PARTIE II

LA POPULATION ET SON ÉTAT DE SANTÉ

74564—9

4

Évolution de la structure de la population et du revenu

La quantité et le genre de services de santé dont un pays a besoin, la manière dont ils sont constitués et le rôle que jouent respectivement les particuliers, les organismes privés et les gouvernements dans la prestation et l'organisation des services de santé sont fortement déterminés par ce qu'on pourrait appeler les facteurs démographiques de même que par la répartition du revenu.

Si la population du Canada s'est accrue rapidement, sa répartition géographique a varié d'une manière radicale. Pourtant, le nombre d'habitants demeure négligeable eu égard à l'immensité du territoire. Le pays comprend toujours une suite de régions différentes les unes des autres par leur topographie et leur géographie humaine, éléments dont il faut tenir compte dans la mise sur pied de services et d'installations de santé afin de lutter efficacement contre la maladie. De même, même si le revenu des Canadiens s'est accru en totalité et par habitant, il reste un nombre considérable de Canadiens dont le revenu est faible par rapport aux normes de notre époque.

Nous présentons donc dans le présent chapitre nos projections démographiques sur lesquelles se fondent plusieurs de nos autres projections et nous étudions l'évolution des niveaux de revenu qui influent beaucoup sur les moyens qu'ont les divers Canadiens d'acheter des services de santé.

ACCROISSEMENT DE LA POPULATION

La population du Canada va continuer à augmenter; cela ne fait aucun doute. Il y a trois siècles, notre pays comptait 3,215 habitants, exception faite des aborigènes. Selon les prévisions, les Canadiens seront au nombre de 35,106,700, en 1991. Ce chiffre est fondé sur les trois facteurs qui déterminent l'accroissement de la population: le taux de fécondité, le taux de mor-

talité et le solde immigratoire (immigration nette)[1]. Nous présentons les prévisions pour la période 1961 à 1991 au tableau 4-1.

Vu que les personnes mariées constituent maintenant une plus forte proportion de l'ensemble de la population, les naissances vivantes devaient forcément augmenter en nombre. Ainsi, en 1961, les personnes mariées représentaient 40 p. 100 de la population, contre 34.1 p. 100 en 1901, et la nuptialité est demeurée forte bien qu'elle ne soit pas aussi élevée qu'au lendemain de la guerre. Après la seconde Grande Guerre, le nombre de naissances vivantes s'est fort accru pour atteindre un sommet de 28.5 pour 1,000 habitants en 1954. Le taux a fléchi depuis et s'est établi à 26.1 en 1961, mais le Canada n'en a pas moins un des taux bruts de natalité les plus élevés au monde. Présentement, il est supérieur à celui de n'importe quelle des années 1930 à 1945.

Pour ce qui est de la mesure des tendances démographiques, le taux de fécondité, c'est-à-dire le nombre de naissances vivantes pour 1,000 femmes d'âge fécond, est un indicateur plus sensible, mais l'extrapolation de ces taux n'est pas entièrement sûre. Il s'agit d'un élément démographique qui peut fluctuer soudainement, surtout dans le cas des femmes de 20 à 29 ans qui constituent le gros des femmes d'âge fécond. Au dire des démographes, l'accroissement de la fécondité vers la fin des années 1940 tient aux limitations imposées par la crise et les années de guerre; toutefois, ils n'arrivent pas à expliquer comment la fécondité a continué à augmenter chez toutes les femmes, sauf celles de 45 à 49 ans, au début des années 1950[2]. Hier encore, le taux collectif de fécondité des femmes de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, ne cessait de monter. Depuis quelques années, cependant, le taux est inférieur au sommet atteint dans les dernières années 1950[3].

Depuis quatre décennies, la période de la fécondité se confine de plus en plus aux douze premières années de mariage; il s'ensuit que le taux de fécondité décroît chez les femmes de 35 ans et plus. Cette tendance est due en partie au fait que plus de gens se marient plus tôt dans la vie. Si un homme et une femme s'épousent alors qu'ils sont jeunes, ils ont plus de chances d'engendrer des enfants et ils auront probablement une famille plus nombreuse qu'un couple qui se marie plus tard. De 1941 à 1961, la moyenne d'âge des femmes canadiennes, à leur mariage, a baissé de plus d'une année; elle est passée de 24.4 à 22.9. Le fléchissement a été encore plus prononcé

---

[1] A l'instar de toute prévision démographique, nos chiffres ne sont pas infaillibles et devront être corrigés périodiquement à la lumière des nouvelles tendances. Toutefois, ils ont l'avantage d'être les plus récents; ils tiennent compte des erreurs commises par d'autres qui se sont attaqués à la tâche avant nous et dont les conclusions péchaient soit par optimisme soit par pessimisme. Nous nous sommes fortement inspirés des résultats publiés à la suite du recensement effectué au Canada en 1961. Pour un exposé technique des méthodes utilisées pour établir nos calculs démographiques, voir A. Stukel, *Projections de la population, de 1966 à 1991*, appendice E dans l'étude de T. M. Brown, *La croissance économique du Canada*, réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

[2] Bureau fédéral de la statistique, *La Statistique de l'état civil, 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 99.

[3] *Ibid.*, p. 99.

TABLEAU 4-1 TAUX ESTIMATIF DE FÉCONDITÉ DE CHAQUE ÂGE POUR 1,000 FEMMES, CANADA, 1961-1991

Année	Groupe d'âge							Fécondité totale	Taux brut de reproduction
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49		
1961	59.900	229.000	227.000	145.200	85.900	28.000	2.400	3,887	1.889
1966	60.435	228.750	226.200	141.900	84.200	27.100	2.330	3,855	1.874
1971	60.970	228.500	225.000	139.200	82.600	26.200	2.260	3,824	1.858
1976	61.505	227.200	223.000	137.200	81.000	25.400	2.190	3,787	1.841
1981	62.040	225.800	220.500	135.500	79.200	24.600	2.120	3,749	1.822
1986	62.573	221.700	216.300	134.200	77.800	23.800	2.050	3,692	1.795
1991	63.000	219.000	212.000	134.000	76.000	23.000	2.000	3,645	1.772

SOURCE: A. Stukel, *Projections de la population, de 1966 à 1991*, appendice E dans l'étude de T. M. Brown, *La croissance économique du Canada*, réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

chez les hommes puisque la moyenne d'âge est tombée de 27.6 à 25.8[1]. De nos jours, on a de plus en plus tendance à se marier plus jeune que la génération précédente. De 1941 à 1961, le pourcentage des nouveaux mariés de moins de vingt ans est passé de 20.4 à 34.7, dans le cas des femmes et de 2.7 à 7.4 dans celui des hommes[2]. Ces tendances ont aussi eu pour effet d'accroître la taille de la famille moyenne. Au cours de la décennie allant de 1951 à 1961, la proportion des foyers sans enfants ou n'ayant qu'un enfant a baissé de plus de 6 p. 100, mais celle des familles comptant de deux à huit enfants s'est accrue dans la même mesure et le nombre moyen de personnes par famille est passé de 3.7 à 3.9[3].

Dans une large mesure, si la population augmente, c'est parce que la mortalité diminue. Les extrapolations de la mortalité, au tableau 4-2, sont fondées sur trois facteurs principaux: le taux de mortalité, les principales causes de décès dans chaque groupe d'âge et le taux de variation, dans le passé, de la mortalité au Canada et dans des pays comme la Suède et la Nouvelle-Zélande où le taux de mortalité est moins élevé que chez nous. Au pays, le nombre de décès pour 1,000 habitants est passé de 10.6 en 1921 à 7.7 en 1961.

C'est surtout le taux de mortalité infantile qui a accusé un recul; cela est tout particulièrement vrai chez les enfants de moins d'un an maintenant qu'un plus grand nombre d'entre eux survivent aux dangers des premiers mois d'existence[4]. Nous comptons que cette tendance se maintiendra et que, d'ici 1991, la situation sera encore plus encourageante. Il est remarquable que, chez les Canadiens de 1 à 30 ans, le taux de mortalité ait tendance à converger vers le même niveau, surtout en ce qui a trait aux cinq premières années de la vie. A mesure que nous réussissons à réduire la mortalité attribuable à la maladie dans cette tranche de la population, cette convergence s'accompagne d'une inflexion graduelle de la baisse de la mortalité. Ces dernières années, les divergences d'accidents ont été la principale cause de décès; on ne peut s'attendre à ce que la situation change étant donné que notre mode de vie devient de plus en plus complexe à mesure que la société s'industrialise. C'est chez les personnes de 30 à 65 ans que le taux de mortalité diminue le moins au cours d'un certain nombre d'années. Comparativement à la réduction plutôt phénoménale du taux de mortalité chez les nourrissons et à l'augmentation de longévité des personnes âgées, les variations dans ce groupe d'âge seront plus modestes. En 1960, le taux de mortalité était inférieur à 25 pour 1,000 habitants pour les deux sexes. On s'attend à ce que le taux de mortalité diminue moins sensiblement chez les personnes de plus de 65 ans et qu'elle se maintienne, en général, aux niveaux élevés actuels.

L'accroissement de la population du Canada dépendra non seulement des taux futurs de fécondité et de mortalité mais aussi du taux

---

[1] *Ibid.*, p. 220.
[2] *Ibid.*, p. 221.
[3] Bureau fédéral de la statistique, *Recensement du Canada, 1961*, vol. II, partie 1, Ottawa, Imprimeur de la Reine, p. 43-1.
[4] Bureau fédéral de la statistique, *La statistique de l'état civil, 1961*, p. 128.

TABLEAU 4-2 TAUX ESTIMATIF DE MORTALITÉ DE CHAQUE ÂGE ET DE CHAQUE SEXE POUR 1,000 HABITANTS, CANADA, 1961-1991

Age	1961–1966		1966–1971		1971–1976		1976–1981		1981–1986		1986–1991	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0	30.4000	23.0000	26.2000	19.3000	23.0000	16.7000	20.4000	14.8000	18.7000	13.5000	17.4000	13.1000
1	1.8300	1.5200	1.4200	1.1800	1.1500	0.9800	0.9200	0.8200	0.7800	0.7000	0.7200	0.6500
2	1.0800	0.9700	0.9630	0.8720	0.8660	0.7730	0.7690	0.6750	0.6720	0.5760	0.5760	0.4770
3	0.9800	0.8000	0.8780	0.7140	0.8000	0.6280	0.7220	0.5420	0.6440	0.4560	0.5640	0.3700
4	0.8700	0.5900	0.7880	0.5230	0.7280	0.4560	0.6680	0.3880	0.6080	0.3210	0.5480	0.2540
5–9	0.7800	0.3800	0.7060	0.3460	0.6320	0.3120	0.5580	0.2780	0.4840	0.2440	0.4100	0.2000
10–14	0.5700	0.2800	0.5200	0.2460	0.4700	0.2120	0.4200	0.1780	0.3700	0.1440	0.3200	0.1100
15–19	1.1800	0.4600	1.1080	0.4100	1.0360	0.3600	0.9640	0.3100	0.8920	0.2600	0.8200	0.2100
20–24	1.4400	0.5800	1.3680	0.5400	1.2760	0.5000	1.1940	0.4600	1.1120	0.4200	1.0300	0.3800
25–29	1.4600	0.6900	1.3740	0.6520	1.2880	0.6140	1.2020	0.5760	1.1160	0.5380	1.0300	0.5000
30–34	1.5400	0.8500	1.4560	0.7860	1.3700	0.7220	1.2880	0.6580	1.2040	0.5940	1.1200	0.5300
35–39	2.2000	1.4000	2.0840	1.3260	1.9680	1.2520	1.8520	1.1780	1.7360	1.1040	1.6200	1.0300
40–44	3.2000	2.0200	3.0660	1.9000	2.9320	1.7800	2.7980	1.6600	2.6640	1.5400	2.5300	1.4200
45–49	5.7800	3.3800	5.6540	3.2480	5.5280	3.1160	5.4020	2.9840	5.2700	2.8520	5.1500	2.7200
50–54	9.3100	5.2000	9.1960	5.0280	9.0820	4.8560	8.9680	4.6840	8.8500	4.5120	8.7400	4.3400
55–59	15.4300	7.9100	15.3480	7.6080	15.2660	7.3060	15.1840	7.0040	15.1020	6.7020	15.0200	6.4000
60–64	24.2000	13.0800	24.1800	12.7840	24.1600	12.4880	24.1400	12.1920	24.1200	11.8960	24.1000	11.6000
65–69	35.6000	21.0000	35.4800	20.2400	35.3600	19.4800	35.2400	18.7200	35.1200	17.9600	35.0000	17.2000
70–74	53.8000	34.8000	53.5200	33.8800	53.2400	32.9600	52.9600	32.0400	75.6800	31.1200	52.4000	30.2000
75–79	82.5000	58.6000	82.2000	56.9800	81.9000	55.3600	81.6000	53.7400	81.3000	52.1200	81.0000	50.5000
80–84	130.0000	105.6000	127.7200	104.9200	126.5800	104.2400	126.5800	103.5600	125.4400	102.8800	124.3000	102.2000
85+	228.7000	210.8000	226.9800	208.7600	225.2300	206.7200	223.5040	204.6800	221.7720	202.6400	220.0400	200.6000

SOURCE: A. Stukel, *Projections de la population, de 1966 à 1991*, appendice E dans l'étude de T. M. Brown, *La croissance économique du Canada*, réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

d'immigration nette, c'est-à-dire de l'aptitude du Canada à retenir ses habitants et à attirer des immigrants. Vu les fluctuations qui se sont produites dans le passé dans le nombre d'immigrants et d'émigrants, il est difficile de faire des prévisions quant à l'immigration nette, mais nous saurons sûrement attirer plus de nouveaux citoyens que nous n'en perdrons pour peu que l'activité économique se maintienne assez élevée. Ce qui compte, c'est le nombre net de personnes qui immigreront au pays chaque année. Nous avons fait établir des projections démographiques fondées sur une immigration nette annuelle de 0, 10,000, 25,000, 50,000 et 100,000 personnes. D'après ces estimations, qui figurent au tableau 4-3, on peut conclure que d'ici 1991 le chiffre de la population accusera un écart de plus de quatre millions et demi selon que l'immigration nette sera nulle ou que le nombre des nouveaux arrivants s'établira à 100,000.

TABLEAU 4-3 PROJECTIONS DE LA POPULATION TOTALE DU CANADA, 1966-1991
(en milliers)

Immigration nette au taux annuel de:	1966	1971	1976	1981	1986	1991
	(au 1er juin)					
0	20,021.5	21,983.8	24,253.6	26,858.5	29,714.9	32,785.9
10,000	20,076.6	22,105.0	24,449.6	27,136.1	30,081.0	33,250.1
25,000	20,159.0	22,286.7	24,743.5	27,552.6	30,630.4	33,946.3
50,000	20,296.5	22,589.5	25,233.5	28,246.7	31,545.9	35,106.7
100,000	20,571.3	23,195.3	26,213.2	29,635.0	33,377.0	37,427.5

SOURCE: A. Stukel, *Projections de la population, de 1966 à 1991*, appendice E dans l'étude de T. M. Brown, *La croissance économique du Canada*, réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Le chiffre estimatif de la population que nous avons utilisé dans le présent rapport, toutefois, se fonde sur une immigration nette de 50,000 personnes par année[1]. C'est un chiffre quelque peu inférieur à celui des années d'après-guerre, mais il tient compte de l'évolution économique et politique que connaissent plusieurs pays où le Canada allait chercher ses immigrants. Le tableau 4-4 montre l'accroissement futur de la population d'après une immigration nette de 50,000 personnes par année.

[1] Au cours de chaque année, depuis la fin de la guerre jusqu'en 1957, plus d'hommes que de femmes de tous les groupes d'âge jusqu'à 50 ans ont émigré au Canada. Depuis 1957, cependant, les femmes l'emportent dans tous les groupes de plus de 14 ans. Pour nos projections, la moyenne des années 1950 à 1961 a été retenue comme répartition des immigrants d'après leur âge. Comme la répartition des émigrants selon leur âge n'est pas connue, nous avons présumé que leur situation à cet égard serait la même que celle de l'ensemble des Canadiens dans le cas de chaque quinquennat. Nous avons aussi présumé que la répartition des immigrants selon l'âge et selon le sexe était proportionnellement la même que celle de notre population, dans l'hypothèse d'une immigration nette de 100,000 personnes. En outre, nous avons supposé que les taux de mortalité et de fécondité des immigrants étaient semblables à ceux des habitants du pays.

