément à un âge donné mais s'aggravent progressivement avec l'âge.

On constate un lien très étroit entre l'apparition de l'hypertension gestationnelle après la 20^e semaine de grossesse (prééclampsie) et le retard de croissance intra-utérin, l'insuffisance de poids à la naissance, l'accouchement prématuré, le syndrome de détresse respiratoire, l'admission aux soins néonataux intensifs et la mortinaissance²³. Pour bien gérer une telle condition, il faut avoir recours à une série de mesures d'évaluation des risques, au dépistage à diverses étapes de la grossesse et à la sensibilisation des femmes enceintes aux symptômes. Une femme enceinte déjà

atteinte de diabète ou qui devient diabétique en cours de grossesse (diabète gestationnel) doit être suivie de près tout au long de sa grossesse pour éviter un transfert trop important de sucre sanguin au fœtus, ce qui le pousserait à grossir démesurément dans l'utérus. Puisque les bébés trop gros sont plus enclins à subir des blessures pendant un accouchement vaginal, il faut alors procéder à une césarienne. Quand on arrive à contrôler le taux de sucre sanguin chez la mère, le nouveau-né risque moins de souffrir de troubles respiratoires, d'hypoglycémie et de jaunisse²⁴⁻²⁸. Dans la mesure du possible, on tentera de contrôler des problèmes de santé pré-existants comme l'hypertension et le diabète *avant* le début de la grossesse.

Les études récentes ont donné lieu à une question pointue, à savoir si les femmes qui prennent certains types d'inducteurs de l'ovulation pendant de longues périodes, de même que les femmes stériles qui prennent des inducteurs de l'ovulation sans devenir enceintes, sont plus vulnérables au cancer des ovaires. On n'a pas encore réussi à démontrer la véracité de ces associations et d'autres études sont requises en ce sens²⁹. La consommation de puissants médicaments pour induire l'ovulation, jumelée à diverses technologies de reproduction assistée, peut donner

Figure 3 : Risques pour la mère et le fœtus liés à la grossesse à un âge plus avancé



lieu au syndrome d'hyperstimulation ovarienne, d'où une incidence accrue de grossesses multiples. Les femmes qui portent plus de deux fœtus peuvent avoir à prendre une décision extrêmement difficile, à savoir si elles doivent procéder à une réduction de grossesse multi-fœtale pour limiter le nombre de fœtus et ainsi assurer la viabilité et la santé des fœtus qui restent.

Une étude canadienne révèle que les femmes qui accouchent d'un premier enfant à 35 ans et plus sont 83 pour cent plus susceptibles d'avoir une césarienne que les nouvelles mères qui donnent naissance entre 20 et 29 ans²⁸. Le lien entre l'âge maternel et l'accouchement par césarienne primaire est clairement illustré à la figure 4¹¹. Il existe diverses raisons pour lesquelles les mères plus âgées peuvent avoir à subir une césarienne, y compris le diabète gestationnel, le travail prolongé et les naissances multiples. (La naissance de jumeaux augmente avec l'âge maternel; en outre, les mères plus âgées qui ont recours à des inducteurs de l'ovulation et aux TRA sont aussi plus exposées aux naissances multiples.) Les mères qui subissent une césarienne sont plus susceptibles de souffrir d'infections que les femmes

Une étude canadienne révèle que les femmes qui accouchent d'un premier enfant à 35 ans et plus sont 83 pour cent plus susceptibles d'avoir une césarienne que les nouvelles mères qui donnent naissance entre 20 et 29 ans.

qui accouchent par voie vaginale. De plus, elles courent plus de risques d'avoir, à l'avenir, une grossesse ectopique ou une mortinaissance, de même que de graves problèmes liés au placenta ou à une rupture utérine^{30,31}.

Santé mentale

On a qualifié les troubles de l'humeur postnataux, tels que « les bleus des nouvelles mères », la DPP et la psychose post-partum, comme la « forme de morbidité maternelle la plus fréquente suivant l'accouchement »³². Même si ces affections attirent de plus en plus l'attention, les études ne révèlent pas grand chose sur leurs causes. La dépression post-partum (DPP) mérite qu'on s'y attarde parce qu'il s'agit d'un phénomène bien plus courant qu'on pourrait l'imaginer et qui peut avoir des consé-

quences fort néfastes sur la mère, l'enfant, le conjoint et la famille³³. La DPP engendre beaucoup de détresse chez la mère, y compris l'irritabilité, la tristesse, l'insomnie, la perte d'appétit, ainsi que la perte de concentration et de libido³⁴. En outre, une relation mère-enfant perturbée peut avoir un impact négatif sur le développement cognitif, social et affectif de l'enfant^{35,36}.

Plusieurs facteurs de stress psychosociaux alimentent la DPP, y compris les événements de vie stressants, le chômage, les troubles conjugaux et le manque de soutien personnel de la part du conjoint, de la famille ou des amis³⁵. Même si ces sources de stress peuvent affecter les femmes à tout âge, les études révèlent que certains facteurs particuliers aux très jeunes femmes (moins de 20 ans), dont la faible scolarisation, le manque de confiance en soi, le faible taux d'emploi, un statut socioéconomique peu élevé et l'absence d'appuis sociaux peuvent rendre les mères adolescentes plus vulnérables à la DPP³⁷. De fait, une étude américaine menée en 2002 dévoile que les manifestations de DPP chez les mères adolescentes étaient deux fois et demie plus élevées que chez les mères plus âgées (30 ans et plus)²⁰. De fait, les mères qui ont leur premier enfant plus tard dans la

Figure 4 : Taux d'accouchement par césarienne primaire, selon l'âge de la mère, Canada, 1991-1992 à 2000-2001



*Exclut les accouchements à l'hôpital quand l'âge de la mère n'est pas connu.

Source : Santé Canada, Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003¹¹.

vie sont généralement plus instruites et jouissent d'un meilleur emploi et d'un statut économique plus élevé que leurs homologues plus jeunes.

Une étude centrée sur l'expérience des femmes au moment de l'accouchement a révélé que les femmes de 35 ans et plus tendent à croire que la vie du bébé peut être en danger pendant le travail et l'accouchement que les plus jeunes mères (de 20 à 29 ans)³⁸. Ces inquiétudes n'ont pas nécessairement de conséquences néfastes à l'heure d'accoucher et le bien-être affectif des femmes pendant la période postnatale n'est pas affecté.

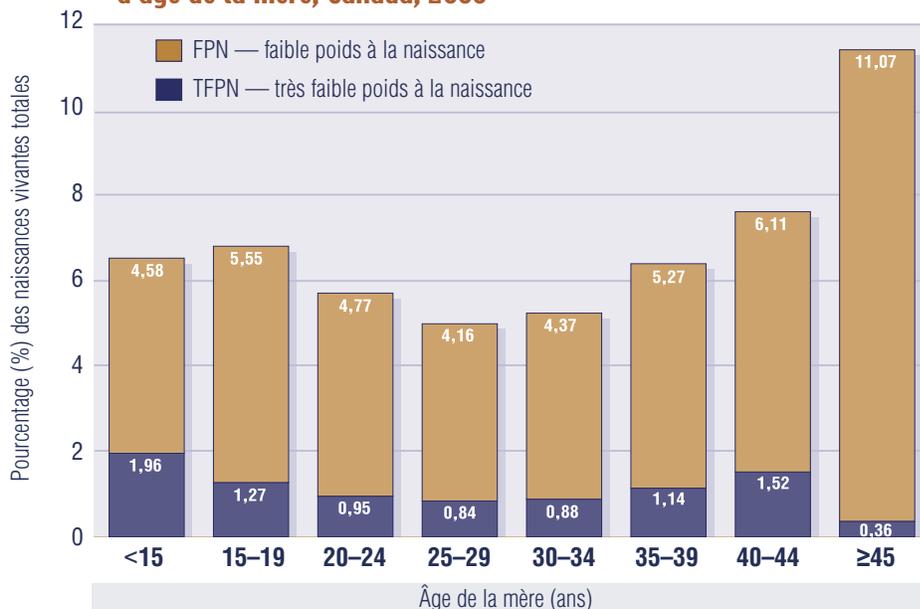
D'autres chercheurs ont découvert que certains facteurs constituent des sources de stress uniques chez les mères plus âgées, y compris leur perception des risques biophysiques liés à la grossesse et leurs attentes face à la maternité, ce qui peut affecter leur transition harmonieuse vers l'état de parent^{38,39} et confirme que ces femmes tendent à franchir l'étape de femme sans enfant à mère différemment des jeunes femmes qui accouchent d'un premier enfant. Le dépistage précoce pour identifier les mères plus âgées qui ont des attentes élevées face à la maternité, qui sont insatisfaites de leur rôle de parent et qui ne peuvent compter sur des réseaux d'appui social adéquats permettrait d'intervenir efficacement auprès de ces femmes³⁹.

Répercussions sur la santé des nourrissons et des enfants

Poids à la naissance

Le poids à la naissance constitue l'un des plus importants indicateurs de la santé infantile. Les distributions par âge des bébés de faible poids à la naissance (FPN — moins de 2 500 g) et de très faible poids à la naissance (TFPN — moins de 1 500 g) sont en forme de U, les taux les plus faibles étant associés aux mères de 25 à 34 ans, les taux les plus élevés aux mères de moins de 20 ans et particulièrement à celles de plus de 40 ans⁴⁰ (voir la figure 5). Le faible poids à la naissance résulte de la naissance de bébés prématurés, d'un retard de croissance intra-utérin, ou de ces deux situations. Au Canada, le nombre de bébés qui naissent prématurément est à la hausse — on estime que 7,6 pour cent des bébés étaient prématurés en 2000, comparativement à 6,6 pour cent en 1991¹¹. Cette situation tient, en

Figure 5 : Pourcentage de bébés avec un poids à la naissance inférieur à 1 500 g (TFPN) ou entre 1 500 et 2 499 g (FPN), selon le groupe d'âge de la mère, Canada, 2000



Source : Statistique Canada, Système canadien des statistiques de l'état civil, 2000.

partie, au nombre croissant de naissances multiples résultant de l'âge maternel et des TRA. La naissance de bébés de FPN et de TFPB peut engendrer des problèmes immédiats, comme le syndrome de détresse respiratoire, ainsi que des problèmes de santé, des troubles respiratoires et des complications neurologiques comme la paralysie cérébrale, qui perdureront toute la vie^{11,41,42}.

Césariennes

Les bébés qui naissent par césarienne sont plus vulnérables aux troubles respiratoires^{31,32} et semblent avoir plus de difficulté à commencer à téter³¹.

Anomalies congénitales

Plus une femme enceinte est âgée, plus le bébé qu'elle porte risque de naître avec une aberration chromosomique. À titre d'exemple, le risque d'avoir un enfant atteint du syndrome de Down passe de 1 naissance vivante sur 1 667 quand la mère a 20 ans à 1 naissance vivante sur 30 quand la mère a 45 ans³. Voilà pourquoi les mères plus âgées font plus souvent l'objet de dépistages prénataux pour déterminer si le fœtus est à risque d'avoir une anomalie congénitale. Si ce premier test de dépistage est positif, des tests diagnostics additionnels permettent d'établir si le fœtus affiche bel et bien une aberration congénitale⁴³. La dimension envahissante de certains types de tests diagnostics peut entraîner une fausse couche. Lorsqu'un test révèle que le bébé a une anomalie congénitale, les parents sont confrontés à des choix extrêmement difficiles. ▶

Une récente étude suédoise de grande envergure a révélé que les enfants nés de pères âgés de plus de 30 ans ont davantage tendance à souffrir de schizophrénie plus tard dans la vie. Cette association tient même dans le cas des familles qui n'ont pas d'antécédents de schizophrénie, ce qui porte les auteurs à conclure que le risque accru résulte d'une nouvelle mutation génétique dans le sperme paternel avant la conception⁴⁴. En outre, ils ont aussi observé chez les pères plus âgés ont un risque accru d'affections autosomiques dominantes comme l'achondroplasie et le syndrome de Marfan, qui semblent elles aussi liées à de nouvelles mutations génétiques dans le sperme³. De surcroît, certaines études nous portent à croire que les enfants nés de femmes de plus de 40 ans et de pères de plus de 35 ans sont plus assujettis aux cardiopathies congénitales⁴³.

Incidences à l'échelle du régime de soins de santé

La tendance à reporter les naissances a plusieurs incidences au niveau du régime de soins de santé, dont plusieurs sont liées à la demande et à la nécessité accrues de services spéciaux pendant la grossesse et l'accouchement.

Technologies de reproduction assistée

Les trois grandes catégories de TRA sont la fertilisation in vitro (FIV) et l'injection intracytoplasmique de spermatozoïde; l'insémination artificielle par donneur; et l'insémination artificielle avec le sperme du conjoint. La demande en faveur des TRA augmente constamment depuis 25 ans⁴⁵. Puisque plusieurs procédures de TRA ne sont pas couvertes par les régimes d'assurance publique, les patients doivent en assumer eux-mêmes les frais élevés. Il revient néanmoins au régime de santé publique d'absorber le coût des naissances multiples qui en découlent en offrant des soins hospitaliers prénataux aux mères porteuses de plusieurs fœtus, ainsi que des soins aux nouveau-nés prématurés issus de grossesses multiples. Les bébés de faible poids à la naissance doivent rester plus longtemps dans les maternités que ceux de poids normal à la naissance. De plus, la plus forte

prévalence des problèmes de santé chroniques chez les bébés de FPN et de TFPN impose un fardeau à long terme au régime de soins de santé.

Dépistage anténatal

La tendance à avoir des enfants plus tard dans la vie a intensifié la demande pour des procédures de dépistage anténatal. Puisque ces services sont financés par le régime de soins de santé public, ils ont pour effet de taxer encore plus les ressources de la santé à l'échelle du pays.

Accouchements par césarienne

Tel qu'indiqué plus tôt, les femmes de 35 ans et plus ont plus tendance que les autres à accoucher par césarienne. Puisque cette procédure s'avère plus dangereuse pour la santé de la mère et du bébé et exige un plus long séjour à l'hôpital, les césariennes peuvent faire augmenter les coûts de maternité que doit absorber le régime de soins de santé.



Malgré les défis inhérents à la décision de reporter à plus tard la grossesse, la grande majorité des mères et des bébés sont en bonne santé au Canada en raison de l'accessibilité universelle aux soins prénataux et intra-partum financés par les deniers publics. Il importe néanmoins que le régime de soins de santé engage des mesures pour intensifier les activités de surveillance, d'éducation et de traitement à plusieurs niveaux.

Conclusion

Malgré les défis inhérents à la décision de reporter à plus tard la grossesse, la grande majorité des mères et des bébés sont en bonne santé au Canada en raison de l'accessibilité universelle aux soins prénataux et intra-partum financés par les deniers publics. Il importe néanmoins que le régime de soins de santé engage des mesures pour intensifier les activités de surveillance, d'éducation et de traitement à plusieurs niveaux. Ainsi, la promotion de la santé et la protection des ressources devraient cibler la prévention, le dépistage et le traitement des ITS chez les jeunes pour prévenir les cas d'infertilité acquise. En outre, il importe de surveiller davantage les modes de recours aux techniques de reproduction assistée et les résultats des TRA pour les mères et les bébés. De surcroît, les professionnels de la santé doivent être plus aguerris aux symptômes précoces de la dépression

post-partum chez les femmes de tout âge et les aiguiller, au besoin, afin qu'elles puissent être évaluées et soignées comme il faut. 🌀

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>>.

Les effets nets du report de la reproduction

Roderic Beaujot, Université
de Western Ontario

Les tendances en matière de reproduction affectent la santé individuelle et collective. Cet article fait valoir les avantages et les désavantages inhérents au report de la reproduction et à la réduction des naissances au plan individuel. Alors que le report de la reproduction intensifie certains dangers, y compris le risque d'infertilité ou celui de donner naissance à un bébé de faible poids, elle s'accompagne souvent de conditions économiques plus favorables. À l'échelle de la société, les tendances familiales et le vieillissement de la population, liés au report de la procréation, à la baisse de fertilité et à l'incidence accrue de familles monoparentales, peuvent donner lieu à des disparités plus fortes.

Au plan individuel

Comme l'illustre l'article en page 15, la tendance à reporter la procréation comporte plus de risques pour la santé de la mère et de l'enfant, y compris un faible poids à la naissance. Par contre, les femmes qui ont des enfants plus tard dans la vie sont plus avantagées au plan économique et leurs enfants profitent du fait que leurs parents sont mieux nantis (voir l'article en page 11).

Le retard mis à franchir de grandes étapes de vie — quitter le domicile parental, former un couple et avoir des enfants — permet aux jeunes de consolider leurs assises au sein du marché du travail et d'atteindre un plus haut niveau de stabilité financière avant de fonder leur famille¹. Partant des données de l'*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu de 1998*, Drolet² a découvert que les avantages salariaux inhérents au report de la procréation se sont accrus chez les nouvelles générations de mères. Prenant en compte d'autres facteurs, le salaire des femmes qui ont des enfants plus tard dans la vie ne diffère pas du salaire des femmes qui en ont aucun. Par contre, les femmes qui ont des enfants à un plus jeune âge que la norme, compte tenu de leur niveau de scolarisation, de leur domaine d'études, de l'importance de leur collectivité urbaine et de leur année de naissance, affichent un salaire moyen inférieur.

