

## Article

# Le recours aux services médicaux d'aide à la conception

par Tracey Bushnik, Jocelynn Cook,  
Edward Hughes et Suzanne Tough

Octobre 2012



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

## Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca). Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel à [infostats@statcan.gc.ca](mailto:infostats@statcan.gc.ca) ou par téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

### Centre de contact national de Statistique Canada

Numéros sans frais (Canada et États-Unis) :

Service de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Télécopieur	1-877-287-4369

Appels locaux ou internationaux :

Service de renseignements	1-613-951-8116
Télécopieur	1-613-951-0581

### Programme des services de dépôt

Service de renseignements	1-800-635-7943
Télécopieur	1-800-565-7757

## Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de  
Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2012

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente  
publication est assujettie aux modalités de l'entente de  
licence ouverte de Statistique Canada (<http://www.statcan.gc.ca/reference/copyright-droit-auteur-fra.htm>).

This publication is also available in English.

## Note de reconnaissance

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

## Signes conventionnels

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

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- 0 zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
- 0<sup>s</sup> valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
- <sup>p</sup> provisoire
- <sup>r</sup> révisé
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- <sup>E</sup> à utiliser avec prudence
- <sup>F</sup> trop peu fiable pour être publié
- \* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

# Le recours aux services médicaux d'aide à la conception

par Tracey Bushnik, Jocelynn Cook, Edward Hughes et Suzanne Tough

Diffusé en ligne le 17 octobre 2012

## Résumé

### Contexte

La demande pour des thérapies visant à aider la conception augmente dans un certain nombre de pays, y compris au Canada. La présente étude fournit des estimations du nombre de couples ayant eu recours à des services médicaux d'aide à la conception et de leurs caractéristiques, et fait état des interventions et des techniques utilisées.

### Données et méthodes

Les données sont tirées de la composante de l'infertilité de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009-2010. L'analyse examine les couples dans lesquels la femme était âgée de 18 à 44 ans, ce qui a donné un total de 3 656 participants. Des pourcentages, des moyennes et des intervalles de confiance ont été calculés. Deux modèles de régression logistique ont été exécutés pour estimer les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et le recours à de l'aide médicale à la conception.

### Résultats

Environ trois couples sur quatre ont déclaré avoir tenté de concevoir un enfant et 15 % d'entre eux ont recouru à de l'aide médicale à la conception. Parmi ceux-ci, 68 % ont déclaré avoir utilisé la technique de surveillance du cycle menstruel et d'ovulation; 42 % ont déclaré avoir utilisé des médicaments visant à améliorer la fertilité; 19 % ont déclaré avoir utilisé des techniques de procréation assistée; et 29 % ont déclaré avoir essayé un « autre » traitement médical.

### Interprétation

Compte tenu de la tendance vers le report de la maternité, la demande de services médicaux d'aide à la conception pourrait augmenter à l'avenir.

## Mots-clés

Techniques de procréation assistée, fertilité, infertilité, grossesse.

## Auteurs

Tracey Bushnik (613-951-2301; tracey.bushnik@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6. Jocelynn Cook travaille à l'Université d'Ottawa, Edward Hughes, à l'Université McMaster et Suzanne Tough, à l'Université de Calgary.

Depuis 1990, le pourcentage de femmes mariées ou vivant en couple au Canada qui déclarent avoir l'intention d'avoir un enfant oscille autour de 92 %<sup>1</sup>. Des études récentes ont toutefois démontré que de 4 % à 17 % des couples dans les pays industrialisés vivent une incapacité involontaire de concevoir d'une durée d'au moins 12 mois<sup>2,3</sup>. Au Canada, la prévalence de l'infertilité au cours des 12 derniers mois est passée de 5 % en 1984 à 12 % à 16 % en 2009-2010<sup>4</sup>.

Même si ce ne sont pas tous les couples ayant des problèmes de conception qui ont recours à de l'aide médicale<sup>5</sup>, la demande de thérapies est en hausse. Les données du Registre canadien des techniques de procréation assistée (RCTPA) sur l'utilisation des techniques de procréation assistée (TPA) montrent une augmentation constante du nombre d'interventions pratiquées entre 1999 et 2008<sup>6</sup>. Des hausses similaires ont été observées en Australie et en Nouvelle-Zélande<sup>7</sup>, aux États-Unis<sup>8</sup> et en Europe<sup>9</sup>.

Le RCTPA renferme des renseignements sur les issues, par cycle, de types particuliers de TPA, mais les données sur les TPA au niveau du patient sont limitées. Par ailleurs, d'autres méthodes utilisées pour améliorer les chances de conception, comme les

médicaments visant à améliorer la fertilité, ne sont pas incluses dans le RCTPA.

La présente analyse vise à déterminer le nombre de couples ayant recours aux services médicaux d'aide à la conception et leurs caractéristiques, ainsi que les interventions médicales et/ou techniques auxquelles ils ont recours. À partir des données sur la composante de l'infertilité de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009-2010, la présente étude a permis d'estimer la prévalence du recours à de l'aide parmi les couples qui tentent de concevoir un enfant. L'association entre ce recours et les caractéristiques sociodémographiques des couples a été examinée, ainsi que les méthodes utilisées pour tenter de concevoir un enfant.

## Méthodes

### Source des données

Les données sont tirées de la composante de l'infertilité (IFT) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010 menée par Statistique Canada. La population cible de la composante de l'IFT était constituée de couples de sexe opposé des dix provinces, dans lesquels la conjointe ou partenaire de sexe féminin était âgée de 18 à 49 ans, qui vivaient ensemble dans le même ménage. L'ESCC n'a pas été administrée aux membres à temps plein des Forces canadiennes ou aux habitants des trois territoires, des réserves indiennes, des terres de la Couronne ou de certaines régions éloignées, ni aux résidents d'établissements.