TABLEAU 4-4 POPULATION DU CANADA EN 1961 ET POPULATION ESTIMATIVE DANS L'HYPOTHÈSE D'UNE IMMIGRATION NETTE DE 50,000 PERSONNES PAR ANNÉE

Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage
	(1er juin 1961)					
0–4	1,154.1	12.52	1,102.3	12.22	2,256.4	12.37
5–9	1,063.8	11.54	1,015.7	11.26	2,079.5	11.40
10–14	948.2	10.28	907.8	10.07	1,856.0	10.18
15–19	729.1	7.91	703.5	7.80	1,432.6	7.86
20–24	587.1	6.37	596.5	6.61	1,183.6	6.49
25–29	613.9	6.66	595.4	6.60	1,209.3	6.63
30–34	644.4	6.99	627.4	6.96	1,271.8	6.97
35–39	631.1	6.85	639.9	7.09	1,271.0	6.97
40–44	560.0	6.07	559.0	6.20	1,119.0	6.14
45–49	515.5	5.59	499.8	5.54	1,015.3	5.57
50–54	442.9	4.80	420.3	4.66	863.2	4.73
55–59	362.1	3.93	343.7	3.81	705.8	3.87
60–64	292.5	3.17	291.1	3.23	583.6	3.20
65–69	239.7	2.60	247.4	2.74	487.1	2.67
70–74	196.1	2.13	206.1	2.27	402.2	2.21
75+	238.4	2.59	263.5	2.93	501.9	2.74
TOTAL	9,218.9	100.00	9,019.4	100.00	18,238.3	100.00
	(1er juin 1971)					
0–4	1,382.8	12.17	1,315.0	11.72	2,697.8	11.94
5–9	1,231.2	10.84	1,174.9	10.46	2,406.1	10.65
10–14	1,161.8	10.23	1,113.9	9.92	2,275.7	10.07
15–19	1,072.9	9.45	1,027.6	9.15	2,100.5	9.30
20–24	965.8	8.50	928.4	8.27	1,894.2	8.39
25–29	763.2	6.72	739.9	6.59	1,503.1	6.65
30–34	622.9	5.48	632.8	5.64	1,255.7	5.56
35–39	635.9	5.60	618.7	5.51	1,254.6	5.55
40–44	652.0	5.74	637.8	5.68	1,289.8	5.71
45–49	626.3	5.51	640.2	5.70	1,266.5	5.61
50–54	543.2	4.78	552.3	4.92	1,095.5	4.85
55–59	483.1	4.25	485.5	4.32	968.6	4.29
60–64	394.2	3.47	398.9	3.55	793.1	3.51
65–69	298.5	2.63	313.3	2.79	611.8	2.71
70–74	217.4	1.91	248.5	2.21	465.9	2.06
75+	309.2	2.72	401.4	3.57	710.6	3.15
TOTAL	11,360.4	100.00	11,229.1	100.00	22,589.5	100.00

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Recensement du Canada, 1961,* vol. 1, partie 2, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, tableau 20. A. Stukel, *Projections de la population, de 1966 à 1991,* appendice E, dans l'étude de T. M. Brown, *La croissance économique du Canada,* réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

TABLEAU 4-4 POPULATION DU CANADA EN 1961 ET POPULATION ESTIMATIVE DANS L'HYPOTHÈSE D'UNE IMMIGRATION NETTE DE 50,000 PERSONNES PAR ANNÉE—*Fin*

Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage
	(1er juin 1981)					
0–4	1,833.8	12.94	1,743.2	12.39	3,577.0	12.66
5–9	1,607.9	11.34	1,531.8	10.88	3,139.7	11.12
10–14	1,390.1	9.81	1,327.2	9.43	2,717.3	9.62
15–19	1,240.7	8.75	1,187.1	8.43	2,427.8	8.60
20–24	1,179.1	8.32	1,134.7	8.06	2,313.8	8.19
25–29	1,104.4	7.79	1,063.3	7.56	2,167.7	7.67
30–34	997.9	7.04	963.4	6.85	1,961.3	6.94
35–39	784.3	5.54	762.9	5.42	1,547.2	5.48
40–44	632.1	4.46	644.1	4.58	1,276.2	4.52
45–49	632.6	4.46	620.6	4.41	1,253.2	4.44
50–54	632.9	4.47	630.7	4.48	1,263.6	4.47
55–59	587.2	4.14	622.0	4.42	1,209.2	4.28
60–64	483.8	3.41	525.2	3.73	1,009.0	3.57
65–69	397.9	2.81	443.7	3.15	841.6	2.98
70–74	292.9	2.07	343.4	2.44	636.3	2.25
75+	375.5	2.65	530.3	3.77	905.8	3.21
TOTAL	14,173.1	100.00	14,073.6	100.00	28,246.7	100.00
	(1er juin 1991)					
0–4	2,204.0	12.52	2,092.4	11.95	4,296.4	12.24
5–9	2,025.4	11.51	1,926.9	11.01	3,952.3	11.26
10–14	1,841.9	10.46	1,755.4	10.03	3,597.3	10.25
15–19	1,617.5	9.19	1,544.2	8.82	3,161.7	9.00
20–24	1,407.4	8.00	1,348.5	7.70	2,755.9	7.85
25–29	1,272.3	7.23	1,223.2	6.99	2,495.5	7.11
30–34	1,210.6	6.88	1,169.5	6.68	2,380.1	6.78
35–39	1,123.1	6.38	1,085.3	6.20	2,208.4	6.29
40–44	1,003.1	5.70	972.9	5.56	1,976.0	5.63
45–49	779.4	4.43	764.2	4.37	1,543.6	4.40
50–54	615.4	3.50	638.4	3.65	1,253.8	3.57
55–59	594.5	3.38	605.0	3.45	1,199.5	3.42
60–64	564.3	3.20	601.9	3.44	1,166.2	3.32
65–69	483.7	2.75	570.9	3.26	1,054.6	3.00
70–74	359.6	2.04	456.2	2.60	815.8	2.32
75+	498.6	2.83	751.0	4.29	1,249.6	3.56
TOTAL	17,600.8	100.00	17,505.9	100.00	35,106.7	100.00

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Recensement du Canada, 1961*, vol. 1, partie 2, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, tableau 20. A. Stukel, *Projections de la population, de 1966 à 1991*, appendice E, dans l'étude de T. M. Brown, *La croissance économique du Canada*, réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

COMPOSITION DE LA POPULATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Si la population du Canada passe de 18.2 millions d'habitants qu'elle était en 1961 à 35.1 millions en 1991, sa composition selon l'âge et le sexe en sera sûrement modifiée. Cela aura de nombreuses répercussions, mais, pour les fins du présent rapport, nous nous intéressons à la répartition de la population par groupe d'âge en fonction *a*) des services de santé requis *b*) des projections relatives à la population active, pour fournir le personnel nécessaire et afin d'établir une base pour faire des prévisions concernant l'augmentation des revenus ou de la production[1].

RÉPERCUSSIONS SUR LES BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Il est évident qu'il faudra fournir plus de services et d'installations de santé à mesure que la population augmentera. Toutefois, comme chaque âge a ses maladies[2], l'évolution de la répartition de la population obligera à augmenter les soins et les traitements commandés par ces maladies. La proportion des personnes de moins de 19 ans et de celles de plus de 65 ans s'accroît légèrement; or, même si le pourcentage en est faible, l'augmentation ne s'en traduit pas moins par un chiffre absolu élevé. Par suite de cette évolution, la demande se fait naturellement de plus en plus forte en ce qui a trait aux soins de santé vu surtout que ce sont ces deux groupes qui ont le plus recours aux installations et aux services de santé. Tout accroissement de la population s'accompagnera d'une augmentation du nombre des naissances et il faudra que nous disposions des hôpitaux et des médecins nécessaires. A mesure que la longévité augmentera et qu'un plus grand *nombre* de personnes dépasseront l'âge de 65 ans, nous devrons subvenir aux besoins de santé de plus de personnes âgées.

Pourtant, ce sont les jeunes et les vieillards qui sont le moins en mesure d'acquitter le coût des services de santé qu'ils reçoivent. En général, ils ne comptent pas encore parmi la population active ou ils n'en font plus partie. Il convient de signaler ici que les femmes constituent une partie sans cesse plus considérable du groupe des personnes âgées et qu'elles touchent en général des salaires moins élevés. Leur situation n'en est que plus désavantageuse.

---

[1] On trouvera une étude plus approfondie de ce point au chapitre 19.

[2] Pour une étude détaillée des diverses sortes de maladies et de leur incidence, voir le chapitre 5.

RÉPERCUSSIONS SUR LES PROJECTIONS DE LA POPULATION ACTIVE

En tant que groupe, ni les jeunes ni les personnes âgées n'interviennent directement dans la prestation des services de santé. Toutefois, les gens de moins de 20 ans comptent de plus en plus comme futurs travailleurs.

Deux caractéristiques des professions de santé sont à retenir en ce qui concerne la population. Premièrement, les femmes jouent un rôle très actif dans ce domaine. La composition de la population d'après le sexe semble indiquer qu'il sera possible de trouver le personnel féminin requis, surtout chez les personnes de 19 ans et moins parmi lesquelles se fera le recrutement.

En second lieu, l'industrie de santé a besoin de nombreux praticiens et techniciens. Comme les intéressés doivent posséder une formation avancée, nous devons voir quelles sont les tendances récentes dans ce domaine.

On peut se faire une idée du profit que les Canadiens ont tiré des occasions de formation qui leur sont offertes en établissant une comparaison entre les données sur les écoles primaires et secondaires et les inscriptions aux universités. De 1938 à 1959, le pourcentage des jeunes de cinq à quatorze ans qui fréquentaient l'école primaire est passé de près de 87 à 93. Au cours de la même période, la proportion des élèves d'écoles secondaires par rapport à l'ensemble de la population de 15 à 19 ans, est passée de 26.5 à 53.5 p. 100. Le tableau 4-5 indique que le nombre des élèves augmentera de 73 p. 100 dans les écoles primaires de 1961 à 1991 et celui des jeunes qui fréquentent l'école secondaire, de 69 p. 100. Vu que 93 p. 100 des premiers étaient à l'école primaire en 1959, on ne saurait s'attendre à autre chose qu'une faible augmentation proportionnelle des inscriptions dans des écoles primaires. Par contre, la proportion des jeunes qui fréquentent l'école secondaire pourrait dépasser de beaucoup le pourcentage de 53.5 enregistré en 1959. Ce sont les diplômés des écoles primaires et secondaires qui deviendront les ouvriers spécialisés et semi-spécialisés de demain. En outre, c'est parmi les jeunes filles qui poursuivent actuellement leurs études secondaires que l'on recrutera la plupart des infirmières et des effectifs paramédicaux. Quant aux autres professions de santé elles exigent une formation universitaire.

D'après le tableau 4-5, le groupe d'âge de 20 à 24 ans, c'est-à-dire celui auquel appartiennent les étudiants d'université, augmentera de 88 p. 100 d'ici 1991. A n'en pas douter, une plus forte proportion de ceux qui constituent ce groupe fréquenteront l'université. Le Dr Edward Sheffield a estimé le chiffre de l'augmentation (voir tableau 4-6), mais ses estimations intéressent un groupe d'âge plus vaste, savoir celui des personnes de 18 à 24 ans, alors que le tableau 4-5 porte sur les personnes de 20 à 24 ans.

TABLEAU 4-5 PROJECTION DE LA POPULATION DU CANADA DE CERTAINS GROUPES D'ÂGE, DE 1961 À 1991
(Immigration nette de 50,000 personnes par année, 1966-1991)*

Groupe de personnes	Groupe d'âge	1er juin 1961					
		Hommes		Femmes		Total	
		Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage
Enfants d'âge pré-scolaire	0–4	1,154.1	12.52	1,102.3	12.22	2,256.4	12.37
Écoliers, école primaire	5–14	2,012.0	21.82	1,923.5	21.33	3,935.5	21.58
Écoliers, école secondaire	15–19	729.0	7.91	703.5	7.80	1,432.6	7.86
Étudiants	20–24	587.1	6.37	596.5	6.61	1,183.6	6.49
Personnes entrant sur le marché du travail	15–24	1,316.2	14.28	1,300.0	14.41	2,616.2	14.35
Population en âge de travailler	15–64	5,378.7	58.34	5,276.5	58.50	10,655.2	58.43
Personnes âgées	65+	674.1	7.31	717.0	7.95	1,391.2	7.62
Personnes à charge	0–14, 65+	3,840.2	41.66	3,742.8	41.50	7,583.1	41.57
Âges principaux de la formation des familles	20–29	1,201.0	13.03	1,191.9	13.21	2,392.9	13.12
		1er juin 1966					
Enfants d'âge pré-scolaire	0–4	1,227.7	12.00	1,169.2	11.62	2,396.9	11.81
Écoliers, école primaire	5–14	2,225.6	21.76	2,129.6	21.15	4,355.2	21.46
Écoliers, école secondaire	15–19	952.8	9.31	913.4	9.07	1,866.2	9.20
Étudiants	20–24	743.0	7.26	718.8	7.14	1,461.8	7.20
Personnes entrant sur le marché du travail	15–24	1,695.8	16.58	1,632.2	16.21	3,328.0	16.40
Population en âge de travailler	15–64	6,035.7	59.00	5,935.1	58.96	11,970.8	58.98
Personnes âgées	65+	740.5	7.24	833.1	8.28	1,573.6	7.75
Personnes à charge	0–14, 65+	4,193.8	41.00	4,131.9	41.04	8,325.7	41.02
Âges principaux de la formation des familles	20–29	1,351.1	13.21	1,336.6	13.28	2,687.7	13.24
		1er juin 1971					
Enfants d'âge pré-scolaire	0–4	1,382.8	12.17	1,315.0	11.72	2,697.8	11.94
Écoliers, école primaire	5–14	2,393.0	21.06	2,288.8	20.38	4,681.8	20.73
Écoliers, école secondaire	15–19	1,072.9	9.45	1,027.6	9.15	2,100.5	9.30
Étudiants	20–24	965.8	8.50	928.4	8.27	1,894.2	8.39
Personnes entrant sur le marché du travail	15–24	2,038.7	17.95	1,956.0	17.42	3,994.7	17.68
Population en âge de travailler	15–64	6,759.5	59.50	6,662.1	59.33	13,421.6	59.42
Personnes âgées	65+	825.1	7.26	963.2	8.58	1,788.3	7.92
Personnes à charge	0–14, 65+	4,600.9	40.50	4,567.0	40.67	9,167.9	40.58
Âges principaux de la formation des familles	20–29	1,729.0	15.22	1,668.3	14.86	3,397.3	15.04

TABLEAU 4-5 PROJECTION DE LA POPULATION DU CANADA DE CERTAINS GROUPES D'ÂGE, DE 1961 À 1991
(Immigration nette de 50,000 personnes par année, 1966-1991)*—*Suite*

Groupe de personnes	Groupe d'âge	1er juin 1976					
		Hommes		Femmes		Total	
		Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage
Enfants d'âge pré-scolaire	0–4	1,604.7	12.66	1,526.2	12.15	3,130.9	12.41
Écoliers, école primaire	5–14	2,621.3	20.69	2,502.0	19.92	5,123.3	20.30
Écoliers, école secondaire	15–19	1,166.4	9.20	1,119.6	8.91	2,286.0	9.06
Étudiants	20–24	1,085.7	8.57	1,042.6	8.30	2,128.3	8.43
Personnes entrant sur le marché du travail	15–24	2,252.1	17.77	2,162.2	17.21	4,414.3	17.49
Population en âge de travailler	15–64	7,510.5	59.27	7,411.0	59.00	14,921.5	59.13
Personnes âgées	65+	935.3	7.38	1,122.5	8.94	2,057.8	8.16
Personnes à charge	0–14, 65+	5,161.3	40.73	5,150.7	41.00	10,312.0	40.87
Âges principaux de la formation des familles	20–29	2,070.5	16.34	1,991.7	15.86	4,062.2	16.10
		1er juin 1981					
Enfants d'âge pré-scolaire	0–4	1,833.8	12.94	1,743.2	12.39	3,577.0	12.66
Écoliers, école primaire	5–14	2,998.0	21.15	2,859.0	20.31	5,857.0	20.74
Écoliers, école secondaire	15–19	1,240.7	8.75	1,187.1	8.43	2,427.8	8.60
Étudiants	20–24	1,179.1	8.32	1,134.7	8.06	2,313.8	8.19
Personnes entrant sur le marché du travail	15–24	2,419.8	17.07	2,321.8	16.50	4,741.6	16.79
Population en âge de travailler	15–64	8,275.0	58.39	8,154.0	57.94	16,429.0	58.16
Personnes âgées	65+	1,066.3	7.52	1,317.4	9.36	2,383.7	8.44
Personnes à charge	0–14, 65+	5,898.1	41.61	5,919.6	42.06	11,817.7	41.84
Âges principaux de la formation des familles	20–29	2,283.5	16.11	2,198.0	15.62	4,481.5	15.87
		1er juin 1986					
Enfants d'âge pré-scolaire	0–4	2,022.1	12.78	1,921.0	12.21	3,943.1	12.50
Écoliers, école primaire	5–14	3,449.7	21.81	3,287.1	20.90	6,736.8	21.36
Écoliers, école secondaire	15–19	1,394.8	8.82	1,333.0	8.48	2,727.8	8.65
Étudiants	20–24	1,253.5	7.92	1,202.4	7.64	2,455.9	7.79
Personnes entrant sur le marché du travail	15–24	2,648.3	16.74	2,535.4	16.12	5.183.7	16.43
Population en âge de travailler	15–64	9,152.2	57.85	8,986.7	57.15	18,138.9	57.50
Personnes âgées	65+	1,195.8	7.56	1,531.3	9.74	2,727.1	8.64
Personnes à charge	0–14, 65+	6,667.6	42.15	6,739.4	42.85	13,407.1	42.50
Âges principaux de la formation des familles	20–29	2,451.2	15.49	2,357.8	14.99	4,809.0	15.24

TABLEAU 4-5 PROJECTION DE LA POPULATION DU CANADA DE CERTAINS GROUPES D'ÂGE, DE 1961 À 1991
(Immigration nette de 50,000 personnes par année, 1966-1991)*—*Fin*

Groupe de personnes	Groupe d'âge	1er juin 1991					
		Hommes		Femmes		Total	
		Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage	Nombre '000	Pourcentage
Enfants d'âge pré-scolaire	0–4	2,204.0	12.52	2,092.4	11.95	4,296.4	12.24
Écoliers, école primaire	5–14	3,867.3	21.97	3,682.3	21.03	7,549.6	21.50
Écoliers, école secondaire	15–19	1,617.5	9.19	1,544.2	8.82	3,161.7	9.00
Étudiants	20–24	1,407.4	8.00	1,348.5	7.70	2,755.9	7.85
Personnes entrant sur le marché du travail	15–24	3,024.9	17.19	2,892.7	16.52	5,917.6	16.86
Population en âge de travailler	15–64	10,187.6	57.88	9,953.1	56.86	20,140.7	57.37
Personnes âgées	65+	1,341.9	7.62	1,778.1	10.16	3,120.0	8.89
Personnes à charge	0–14, 65+	7,413.2	42.12	7,552.8	43.14	14,966.0	42.63
Âges principaux de la formation des familles	20–29	2,679.7	15.22	2,571.7	14.69	5,251.4	14.96

* Voir renvoi 1, p. 122.

