

L' utilisation des contraceptifs oraux

Résumé

Objectifs

Le présent article dresse le profil des Canadiennes de 15 à 49 ans qui utilisent des contraceptifs oraux (CO). Il compare certaines de leurs caractéristiques à celles des femmes qui ne recourent pas à cette méthode de contraception. On y examine également les liens entre l'utilisation des contraceptifs oraux et certains facteurs de risque, dont celui de maladie cardiovasculaire.

Source des données

Les données sont tirées du fichier transversal de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée par Statistique Canada en 1996-1997. L'analyse porte sur les données recueillies auprès d'un échantillon de 21 996 femmes de 15 à 49 ans, pondérées afin qu'elles soient représentatives d'environ 7,6 millions de femmes.

Techniques d'analyse

On a procédé à des totalisations croisées pour déterminer la proportion de femmes de 15 à 49 ans qui utilisent des contraceptifs oraux et pour comparer certains comportements qui influent sur la santé observés chez les femmes qui utilisent et celles qui n'utilisent pas ces contraceptifs. La régression logistique multiple a permis de modéliser le lien entre certaines caractéristiques et l'utilisation de contraceptifs oraux.

Principaux résultats

En 1996-1997, 18 % de femmes de 15 à 49 ans, soit environ 1,3 million, ont dit prendre un contraceptif oral. Le recours à la contraception orale est significativement lié aux femmes jeunes, non mariées, qui mènent une vie sexuelle active, ont une assurance-médicaments et ont atteint un niveau de scolarité assez élevé. Environ le tiers des femmes qui prennent une pilule anticonceptionnelle fument.

Mots-clés

Contraception, usage du tabac, hypertension, maladie cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral, migraine.

Auteurs

Kathryn Wilkins (613-951-1769; wilkkat@statcan.ca), Helen Johansen (613-722-5570; johahel@statcan.ca) et Marie P. Beaudet (613-951-7025; beaumar@statcan.ca) travaillent à la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. C. Ineke Neutel travaille au service de recherche de l'hôpital des Sœurs de la Charité d'Ottawa.

Kathryn Wilkins, Helen Johansen, Marie P. Beaudet et C. Ineke Neutel

Depuis l'arrivée sur le marché des contraceptifs oraux, ou pilules anticonceptionnelles, dans les années 60, leur usage est devenu très répandu partout dans le monde. Pratiques et efficaces (voir *Méthodes de contraception*), ces contraceptifs permettent aussi de traiter les troubles menstruels^{1,2}.

Depuis leur commercialisation, les contraceptifs oraux ont fait l'objet de nombreuses études épidémiologiques, souvent destinées à examiner les liens éventuels entre leur usage et les maladies cardiovasculaires et la mortalité. Il semble que la diminution de la concentration d'œstrogène dans la pilule au cours des deux dernières décennies ait contribué à réduire les risques^{3,4} et, selon plusieurs études relativement récentes, la prise de la pilule ne poserait aucun risque excédentaire de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral⁴⁻⁶. Cependant, certains travaux de recherche donnent à penser que les femmes qui recourent à la contraception orale font face à un risque légèrement plus élevé d'accident vasculaire cérébral et de crise cardiaque, ainsi que de décès dû à ces causes, que celles qui n'y ont pas recours^{3,7-19}. Les auteurs de ces études précisent toutefois que la prise de la pilule ne cause qu'une faible augmentation

Méthodologie

Source des données

Le présent article se fonde sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP recueille tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population canadienne. L'enquête couvre la population à domicile et les personnes placées en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal sont suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

L'échantillon de la composante transversale des ménages de 1996-1997 comprend les membres du panel longitudinal ainsi que des personnes qui ont été sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage additionnelles) demandés par trois provinces. Ces personnes supplémentaires, qui ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire (CA), ne sont incluses dans l'échantillon qu'aux fins de l'analyse transversale.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. On a recueilli dans le Fichier général des renseignements généraux sur les caractéristiques socio-démographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. En outre, on a sélectionné au hasard dans chacun de ces ménages une personne à qui on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

Dans chaque ménage formant la composante transversale supplémentaire, on a demandé à une personne bien informée de fournir pour le Fichier général des renseignements généraux sur les caractéristiques socio-démographiques et sur la santé de chaque membre du ménage. En outre, dans chacun de ces ménages, on a choisi au hasard une personne, qui n'était pas nécessairement la personne bien informée susmentionnée, à qui on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé.

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé est celle qui a été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a

fourni des renseignements sur tous les membres du ménage au moment du deuxième cycle (1996-1997).

Les taux de réponse transversaux de 1996-1997 pour le Fichier santé sont de 93,1 % pour la composante longitudinale et de 75,8 % pour l'échantillon sélectionné par CA, soit un taux global de réponse de 79,0 %. Le Fichier santé contient des renseignements sur 81 804 personnes sélectionnées au hasard.

Des rapports déjà publiés décrivent plus en détail le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP²⁰⁻²².

La présente analyse se fonde sur les données transversales du Fichier santé du deuxième cycle de l'enquête. Les données ont été pondérées pour tenir compte du plan de sondage, des corrections pour la non-réponse et de la stratification a posteriori. Les résultats découlent des données recueillies auprès de 21 996 femmes de 15 à 49 ans, non enceintes, des dix provinces et pondérées de sorte qu'elles soient représentatives d'environ 7,6 millions de femmes (tableau A en annexe). De ces femmes, 4 237 (après pondération, ce chiffre correspond à 1,3 million de femmes) ont dit avoir pris une pilule contraceptive durant le mois qui a précédé l'entrevue. On n'a pas inclus dans l'analyse les personnes placées en établissement de santé.

Techniques d'analyse

On a utilisé les distributions des fréquences et les totalisations croisées pour estimer la proportion de femmes de 15 à 49 ans qui prennent un contraceptif oral et pour comparer les caractéristiques relatives à la santé de celles qui utilisent cette méthode de contraception et de celles qui ne l'utilisent pas. La régression logistique multiple a permis de modéliser la relation entre certains facteurs et l'utilisation des contraceptifs oraux. On a inclus plusieurs variables dans le modèle de régression, sélectionnées d'après un examen des données publiées et des données fournies par l'ENSP. Les caractéristiques socio-démographiques choisies sont l'âge, l'état matrimonial, le nombre d'enfants de moins de 12 ans dans le ménage, l'activité sexuelle pendant l'année qui a précédé l'entrevue, le statut d'immigrant, le niveau de scolarité, le fait de travailler ou de poursuivre des études, le revenu du ménage et la couverture par une assurance-médicaments. Les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire englobent l'usage du tabac, l'hypertension, la migraine, l'obésité et l'inactivité physique.