Il importe de souligner que les femmes qui reportent la procréation accumulent aussi plus d'expérience de travail à temps plein³.

Les couples qui deviennent parents plus tard dans la vie sont moins susceptibles de se séparer, alors que les parents plus jeunes ont tendance à élever leurs enfants seuls. Les femmes de moins de 30 ans qui ont déjà été mariées sont plus susceptibles d'avoir des enfants que les femmes qui sont célibataires, qui vivent en union libre ou qui sont mariées⁴. À partir des données censitaires, Lochhead a conclu que le report de la procréation est plus marqué chez les femmes qui ont fait des études universitaires. Il a en outre observé un écart salarial de plus en plus grand au désavantage des jeunes mères primipares, même dans le cas des familles avec deux parents⁵. Après avoir examiné des données américaines, Martin conclut que les gens hautement scolarisés qui reportent la procréation sont plus à même d'élever leurs enfants dans le contexte d'un mariage intact que ceux qui ont des enfants plus jeunes, qui semblent les élever davantage en-dehors du mariage⁶. Bianchi⁷ caractérise le ►



premier groupe comme étant en mesure de capitaliser sur l'investissement parental de la mère comme du père et le deuxième groupe comme étant plus susceptible de se retrouver avec un père absent et une mère qui a moins de temps et de ressources à consacrer à ses enfants. Les enfants nés de parents plus âgés tendent à profiter d'une mère avec un plus grand capital humain et de la présence d'un père au sein d'une famille à double revenu.

La réalité est toute autre pour les personnes qui ont des enfants à des âges jeunes, puisqu'elles tendent davantage, en bout de ligne, à constituer une famille monoparentale. Ces résultats portent à croire que le report de la procréation s'avère avantageux pour les adultes comme pour les enfants. Même si l'on note une incidence accrue de bébés à faible poids à la naissance, les ressources additionnelles dont disposent les parents plus âgés servent à contrecarrer ce désavantage.

Perspectives à long terme

Le report de la procréation donne cependant lieu à une proportion plus élevée de personnes sans enfants ou avec moins d'enfants que voulu. Alors que 6,5 pour cent seulement des personnes de 20 à 29 ans prévoient ne pas avoir d'enfants, la réalité est autre, puisque 15 pour cent environ des Canadiens n'ont pas d'enfants. Cette situation pourrait tenir au fait qu'ils n'arrivent pas à établir une relation de couple durable ou une situation économique stable. De même coup, même si la plupart des personnes de 20 à 29 ans s'attendent à avoir plus de deux enfants⁸, on estime que les femmes nées en 1970 n'auront, en moyenne, que 1,69 enfant à la fin de leurs années fécondes⁹, comparativement à 1,95 enfant, en moyenne, chez les femmes nées en 1950.

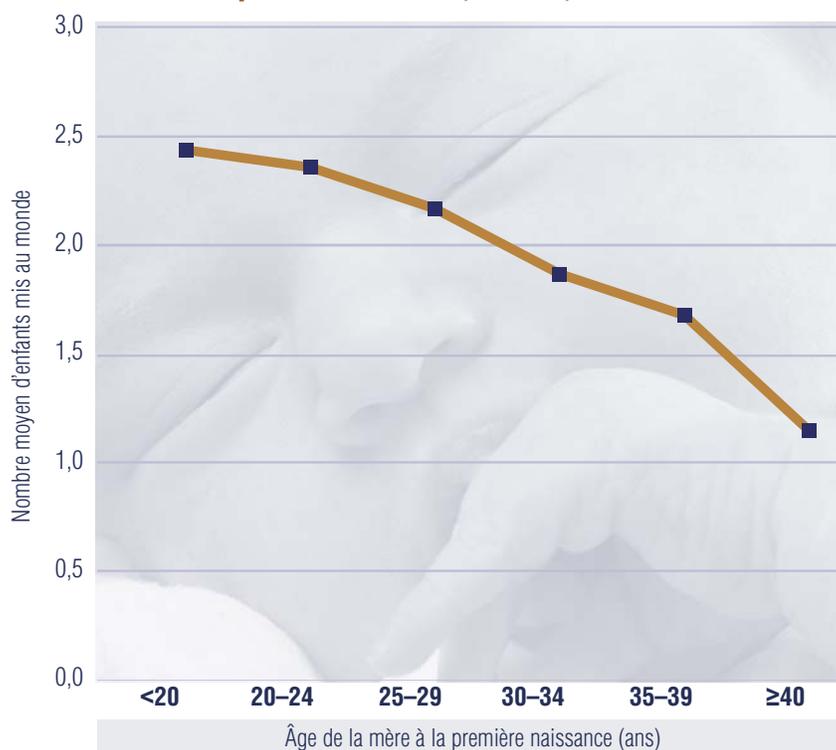
Le fait de ne pas avoir d'enfants ou d'en avoir moins que prévu peut donner lieu à une frustration psychologique chez les femmes et les hommes, lorsqu'ils ne réussissent pas à réaliser l'un de leurs grands objectifs de vie. Caldwell et Schindlmayr¹⁰ concluent que les enfants permettent aux adultes de s'épanouir pleinement, de se constituer des réseaux affectifs et de profiter d'une source de soutien dans le vieil âge. Les gens sans enfants peuvent être privés d'un tel soutien et des bienfaits inhérents sur la santé. Même si la plupart des aînés d'aujourd'hui ne dépendent pas de leurs enfants au plan économique, les personnes âgées plus vulnérables peuvent avoir besoin d'eux pour un soutien social. Il importe de mener d'autres études en ce sens — malgré l'universalité du

régime de soins de santé, les soins privés jouent un rôle de premier plan dans la qualité de vie de nombreuses personnes âgées.

Perspectives démographiques

Tel que précisé à l'article en page 7, les tendances en matière de famille et de fécondité qui se dessinent depuis le milieu des années 1960 forment une « deuxième transition démographique ». Cette transition a été marquée par divers changements de la famille, en particulier l'établissement et le démantèlement plus faciles des relations de couple. Cette deuxième transition démographique a aussi facilité l'émergence de valeurs plus individualistes. À titre d'exemple, Nevitte¹¹ observe plus de laxisme, plus de tolérance et une tangente plus égalitariste. Ces changements, qui créent des familles plus variées et polyvalentes, ont fait chuter davantage le taux de fécondité et le retard de procréation et augmenter le pourcentage d'enfants vivant dans des familles monoparentales ou reconstituées. Ces phénomènes sont interreliés, le report de la procréation étant lié à une baisse de la natalité. Comme l'illustre la figure 1, plus on reporte la naissance du premier enfant, plus le nombre moyen d'enfants diminue.

Figure 1 : Nombre moyen* d'enfants mis au monde, selon l'âge de la mère à la première naissance, Canada, 2001



*Moyennes pondérées.

Note : N = 1 861 femmes de 45 à 54 ans en 2001 qui avaient eu au moins un enfant.

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale de 2001.

Lesthaeghe et Neels¹² arguent que la deuxième transition a porté atteinte à la cohésion sociale. Compte tenu de l'importance accrue accordée à l'autonomie personnelle, la deuxième transition démographique se caractérise par un rôle affaibli des familles dans l'établissement des liens sociaux, une diversité des structures familiales par rapport au modèle de famille unique fondé sur un mariage intact et par une perception répandue de la procréation comme outil de gratification personnelle^{13,14}.

Les enfants peuvent fournir une source de cohésion puisqu'ils constituent un lien interpersonnel permanent, surtout en regard de relations moins stables^{15,16}. En même temps, on note la présence de sources de cohésion conflictuelles au travail et dans la collectivité. Aux yeux de certaines personnes, l'épanouissement personnel ne passe pas par les enfants¹⁷.

Nombre croissant de familles monoparentales et reconstituées

En se basant sur l'*Enquête sociale générale de 1995* Heuveline et al.¹⁸ ont calculé que 8,3 pour cent des enfants naissent de mères qui ne sont ni mariées ni en union libre. À l'âge de 15 ans, 34,5 pour cent des enfants ont déjà vécu dans un foyer dont était absent l'un des deux parents biologiques. Puisque le fait de vivre au sein d'une famille monoparentale ou avec un beau-parent tend à nuire aux enfants¹⁹, ces tendances peuvent avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être des enfants.

Les enfants vivant au sein de familles monoparentales ou reconstituées sont exposés à une gamme de conditions de vie. Il se peut, par exemple, que l'un des parents biologiques de la famille autrefois intacte ait une influence fort négative sur la vie de l'enfant; dans ce cas, le niveau de bien-être de l'enfant tendra à s'améliorer lorsque la famille deviendra monoparentale. Il se peut aussi que certains beaux-parents aient plus de ressources que les parents biologiques ordinaires. Quoi qu'il en soit, au plan démographique, les transferts de ressources à l'enfant sont en moyenne réduits quand ces derniers n'habitent qu'avec un seul parent, et les parents informels ou les beaux-parents offrir peut-être moins de ressources aux enfants du conjoint ou de la conjointe²⁰.

Vieillesse de la population

Le vieillissement de la population est la transformation sociale qui pèse le plus sur la baisse de la fécondité et sur le report de la reproduction. Lorsque la baisse de la fécondité a commencé, le vieillissement et le déclin éventuel de la population ne semblaient pas poser problème, parce qu'un certain temps est nécessaire avant qu'ils ne se manifestent. C'est au début des années 1970 qu'on a d'abord observé des taux de fécondité sous le seuil de remplacement; mais puisqu'on ne dénombrerait pas trop d'ainés et qu'une forte

proportion de personnes étaient toujours fécondes, la population continuait d'augmenter. Quoi qu'il en soit, une population dont le taux de fécondité est inférieur à deux naissances par femme comptera éventuellement plus de décès que de naissances. Dans le cas du Canada, cette situation devrait survenir peu après 2025²¹. Même si l'immigration permet de retarder quelque peu le déclin de la population, elle a peu d'effet sur la structure par âge et ne peut empêcher la population de vieillir.

Dans son évaluation de 1986, McDaniel²² a brossé un tableau favorable du vieillissement de la population. Elle a constaté que plusieurs causes du vieillissement de la population étaient « bonnes », dont le contrôle sur la reproduction, la diversification des possibilités pour les femmes et une plus longue espérance de vie. Au début, le vieillissement de la population s'est opéré « par le bas » en raison de la diminution du nombre de jeunes à charge. Cette situation semblait libératrice pour les adultes parce que le fardeau parental s'allégeait. Depuis, la génération du « baby-boom » a vieilli, mais entre-temps, ils auront constitué un « bonus démographique », gonflant la population active, capable de payer des impôts et de financer le régime de soins de santé. Mais après 2011, le Canada subira les effets d'un vieillissement « par le haut », puisqu'il y aura moins de travailleurs actifs et plus de personnes âgées. Ces dernières auront besoin de plus en plus de services médicaux et de soins coûteux au fur et à mesure qu'elles franchiront les dernières étapes de la vie²³.

Les incidences du vieillissement de la population sont complexes et variées. Lutz et ses collègues²⁴ ont identifié une gamme de préoccupations liées au vieillissement et au déclin de la population, y compris le fardeau imposé au régime de sécurité sociale et au système de santé; gains de productivité plus difficiles; relations plus tendues entre les générations, selon qu'elles sont les bailleurs de fonds ou les bénéficiaires des régimes de pension publics; et effritement de la cohésion sociale si les sociétés ont du mal à accommoder un fort volume d'immigrants. Il faut également prendre en compte la problématique consistant à offrir des soins à une grande portion de la population, y compris la nature sexuée de ces activités, qui demeurent l'apanage des femmes.

Conclusion

Au plan personnel, le report de la procréation et la chute de la natalité comportent à la fois des avantages et des désavantages. Le report de la procréation se traduit par une plus forte incidence de bébés de faible poids à la

Les effets nets du report de la reproduction, suite à la page 39 ►

Les **DISPARITÉS**

Sari Tudiver, Bureau pour la santé des femmes et de l'analyse comparative entre les sexes, et **Linda Senzilet**, Division des politiques, toutes deux de la Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Les auteures tiennent à souligner la participation de Susan Taylor-Clapp, Division de l'information sur la santé et de l'analyse, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, ainsi que de Mark Wheeler et de Derek McCall, tous deux de la Division des politiques, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada.

Au Canada, le taux global de fertilité tend à varier d'une sous-population à l'autre.

Cet article examine la nature des disparités observées entre diverses régions du pays, de même que chez les immigrants et les peuples des Premières nations.

expliquées : Tendances en matière de procréation au sein de sous-populations canadiennes

Introduction

Les données agrégées tendent à masquer les particularités propres aux économies et cultures locales, ainsi que l'incidence des politiques sociales sur diverses régions géographiques. Pour mieux saisir les déterminants de la baisse de fécondité et du report de la naissance du premier enfant, il faut établir dans quelle mesure des facteurs comme l'emplacement géographique, l'origine ethnoculturelle et les conditions socioéconomiques orientent les décisions et les comportements en matière de reproduction. Les exemples suivants, qui s'appliquent à des sous-populations géographiques, immigrantes et autochtones, font ressortir diverses complexités propres aux taux de fertilité.

Disparités géographiques

Malgré les variations de l'indice synthétique de fécondité (ISF) d'une province à l'autre, les taux sont à la baisse dans toutes les régions du pays depuis plusieurs décennies et se situent généralement sous le seuil de remplacement de 2,1 depuis un quart de siècle. Même si c'est au Québec qu'on observe le plus bas taux de fécondité au Canada, ce dernier se compare, depuis 1991¹, à ceux des deux autres provinces canadiennes les plus peuplées, l'Ontario et la Colombie-Britannique, alors que Terre-Neuve-et-Labrador affiche l'ISF le plus bas.

Comme l'indique la figure 1, c'est à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick, au Québec et en Ontario qu'on trouve l'ISF le plus bas, alors que les provinces des Prairies et les trois territoires affichent l'ISF le plus élevé².

Pourquoi un tel écart?

La figure 2 fait ressortir l'étroite correspondance entre l'ISF provincial de 2002 et le taux d'emploi provincial de 2001, ce qui porte à croire que la décision de donner naissance pourrait tenir, dans une large mesure, au fait d'avoir ou non un emploi. En effet, les périodes de sécurité et de vulnérabilité économiques peuvent influencer la décision d'avoir ou



non un enfant. À titre d'exemple, en 2002, Terre-Neuve-et-Labrador avait à la fois le plus bas taux de fécondité et le plus bas taux d'emploi de toutes les provinces canadiennes. Cette situation tenait, entre autres, à la fermeture, dans les années 1990, de la plupart des industries liées à la pêche à la morue dans l'Atlantique, une situation qui a entraîné de grandes mises à pied et de graves pertes de revenus aux 30 000 habitants de Terre-Neuve³.

Certains écarts de l'ISF sont aussi attribuables à la diversité culturelle. On croit, par exemple, que le taux de fécondité des provinces des Prairies est lié, en partie, à la présence d'un grand nombre de jeunes femmes autochtones dont la fécondité tend à être plus élevée que celle des autres Canadiennes⁴. Comme l'illustre la figure 2, les ISF de la Saskatchewan et du Manitoba sont plus élevés que ce à quoi ou pourrait s'attendre, compte tenu de leurs taux d'emploi respectifs.

Pour saisir les autres motifs qui sous-tendent les disparités provinciales, il faut prendre en compte l'historique des transitions démographiques au sein de régions géographiques particulières. Le Québec constitue un exemple éloquent de la dynamique complexe des transitions démographiques⁵.