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Recensement du Canada, 1961*, Imprimeur de la Reine, 1962, vol. 1, partie 2 et A. Stukel, *Projections de la population, 1966 à 1991* appendice E dans l'étude de T. M. Brown, *La croissance écomonique du Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Les prévisions en question remontent à 1961. Au cours de chacune des deux années qui se sont écoulées depuis ce temps-là, le nombre réel d'étudiants à plein temps inscrits dans les universités a dépassé de 4,300 les chiffres arrêtés par le Dr Sheffield[1].

Un des facteurs de la croissance économique, c'est la proportion de la population qui travaille et qui fournit les moyens de subvenir aux besoins de ceux qui ne font pas encore partie de la population active (les personnes de 19 ans et moins) et de ceux qui sont à leur retraite (les personnes de 65 ans et plus). Nos projections ne révèlent aucune variation importante à cet égard. Au cours des trente années en question, la population de 20 à 64 ans diminuera de moins de 1 p. 100 et pourra donc voir aux besoins d'un nombre de plus en plus grand de jeunes et de personnes âgées.

Comme le Canada comptera 35.1 millions d'habitants en 1991, contre 18.2 millions en 1961, nous comptons que la population active civile passera de 6.5 millions à 13.1 millions pendant ces trois décennies[2]. Les chiffres du tableau 4-5 indiquent que, dans l'hypothèse d'une immigration nette de 50,000 personnes par année, nous pouvons compter que le groupe de 15 à 64 ans, d'où provient la population active, augmentera de 10.6 mil-

[1] Bureau fédéral de la statistique, *Relevé de l'enseignement supérieur, partie I, 1962-1963*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 13.

[2] Voir tableau 19-1.

TABLEAU 4-6 POURCENTAGE DES INSCRIPTIONS DANS LES UNIVERSITÉS ET COLLÈGES POUR ÉTUDES À PLEIN TEMPS, PAR SEXE ET PAR RAPPORT À LA POPULATION DE 18 À 24 ANS, CHIFFRES DE 1950-1951 À 1960-1961 ET PROJECTION JUSQU'À 1970-1971

Année scolaire	Inscription pour études à plein temps en pourcentage de la population de 18 à 24 ans		
	Hommes	Femmes	Total
	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
1950–1951	7.02	1.88	4.44
1951–1952	6.65	1.80	4.21
1952–1953	6.50	1.76	4.13
1953–1954	6.53	1.80	4.17
1954–1955	6.86	1.90	4.40
1955–1956	7.25	2.02	4.65
1956–1957	7.69	2.18	4.95
1957–1958	8.17	2.38	5.31
1958–1959	8.85	2.59	5.72
1959–1960	9.14	2.80	6.01
1960–1961	9.84	3.21	6.57
1961–1962	10.39	3.34	6.92
1962–1963	11.03	3.62	7.38
1963–1964	11.70	3.93	7.89
1964–1965	12.41	4.26	8.42
1965–1966	13.17	4.62	8.98
1966–1967	13.97	5.02	9.59
1967–1968	14.82	5.44	10.23
1968–1969	15.72	5.90	10.92
1969–1970	16.68	6.40	11.65
1970–1971	17.69	6.94	12.44

SOURCE: Edward F. Sheffield, *Enrolment in Canadian Universities and Colleges to 1970-71 (1961 Projection)*, Ottawa, Fondation des universités canadiennes, 1962, p. 13.

lions de personnes en 1961 à 20.1 millions en 1991. Nous estimons que le nombre de personnes appartenant au groupe de 15 à 24 ans, où se recrute la population active, augmentera au cours de la même période de 2.6 à 5.9 millions de personnes[1].

[1] Comme notre projection de la population est établie sur un pied quinquennal, il a fallu adopter comme groupes d'âge 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, etc. Aussi existe-t-il une différence entre le classement du présent tableau et celui du tableau 19-1. Au tableau 4-5, la population d'âge actif comprend toutes les personnes de 15 à 65 ans. Au tableau 19-1, la catégorie qui y correspond le plus étroitement est la population civile de 14 ans et plus vivant en dehors d'une institution. Tout en se fondant sur le tableau 4-4, ce dernier tableau comprend le groupe de 14 ans qui est encore classé dans la tranche de la population où se recrute la population active par l'Enquête sur la main-d'œuvre du Bureau fédéral de la statistique, mais il exclut la population qui vit dans une institution. L'inclusion du groupe 14-18 ans peut bien ne pas représenter la situation qui régnera dans l'avenir. Il est tout à fait raisonnable de s'attendre qu'une tranche de plus en plus grande de ce groupe se trouvera aux études et que la population active se recrutera, par conséquent, surtout chez les personnes de 19 ans et plus.

Pour l'ensemble de la population, il y aura de légères différences entre les hommes et les femmes, en ce qui a trait à l'accroissement numérique et proportionnel des personnes de 15 à 24 ans et de 15 à 64 ans, pendant la période allant de 1961 à 1991. Pour ce qui est des hommes faisant partie du premier groupe d'âge, leur nombre passera de 1.3 million à 3 millions, savoir une augmentation de presque 131 p. 100. Par contre, le nombre de femmes s'élèvera à 2.9 millions, contre 1.3 million en 1961, c'est-à-dire une majoration de 123 p. 100. Dans le groupe de personnes de 15 à 64 ans, le nombre d'hommes s'accroîtra de 87 p. 100 pour s'établir à 10.1 millions—il était de 5.4 millions en 1961—et celui des femmes augmentera d'un peu plus de 90 p. 100 et sera de 9.9 millions comparativement à 5.2 millions en 1961.

La proportion des femmes qui font partie de la population active au Canada, augmente sans cesse. La tendance est la même dans tous les pays industriels modernes. L'accroissement s'est fait sentir durant les deux guerres mondiales alors que les femmes, mariées ou célibataires, ont dû acquérir de nouvelles compétences pour remédier à la pénurie d'hommes sur le marché du travail. Même si le Canada compte maintenant parmi sa population active six fois plus de femmes qu'en 1901, il en a encore moins proportionnellement que la Grande-Bretagne et les États-Unis.

Fait plutôt récent, bon nombre de femmes qui travaillent sont mariées. En 1931, elles ne constituaient que 10 p. 100 de la population active féminine, mais, trente ans plus tard, la proportion était montée à 48 p. 100. Comme nous l'avons indiqué au chapitre 19, il est probable que cette tendance se maintienne. On a soutenu que cela pourrait avoir des répercussions considérables sur la santé et le bonheur des enfants dont la mère travaille, mais il se fait très peu de recherches systématiques pour le prouver.

POPULATION URBAINE ET POPULATION RURALE

L'accroissement rapide de la population s'est accompagné d'un mouvement vers les centres urbains et, vraisemblablement, cette tendance se maintiendra. En 1901, un peu plus de 37 p. 100 des Canadiens vivaient dans les secteurs urbains et, soixante ans plus tard, la proportion atteignait près de 70 p. 100. On prévoit que, en 1991, un pourcentage encore plus élevé de la population du pays vivra dans les villes ou les régions urbaines.

La concentration de la population dans les centres urbains a nécessité la centralisation des services en général et, notamment, des services de santé. Le phénomène a aussi amené l'érection de vastes hôpitaux qui servent de centres de traitement, d'enseignement et de recherche. L'accessibilité de

ces institutions et d'autres services de santé a amené un plus grand nombre de personnes à y recourir. Par contre, la proportion de notre population rurale a diminué, ce qui suscite de nombreux problèmes quant au maintien de services sanitaires de qualité convenable dans les régions rurales. Les agglomérations métropolitaines, les secteurs ruraux qui entourent nos centres urbains, les villages de pêche de Terre-Neuve qui ne sont accessibles que par la mer, les territoires isolés qui bordent la route de l'Alaska, les régions septentrionales du Canada où la population est éparse et les régions de l'Arctique dont les habitants augmentent sans cesse, voilà autant de secteurs où il faut assurer des soins de santé. Toutefois, les lieux éloignés ne disposent pas des ressources nécessaires au maintien d'un niveau suffisant de services et d'installations convenables; ils doivent chercher de l'aide ailleurs. Plus on se dirige vers le nord, plus les difficultés que posent les distances sont aggravées par la vacuité relative du pays. C'est une entreprise coûteuse pour le Canada que d'assurer des services de santé ou autres. Services et installations se concentrent dans les régions où la population est relativement dense.

La mobilité de la population a accru ces problèmes. Pour se doter de main-d'œuvre, les centres industrialisés doivent compter non seulement sur les régions où habite la population active, mais aussi sur sa mobilité et sur son accroissement éventuel. Il n'y a pas l'ombre d'un doute que les Canadiens constituent un peuple qui se déplace et, en particulier, à l'intérieur d'une même province. En 1948, par exemple, parmi les familles qui recevaient des allocations familiales, 17.4 p. 100 ont changé de résidence tout en demeurant dans la même province. En 1961, la proportion a atteint 24.6 p. 100[1]. Elle est passée de 19.1 en 1948 à 26.2 en 1961, compte tenu des familles qui se déplacent d'une province à une autre et de celles qui déménagent à l'intérieur d'une même province. Ces chiffres reflètent faiblement la mobilité de la population active car ils n'incluent pas les célibataires qui, eux, se déplacent dans une forte proportion. Une mobilité aussi forte est nécessaire si l'on veut que l'économie du pays se développe à un rythme satisfaisant, mais elle pose des difficultés en ce qui concerne la prestation et la continuité des soins de santé ainsi que la transférabilité, d'une province à une autre, des programmes de soins hospitaliers et médicaux et des régimes de prestations de sécurité sociale.

La compilation ci-après indique que, entre 1956 et 1961, la population a accusé une baisse nette dans sept provinces, en raison du mouvement interprovincial, tandis qu'elle a connu un accroissement net dans les autres provinces[2]. Il faudrait aussi remarquer que les trois provinces dont la population a augmenté dans son ensemble sont celles où les revenus par habitant étaient les plus élevés.

---

[1] Société centrale d'hypothèques et de logement, *Statistique du logement au Canada, 1961*, Ottawa, 1962, tableau 68, page 44.

[2] Chiffres estimatifs tirés de la statistique des allocations familiales et des pensions de sécurité de la vieillesse, de juin 1956 à mai 1961.

Province d'origine	Baisse nette	Accroissement net
Terre-Neuve	19,781	—
Île-du-Prince-Édouard	2,725	—
Nouvelle-Écosse	24,492	—
Nouveau-Brunswick	32,539	—
Québec	24,716	—
Ontario	—	127,738
Manitoba	29,046	—
Saskatchewan	63,496	—
Alberta	—	30,613
Colombie-Britannique	—	27,394
Territoires du Nord-Ouest et Yukon	—	11,050

ÉVOLUTION DU REVENU DES CANADIENS

La situation économique des Canadiens s'est fort améliorée au long des années et particulièrement au cours de la période qui a suivi la crise économique. En outre, cette amélioration s'est fait sentir chez presque tous les Canadiens, quels que soient leurs revenus. Malgré cela, un grand nombre de Canadiens ont encore de faibles revenus qui ne leur permettent pas de se procurer, pour eux-mêmes et pour leurs familles, les services de santé dont ils ont besoin.

Il n'est pas nécessaire de souligner que les revenus de presque tous les Canadiens sont beaucoup plus élevés qu'au cours de la crise économique. En 1931, par exemple, sur les familles dont le chef était salarié, 43 p. 100 gagnaient moins de $2,000 par année. En 1951, le pourcentage était tombé à 20 p. 100, compte tenu de la fluctuation des prix. De 1951 à 1959, le revenu *réel* de l'ensemble des citadins, actifs ou inactifs, a de nouveau augmenté de 25 p. 100 et, depuis cette date, il a aussi connu une certaine hausse[1]. En outre, cette amélioration s'est accompagnée d'un fort accroissement des loisirs vu la diminution de l'année et de la vie de travail. Nous connaissons de façon moins précise le niveau des revenus des familles agricoles, mais il n'y a pas de doute que leur situation s'est améliorée si on la compare à ce qu'elle était durant les jours sombres de la crise économique. D'autre part, la baisse continuelle du nombre des familles agricoles et l'accroissement de la superficie des fermes ainsi que la mécanisation de l'agriculture et l'usage accru de méthodes de culture scientifiques ont entraîné une augmentation

[1] S. A. Goldberg, Jenny R. Podoluk, *Income Size Distribution Statistics in Canada,* enquête et analyse publiées dans *Income & Wealth,* Série VI, Association internationale de recherches sur les revenus et la richesse, Londres, Bowes and Bowes, 1957, et Bureau fédéral de la statistique, *Distribution of Non-Farm Incomes in Canada by Size 1959,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 11 et 16.

de la productivité et une hausse des revenus agricoles. En conséquence, le nombre des petites fermes tout juste rentables est beaucoup moins élevé qu'il y a une génération.

Depuis la fin de la seconde Grande Guerre, le revenu réel des gens s'est accru considérablement. En conséquence, un nombre de plus en plus grand de Canadiens connaissent une aisance qui permet à bon nombre de travailleurs d'abandonner leur emploi dans les secteurs économiquement faibles, comme les fermes peu rentables, par exemple, pour se chercher un emploi plus rémunérateur dans les régions urbaines. En outre, le progrès de la médecine et les immobilisations en services de santé ont contribué à faire baisser dans plusieurs régions le taux de mortalité et de morbidité, ce qui a réduit le nombre des familles dont le faible revenu est attribuable à la perte de leur chef. Comme elle peut s'instruire davantage, la nouvelle génération est plus productive et plus mobile et, en conséquence, touche généralement des revenus plus élevés[1]. Enfin, jusqu'à tout dernièrement, la pénurie relative de main-d'œuvre alors que la demande en était forte, les répercussions des faibles taux de natalité et d'immigration du temps de la crise économique et le fait que les employeurs aient été disposés à employer des travailleurs à temps partiel ont permis à un nombre beaucoup plus grand de personnes—particulièrement les femmes mariées et les jeunes adultes—de se trouver un emploi. Ainsi, il arrive souvent aujourd'hui que deux ou trois membres d'une même famille gagnent de l'argent alors qu'il n'y en avait qu'un ou aucun autrefois. Les sommes sans cesse croissantes que l'on affecte à la sécurité sociale ont accru le revenu des familles. Dans le cas des jeunes couples, les deux conjoints travaillent jusqu'à la venue du premier bébé. Les femmes mariées retournent au travail lorsque leurs enfants vont à l'école ou quittent la maison. L'apport des femmes mariées au personnel infirmier des hôpitaux en est un des exemples.