Les coefficients de variation, les écarts-types et les tests chi carré de signification sont estimés par la méthode *bootstrap* pondérée qui produit des estimations non biaisées de la variance²³⁻²⁵.

du risque. En conséquence, les chercheurs concluent systématiquement que, chez les femmes qui ne présentent aucun autre facteur de risque de maladie cardiovasculaire, les avantages des actuels contraceptifs oraux excèdent de loin leurs éventuels effets indésirables^{10,26,27}. En proportion du risque minimal qu'on associe à la contraception orale, les dangers pour la santé liés à d'autres facteurs sont beaucoup plus importants. Selon de nombreuses études, le risque de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral que courent les femmes qui fument, qui font de l'hypertension, qui sont diabétiques ou qui souffrent de migraine excède de loin celui associé uniquement à la prise de la pilule anticonceptionnelle^{8,10,27-30}. Les risques de maladie cardiovasculaire ou d'accident vasculaire cérébral augmentent quelque peu chez les femmes qui

prennent la pilule et présentent l'un de ces facteurs de risque, mais ils sont multipliés chez les fumeuses qui prennent la pilule^{8,11,12,27,32-36}.

Néanmoins, en raison du faible risque absolu chez les jeunes femmes, on considère que la grande majorité d'entre elles peuvent utiliser un contraceptif oral sans danger³⁷. Par exemple, conjugué au contraceptif oral, l'usage du tabac est le facteur qui fait courir le plus grand risque de décès dû à une maladie cardiovasculaire. Toutefois, chez les femmes de 15 à 34 ans qui prennent une pilule anticonceptionnelle à faible concentration d'œstrogène et qui fument, le nombre de décès qu'on impute à l'effet combiné de la contraception orale et de l'usage du tabac n'est que de 3,3 pour 100 000 femmes, comparativement à 0,59 pour 100 000 chez les femmes du même âge qui ne fument pas et ne prennent pas la pilule et à 0,65 pour celles qui prennent la pilule mais ne fument pas²⁷.

Il est conseillé aux médecins de suivre de près les femmes plus âgées qui présentent des facteurs de risque et qui prennent un contraceptif oral, de même que celles qui ont une prédisposition à la maladie cardiovasculaire, ou de leur proposer d'autres méthodes de contraception^{10-12,19,30,38}. Malgré les avantages manifestes de la pilule en tant que contraceptif, les lignes directrices actuelles encouragent explicitement les médecins à ne pas la prescrire aux grandes fumeuses (au moins 15 cigarettes par jour) de 35 ans et plus^{39,40}. Chez les fumeuses de 35 à 44 ans qui utilisent un contraceptif oral, le taux de mortalité due aux facteurs de risque combinés est de 29,4 pour 100 000. En revanche, pour la même tranche d'âge, chez les femmes qui ne fument pas et ne prennent pas la pilule, le risque est de 3,18 pour 100 000 et chez celles qui ne fument pas mais prennent la pilule, il est de 6,21 pour 100 000²⁷. En fait, parmi les femmes plus âgées qui recourent à la contraception orale et qui fument, le risque de décès lié à une maladie cardiovasculaire est plus élevé que celui que pose une grossesse menée à son terme²⁷.

À la lumière de ces lignes directrices, il semble indiqué que l'on examine le recours à la contraception orale en fonction de l'existence de

Méthodes de contraception

Outre les contraceptifs oraux, il existe de nombreuses méthodes de contraception qui présentent chacune des avantages et des inconvénients. Le taux de grossesse varie selon la méthode ou la combinaison de méthodes utilisée, même si elle est appliquée correctement et régulièrement. Le taux de grossesse représente le nombre de femmes sur 100 qui deviennent enceintes en un an.

Taux de grossesse avec certaines méthodes de contraception

Méthode	Taux de grossesse pour 100 femmes par année
Pilule combinée (œstrogène et progestatif)	Moins de 1 à 2
Dispositif intra-utérin (DIU)	Moins de 1 à 6
Condom avec spermicide (gelé ou mousse)	1 à 6
Mini-pilule (progestatif uniquement)	3 à 6
Condom	2 à 12
Diaphragme avec spermicide (gelé ou mousse)	3 à 18
Spermicide	3 à 21
Éponge avec spermicide	3 à 28
Cape cervicale avec spermicide	5 à 18
Abstinence périodique ou toute autre méthode rythmique	2 à 20
Aucune contraception	60 à 85

Source des données : Adaptation autorisée tirée du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, tableau 1, p. B178 (voir référence n° 31).

facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. Ces dernières années, plusieurs pays ont publié des rapports décrivant le profil des femmes qui utilisent des contraceptifs oraux⁴¹⁻⁴⁴. La Suisse et le Québec ont réalisé des études portant spécifiquement sur l'usage du tabac combiné à la contraception orale^{45,46}. Une étude canadienne a décrit les caractéristiques (y compris les facteurs de risque) des femmes qui prenaient une pilule anticonceptionnelle à la fin des années 1980 et au début des années 1990; les

données ne sont pas disponibles pour toutes les provinces⁴⁷.

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) fournissent l'occasion de comparer certaines caractéristiques, incluant les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, des Canadiennes qui recourent à la contraception orale à celles des femmes qui ne le font pas (voir *Méthodologie et Définitions*). On analyse ici les données du deuxième cycle de l'ENSP (1996-1997) afin de

Tableau 1

Caractéristiques socio-démographiques des femmes qui prennent ou ne prennent pas de contraceptif oral (CO), femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré		Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré
	en milliers	%	en milliers	%			en milliers	%	en milliers	%	
Total	1 342	100	6 203	100		Total	1 342	100	6 203	100	
Groupe d'âge					455,8***	Niveau de scolarité					38,5***
15 à 19 ans	277	21	727	12		Pas de diplôme d'études secondaires	214	16	1 305	21	
20 à 24 ans	366	27	521	8		Diplôme d'études secondaires	193	14	1 157	19	
25 à 29 ans	309	23	626	10		Études postsecondaires partielles	451	34	1 571	25	
30 à 34 ans	227	17	942	15		Diplôme d'études postsecondaires	483	36	2 150	35	
35 à 49 ans	163	12	3 386	55		Données non disponibles	-	-	20	-	
État matrimonial					252,4***	Occupée/étudiante					31,8***
Mariée	333	25	3 278	53		Oui	1 118	83	4 698	76	
Union libre	161	12	462	7		Non	220	16	1 477	24	
Célibataire	773	58	1 857	30		Données non disponibles	4	-	28	-	
Mariée antérieurement	74	6	596	10		Revenu du ménage					ns
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage					14,7***	Inférieur	70	5	254	4	
Aucun	887	66	3 545	57		Moyen-inférieur	119	9	564	9	
1 ou 2	434	32	2 303	37		Moyen	318	24	1 558	25	
Au moins 3	20	2	355	6		Moyen-supérieur	467	35	2 059	33	
Sexuellement active la dernière année					135,2***	Supérieur	179	13	714	12	
Oui	1 188	89	4 344	70		Données non disponibles	190	14	1 053	17	
Non	92	7	1 184	19		Assurance-médicaments					ns
Données non disponibles	62	5	674	11		Oui	877	65	3 915	63	
Immigrante					156,2***	Non	450	34	2 199	35	
Oui	94	7	1 207	19		Données non disponibles	14	1 [‡]	89	1	
Non	1 247	93	4 974	80							
Données non disponibles	-	-	21 [†]	--							

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pilule ne sont pas disponibles pour environ 13 480 (n = 51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans. Les données ayant été arrondies, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Le test du chi carré porte sur 500 coefficients de pondération calculés selon la méthode bootstrap et comprend la correction de deuxième ordre de Rao-Scott afin de tenir compte de la complexité du plan de sondage⁴⁸.