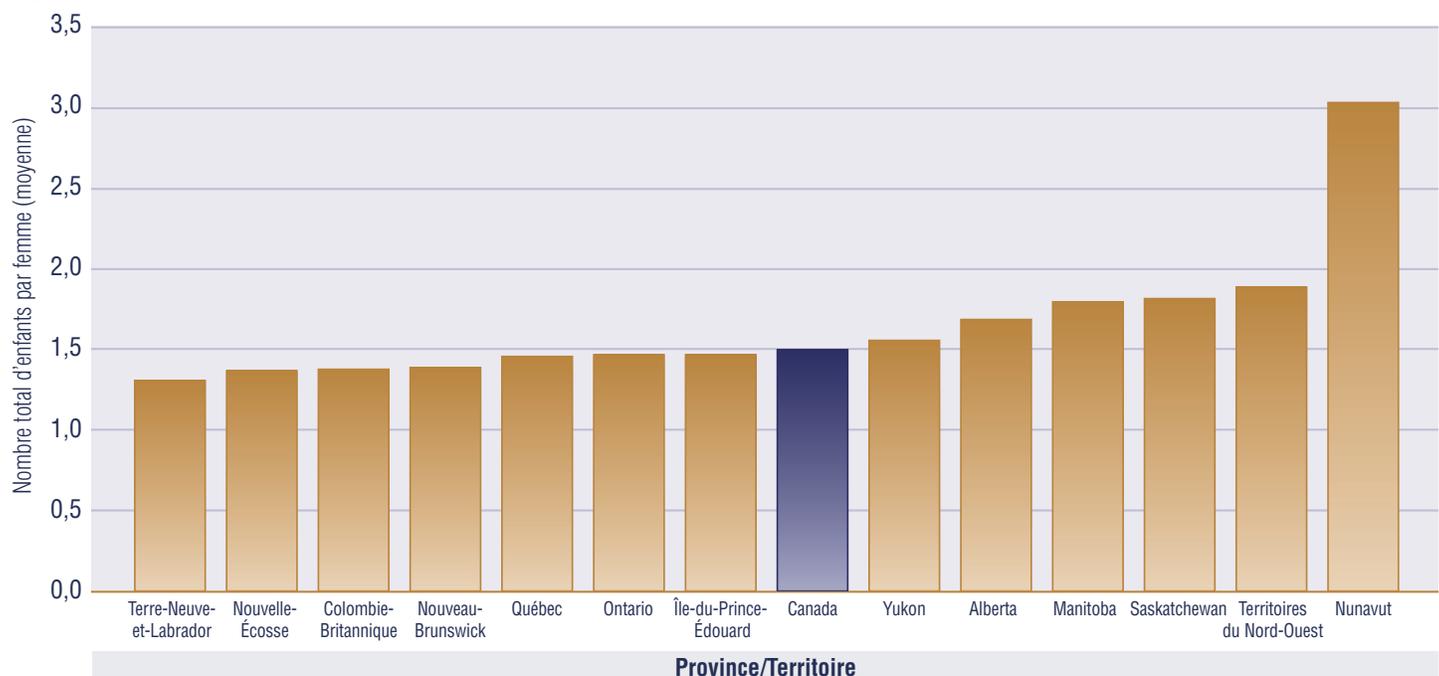
Malgré la réduction constante de la taille des familles rurales au cours du 20^e siècle, un phénomène attribuable à l'industrialisation et à l'urbanisation, le Québec a continué d'afficher l'ISF le plus élevé de toutes les provinces canadiennes jusqu'à la fin des années 1950. Les transformations apportées par la Révolution tranquille des

années 1960 ont permis de moderniser l'économie, d'élargir et de laïciser le système d'éducation, et de créer de nouveaux emplois, surtout pour les femmes. On a observé, du même coup, l'effritement du pouvoir ecclésiastique devant le mariage, le divorce et la contraception. La province s'est en outre dotée d'une infrastructure de santé et de services sociaux communautaires.

Du milieu des années 1960 au milieu des années 1970, l'ISF du Québec était le plus bas au pays. Dans les années 1980, il était devenu le plus faible au monde, s'établissant à 1,4 enfant par femme⁶. À cette époque, le gouvernement du Québec avait déjà engagé des réformes législatives, entre autres pour reconnaître les droits des enfants nés hors mariage et pour garantir l'accès aux contraceptifs. C'est à partir de ces transformations que l'on peut expliquer les changements de l'ISF du Québec. Soutenues entre autres par le mouvement féministe québécois, elles auront été accompagnées par une réorientation des croyances dominantes quant au rôle des sexes, celui du mariage et de la reproduction.

En 1988, le gouvernement du Québec introduisait son « allocation pour nouveau-nés », une prestation pour enfants non imposable ayant pour but de contrer la chute du taux de natalité. La valeur de cette allocation familiale augmentait avec la naissance de chaque nouvel enfant. Même si le taux de fécondité s'est accru pendant quelques années (pour s'établir à 1,65 enfant par femme en 1992), il avait toutefois à nouveau diminué pour s'établir juste au-dessus de 1,5 au moment de l'abolition du programme

Figure 1 : **Indice synthétique de fécondité (ISF), selon la province et le territoire, Canada, 2002**



Source : Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil*.

en 1997^{6,7}. Cette politique d'intervention semble donc n'avoir eu qu'un effet minimal et temporaire, largement contrecarré par divers autres facteurs.

Tendances au sein des groupes d'immigrants

Une série d'instances culturelles, socio-économiques et sociopolitiques influencent la vie de ceux qui immigrèrent au Canada. À leur entrée au pays, ils affichent des croyances et des désirs propres face à la reproduction, des croyances et désirs qui se réaliseront ou non. L'âge à l'arrivée, l'accès aux services de santé génésique, l'emploi et les conditions financières⁸, ainsi que l'étendue des réseaux de soutien social et familial au Canada, sont autant de facteurs qui peuvent affecter les choix en matière de fécondité.

Depuis la fin des années 1980, le Canada accueille de plus en plus d'immigrants, une mesure qui sert, en partie, à compenser le faible taux de fécondité canadien. À titre d'exemple, près de 70 pour cent de la croissance démographique au Canada en

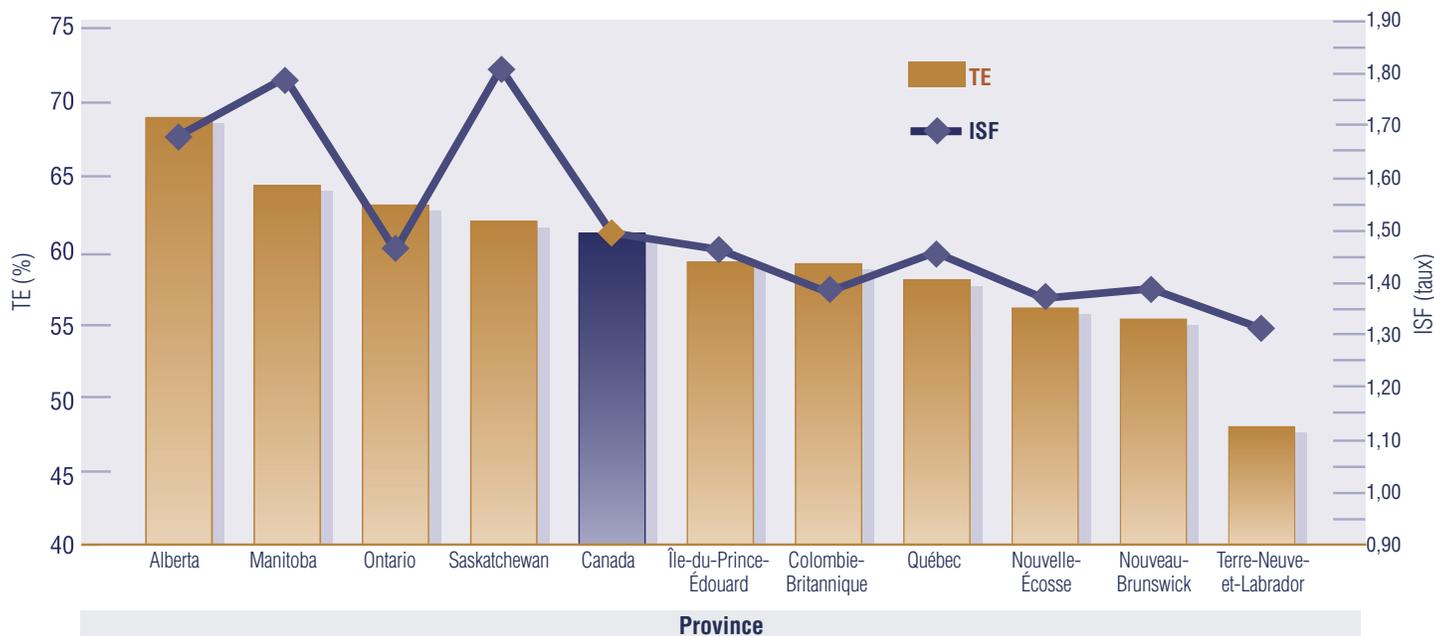
Une série d'instances culturelles, socio-économiques et sociopolitiques influencent la vie de ceux qui immigrèrent au Canada. À leur entrée au pays, ils affichent des croyances et des désirs propres face à la reproduction, des croyances et désirs qui se réaliseront ou non. L'âge à l'arrivée, l'accès aux services de santé génésique, l'emploi et les conditions financières, ainsi que l'étendue des réseaux de soutien social et familial au Canada, sont autant de facteurs qui peuvent affecter les choix en matière de fécondité.

2001 résultait de l'immigration. La participation des immigrants à la croissance démographique canadienne est cumulative car beaucoup d'immigrants sont jeunes et, une fois établis au pays, commencent à avoir des enfants⁹.

Cela dit, plus les immigrantes vivent longtemps au Canada, plus leur taux de fertilité se rapproche de celui de femmes nées au Canada. Cette convergence des taux de fertilité est plus marquée chez les femmes qui ont immigré au Canada avant l'âge de 15 ans⁹.

Une étude qui a examiné l'évolution des taux de fertilité sur une période de 25 ans a révélé que l'ISF a diminué de 10 pour cent, tant chez les femmes immigrantes que chez les femmes nées au Canada (passant, respectivement, de 2,03 à 1,82 chez les immigrantes et de 1,64 à 1,47 chez les Canadiennes de souche)⁹. Puisque les immigrants ne constituent pas un groupe homogène, il ne faut pas se surprendre de ces disparités de l'ISF selon le pays d'origine.

Figure 2 : Liens entre les taux d'emploi (TE) provinciaux* (2001) et les indices synthétique de fécondité (ISF) provinciaux (2002)



*Le TE fait référence au nombre de travailleurs exprimé en pourcentage de la population de 15 ans et plus.

Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil (ISF) et Enquête sur la population active (TE).

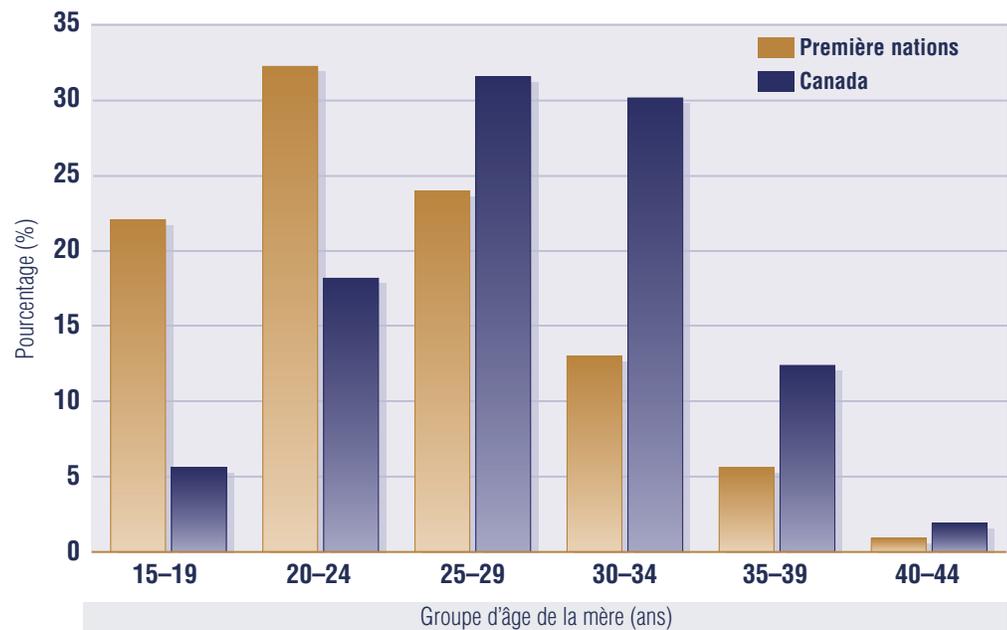
Tendances au sein des Premières nations

Une baisse de l'ISF est aussi apparente chez les Indiens inscrits, vivant dans ou hors une réserve¹⁰. Au cours des dernières décennies, l'ISF des Premières nations est passé de 4,4 enfants pour chaque femme en 1974 à 3,2 enfants en 1990, et 2,9 enfants en 2000. On estime que l'ISF de ce groupe demeurera supérieur au seuil de remplacement de 2,1 jusqu'en 2021 au moins¹¹.

Beaucoup de femmes des Premières nations ont leur premier bébé à un plus jeune âge que l'ensemble des Canadiennes. En 2000, 22,1 pour cent des bébés des Premières nations naissaient de mères âgées de 15 à 19 ans, comparativement à 5,6 pour cent de tous les bébés nés au Canada en 1997 de mères du même groupe d'âge. De même, chez les femmes de 20 à 24 ans, cette proportion s'établissait à 32,3 pour cent et à 18,2 pour cent, respectivement^{12,13}. En revanche, un plus grand pourcentage de bébés naissait de mères canadiennes âgées de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans, que de mères des Premières nations (voir la figure 3) aux âges. Le report de la reproduction n'a pas encore été observé chez les Premières nations, mais on ne sait pas si cette tendance finira par les toucher. Au fur et à mesure qu'ils se scolarisent et qu'ils améliorent leur statut économique, les représentants des Premières nations pourraient décider de reporter leurs naissances eux-aussi.

Puisque la culture, l'emplacement géographique, le degré d'autonomie gouvernementale et le niveau de développement économique varient grandement selon les divers peuples des Premières nations, leurs tendances en matière de procréation doivent être interprétées dans un contexte propre. De plus, la grande valeur accordée aux enfants, qui constituent l'avenir des collectivités des Premières nations, ainsi que l'accès

Figure 3 : Pourcentage de naissances vivantes, selon le groupe d'âge de la mère, Premières nations (1999) et Canada (1997)



Note : Les données sur les Premières nations ne s'appliquent pas au Québec; les données canadiennes ne s'appliquent pas à Terre-Neuve-et-Labrador.

Sources : Statistiques internes, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; Santé Canada, Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000¹³.

Le report de la reproduction n'a pas encore été observé chez les Premières nations, mais on ne sait pas si cette tendance finira par les toucher. Au fur et à mesure qu'ils se scolarisent et qu'ils améliorent leur statut économique, les représentants des Premières nations pourraient décider de reporter leurs naissances eux-aussi.

amélioré aux services d'accouchement et de santé, pourraient affecter les tendances reproductives dans les années à venir¹⁴⁻¹⁶.

Le mot de la fin

Même si le présent article n'analyse pas les taux de fécondité en fonction d'autres variables comme la diversité religieuse et urbaine-rurale, ces aspects méritent qu'on s'y attarde. Nous devons aussi faire la lumière sur les facteurs qui influencent les décisions de procréation des diverses sous-populations canadiennes. Comme le suggère cet article, les tendances générales des taux de fécondité risquent de masquer les disparités. Il importe de procéder à des sous-analyses pour établir les bonnes politiques à adopter en vue de répondre aux besoins particuliers des sous-populations et, le cas échéant, de mettre au point des services sociaux et de santé dédiés à cette fin. 🌀

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>>.

Les implications

Mark Wheeler, *Division de la politique, Direction générale de la politique de santé, Santé Canada*

du report de la reproduction et de la faible fécondité sur les politiques de planification

Le report de la reproduction et les faibles taux de fécondité posent-ils un problème au Canada? Dans l'affirmative, quelles mesures peut-on engager pour remédier à la situation? L'auteur examine les données probantes, explique en quoi ces phénomènes s'avèrent inquiétants et propose diverses mesures stratégiques à engager pour relever le défi.

Pourquoi s'inquiéter?

Dans un article précédent (voir l'article en page 21), Roderic Beaujot explique le lien entre le vieillissement de la population, le report de la reproduction et la faible fécondité. Au Canada, ces phénomènes pourraient éventuellement poser d'importants défis pour le marché du travail qui, s'ils ne sont pas compensés par une hausse correspondante de la productivité, risquent d'entraîner un ralentissement de la croissance du produit intérieur brut (PIB)¹, une détérioration du niveau de vie et un appauvrissement de l'assiette fiscale qui ne suffirait plus à financer les grands programmes sociaux comme le régime de soins de santé universel².

Dans l'article en page 11, Clarence Lochhead documente l'un des effets les plus percutants du report de la reproduction sur la population, notamment les disparités croissantes entre la situation économique et le niveau d'éducation des nouveaux parents « jeunes » et « moins jeunes ». Ces écarts économiques pourraient donner lieu à une plus grande stratification de la société canadienne, une situation susceptible d'altérer le gradient de santé décrit par Phyllis Colvin (voir l'entrevue en page 3).

Que camoufle un tel problème?

Première et seconde transitions démographiques

Le changement économique était au cœur de la première transition démographique. L'indice synthétique de fécondité (ISF) chutait, passant de 6,6 enfants par femme, en 1851, période où le Canada était surtout une société agricole, pour atteindre 4,6 en 1901, période où les gens ont commencé à quitter la campagne vers la ville, en quête d'opportunités économiques. En 1921, suivant la législation sur la scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans et l'adoption de lois sur le travail des enfants,



6,6 enfants par femme en 1851, quand le Canada était surtout une société agricole

4,6 enfants par femme en 1901, quand les gens ont commencé à quitter la campagne vers la ville, en quête d'opportunités économiques

l'ISF baissait à 3,5 enfants par femme³. Il est clair que les enfants n'avaient plus autant de valeur économique aux yeux de l'unité familiale⁴.

La seconde transition correspond à l'époque où les femmes ont commencé à revendiquer un rôle plus actif dans la société et se sont montrées moins enclines à élever de grosses familles. Deux facteurs ont alimenté cette tendance, soit les possibilités de plus en plus grandes qui s'offraient aux femmes d'accéder aux études supérieures et d'avoir une carrière, et le coût croissant qu'il y avait à élever et éduquer les enfants⁵.

Plusieurs de nos institutions et politiques sociales ne sont pas encore pleinement ajustées aux transitions démographiques; de fait, nous n'avons pas encore vécu une « transition institutionnelle » semblable à l'introduction du système d'éducation public. Une telle transition aiderait à garantir que la répartition des coûts en capital humain entre les familles et la société prenne en compte nos aspirations et besoins sociétaux et reflète les coûts et coûts de substitution liés aux enfants.