Il est évident, cependant, que le niveau croissant de l'emploi et la productivité accrue ainsi que l'augmentation du revenu réel qui s'ensuit ne peuvent bénéficier directement aux personnes âgées, aux aveugles, aux invalides ni aux personnes qui habitent des régions où l'activité économique décline parce que ces gens ne font pas partie de la population active ou se trouvent en dehors du courant principal de la croissance économique. Dans leur cas, les mesures d'ordre social ont été utiles parce qu'elles ont permis à un plus grand nombre de bénéficier du progrès économique. Pour que des sommes croissantes soient affectées à la sécurité sociale, il a fallu que la présente génération productive cède des revenus aux jeunes ou aux vieillards dans l'espoir que les générations à venir suivront son exemple. Cependant, l'acroissement des paiements de transfert de l'État n'a pas matériellement modifié le régime de répartition des revenus. En réalité, le nombre des familles à faible revenu a eu tendance à monter, particulièrement dans le cas

[1] Certes, nous n'ignorons pas qu'il existe encore au Canada un grand nombre de jeunes dont la formation générale et professionnelle laisse à désirer et qu'ils contribuent plus que les gens de tout autre groupe d'âge à grossir le nombre des chômeurs.

des ménages constitués d'une seule personne; en effet, parce qu'elles ont des revenus plus élevés, les personnes âgées peuvent maintenant former un ménage au lieu de vivre chez des parents; en outre, un plus grand nombre de jeunes vivent en dehors du foyer paternel. De 1929 à 1950, la proportion des familles à faible revenu a diminué un peu, mais, depuis 1951, elle semble augmenter. Par exemple, les familles urbaines à faible revenu représentaient 16.2 p. 100 de tous les gagnants en 1959 contre 13.6 en 1951[1].

Il est vrai que, en général, la population n'a jamais été dans une aussi bonne situation du point de vue matériel, mais il reste qu'une bonne partie des Canadiens ne jouissent encore que de faibles gains ou revenus[2]. La ligne de démarcation entre revenus faibles et élevés est discutable. Il faut tenir compte et de la taille et des besoins de la famille à soutenir. On ne peut considérer comme une personne à faible revenu le jeune célibataire en bonne santé qui vit chez ses parents et qui gagne $2,000 par année. Par contre, la famille de six qui aurait ce revenu ne pourrait qu'à peine subsister. Le jeune couple qui doit compter sur un revenu de $2,000 pour vivre durant la période où il acquiert une formation professionnelle peut, pour se permettre un niveau de vie plus élevé, emprunter sur la garantie de sa capacité éventuelle de gain. Dans ce cas, un faible revenu n'indique pas nécessairement un niveau de vie peu élevé. D'autre part, le couple âgé qui aurait un revenu semblable, mais dont l'avoir serait peu considérable et dont les dépenses au chapitre de la santé seraient élevées, pourrait facilement se ranger parmi les familles à faible revenu.

Vu le manque de données statistiques complètes et détaillées sur les familles canadiennes à faible revenu, il est difficile de déterminer la proportion de Canadiens qui devraient être classés dans cette catégorie, mais, d'après les chiffres disponibles, il semble que, si nous considérons $2,000 comme un faible gain ou revenu, un pourcentage considérable de notre population s'inscrirait dans cette catégorie. On peut s'en rendre compte en examinant les chiffres des tableaux 4-7 à 4-9. Ces chiffres se divisent en deux groupes: a) revenus des familles et des personnes seules des régions urbaines et des régions rurales non agricoles et b) revenus des familles et personnes seules des régions rurales.

---

[1] Il s'agit des familles qui composent les deux quantités inférieures, en fonction du revenu: (Voir Bureau fédéral de la statistique, *Distribution of Non-Farm Incomes in Canada, by Size, 1959*, p. 12.)

[2] Lorsque nous parlons de la répartition des revenus, nous devons nous rappeler la distinction qui existe entre gain et revenu. Par gains, nous entendons «la somme totale reçue par les salariés en salaires et traitements, la solde des militaires et des réservistes, les commissions, les pourboires, ou la rémunération à la pièce payés par tous les employeurs—avant déductions pour impôt sur le revenu, assurance-chômage, régimes de soins médicaux, cotisations syndicales et régimes de pension ou d'assurances». Par revenus, nous entendons les gains *plus* tous les autres revenus comme ceux provenant d'un commerce ou de l'exercice d'une profession libérale, les allocations familiales, les paiements au titre de l'assistance-vieillesse et de la sécurité de la vieillesse, les autres paiements de transfert de l'État, les pensions de retraite, les intérêts sur dépôts bancaires et obligations, les dividendes, les autres revenus provenant de placements et tous les autres revenus financiers. Bureau fédéral de la statistique, *Recensement du Canada, 1961*, vol. III, Partie 3, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

TABLEAU 4-7 A. RÉPARTITION SELON LE REVENU DES FAMILLES ET DES PERSONNES SEULES, DES RÉGIONS RURALES NON AGRICOLES ET DES RÉGIONS URBAINES, CANADA, 1961[a]

	Total	Moins de $1,000[b]	$1,000-1,999	$2,000-2,999	$3,000-3,999	$4,000-4,999	$5,000-5,999	$6,000-7,999	$8,000-9,999	$10,000 et plus
Familles et personnes seules	15,376,213	1,048,348	1,218,591	1,596,044	2,320,886	2,495,551	2,069,221	2,365,474	1,054,156	1,207,942
Ensemble cumulé	—	1,048,348	2,266,939	3,862,983	6,183,869	8,679,420	10,748,641	13,114,115	14,168,271	15,376,213
Pourcentage	100	6.8	7.9	10.4	15.1	16.2	13.5	15.4	6.9	7.8
Pourcentage cumulé	—	6.8	14.7	25.1	40.2	56.4	69.9	85.3	92.2	100.0
B. RÉPARTITION DU REVENU DES FAMILLES DES RÉGIONS RURALES NON AGRICOLES ET DES RÉGIONS URBAINES, CANADA, 1961[a]										
Familles (2 personnes et plus)	3,656,968	163,590	302,115	382,235	557,366	603,192	502,464	596,134	262,787	287,085
Ensemble cumulé	—	163,590	465,705	847,940	1,405,306	2,008,498	2,510,962	3,107,096	3,369,883	3,656,968
Pourcentage	100	4.5	8.3	10.4	15.2	16.5	13.7	16.3	7.2	7.9
Pourcentage cumulé	—	4.5	12.8	23.2	38.4	54.9	68.6	84.9	92.1	100.0
C. RÉPARTITION SELON LE REVENU DES PERSONNES SEULES, CANADA, 1961[a]										
Personnes seules	1,407,276	530,340	273,716	216,676	195,073	92,774	43,761	31,800	9,991	13,145
Ensemble cumulé	—	530,340	804,056	1,020,732	1,215,805	1,308,579	1,352,340	1,384,140	1,394,131	1,407,276
Pourcentage	100	37.7	19.4	15.4	13.9	6.6	3.1	2.3	0.7	0.1
Pourcentage cumulé	—	37.7	57.1	72.5	86.4	93.0	96.1	98.4	99.1	100.0

[a] Ces chiffres de 1961 ne comprennent pas les familles et les personnes seules demeurant (1) dans des fermes (2) dans des institutions (3) dans des résidences collectives (par exemple, des hôtels) (4) dans les Territoires du Nord-Ouest ni (5) les personnes itinérantes ou demeurant à l'étranger, non plus que (6) les effectifs militaires postés à l'étranger.

[b] Y compris les familles et (ou) personnes seules sans revenu.

SOURCE: D'après le Bureau fédéral de la statistique, *Statistique sommaire du revenu familial*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, et chiffres supplémentaires.

TABLEAU 4-8 RÉPARTITION DES REVENUS AGRICOLES DES FAMILLES ET DES PERSONNES SEULES, CANADA, 1958

—	Total	Moins de $1,000[a]	$1,000 1,999	$2,000-2,999	$3,000-3,999	$4,000-4,999	$5,000-5,999	$6,000-7,999	$8,000-9,999	$10,000 et plus
Familles et personnes seules	2,275,137	364,391	422,885	454,265	375,518	240,382	149,472	148,644	58,826	60,754
Ensemble cumulé	—	364,391	787,276	1,241,541	1,617,059	1,857,441	2,006,913	2,155,557	2,214,583	2,275,137
Pourcentage	100	16.0	18.6	20.0	16.5	10.6	6.6	6.5	2.5	2.7
Pourcentage cumulé	—	16.0	34.6	54.6	71.1	81.7	88.3	94.8	97.3	100.0

[a] Y compris les personnes sans revenu.

SOURCE: D'après le Bureau fédéral de la statistique, *Farm Income and Expenditure Survey, 1958*, Division centrale de la recherche, et chiffres supplémentaires.

TABLEAU 4-9 RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES FAMILLES ET DES PERSONNES SEULES AU REVENU INFÉRIEUR À $2,000, RÉGIONS RURALES NON AGRICOLES ET RÉGIONS URBAINES, 1961*

Province	Familles		Personnes seules	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Canada				
Régions rurales non agricoles	182,174	25.9	170,309	75.5
Régions urbaines	283,531	9.6	633,747	53.6
TOTAL	465,705	12.8	804,056	57.2
Terre-Neuve				
Régions rurales non agricoles	19,408	47.1	9,662	89.4
Régions urbaines	9,052	20.0	9,983	71.9
TOTAL	28,460	32.9	19,645	79.6
Ile-du-Prince-Édouard				
Régions rurales non agricoles	2,473	35.9	2,521	88.6
Régions urbaines	1,226	16.4	2,470	66.4
TOTAL	3,699	25.7	4,991	76.0
Nouvelle-Écosse				
Régions rurales non agricoles	18,039	30.3	18,237	84.0
Régions urbaines	12,646	14.5	23,817	62.7
TOTAL	30,685	20.9	42,054	70.4
Nouveau-Brunswick				
Régions rurales non agricoles	16,692	33.0	12,585	82.4
Régions urbaines	7,559	12.6	15,592	63.7
TOTAL	24,251	21.9	28,177	71.0
Québec				
Régions rurales non agricoles	40,376	27.8	32,990	80.1
Régions urbaines	83,282	9.8	177,424	55.7
TOTAL	123,658	12.4	210,414	58.5
Ontario				
Régions rurales non agricoles	33,505	17.2	41,855	71.9
Régions urbaines	96,308	8.2	240,783	50.5
TOTAL	129,813	9.4	282,638	52.8
Manitoba				
Régions rurales non agricoles	10,511	31.6	9,231	74.4
Régions urbaines	13,835	9.8	32,514	54.7
TOTAL	24,346	13.9	41,745	58.2
Saskatchewan				
Régions rurales non agricoles	16,576	34.8	14,268	72.6
Régions urbaines	12,367	13.1	23,380	55.7
TOTAL	28,943	20.4	37,648	61.0

TABLEAU 4-9 RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES FAMILLES ET DES PERSONNES SEULES AU REVENU INFÉFIEUR À $2,000, RÉGIONS RURALES NON AGRICOLES ET RÉGIONS URBAINES, 1961*—*Fin*

Province	Familles		Personnes seules	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Alberta				
Régions rurales non agricoles	10,292	25.0	10,838	68.8
Régions urbaines	17,657	8.9	38,834	48.8
TOTAL	27,949	11.7	49,676	52.1
Colombie-Britannique				
Régions rurales non agricoles	14,024	17.3	17,804	65.6
Régions urbaines	29,531	10.2	68,757	55.1
TOTAL	43,555	11.9	86,561	57.0
Yukon				
Régions rurales non agricoles	278	16.6	314	52.0
Régions urbaines	68	6.0	193	31.8
TOTAL	346	12.3	507	41.9

* Ne comprend pas les familles ni les personnes seules faisant partie de ménages agricoles.

Le revenu comprend:

(i) le montant brut des salaires et traitements, les commissions et les pourboires (avant retenue de l'impôt sur le revenu, des cotisations de retraite, d'assurance-chômage, etc.);
(ii) le revenu net (revenu brut moins frais d'exploitation) provenant d'un commerce de l'exercice d'une profession libérale;
(iii) les allocations familiales;
(iv) les allocations au titre de l'assistance-vieillesse et de la sécurité de la vieillesse;
(v) les autres paiements de transfert de l'État: assurance-chômage, assurance-accident, pensions et indemnités accordées aux anciens combattants, pensions servies aux invalides, allocations aux mères nécessiteuses, etc.;
(vi) les pensions de retraite;
(vii) les intérêts bancaires et obligatoires et les dividendes;
(viii) les autres revenus provenant de placements (montant net des loyers, intérêts hypothécaires, revenus successoraux, etc.);
(ix) toutes autres sources de revenue (rentes sur l'État, revenus provenant de locataires et pensionnaires, pensions alimentaires, etc.)

Le revenu d'une famille représente le revenu total provenant des sources précitées et déclaré par tous les membres de la famille âgés de 15 ans ou plus.

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Summary Family Income Statistics,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

C'est ainsi que, si l'on considère $2,000 comme faible revenu en 1961, le tableau 4-7 indique que près de 13 p. 100 de toutes les familles de deux personnes ou plus des régions urbaines et des régions rurales non agricoles gagnaient un revenu inférieur à $2,000, soit près d'un million et

demi de familles. Si l'on inclut toutes les familles dont le revenu s'établit à moins de $3,000, on obtient un pourcentage de près de 25 p. 100 de toutes les familles.

Parmi les personnes seules, en 1961, 804,056 personnes, soit 57 p. 100 de toutes les personnes de cette catégorie, avaient un revenu de moins de $2,000 et 38 p. 100 avaient un revenu de moins de $1,000.

Si l'on additionne le nombre de membres de familles ayant un revenu inférieur à $2,000 par année à celui des personnes seules qui ont aussi un revenu inférieur à cette somme, on peut dire que près de 2.3 millions de Canadiens ont un revenu faible, soit près de 15 p. 100 de la population des régions urbaines et des régions rurales non agricoles. Comme nous l'avons indiqué, en ce qui concerne les familles et les personnes seules à faible revenu, il peut s'agir de jeunes personnes qui commencent leur vie active, mais l'importance de leur nombre porte à croire que nombreuses y sont les familles avec enfants ou les personnes âgées dont le revenu suffit à les tenir en vie, mais ne suffit à leur assurer une modeste aisance ou à les mettre à l'abri des aléas de la maladie ou d'un accident[1].

Les données relatives au revenu des familles agricoles sont limitées et indiquent seulement l'importance relative de la population à faible revenu. Le tableau 4-8 présente les chiffres de 1958, les plus récents qui soient disponibles. Cette année-là, le nombre des familles et des personnes seules dont le revenu s'établissait à moins de $2,000 par année, s'élevait à plus de 750,000 personnes, soit 35 p. 100 de la population agricole. Il s'est produit beaucoup de changements depuis 1958 et la proportion des familles à faible revenu serait presque certainement inférieure en 1961. Cependant, il est probable que la proportion serait encore plus forte que dans les régions urbaines. Ainsi, le tableau 4-9 indique que près de 26 p. 100 des familles rurales non agricoles avaient un revenu inférieur à $2,000, en comparaison de 10 p. 100 des familles urbaines. Pour les personnes seules, le pourcentage s'établissait respectivement à 75.5 et à 53.6 p. 100.

Les chiffres du tableau 4-9 indiquent aussi qu'il existe un nombre considérable de familles et de personnes seules à faible revenu dans chaque province. Le pourcentage des familles à faible revenu diffère beaucoup, cependant, entre les provinces. Terre-Neuve compte la plus forte proportion de familles et de personnes seules vivant en milieu rural non agricole et en milieu urbain et gagnant moins de $2,000 tandis que l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique en comptent les proportions les plus faibles.

---

[1] Il existe des renseignements relatifs à 1959 sur les familles et les particuliers à faible revenu, selon l'âge, des régions non agricoles. Voir Bureau fédéral de la statistique: *Distribution of Non-Farm Incomes in Canada by Size, 1959, passim.* Cette année-là, parmi toutes les familles dont le revenu était inférieur à $1,000, 38 p. 100 étaient constituées de personnes de 65 ans et plus; la proportion était de 53 p. 100 dans le cas des familles de la classe $1,000 à $1,499. D'autre part, entre 40 et 50 p. 100 des familles qui disposaient de moins de $2,000 s'inscrivaient dans le groupe de 30-64 ans.

Les données relatives au gain des salariés donnent des résultats semblables à ceux qui sont présentés ci-dessus (tableaux 4-10 à 4-12). Il faut souligner que la statistique se limite aux seuls salariés et ne porte pas sur les travailleurs indépendants (agriculteurs, gens des professions libérales, etc.) ni sur les retraités, les invalides permanents ou les personnes qui, pour quelque raison, ne sont plus considérées comme faisant partie de la population active. Les données ci-dessus sur la répartition des revenus permettent de se faire une idée de la situation de fortune de ces groupes qui sont exclus de la catégorie des salariés.