[†] Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %

[‡] Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %

*** p ≤ 0,001

-- Nombres infimes

-- Néant ou zéro

ns Signifie que la valeur du chi carré n'atteint pas le niveau de signification statistique.

déterminer les associations éventuelles entre l'utilisation des contraceptifs oraux et l'usage du tabac, l'hypertension et d'autres facteurs de risque chez les femmes de 15 à 49 ans. On présente aussi les résultats concernant les associations avec certaines caractéristiques socio-démographiques.

Les femmes qui prennent la pilule sont beaucoup plus jeunes que celles qui ne la prennent pas

On estime qu'en 1996-1997, 1,3 million de femmes de 15 à 49 ans (18 %) ont pris un contraceptif oral au cours du mois qui a précédé l'enquête (tableau B en annexe). Les femmes qui prenaient la pilule étaient considérablement plus jeunes que celles qui ne la prenaient pas : parmi les utilisatrices, 71 % avaient moins de 30 ans, comparativement à 30 % de non-utilisatrices (tableau 1). Seulement le quart des femmes qui prenaient la pilule et plus de la moitié de celles qui ne la prenaient pas étaient mariées. Les femmes qui prennent la pilule sont moins susceptibles que les autres d'avoir des enfants de moins de 12 ans vivant à la maison. Les résultats de l'ENSP en ce qui concerne l'âge, l'état matrimonial et le nombre d'enfants concordent avec ceux obtenus chez les femmes qui prenaient la pilule anticonceptionnelle au Québec en 1987⁴⁶ et aux États-Unis durant les années 80 et au début des années 90⁴⁴.

On constate sans surprise que les femmes qui prennent la pilule sont plus susceptibles que celles qui ne la prennent pas d'avoir une vie sexuelle active : 89 % contre 70 %. Les femmes qui ne prennent pas la pilule englobent celles qui utilisent d'autres moyens de contraception, ainsi que celles qui n'en utilisent aucun — peut-être parce que certaines d'entre elles ne sont pas sexuellement actives.

Une plus forte proportion d'utilisatrices de la pilule anticonceptionnelle (93 %) que de non-utilisatrices (80 %) sont des femmes nées au Canada. Aux États-Unis également, on observe que la proportion d'immigrantes qui recourent à la contraception orale est assez faible^{44,49}.

Le niveau de scolarité distingue aussi les femmes qui prennent un contraceptif oral de celles qui n'en prennent pas : 70 % des premières et 60 % des

secondes ont fait des études postsecondaires partielles. Le profil des femmes qui prennent la pilule en Norvège, en Italie et aux États-Unis indique également que leur niveau de scolarité est plus élevé que celui des non-utilisatrices^{41,44,50}. En revanche, une étude menée auprès des Québécoises qui prennent un contraceptif oral ne confirme pas cette association⁴⁶.

Les femmes qui prennent la pilule sont plus susceptibles de travailler ou de poursuivre des études que celles qui ne la prennent pas. Toutefois, les caractéristiques des utilisatrices et des non-utilisatrices sont comparables en ce qui concerne la catégorie de revenu du ménage et la couverture par une assurance-médicaments.

Le tiers des femmes qui prennent la pilule fument

Parmi les utilisatrices des contraceptifs oraux, 458 000 femmes (34 %) fument tous les jours ou à l'occasion (tableau 2). La proportion des fumeuses qui ne prennent pas la pilule est plus faible (30 %).

Tableau 2
Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire chez les femmes qui prennent ou ne prennent pas de contraceptif oral (CO), femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire	Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré
	en milliers	%	en milliers	%	
Fume tous les jours ou à l'occasion	458	34	1 854	30	6,0*
Hypertension	16	1†	222	4	38,3**
Tension artérielle non vérifiée l'année précédente	226	17	1 720	28	61,2**
Migraine	181	13	809	13	ns
Obésité	251	19	1 833	30	67,8**
Physiquement inactive	697	52	3 593	58	11,0**

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pilule ne sont pas disponibles pour environ 13 480 (n = 51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans. Le test du chi carré porte sur 500 coefficients de pondération calculés selon la méthode bootstrap et comprend la correction de deuxième ordre de Rao-Scott afin de tenir compte de la complexité du plan de sondage⁴⁸.

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

ns Signifie que la valeur du chi carré n'atteint pas le niveau de signification statistique.

Limites

Cette étude est descriptive. Comme elle porte sur les données transversales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), l'analyse permet de décrire les relations entre les variables, mais non d'inférer une relation de cause à effet.

Il est possible que l'analyse n'ait pas pris en compte certains facteurs importants liés à l'utilisation (ou à la non-utilisation) d'un contraceptif oral. Par exemple, la prévalence du diabète dans la population observée est trop faible pour qu'il soit possible d'inclure cette variable dans l'analyse multivariée. En outre, on ne possède aucun renseignement sur le genre de migraine (avec ou sans aura visuelle ou d'autres symptômes neurologiques). De surcroît, certaines femmes pourraient prendre la pilule pour soulager les symptômes de troubles menstruels, comme des règles abondantes ou douloureuses, mais l'ENSP ne fournit aucun renseignement à ce sujet. Le fait que certaines femmes prennent la pilule pour d'autres raisons que la contraception affaiblirait les associations entre l'usage de la pilule et les variables liées à la grossesse. Comme aucune question précise n'est posée dans le cadre de l'ENSP au sujet des méthodes de contraception, il est impossible d'analyser l'utilisation de la pilule anticonceptionnelle dans le contexte d'autres méthodes de contraception. Le fait que les caractéristiques des femmes qui recourent à d'autres méthodes soient similaires à celles des femmes qui prennent des contraceptifs oraux affaiblirait les associations qu'on observe ici.

Bien que la teneur en œstrogène des contraceptifs oraux ait diminué considérablement depuis le lancement de la pilule anticonceptionnelle durant les années 60, l'ENSP ne fournit aucun renseignement sur le dosage ni la formulation de la pilule prise. Selon des calculs basés sur des données recueillies auprès d'un échantillon de pharmaciens canadiens, en 1996, un peu plus du quart des contraceptifs oraux prescrits étaient des préparations de la " troisième génération " (contenant des progestogènes comme le désogestrel et la noréthindrone)⁵¹.

Les périodes couvertes par les diverses questions ne concordent pas toujours. Par exemple, on a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête d'indiquer quels médicaments elles ont pris durant le mois qui a précédé l'entrevue et les " pilules contraceptives " figuraient sur la liste lue par l'intervieweur. Par contre, les questions sur les rapports sexuels couvrent la période de 12 mois qui a précédé l'entrevue.

Enfin, les données de l'ENSP étant autodéclarées (ou déclarées par personnes interposées), on ignore dans quelle mesure elle peuvent être entachées d'une erreur de déclaration. L'autodéclaration peut être particulièrement problématique dans le cas de questions délicates comme celles ayant trait à la sexualité.