Entraves liées aux étapes de vie

L'âge parental à l'arrivée du premier enfant s'explique par le nombre d'étapes à franchir au fil de la vie et par le moment où ces transitions surviennent⁴. Entre les deux guerres mondiales, les étapes menant à la vie adulte et au statut de parent — terminer ses études, faire son entrée sur le marché du travail, quitter le foyer paternel, créer une union et fonder une famille — étaient comprimées en une période de temps relativement courte. De nos jours, les grandes étapes de vie peuvent être plus nombreuses et les trajectoires — c'est-à-dire quelle étape se présente avant quelle autre — plus variées, compte tenu des exigences éducatives de plus en plus grandes et de la tendance à vivre plusieurs relations avant de créer une union durable. Ces étapes peuvent durer plus longtemps, particulièrement (préférence normative) l'impératif de trouver un bon emploi avant d'établir une solide relation de couple. Chez les femmes, comme l'explique Sari Tudiver (voir l'article en page 7), les études supérieures, les aspirations professionnelles et l'incapacité trop fréquente de concilier efficacement le travail et la vie privée entravent la constitution des familles.

Puisque le marché du travail offre plus de possibilités aux femmes diplômées d'une université, ces dernières ont

tendance à avoir moins d'enfants que les femmes moins éduquées^{5,6}. Les coûts de substitution liés au fait d'avoir des enfants sont plus élevés dans le cas des Canadiennes diplômées en couple car leurs heures et semaines de travail tendent à être plus longues et leur salaire plus élevé que ceux de leurs homologues moins éduquées. Chez les hommes canadiens, une scolarité plus poussée a pour effet de retarder la paternité mais, quand d'autres facteurs ont été pris en compte, il appert qu'un revenu plus élevé favorise la paternité parce que la mise en couple survient plus tôt⁷.

La figure 2 de l'article de Sari Tudiver et de Linda Senzilet (voir l'article en page 24) confirme l'association entre l'emploi et la fécondité : dans une large mesure, les bébés naissent là où se trouvent les emplois. Cela n'explique cependant pas pourquoi la fécondité de la Colombie-Britannique est presque aussi basse que celle de Terre-Neuve-et-Labrador, et n'indique pas quelles grandes étapes de vie sont reportées et pour quelles raisons. Mais compte tenu du fait que Terre-Neuve-et-Labrador affiche le niveau d'endettement étudiant le plus élevé au pays et que les dettes hypothécaires sont les plus fortes en Colombie-Britannique⁸, il y a fort à parier qu'à Terre-Neuve, les dettes et la pénurie de bons emplois encouragent les gens à rester plus longtemps chez leurs parents alors que sur la côte ouest, le coût fort élevé des maisons incite tant d'hommes à remettre à plus tard la famille⁷. Même s'il importe de poursuivre les recherches pour faire la lumière sur les entraves aux grandes étapes de vie, il est clair que la situation diffère d'une région à l'autre.

Les frais de logement, la poursuite des études supérieures, le service de la dette étudiante, l'expérience sentimentale qui précède la fondation du couple et la pénurie d'emplois intéressants contribuent tous à expliquer, dans une certaine mesure, pourquoi les gens tardent autant à quitter le domicile parental, clairement une grande étape menant à la vie adulte et à l'autonomie. En 2001, 41,1 pour cent des Canadiens de 20 à 29 ans vivaient encore chez leurs parents, comparativement à 27,5 pour cent vingt ans auparavant⁴. En Europe, l'âge moyen auquel les jeunes quittent le domicile familial varie selon les pays, de 20 ans en Suède à la mi-vingtaine en Italie et en Espagne. Il semblerait qu'il soit plus facile de quitter le foyer paternel dans des pays comme la Suède, où les jeunes profitent davantage des transferts sociaux⁴. ▶

Plusieurs de nos institutions et politiques sociales ne sont pas encore pleinement ajustées aux transitions démographiques; de fait, nous n'avons pas encore vécu une « transition institutionnelle » semblable à l'introduction du système d'éducation public.

Économie et revenu

En 1971, 44 pour cent seulement des familles bénéficiaient de deux revenus mais en 2000, 62 pour cent des familles déclaraient deux salaires⁹. Une étude sur les couples canadiens menée entre 1980 et 2000 (quand l'homme avait entre 25 et 54 ans) a démontré que le revenu annuel *moyen* des hommes avait augmenté de 2 pour cent, en dollars constants, alors que leur revenu annuel *médian* avait diminué de 6 pour cent¹⁰, ce qui porte à croire que la plupart de ces hommes ont subi des pertes de revenu annuel au fil des ans. Les hommes de 35 à 44 ans avec un diplôme universitaire mariés à des femmes diplômées d'une université étaient les grands gagnants, alors que les hommes de toutes catégories ayant, au plus, un diplôme d'études secondaires étaient les grands perdants au plan financier.

La participation accrue des femmes chefs de famille à la population active a donné lieu à certains des plus forts pourcentages de gains du revenu familial entre 1989 et 2001¹¹, quoique ces gains semblent s'être amenuisés l'année suivante¹².

Que peut-on faire?

Que peut-on faire en regard des taux de dépendance plus élevés découlant du « baby-boom », du prolongement de l'espérance de vie et d'un indice synthétique de fécondité (ISF) sous le seuil de remplacement? Trois possibilités s'offrent : accepter la forte probabilité d'un niveau de vie inférieur (si la productivité accrue de chaque travailleur n'arrive pas à compenser une main-d'œuvre proportionnellement plus petite); favoriser l'immigration en vue de remplacer les travailleurs qui prendront leur retraite au cours de la prochaine décennie; adopter des politiques sociales pour renverser le déclin de l'ISF¹³. La concrétisation de ces

scénarios doit faire l'objet d'un débat entourant les mérites d'une « politique démographique canadienne » et mener à un consensus quelconque quant à la taille voulue de la population et les stratégies à prendre pour y parvenir.

Au Québec, l'Allocation pour nouveau-nés (en vigueur de 1988 à 1997) semble avoir eu plus d'effet sur la naissance du troisième enfant que sur celle du premier enfant^{6,14}. On ne sait pas au juste dans quelle mesure la baisse de fécondité au Canada est attribuable à l'absence d'une première naissance (c'est-à-dire la décision des femmes de ne pas avoir d'enfants) plutôt qu'à l'absence d'une troisième naissance ou de la naissance d'enfants de rang supérieur. La Suède (voir l'encadré) et la France ont aussi découvert que les mesures d'incitation faisaient augmenter le taux de fécondité; il semblerait que l'impact sur la parité ait été semblable au Québec.

Au Canada, alors que les probabilités d'avoir un deuxième et un troisième enfant sont demeurées stables au fil du temps, celle d'en avoir un s'est avérée plus volatile⁶. Dans une large mesure, la documentation tend à ignorer les familles sans enfants. Il importe d'étudier en quoi des facteurs comme l'infertilité et les caractéristiques socioéconomiques des couples sans enfants (y compris la mesure dans laquelle les personnes en âge de procréer se retrouvent entre deux relations ou dans des unions instables) peuvent expliquer « l'absence » du premier enfant.



Étude de cas : la Suède¹⁵

Au cours des dernières décennies, le taux de fécondité de la Suède a tellement fluctué que les démographes ont comparé ses tendances en matière de procréation à des montagnes russes. L'indice synthétique de fécondité (ISF) a atteint son plus bas niveau (1,6) à la fin des années 1970. En 1985, le pays vivait un « baby-boom » et, en 1990, l'ISF franchissait le seuil de remplacement (2,14 enfants par femme). En 1999, l'ISF descendait pour atteindre 1,52 alors qu'en 2002¹⁶, il grimpait à nouveau jusqu'à 1,65.

La hausse de l'ISF suédois dans les années 1980 tenait à l'adoption de politiques sociales favorables aux mères travailleuses centrées sur le revenu garanti et sur l'amélioration des conditions d'emploi (y compris des garderies universelles de haute qualité subventionnées par l'État), jumelées à de bonnes conditions économiques assorties d'un faible taux de chômage. Le resserrement de certaines de ces politiques sociales dans les années 1990 allait entraîner une dégringolade de l'ISF, alors que leur rétablissement partiel subséquent donnait lieu à un certain regain.

L'expérience suédoise nous apprend que l'ISF est sensible à la présence ou l'absence de politiques favorables à la famille et aux conditions économiques ambiantes.

Comment faire?

Les données probantes le confirment, même si l'application d'une mesure unique n'affecte pas la fécondité, l'adoption d'une série de mesures concurrentes peut certes avoir un effet^{15,17}. Il appert que les politiques sociales et les cultures institutionnelles favorables au capital social ont aussi des incidences positives sur le développement du capital

humain. Au moment d'engager un débat sur les mérites d'une politique démographique, il importe d'examiner les options suivantes :

Repenser les objectifs — Il est parfaitement acceptable d'ajuster le soutien du revenu en fonction des besoins économiques; cela dit, les besoins ne sont pas tous d'ordre économique. À titre d'exemple, les programmes de développement de la petite enfance devraient être plus accessibles à la population puisque les enfants aptes à profiter de cette riche expérience dans la petite enfance ne viennent pas tous de familles économiquement défavorisées¹⁸. En outre, avant que le programme des allocations familiales du Canada ne devienne un programme de prestations pour enfants tributaire du revenu, il avait une valeur symbolique supérieure à sa valeur économique. Aux yeux des Canadiens, il démontrait en quoi la société canadienne valorise ses enfants et tient à assurer leur bien-être.

Prendre en compte les questions d'égalité entre les générations — En vue d'aider les jeunes à franchir les premières étapes de vie pour devenir des parents, s'ils le désirent, la société canadienne doit trouver de meilleures façons de leur transférer des ressources. Ceci devrait résulter en une période de productivité plus longue⁴, à savoir que la force ouvrière prendra sa retraite plus tard que plus tôt dans la vie. Dans les années 1980, le Canada a démontré qu'il était possible de contrer la prévalence de la pauvreté chez les aînés en optant pour de plus gros transferts intergénérationnels; il devrait être possible de répondre de la même façon aux besoins des jeunes Canadiens.

Faciliter la conciliation entre le travail et la vie privée — La récente entente Canada-Québec visant à dissocier les congés parentaux de l'assurance-emploi pour permettre l'accès des travailleurs autonomes à de tels congés illustre bien les mesures novatrices qu'on peut engager dans le cadre de ces programmes. Mais le secteur public ne doit pas être le seul agent de changement. Au fur et à mesure que la retraite imminente des « baby-boomers » et leur exode de la population active exercent des pressions sur les employeurs et que le recrutement et le maintien en poste des jeunes travailleurs prennent une importance cruciale, il y a fort à parier que les pratiques exemplaires de conciliation vie personnelle-vie professionnelle susciteront de plus en plus d'intérêt. Dans ce contexte, les secteurs public et privé devront être plus sensibles que jamais à ce que Ranson décrit comme « un profond dilemme, à savoir que tout ce qui s'est fait jusqu'ici, aux plans structurel ou politique, pour aider les femmes à

mieux concilier le travail rémunéré et les responsabilités familiales, ne fait que confirmer la notion que l'élevage des enfants est le royaume exclusif des femmes »¹⁹.

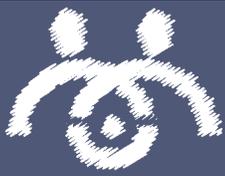
Favoriser la traversée des grandes étapes de vie — Dans la mesure où les jeunes de Terre-Neuve-et-Labrador tardent à quitter le domicile parental en raison de leur endettement étudiant et où le report de la paternité en Colombie-Britannique résulte, en partie, du coût élevé du logement, l'objet avoué de faciliter les étapes de vie peut exiger un amalgame de mesures stratégiques différentes, selon les régions. Le remboursement de la dette étudiante en fonction du revenu peut être plus problématique dans certaines régions, même si le développement économique et la création d'emplois réels et durables constitue la condition *sine qua non* d'une hausse de l'ISF dans les régions canadiennes moins fortunées. Un logement abordable peut avoir bien plus d'importance à Vancouver ou Toronto qu'ailleurs au pays, quoique les moyens à prendre pour réaliser ce but doivent être examinés de près, au risque de faire monter, par inadvertance, le prix du logement.

Conclusion

La tendance documentée par Lochhead peut donner lieu à une société canadienne plus stratifiée, quoiqu'une stratification plus exacerbée n'engendre pas nécessairement un gradient de santé plus abrupt. L'inclusivité et un engagement ferme envers l'équité sont l'étendard de pays où l'espérance de vie et la qualité de vie sont élevées²⁰.

Les options susmentionnées figurent parmi toutes celles qui s'offrent, advenant que les Canadiens décident de se doter d'une politique démographique et que cette politique intègre des mesures pour accroître le taux de fécondité. Ces options devraient également favoriser l'émergence d'une société canadienne plus inclusive et davantage prête à investir dans tous les enfants, à répondre aux besoins des jeunes familles en milieu de travail, à valoriser les jeunes et à les aider à franchir avec succès les grandes étapes de vie. En ce sens, le Canada aura la chance d'enrichir à la fois son capital humain et son capital social; il s'agit d'une bonne chose, compte tenu des sentiments de désorientation et d'aliénation qui affligent beaucoup de jeunes à l'heure actuelle²¹. Après tout, il s'agit de notre prochaine génération de parents. 🍌

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>>.



Qui fait quoi?

Qui fait quoi? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui présente les intervenants clés s'intéressant aux politiques de santé sous l'angle de la thématique abordée dans chaque numéro. Cet article fait état de projets d'envergure nationale engagés par des chercheurs actifs dans le domaine de la fertilité et de la reproduction humaines.

Taban Nabi, Division des politiques, et **Nathalie Valdés**, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes; les deux au service de la Direction générale de la politique de la santé de Santé Canada.

Sur le front national

Santé Canada

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)

La DGSPNI a récemment publié un *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*. Selon ce rapport, 61,1 pour cent de la population des Premières nations avait moins de 30 ans en 2000, contre 38,8 pour cent au sein de la population générale du Canada en 2001. La jeunesse des Premières nations résulte à la fois de leur taux de natalité élevé et de leur espérance de vie plus faible. En 2000, le taux brut de natalité chez les Premières nations s'établissait à 23,4 pour 1 000 habitants, soit plus du double du taux général au Canada. Au sein de cette collectivité, un enfant sur cinq naît d'une mère adolescente, un taux bien plus élevé qu'au sein de la population canadienne en général (5,6 pour cent). Pour tout renseignement, aller à : <http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/index.htm/>.

Direction générale de la politique de la santé

Division des politiques, Direction des politiques, de la planification et des priorités

La Division des politiques inventorie et examine les « dossiers de pointe » sur les questions nouvelles ou complexes pour fournir aux intervenants en politique de Santé Canada un contexte utile à l'examen et l'élaboration des options en matière de politiques et de programmes.

L'un de ces dossiers de pointe touche le rapport entre la santé et l'économie. Le Programme de recherche sur les politiques en matière de santé de la Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR) offre une aide financière pour appuyer la recherche sur l'impact des changements économiques sur la santé. Plus obtenir d'autres renseignements sur ce programme, aller à : <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/frfp/frfp012.html>.

Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes (BSFACS)

Grâce à son Programme de contribution pour la santé des femmes, le Bureau est en mesure d'appuyer la recherche visant à étayer l'élaboration des politiques sociales et à accroître les connaissances sur les sexes et la diversité, et sur les déterminants de la santé. Les rapports et recommandations relatifs à la politique sur la contraception et à la santé sexuelle et génésique, à la fertilité, aux sages-femmes, aux grossesses à risque, au diagnostic prénatal, à la grossesse, à la toxicomanie et à la maternité chez les femmes autochtones et immigrantes sont affichés au site suivant : <http://www.cewh-cesf.ca>.

Dernières nouvelles du Programme de contribution du Bureau :

La DGSPNI a récemment publié un Profil statistique de la santé

des Premières nations au Canada.

Selon ce rapport, 61,1 pour cent de

la population des Premières nations

avait moins de 30 ans en 2000,

contre 38,8 pour cent au sein

de la population générale

du Canada en 2001.

- **Forum national de réflexion sur l'état du rôle de la sage-femme au Canada** — Le rapport sur le forum expose les leçons apprises dans les provinces et territoires où la profession de sage-femme est sanctionnée par la loi. Il est affiché à : http://www.acewh.dal.ca/Midwifery_Files/MidwiferyWay.pdf.
- **Midwifery Care: What Women Want** — Ce projet vise à déterminer si les soins prodigués par une sage-femme répondent aux besoins des femmes. Pour en savoir plus, aller à : <http://www.pwhce.ca/midwiferyCare.htm>.

- **Choisir l'accouchement par césarienne — parlons-en** — Ce forum a encadré la discussion scientifique et éclairée d'un sujet complexe. Rapport disponible à l'adresse suivante : http://www.acewh.dal.ca/Midwifery_Files/MidwiferyChoosingCesareanBirth.pdf.