Le tableau 4-10 indique que, entre 1951 et 1961, le pourcentage des salariés qui gagnaient moins de $2,000 (dollars courants) a beaucoup diminué. En 1951, 44.3 p. 100 de tous les hommes salariés gagnaient moins contre 21.2 p. 100 en 1961. Dans le cas des salariées, la proportion est tombée de 85.9 à 50.3 p. 100. Pour l'ensemble des salariés, il est évident qu'il y a eu baisse considérable au cours de la décennie, mais une proportion importante, soit près de 30 p. 100, demeurent encore dans la catégorie des gagne-petit.

Jusqu'ici, nous avons présenté nos chiffres en dollars courants. Toutefois, nous savons que les prix ont augmenté entre 1951 et 1961, ce qui a entraîné une certaine diminution du pouvoir d'achat du dollar canadien.

TABLEAU 4-10 POURCENTAGE DES SALARIÉS GAGNANT MOINS DE $2,000 PAR ANNÉE, SELON LE SEXE, PROVINCES ET CANADA, 1951 ET 1961

Province	1951			1961		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Canada	44.3	85.9	54.9	21.2	50.3	29.6
Terre-Neuve	69.1	96.0	74.3	36.8	72.2	44.3
Île-du-Prince-Édouard	75.9	97.2	81.7	46.6	73.8	54.9
Nouvelle-Écosse	58.5	93.3	65.9	29.8	64.4	38.5
Nouveau-Brunswick	64.2	93.2	71.2	34.3	64.2	42.3
Québec	50.5	98.4	60.3	22.4	53.2	31.0
Ontario	35.4	81.0	47.5	16.3	45.9	25.3
Manitoba	46.2	90.6	58.6	20.9	53.2	31.1
Saskatchewan	57.0	90.8	66.6	27.1	50.6	34.2
Alberta	45.4	87.3	55.7	20.5	50.0	29.2
Colombie-Britannique	35.1	84.3	46.9	17.0	46.5	25.4
Yukon	29.7	65.7	34.2	15.6	42.1	21.5

SOURCE: D'après le tableau 4-6.

TABLEAU 4-11 SALARIÉS DÉCLARANT DES GAINS ET ÂGÉS DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE, GAIN MÉDIAN, NOMBRE ET RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES SALARIÉS SELON LE MONTANT DU GAIN DURANT LES 12 MOIS ANTÉRIEURS À LA DATE DU RECENSEMENT—CANADA, PROVINCES ET TERRITOIRES, 1951 ET 1961

Province	Année	Gains médians		Total déclarant des gains[a]	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
		$	$		
Canada	1951	2,127	1,221	2,897,997	993,645
	1961	3,625	1,990	3,622,033	1,475,113
Terre-Neuve	1951	1,342	587	60,458	14,347
	1961	2,645	1,256	71,786	19,445
Île-du-Prince-Édouard	1951	1,193	694	12,719	4,790
	1961	2,134	1,179	14,655	6,469
Nouvelle-Écosse	1951	1,777	857	130,346	35,551
	1961	2,957	1,499	145,665	50,175
Nouveau-Brunswick	1951	1,601	893	90,056	28,088
	1961	2,723	1,519	107,265	39,050
Québec	1951	1,986	1,150	803,202	277,276
	1961	3,367	1,904	1,015,267	388,224
Ontario	1951	2,308	1,372	1,113,934	398,148
	1961	3,935	2,137	1,378,061	601,081
Manitoba	1951	2,080	1,159	144,765	56,301
	1961	3,546	1,889	171,136	78,854
Saskatchewan	1951	1,794	1,137	101,556	39,824
	1961	3,304	1,978	126,112	55,059
Alberta	1951	2,098	1,897	163,624	53,033
	1961	3,679	1,999	241,668	101,142
Colombie-Britannique	1951	2,300	1,285	271,723	85,586
	1961	4,126	2,116	342,182	133,518
Yukon	1951	2,596	1,592	3,166	455
	1961	4,556	2,321	4,142	1,202
Territoires du Nord-Ouest	1951	2,594	1,198	2,448	246
	1961	4,520	2,240	4,094	894

TABLEAU 4-11 SALARIÉS DÉCLARANT DES GAINS ET ÂGÉS DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE, GAIN MÉDIAN, NOMBRE ET RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES SALARIÉS SELON LE MONTANT DU GAIN DURANT LES 12 MOIS ANTÉRIEURS À LA DATE DU RECENSEMENT—CANADA, PROVINCES ET TERRITOIRES, 1951 ET 1961—*Suite*

Province	Année	Salariés déclarant des gains, selon le montant des gains					
		–$500		$500–999		$1,000–1,499	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
		%	%	%	%	%	%
Canada	1951	7.3	18.9	8.6	19.7	11.9	25.9
	1961	4.8	13.4	4.8	11.8	5.6	12.4
Terre-Neuve	1951	17.6	45.1	21.1	28.2	16.4	15.2
	1961	7.3	19.2	8.7	19.7	11.6	21.6
Île-du-Prince-Édouard	1951	20.9	39.0	21.7	28.2	19.2	23.5
	1961	10.9	27.5	12.8	17.0	12.6	15.4
Nouvelle-Écosse	1951	11.2	32.0	13.0	25.2	15.3	23.5
	1961	6.4	19.6	6.9	15.4	8.3	15.0
Nouveau-Brunswick	1951	11.1	31.2	15.9	23.9	19.3	25.3
	1961	7.5	19.9	8.9	15.3	9.9	14.2
Québec	1951	7.0	17.3	9.6	24.5	14.8	27.2
	1961	4.3	10.9	5.1	11.7	6.4	14.1
Ontario	1951	5.7	15.8	5.9	16.0	9.2	24.4
	1961	4.2	12.8	3.8	10.9	4.2	11.3
Manitoba	1951	8.0	19.8	9.2	20.3	11.5	31.0
	1961	5.0	13.9	4.9	12.0	5.6	13.1
Saskatchewan	1951	12.7	25.3	13.9	17.2	13.2	27.5
	1961	7.1	16.1	6.8	12.3	7.1	9.9
Alberta	1951	7.6	21.5	9.2	18.3	12.0	27.4
	1961	5.4	15.4	4.9	12.0	5.3	11.4
Colombie-Britannique	1951	5.7	18.4	5.9	16.5	8.8	26.5
	1961	4.5	14.7	4.0	11.7	4.4	10.7
Yukon	1951	3.8	19.6	4.5	14.3	8.3	12.7
	1961	3.1	12.3	4.0	11.2	4.2	9.7
Territoires du Nord-Ouest	1951	2.7	13.8	4.5	26.8	9.2	23.6
	1961	3.6	13.5	4.1	12.8	4.4	8.9

TABLEAU 4-11 SALARIÉS DÉCLARANT DES GAINS ET ÂGÉS DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE, GAIN MÉDIAN, NOMBRE ET RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES SALARIÉS SELON LE MONTANT DU GAIN DURANT LES 12 MOIS ANTÉRIEURS À LA DATE DU RECENSEMENT—CANADA, PROVINCES ET TERRITOIRES, 1951 ET 1961—*Suite*

Province	Année	Salariés déclarant des gains, selon le montant des gains					
		$1,500–1,999		$2,000–2,499		$2,500–2,999	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
		%	%	%	%	%	%
Canada	1951	16.5	21.5	22.6	9.8	15.5	2.8
	1961	5.4	12.7	7.8	15.4	7.8	11.0
Terre-Neuve	1951	14.0	7.5	13.8	2.8	7.5	0.7
	1961	9.2	11.7	11.0	9.8	8.1	5.9
Île-du-Prince-Edouard	1951	14.1	6.5	11.3	2.1	5.5	0.5
	1961	10.3	13.9	12.6	12.8	8.9	6.7
Nouvelle-Écosse	1951	19.0	12.6	19.2	4.8	11.4	1.4
	1961	8.2	13.4	11.1	14.3	9.8	8.2
Nouveau-Brunswick	1951	17.9	12.8	17.0	5.1	8.9	1.2
	1961	8.0	14.8	11.3	14.9	9.7	8.2
Québec	1951	19.1	19.4	22.3	8.3	13.1	2.2
	1961	6.6	16.5	9.4	16.3	9.6	11.0
Ontario	1951	14.6	25.2	23.7	12.6	18.9	3.8
	1961	4.1	10.9	6.4	14.9	7.0	11.9
Manitoba	1951	17.5	19.5	23.8	6.7	13.6	1.9
	1961	5.4	14.2	8.0	17.0	7.7	10.4
Saskatchewan	1951	17.2	20.8	19.7	7.2	10.8	1.5
	1961	6.1	12.3	8.6	15.9	7.4	10.2
Alberta	1951	16.7	20.1	23.1	9.2	14.0	2.4
	1961	4.9	11.2	7.5	15.3	6.6	10.3
Colombie-Britannique	1951	14.7	22.9	24.9	10.6	18.6	3.2
	1961	4.1	9.4	5.8	15.2	5.0	10.9
Yukon	1951	13.1	19.1	17.2	18.0	15.6	9.0
	1961	4.2	8.9	5.1	12.3	4.5	9.0
Territoires du Nord-Ouest	1951	13.4	16.3	17.0	9.8	16.9	4.9
	1961	5.3	9.4	6.0	11.2	5.1	7.6

TABLEAU 4-11 SALARIÉS DÉCLARANT DES GAINS ET ÂGÉS DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE, GAIN MÉDIAN, NOMBRE ET RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES SALARIÉS SELON LE MONTANT DU GAIN DURANT LES 12 MOIS ANTÉRIEURS À LA DATE DU RECENSEMENT—CANADA, PROVINCES ET TERRITOIRES, 1951 ET 1961—*Fin*

Province	Année	Salariés déclarant des gains, selon le montant des gains					
		$3,000–3,999		$4,000–5,999		$6,000[a]	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
		%	%	%	%	%	%
Canada	1951	12.0	1.2	4.2	0.2	1.5	0.03
	1961	22.1	15.8	29.3	6.3	12.4	1.2
Terre-Neuve	1951	6.5	0.3	2.3	0.08	0.7	0.007
	1961	19.3	9.1	18.2	2.6	6.7	0.3
Île-du-Prince-Édouard	1951	4.8	0.1	1.9	0.02	0.6	—
	1961	14.6	5.5	13.0	1.0	4.2	0.2
Nouvelle-Écosse	1951	7.8	0.6	2.4	0.1	0.06	0.01
	1961	21.3	10.1	20.9	3.3	7.0	0.6
Nouveau-Brunswick	1951	6.8	0.3	2.3	0.1	0.7	—
	1961	20.6	9.6	18.3	2.8	5.8	0.3
Québec	1951	9.1	0.8	3.4	0.1	1.5	—
	1961	23.3	14.1	25.0	4.7	10.2	0.7
Ontario	1951	14.9	1.7	5.2	0.3	1.8	—
	1961	21.8	18.3	33.8	7.4	14.8	1.6
Manitoba	1951	10.9	0.7	4.0	—	1.6	—
	1961	24.4	13.3	28.0	5.2	11.0	0.9
Saskatchewan	1951	8.6	0.5	3.1	0.1	0.7	—
	1961	22.7	14.3	24.4	8.1	9.9	1.0
Alberta	1951	11.9	1.0	4.3	0.1	1.4	—
	1961	22.7	15.5	29.1	7.6	13.6	1.2
Colombie-Britannique	1951	15.4	1.7	4.6	0.3	1.4	—
	1961	19.8	17.9	36.6	8.0	15.7	1.6
Yukon	1951	26.1	6.6	9.9	0.7	1.4	—
	1961	13.8	21.4	39.1	13.7	21.8	1.5
Territoires du Nord-Ouest	1951	25.8	4.9	9.2	—	1.3	—
	1961	13.6	15.8	30.6	16.8	27.3	4.0

[a] Ne comprend pas les salariés qui *n'ont pas déclaré* de gain ni les salariés qui n'ont pas travaillé à salaire durant les 12 mois antérieurs à la date du recensement, 1er juin 1961 (membres des communautés religieuses qui n'ont reçu qu'une rémunération en nature, etc.).

SOURCE: Bureau fédéral de la Statistique, *Recensement du Canada, 1961*, vol. III, partie 3, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, tableau 9.

TABLEAU 4-12 POURCENTAGE DES SALARIÉS GAGNANT MOINS DE $2,000 PAR ANNÉE, SELON LE SEXE, CANADA ET PROVINCES, RÉGIONS RURALES ET RÉGIONS URBAINES, 1961

Province	Hommes	Femmes
Canada		
Régions rurales	38.5	66.8
Régions urbaines	15.7	47.5
Terre-Neuve		
Régions rurales	55.6	86.0
Régions urbaines	24.2	67.5
Île-du-Prince-Édouard		
Régions rurales	60.1	77.0
Régions urbaines	30.4	71.1
Nouvelle-Écosse		
Régions rurales	43.3	72.8
Régions urbaines	21.2	59.5
Nouveau-Brunswick		
Régions rurales	51.4	74.5
Régions urbaines	19.8	58.8
Québec		
Régions rurales	48.1	70.6
Régions urbaines	17.3	49.7
Ontario		
Régions rurales	29.2	60.5
Régions urbaines	13.4	44.0
Manitoba		
Régions rurales	41.6	60.7
Régions urbaines	15.5	52.0
Saskatchewan		
Régions rurales	45.9	61.1
Régions urbaines	17.2	47.1
Alberta		
Régions rurales	38.2	61.4
Régions urbaines	15.7	48.2
Colombie-Britannique		
Régions rurales	21.7	59.5
Régions urbaines	15.6	44.3

SOURCE: D'après le Bureau fédéral de la statistique, *Recensement du Canada, 1961*, vol. III, partie 3, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, tableau 14.

De 1951 à 1961, l'indice général des prix a monté de 23.6 p. 100 au Canada[1]. Au cours de la décennie, le pouvoir d'achat du dollar canadien a diminué dans la même proportion. Si nous voulons savoir à peu près combien de dollars une personne devait gagner en 1961 pour acheter autant de biens et services qu'en 1951 avec $2,000, nous devons ajouter à ce montant 23.6 p. 100. Cela veut donc dire que, du point de vue du pouvoir d'achat, des gains de $2,472 en 1961 équivalaient à des gains de $2,000 en 1951.

Pour établir une comparaison de la répartition des gains entre 1951 et 1961, du point de vue du pouvoir d'achat de ces gains durant les deux années, il faut comparer les personnes qui gagnaient moins de $2,000 en 1951 avec celles qui gagnaient $2,499[2] ou moins en 1961. D'après le tableau 4-11, 44.3 p. 100 de tous les hommes salariés gagnaient moins de $2,000 en 1951 tandis que, en 1961, 28.4 p. 100 gagnaient moins de $2,500. Pour les salariées, les proportions correspondantes étaient de 86 et de 65.7 p. 100. D'après les données disponibles, il semble que la situation financière réelle des salariés à faible revenu se soit améliorée à un rythme beaucoup moins rapide que ne l'indiquent les chiffres exprimés en dollars courants.

On ne peut pas dire non plus que le salarié moyen jouisse d'une grande aisance. En 1961 par exemple, comme l'indique le tableau 4-11, les gains *médians* (en dollars *courants*) des salariés canadiens ont atteint $3,625 pour les hommes et $1,990 pour les femmes[3], et la proportion des personnes gagnant plus de $6,000, tout en ayant fort augmenté depuis 1951, ne représentait que 12.4 p. 100 des hommes salariés et 1.2 p. 100 des salariées.

Le revenu moyen national peut masquer de grandes variations d'une province et même d'une région à une autre. En 1961, par exemple, seulement 16 p. 100 environ des hommes salariés de l'Ontario et de la Colombie-Britannique gagnaient moins de $2,000, tandis que, dans les provinces atlantiques, le pourcentage variait entre 29.8 et 46.6 p. 100. La valeur de ces comparaisons est limitée car les données ne comprennent pas en général les personnes dont les revenus proviennent de l'agriculture ou d'autres secteurs où le gain n'est pas surtout constitué d'un salaire et qui ne sont pas touchés par les fluctuations de prix d'une région à une autre. Les comparaisons sont, cependant, assez exactes pour indiquer que les faibles revenus se rencontrent surtout dans certaines régions du Canada.

D'après le tableau 4-12, il est aussi évident que les gains diffèrent d'une région à une autre; en 1961, dans chacune des provinces, le nombre

---

[1] Ce pourcentage est fondé sur l'indice synthétique des prix de la Dépense nationale brute qui est passé de 86.3 en 1951 à 106.7 en 1961 (base de l'indice: 1957 = 100). Les données sont tirées du Bureau fédéral de la statistique, *Comptes nationaux, revenus et dépenses, par trimestre, 1947-1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, pp. 75 et 77.