Malgré les nombreuses preuves montrant que la combinaison de l'usage du tabac et de la contraception orale augmente fortement le risque de décès dû à une maladie cardiovasculaire ou à un accident vasculaire cérébral, des études réalisées en Suisse, en Italie et aux États-Unis ont fait ressortir que l'usage du tabac est plus répandu chez les femmes qui prennent la pilule que chez celles qui ne la prennent pas^{44,45,50}. Les données recueillies en 1987 auprès d'un échantillon représentatif de Québécoises indiquent que parmi les femmes de 15 à 39 ans qui prenaient la pilule, la moitié (50 %) fumaient, comparativement à seulement 41 % chez celles qui ne la prenaient pas⁴⁶. La forte prévalence des fumeuses chez les Québécoises en âge de procréer reflète le taux provincial d'usage du tabac, qui est en général plus élevé que celui observé partout ailleurs au Canada depuis le milieu des années 60⁵². Selon l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire (ECSC) réalisée auprès d'un échantillon de femmes de 18 à 34 ans entre 1988 et 1992 dans toutes les provinces sauf la Nouvelle-Écosse et dont les données concordent davantage avec celles de l'ENSP, la proportion des fumeuses était de 29 % autant chez les femmes qui prenaient la pilule que chez celles qui ne la prenaient pas⁴⁷. En revanche, les données recueillies dans le cadre des Behavioral Risk Factor Surveys réalisées aux États-Unis, en 1988, montrent que la prévalence de l'usage du tabac chez les femmes de 18 à 45 ans qui prenaient un contraceptif oral était de 24 %⁴³, un taux considérablement plus faible que celui calculé pour le Canada d'après les données de l'ECSC ou de l'ENSP.

Selon les données de l'ENSP, une très petite proportion (1 %) d'utilisatrices de la pilule disent faire de l'hypertension. Cette observation est faussement rassurante, car les données recueillies de 1986 à 1992 dans le cadre de l'ECSC montrent qu'une proportion considérable (42 %) de personnes chez qui un examen physique a révélé une hypertension ignoraient au préalable qu'elles en souffraient^{53,54}. Même parmi les femmes à l'apogée de la période de procréation, soit celles de 18 à 34 ans, durant laquelle les visites chez le médecin sont fréquentes, 19 % de femmes qui faisaient de

l'hypertension ne le savaient pas⁵⁴. Selon l'ENSP, 17 % de femmes sous contraception orale ont dit qu'on n'avait pas vérifié leur tension artérielle au cours de l'année qui a précédé l'entrevue, si bien qu'on pourrait sous-estimer la prévalence de l'hypertension chez des femmes qui prennent la pilule.

La proportion de femmes qui souffrent de migraine est la même, soit 13 %, chez celles qui prennent ou ne prennent pas de contraceptif oral. Cette observation illustre peut-être l'état incertain de la documentation concernant la contraception orale chez les femmes qui souffrent de migraine et le fait que les lignes directrices données aux médecins à ce sujet varient selon la forme de la migraine^{28,55}. Même s'il est généralement admis que la contraception orale augmente considérablement le risque d'accident vasculaire cérébral chez les femmes qui souffrent de migraine avec aura visuelle, on estime aussi qu'elle permet de traiter certaines migraines⁵⁶. Par conséquent, dans plusieurs cas, le médecin traitant peut juger que les avantages thérapeutiques et contraceptifs de la pilule compensent largement la légère augmentation du risque absolu d'accident vasculaire cérébral⁸.

La prévalence de l'obésité est nettement plus faible chez les femmes qui prennent la pilule (19 %) que chez celles qui ne la prennent pas (30 %). Cette

observation confirme les résultats d'études antérieures^{6,42,47,49} et pourrait être liée au fait que les femmes de forte corpulence choisissent de ne pas prendre la pilule en raison de l'idée non fondée que celle-ci pourrait leur faire prendre du poids⁴⁶. En ce qui a trait à l'activité physique durant les loisirs, une proportion plus faible de femmes qui prennent la pilule (52 %) que de femmes qui ne la prennent pas (58 %) sont classées dans la catégorie des "personnes inactives".

Comme la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge, on a examiné la prévalence de certains autres facteurs de risque chez les femmes qui prennent un contraceptif oral et chez celles qui n'en prennent pas, selon le groupe d'âge. Chez les femmes de 15 à 34 ans, l'usage du tabac est beaucoup plus courant chez celles qui prennent la pilule que chez celles qui n'utilisent pas ce moyen de contraception (tableau 3). Ainsi, il faut comprendre que le fait de fumer n'empêche pas les femmes de ce groupe d'âge de prendre la pilule. La proportion des grandes fumeuses (au moins 15 cigarettes par jour) est la même, soit 14 %, parmi celles qui prennent la pilule anticonceptionnelle que parmi celles qui ne l'utilisent pas (données non présentées). De la même manière, la migraine ne limite manifestement pas l'usage de la pilule chez les femmes de ce groupe d'âge, puisque sa prévalence

Tableau 3

Usage du tabac, migraine et vérification de la tension artérielle chez les femmes qui prennent ou ne prennent pas de contraceptif oral (CO), selon le groupe d'âge, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

Facteur de risque	15 à 34 ans					35 à 49 ans				
	Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré	Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré
	en milliers	%	en milliers	%		en milliers	%	en milliers	%	
Fume tous les jours ou à l'occasion	430	37	843	30	10,5**	28	17†	1 011	30	12,5***
Migraine	156	13	334	12	ns	25	15	475	14	ns
Tension artérielle non vérifiée l'année précédente	213	18	887	31	64,8***	13	8†	833	25	41,9***

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pilule ne sont pas disponibles pour environ 13 480 (n = 51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans. Le test du chi carré porte sur 500 coefficients de pondération calculés selon la méthode bootstrap et comprend la correction de deuxième ordre de Rao-Scott afin de tenir compte de la complexité du plan de sondage⁴⁸.

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %

** p ≤ 0,01

*** p ≤ 0,001

ns Signifie que la valeur du chi carré n'atteint pas le niveau de signification statistique.

Définitions

On a posé la question suivante aux personnes qui ont participé à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) : « Au cours du dernier mois, avez-vous pris un des médicaments suivants? ». Les pilules contraceptives figuraient sur la liste lue par l'intervieweur.

On a défini cinq groupes d'âge, à savoir de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans, de 25 à 29 ans, de 30 à 34 ans et de 35 à 49 ans, ce dernier groupe étant le moins susceptible de prendre des contraceptifs oraux.

On a demandé aux femmes qui ont participé à l'enquête d'indiquer leur *état matrimonial* actuel. Aux fins de l'analyse, on a défini quatre catégories : mariée (mariée à l'heure actuelle); union libre (y compris les femmes qui ont dit « vivre avec un conjoint »); célibataire (jamais mariée) et mariée antérieurement, catégorie qui inclut les femmes veuves, séparées ou divorcées.

On a créé la variable dérivée *nombre d'enfants de moins de 12 ans faisant partie du ménage* et on a défini les catégories suivantes : aucun, un ou deux, au moins trois.

On considère *sexuellement actives* les femmes qui ont dit avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Celles qui ont déclaré ne pas avoir eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois sont considérées comme n'ayant pas de vie sexuelle active.

Pour déterminer l'*état d'immigrante*, on a posé la question : « Dans quel pays êtes-vous née? »

Les groupes de *niveau de scolarité* sont : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires. La catégorie des *études postsecondaires* englobe les deux derniers groupes.