Dans le cadre de l'ESCC, on a utilisé une stratégie d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés<sup>10</sup>. Les données de la composante de l'IFT ont été recueillies de septembre à décembre 2009 inclusivement et en juillet et août 2010. Parmi les ménages sélectionnés au cours de ces périodes, 41 501 faisaient partie du champ de l'ESCC et 33 468 ont accepté de participer, ce qui a donné lieu à un taux de réponse de 80,6 % au niveau du ménage. Dans chaque ménage participant, une personne a été sélectionnée pour participer à l'enquête. Des réponses ont été obtenues de 29 858 personnes, ce qui a donné lieu à un taux de réponse de 89,2 % au niveau de la personne. Parmi ces participants, 6 520 étaient admissibles à la composante de l'IFT, et 5 617 y ont répondu, ce qui représente un taux de réponse à l'IFT au niveau de la personne de 86,2 %. La multiplication du taux de réponse à l'ESCC au niveau du ménage, du taux de réponse à l'ESCC au niveau de la personne et du taux de réponse à l'IFT au niveau de la personne produit un taux de réponse estimé de 62,0 % à la composante de l'IFT<sup>11</sup>.

La présente étude porte sur les couples qui ont eu un enfant alors qu'ils étaient ensemble, qui ont déclaré une grossesse au cours des 12 derniers mois ou qui ont répondu « oui » à la question « Au cours

de la période où vous et votre conjoint(e) avez vécu ensemble, avez-vous tenté de concevoir un enfant? ». Ces couples ont été considérés comme ayant tenté de concevoir un enfant à un moment donné de leur relation et représentaient 4 297 participants à l'enquête. L'analyse s'est limitée aux couples dans lesquels la femme avait de 18 à 44 ans au moment de l'entrevue, donc à 3 656 participants.

### Mesures

Les caractéristiques socio-démographiques examinées dans la présente étude étaient le groupe d'âge de la femme (18 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans, 35 à 39 ans, ou 40 à 44 ans) et de l'homme (18 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans, 35 à 39 ans, 40 à 44 ans et 45 ans et plus), le plus haut niveau de scolarité de la femme (niveau inférieur au niveau secondaire, diplôme d'études secondaires, ou diplôme d'études postsecondaires), l'état matrimonial du couple (marié ou en union libre), sa parité (aucun ou au moins un enfant) et le revenu du ménage. Pour examiner l'interaction possible entre la parité et le groupe d'âge de la femme, une mesure composite a été calculée (parité 0, 18 à 34 ans; parité 0, 35 à 44 ans; parité 1+, 18 à 34 ans; et parité 1+, 35 à 44 ans). Les quartiles de revenu du ménage (28 250 \$ ou moins; plus de 28 250 \$ à 42 400 \$; plus de 42 400 \$ à 60 850 \$; et plus de 60 850 \$) ont été calculés à partir d'une version modifiée de la méthode du score d'équivalence, qui corrige le revenu du ménage selon la taille de ce dernier<sup>12</sup>. Cette méthode utilise un facteur de pondération fondé sur la règle « 40/30 ». Pour chaque participant à l'enquête dans la population étudiée, un facteur de pondération du ménage a été calculé à partir du nombre de personnes dans le ménage. Le premier membre du ménage a reçu un poids de 1; le deuxième, un poids de 0,4; le troisième et tous les membres subséquents, un poids de 0,3. Le facteur de pondération du ménage a été calculé comme correspondant à la somme de ces poids. Par exemple, le facteur de pondération d'un ménage comptant quatre membres aurait été de

2,0 (1 + 0,4 + 0,3 + 0,3). Le revenu du ménage a été divisé par le facteur de pondération du ménage, pour calculer le revenu corrigé en fonction de la taille du ménage. Les revenus corrigés ont été regroupés en quartiles (quatre groupes comprenant chacun le quart de la population étudiée).

### Définitions

*Ayant eu recours à de l'aide médicale.* Les couples ont été catégorisés comme ayant eu recours à de l'aide médicale pour concevoir un enfant s'ils avaient répondu « oui » à la question « Au cours de la période où vous et votre conjoint(e) avez vécu ensemble, est-ce que vous avez eu des problèmes à concevoir un enfant et consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé à ce sujet? ».

*Âge au moment de la dernière aide médicale reçue.* On a demandé aux participants à l'enquête en quelle année ils avaient reçu l'aide médicale la plus récente pour concevoir un enfant. Ces données et l'âge au moment de l'entrevue ont servi à calculer les âges des partenaires la dernière fois qu'ils avaient reçu une aide médicale.

*Méthodes utilisées pour concevoir un enfant.* Les participants qui ont eu recours à de l'aide ont dû répondre à la question suivante « Lorsque vous avez tenté de concevoir un enfant, avez-vous eu recours à l'un des moyens suivants...? » et on leur a lu une liste de méthodes : techniques de surveillance du cycle menstruel et d'ovulation; médicaments prescrits par un médecin visant à améliorer la fertilité; techniques de procréation assistée (TPA); autre traitement médical.

*Les catégories de méthodes s'excluant mutuellement qui ont été utilisées* ont été dérivées de façon hiérarchique. Les catégories étaient les suivantes : TPA (y compris d'autres méthodes déclarées); médicaments visant à améliorer la fertilité (sauf les TPA); un autre traitement médical (sauf les TPA et les médicaments visant à améliorer la fertilité); surveillance du cycle menstruel et d'ovulation seulement.