[2] Afin d'obtenir des données réelles comparables entre 1951 et 1961, nous avons ajouté, en 1961, le groupe de $2,000 et $2,499 pour tenir compte ainsi de l'augmentation de 23.6 p. 100 de l'indice général des prix au cours de la décennie dont il est question ci-dessus.

[3] Le gain médian est le montant qui divise également en deux l'ensemble des salariés. Cinquante pour cent des salariés ont gagné plus et 50 p. 100 ont gagné moins que le montant en question.

des hommes salariés gagnant moins de $2,000 a été deux fois plus élevé dans les régions rurales que dans les régions urbaines. La différence est encore plus grande dans le cas des femmes.

Même s'il existe encore un grand nombre de Canadiens qui ne gagnent qu'un faible revenu, cela aurait peu d'importance du point de vue social s'il s'agissait de jeunes célibataires en santé qui ne font qu'entreprendre leur vie active ou de femmes mariées dont le mari gagne un salaire suffisant. Malheureusement, les statistiques dont nous disposons actuellement ne nous permettent pas de distinguer ces personnes de celles pour qui un faible salaire constitue un réel désavantage. Par ailleurs, une bonne proportion du groupe est formée de couples mariés ayant des enfants dont les ressources leur assurent difficilement plus que le strict nécessaire. En effet, comme le montrent les tableaux 4-7 à 4-9, même dans le cas des familles dont le seul salarié gagne moins de $3,000 par année, nous pouvons difficilement dire que leur revenu suffit au strict nécessaire, y compris les soins médicaux suffisants.

Nous reconnaissons que certaines personnes en 1961, à cause de leur jeunesse ou de leurs responsabilités limitées, pouvaient avec leur revenu de $2,000 se procurer les services de santé dont ils avaient besoin. Cependant, comme un nombre assez considérable de Canadiens ne gagnaient même pas ce revenu, il existe encore une forte tranche de notre population qui peut avoir besoin de soins de santé qu'elle ne peut payer. Au chapitre 18, il est indiqué jusqu'à quel point l'assistance publique pourvoit à ces besoins.

La pauvreté est relative et il existe toujours des familles à faible revenu, même si la plupart des Canadiens sont plus à l'aise qu'il y a une génération. Nombre de particuliers et de familles ont accru leurs revenus, mais il subsiste une forte proportion de Canadiens dont le revenu les tient au niveau ou en bas du niveau de vie qui est considéré comme le minimum au Canada.

5

L'état de santé de la population canadienne

INTRODUCTION

Les services de santé ont pour but de préserver ou d'améliorer l'état de santé de la population ou de réduire l'importance des conséquences de la maladie. En dernière analyse, leur efficacité sera donc jugée dans la mesure où ils nous permettent de prévenir la maladie, de la diagnostiquer ou de la traiter avec succès, et de réadapter ceux que la maladie ou des blessures ont rendus physiquement ou mentalement invalides.

Une évaluation de l'état de santé des Canadiens devient donc une condition préalable nécessaire à un examen complet de nos services de santé qui, tout comme la plupart de nos autres organismes, ont tendance à se perpétuer d'eux-mêmes. Plus ces institutions et ces structures deviennent lourdes, complexes et coûteuses, plus il est nécessaire de les évaluer en fonction de leurs objectifs fondamentaux[1].

Mesure de la santé en fonction de la maladie

L'évaluation quantitative de l'état de santé d'une population fait surtout appel à la méthode traditionnelle qui consiste à mesurer les manifestations de mauvaise santé. Elles peuvent se présenter sous forme de maladie physique ou mentale, de blessure ou d'altération de la santé, ou de ce qu'on appelle la «morbidité».

La morbidité est un état de santé inférieur à une norme donnée; elle peut avoir pour cause une maladie, un traumatisme ou une altération des forces. Cependant, selon son but, la norme peut varier depuis la parfaite santé et la capacité d'entreprendre les tâches physiques et mentales les plus ardues jusqu'à un état de santé à peine suffisant pour poursuivre certaines activités ordinaires de la vie quotidienne. Donc, en déterminant ce qui pourrait constituer une norme souhaitable, il faut tenir compte de critères objectifs et subjectifs.

---

[1] L'un des éléments indispensables à une telle évaluation est la disponibilité de statistiques et d'autres données concrètes adéquates. Toutefois, il reste beaucoup à faire pour doter le domaine de la santé d'une statistique comparable à celle d'autres secteurs de notre organisation sociale.

Les critères objectifs sont ceux qui sont établis par les organismes ou les institutions qui exigent un certain état de santé pour l'exécution de certaines tâches, par exemple la santé exigée des personnes entrant dans les Forces armées, de celles qui doivent exécuter certaines tâches très ardues (comme les pilotes, les agents de police et les pompiers), ainsi que certains travaux particuliers de l'industrie ou de la fonction publique. Ces critères sont objectifs seulement dans la mesure où l'on examine la santé de l'intéressé en fonction de la tâche qui lui est confiée. Une personne apte à un genre d'activité peut ne pas être apte à un autre genre d'activité.

Les critères objectifs peuvent aussi se fonder sur les connaissances et l'expérience médicales qui permettent au médecin de déterminer au-delà de tout doute raisonnable si la santé est ébranlée.

Les critères subjectifs impliquent que l'individu juge si son état de santé lui permet de remplir certaines fonctions. Ces critères varient encore plus parce que le même état morbide affectera divers individus de diverses façons. Une personne peut ne pas faire de cas d'un mal de tête qui, pour elle, est seulement un désagrément passager qui ne nuit pas à son bien-être général, tandis qu'une autre voudra voir le médecin et interrompre son activité normale[1]. Même si les défauts de santé ont des effets variables sur l'organisme de l'individu, l'existence ou l'absence de tels défauts peut, bien entendu, s'établir souvent de façon objective.

L'évaluation de la santé présente de nombreuses difficultés. Le passage part, dépendre de la formation de ce dernier et de la possibilité qu'il a de disposer de services diagnostiques modernes. L'interprétation par le médecin de symptômes même objectivement déterminés peut conduire à des diagnostics différents.

Compte tenu des critères et objectifs et subjectifs, nous parvenons à une conception de la santé qui nous permet de déterminer un état de bien-être qui rend les gens capables d'exécuter certaines tâches et de mener une vie satisfaisante. Si ce double but n'est pas atteint, à cause de maladie physique ou mentale, ou bien à cause d'une affection, d'un traumatisme ou d'une autre altération de la santé, nous parlons de morbidité. Le concept dont on se sert alors généralement est celui de santé satisfaisante par rapport à certains buts et non pas de «parfaite» santé ou de santé *per se*[2].

Par santé satisfaisante nous entendons les normes de santé les plus élevées qu'il nous soit possible d'assurer aux Canadiens en utilisant le plus efficacement possible les ressources de plus en plus grandes de notre pays,

---

[1] L'enquête sur la maladie au Canada, menée par le Bureau fédéral de la statistique et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en 1950-1951, a montré que les gens de Terre-Neuve déclaraient proportionnellement moins de maladies bénignes que ceux de la Colombie-Britannique. Cela peut être dû à diverses raisons, mais l'une des explications possibles serait la différence entre ce qui constitue un état de santé satisfaisant aux yeux des habitants de Terre-Neuve d'une part, et aux yeux des gens de la Colombie-Britannique d'autre part.

[2] Le problème de parvenir à un concept de santé positif généralement acceptable et mesurable a fait l'objet d'importantes études, mais on est loin de lui avoir donné une solution définitive.

et en faisant usage de tous les services de prophylaxie, de diagnostic, de traitement et de réadaptation que nous sommes capables d'offrir[1].

L'évaluation de la santé présente de nombreuses difficultés. Le passage de la bonne à la mauvaise santé—ou morbidité—est souvent progressif et, par conséquent, il faut du discernement pour déterminer le point où l'un des états finit et où l'autre commence. Nous devons souvent nous en remettre au jugement subjectif du malade ou à l'art, plutôt qu'à la science du médecin. Il en est ainsi dans tout le cours des diverses étapes de la maladie jusqu'à son paroxysme, c'est-à-dire la mort.

Voilà pourquoi la mesure de la mortalité est demeurée seule l'indicateur le plus sûr des conditions de la santé. On ne peut plus, cependant, la retenir comme unique indicateur. L'un des résultats les plus phénoménaux des progrès dans le domaine des soins de santé est la lutte victorieuse contre certaines maladies autrefois mortelles, notamment les maladies infectieuses, ainsi que l'élimination ou le retardement de la mort pour d'autres maladies. Aussi l'importance de la question des longues maladies, qui constituent maintenant le plus gros problème de la santé, ne réside-t-elle pas uniquement dans les décès qu'elles causent—car certaines, comme les maladies mentales et l'arthrite, ont un très faible taux de mortalité—mais aussi dans leur durée, dans l'étendue et la gravité de l'invalidité qu'elles entraînent, et dans la quantité de services qu'elles réclament. Ces facteurs ne se reflètent pas dans les données relatives à la mortalité. Mais, dès que nous passons du fait bien manifeste de la mort à d'autres caractéristiques de la morbidité, nous éprouvons de la difficulté à établir les faits avec certitude et objectivité. Les efforts déployés par la science pour déterminer la quantité des caractéristiques de la morbidité autres que la mort sont relativement récents et, jusqu'à ce jour, on a fait peu ou point d'efforts au Canada pour établir systématiquement un ensemble intégré de données qui serviraient de supplément aux statistiques bien établies de la mortalité. Dans les mémoires présentés à la Commission, il est souvent question de l'insuffisance des données relatives aux besoins et à l'état de santé du Canada. Pour le moment, nous n'avons à notre disposition que la statistique de la mortalité et quelques statistiques hospitalières pour connaître les tendances chronologiques et pour établir des comparaisons avec d'autres pays. Ces données elles-mêmes ont besoin d'être améliorées pour pouvoir s'adapter aux problèmes de santé actuels.

L'insuffisance des données obligera à se reporter à des sources qui sont souvent périmées ou de portée restreinte, et à se prononcer sur leur valeur en général. Cependant, nous estimons que les données du présent chapitre semblent suffisantes pour permettre une évaluation raisonnable de l'état de santé des Canadiens et des principaux problèmes de santé qui se posent présentement dans notre pays. Néanmoins, le besoin d'améliorer et d'augmenter les données relatives à la santé des Canadiens représente une tâche future importante[2].

---

[1] Pour un énoncé des principes dont l'application permet de parvenir aux normes de santé les plus élevées possible, voir la Charte de santé des Canadiens au chapitre 1.

[2] Voir chapitre 2, recommandations 184, et 186-189.

MORTALITÉ ET DURÉE DE LA VIE

Tendances de la mortalité générale au Canada de 1931 à 1960

La mortalité générale est la mortalité due à toutes les causes de décès, sans tenir compte de la mort occasionnée par des maladies déterminées. Quatre mesures de la mortalité, différentes bien que reliées entre elles, sont présentées au tableau 5-1[1].

1. *Le nombre de décès* (*col. 1*): Le nombre de décès survenant dans le pays dépendra largement du chiffre de la population. Comme la population du Canada a augmenté, il faut s'attendre à ce que le nombre des décès augmente, lui aussi. C'est pourquoi le nombre de décès, qui représente une valeur absolue, ne permet pas, sans autre donnée, de tirer des conclusions au sujet des conditions de la santé. Cependant, le fait qu'il soit passé d'environ 100,000 en 1931 à environ 140,000 en 1961 indique une augmentation du nombre des décès, par conséquent un plus grand nombre de maladies et d'accidents mortels correspondant à une plus grande demande de services de traitement pour ces maladies. Cela rappelle que, même lorsque les conditions de la santé s'améliorent, il faut s'attendre à voir la demande de services augmenter à mesure que la population augmente.

2. *Le taux brut de mortalité* (*col. 2*): Afin de déterminer si la mortalité est proportionnellement supérieure ou inférieure aujourd'hui, il nous faut la dissocier de l'accroissement de la population et voir ce qui se serait produit si le chiffre de la population était resté le même. On y parvient en utilisant une proportion qui indique le nombre de décès survenus chaque année pour 1,000 habitants. Le taux brut de mortalité montre qu'en 1960 la moyenne des décès pour 1,000 habitants n'était que de 7.8, alors qu'elle était de 10.2 en 1931. La mortalité a donc baissé d'environ 25 p. 100 d'après cette mesure, bien que le nombre total des décès ait augmenté en valeur absolue. Cette mesure est donc indépendante du chiffre de la population, mais elle ne tient pas compte des variations de la composition, selon l'âge et le sexe de la population. Néanmoins, le taux brut de mortalité reflète d'une année à l'autre les variations de la mortalité et est, par conséquent, une utile mesure générale des tendances et un instrument de comparaison avec d'autres pays, à défaut d'indicateurs plus perfectionnés.

3. *Le taux normalisé de mortalité* (*col. 3*): Ce taux est rectifié de façon à éliminer l'effet de la variation des différents âges et sexes de

[1] Les taux sont établis comme suit dans le présent chapitre sauf indication contraire: taux de mortalité général (décès dus à toutes les causes) pour 1,000 habitants; taux par causes pour 100,000 habitants; taux de mortalité infantile pour 1,000 naissances vivantes; taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes.

la population. Nous savons que les risques de décès augmentent avec l'âge. Donc, plus la proportion de personnes âgées est grande, plus le nombre de décès devrait être élevé. Le taux normalisé ou corrigé est calculé en appliquant le nombre de gens de chaque âge qui meurent chaque année à une population dont la composition par âge est uniforme[1].

4. *Le taux de mortalité proportionnel à l'âge (col. 4)*: Il s'agit d'un taux de mortalité établi en calculant le nombre des décès par l'inverse de l'âge auquel ils surviennent. Cela élimine le besoin de s'en rapporter à une répartition particulière selon l'âge de la population, et reflète le fait que d'une façon générale l'incidence sociale de la mort est d'autant moins important qu'elle survient à un âge plus avancé[2]. Selon cette mesure, la mortalité a baissé de 39 p. 100 entre 1931 et 1960.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la santé est considérée d'autant meilleure que la mortalité est faible. Cela peut se justifier dans une large mesure, parce que la diminution de la mortalité constitue une diminution de la conséquence dernière de la mauvaise santé; mais, si nous réussissons à maintenir les gens en vie plus longtemps, nous devons faire face à la tâche de les maintenir en meilleure santé. Vie n'est pas synonyme de santé. Nous réussissons aujourd'hui à prolonger la vie de nombreux malades sans toujours les guérir. Mais «tant qu'il y a de la vie, il y a de l'espoir» et, lorsqu'on a prolongé la vie, il reste toujours la possibilité, ou l'espoir d'une guérison ou d'un arrêt du processus morbide. Une mortalité réduite est donc au moins un premier pas vers une meilleure santé. Le taux de mortalité ne renseigne pas complètement, cependant, parce qu'il ne reflète ni les modifications qui surviennent dans des domaines comme l'hygiène mentale, ni les maladies qui rendent invalide sans entraîner nécessairement la mort.

Différences dues à l'âge, au sexe et à la région

La diminution de la mortalité ne s'est pas également répartie entre les divers groupes d'âge et entre les sexes de la population. Le taux brut de

---

[1] Dans notre tableau, il s'agit de la population du Canada en 1956, année située à mi-chemin entre deux recensements décennaux et entre deux révisions du classement international des maladies.

[2] Si l'on admet que la contribution d'un individu à la société atteint son point culminant lorsqu'il approche du sommet de sa carrière et qu'il a élevé ses enfants, on peut alors supposer que sa mort inévitable sera d'autant moins préjudiciable à la société qu'elle surviendra à un âge plus avancé. On peut exprimer cela sous forme statistique en calculant le nombre des décès selon l'âge auquel ils surviennent, le poids diminuant à mesure que l'âge augmente. Cette méthode simplifie trop les répercussions de la mort chez certains groupes de jeunes, mais elle est valable pour la grande majorité des décès au Canada, où 77 p. 100 environ des décès sont survenus à 50 ans et plus et 80 p. 100 à 45 ans et plus en 1960. Voir également R. Kohn, *An Objective Mortality Indicator*, dans *Canadian Journal of Public Health*, septembre 1951, vol. 42, pp. 375-379.