Les femmes qui ont dit travailler au moment de l'enquête sont classées dans la catégorie *occupées*. Celles qui, au moment de l'enquête, fréquentaient une école, un collège ou une université sont classées dans la catégorie *étudiantes*.

La catégorie de *revenu du ménage* est déterminée en tenant compte du revenu total du ménage et du nombre de personnes qui composent ce dernier.

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieure	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou 4	80 000 \$ et plus
	5 ou plus	80 000 \$ et plus

La classification *revenu du ménage élevé* englobe les trois dernières catégories.

Pour déterminer si une personne est couverte par une *assurance-médicaments*, on a posé la question : « Avez-vous une assurance qui couvre les frais de médicaments sur ordonnance, en totalité ou en partie? (incluant les régimes privés, gouvernementaux ou payés par l'employeur) ».

Pour déterminer la catégorie d'usage du tabac, on a demandé aux personnes interrogées si, au moment de l'entrevue, elles fumaient des cigarettes *tous les jours*, *à l'occasion*, ou jamais. Pour les personnes qui fument tous les jours, on a catégorisé le nombre de cigarettes consommées par jour à moins de 15 ou au moins 15 (grandes fumeuses).

On a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête si elles avaient « des problèmes de santé de longue durée qui avaient duré ou qui devraient durer au moins six mois et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé ». L'intervieweur a lu une liste de problèmes de santé chroniques. L'*hypertension* et la *migraine* comptent parmi les facteurs de risque pertinents pour la présente analyse. Le diabète est également un problème de santé pertinent, mais le nombre de femmes qui ont dit souffrir de cette maladie est trop faible pour qu'on puisse inclure la variable dans l'analyse.

Pour déterminer si la *tension artérielle a été vérifiée l'année qui a précédé l'entrevue*, on a demandé : « À quand remonte la dernière fois que l'on a pris votre tension artérielle? »

Les *Lignes directrices canadiennes concernant les niveaux de poids associés à la santé*⁵⁷ s'appuient sur l'indice de masse corporelle (IMC) pour établir la fourchette acceptable de poids sain appliquée pour déterminer les conditions de poids excessif et d'insuffisance pondérale. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. On définit quatre catégories de poids d'après l'IMC :

- poids insuffisant (IMC inférieur à 20)
- poids normal (IMC de 20 à 24,9)
- léger surpoids (IMC de 25 à 27)
- poids excessif (obèse) (IMC supérieur à 27)

Les lignes directrices s'appliquent à toute personne de 20 à 64 ans, sauf les femmes enceintes. Conformément à ces lignes directrices, les femmes dont l'IMC est égal ou supérieur à 25 sont classées dans la catégorie des femmes *obèses* aux fins de la présente analyse. Celle dont l'IMC est inférieur à 25 sont considérées comme n'étant pas obèses.

Pour déterminer le niveau d'activité physique, on a calculé pour chaque personne la dépense d'énergie (DE) pour chaque activité entreprise durant les loisirs. Pour calculer la DE, on multiplie le nombre de fois que la personne s'adonne à une activité durant une période de 12 mois par la durée moyenne en heure et par la dépense d'énergie de l'activité (exprimée en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité). Pour calculer la DE quotidienne moyenne pour l'activité, on divise l'estimation par 365. On répète le calcul pour toutes les activités entreprises durant les loisirs et on totalise les estimations résultantes pour fournir la DE quotidienne moyenne agrégée. Les personnes dont la DE estimative durant les loisirs est inférieure à 1,5 kcal/kg/jour sont considérées comme *physiquement inactives*. Celles dont la DE est égale ou supérieure à 1,5 sont considérées comme physiquement actives.

est à peu près la même chez les utilisatrices et les non-utilisatrices.

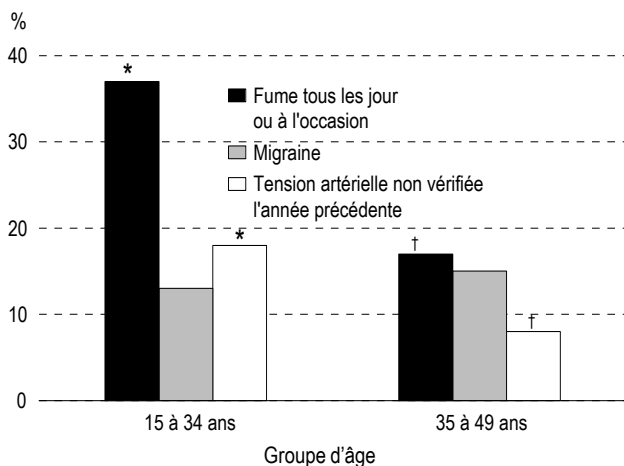
Dans le groupe des 35 à 49 ans, la proportion des fumeuses parmi les femmes qui prennent la pilule (17 %) est considérablement plus faible que celle des fumeuses qui ne la prennent pas (30 %). Néanmoins, d'après les estimations de l'ENSP, parmi les 28 000 femmes de ce groupe d'âge qui prennent la pilule et qui fument, 17 000 (données non présentées) fument de façon intensive (au moins 15 cigarettes par jour). Or, chez certaines femmes plus âgées qui fument, on peut donc penser que les médecins estiment devoir accorder plus d'importance à une contraception efficace qu'à d'autres facteurs de risque concernant la santé.

D'une façon quelque peu inattendue, on a également constaté que chez le groupe des 35 à 49 ans, des proportions à peu près équivalentes de femmes qui prennent et ne prennent pas la pilule

disent souffrir de migraine. Selon des études publiées récemment, la contraception orale pourrait être contre-indiquée chez les femmes de 35 ans et plus qui souffrent de migraine ou qui présentent d'autres risques importants d'accident vasculaire cérébral, comme l'hypertension ou l'usage du tabac³⁸.

Comme des données antérieures montrent qu'une proportion considérable de personnes hypertendues ne reçoivent aucun traitement ou ne sont pas au courant de leur état^{53,54}, on a analysé les données de l'ENSP concernant les femmes dont on n'a pas vérifié la tension artérielle pendant l'année qui a précédé l'entrevue. Dans les deux groupes d'âge, mais surtout celui des femmes plus âgées, une proportion plus faible de femmes qui prennent la pilule que de femmes qui ne la prennent pas ont dit que leur tension artérielle n'avait pas été vérifiée l'année qui a précédé l'enquête. Les taux de femmes qui fument et dont on n'a pas vérifié la tension artérielle pendant l'année qui a précédé l'enquête sont plus de deux fois supérieurs dans le groupe des 15 à 34 ans qui prennent un contraceptif oral que chez leurs homologues de 35 à 49 ans (graphique 1). En revanche, la prévalence de la migraine n'est pas significativement différente pour ces deux groupes d'âge.

Graphique 1
Proportion de femmes prenant un contraceptif oral qui présentent certains facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, selon le groupe d'âge, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pilule ne sont pas disponibles pour environ 13 480 (n = 51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans.

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le groupe des 35 à 49 ans ($p < 0,05$).