## Techniques d'analyse

Étant donné que les variables d'intérêt étaient les attributs du couple (recours à de l'aide médicale, méthodes utilisées pour concevoir un enfant, etc.), les analyses ont été pondérées au moyen du poids de sondage au niveau du couple plutôt que du poids au niveau de la personne. Le poids au niveau du couple a fait en sorte que les estimations sont représentatives du nombre de couples au Canada en 2009-2010, plutôt que du nombre de personnes<sup>11</sup>. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels SAS<sup>13</sup> et SUDAAN<sup>14</sup>. Des pourcentages, des moyennes et des intervalles de confiance ont été calculés. Deux modèles de régression logistique distincts ont été exécutés pour estimer l'association entre

les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée et le recours à de l'aide médicale pour des problèmes de conception. Le modèle 1 comprenait le groupe d'âge de la femme et la parité comme variables distinctes, tandis que le modèle 2 comprenait la mesure composite du groupe d'âge de la femme et la parité. Des rapports de risques ont été estimés pour comparer le recours à de l'aide entre les groupes de la population étudiée, une fois les différences dans les distributions de covariables prises en compte<sup>15</sup>. On a procédé à une estimation de la variance (intervalles de confiance à 95 %) et à des tests de signification (test t ou statistique F de Wald) des différences entre les estimations, à partir des poids de rééchantillonnage, pour

tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête. La signification statistique a été établie au seuil de  $p < 0,05$ , mais corrigée selon la méthode de Bonferroni, en fonction du nombre de comparaisons<sup>16</sup>.

## Résultats

Selon les données de la composante de l'infertilité de l'ESCC de 2009-2010, 77 % des couples de sexe opposé au Canada, dans lesquels la femme était âgée de 18 à 44 ans, ont tenté de concevoir un enfant à un moment donné de leur relation. Parmi ces couples, un peu plus de la moitié (55 %) des femmes avaient de 35 à 44 ans, et 68 % des hommes avaient plus de 35 ans (tableau 1). Environ 81 % de ces couples étaient mariés; 89 % avaient au moins un enfant; et 73 % des femmes avaient un grade ou un diplôme d'études postsecondaires.

### Recours à de l'aide médicale

Environ 15 % de ces couples (à peu près 380 000 couples) ont déclaré avoir eu recours à de l'aide médicale à la conception. Les couples dans lesquels la femme avait de 35 à 44 ans étaient plus susceptibles d'avoir eu recours à une telle aide que les couples dans lesquels la femme avait de 25 à 29 ans (figure 1). Les couples sans enfant étaient plus susceptibles d'avoir eu recours à de l'aide que les couples ayant au moins un enfant. Parmi les couples sans enfant, ceux dans lesquels la femme avait de 35 à 44 ans étaient deux fois plus susceptibles d'avoir eu recours à de l'aide (63 %) que ceux dans lesquels la femme avait moins de 35 ans (30 %). Le plus haut niveau de scolarité de la femme était associé à une prévalence accrue de recourir à de l'aide médicale, comparativement au niveau de scolarité le plus faible. Les couples du quartile de revenu du ménage le plus élevé affichaient la prévalence la plus forte de recourir à de l'aide parmi tous les groupes de revenu.

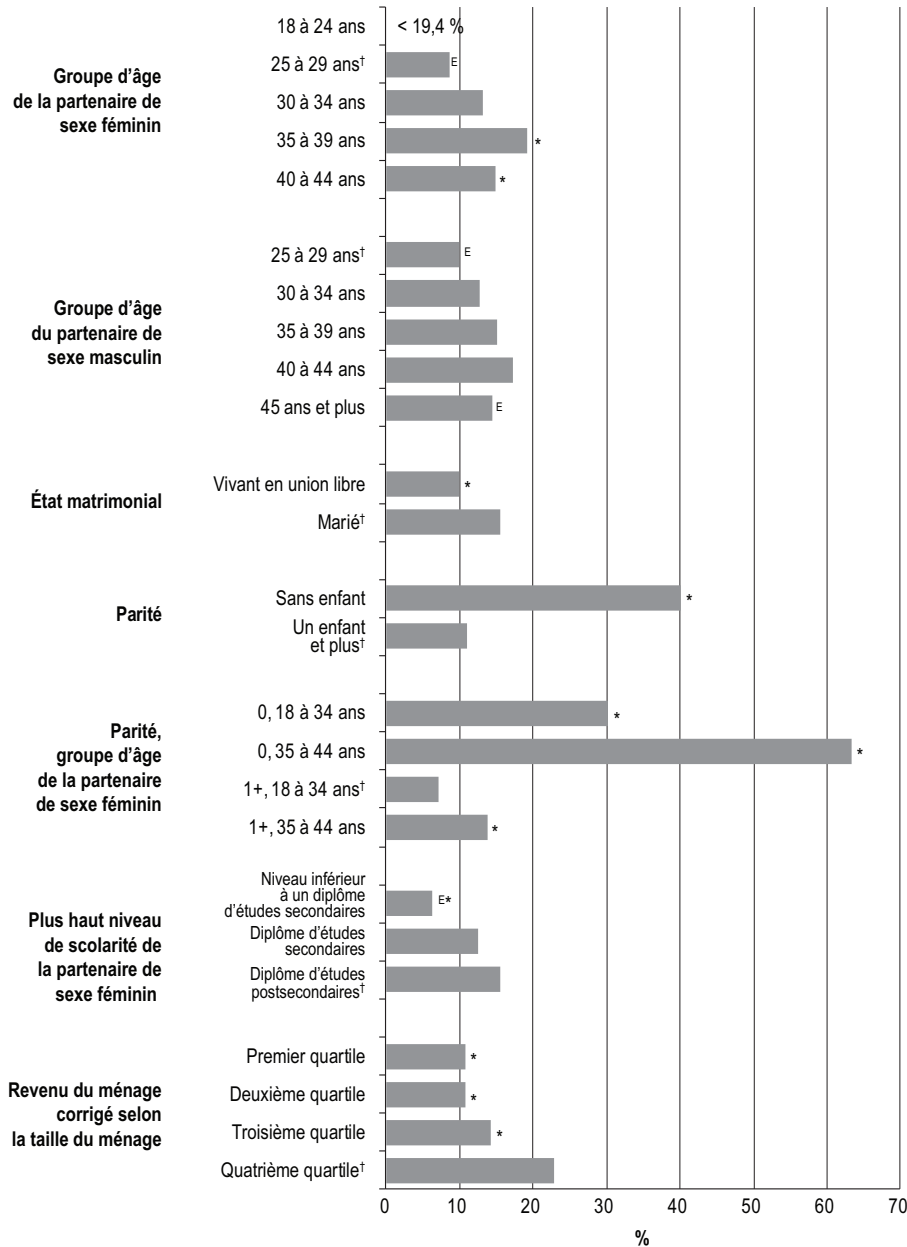
Même une fois pris en compte l'effet d'autres caractéristiques sociodémographiques (sauf le groupe d'âge de l'homme) dans les deux modèles