TABLEAU 5-1 MORTALITÉ AU CANADA DE 1931 À 1960

Année	Nombre de décès*	Taux brut de mortalité*	Taux normalisé de mortalité*	Taux de mortalité proportionnel à l'âge†
	(1)	(2)	(3)	(4)
1931	108,446	10.2	12.2	20.8
1932	108,161	10.0	12.1	20.3
1933	105,603	9.7	11.6	19.4
1934	105,277	9.5	11.4	18.9
1935	109,724	9.9	11.6	19.2
1936	111,111	9.9	11.5	20.3
1937	118,019	10.4	12.1	20.4
1938	110,647	9.7	11.1	18.3
1939	112,729	9.7	11.1	18.4
1940	114,717	9.8	11.0	18.2
1941	118,797	10.1	11.2	18.6
1942	117,110	9.8	10.7	17.7
1943	122,640	10.1	11.0	18.3
1944	120,393	9.8	10.5	17.4
1945	117,325	9.5	9.3	16.4
1946	118,785	9.4	9.9	16.2
1947	121,503	9.4	9.7	15.7
1948	122,974	9.3	9.5	15.2
1949	124,567	9.3	9.4	14.9
1950	124,220	9.1	9.1	14.5
1951	125,823	9.0	9.0	14.3
1952	126,385	8.7	8.8	13.9
1953	127,791	8.6	8.6	13.7
1954	124,855	8.2	8.2	13.0
1955	128,476	8.2	8.2	13.0
1956	131,961	8.2	8.2	13.4
1957	136,579	8.2	8.3	13.0
1958	135,201	7.9	8.0	12.7
1959	139,913	8.0	8.1	12.8
1960	139,693	7.8	7.9	12.6
1961‡	140,985	7.7	—	—

* Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, pp. 30 et 115.

† Calculs fondés sur la statistique citée dans *a*) ci-dessus; pour la méthode, voir: R. Kohn, *An Objective Mortality Indicator*, dans *Canadian Journal of Public Health*, vol. 42, septembre 1951, pp. 375-379.

‡ Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1961, Rapport annuel préliminaire*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 4.

SOURCE: R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

TABLEAU 5-2 POPULATION HYPOTHÉTIQUE DU CANADA EN 1961 SI LE TAUX DE MORTALITÉ DE 1926 S'ÉTAIT MAINTENU

(en milliers)

Année	(1) Population (d'après la ligne immédiatement supérieure de la col. 7)	(2) Taux de natalité (pour 1,000 habitants)	(3) Nombre de naissances calculé (1) x (2) / 1,000	(4) Solde migratoire	(5) Total (1)+(3)+(4)	(6) Nombre de décès calculé (1) x 11.4 / 1,000	(7) Population hypothétique (5)−(6)
1926	9,717	24.7	240	29	9,986	111	9,875
1927	9,875	24.3	240	55	10,170	113	10,057
1928	10,057	24.1	242	69	10,368	115	10,253
1929	10,253	23.5	241	72	10,566	117	10,449
1930	10,449	23.9	250	47	10,746	119	10,627
1931	10,627	23.2	247	35	10,909	121	10,788
1932	10,788	22.5	243	1	11,032	123	10,909
1933	10,909	21.0	229	1	11,139	124	11,015
1934	11,015	20.7	228	−13	11,230	126	11,104
1935	11,104	20.5	228	−13	11,319	127	11,192
1936	11,192	20.3	227	−10	11,409	128	11,281
1937	11,281	20.1	227	−13	11,495	129	11,366
1938	11,366	20.7	235	−17	11,584	130	11,454
1939	11,454	20.6	236	−8	11,682	131	11,551
1940	11,551	21.6	249	−21	11,779	132	11,647
1941	11,647	22.4	261	−17	11,891	133	11,758
1942	11,758	23.5	276	−12	12,022	134	11,888
1943	11,888	24.2	288	−24	12,152	136	12,016
1944	12,016	24.0	288	−20	12,284	137	12,147
1945	12,147	24.3	295	−51	12,391	138	12,253
1946	12,253	27.2	333	3	12,589	140	12,449
1947	12,449	28.9	360	15	12,824	142	12,682
1948	12,682	27.3	346	42	13,070	145	12,925
1949	12,925	27.3	353	37	13,315	147	13,168
1950	13,168	27.1	357	17	13,542	150	13,392
1951	13,392	27.2	364	42	13,798	153	13,645
1952	13,645	27.9	381	173	14,199	156	14,043
1953	14,043	28.1	395	96	14,534	160	14,374
1954	14,374	28.5	410	131	14,915	164	14,751
1955	14,751	28.2	416	97	15,264	168	15,096
1956	15,096	28.0	423	64	15,583	172	15,411
1957	15,411	28.3	436	196	16,043	176	15,867
1958	15,867	27.6	438	135	16,440	181	16,259
1959	16,259	27.5	447	64	16,770	185	16,585
1960	16,585	26.9	446	48	17,079	189	16,890
1961	16,890	26.1	441	33	17,364	193	17,171

Population réelle de 1961	18,238,000
Population hypothétique de 1961, col. 7	17,171,000
Augmentation due au déclin de la mortalité	1,067,000

SOURCE: R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

mortalité en 1960 était de 9.1 pour 1,000 habitants chez les hommes et de 6.6 chez les femmes. Si, à l'aide du taux normalisé[1], nous rectifions la répartition par groupes d'âge entre les hommes et les femmes, nous constatons que le déclin plus rapide de la mortalité chez les femmes a créé un écart qui s'accentue sans cesse entre les taux de mortalité des deux sexes. En 1930, le taux normalisé des femmes représentait 92 p. 100 de celui des hommes; en 1960, il n'atteignait que 71 p. 100; certaines des causes du décès des hommes à un plus jeune âge seront indiquées dans les pages suivantes.

TAUX DE MORTALITÉ

Année	Hommes	Femmes
1930	13.5	12.4
1940	11.8	10.2
1950	10.1	8.1
1960	9.3	6.6

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 30.

La mortalité est très élevée pendant la première année de l'existence, elle est à son minimum au cours de l'enfance, de l'adolescence et chez les jeunes adultes et, comme on peut s'y attendre, elle augmente considérablement chez les personnes âgées.

Le tableau 5-3 indique que la mortalité est seulement le tiers de ce qu'elle était en 1930. Les taux de mortalité des autres groupes d'âge jeune, qui étaient déjà relativement faibles il y a trente ans, ont été réduits à peu près de moitié au cours des trente dernières années. Mais la diminution a été très faible chez les groupes d'âge de plus de quarante-cinq ans[2].

Les différences régionales apparaissent dans les taux de mortalité par province donnés au tableau 5-4. La place occupée par plusieurs provinces en 1960 est différente de celle qu'elles occupaient en 1959. Les régions qui avaient le taux normalisé le plus faible et le plus élevé sont les mêmes pour les deux années (1959 et 1960), à savoir, respectivement, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest.

Durée de la vie

La durée de la vie est considérée comme un indicateur particulièrement utile pour l'évaluation des conditions de santé générale. La durée de la vie est le résultat direct des conditions qui déterminent les régimes de

[1] Par rapport à la population du Canada en 1956.

[2] Les fluctuations du groupe de «85 ans et plus» sont peut-être dues à de faibles fréquences et peut-être aussi aux variations de la composition par âge de ce groupe.

TABLEAU 5-3 TAUX DE MORTALITÉ PROPRES À CHAQUE ÂGE SELON LE SEXE AU CANADA EN 1960, 1950, 1930

Âge	1960		1950		1930	
	H.	F.	H.	F.	H.	F.
Moins de 1 an	30.8	23.7	46.2	36.5	98.4	79.7
1– 4	1.3	1.1	2.2	1.8	7.9	6.9
5– 9	0.7	0.4	1.0	0.7	2.6	2.0
10–14	0.6	0.3	0.8	0.6	1.7	1.6
15–19	1.3	0.5	1.4	0.8	2.8	2.8
20–24	1.5	0.6	1.7	1.0	3.7	3.6
25–29	1.5	0.7	1.7	1.2	3.7	4.1
30–34	1.6	0.9	1.9	1.4	3.7	4.1
35–39	2.4	1.5	2.6	2.2	4.6	4.9
40–44	3.3	2.1	4.0	3.2	5.8	6.0
45–49	6.0	3.5	6.6	4.7	7.7	7.1
50–54	9.4	5.4	10.0	6.6	10.8	9.3
55–59	15.5	8.1	15.6	10.1	15.7	13.7
60–64	24.3	13.3	25.1	16.1	23.2	20.1
65–69	35.7	21.7	36.4	26.4	37.4	32.8
70–74	55.1	35.6	54.9	42.8	58.0	50.7
75–79	83.6	59.6	84.7	69.9	93.2	82.6
80–84	131.6	106.3	132.2	115.3	141.3	132.8
85 et plus	237.8	219.8	222.9	209.1	242.0	233.5

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 126-129.

TABLEAU 5-4 TAUX DE MORTALITÉ, POUR LE CANADA ET LES PROVINCES, EN 1960

Province	Taux brut	Taux normalisé*
Terre-Neuve	6.6	7.8
Île-du-Prince-Édouard	9.3	7.2
Nouvelle-Écosse	8.4	7.6
Nouveau-Brunswick	7.8	7.7
Québec	6.9	9.0
Ontario	8.5	8.1
Manitoba	8.3	7.4
Saskatchewan	7.5	6.7
Alberta	6.9	7.4
Colombie-Britannique	9.2	7.5
Yukon	6.9	7.5
Territoires du Nord-Ouest	14.2	14.7
CANADA	7.8	7.9

* Normalisé par rapport à la population du Canada au Recensement de 1956.

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, pp. 115 et 130.

mortalité. Par conséquent, ce que nous avons dit à propos de la réduction et des différences de la mortalité s'appliquera aussi aux variations de durée de la vie. Pour déterminer la durée de vie des Canadiens, nous disposons de deux mesures: l'âge moyen au décès et l'espérance de vie à la naissance.

L'âge moyen au décès indique la durée de la vie de ceux qui meurent pendant l'année en cours. Ce sont des gens qui ont vécu dans les conditions de santé du passé. Ils n'ont pas pleinement bénéficié des récents progrès des soins médicaux. L'espérance de la vie à la naissance, d'autre part, nous indique ce que sera vraisemblablement le régime de vie des bébés nés aujourd'hui, si le régime actuel de mortalité devait prédominer pendant tout le cours de leur vie. La durée réelle de leur vie sera différente de celle des chiffres figurant au tableau de survie d'aujourd'hui; si la mortalité continue de baisser, ils subiront l'effet de ces changements de conditions au cours des prochaines décennies de leur vie.

Pour les personnes d'âge mûr, la longévité se situera en fait entre celle des personnes qui meurent aujourd'hui et celle des bébés qui naissent maintenant. Ainsi, l'âge moyen au décès des Canadiens se situe aujourd'hui aux environs de 60 ans; on pourrait donc supposer ce qui suit: il y a 60 ans, l'espérance de la vie à la naissance était de 60 ans, mais en réalité elle n'était alors que de 50 ans environ[1].

Le tableau suivant indique, pour certaines années, l'âge moyen au décès, c'est-à-dire la durée moyenne de la vie des personnes qui sont mortes au cours de chacune de ces années. La différence de plus en plus grande entre les sexes y apparaît aussi nettement que dans le cas des taux de mortalité.

ÂGE MOYEN AU DÉCÈS

Année	Hommes	Femmes
1930	42.2	43.5
1940	52.3	53.7
1950	55.6	58.0
1960	59.5	62.7

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 119, et aussi, communication du Bureau fédéral de la statistique.

Ces chiffres ne sont pas rectifiés selon la composition par âge de la population; pour cette raison, il est difficile de dire dans quelle proportion l'augmentation est due à l'amélioration des conditions de santé et des conditions de vie, et dans quelle proportion elle résulte des variations de la composition par âge. Par exemple, l'augmentation de dix ans de l'âge moyen au décès entre 1930 et 1940 tient en partie à l'augmentation exceptionnelle

[1] Faute de connaître les chiffres relatifs au Canada pour la période qui se situe aux environs de 1900, nous avons emprunté ce chiffre aux tableaux de survie des États-Unis où la situation est très peu différente de celle du Canada.

de la proportion des personnes de plus de cinquante ans dans la population, augmentation qui est elle-même due en partie au taux de natalité plus faible et au solde migratoire de cette décennie. D'autre part, l'augmentation de l'âge moyen au décès entre 1940 et 1950 s'est produite en dépit d'une légère diminution de la proportion des personnes âgées de plus de cinquante ans. Il n'en reste pas moins que les Canadiens qui touchent à la fin de leur vie aujourd'hui ont en moyenne vécu près de vingt ans de plus que leurs aînés, morts il y a trente ans.

A titre d'exemple des conséquences qu'implique cet allongement de la vie, nous pouvons examiner son effet sur la productivité: vie économique. Supposons qu'elle débute, approximativement, à l'âge de quinze ans; la durée de la vie active des personnes mortes en 1930 aura été d'environ vingt-sept ans pour les hommes et d'environ vingt-neuf ans pour les femmes. En 1960, la durée de la vie active était de quarante-cinq ans pour les hommes et de quarante-huit ans pour les femmes, soit au cours d'une période de trente ans, une augmentation représentant à peu près les deux tiers de la durée de la vie active en 1930. Il faut remarquer, cependant, qu'il s'agit ici de la durée potentielle de la vie active, et non pas de sa durée réelle. Cette dernière serait en effet réduite de la durée moyenne de la période d'invalidité antérieure à la mort.

Les tableaux de survie montre l'espérance de la vie à différents âges d'après les probabilités de décès ou de survie à un âge donné, ces probabilités étant calculées en fonction du régime courant de mortalité. Si ce régime prédomine à partir de la naissance, l'espérance de la vie à la naissance indique la durée éventuelle moyenne de la vie. L'espérance de la vie à la naissance a augmenté comme il suit pour les Canadiens:

ESPÉRANCE DE LA VIE À LA NAISSANCE

Année	Hommes*	Femmes*
1931	60.00	62.10
1941	62.96	66.30
1951	66.33	70.83
1956	67.61	72.92
1961	68.35	74.17

* Le total des deux sexes est parfois obtenu en prenant la moyenne non pondérée des deux ensembles de chiffres. Cela donne une assez bonne idée générale, sans être cependant très précis. Pour les nombreuses fins auxquelles servent les valeurs de l'ensemble de la population (les deux sexes), il serait utile que des valeurs soient incorporées au tableau de survie.

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 62, et *Tables canadiennes de survie, 1960-1962*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, pp. 6 et 8.

Le Canada et les autres pays

L'une des méthodes qui permet d'évaluer l'état de santé de la population du Canada consiste à comparer certains indicateurs de la santé au Canada et dans d'autres pays. Pour évaluer la situation au Canada, il faut la comparer avec celle d'autres pays dont la structure et les normes socio-économiques sont similaires. Les États-Unis, l'Angleterre et le pays de Galles, ainsi que certains pays scandinaves, font l'objet d'une comparaison portant sur certaines statistiques qui sont généralement considérées comme indicatives des conditions de la santé générale. Les données ont trait à l'année 1959.

Pays	Taux de mortalité infantile pour 1,000 naissances vivantes	Taux de la mortalité due à toutes les maladies infectieuses pour 100,000 habitants	Pourcentage de décès dus aux maladies infectieuses par rapport au total des décès	Taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes	Espérance de la vie à la naissance	Taux de mortalité générale brut pour 1,000 habitants
Canada	28.4	10.8	1.4	54.9	70.3	8.0
États-Unis	26.4	12.8	1.4	37.4	69.6	9.4
Angleterre et pays de Galles	22.2	13.7	1.2	38.7	71.0	11.6
Danemark	22.5	8.2	0.9	43.3	71.2	9.3
Norvège	18.7	12.6	1.4	39.7	72.9	8.9
Suède	16.6	10.9	1.2	23.8	72.6	9.5

SOURCE: Voir tableau 5-5.

La situation du Canada n'est pas aussi bonne que celle des cinq autres pays comparés ci-dessus en ce qui concerne la mortalité infantile et la mortalité maternelle. Remarquons, toutefois, que les taux du Canada sont le total net des taux provinciaux, qui varient beaucoup, comme le montre le tableau suivant relatif à 1959, année de la comparaison internationale.

La mortalité maternelle a varié de trente-six au Nouveau-Brunswick à 505 dans les Territoires du Nord-Ouest. La mortalité infantile a varié de vingt-quatre en Ontario et en Alberta à 129 dans les Territoires du Nord-Ouest.

La mortalité infantile est autant un problème social qu'un problème médical. La corrélation entre une mortalité infantile élevée et un faible niveau économique est montrée au tableau suivant qui classe les provinces[1] selon l'importance de la mortalité infantile et du revenu moyen par habitant, allant du meilleur au pire.

[1] La situation au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest est examinée à la fin du présent chapitre.

Province	Taux de mortalité infantile pour 1,000 naissances vivantes	Taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes
Terre-Neuve	39	81
Île-du-Prince-Édouard	31	Nil
Nouvelle-Écosse	31	42
Nouveau-Brunswick	33	36
Québec	33	73
Ontario	24	46
Manitoba	27	61
Saskatchewan	26	41
Alberta	24	37
Colombie-Britannique	25	43
Yukon	26	Nil
Territoires du Nord-Ouest	129	505
CANADA	28	55

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1959*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1961, pp. 66, 214 et 215.