Agence de santé publique du Canada

Division de l'enfance et de l'adolescence

Selon une récente publication intitulée *Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être*, un grand nombre d'adolescentes sexuellement actives s'exposent au risque de grossesse et d'infections transmises sexuellement lorsqu'elles ont une consommation abusive d'alcool. Les recherches révèlent aussi que les adolescentes enceintes risquent plus d'accoucher d'un enfant souffrant d'insuffisance pondérale ou de troubles d'alcoolisation fœtale. Il importe d'encourager les jeunes à prendre soin de leur santé pour prévenir les problèmes d'infertilité à l'âge adulte. Des programmes de prévention communautaires tels que le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) offrent de l'aide et de l'information aux sujets à risque, comme les adolescentes enceintes. En 2000, le PCNP est venu en aide à 40 pour cent des 17 000 jeunes Canadiennes ayant donné naissance à un enfant vivant et à 60 pour cent de celles vivant dans la pauvreté. Pour tout renseignement, aller à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/main_f.html>.

Section de la santé sexuelle et des infections transmises sexuellement de la Division des infections acquises dans la communauté

En collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes non gouvernementaux et les fournisseurs de services de santé, la Section vise l'amélioration de la santé et du bien-être sexuels de la population en misant sur la prévention et le contrôle des infections transmises sexuellement et leurs répercussions, notamment l'infertilité et le cancer. Elle assume un rôle d'orientation et de coordination nationale par la mise en œuvre de programmes axés sur la surveillance, le soutien à la surveillance et des recherches ciblées, l'élaboration de normes et de politiques nationales fondées sur des données probantes, ainsi que la diffusion et l'échange rapides d'information. Pour obtenir tout autre renseignement, aller à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index_f.html>.

Bureau de mise en œuvre — procréation assistée (BMOPA)

En tant qu'organisme responsable de l'application de la *Loi sur la procréation assistée*, le BMOPA est à préparer un cadre législatif et réglementaire et compte établir l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée dans le but d'autoriser, d'inspecter et de surveiller la mise en œuvre d'activités contrôlées par la Loi. En raison de la complexité du programme réglementaire, il est prévu que le processus

de développement, y compris la consultation publique, s'étalera sur trois ans environ. Pour tout renseignement, aller à : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/vie_saine/procreation/index.htm>.



Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

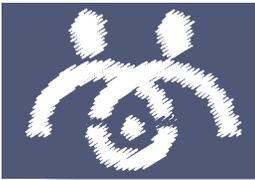
L'ICIS publiait récemment *Donner naissance au Canada : Un profil régional*, le deuxième d'une série de rapport sur les soins entourant la naissance. Ce document décrit les soins prodigués aux mères et aux bébés à l'échelle nationale, provinciale et territoriale et contient des renseignements régionaux sur les cinq principaux indicateurs de santé : épidurale, utilisation de ventouses à pression négative, césarienne, accouchement vaginal après césarienne et visites à l'Unité néo-natale des soins intensifs (UNSI). Le premier rapport, *Donner naissance au Canada : Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant*, mettait l'accent sur les tendances des naissances et des soins à la mère et jetait un regard sur l'évolution de la pratique des dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant. Ces deux rapports sont affichés à : <<http://www.icis.ca>>.

Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité inc. (ACSI)

Fondée en 1990, l'ACSI s'applique, avec son réseau national de groupes de soutien, à fournir de l'aide et de la documentation aux personnes et aux couples infertiles, un état qui affecte plus d'un demi-million de Canadiens et de Canadiennes. Pour en savoir plus, aller à : <<http://www.iaac.ca/francais/index.asp>>.

Autres sites d'intérêt

Institut canadien de la santé infantile : <<http://www.cich.ca>>
Fédération canadienne des services de garde à l'enfance : <http://www.cccf-fcsge.ca/home_fr.html> 



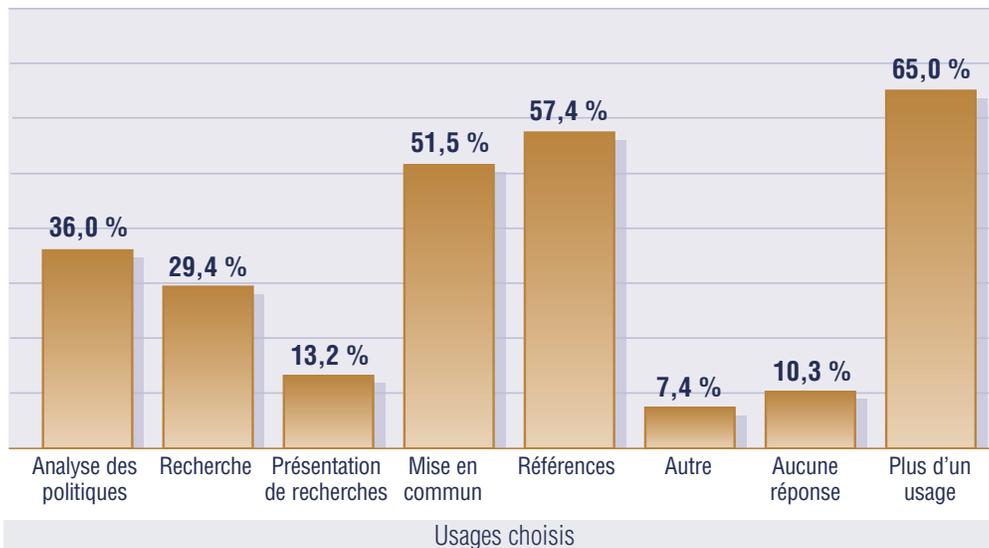
Le saviez-vous? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui explore divers aspects de l'information, des données et de la recherche sur la santé pouvant donner lieu à de fausses perceptions. Dans le présent numéro, nous dévions cependant quelque peu du format habituel pour vous présenter les résultats du sondage mené auprès des lecteurs du Bulletin.

À propos du sondage

Tiffany Thornton, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC), Santé Canada

Saviez-vous qu'en juin 2003, la Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR) de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA) de Santé Canada effectuait un sondage auprès des lecteurs du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*? Ce sondage a permis de réunir des données sur les lecteurs, leurs habitudes de lecture, l'usage qu'ils font du Bulletin et ce qu'ils pensent du contenu et de la présentation. Il visait notamment à déterminer si celui-ci est fidèle à ses grands objectifs, qui consistent à enrichir la base de données probantes de Santé Canada pour la prise de décisions, à diffuser les résultats des recherches sur la santé, à cerner les secteurs qui exigent d'autres recherches, à stimuler la discussion sur les nouveaux enjeux des politiques de santé, et à encourager le réseautage entre les instances engagées dans la recherche stratégique en santé au Canada.

Figure 1 : Usages déclarés du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, selon les usages choisis



Méthode

Le sondage a accompagné la publication du 6^e numéro du Bulletin (*La résistance aux antimicrobiens : À garder sous le couvert!*). Il comprenait 16 questions ouvertes et fermées réparties en trois catégories : questions générales sur le Bulletin (rubriques les plus lues, qualités et défauts, tendances de lecture); questions précises sur le contenu et la présentation du 6^e numéro (utilité et pertinence de l'information); questions sur le lectorat.

Principaux résultats — Ce que les lecteurs ont dit

Malgré un faible taux de réponse, le sondage a révélé que les lecteurs trouvaient le Bulletin utile, pertinent et facile à lire (contenu et présentation) et qu'ils voulaient qu'il soit publié plus souvent. Voici quelques échos :

- **Le Bulletin contribue à l'établissement d'une base de données probantes pour la prise de décision.**
La plupart des répondants (84 pour cent) ont déclaré que les sujets traités étaient des questions de santé importantes, nouvelles et prioritaires pour le Ministère (67 pour cent). Les trois-quarts (73 pour cent) ont jugé qu'il présentait des recherches de qualité et utiles contribuant à l'établissement d'une base de données probantes pour les décideurs.

« La disposition des données en colonnes est très commode », dit un lecteur, « car elle donne une certaine structure à la question et en organise les éléments de sorte qu'ils découlent les uns des autres! De plus, le format met les données bien en évidence. »

- **Le Bulletin est utilisé à plusieurs fins, le plus souvent comme référence.**

Les deux-tiers des répondants (65 pour cent) ont déclaré que le Bulletin leur était utile à plus d'un égard. Comme l'indique la figure 1, 57 pour cent l'utilisent comme référence; d'autres, comme source de renseignements actuels sur le thème ou le sujet vedette. Il constitue, en outre, un précieux document de base pour les personnes avec ou sans connaissances spécialisées sur un sujet particulier.

Plus d'un tiers des répondants (36 pour cent) s'appuient sur les données publiées dans le Bulletin lorsqu'ils participent à l'analyse et à l'élaboration des politiques, ce qui remplit l'un des objectifs premiers de cette publication : fournir des données probantes pour étayer le choix des politiques. En outre, il s'avère un outil utile de communication interne aux décideurs.

Près d'un tiers des répondants (29 pour cent) ont souligné l'utilité du Bulletin pour les travaux de recherches. Certains estimaient notamment qu'il fournit un bon contexte pour de futures recherches ou qu'il influence le programme de leurs recherches en posant les questions d'une nouvelle façon.

• **Le Bulletin traite de sujets de recherche importants et actuels.**

Interrogés précisément sur le 6^e numéro du Bulletin, la plupart des répondants (84 pour cent) ont trouvé que la question de la résistance aux antimicrobiens était nouvelle et importante. Les trois-quarts (73 pour cent) ont reconnu la pertinence et la qualité de la recherche présentée dans le domaine et un plus grand nombre encore (76 pour cent) ont affirmé qu'il contribuait utilement aux données scientifiques disponibles. Dans ce sens, le Bulletin comble une lacune en fournissant les données probantes requises pour l'analyse et l'élaboration de politiques.

• **Le Bulletin enrichit les connaissances des lecteurs.**

Comme l'indique la figure 2, 80 pour cent des répondants ont affirmé que le Bulletin avait enrichi leurs connaissances sur la résistance aux antimicrobiens.

• **Le Bulletin est une publication de qualité, facile à lire et bien présentée.**

La grande majorité des répondants (91 pour cent) ont trouvé le contenu du 6^e numéro du Bulletin facile à lire et presque aucune voix (1 pour cent) ne l'a jugé trop technique. Beaucoup ont parlé de l'attrait visuel des figures, soulignant en outre la grande utilité des

tableaux et des graphiques pour la bonne compréhension des sujets traités.

Certains répondants conservent les graphiques pour usage ultérieur, bien que pour d'autres ils soient difficiles à photocopier. On a suggéré l'idée de publier les graphiques sur le site Web de la DRAA. Ces commentaires confirment l'utilité du Bulletin comme document de référence et la nécessité de le rendre le plus accessible possible.

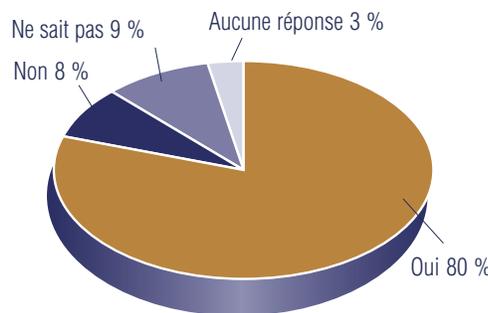
• **Le Bulletin est une publication bien lue, de préférence en version imprimée.**

Le sondage a permis de dégager les préférences en matière de lecture. À titre d'exemple, ce sont les articles thématiques qui sont les plus lus (84 pour cent), quoique de nombreux répondants lisent le bulletin entièrement (25 pour cent) ou en diagonale (28 pour cent). Plus des deux tiers (68 pour cent) favorisent la version imprimée contre moins d'un tiers (29 pour cent) qui préfèrent une version électronique.



Figure 2 : **Utilité du Bulletin de recherche sur les politiques de santé (numéro 6) en vue d'enrichir les connaissances des lecteurs**

Le Bulletin (numéro 6) vous a-t-il permis d'accroître vos connaissances et de mieux comprendre la résistance aux antimicrobiens?



À l'œuvre!

S'ils ont souligné la qualité du Bulletin, la plupart des lecteurs ont fait des commentaires et des suggestions pour en maintenir le niveau ou l'améliorer : supprimer le jargon technique, améliorer l'aspect « document de référence »; présenter la recherche d'une façon plus vivante et plus propre à montrer aux décideurs les différentes politiques possibles;

veiller à ce que, pour certains sujets, le Bulletin soit utile et pertinent, tant pour les spécialistes que pour les non initiés.

La rédaction remercie tous ceux et celles qui ont participé au sondage et tient à les assurer qu'elle donnera suite à leurs commentaires et suggestions dans toute la mesure du possible. Déjà, de nouvelles mesures sont en cours de planification pour rehausser l'attrait général et l'utilité du Bulletin. Les remarques des lecteurs sur ces nouveautés sont toujours les bienvenues et doivent être adressées à : <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>. 📧



L'utilisation des données relatives à la santé au Canada est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui fait la lumière sur des méthodologies courantes utilisées pour analyser et interpréter les données sur la santé. Ce numéro met l'accent sur la distribution statistique.

Regard sur la répartition statistique

Linda Senzilet, Division des politiques, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Qu'est-ce que la répartition statistique?

Dans leurs recherches, les spécialistes en sciences sociales décrivent et analysent souvent la façon dont certaines caractéristiques ou variables sont réparties parmi les groupes visés. Les variables discrètes sont disposées en groupes de valeurs (sexe, groupe d'âge) tandis que les variables continues s'étalent sur un continuum de valeurs (poids, revenu)¹.

Les répartitions par fréquence montrent le nombre d'observations faites pour diverses valeurs ou dans certaines limites² d'une variable particulière et aident le lecteur à déterminer les valeurs plus courantes³ (voir la figure 1).

La fonction de répartition indique les probabilités d'occurrence de toutes les valeurs possibles d'une variable (voir la figure 2). Par exemple, une fonction de répartition d'une variable discrète peut donner les

probabilités respectives qu'une Canadienne donne naissance à aucun, un, deux ou trois enfants. La fonction de répartition d'une variable continue s'étale sur un continuum ininterrompu des valeurs possibles, par exemple la probabilité qu'un bébé canadien affiche un poids particulier à la naissance.

Beaucoup de fonction de répartition sont en forme de cloche, les valeurs les plus fréquentes étant regroupées au centre de la distribution, les moins fréquentes s'étalant « en queue » vers la droite ou la gauche. Si cette répartition est en plus symétrique, on la qualifie de répartition normale; sinon, elle est asymétrique ou oblique.

La distribution normale

La distribution normale constitue le type de répartition statistique le plus répandu. Elle décrit plusieurs phénomènes naturels et joue un rôle central dans l'analyse statistique, étant utile au calcul des intervalles de confiance et les tests d'hypothèse⁴. Elles se distinguent par deux caractéristiques communes : la moyenne et l'écart-type.

La moyenne est la somme arithmétique de toutes les valeurs divisée par leur nombre; elle est souvent représentée par le point le plus haut de la courbe. Cependant, la moyenne ne peut à elle seule donner la moindre indication sur la variabilité ou la

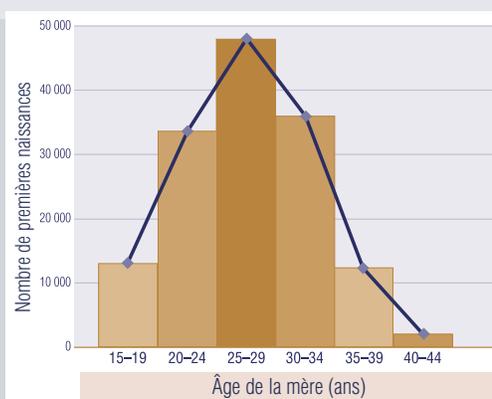
fourchette des valeurs.

L'écart-type est une mesure de la dispersion démontrant comment les valeurs d'une variable s'éloignent de la moyenne; il est représenté par la largeur générale de la

Présentation des répartitions

Les répartitions peuvent être présentées de plusieurs façons, notamment par une formule mathématique, un tableau avec des nombres absolus ou des fréquences, un graphique (histogramme, barres ou secteurs), ou encore par une série de points sur les axes d'un graphique cartésien (lignes, nuage de points, polygones et courbes).

Figure 1 : Répartition statistique des premières naissances, selon l'âge de la mère, Canada, 2002



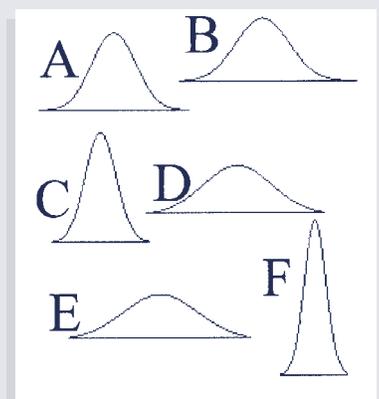
Source : Statistique Canada, Tableau de CANSIM 102-4508.

Figure 2 : Répartition des probabilités dans le cas d'une naissance vivante où le bébé présente une anomalie chromosomique, selon l'âge de la mère



Source : L.J. Heffner, 2004⁵.

Figure 3 : Répartitions normales avec des moyennes différentes et des écarts-types



courbe. Cette variabilité peut être attribuée à des facteurs biologiques et temporels ou à une erreur de mesure⁶.

La figure 3 indique comment la moyenne et l'écart-type influencent la forme d'une répartition normale. La répartition F affiche la plus grande moyenne, tandis que les répartitions B, D et E présentent les écarts-types les plus larges.

Comment utilise-t-on les répartitions statistiques?