**Tableau 1**  
**Répartition en pourcentage des caractéristiques sociodémographiques des couples de sexe opposé qui ont déjà tenté de concevoir un enfant, Canada, territoires non compris, 2009-2010**

Caractéristiques	%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à
<b>Groupe d'âge de la partenaire de sexe féminin</b>			
18 à 24 ans	5,2	4,5	6,0
25 à 29 ans	14,9	13,9	16,1
30 à 34 ans	25,0	24,0	26,1
35 à 39 ans	27,1	26,0	28,2
40 à 44 ans	27,7	25,9	29,7
<b>Groupe d'âge du partenaire de sexe masculin</b>			
18 à 24 ans	1,9	1,5	2,6
25 à 29 ans	10,0	8,8	11,2
30 à 34 ans	20,3	18,8	21,9
35 à 39 ans	24,7	23,2	26,3
40 à 44 ans	25,1	23,1	27,3
45 ans et plus	17,9	16,0	20,0
<b>État matrimonial</b>			
Vivant en union libre	19,2	17,6	21,0
Marié	80,8	79,0	82,4
<b>Parité</b>			
Sans enfant	11,5	10,1	13,0
Un enfant et plus	88,5	87,0	89,9
<b>Parité, groupe d'âge de la partenaire de sexe féminin</b>			
0, 18 à 34 ans	8,1	6,9	9,4
0, 35 à 44 ans	3,4	2,8	4,2
1+, 18 à 34 ans	37,1	35,4	38,9
1+, 35 à 44 ans	51,4	49,7	53,1
<b>Plus haut niveau de scolarité de la partenaire de sexe féminin</b>			
Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires	5,7	4,6	6,9
Diplôme d'études secondaires	21,3	19,4	23,3
Diplôme d'études postsecondaires	73,1	70,9	75,1

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010, composante de l'infertilité.

**Figure 1**  
**Prévalence du recours à de l'aide médicale en raison de problèmes de conception**  
 **parmi les couples de sexe opposé qui ont déjà tenté de concevoir un enfant, selon**  
**certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 2009-2010**



<sup>†</sup> catégorie de référence

\* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ , corrigée en fonction du nombre de comparaisons)

E à utiliser avec prudence

**Nota :** Le groupe des 18 à 24 ans a été exclu du groupe d'âge des partenaires de sexe masculin en raison des petites tailles d'échantillons. La tendance linéaire de la scolarité et la tendance linéaire du revenu du ménage étaient statistiquement significatives ( $p < 0,001$ ). Si le coefficient de variation d'une estimation dépasse 33,3 %, cette estimation est considérée comme étant inférieure à la limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95 %.

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010, composante de l'infertilité.

de régression logistique multivariée, les associations entre l'âge, la parité et l'état matrimonial de la femme et le fait d'avoir eu recours à de l'aide médicale pour concevoir un enfant persistaient (tableau 2). Dans le modèle 1, qui comprend le groupe d'âge et la parité de la femme comme variables distinctes, les couples dans lesquels la femme avait de 30 à 34 ans étaient de deux à trois fois plus susceptibles d'avoir recouru à de l'aide que ceux dans lesquels la femme avait de 25 à 29 ans. Les couples sans enfant étaient de quatre à cinq fois plus susceptibles d'avoir recouru à de l'aide que ceux ayant au moins un enfant. Les couples mariés étaient plus susceptibles d'avoir recouru à de l'aide que les couples vivant en union libre. Le niveau de scolarité de la femme et le revenu du ménage du couple n'étaient pas associés au recours à l'aide médicale.

Dans le modèle 2, qui comprend la mesure composite de la parité et du groupe d'âge de la femme, l'état matrimonial comportait une association significative avec le recours à une aide médicale pour tenter de concevoir un enfant. Comparativement aux couples ayant au moins un enfant et dans lesquels la femme avait moins de 35 ans, les couples sans enfant, peu importe l'âge de la femme, étaient significativement plus susceptibles d'avoir recouru à de l'aide, tout comme les couples ayant au moins un enfant, mais dans lesquels la femme avait de 35 à 44 ans. Comme dans le modèle 1, le niveau de scolarité de la femme et le revenu du ménage du couple n'étaient pas associés au recours à l'aide médicale.

### Méthodes utilisées

Parmi les couples qui avaient déjà eu recours à de l'aide pour concevoir un enfant, 68 % ont déclaré avoir essayé la surveillance du cycle menstruel et d'ovulation; 42 % ont déclaré avoir utilisé des médicaments visant à améliorer la fertilité; 19 % ont déclaré avoir utilisé des techniques de procréation assistée (TPA); et 29 % ont déclaré un « autre » traitement médical. (Étant donné que les couples pouvaient déclarer plus d'une

**Tableau 2**  
**Rapports de risques corrigés de recourir à de l'aide médicale en raison de problèmes de conception parmi les couples de sexe opposé qui ont déjà tenté de concevoir un enfant, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 2009-2010**