Les femmes qui prennent la pilule ont tendance à être jeunes, célibataires et sans enfants

L'analyse multivariée, permettant de tenir compte des effets simultanés de toutes les variables, montre que la cote exprimant la possibilité de prendre une pilule contraceptive est nettement plus élevée pour toutes les tranches de cinq ans du groupe des 35 ans et moins que pour le groupe des 35 à 49 ans (tableau 4). La cote exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral est significativement plus élevée pour les femmes qui ont été mariées antérieurement, celles qui sont célibataires ou celles qui vivent en union libre que pour les femmes mariées. En outre, même après correction pour tenir compte des effets de l'âge et de l'état matrimonial, la cote exprimant la possibilité d'utiliser un contraceptif oral est significativement plus faible chez les femmes qui ont au moins trois enfants de

Tableau 4

Rapports corrigés de cotes exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral calculés pour certaines caractéristiques sociodémographiques et certains facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Rapport corrigés de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Groupe d'âge		
15 à 19 ans	9,1*	6,3 - 13,3
20 à 24 ans	10,3*	7,7 - 14,0
25 à 29 ans	8,2*	6,4 - 10,6
30 à 34 ans	4,9*	3,8 - 6,5
35 à 49 ans†	1,0	...
État matrimonial		
Mariée‡	1,0	...
Union libre	1,6*	1,2 - 2,1
Célibataire	2,5*	1,9 - 3,2
Mariée antérieurement	2,0*	1,4 - 2,8
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage		
Aucun†	1,0	...
1 ou 2	0,9	0,8 - 1,1
Au moins 3	0,3*	0,2 - 0,4
Sexuellement active la dernière année‡	8,5*	6,1 - 12,0
Immigrante‡	0,5*	0,3 - 0,6
Études postsecondaires‡	1,4*	1,2 - 1,7
Occupée/étudiante‡	1,1	0,9 - 1,3
Revenu du ménage élevé‡	1,0	0,7 - 1,3
Couverture par une assurance-médicaments‡	1,3*	1,1 - 1,5
Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire		
Fume tous les jours ou à l'occasion‡	0,8*	0,7 - 1,0
Hypertension‡	0,9	0,5 - 1,5
Migraine‡	1,0	0,8 - 1,2
Obèse‡	0,7*	0,6 - 0,9
Physiquement inactive‡	1,0	0,9 - 1,2

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

Nota : L'analyse se fonde sur un échantillon de 20 996 femmes de 15 à 49 ans dont 4 105 prenaient un contraceptif oral. La catégorie « Données non disponibles » est incluse dans l'analyse pour l'activité sexuelle l'année précédente, le revenu et l'indice de masse corporelle afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. En outre, on a exclu de l'analyse 949 femmes de ce groupe d'âge pour lesquelles des données n'étaient pas disponibles sur d'autres variables, ainsi que 51 pour lesquelles on ne possédait pas de renseignements sur l'utilisation des contraceptifs oraux. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne supérieure est égale à 1,0 sont significatifs.

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

‡ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, les catégories de référence pour « immigrante » et « hypertension » sont « nées au Canada » et « pas de diagnostic d'hypertension », respectivement.

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p < 0,05$

moins de 12 ans que chez celles qui n'en ont aucun. Le recours à d'autres méthodes de contraception (comme la ligature des trompes ou la vasectomie) pourrait être davantage privilégié par ces femmes que par celles sans jeunes enfants. Comme on s'y attendait, la cote exprimant la possibilité d'utiliser un contraceptif oral est beaucoup plus élevée chez les femmes sexuellement actives que chez celles qui ne le sont pas. Enfin, la cote exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral est nettement plus faible chez les immigrantes que chez les femmes nées au Canada.

Lien entre le niveau de scolarité, l'assurance-médicaments et l'usage de la pilule

La cote exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral est significativement plus élevée chez les femmes qui ont poursuivi des études postsecondaires que chez celles qui n'ont pas atteint ce niveau de scolarité.

Il n'y a aucune association significative entre le recours à la contraception orale et le fait de travailler, de poursuivre des études ou le niveau de revenu. En revanche, la cote exprimant la possibilité de prendre la pilule est plus élevée pour les femmes qui ont une assurance-médicaments que pour celles qui ne possèdent pas ce genre d'assurance.

Probabilité plus faible de prendre la pilule pour les fumeuses et les obèses

Il existe une association inverse entre l'usage du tabac et la contraception orale, résultat un peu étonnant, car la proportion de fumeuses est plus forte chez les femmes qui prennent la pilule que chez celles qui ne la prennent pas (tableau 2). Cependant, si l'on n'introduit que la variable de l'usage du tabac dans le modèle de régression logistique, la cote exprimant la possibilité de prendre la pilule est significativement plus élevée pour les fumeuses que pour les non-fumeuses; autrement dit, si l'on n'apporte aucune correction pour tenir compte de l'effet d'autres variables, la cote exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral est plus forte pour les femmes qui fument que pour celles qui ne fument pas (données non présentées). Le

faible rapport des cotes exprimant la probabilité de fumer obtenu par analyse multivariée montre que d'autres facteurs que la catégorie de l'usage du tabac expliquent la prévalence de l'usage de la pilule chez les fumeuses et les non-fumeuses.

Le rapport corrigé de cotes calculé pour l'hypertension n'est pas statistiquement significatif, en partie en raison du petit nombre de femmes de 15 à 49 ans qui souffrent de ce problème. La cote corrigée exprimant la possibilité de prendre la pilule est significativement plus faible pour les femmes obèses que pour celles qui ne le sont pas. Par contre, on ne note aucune association entre l'inactivité physique, la migraine et la contraception orale.

Mot de la fin

Le profil socio-démographique des Canadiennes prenant un contraceptif oral qui se dégage de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 concorde en grande partie avec celui observé pour d'autres populations. Dans l'ensemble, la femme qui prend la pilule est jeune, n'est pas mariée, mène une vie sexuelle active et a atteint un niveau de scolarité assez élevé.

Si l'on tient compte des effets d'autres variables, on constate que deux facteurs de risque de maladie cardiovasculaire examinés ici, à savoir l'obésité et l'usage du tabac, sont inversement associés à l'usage de la pilule contraceptive. Ces résultats sont encourageants dans la foulée des recommandations faites aux cliniciens de ne pas prescrire de pilules anticonceptionnelles aux femmes présentant des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire ou d'accident vasculaire cérébral. Bien que la diminution de la cote exprimant le risque d'hypertension associé à la contraception orale ne soit pas statistiquement significative, un nombre assez faible de femmes qui savent qu'elles font de l'hypertension disent prendre la pilule (tableau B en annexe), et une forte majorité de femmes plus âgées qui prennent la pilule disent que leur tension artérielle a été vérifiée au cours de l'année qui a précédé l'entrevue.

Cependant, les résultats de l'ENSP donnent toujours lieu de s'inquiéter. Selon cette enquête, un peu plus du tiers des femmes qui prennent la pilule fument et un grand nombre d'entre elles sont de

grandes fumeuses. Bien que l'usage combiné du tabac et de la pilule contraceptive augmente le risque de décès dû à un accident vasculaire cérébral ou à une crise cardiaque, le sixième des femmes plus âgées qui prennent la pilule — une estimation de 28 000 femmes de 35 à 49 ans — fument aussi.