Distribution d'une variable sur un point précis dans le temps

Les politiques publiques peuvent être orientées, par exemple, sur la réduction de l'écart-type d'une variable (en ciblant les personnes situées à l'une ou l'autre extrémité de la répartition) ou sur le transfert de la moyenne vers la droite ou la gauche. Cependant, les responsables des politiques sociales ne doivent pas perdre de vue l'ensemble des membres d'un groupe couvert par une répartition.

Répartition de la même variable sur une période de temps

La comparaison de la répartition d'une variable dans le temps permet de cerner les tendances qui la caractérisent. Le fait, par exemple, qu'au Canada la moyenne d'âge des femmes à la naissance du premier enfant ait augmenté entre 1976 et 1996⁷ et que cet âge se soit encore décalé vers la droite, vers les extrêmes de la distribution (voir la figure 1 en page 11) concerne de près les programmes et les politiques de procréation assistée, puisque la fertilité des femmes diminue avec l'âge.

Utilisation de répartitions multiples

Présentées sous forme de graphique, les répartitions multiples peuvent fournir des données probantes sur les facteurs de risque de diverses maladies ou états de santé en démontrant comment une variable peut changer par rapport à une autre. Le cinquième numéro du Bulletin démontre, par exemple, le rapport entre la densité du logement et le risque de contracter la tuberculose en superposant un graphique les taux de tuberculose chez les Autochtones à un diagramme à barres indiquant le nombre de personnes par chambre⁸. Cette façon d'utiliser les répartitions peut produire des données probantes sur les facteurs de risque associés à diverses maladies et à divers états de santé.

Comparer la même variable dans plusieurs groupes de personnes

D'autre part, les fonctions de répartition permettent aux chercheurs de comparer des valeurs de la même variable selon deux ou plusieurs groupes de personnes. À titre d'exemple, les habitants de régions urbaines et ceux de

milieux ruraux. Il est alors possible d'orienter les programmes et les politiques sociales vers les groupes qui affichent les plus grands besoins.

Calculer la proportion de personnes dans chaque catégorie d'une variable

Les répartitions statistiques peuvent indiquer la proportion des personnes tombant dans chaque catégorie d'une variable. Par exemple, un graphique à secteurs montrant qu'en 1996, près de 13 pour cent des nouvelles mères au Canada étaient des mères célibataires⁹ aiderait les décideurs à identifier les nouvelles mères (et leur enfant) qui ont le plus besoin de soutien et, proportionnellement, de plus de ressources et de services sociaux postnatals.

Utiliser les répartitions dans le processus d'évaluation

Analyser les répartitions avant et après une intervention ou la mise en œuvre d'une politique ciblée peut aider à évaluer les effets et à appuyer ou justifier le choix de mesures correctives.

Surveiller les épidémies

Les épidémiologistes étudiant les éruptions de maladies infectieuses utilisent les courbes épidémiques qui représentent la distribution des cas dès le début. Jointes à d'autres connaissances propres à la maladie (comme la période d'incubation), ces renseignements aident les responsables à suivre l'évolution de l'épidémie et à mettre en œuvre des mesures de contrôle.

Présentées sous forme de graphique, les répartitions multiples peuvent fournir des données probantes sur les facteurs de risque de diverses maladies ou états de santé en démontrant comment une variable peut changer par rapport à une autre.

Surveillance des maladies

La surveillance des maladies permet d'établir des répartitions statistiques à plusieurs fins, soit pour déterminer les tendances de la maladie; pour cerner les épidémies le plus rapidement possible; pour évaluer l'impact des stratégies vaccinales; et pour comparer les taux de maladie dans l'ensemble du Canada¹⁰.

Bonne nouvelle pour les non-statisticiens!

Même s'il faut beaucoup de compétences pour recueillir et présenter des données comme les répartitions statistiques, les analystes des politiques, les gestionnaires de programme et les principaux décideurs qui n'ont pas de formation formelle en statistiques ou en épidémiologie peuvent néanmoins analyser et interpréter ces répartitions. Par conséquent, ils sont en mesure d'utiliser ces précieux renseignements dans l'exercice de leurs tâches. 🌀

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>>.



Nouvelles notables est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met l'accent sur les « dernières nouveautés » dans le domaine de la recherche sur les politiques de santé.

La violence faite aux enfants et la politique sur l'enfance

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) est le premier essai de collecte et d'analyse des données nationales sur les conséquences de la violence faite aux enfants au Canada. Au cours d'un récent forum de Santé Canada, les hauts fonctionnaires ont été interrogés sur la façon d'améliorer l'ECI pour qu'elle soit utile à l'élaboration de politiques et à la mise en œuvre de programmes fondés sur les données probantes. La discussion de cette question est exposée dans l'article intitulé *Policy Makers Perspectives on the Utility of a National Study of Child Maltreatment*. Pour obtenir copie de cet article et pour tout renseignement, communiquer avec : <Lil_Tonmyr@hc-sc.gc.ca>.

Les soins de santé au Canada en 2004

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) publiait récemment son cinquième rapport annuel sur le système de santé du Canada. Intitulé *Les soins de santé au Canada, 2004*, ce rapport examine des questions comme la continuité des soins, les dépenses dans le secteur de la santé, les professionnels de la santé et les résultats des soins donnés. Il présente aussi des indicateurs nationaux sur la santé des patients ainsi que divers effets indésirables pouvant affecter la population, notamment les erreurs de médication, les infections contractées à l'hôpital et le traumatisme de la naissance. Le rapport contient aussi un encart avec des données nouvelles sur une série d'indicateurs de santé et sur le système de santé à l'échelle régionale, provinciale et territoriale. Pour obtenir une copie du rapport, aller à : <<http://www.cihi.ca>>.

Temps d'attentes

La Division de la *Loi canadienne sur la santé* de Santé Canada a mené une étude empirique sur les déterminants des temps d'attente pour la chirurgie non urgente au Canada. Ce modèle établit un lien entre les grands facteurs qui contribuent à prolonger les temps d'attente et met à l'essai le modèle en utilisant des données tirées, entre autres, de l'*Enquête sur l'accès aux services de santé* de Statistique Canada. Pour tout renseignement, communiquer avec : <Piyanjali_Tissaratchy@hc-sc.gc.ca>.

Déterminants sociaux de la santé

Un nouveau livre intitulé *Social Determinants of Health: A Canadian Perspective* examine la façon dont les facteurs socioéconomiques affectent la santé de la population canadienne, évalue l'état de onze déterminants sociaux de la santé et analyse l'effet de ces déterminants sur la santé des Canadiens et des Canadiennes. Ce livre présente aussi les politiques susceptibles d'entraîner de meilleurs résultats de santé et propose des modes d'application de ces options. Pour obtenir des renseignements ou pour commander le livre, aller à : <<http://www.cspi.org/books/s/socialdeter.htm>>.

Sources de données et surveillance des blessures

Le Centre de coordination de la surveillance a publié une version imprimée et une version électronique de la troisième édition de l'*Inventaire des sources de données et surveillance des blessures*. L'inventaire, qui comprend 35 nouvelles sources (93 en tout) a pour but de fournir aux professionnels de santé publique une liste complète des grandes sources de données sur les blessures au Canada dans un cadre commun. Cet outil permettra aux responsables d'intervenir plus vite et de façon plus précise dans les questions de santé publique, notamment pour cerner les tendances dans la fréquence des blessures et pour définir des mesures préventives pouvant servir à réduire le nombre de blessures au Canada. L'inventaire est affiché à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/injury_f.html>; pour tout autre renseignement, communiquer avec : <caroline_dasilva@hc-sc.gc.ca>.

La santé dans les collectivités

Le « Profil de la santé mentale et du bien-être » de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2002 Statistique Canada porte sur les troubles mentaux, le bien-être et les facteurs de risque, le recours aux services de santé mentale et les répercussions sociales des troubles mentaux. Préparé en collaboration avec Santé Canada, le sondage comprend un échantillonnage de 30 000 personnes de 15 ans et plus vivant dans les dix provinces du Canada. Les résultats révèlent que les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus susceptibles de souffrir de certains troubles mentaux et de certains problèmes de toxicomanie, et que la plupart des jeunes de ce groupe n'ont pas demandé d'aide. Pour tout renseignement, communiquer avec : <mario.bedard@statcan.ca>.



Appui à la recherche sur les politiques de santé

Le Programme de recherche sur les politiques en matière de santé (PRPS) de Santé Canada finance des recherches extra-muros approuvées par les pairs et qui servent à enrichir la base de données probantes à laquelle puisent les responsables ministériels pour prendre des décisions éclairées quant aux politiques. Le PRPS appuie une série d'activités, y compris des recherches primaires, secondaires et de synthèse, ainsi que des ateliers sur la recherche en matière de politiques en vue de financer des recherches d'envergure nationale. Vingt-deux projets ont profité d'un soutien financier depuis la création du programme en 2001. Trois projets récemment terminés sont décrits brièvement ci-après. Pour obtenir d'autres renseignements sur ces projets ou recevoir le résumé de ces rapports, communiquer avec <RMDDinfo@hc-sc.gc.ca>.

Efficacité des programmes d'accroissement de l'activité physique et de prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents (Helen Thomas, IA, MSc, Université McMaster)

Au cours des 15 dernières années, le taux d'obésité infantile a doublé, infligeant d'importants coûts au régime de santé et à d'autres systèmes, tout en réduisant considérablement la qualité de vie de ceux qui en souffrent. Afin d'établir des orientations stratégiques nationales, on a procédé à un examen systématique de la documentation pour déterminer l'efficacité de la promotion visant à maintenir un poids santé, à prévenir l'excès de poids et l'obésité, et à encourager une activité physique plus soutenue chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire. La documentation est organisée en diverses rubriques et contient des recommandations quant aux politiques, à la prestation des programmes et à la recherche.

► **Les effets nets du report de la reproduction, suite de la page 23**

naissance et de couples sans enfant. Cela signifie également que les parents tendent à avoir plus de ressources à leur disposition. À l'échelle de la société, la situation peut donner lieu à des écarts plus sérieux en raison des changements de structures familiales et du vieillissement de la population découlant du report de la procréation et d'une baisse de la fécondité.

En bout de ligne, la meilleure façon d'assurer la santé et la sécurité à long terme de la société consiste à investir dans les enfants et les parents. L'investissement dans les jeunes familles peut prendre diverses formes, qu'il s'agisse d'établir des milieux professionnels favorables à la famille, de mieux financer les congés parentaux, de favoriser le travail à temps partiel en y greffant de bons avantages sociaux, de créer des garderies d'État, de verser des prestations fiscales pour enfants plus élevées ou d'aider davantage les familles mono-

Les approches intégrées sont-elles efficaces pour promouvoir le poids santé et prévenir l'obésité et les maladies chroniques? (Alan Shiell, Ph.D., Université de Calgary)

Les maladies chroniques non infectieuses, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète type 2 et le cancer, constituent les premières causes de décès et d'invalidité au Canada. L'excès de poids, grand facteur de risque commun à ces problèmes, résultent souvent d'un manque d'exercice et d'habitudes alimentaires malsaines découlant d'un ensemble de facteurs physiques, sociaux, économiques et culturels. Monsieur Shiell a entrepris une importante étude bibliographique pour déterminer si les approches intégrées en vigueur sont efficaces pour prévenir l'embonpoint et les maladies chroniques.

Changement climatique, phénomènes météorologiques extrêmes et effets sur la santé en Alberta (D^r Colin L. Soskolne, Université de l'Alberta)

Les changements climatiques actuels évoluent vers des conditions extrêmes. Cette étude examine l'impact des catastrophes naturelles (sécheresse, périodes de froid ou de canicule prolongées, tempêtes de neige, feux de forêt, inondations) et des grands changements climatiques sur la population de l'Alberta au cours des 40 à 100 dernières années. Elle évalue aussi une série de plans d'action et diverses politiques visant à composer avec ces conditions extrêmes. 🌍



parentales. Sous l'angle de la planification, les discussions sur le vieillissement devraient prévoir le redressement structurel des régimes de pensions, du marché du travail et des régimes fiscaux et de santé. Ces ajustements reposent sur des efforts concertés, d'autant plus que les sociétés vieillissantes tendent à s'intéresser particulièrement à leurs aînés. À défaut d'accorder une attention soutenue aux problèmes qui affligent les jeunes familles, la capacité reproductive de la société pourrait être compromise. Au fur et à mesure que les avantages du boom démographique disparaissent, il devient essentiel de reconnaître que la meilleure façon de garantir la santé et la sécurité à long terme de la société consiste à investir dans la jeunesse. 🌍

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.hc-sc.gc.ca/ara-draa>>.

Faites une croix sur votre calendrier



Quoi	Quand	Thème
5 ^e Congrès mondial de l'Association internationale de l'économie de la santé : Investir dans la santé	9 au 13 juillet 2005 Barcelone, Espagne < http://healthconomics.org/barcelona/presentations/themes.html >	Divers thèmes, notamment les inégalités dans l'état de santé, les toxicomanies, l'économétrie, l'obésité et ses coûts
6 ^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé	7 au 11 août 2005 Bangkok, Thaïlande < http://www.who.int/noncommunicable_diseases/6gchp/en/ >	Politique et partenariat d'action : traiter les déterminants de la santé
6 ^e Conférence mondiale sur le mélanome	6 au 10 septembre 2005 Vancouver (Colombie-Britannique) < http://www.worldmelanoma.com/ >	Prévention, gestion, traitement (et recherche) du mélanome malin, l'un des cancers les plus répandus
3 ^e Conférence internationale sur l'impact des facteurs environnementaux sur la santé	14 au 16 septembre 2005 Bologne, Italie < http://www.wessex.ac.uk/conferences/2005/ehr05/ >	Impacts des facteurs environnementaux sur la santé
6 ^e Conférence internationale sur les fondements scientifiques des services de santé	18 au 20 septembre 2005 Montréal (Québec) < http://www.icsbhs.org/index_fr.html >	Améliorer la santé en faisant progresser les soins de santé
96 ^e Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique	18 au 22 septembre 2005 Ottawa (Ontario) < http://www.cpha.ca/francais/conf/conf.htm >	Planifier l'avenir de la santé publique au Canada : les gens, les lieux et les politiques
Conférence de l'Association canadienne pour la santé mentale	20 au 25 septembre 2005 Edmonton (Alberta) < http://www.cmha-edmonton.ab.ca/conference.htm >	Stratégies de sensibilisation à l'importance de la santé mentale
Conférence mondiale sur la violence familiale	23 au 27 octobre 2005 Banff (Alberta) < http://www.who.int/violenceprevention/events/23_10_2005/en/ >	Le point sur les dernières connaissances, pratiques et répercussions dans le domaine
Conférence canadienne sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité de 2005	6 au 8 novembre 2005 Halifax (Nouvelle-Écosse) < http://www.injurypreventionconference.ca/ >	Les blessures non intentionnelles, la prévention de la violence et du suicide
12 ^e Conférence canadienne sur la santé internationale	6 au 9 novembre 2005 Ottawa (Ontario) < http://www.csih.org/csihindex_f.html >	La santé dans l'économie mondiale

Références

Références pour *La dynamique de la fécondité dans le contexte des politiques sociales* (p. 3)

1. Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality* (p. 75). London, Routledge.
2. Duxbury, L. et Higgins, C. (octobre 2001). *Work-life balance in the new millennium: Where are we? Where do we need to go?* Document de travail du RCRPP numéro W12. Ottawa (Ontario), Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Réseau de la main-d'œuvre.

Références pour *Procréation : Tendances canadiennes selon le sexe* (p. 7)

1. Voir, par exemple : Goody, J. (1976). *Production and Reproduction: A Comparative Study of the Domestic Domain*. Cambridge (Massachusetts), Cambridge University Press. McLaren, A. et McLaren, A.T. (1998). *The Bedroom and the State: The Changing Practices and Politics of Contraception and Abortion in Canada, 1880–1997* (3^e édition). Toronto (Ontario), Oxford University Press.
2. Caldwell, J.C. (juin 2004). Demographic theory: A long view? *Population and Development Review*, 30(2), 297–316.
3. Statistique Canada. (2004). Naissances, 2002. *Le Quotidien*, le lundi 19 avril 2004. Ottawa (Ontario), Auteur. Extrait de <<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/040419/q040419b.htm>>.
4. À titre d'exemple, en 2003, l'ISF s'établissait à 1,61 au Canada; à 1,89 en Irlande; à 1,38 au Japon; à 1,35 en Grèce; et à 1,26 en Italie. *CIA World Factbook*. Indice synthétique de fécondité (enfants nés/femme), 2003. Extrait de <<http://www.geographic.org>>.
5. Beaujot, R. (2000). *Earning and Caring in Canadian Families*. Peterborough (Ontario), Broadview Press.
6. Statistique Canada. (2001). *Annuaire du Canada 2001*. Numéro au catalogue 11-402-XPF. Ottawa (Ontario), Auteur. Disponible en ligne dans le *Cyberlivre du Canada*, Numéro au catalogue 11-404-XIF : <http://142.206.72.67/02/02a/02a_002_f.htm>.
7. Caldwell fournit un aperçu des diverses théories démographiques et de leurs répercussions. Voir : Caldwell, J.C. (juin 2004). Demographic theory: A long view? *Population and Development Review*, 30(2), 297–316. Voir aussi : Bongaarts, J. (2002). The end of the fertility transition in the developed worlds. *Population and Development Review*, 28(3), 419–443.
8. Dupuis, D. (1998). What influences people's plans to have children? *Tendances sociales canadiennes*, 48, 2–5; et Beaujot, R. (2000). *Earning and Caring in Canadian Families* (p. 236). Peterborough (Ontario), Broadview Press.