Caractéristiques	Modèle 1			Modèle 2		
	Rapport de risque	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de risque	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
<b>Groupe d'âge de la partenaire de sexe féminin</b>						
18 à 24 ans	1,06	0,47	2,38	...	...	...
25 à 29 ans†	1,00	1,00	1,00	...	...	...
30 à 34 ans	1,94*	1,12	3,37	...	...	...
35 à 39 ans	3,37*	1,96	5,80	...	...	...
40 à 44 ans	2,73*	1,46	5,13	...	...	...
<b>État matrimonial</b>						
Vivant en union libre	0,66*	0,47	0,92	0,62*	0,44	0,87
Marié†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Parité</b>						
Sans enfant	4,71*	3,66	6,05	...	...	...
Un enfant et plus†	1,00	1,00	1,00	...	...	...
<b>Parité, groupe d'âge de la partenaire de sexe féminin</b>						
0, 18 à 34 ans	...	...	...	3,81*	2,67	5,41
0, 35 à 44 ans	...	...	...	8,21*	5,84	11,52
1+, 18 à 34 ans†	...	...	...	1,00	1,00	1,00
1+, 35 à 44 ans	...	...	...	1,67*	1,25	2,24
<b>Plus haut niveau de scolarité de la partenaire de sexe féminin</b>						
Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires	0,63	0,34	1,15	0,59	0,31	1,10
Diplôme d'études secondaires	1,08	0,72	1,63	1,05	0,70	1,58
Diplôme d'études postsecondaires†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Revenu du ménage corrigé selon la taille du ménage‡</b>						
Premier quartile	0,72	0,42	1,21	0,68	0,41	1,15
Deuxième quartile	0,65	0,40	1,03	0,63	0,40	1,01
Troisième quartile	0,72	0,48	1,10	0,70	0,46	1,07
Quatrième quartile†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

† catégorie de référence

‡ corrigé au moyen de la formule 40/30; les personnes qui n'ont pas fourni de réponse (343) ont été regroupées dans une catégorie « manquante », qui n'était pas significative et qui n'est pas montrée.

\* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

... n'ayant pas lieu de figurer

**Nota :** Un rapport de risque supérieur à 1,0 indique un plus grand risque de recourir à de l'aide médicale en raison de problèmes de conception.

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010, composante de l'infertilité.

méthode, la somme des pourcentages est supérieure à 100 %.)

La plupart (61 %) des couples qui ont eu recours à de l'aide médicale ont déclaré n'avoir utilisé qu'une méthode. La surveillance du cycle menstruel et d'ovulation était déclarée le plus fréquemment (50 %), suivie par les « autres » traitements médicaux (24 %), et les médicaments visant à améliorer la fertilité (20 %). En raison de la variabilité d'échantillonnage extrême, on ne peut pas fournir l'estimation ponctuelle

pour les TPA; toutefois, l'intervalle de confiance à 95 % supérieur montre que le pourcentage est probablement passé en dessous de 14 %.

Plus d'une méthode était utilisée par 39 % des couples. Ceux ayant déclaré des TPA ou des médicaments visant à améliorer la fertilité étaient plus susceptibles de déclarer au moins une autre méthode (83 % et 71 % respectivement) que ceux ayant déclaré un « autre » traitement médical (48 %) ou la surveillance du cycle d'ovulation (55 %).

## Ce que l'on sait déjà sur le sujet

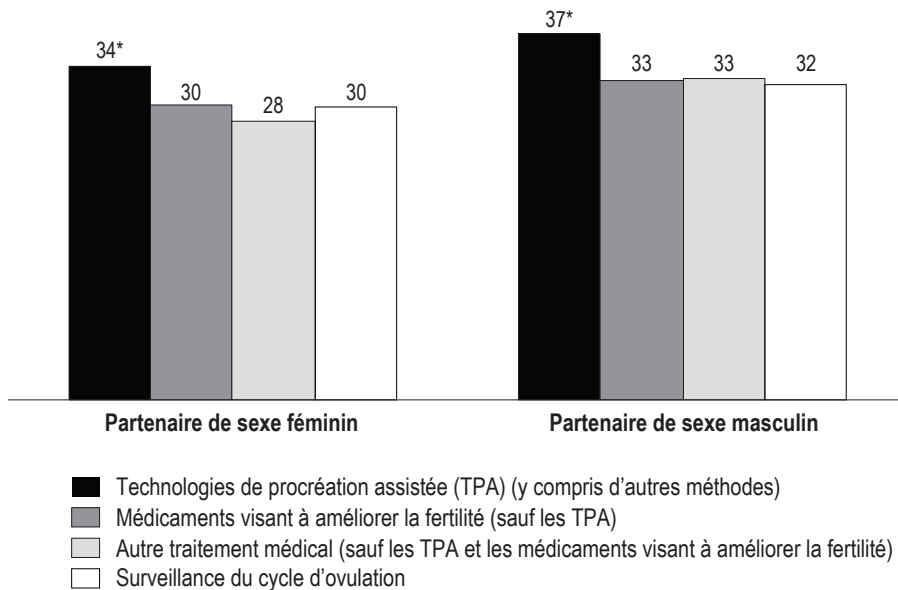
- La demande pour des thérapies médicales visant à aider la conception augmente dans un certain nombre de pays, y compris au Canada.
- Les données sur l'utilisation de méthodes pour améliorer les chances de conception, comme les techniques de procréation assistée (TPA) et les médicaments visant à améliorer la fertilité, sont limitées.
- Au Canada, un nombre croissant de couples reportent le moment d'avoir des enfants.

## Ce qu'apporte l'étude

- L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009-2010 est la première enquête nationale représentative de la population qui comporte des questions sur l'utilisation des TPA.
- En 2009-2010, un peu plus de trois couples sur quatre dans lesquels la femme était âgée de 18 à 44 ans ont déclaré avoir tenté de concevoir un enfant à un moment donné au cours de leur relation; parmi eux, 15 % ont déclaré avoir eu recours à de l'aide médicale à la conception.
- La plupart (61 %) des couples ayant eu recours à de l'aide médicale ont déclaré n'utiliser qu'une seule méthode.
- Ceux qui ont déclaré avoir recours aux TPA ou à des médicaments visant à améliorer la fertilité étaient plus susceptibles de déclarer au moins une autre méthode que ceux ayant déclaré un « autre » traitement médical ou la surveillance du cycle d'ovulation.