De l'avis d'un médecin, la persistance de l'usage de la contraception orale chez les femmes qui fument, malgré les indications manifestes des risques que pose cette association, témoigne d'une grave lacune des soins médicaux⁴⁶. D'autres chercheurs canadiens suggèrent que l'usage conjugué de la pilule et du tabac reflète un manque de sensibilisation au risque que cela pose pour la santé⁴⁷. Cependant, il est aussi un rappel des difficultés de la lutte contre une puissante dépendance et représente une occasion de prendre des mesures préventives. ●

Références

1. L.M. Tierney, S.J. McPhee et M.A. Papadakis (publié sous la direction de), *Current Medical Diagnosis and Treatment*, 38^e édition, Stamford, Connecticut, Appleton and Lange, 1999.
2. C. Egarter, M.S. Topcoglu, M. Imhof *et al.*, « Low-dose oral contraceptives and quality of life », *Contraception*, 59, 1999, p. 287-291.
3. M. Thorogood, « Oral contraceptives and myocardial infarction: new evidence leaves unanswered questions », *Thrombosis and Haemostasis*, 78(1), 1997, p. 334-338.
4. S.M. Schwartz, D.S. Siscovick, W.T. Longstreth Jr *et al.*, « Use of low-dose oral contraceptives and stroke in young women », *Annals of Internal Medicine*, 127, 1997, p. 596-603.
5. S. Sidney, D.S. Siscovick, D.B. Petitti *et al.*, « Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives: a pooled analysis of two US studies », *Circulation*, 98(11), 1998, p. 1058-1063.
6. D.B. Petitti, S. Sidney, A. Bernstein *et al.*, « Stroke in users of low-dose oral contraceptives », *The New England Journal of Medicine*, 335(1), 1996, p. 8-15.
7. P.C. Hannaford, P.R. Croft et C.R. Kay, « Oral contraception and stroke: Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study », *Stroke*, 25(5), 1994, p. 935-942.
8. Ø. Lidegaard, « Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102, 1995, p. 153-159.

9. Organisation mondiale de la santé, Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study, (WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception), *The Lancet*, 348, 1996, p. 505-510.
10. S.C. Johnston, J.M. Colford Jr et D.R. Gress, « Oral contraceptives and the risk of subarachnoid hemorrhage: a meta-analysis », *Neurology*, 51, 1998, p. 411-418.
11. T.M.M. Farley, J. Collins et J.J. Schlesselman, « Hormonal contraception and risk of cardiovascular disease: an international perspective », *Contraception*, 57, 1998, p. 211-230.
12. D.A. Petitti, S. Sidney et C.P. Quesenberry, « Oral contraceptive use and myocardial infarction », *Contraception*, 57, 1998, p. 143-155.
13. H. Haapaniemi, M. Hillbom et S. Juvela, « Lifestyle-associated risk factors for acute brain infarction among persons of working age », *Stroke*, 28(1), 1997, p. 26-30.
14. L. Chasan-Taber et M.J. Stampfer, « Epidemiology of oral contraceptives and cardiovascular disease », *Annals of Internal Medicine*, 128(6), 1998, p. 467-477.
15. R.D.T. Farmer, R.A. Lawrenson, C.R. Thompson *et al.*, « Population-based study of risk of venous thromboembolism associated with various oral contraceptives », *The Lancet*, 349, 1997, p. 83-88.
16. Organisation mondiale de la santé, « Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease », (WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception), *The Lancet*, 346, 1995, p. 1582-1588.
17. H. Jick, S.S. Jick, V. Gurewich *et al.*, « Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components », *The Lancet*, 346, 1995, p. 1589-1593.
18. M.A. Lewis, L.A.J. Heinemann, W.O. Spitzer, *et al.*, « The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women: results from the transnational study on oral contraceptives and the health of young women », *Contraception*, 56, 1997, p. 129-140.
19. Ø. Lidegaard, « Smoking and use of oral contraceptives: Impact on thrombotic diseases », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999, p. S357-S363.
20. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
21. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Composante des ménages, Guide de l'utilisateur, fichiers de microdonnées à grande diffusion* (Statistique Canada, n° 82-M0009GPF au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1998.
23. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
24. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
25. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, août 1999.
26. B.R. Carr et H. Ory, « Estrogen and progestin components of oral contraceptives: relationship to vascular disease », *Contraception*, 55, 1997, p. 267-272.
27. P.J. Schwingl, H.W. Ory et C.M. Visness, « Estimates of the risk of cardiovascular death attributable to low-dose oral contraceptives in the United States », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180, 1999, p. 241-249.
28. W.J. Becker, « Use of oral contraceptives in patients with migraine », *Neurology*, 53(Suppl. 1), 1999, p. S19-25.
29. L. Chasan-Taber, W.C. Willett, J.E. Manson *et al.*, « Prospective study of oral contraceptives and hypertension among women in the United States », *Circulation*, 94(3), 1996, p. 483-489.
30. R.H. Mattson et R.W. Rebar, « Contraceptive methods for women with neurologic disorders », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168, 1993, p. 2027-2032.
31. Association pharmaceutique canadienne, *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, 31^e édition, Ottawa, Association pharmaceutique canadienne, 1996.
32. L. Rosenberg, D.W. Kaufman, S.P. Helmrich *et al.*, « Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age », *Journal of the American Medical Association*, 253(20), 1985, p. 2965-2969.
33. Organisation mondiale de la santé, « Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study », WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception, *The Lancet*, 349, 1997, p. 1202-1209.
34. Organisation mondiale de la santé, « Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study », WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception, *Contraception*, 57(5), 1998, p. 315-324.
35. C.L. Chang, M. Donaghy, N. Poulter *et al.*, « Migraine and stroke in young women: case-control study », World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception, *British Medical Journal*, 318, 1999, p. 13-28.
36. S. Roy, « Effects of smoking on prostacyclin formation and platelet aggregation in users of oral contraceptives », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180, 1999, p. S364-S368.
37. S.M. Schwartz, D.B. Petitti, D.S. Siscovick *et al.*, « Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies », *Stroke*, 29, 1998, p. 2277-2284.

