

[Text]

[Translation]

• 1550

Low birth weight is frequently caused by simple prematurity, which with modern neo-natal intensive care treatment need not necessarily be too dangerous. However, when an infant is born at full term and still has too low a birth weight or if the infant is born prematurely and weighing much less than most other babies born at that gestational age, then serious growth retardation is indicated.

This condition is measured in terms of what we call small for gestational age, or SGA, after taking into consideration the sex of the child, whether there was a single or multiple birth as well as the gestational age and birth weight of the baby. Chart 5 shows what we found for growth retardation in terms of small for gestational age. The chart shows this measure of serious growth retardation and the proportion of infants who were small for gestational age by income quintile.

While 10% of all babies were in this category on the average, the rate was only 8% in quintile 1, compared with 12% in quintile 5. The ratio of rates in quintile 5 compared with quintile 1 was 1.5:1. We can calculate that there would have been 6,700 or 18% fewer small-for-gestational-age babies in the absence of the excess related to income differences in the rates.

The next chart, chart 6, concerns births to teenage mothers. While healthy teenagers with adequate resources, support, a healthy environment, early prenatal care and good nutrition usually produce healthy, normal-birth-weight babies, far too many teenage mothers are lacking in one or several of these desirable attributes. On average in Canada, 15% of births to teenage mothers, regardless of the neighbourhood income quintile, are small for gestational age or growth retarded, which is a much higher rate than that for even the lowest income quintile of women aged 20 to 34.

Chart 6 shows that the number of births to teenage mothers by income quintile in urban Canada. In all parts of Canada in 1986, there were 22,000 births to teenage mothers, which represents 6% of the total births to mothers of all ages. Had the teenage birth rate been as low in all the quintiles as it was in quintile 1, there would have been only half as many births to teenage mothers in 1986. However, in 1971 there were 40,000 births to teenage mothers, or twice as many, which represented 12% of all births.

If we look to the trends in infant mortality and low birth weight since 1960, chart 7 shows that while enormous progress has been made in lowering the infant mortality rate in recent years, much less progress has been made in reducing the rate of low birth weight. The infant

Bien souvent, le faible poids à la naissance est simplement dû au fait que le bébé est prématuré, et les risques ne sont pas nécessairement trop élevés compte tenu de la néonatalogie moderne. Cependant, s'il s'agit d'un bébé à terme qui a un poids insuffisant ou encore d'un bébé prématuré qui pèse beaucoup moins que les autres bébés nés à cet âge foetal, on constate alors un sérieux retard de croissance.

Pour mesurer ce retard de croissance, on tient compte du sexe du bébé, de son âge foetal et de son poids à la naissance ainsi que du fait qu'il s'agissait d'une naissance simple ou multiple. Le graphique 5 indique le retard de croissance pour les bébés jugés petits pour leur âge foetal. D'après ce graphique, on peut voir la proportion de bébés présentant un sérieux retard de croissance et de bébés petits pour leur âge foetal selon le quintile de revenu.

La moyenne pour tous les bébés était de 10 p. 100, mais le taux n'était que de 8 p. 100 pour le premier quintile, comparativement à 12 p. 100 pour le cinquième quintile. Le rapport entre le cinquième et le premier quintiles était donc de 1,5 pour 1. On peut donc calculer qu'il y aurait eu 6,700 bébés de moins qui étaient petits pour leur âge foetal, ou 18 p.100, n'eût-été de l'excès lié aux écarts de revenu.

Le graphique suivant, le graphique 6, examine le cas des bébés nés de mères adolescentes. Lorsqu'elles sont en bonne santé, qu'elles vivent dans un milieu sain, qu'elles ont des ressources et des appuis suffisants, qu'elles reçoivent des soins prénataux précoces et qu'elles ont une bonne alimentation, les mères adolescentes ont généralement des bébés en bonne santé, qui ont un poids normal à la naissance, mais trop souvent, un ou plusieurs de ces facteurs fait problème. Au Canada, 15 p. 100 en moyenne des bébés nés de mères adolescentes, indépendamment du quintile de revenu du quartier, sont petits pour leur âge foetal ou souffrent d'un retard de croissance. Ce taux est beaucoup plus élevé que celui du quintile de revenu même le moins élevé pour les femmes âgées de 20 à 34 ans.

Le graphique 6 indique le nombre de bébés nés de mères adolescentes, par quintile de revenu, dans les régions urbaines du Canada. Dans toutes les régions du Canada, 22,000 bébés sont nés de mères adolescentes en 1986, soit 6 p. 100 de tous les bébés nés au Canada. Si le taux de natalité constaté chez les adolescentes du premier quintile avait été le même pour tous les quintiles, le nombre de bébés nés de mères adolescentes en 1986 aurait été réduit de moitié. Cependant, en 1971, le taux de natalité chez les mères adolescentes était deux fois plus élevé, soit 40,000 bébés ou 12 p. 100 de tous les bébés nés au Canada.

Si nous examinons maintenant l'évolution de la mortalité infantile et du poids insuffisant à la naissance depuis 1960, le graphique 7 montre que, même si le taux de mortalité infantile a sensiblement diminué ces dernières années, la baisse du taux d'insuffisance