9. Beaujot résume bien les nombreux motifs qui incitent les gens à avoir des enfants. Voir : Beaujot, R. (2000). *Earning and Caring in Canadian Families*. Peterborough (Ontario), Broadview Press; et Beaujot, R. et Muhammad, A. (juin 2004). *Transformed Families and the Basis for Childbearing*. London (Ontario), Population Studies Centre, Université de Western Ontario.
10. Beaujot, R. (mai 2004). Retardement des transitions de la vie : Tendances et conséquences. *Tendances contemporaines de la famille*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille.
11. Lochhead souligne qu'en 1976, 9 pour cent de toutes les premières naissances survenaient chez des femmes de 30 ans et plus; en 1996, la programmation des premières naissances chez les femmes de 30 ans et plus avait plus que triplé, s'établissant à trois naissances pour chaque dix premières naissances. Cette proportion a continué d'augmenter. Voir : Lochhead, C. (automne 2000). La programmation des enfants : répercussions d'ordre social et sur la santé du report de la naissance d'un premier enfant. *ISUMA : Revue canadienne de recherche sur les politiques*, 1(2), 41–44. Voir aussi : Payne, J. (2004). The impact of a reduced fertility rate on women's health. *BMC Women's Health*. Extrait de <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S11>>.
12. Ravanera, Z.R. et Rajulton, F. (avril 2004). *Bifurcation by Social Status in the Onset of Fatherhood*. Discussion Paper No. 04-04. London (Ontario), Population Studies Centre, Université de Western Ontario. Extrait de <<http://www.ssc.uwo.ca/sociology/popstudies/dp/dp04-04.pdf>>.
13. Voir, par exemple : Sipos, A. et coll. (novembre 2004). Paternal age and schizophrenia: A population based cohort study. *British Medical Journal*, 329, 1070, doi:10.1136/bmj.38243.672396.55.
14. Voir : Ravanera, Z.R. et Rajulton, F. (avril 2004). *Bifurcation by Social Status in the Onset of Fatherhood*. Discussion Paper No. 04-04. London (Ontario), Population Studies Centre, Université de Western Ontario. Extrait de <<http://www.ssc.uwo.ca/sociology/popstudies/dp/dp04-04.pdf>>; et Ravanera, Z.R. et Rajulton, F. (juin 2004). *Social Status Polarization in the Timing and Trajectories to Motherhood*. Discussion Paper No. 04-06. London (Ontario), Population Studies Centre, Université de Western Ontario.
15. Comme le précise Sauvé, en 1989, le revenu moyen, après les transferts gouvernementaux et l'impôt, du 20 pour cent des familles les plus riches était 4,8 fois supérieur au revenu moyen du 20 pour cent des familles les plus pauvres. Ce taux augmentait pour atteindre un sommet de 5,5 fois en 2001. Voir : Sauvé, R. (février 2004). L'état actuel du budget de la famille canadienne — Rapport 2003. *Tendances contemporaines de la famille*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille.
16. Voir, par exemple : Initiative sur la santé de la population canadienne. (2004). *Améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé; et Caledon Institute of Social Policy. (2004). *The Links between Low Income and Health*. Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé.

17. Cette brève discussion de certains éléments clés des « transitions démographiques » est largement inspirée de : Beaujot, R. (2000). *Earning and Caring in Canadian Families*. Peterborough (Ontario), Broadview Press; Beaujot, R. (mai 2004). Retardement des transitions de la vie : Tendances et conséquences. *Tendances contemporaines de la famille*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille; et de Caldwell, J.C. (juin 2004). Demographic theory: A long view? *Population and Development Review*, 30(2), 297–316.
18. Au Canada, l'avortement a été déclaré illégal en 1869 et la vente ou l'annonce d'un médicament, d'une drogue ou d'un appareil quelconque pour prévenir la conception ou provoquer un avortement ont été enchâssés dans le *Code criminel* en 1892 (article 179c).
19. Voir : McLaren, A. et McLaren, A.T. (1998). *The Bedroom and the State: The Changing Practices and Politics of Contraception and Abortion in Canada, 1880–1997* (3^e édition). Toronto (Ontario), Oxford University Press; et Liu, K.E. et Fisher, W.A. (2002). Canadian physicians' role in contraception from the 19th century to now. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 24(3), 239–244.
20. Friedan, B. (1963). *The Feminine Mystique*. New York, Dell Publishing Co., Inc.
21. Armstrong, P. et Kitts, O. (2004). One hundred years of caregiving. Dans K. Grant, C. Amaratunga, P. Armstrong et coll. (éditeurs), *Caring For/Caring About: Women, Home Care and Unpaid Caregiving* (pp. 45–73). Aurora (Ontario), Garamond Press.
22. Backhouse, C. et Flaherty, D. (éditeurs). (1992). *Challenging Times: The Women's Movement in Canada and the United States*. Montréal (Québec) et Kingston (Ontario), McGill-Queen's University Press. Il existait, bien sûr, d'importants mouvements sociaux, y compris un mouvement féministe, avant les années 1960.
23. Bégin, M. (1992). Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada : Vingt ans plus tard. Dans C. Backhouse et D. Flaherty (éditeurs), *Challenging Times: The Women's Movement in Canada and the United States* (pp. 21–38). Montréal, (Québec) et Kingston (Ontario), McGill-Queen's University Press.
24. McLaren, A. et McLaren, A.T. (1998). *The Bedroom and the State: The Changing Practices and Politics of Contraception and Abortion in Canada, 1880–1997* (3^e édition). Toronto (Ontario), Oxford University Press.
25. Zukewich, N. (septembre 2000). Travail rémunéré et non rémunéré. Dans Statistique Canada, *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*. Numéro au catalogue 89-503-XPf. Ottawa (Ontario), Ministère de l'Industrie.
26. Statistique Canada. (2003). *Femmes au Canada : une mise à jour du chapitre sur le travail*. Numéro au catalogue 89F0133XIF. Ottawa (Ontario), Auteur.
27. Normand, J. (2000). Éducation. Dans Statistique Canada, *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*. Numéro au catalogue 89-503-XPf. Ottawa (Ontario), Ministère de l'Industrie.
28. Voir aussi : Fast, J. et Da Pont, M. (1997). Changements touchant la continuité du travail chez les femmes. *Tendances sociales canadiennes*. Numéro au catalogue 11-008-XPf. Ottawa (Ontario), Statistique Canada
29. Voir, par exemple : Baker, M. et Phipps, S. (1997). Family change and family policies: Canada. Dans A. Kahn et S. Kamerman (éditeurs), *Family Change and Family Policies in Great Britain, Canada, New Zealand, and the United States* (pp. 105–202). Oxford, Angleterre, Clarendon Press; et Sauvé, R. (février 2004). L'état actuel du budget de la famille canadienne — rapport 2003. *Tendances contemporaines de la famille*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille.
30. Les données utilisées dans cette section sont tirées de : Morissette, R. et Johnson, A. (2004). *Gains des couples peu scolarisés et très scolarisés sur le marché du travail au Canada, 1980–2000*. Numéro au catalogue 11-621-MIF2004017. Ottawa (Ontario), Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail, Statistique Canada.
31. Bibby, R. (2004). *Un sondage sur les espoirs et les rêves des Canadiens*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille.
32. Eichler, M. (1997). *Family Shifts: Families, Policies, and Gender Equity*. Don Mills (Ontario), Oxford University Press.
33. Institut Vanier de la famille. (2004). *Profil des familles canadiennes III*. Ottawa (Ontario), Auteur. Ce récent rapport décrit la grande disparité observée au niveau des ménages et des familles au Canada, ainsi que la tendance croissante envers la laïcité. Il observe, entre autres, que la famille « traditionnelle » ne constitue plus le type de famille le plus courant à l'échelle canadienne.
34. Baker, M. et Phipps, S. (1997). Family change and family policies: Canada. Dans A. Kahn et S. Kamerman (éditeurs), *Family Change and Family Policies in Great Britain, Canada, New Zealand, and the United States* (pp. 105–202). Oxford, Angleterre, Clarendon Press. Les auteurs fournissent un résumé utile du contexte historique qui sous-tend l'adoption des politiques et lois sociales et familiales au Canada, y compris le rôle des mouvements sociaux dans l'adoption de politiques particulières.
35. Armstrong, P. et Kitts, O. (2004). One hundred years of caregiving. Chez K. Grant, C. Amaratunga, P. Armstrong et coll. (éditeurs), *Caring For/Caring About: Women, Home Care and Unpaid Caregiving* (pp. 45–73). Aurora (Ontario), Garamond Press.
36. Matthews, B.J. (1999). The gender system and fertility: An exploration of the hidden links. *Canadian Studies in Population*, 26(1), 21–38.

37. McDonald, P. (2000). Gender equity, social institutions and the future of fertility. *Journal of Population Research*, 17(1), 1–16; Beaujot, R. (mai 2004). Retardement des transitions de la vie : Tendances et conséquences. *Tendances contemporaines de la famille*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille; et entretien personnel. Voir aussi : Raphael, D. et Bryant, T. (2004). The welfare state as a determinant of women's health: support for women's quality of life in Canada and four comparison nations. *Health Policy*, 68, 63–79.
38. Duxbury, L. et Higgins, C. (octobre 2001). *Work-life balance in the new millennium: Where are we? Where do we need to go?* Document de travail des RCRPP numéro W12. Ottawa (Ontario), Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Réseau de la main-d'œuvre; et Duxbury, L. (2003). *Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : État de la question*. Ottawa (Ontario), Santé Canada.
39. Les femmes qui ont des professions plus favorables aux politiques familiales tendent plus à avoir le nombre d'enfants qu'elles jugent idéal. Voir : Ranson, G. (1998). Education, work and family decision making: Finding the "right time" to have a baby. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 35(4), 517–533. Extrait de <<http://crsa.icaap.org/content/archives/35-4/35-4Ranson.pdf>>.
40. Payne, J. (2004). The impact of a reduced fertility rate on women's health. *BMC Women's Health*. Extrait de <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S11>>.
41. Condition féminine Canada. (1995). *Le Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes*. Ottawa (Ontario), Auteur.
6. Grindstaff, C.F., Balakrishnan, T.R. et Dewit, D.J. (août 1991). Educational attainment, age at first birth and lifetime fertility: An analysis of Canadian fertility survey data. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 28(3), 335.
7. Ravanera, Z.R. et Rajulton, F. (avril 2004). *Bifurcation by Social Status in the Onset of Fatherhood*. Document de travail numéro 04-04. London (Ontario), Population Studies Centre, Université de Western Ontario. Extrait de <<http://www.ssc.uwo.ca/sociology/popstudies/dp/dp04-04.pdf>>.
8. Projet de recherche sur les politiques. (février 1999). *Soutenir la croissance, le développement humain et la cohésion sociale dans un contexte de mondialisation*. Ottawa (Ontario), Auteur.

Références pour *La procréation à un âge plus avancé : Incidences sur la santé* (p. 15)

Références pour *Disparités croissantes entre les nouveaux parents de 1971 à 1996* (p. 11)

1. Le profil statistique des nouvelles mères et des nouveaux pères provient des fichiers de micro-données publiques liées au recensement. Puisque les données de recensement ne fournissent pas d'identificateur quant aux femmes qui deviennent mères pour la première fois, il faut extrapoler selon l'âge du plus vieil enfant de la famille. Par conséquent, les nouveaux parents sont définis comme ceux dont l'enfant le plus vieux vivant à la maison a entre 0 et 5 ans.
2. Lochhead, C. et Schellenberg, G. (novembre 1999). *Profil des mères et des pères au Canada, 1971–1996*. Document de recherche produit pour le compte de la Division de la politique, Santé Canada, Ottawa (Ontario).
3. Les mères monoparentales et les pères monoparentaux ont été exclus de l'analyse des revenus.
4. Pour consulter un exemple décrivant le fonctionnement du gradient, aller à : Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*. London, Routledge.
5. McCain, M.N. et Mustard, J.F. (1999). *Reversing the Real Brain Drain: Early Years Study Final Report*. Toronto (Ontario), Publications Ontario.
1. National Women's Health Information Center, Office on Women's Health, U.S. Department of Health and Human Services. *Fertility Awareness and Infertility*. Extrait de <<http://www.4woman.gov/Pregnancy/infertility.htm#4>>.
2. Beaujot, R. (2000). *Earning and Caring in Canadian Families*. Peterborough (Ontario), Broadview Press.
3. Heffner, L.J. (2004). Advanced maternal age: How old is too old? *New England Journal of Medicine*, 351(19), 1927–1929.
4. Farquhar, C.M. (2000). Endometriosis. *British Medical Journal*, 320, 1449–1452.
5. Statistique Canada. Données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994. Cité de : Santé Canada. (2003). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Ottawa (Ontario), Auteur.
6. Statistique Canada. Données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996. Cité de : Santé Canada. (2003). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Ottawa (Ontario), Auteur.
7. Boyce, W. (2004). *Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être — Résumé du rapport*. Extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_53bk1_f.html>.
8. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Section de la santé sexuelle et des maladies transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la communauté, Agence de santé publique du Canada.
9. Santé Canada. (1998). *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*. Ottawa (Ontario), Auteur. Extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/std-mts98/index_f.html>.
10. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. (juillet 2004). *Health Matters — Chlamydia*. Auteur. Extrait de <<http://www.niaid.nih.gov/factsheets/stdclam.htm>>.

11. Santé Canada. (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*. Ottawa (Ontario), Auteur. Extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cphr-rspsc03/index_f.html>.
12. Maticka-Tyndale, E. (printemps/été 2001). Sexual health and Canadian youth: How do we measure up? *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 10(1-2), 1-17.
13. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. (octobre 2004). *Health Matters —Gonorrhea*. Auteur. Extrait de <<http://www.niaid.nih.gov/factsheets/stdgon.htm>>.
14. Clinique Mayo. (mai 2005). *Gonorrhea*. Extrait de <<http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?objectid=FC64E D83-AF70-46DB-94F95A992AAB7664etdsection=5>>.
15. Clinique Mayo. (mai 2005). *Chlamydia*. Extrait de <<http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?objectid=76877F 15-F95F-44BB-85C8B47F756CBA49etdsection=6>>.
16. University of Maryland Medical Center. *What are the causes of male infertility?* Extrait de <http://www.umm.edu/patiented/articles/what_causes_of_male_infertility_000067_4.htm>.
17. Foster, W. et Beecroft, M.L. *L'exposition à des produits chimiques et la fertilité chez l'humain*. Article affiché au site Internet de l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité. Extrait de <<http://www.iaac.ca/francais/infertilite4.asp>>.
18. Myres, A. (2002). Populations vulnérables : Voies critiques. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 4, 13-14. Extrait de <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/raad-draa/francais/dgdr/fbulletin/fissue4.html#page13>>.
19. International Birth Defects Information Systems. (2005). *Prevention of birth defects is before pregnancy*. Extrait de <<http://ibis-birthdefects.org/start/bdpregnancy.htm>>.
20. Herrick, H. (2002). *Postpartum depression: Who gets help?* State Center for Health Statistics. Statistical Brief No. 24. Department of Health and Human Services, North Carolina Division of Public Health.
21. Astedt-Kurki, P. et coll. (2002). Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *International Journal of Nursing Practice*, 8(5), 240-246.
22. Seyfried, L.S. et Marcus, S.M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 231-242.
23. Milne, F. et coll. (2005). Pre-eclampsia community guideline (PRECOG): How to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. *British Medical Journal*, 330, 576-580.
24. Medline Plus. (2005). *Gestational diabetes*. Extrait de <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000896.htm#Causes,%20incidence,%20and%20risk%20factors>>.
25. Clinique Mayo. (mai 2005). *Gestational diabetes*. Extrait de <<http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?id=DS00316>>.
26. Beaulieu, M-D. (1994). Dépistage du diabète gestationnel. Dans *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa (Ontario), Santé Canada. Extrait de <<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pdf/soins98/s1c2f.pdf>>.
27. Santé Canada. (2004). *Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada — Surveillance accrue : la voie de la prévention*. Ottawa (Ontario), Auteur. Extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/srmm-rsmm/pdf/mat_mortality_f.pdf>.
28. MacNab, Y.C., Macdonald, J. et Tuk, T.A. (automne 1997). Risques de la maternité à un âge avancé. *Rapports sur la santé*, 9(2), 41-50. Ottawa (Ontario), Statistique Canada.
29. National Cancer Institute. (2000). *Fertility drugs as a risk factor for ovarian cancer*. Extrait de <http://cis.nci.nih.gov/fact/3_6.htm>.
30. Hannah, M.E. (2004). Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 170(5), 813-814.
31. Lippman, A. (été/automne 2004). La césarienne sur demande : Plus qu'une simple question de choix. Réseau canadien pour la santé des femmes. *Le Réseau*, 7(2/3), 4. Extrait de <<http://www.cwhn.ca/network-reseau/7-23/7-23pg4.html>>.
32. Dennis, C.E. (2004). Preventing postpartum depression part I: A review of biological interventions. *Revue canadienne de psychiatrie*, 49(7), 467-475.
33. Oates, M.R. et coll. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 184, S10-S16.
34. Organisation mondiale de la santé. (1998). *Postpartum care of the mother and newborn*. Extrait de <http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/postpartum_care_mother_newborn.pdf>.
35. Cooper, P.J. et Murray, L. (1998). Fortnightly review: Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316(20), 1884-1886.
36. Cooper, P.J. et Murray, L. (1997). Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood*, 77, 97-101.
37. Chen, C. (1996). Postpartum depression among adolescent mothers and adult mothers. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 12(2), 104-113.
38. Windridge, K.C. et Berryman, J. (1999). Women's experiences of giving birth after 35. *Birth*, 26(1), 16-23.
39. Reece, S.M. (1993). Social support and the early maternal experience of primiparas over 35. *Maternal-Child Nursing Journal*, 21(3), 91-98.
40. Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil.