L'âge auquel les couples avaient reçu pour la dernière fois une aide à la conception variait selon les méthodes utilisées. Parmi les couples ayant déclaré des TPA, les femmes avaient en moyenne

**Figure 2**  
**Âge moyen des partenaires de sexe féminin et de sexe masculin au moment de la plus récente aide médicale reçue, selon la catégorie de méthodes s'excluant mutuellement utilisées pour tenter de concevoir un enfant, Canada, territoires non compris, 2009-2010**



\* valeur significativement différente de celles observées pour les autres catégories à l'intérieur du regroupement par sexe ( $p < 0,05$ )  
 Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010, composante de l'infertilité.

34 ans et les hommes, 37 ans (figure 2). Les couples qui n'ont pas utilisé de TPA, mais qui ont déclaré l'une des autres catégories de méthodes s'excluant mutuellement, étaient plus jeunes au moment où ils avaient reçu de l'aide pour la dernière fois : 29 ans en moyenne pour les femmes et 32 ans en moyenne pour les hommes.

## Discussion

En 2009-2010, un peu plus de trois couples sur quatre au Canada, dans lesquels la femme était âgée de 18 à 44 ans, ont déclaré avoir tenté de concevoir un enfant à un moment donné de leur relation. Parmi eux, 15 % (environ 380 000 couples) ont déclaré avoir eu recours à de l'aide médicale pour la conception, un pourcentage très similaire à celui déclaré en Australie et au Royaume-Uni (14 % à 16 %) <sup>17-19</sup>.

Les caractéristiques des couples qui ont recouru à de l'aide médicale

différentes de celles des couples qui ne l'ont pas fait, et plus particulièrement le groupe d'âge de la femme, la parité et l'état matrimonial.

Les couples dans lesquels la femme avait de 30 à 44 ans étaient plus susceptibles de recourir à de l'aide que les couples dans lesquels la femme était plus jeune. Cela est certainement intuitif, un âge plus avancé, particulièrement au-delà de 35 ans, étant fortement associé à des taux plus faibles de conception spontanée et des taux plus élevés de fausse-couche <sup>20-23</sup>.

Même si la parité était associée au recours à de l'aide, peu importe le groupe d'âge de la femme, la force de l'association augmentait avec l'âge. Comparativement aux couples ayant au moins un enfant et dans lesquels la femme avait de 18 à 34 ans, la probabilité de recourir à de l'aide était presque quatre fois plus élevée parmi les couples sans enfant dans lesquels la femme avait de 18 à 34 ans, et huit fois plus élevée parmi

les couples sans enfant dans lesquels la femme avait de 35 à 44 ans.

Un nombre croissant de couples au Canada reportent le moment d'avoir des enfants. Depuis 1984, le pourcentage d'enfants premiers nés dont la mère a 35 ans ou plus a triplé, pour s'établir à 11 % <sup>24</sup>. Des données récentes laissent supposer que de nombreuses personnes ne sont peut-être pas conscientes des risques pour la fertilité et la grossesse associés à l'âge avancé de la femme <sup>25,26</sup>, ou croient que les TPA leur permettront d'avoir un enfant, peu importe leur âge <sup>27,28</sup>.

Les couples mariés étaient plus susceptibles que les couples en union libre de recourir à de l'aide pour concevoir un enfant. Étant donné que le mariage est souvent un déclencheur de la maternité <sup>29</sup>, les couples mariés peuvent être plus susceptibles de surveiller la conception et, par conséquent, de reconnaître les signes d'hypofertilité et de recourir à de l'aide <sup>30</sup>.

L'association entre le niveau de scolarité élevé de la femme et le recours à de l'aide par les couples ne persistait pas lorsque les autres caractéristiques étaient prises en compte. Même si des résultats similaires ont été obtenus dans le cadre d'une étude récente des femmes au Royaume-Uni <sup>31</sup>, une analyse de 2008 de la National Survey of Family Growth aux États-Unis a permis de déterminer que le fait de détenir un diplôme d'études collégiales était associé à une probabilité plus grande d'avoir recours à de l'aide médicale à la conception <sup>32</sup>. Ces résultats non uniformes laissent supposer que d'autres recherches sont nécessaires pour comprendre le rôle de la scolarité dans le recours à l'aide médicale à la conception.

Le recours à de l'aide médicale était plus répandu chez les couples du quartile de revenu le plus élevé, mais tout comme pour la scolarité, cette association ne persistait pas lorsque d'autres caractéristiques étaient prises en compte. Cela peut rendre compte du type d'aide et de l'accès aux soins de santé primaires au Canada. D'autres études ont déterminé une association entre le revenu et le recours à de l'aide médicale aux États-



Unis, où les soins primaires comportent des frais<sup>32,33</sup>. Par contre, les couples au Canada ne paient pas pour les services de soins primaires non spécialisés liés à la santé reproductive.

Environ 20% des couples canadiens qui ont recouru à de l'aide médicale pour des problèmes de conception ont eu recours à des TPA. Comme l'ESCC de 2009-2010 est la première enquête nationale auprès de la population qui comporte des questions au sujet des TPA, on ne sait pas s'il s'agit d'une augmentation par rapport aux périodes précédentes. Toutefois, la hausse constante au cours des dix dernières années du nombre de cycles de TPA déclarés dans la base de données du RCTPA laisse supposer que l'utilisation des TPA pourrait continuer d'augmenter, particulièrement si les provinces commencent à rembourser le coût des traitements, comme c'est le cas au Québec<sup>34</sup>.

Les personnes ayant recours aux TPA et aux médicaments visant à améliorer la fertilité ont souvent déclaré aussi une autre méthode. Même si l'ordre dans lequel les couples ont essayé chaque méthode était inconnu, cela pourrait venir du fait qu'ils ont utilisé les TPA et les médicaments visant à améliorer la fertilité une fois que des méthodes comme la surveillance du cycle menstruel et d'ovulation avaient échoué. Les couples qui ont eu recours aux TPA étaient en moyenne plus âgés la dernière fois qu'ils ont reçu une aide médicale que les couples ayant déclaré d'autres méthodes. Cela laisse supposer que les TPA représentent l'approche ultime en matière de traitement, la détermination et la correction de tous les facteurs de fécondité ayant d'abord eu lieu et ayant été suivies par des interventions de plus en plus invasives<sup>35</sup>.