38. W.J. Becker, « Migraine and oral contraceptives », *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 24(1), 1997, p. 16-21.
39. I. Schiff, W.R. Bell, V. Davis et al., « Oral contraceptives and smoking, current considerations: Recommendations of a consensus panel », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180, 1999, p. S383-S384.
40. R.S. Williams, « Benefits and risks of oral contraceptive use », *Postgraduate Medicine*, 92(7), 1992, p. 155-171.
41. B.K. Jacobsen, E. Lund et G. Kvåle, « Childbearing and use of oral contraceptives: impact of educational level », The Nordland Health Study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 1992, p. 216-217.
42. W. Dong, H.M. Colhoun et N.R. Poulter, « Blood pressure in women using oral contraceptives: results from the Health Survey for England 1994 », *Journal of Hypertension*, 15(10), 1997, p. 1063-1068.
43. D.H. Barrett, R.F. Anda, L.G. Escobedo *et al.*, « Trends in oral contraceptive use and cigarette smoking; Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1982 and 1988 », *Archives of Family Medicine*, 3, 1994, p. 438-443.
44. P.M. Flint, K.L. Lapane, M.M. Barbour *et al.*, « Cardiovascular risk profiles of oral contraceptive users and nonusers: a population-based study », *Preventive Medicine*, 24, 1995, p. 586-590.
45. A. Morabia, M. Bernstein, D. Bleed *et al.*, « Oral contraceptive use in relation to smoking », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77, 1998, p. 205-209.
46. C.R. Sharpe, « Smoking among oral contraceptive users in Quebec in 1987 », *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(3), 1994, p. 313-323.
47. P.W. Connelly, S. Stachenko, D.R. MacLean *et al.*, « The prevalence of hyperlipidemia in women and its association with use of oral contraceptives, sex hormone replacement therapy and nonlipid coronary artery disease risk factors », *Canadian Journal of Cardiology*, 15(4), 1999, p. 419-427.
48. J.N.K. Rao et D.R. Thomas, « Chi-squared tests for contingency tables », *Analysis of Complex Surveys*, publié sous la direction de C.J. Skinner, D. Holt et T.M.F. Smith, New York, Wiley, 1989, p. 89-114.
49. A.L. Hume, M.M. Barbour, K.L. Lapane *et al.*, « Correlates of oral contraceptive use in two New England communities: 1981-1993 », *Pharmacotherapy*, 16(6), 1996, p. 1173-1178.
50. F. Parazzini, E. Negri, E. Ricci *et al.*, « Correlates of oral contraceptive use in Italian women, 1991-93 », *Contraception*, 54, 1996, p. 101-106.
51. International Marketing Advisory Services Division, IMS of Canada, *Canadian Compuscript*, 1994 et 1996. Avec permission.
52. M. Stephens et J. Siroonian, « L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire », *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 31-38 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
53. A. Chockalingam et J.G. Fodor, « Treatment of raised blood pressure in the population: the Canadian experience », *American Journal of Hypertension*, 11(5, Part 1), 1998, p. 747-749.
54. M.R. Joffres, P. Ghadirian, J.G. Fodor *et al.*, « Awareness, treatment, and control of hypertension in Canada », *American Journal of Hypertension*, 10(10, Part 1), 1997, p. 1097-1102.
55. D.A. Grimes, E.J. Chaney, E.B. Connell *et al.*, (publié sous la direction de), « Headache, migraine and oral contraceptives », *The Contraception Report*, 8(6), 1998, p. 12-14.
56. S.D. Silberstein, « Menstrual migraine », *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine*, 8(7), 1999, p. 919-931.
57. Santé nationale et Bien-être social, rapport d'un groupe d'experts dirigé par la Direction de la promotion de la santé, Direction générale des programmes et des services de santé, *Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes*, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988.

Annexe

Tableau A

Répartition de certaines caractéristiques, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Taille de l'échantillon			Taille de l'échantillon			
	Population estimative		%	Population estimative		%	
	en milliers			en milliers			
Total	21 996	7 558	100	Total	21 996	7 558	100
Groupe d'âge				Revenu du ménage			
15 à 19 ans	2 151	1 007	13	Inférieur	970	326	4
20 à 24 ans	2 628	889	12	Moyen-inférieur	2 149	683	9
25 à 29 ans	3 167	936	12	Moyen	4 963	1 878	25
30 à 34 ans	3 894	1 170	16	Moyen-supérieur	6 859	2 528	34
35 à 49 ans	10 156	3 557	47	Supérieur	2 676	893	12
				Données non disponibles	4 379	1 248	17
État matrimonial				Assurance-médicaments			
Mariée	10 787	3 618	48	Oui	14 292	4 793	63
Union libre	1 351	623	8	Non	7 309	2 653	35
Célibataire	7 302	2 633	35	Données non disponibles	395	112	2
Mariée antérieurement	2 508	672	9				
Données non disponibles	48	--	--	Usage du tabac			
				Tous les jours ou à l'occasion	7 013	2 314	31
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage				Ancienne fumeuse	5 431	1 872	25
Aucun	12 406	4 440	59	N'a jamais fumé	9 490	3 353	44
1 ou 2	8 198	2 742	36	Données non disponibles	62	19 [†]	--
Au moins 3	1 392	375	5				
				Hypertension			
Sexuellement active la dernière année				Oui	761	238	3
Oui	15 756	5 533	73	Non	21 217	7 314	97
Non	3 472	1 276	17	Données non disponibles	18	--	--
Données non disponibles	2 768	748	10				
				Tension artérielle non vérifiée l'année précédente			
Immigrante				Oui	16 493	1 947	73
Oui	2 934	1 304	17	Non	5 087	5 488	26
Non	18 997	6 231	82	Données non disponibles	416	123	2
Données non disponibles	65	23	--				
				Migraine			
Niveau de scolarité				Oui	3 092	992	13
Pas de diplôme d'études secondaires	3 952	1 522	20	Non	18 898	6 564	87
Diplôme d'études secondaires	4 220	1 351	18	Données non disponibles	6	--	--
Études postsecondaires partielles	5 501	2 027	27				
Diplôme d'études postsecondaires	8 223	2 635	35	Obésité			
Données non disponibles	100	22	--	Oui	6 489	2 089	28
				Non	14 188	5 140	68
Occupée/étudiante				Données non disponibles	1 319	329	4
Oui	16 890	5 824	77				
Non	4 972	1 701	23	Inactivité physique			
Données non disponibles	134	33	--	Oui	12 050	4 296	57
				Non	9 639	3 162	42
				Données non disponibles	307	101	1

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %

‡ Coefficient de variation supérieur à 33,3 %

-- Nombres infimes

Tableau B

Prévalence de l'usage de contraceptifs oraux (CO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques et certains facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Utilisation d'un CO				Utilisation d'un CO		
	Effectif de l'échantillon	Population estimative en milliers	Prévalence de l'usage des CO %		Effectif de l'échantillon	Population estimative en milliers	Prévalence de l'usage des CO %
Total	4 237	1 342	18	Total	4 237	1 342	18
Groupe d'âge				Couverture par une assurance-médicaments			
15 à 19 ans	555	277	27	Oui	2 792	877	18
20 à 24 ans	1 180	366	41	Non	1 392	450	17
25 à 29 ans	1 141	309	33	Sexuellement active la dernière année			
30 à 34 ans	828	227	19	Oui	3 655	1 188	21
35 à 49 ans	533	163	5	Non	268	92	7
État matrimonial				Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire			
Mariée	1 324	333	9	Fume régulièrement ou à l'occasion			
Union libre	433	161	26	Oui	1 383	458	20
Célibataire	2 168	773	29	Non	2 851	883	17
Mariée antérieurement	307	74	11	Hypertension			
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage				Oui	74	16	7
Aucun	2 625	887	20	Non	4 158	1 324	18
1 ou 2	1 473	434	16	Migraine			
Au moins 3	139	20	5	Oui	644	181	18
Immigrante				Non	3 592	1 161	18
Oui	302	94	7	Obésité			
Non	3 932	1 247	20	Oui	968	251	12
Études postsecondaires				Non	3 089	1 053	20
Oui	2 915	934	20	Inactivité physique			
Non	1 315	407	14	Oui	2 112	697	16
Occupée/étudiante				Non	2 080	633	20
Oui	3 507	1 118	19				
Non	716	220	13				
Revenu du ménage élevé							
Oui	2 848	963	18				
Non	1 389	189	19				

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pilule manquent pour environ 13 480 (n=51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans. Les données ayant été arrondies, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.