41. Institut canadien de la santé infantile. (2000). *La santé des enfants du Canada, 3^e édition*. Ottawa (Ontario), Auteur.
42. Institut canadien d'information sur la santé. (2004). *Donner naissance au Canada : Un profil régional*. Ottawa (Ontario), Auteur. Extrait de <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_306_F&cw_topic=306&cw_rel=AR_1106_F>.
43. Santé Canada. (2002). *Les anomalies congénitales au Canada — Rapport sur la santé périnatale, 2002*. Ottawa (Ontario), Auteur. Extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cac-acc02/index_f.html>.
44. Sipos, A. et coll. (novembre 2004). Paternal age and schizophrenia: A population based cohort study. *British Medical Journal*, 329, 1070, doi:10.1136/bmj.38243.672396.55.
45. En 2002, le gouvernement fédéral adoptait la *Loi sur la procréation assistée*. En vigueur depuis le 29 mars 2004, cette loi vise trois grands objectifs : interdire des pratiques inacceptables comme le clonage humain; protéger la santé et la sécurité des personnes qui ont recours aux TRA pour fonder leur famille; et créer un environnement contrôlé où mener les recherches sur les embryons *in vitro*. La loi doit aussi entraîner la fondation de l'Agence canadienne de contrôle de la reproduction assistée (ACRA) qui aura pour mandat de délivrer les autorisations, de vérifier et d'assurer la conduite des activités contrôlées en vertu de la loi. Grâce à la *Loi sur la procréation assistée*, le Canada dispose d'un mécanisme qui permet de répondre aux préoccupations de santé et de sécurité liées aux TRA qui ont été soulevées par la Commission royale d'enquête. La réglementation connexe est en voie d'élaboration. À la fin des travaux, la *Loi sur la procréation assistée* jouera un rôle essentiel en vue de garantir le respect des objectifs de santé et de sécurité.
7. Bianchi, S. (2000). Maternal employment and time with children: Dramatic change or surprising continuity? *Demography*, 37(4), 401–414.
8. Beaujot, R. et Muhammad, A. (sous presse). Transformed families and the basis for childbearing. Dans K. McQuillan et Z. Ravanera (éditeurs), *Family Transformation and Social Cohesion*. Toronto (Ontario), University of Toronto Press.
9. Bélanger, A. (2003). *Rapport sur l'état de la population du Canada 2002*. Numéro au catalogue 91-209. Ottawa (Ontario), Statistique Canada.
10. Caldwell, J. et Schindlmayr, T. (2003). Explanations of the fertility crisis in modern societies: A search for commonalities. *Population Studies*, 57(3), 241–264.
11. Nevitte, N. (1996). *The Decline of Deference*. Peterborough (Ontario), Broadview Press.
12. Lesthaeghe, R. et Neels, K. (2002). From the first to the second demographic transition: An interpretation of the spatial continuity of demographic innovation in France, Belgium and Switzerland. *European Journal of Population*, 18(4), 325–360.
13. Ariès, P. (1980). Two successive motivations for the declining birth rate in the West. *Population and Development Review*, 6(4), 645–650.
14. Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge, Angleterre, Policy Press.
15. Friedman, D., Hechter, M. et Kanazawa, S. (1994). A theory of the value of children. *Demography*, 31(3), 375–401.
16. Schoen, R., Kim, Y.J., Nathanson, C.A., Fields, J. et Astone, N.M. (1997). Why do Americans want children? *Population and Development Review*, 23(2), 333–358.

Références pour *Les effets nets du report de la reproduction* (p. 21)

1. Beaujot, R. (2004). Retardement des transitions de la vie : Tendances et conséquences. *Tendances contemporaines de la famille*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille.
2. Drolet, M. (2002). *Maternité, mariage et rémunération : le choix du moment importe-t-il?* Numéro au catalogue 11F0019 numéro 186. Ottawa (Ontario), Statistique Canada.
3. Drolet, M. (2003). Maternité et rémunération. *Tendances sociales canadiennes*, 68, 19–21.
4. Ravanera, Z. (1995). A portrait of the family life of young adults. Dans R. Beaujot, E.M. Gee, F. Rajulton et Z. Ravanera (éditeurs), *Family over the Life Course*. Numéro au catalogue 91-543. Ottawa (Ontario), Statistique Canada.
5. Lochhead, C. (automne 2000). La programmation des enfants : répercussions d'ordre social et sur la santé du report de la naissance d'un premier enfant. *ISUMA : Revue canadienne de recherche sur les politiques*, 1(2), 41–44.
6. Martin, S.P. (2000). Diverging fertility among U.S. women who delay childbearing past age 30. *Demography*, 37, 523–533.
17. Van de Kaa, D. (2001). Postmodern fertility preferences: From changing value orientation to new behavior. *Population and Development Review*, 27(Suppl.), 290–331.
18. Heuveline, P., Timberlake, J. et Furstenberg, F. (2003). Shifting childrearing to single mothers: Results from 17 Western countries. *Population and Development Review*, 29(1), 47–71.
19. Kerr, D. et Beaujot, R. (2003). Child poverty and family structure in Canada, 1981–1997. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(3), 321–335.
20. Beaujot, R. (2000). *Earning and Caring in Canadian Families* (pp. 296–297). Peterborough (Ontario), Broadview Press.
21. Statistique Canada. (2001). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000–2026*. Numéro au catalogue 91-520. Ottawa (Ontario), Auteur.
22. McDaniel, S. (1986). *Canada's Aging Population*. Toronto (Ontario), Butterworths.

23. Beaujot, R. et Kerr, D. (2004). *Population Change in Canada* (pp. 179–205). Toronto (Ontario), Oxford.
24. Lutz, W., O'Neill, B. et Scherbov, S. (2003). Europe's population at a turning point. *Science*, 299, 1991–1992.
- Références pour *Les disparités expliquées : Tendances en matière de procréation au sein de sous-populations canadiennes* (p. 24)**
1. Statistique Canada. Données de la Division des données sur la santé.
 2. Statistique Canada. (2004). Naissances, 2002. *Le Quotidien*, le lundi 19 avril 2004, Ottawa (Ontario), Auteur. Extrait de <<http://www.statcan.ca/lequotidien/francais/040419/tq040419.htm>>.
 3. Société Radio-Canada. (2003). *To the last fish: the codless sea*. Extrait de <<http://stjohns.cbc.ca/features/CodFisheries/>>.
 4. Payne, J. (2004). The impact of a reduced fertility rate on women's health. *BMC Women's Health*, 4 (Suppl 1), S11. Extrait de <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S11>>.
 5. Piché, V. et Le Bourdais, C. (2003). *La démographie québécoise : enjeux du XXI^e siècle*. Montréal (Québec), Les Presses de l'Université de Montréal.
 6. Grindstaff, C. (hiver 1995). La fécondité au Canada, de 1951 à 1993 : l'explosion, le déclin, puis la stabilité? *Tendances sociales canadiennes*, 12–16.
 7. Milligan, K. (2002). *L'allocation à la naissance au Québec : les politiques gouvernementales peuvent-elles accroître le taux de natalité?* Document d'information de l'Institut C.D. Howe.
 8. Vissandjee, B., Desmeules, M., Cao, Z., Abdool, S. et Kazanjian, A. (2004). Integrating ethnicity and migration as determinants of Canadian women's health. *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1), S32. Extrait de <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S32>>.
 9. Bélanger, A. et Gilbert, S. (2003). La fécondité des immigrantes et de leurs filles nées au Canada. Dans Statistique Canada, *Rapport sur l'état de la population au Canada*. Numéro au catalogue 91-209-XP. Ottawa (Ontario), Auteur.
 10. Note touchant les limites des données : L'information présentée ne comprend pas les données sur les Premières nations du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, de même que les données sur les Inuits de Inuvialuit, dans les Territoires du Nord-Ouest, ou du Nunavut. À l'heure actuelle, il existe peu de renseignements propres à la santé des Inuits et, mis à part les données sur les prestations de santé non assurées, on ne recueille pas régulièrement de données sur la santé des Inuits et aucun renseignement en ce sens n'est acheminé à Santé Canada.
 11. Statistique Canada. Division de la démographie. (2002). Indice synthétique de fécondité des Indiens inscrits, Canada et régions, 1974–2000 (observé), 2001–2021 (projeté). Ottawa (Ontario), Auteur.
 12. Santé Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. (2003). *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*. Ottawa (Ontario), Auteur.
 13. Santé Canada. (2000). *Rapport canadien sur la santé périnatale, 2000*. Ottawa (Ontario), Auteur.
 14. Bureau pour la santé des femmes. (2003). Les femmes autochtones et les collectivités saines. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 5, 23–26. Extrait de <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/fbulletin5.pdf>>.
 15. Carroll, D. et Benoit, C. (été 2001). La sage-femmerie autochtone au Canada : l'union des approches traditionnelles et modernes. Réseau canadien pour la santé des femmes, *Le Réseau*, 4(3), 2. Extrait de <<http://www.cwhn.ca/network-reseau/4-3/4-3pg2.html>>.
 16. Smith, D. (2002). *Comprehensive Maternal Child Health Care in First Nations and Inuit Communities: A Discussion Paper*. Ottawa (Ontario), Bureau des services infirmiers, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.
- Références pour *Les implications du report de la reproduction et de la faible fécondité sur les politiques de planification* (p. 28)**
1. Fougère, M. Entretien personnel mené le 8 février 2005.
 2. Hogan, S. (2001). Le vieillissement et ses répercussions financières sur le système de santé. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 1(1), 5–8. Extrait de <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/bulleti1.pdf>>.
 3. Milan, N. (2000). Les familles : 100 ans de continuité et de changement. *Tendances sociales canadiennes*. Numéro au catalogue 11-008, 2-12. Ottawa (Ontario), Statistique Canada.
 4. Beaujot, R. (2004). Retardement des transitions de la vie : Tendances et conséquences. *Tendances contemporaines de la famille*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille. Extrait de <http://www.vifamily.ca/library/cft/delayed_life_fr.html>.
 5. Ravanera, Z. et Rajulton, F. (2004). *Social Status Polarization in the Timing and Trajectories to Motherhood*. Discussion Paper 04-06. London (Ontario), Population Studies Centre, Université de Western Ontario. Extrait de <<http://www.ssc.uwo.ca/sociology/popstudies/dp/dp04-06.pdf>>.
 6. Milligan, K. (2004). *Subsidizing the Stork: New Evidence on Tax Incentives and Fertility*. Monographie. Extrait de <<http://www.econ.ubc.ca/kevinmil/research/babies2004.pdf>>.

7. Ravanera, Z. et Rajulton, F. (2004). *Bifurcation by Social Status in the Onset of Fatherhood*. Document de travail 04-04. London (Ontario), Population Studies Centre, Université de Western Ontario. Extrait de <<http://www.ssc.uwo.ca/sociology/popstudies/dp/dp04-04.pdf>>.
8. Statistique Canada. (1999). *Avoirs et dettes détenus par les unités familiales*. Tiré de l'Enquête sur la sécurité financière. Extrait de <http://www40.statcan.ca/102/cst01/famil99a_f.htm>.
9. Institut Vanier de la famille. (2004). *Profil des familles canadiennes III*. Ottawa (Ontario), Auteur.
10. Morissette, R. et Johnson, A. (2004). *Gains des couples très scolarisés et peu scolarisés, 1980–2000*. Document de recherche de la Direction des études analytiques, Statistique Canada. Extrait de <<http://www.statcan.ca:8096/bsolc/francais/bsolc?catno=11F0019MIF2004230>>.
11. Sauvé, R. (2004). L'état actuel du budget de la famille canadienne — Rapport 2003. *Tendances contemporaines de la famille*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille. Extrait de <http://www.vifamily.ca/library/cft/state03_fr.html>.
12. Sauvé, R. (2005). L'état actuel du budget de la famille canadienne — Rapport 2004. *Tendances contemporaines de la famille*. Ottawa (Ontario), Institut Vanier de la famille. Extrait de <http://www.vifamily.ca/library/cft/state04_fr.html>.
13. Bongaarts, J. (2004). *Population Aging and the Rising Cost of Public Pensions*. Document de travail numéro 185, Policy Research Division, Population Council. Extrait de <<http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/185.pdf>>.
14. Duclos, E., Lefebvre, P. et Merrigan, P. (mai 2001). A 'Natural Experiment' on the Economics of Storks: Evidence on the Impact of Differential Family Policy on Fertility Rates in Canada. Cahier de recherche n° 136. Montréal (Québec), Centre de recherche sur l'emploi et les fluctuations économiques, Université du Québec à Montréal. Extrait de <<http://www.unites.uqam.ca/eco/CREFE/cahiers/cah136.pdf>>.
15. Grant, J. et coll. (2004). *Low Fertility and Population Ageing: Causes, Consequences, and Policy Options*. Rapport produit à la demande de la Commission européenne. RAND Corporation. Extrait de <http://www.rand.org/pubs/monographs/2004/RAND_MG206.pdf>.
16. Conseil de l'Europe. (2003). *Évolution démographique récente en Europe, 2003*. Supplément aux Données sur les pays : la Suède. Belgique, Éditions du Conseil de l'Europe. Extrait de <http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Population/Demographic_Year_Book/2003_Edition/04%20Country%20Data/Member%20States/Sweden/Sweden%20General%20Page.asp>.
17. Caldwell, J., Caldwell, P. et McDonald, P. (2002). Policy responses to low fertility and its consequences: A global survey. *Journal of Population Research*, 19(1), 1–24. Extrait de <http://demography.anu.edu.au/Publications/popofutures/policy_responses_to_low_fertility.pdf>.
18. McCain, M.N. et Mustard, J.F. (1999). *Reversing the Real Brain Drain: Early Years Study Final Report*. Rapport sur une étude menée par le Centre canadien de recherches avancées à la demande du premier-ministre de l'Ontario. Extrait de <[http://wwwFOUNDERS.net/ey/home.nsf/a811f0e8afbb2a7985256786003a3dd9/1e4ad2a677be034685256a4700737a3b/\\$FILE/early_years_study.pdf](http://wwwFOUNDERS.net/ey/home.nsf/a811f0e8afbb2a7985256786003a3dd9/1e4ad2a677be034685256a4700737a3b/$FILE/early_years_study.pdf)>.
19. Ranson, G. (1998). Education, work and family decision making: Finding the “right time” to have a baby. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 35(4), 517–533. Extrait de <<http://crsa.icaap.org/content/archives/35-4/35-4Ranson.pdf>>.
20. Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York, Times Books.
21. Adams, M. (2003). *Fire and Ice: The United States, Canada and the Myth of Converging Values*. Toronto (Ontario), Penguin Canada.

Références pour L'utilisation des données relatives à la santé au Canada (p. 36)

1. Last, J.M. (éditeur). (2001). *A Dictionary of Epidemiology, Fourth Edition*. New York, Oxford University Press.
2. Kirkwood, B.R. (1988). *Essentials of Medical Statistics*. Oxford, Angleterre, Blackwell Scientific Publications.
3. Morton, R.F., Hebel, J.R. et McCarter, R.J. (1990). *A Study Guide to Epidemiology and Biostatistics, 3rd Edition*. Rockville (Maryland), Aspen Publications.
4. Ducharme, M. (octobre 2002). Un survol de la signification statistique. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 4, 27–28. Extrait de <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacob-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/BULLETI4.PDF>>.
5. Heffner, L.J. (2004). Advanced maternal age: How old is too old? *New England Journal of Medicine*, 351(19), 1927–1929.
6. Colton, T. (1974). *Statistics in Medicine*. Boston, Little, Brown and Company.
7. Lochhead, C. (mai 2005). Disparités croissantes entre les nouveaux parents de 1971 à 1996. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 10, 11–14.
8. Probert, A. et Poirier, R. (mars 2003). Point sur l'état de santé des membres des Premières nations au Canada. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 5, 6–10. (En p. 7.) Extrait de <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacob-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/fbulletin5.pdf>>.
9. Lochhead, C. et Schellenberg, G. (novembre 1999). *Profil des mères et des pères au Canada, 1971–1996*. Document de recherche produit pour le compte de la Division de la politique, Santé Canada, Ottawa (Ontario).
10. Stratton, E. et Gosselin, P. (octobre 2002). Qu'est-ce que la surveillance? *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 4, 25–26. Extrait de <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacob-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/BULLETI4.PDF>>.