### Limites

La présente étude comporte un certain nombre de limites. Comme on a demandé aux couples s'ils avaient déjà eu des problèmes à concevoir un enfant qui les avaient amenés à consulter un fournisseur de soins médicaux, il n'a pas été possible d'examiner les associations entre les problèmes de conception et les mesures courantes de la santé et du mode de vie. De nombreux facteurs contribuent à l'hypofertilité, y compris une ovulation irrégulière<sup>36</sup>, l'obésité<sup>37</sup>, le tabagisme<sup>38</sup>, des antécédents de problèmes gynécologiques<sup>35</sup> chez les femmes, et des anomalies du sperme<sup>36</sup> chez les hommes. Des problèmes de fonction thyroïdienne<sup>39,40</sup>, l'exposition à des polluants environnementaux, comme les phtalates, le bisphénol A et les métaux lourds<sup>41</sup>, et des antécédents d'infections transmises sexuellement<sup>42-44</sup> sont des facteurs de risque d'infertilité pour les deux sexes. Ils n'ont pas pu être examinés dans la présente étude.

La taille des échantillons étant petite, les principaux effets de l'âge de la femme, de la parité et de l'interaction entre eux n'ont pu être estimés dans le même modèle. Néanmoins, les deux modèles indiquent une interaction significative entre l'âge de la femme et la parité.

Parmi les diverses méthodes utilisées pour concevoir un enfant, les TPA et les « autres » traitements médicaux n'ont pas été définis de façon explicite, ce qui fait que le type exact de TPA et/ou de traitement médical était inconnu. De même, étant donné que l'on n'a pas demandé aux couples la fréquence et le moment d'utilisation de chaque méthode, on n'a pas pu établir d'historique complet.

La taille des échantillons était trop petite pour examiner comment l'utilisation des diverses méthodes différerait selon les caractéristiques des couples. Enfin, il n'a pas été possible de déterminer si les méthodes utilisées ont donné lieu à une grossesse ou à une naissance, ces questions n'ayant pas été posées dans l'enquête.

### Conclusion

Environ un couple sur sept ayant tenté de concevoir un enfant a eu recours à de l'aide médicale à la conception. Ces couples partagent certaines caractéristiques, dont le fait d'être marié, de ne pas avoir d'enfant et de compter une partenaire de 35 ans et plus. Parmi les couples ayant eu recours à de l'aide, environ deux sur cinq ont déclaré avoir utilisé des médicaments visant à améliorer la fertilité, et un sur cinq, des TPA. Compte tenu de la tendance vers le report de la grossesse et de la présence de facteurs de risque d'infertilité, le recours à de l'aide médicale à la conception pourrait augmenter à l'avenir. ■

### Remerciements

Les auteurs remercient Lindsay Patrick pour son aide et ses commentaires au moment de la préparation du manuscrit. Ils remercient également Leslie Geran et toutes les personnes de Statistique Canada et de Procréation assistée Canada qui ont participé à l'élaboration et à la réalisation de la composante de l'infertilité de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009-2010.

## Références

1. B. Edmonston, S.M. Lee et Z. Wu, *Childless Canadian Couples*, disponible à l'adresse <http://www.horizons.gc.ca/doclib/PA-pwfc2008-Edmonston-eng.pdf> (consulté le 10 mai 2011).
2. J. Boivin, L. Bunting, J.A. Collins et K.G. Nygren, « International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care », *Human Reproduction*, 22, 2007, p. 1506-1512.
3. J. Boivin, L. Bunting, J.A. Collins et K.G. Nygren, « Reply: International estimates on infertility prevalence and treatment seeking: potential need and demand for medical care », *Human Reproduction*, 24, 2009, p. 2380-2383.
4. T. Bushnik, J.L. Cook, A.A. Yuzpe *et al.*, « Estimating the prevalence of infertility in Canada », *Human Reproduction*, 27, 2012, p. 738-746.
5. E.H. Stephen et A. Chandra, « Use of infertility services in the United States: 1995 », *Family Planning Perspectives*, 32, 2000, p. 132-137.
6. J. Gunby, F. Bissonnette, C. Librach et L. Cowan, on behalf of the IVF Directors Group of the Canadian Fertility and Andrology Society, « Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2006 results from the Canadian ART Register », *Fertility and Sterility*, 93, 2010, p. 2189-2201.
7. Y.A. Wang, G.M. Chambers et E.A. Sullivan, *Assisted reproductive technology in Australia and New Zealand 2008 (Assisted Reproduction Technology Series No. 14)*, Canberra, Australia, AIHW National Perinatal Statistics Unit, 2010.
8. A. Vahratian, « Utilization of fertility-related services in the United States », *Fertility and Sterility*, 90, 2008, p. 1317-1319.
9. J. de Mouzon, S. Goossens, S. Bhattacharya *et al.*, « Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) », *Human Reproduction*, 25(8), 2010, p. 1851-1862.
10. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle. Guide de l'utilisateur, Fichiers de microdonnées de 2010 et 2009-2010. Juin 2011*, disponible à l'adresse [http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226\\_D7\\_T9\\_V8-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D7_T9_V8-fra.pdf) (consulté le 15 septembre 2011).
11. Statistics Canada, Canadian Community Health Survey: Rapid response on infertility complement to the user guide - December 2010, 2010 [en faire la demande par courriel, à l'adresse: [hd-ds@statcan.gc.ca](mailto:hd-ds@statcan.gc.ca)].
12. J. Carson, « Family spending power », *Perspectives on Labour and Income*, 10, 2002, p. 5-13.
13. SAS Institute, *SAS (Version 9.1)*, Cary, North Carolina, SAS Institute Inc., 2003.
14. RTI International, *SUDAAN (Version 10.0)*, Research Triangle Park, North Carolina, RTI International, 2008.
15. G.S. Bieler, G.G. Brown, R.L. Williams et D.J. Brogan, « Estimating model-adjusted risks, risk differences, and risk ratios from complex survey data », *Practice of Epidemiology*, 171, 2010, p. 618-623.
16. H. Abdi, « The Bonferonni and Šidák Corrections for multiple comparisons », dans N. Salkind, éd. *Encyclopedia of Measurement and Statistics*, Thousand Oaks, California, Sage, 2007.
17. M.-L.B. Dick, C.J. Bain, D.M. Purdie *et al.*, « Self-reported difficulty in conceiving as a measure of infertility », *Human Reproduction*, 18, 2003, p. 2711-2717.
18. J.L. Marino, V.M. Moore, A.R. Rumbold et M.J. Davies, « Fertility treatments and the young women who use them: an Australian cohort study », *Human Reproduction*, 26(2), 2011, p. 473-479.
19. L. Oakley, P. Doyle et N. Maconochie, « Lifetime prevalence of infertility and infertility treatment in the UK: results from a population-based survey of reproduction », *Human Reproduction*, 23, 2008, p. 447-450.
20. J. Balasch, « Ageing and infertility: an overview », *Gynecological Endocrinology*, 26, 2010, p. 855-860.
21. J. Balasch et E. Gratacós, « Delayed childbearing: Effects on fertility and the outcome of pregnancy », *Fetal Diagnosis and Therapy*, 2011 [Epub ahead of print].
22. A. Swanton et T. Child, « Reproduction and ovarian ageing », *The Journal of the British Menopause Society*, 11, 2005, p. 126-131.
23. B.M. van Noord-Zaadstra, C.W. Looman, H. Alsbach *et al.*, « Delaying childbearing: effect of age on fecundity and outcome of pregnancy », *British Medical Journal*, 302, 1991, p. 1361-1365.
24. Statistique Canada, *Naissances 2007 (produit n° 84F0210X au catalogue)*, Ottawa, Statistique Canada, 2009.
25. S. Tough, K. Benzie, C. Newburn-Cook *et al.*, « What do women know about the risks of delayed childbearing? », *Canadian Journal of Public Health*, 97, 2006, p. 330-334.
26. K.L. Bretherick, N. Fairbrother, L. Avila *et al.*, « Fertility and aging: do reproductive-aged Canadian women know what they need to know? », *Fertility and Sterility*, 93, 2010, p. 2162-2168.
27. J. Daniluk, « Motherhood deferred: The role of AHR in women's decision to delay childbearing », *Presentation at the Canadian Fertility and Andrology Society Meeting, September, 2010*, Vancouver, British Columbia, Canadian Fertility and Andrology Society, 2010.
28. A. Cooke, T.A. Mills et T. Lavender, « Informed and uninformed decision making: women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: a metasynthesis », *International Journal of Nursing Studies*, 47, 2010, p. 1317-1329.
29. L. White, J. McQuillan, A.L. Greil et D.R. Johnson, « Infertility: Testing a help-seeking model », *Social Science and Medicine*, 62, 2006, p. 1031-1041.
30. L. White, J. McQuillan et A.L. Greil, « Explaining disparities in treatment seeking: the case of infertility », *Fertility and Sterility*, 85, 2006, p. 853-857.
31. M. Morris, L. Oakley, N. Maconochie et P. Doyle, « An investigation of social inequalities in help-seeking and use of health services for fertility problems in a population-based sample of UK women », *Human Fertility* [Early online], 2010, p. 1-7.
32. A. Chandra et E.H. Stephen, « Infertility service use among U.S. women: 1995 and 2002 », *Fertility and Sterility*, 93, 2010, p. 725-736.
33. J.F.O. Staniec et N.J. Webb, « Utilization of infertility services: How much does money matter? », *Health Services Research*, 42, 2007, p. 971-989.
34. Gouvernement du Québec, O.C. 645-2010, *Gazette officielle du Québec*, 142, 2010, p. 2257-2259.
35. M.B. Goldman, S.A. Missmer et R.L. Barbieri, « Infertility », dans M.B. Goldman et S.A. Missmer, éd. *Women and Health*, San Diego, California, Academic Press, 2000, p. 196-214.
36. P.J. Taylor et J.A. Collins, *Unexplained Infertility, First edition*, New York, Oxford University Press USA, 1993.
37. S. Pandey, S. Pandey, A. Maheshwari et S. Bhattacharya, « The impact of female obesity on the outcome of fertility treatment », *Journal of Human Reproductive Sciences*, 3, 2010, p. 62-67.
38. C. Augood, K. Duckitt et A.A. Templeton, « Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis », *Human Reproduction*, 13, 1998, p. 1532-1539.
39. R.L. Kennedy, U.H. Malabu, G. Jarrod *et al.*, « Thyroid function and pregnancy: before, during and beyond », *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30, 2010, p. 774-783.

40. S. Rajender, M.G. Monica, L. Walter et A. Agarwal, « Thyroid, spermatogenesis, and male infertility », *Frontiers in Bioscience (Elite Ed)*, 1, 2011, p. 843-855.
41. D. Balabanic, M. Rupnik et A.K. Klemencic, « Negative impact of endocrine-disrupting compounds on human reproductive health », *Reproduction, Fertility and Development*, 23, 2011, p. 403-416.
42. L.E. Baecher-Lind, W.C. Miller et A.J. Wilcox, « Infectious disease and reproductive health: a review », *Obstetrical and Gynecological Survey*, 65, 2010, p. 53-65.
43. K.A. Cunningham et K.W. Beagley, « Male genital tract chlamydial infection: implications for pathology and infertility », *Biology of Reproduction*, 79, 2008, p. 180-189.
44. C.L. Haggerty, S.L. Gottlieb, B.D. Taylor *et al.*, « Risk of sequelae after Chlamydia trachomatis genital infection in women », *The Journal of Infectious Diseases*, 201(Suppl.), 2010, p. S134-S155.