Taux de mortalité infantile pour 1,000 habitants et rang des provinces, moyenne de 1959-1961			Revenu moyen par habitant, moyenne de 1959-1961		
Rang	Province	Taux	Rang	Province	Revenu en $
1	Ontario	23.5	1	Ontario	1,807
2	Colombie-Britannique	24.4	2	Colombie-Britannique	1,786
3	Alberta	25.7	3	Alberta	1,570
4	Saskatchewan	26.1	4	Manitoba	1,520
5	Manitoba	27.4	5	Saskatchewan	1,338
6	Nouvelle-Écosse	29.4	6	Québec	1,311
7	Nouveau-Brunswick	29.7	7	Nouvelle-Écosse	1,163
8	Québec	31.6	8	Nouveau-Brunswick	1,031
9	Île-du-Prince-Édouard	32.0	9	Île-du-Prince-Édouard	961
10	Terre-Neuve	37.5	10	Terre-Neuve	874

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1959, 1960, 1961*, et *Comptes nationaux, revenus et dépenses, 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine. La corrélation par la méthode des rangs est une statistique très significative (coefficient de corrélation par la méthode des rangs de Kendall: $\tau = 0.87$, et $\frac{S}{\sigma} = 3.5$).

TABLEAU 5-5 CERTAINES STATISTIQUES DE SANTÉ RELATIVES AU CANADA ET À D'AUTRES PAYS*, VERS 1959

Pays	Taux brut de mortalité pour 1,000 habitants	Taux de mortalité infantile pour 1,000 naissances vivantes	Décès de nourrissons en % du total des décès	Taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes	Taux de la mortalité due aux maladies infectieuses pour 100,000 habitants
AFRIQUE					
Égypte	16.6	145.0	34.3	—	66.3
AMÉRIQUE					
Argentine	8.8	61.8	16.3	—	—
Canada	*8.0*	*28.4*	*9.7*	*54.9*	*10.8*
Chili	12.5	119.7	33.9	—	—
Colombie	12.8	96.9	33.4	—	—
Jamaïque	10.0	67.8	26.3	—	—
Trinidad	9.1	62.2	25.4	—	—
États-Unis	9.4	26.4	6.8	37.4	12.8
Venezuela	9.2	55.3	31.6	130.1	67.4
ASIE					
Inde	12.1	100.0	20.6	—	—
Japon	7.5	33.7	7.9	146.4	49.1
EUROPE					
Autriche	12.5	39.8	5.6	97.3	33.2
Belgique	11.4	30.4	4.6	51.2	23.9
Danemark	9.3	22.5	3.9	43.3	8.2
Angleterre et pays de Galles	11.6	22.2	3.1	38.7	13.7
Finlande	8.8	23.6	5.1	67.3	36.2
France	11.3	29.5	4.8	55.0	32.6
Hongrie	10.4	52.4	7.6	80.0	41.8
Italie	9.3	45.4	9.0	108.9	29.7
Luxembourg	11.1	37.3	5.2	—	16.8
Hollande	7.6	16.8	4.7	50.0	9.1
Norvège	8.9	18.7	3.7	39.7	12.6
Pologne	8.6	71.9	20.6	—	—
Portugal	10.8	88.6	19.3	123.4	74.5
Espagne	9.0	47.1	11.4	—	40.7
Suède	9.5	16.6	2.5	23.8	10.9
Suisse	9.6	22.2	4.1	66.7	23.0
Allemagne de l'Ouest	10.8	34.3	5.2	108.4	22.4
OCÉANIE					
Australie	8.9	21.5	5.5	45.8	10.9
Nouvelle-Zélande	9.0	23.9	7.0	49.3	10.5
U.R.S.S.	7.6	40.6	—	—	—

TABLEAU 5-5 CERTAINES STATISTIQUES DE SANTÉ RELATIVES AU CANADA ET À D'AUTRES PAYS*, VERS 1959—*Fin*

Pays	Décès dus aux maladies infectieuses en % du total des décès	Taux de la mortalité de 1 à 4 ans pour 1,000 personnes	Espérance de la vie à la naissance	Population par médecin	Population par lit d'hôpital
AFRIQUE					
Égypte	3.5	50.8	—	2,700	480
AMÉRIQUE					
Argentine	—	—	—	730	160
Canada	*1.4*	*1.2*	*70.3*	*920*	*90*
Chili	—	—	—	1,700	260
Colombie	10.9	18.3	—	2,500	330
Jamaïque	—	—	—	4,300	240‡
Trinidad	5.1	3.2	61.5	2,600	240‡
États-Unis	1.4	1.1	69.6	790	110
Venezuela	7.3	8.8	—	1,400	290
ASIE					
Inde	—	—	—	5,200	2,000
Japon	6.6	2.8	67.6	930	120
EUROPE					
Autriche	2.7	1.7	64.4	620	110
Belgique	2.1	1.3	64.7	800	130
Danemark	0.9	1.0	71.2	830	110
Angleterre et pays de Galles	1.2	0.9	71.0	960	110
Finlande	4.1	1.4	—	1,600	110
France	2.9	1.4	68.1	950	110
Hongrie	3.9	1.7	67.2	650	150
Italie	3.3	2.2	67.9	620	110
Luxembourg	—	1.2	63.7	910	100
Hollande	1.2	1.3	72.5	900	130
Norvège	1.4	1.0	72.9	900	110
Pologne	7.4	—	65.9	1,100	150
Portugal	6.8	9.4	62.4	1,300	190
Espagne	—	—	—	1,000	310
Suède	1.2	0.9	72.6	1,100	90
Suisse	2.4	1.3	68.6	740	80
Allemagne de l'Ouest	2.0	1.4	69.2	730	100
OCÉANIE					
Australie	1.2	1.2	69.9	860	90
Nouvelle-Zélande	1.5	1.2	70.4	700	90
U.R.S.S.	—	—	67.5	550†	130

* Chiffres fondés sur *Statistique épidémiologique et démographique annuelle, 1959*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1962, et sur *Annuaire démographique de 1960*, Nations Unies, New York, 1961.

† 310 si l'on compte les «feldschers».

‡ Fédération des Antilles.

NOTA: Certaines des différences apparaissant au tableau peuvent être dues à la variation des années auxquelles ont trait les rapports (les chiffres d'espérance de la vie en particulier concernent les années comprises entre 1951 et 1959), aux différences de qualité des données de base ou aux différences entre les chiffres provisoires fournis aux Nations Unies et les chiffres définitifs des pays en question.

SOURCE: R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Ainsi, dans chaque province ou territoire, il y a moins d'un décès maternel par chaque centaine de naissances vivantes. Les décès de nourrissons dans les régions «en éveil» du Canada ne représentent qu'un faible pourcentage de l'ensemble des décès de nourrissons au Canada; ils influent donc très peu sur le taux national. En 1959, pas une seule province n'avait atteint le niveau des pays européens choisis pour fin de comparaison, mais la partie du Canada qui s'étend de l'Ontario à la côte occidentale avait des taux semblables à ceux des États-Unis.

Résumé

La comparaison avec des pays de structure socio-économique similaire montre quels sont les facteurs de l'état de santé de la population du Canada qui ont besoin d'être améliorés. Le principal problème au Canada est, semble-t-il, la mortalité infantile, et l'on peut en trouver l'origine dans la situation de certaines provinces et régions; à ce point de vue, celle des Territoires du Nord-Ouest est particulièrement désolante. Là, la mortalité infantile atteint un niveau qu'on ne retrouve que dans quelques régions de l'Afrique et de l'Amérique du Sud, et dans certaines petites îles des Antilles. C'est uniquement parce que la population est relativement peu nombreuse dans les Territoires du Nord-Ouest que le taux de ces régions se répercute peu sur le taux national.

Bien que, dans l'ensemble, les chiffres du Canada ne tranchent pas trop sur ceux des autres pays à structure sociale comparable, il convient de remarquer le large fossé qui existe entre ces pays développés et de nombreux pays en éveil[1]. Dans les premiers, les décès chez les nourrissons représentent environ 5 à 10 p. 100 de tous les décès, tandis que dans les seconds les décès de nourrissons atteignent une proportion qui va du quart à la moitié de tous les décès. De même, le taux de la mortalité due aux maladies infectieuses au Canada, comme celui de la plupart des autres pays occidentaux, ne représente qu'une fraction de celui de nombreux pays d'Asie, d'Afrique, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, et même de certains pays d'Europe; c'est ainsi que, dans d'autres parties du monde, des dizaines de milliers de gens meurent encore chaque année de maladies comme le choléra, la variole, la peste, le paludisme et d'autres maladies épidémiques qui, au Canada, sont des maladies du passé.

Au début du présent chapitre, nous avons précisé qu'il n'existe pas d'étalon permettant de mesurer la santé de façon absolue. Les indicateurs dont nous disposons nous permettent, au mieux, de former un jugement relatif sur ce point. La diminution des taux de mortalité et l'augmentation de la durée de la vie peuvent probablement être considérées comme des indices d'un état de santé amélioré par rapport à celles des décennies précédentes; une comparaison internationale montre que, malgré les insuffisances de certains domaines de la santé, la situation du Canada n'est pas trop

[1] Voir tableau 5-5.

différente de celle d'autres pays de niveau socio-économique semblable et qu'elle est beaucoup meilleure que celle de nombreuses autres parties du monde[1].

PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ

Dans la partie précédente, nous avons essayé de faire une évaluation générale de la santé et de la maladie en nous fondant sur les chiffres de la mortalité. Ce tableau d'ensemble, il ne faut pas l'oublier, est la somme de nombreux facteurs qui ne sont pas homogènes et qui exercent leur influence de diverses façons. La baisse du taux de mortalité, par exemple, n'implique pas que la mortalité qui est due à une cause particulière quelconque ait baissé, ni que la mortalité due à toutes les causes ait baissé au même rythme. La baisse est plutôt le résultat de l'ensemble des variations des taux de la mortalité due à chacune des causes particulières, taux dont certains augmentent tandis que d'autres baissent ou demeurent plus ou moins stationnaires. Par conséquent, pour interpréter les modifications et les différences des indicateurs généraux, tels que ceux qui sont présentés ci-dessus, il faut examiner les divers facteurs particuliers dont ils sont les résultantes. L'évaluation de ces facteurs permettra de déterminer et d'évaluer avec plus de clarté les grands problèmes de santé.

Quelques-unes seulement des mesures de santé préventives, comme l'éducation en matière de santé, l'alimentation, la salubrité et les examens de routine, visent à préserver la santé. D'autres mesures préventives, telles que les immunisations, s'attaquent à certaines maladies. La même chose est vraie de la vaste gamme de services de dépistage et de traitement qui sont mis en œuvre pour lutter contre certaines maladies particulières. Ce sont donc la nature et la fréquence de ces maladies qui déterminent essentiellement la demande de services de santé et indiquent les domaines où nous faisons face à des problèmes de santé.

Les problèmes de santé peuvent se classer d'après plusieurs critères:

a) d'après les causes médicales (comme une maladie ou un groupe de maladies présentant certaines caractéristiques communes); c'est le classement qui sera communément utilisé dans l'analyse qui suit;
b) d'après des groupes particuliers de population (comme les gens de divers groupes d'âge, les gens vivant dans certaines régions ou les gens vivant dans le même milieu).

Dans le présent chapitre, les manifestations de la mauvaise santé sont rangées en deux grandes catégories: 1) celles qui intéressent l'individu (et indirectement aussi les personnes qui l'entourent), telles que le malaise, la douleur, l'invalidité, la mort; et 2) celles qui créent un besoin ou une demande

[1] Au sujet de la situation favorable du Canada par rapport à d'autres vastes régions de la terre, voir chapitre 2, recommandation 145.

de services de santé (comme la visite du médecin, l'hospitalisation ou le besoin d'autres services). L'effet économique de la maladie qui se traduit par une diminution des capacités de gain est examiné au chapitre 12.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue les principaux groupes de maladies et de traumatismes. Le choix de ces groupes et l'ordre dans lequel ils sont étudiés correspondent au Classement international des maladies[1] établi par l'Organisation mondiale de la Santé.

En étudiant l'état de santé de la population du Canada, notre but est de faire une évaluation générale des tendances de grands groupes de maladies, de leur incidence économique et sociale en ce qui concerne la maladie et ses conséquences (mortalité, durée de la maladie), et du concours qu'elles exigent de certains services de santé.

Suit un résumé de nos observations au sujet des divers groupes de maladies. On en trouvera une étude plus détaillée dans la suite du présent chapitre. Nous n'essaierons pas dans ce résumé de classer par ordre d'importance les divers problèmes de santé, car leur ordre varierait selon les critères utilisés pou en mesurer l'importance; au lieu de cela, nous suivrons ici, comme dans l'exposé qui suivra, l'ordre du Classement international des maladies.

Résumé

Depuis la victoire remportée sur les principales maladies infectieuses, notamment la tuberculose, et la diminution de la mortalité parmi les autres maladies, ce groupe a perdu beaucoup de son importance. Pour maintenir cette situation, cependant, il faut garder en permanence des services de santé publique suffisants. Les maladies vénériennes et l'hépatite infectieuse constituent encore des problèmes non résolus, qui prennent même de plus en plus d'ampleur; il en est de même pour l'ensemble des maladies à virus dont on n'a pas encore une compréhension complète.

Le cancer demeure un problème non résolu, bien que les statistiques indiquent qu'un dépistage et un traitement précoces peuvent réussir dans le traitement du cancer de certaines régions.

Les allergies et le diabète demeurent également des problèmes non résolus, bien que la mortalité due au diabète soit diminuée par l'administration de médicaments.

On peut lutter de la même façon contre certaines anémies, et diminuer leurs conséquences fatales par un traitement continu.

La tendance des troubles psychiatriques est difficile à déterminer par suite du manque de données suffisantes sur leur incidence et sur leur fréquence. Le grand nombre de journées d'hospitalisation qu'exigent ces affections et l'augmentation croissante du taux des admissions sont des faits inquiétants.

Pour les maladies du système nerveux, la mortalité est plus élevée et les hospitalisations sont plus fréquentes qu'il y a dix ans, bien que la tendance paraisse baisser au cours de ces dernières années.

---

[1] Révision de 1955.

Les maladies de l'appareil circulatoire, qui, comme le cancer et les maladies du système nerveux, sont plus fréquentes chez les personnes d'âge avancé, conservent des taux de mortalité et d'hospitalisation élevés (les plus élevés des groupes étudiés ici).

Pour les maladies de l'appareil respiratoire, il n'y a guère eu de changement au cours des dix dernières années, mais la tendance se ressent des incidences des variétés d'épidémies telles que l'influenza.

Les maladies de l'appareil digestif sont demeurées elles aussi à peu près au niveau de 1951.

Pour les maladies des organes génito-urinaires et les affections de la maternité, la mortalité a notablement diminué, mais la demande de soins hospitaliers qu'elles entraînent est demeurée presque inchangée.

Pour les maladies de la peau, ainsi que pour le rhumatisme et l'arthrite et les autres maladies de ce groupe, il y a peu de changement.

Pour les malformations congénitales et certaines maladies propres à la première enfance, il y a eu un déclin record de la mortalité, mais le nombre des cas traités dans les hôpitaux est monté en flèche.

Les accidents, en général, demeurent un problème et au point de vue de la mortalité et au point du vue de l'hospitalisation, malgré les nombreux programmes visant à restreindre le nombre des accidents à la maison, sur la route et ailleurs.

Bref, nous avons réussi à vaincre les maladies contagieuses les plus mortelles, notamment la tuberculose[1]. Pour les maladies chroniques—le cancer, les affections cardiaques, les troubles psychiatriques, les maladies du système nerveux et le diabète[2]—la situation est peu ou point améliorée. Dans bien des cas, elles prennent plus d'ampleur; ainsi en est-il des accidents, des allergies, de l'arthrite et des maladies souvent bénignes mais fréquentes des appareils respitatoire et digestif.

Les problèmes des handicapés prennent une importance nouvelle à cause des méthodes de réadaptation plus efficaces dont nous disposons.

On connaît peu de chose sur la tendance des maladies dentaires, mais celles-ci sont présentement fort répandues.

Groupes de maladies

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

Les réussites—En luttant victorieusement contre les maladies infectieuses et parasitaires, nous avons diminué la mortalité dans les groupes d'âge inférieurs, étendant ainsi la durée moyenne de la vie et exposant de

[1] Les cas de poliomyélite et d'influenza ont atteint récemment des proportions épidémiques et ont été la cause d'une augmentation considérable de la mortalité. La poliomyélite a provoqué 494 décès en 1953, et 11 en 1961. Il n'existe pas de statistique précise sur les décès occasionnés par l'épidémie d'influenza survenue après la première Grande Guerre. Cependant, des renseignements statistiques fournis par le bureau fédéral de la statistique indique un excédent de décès annuels d'environ 25,000 pendant la période qui s'étend de 1918 à 1920. En 1959, l'épidémie de grippe asiatique a causé environ 600 décès excédentaires.

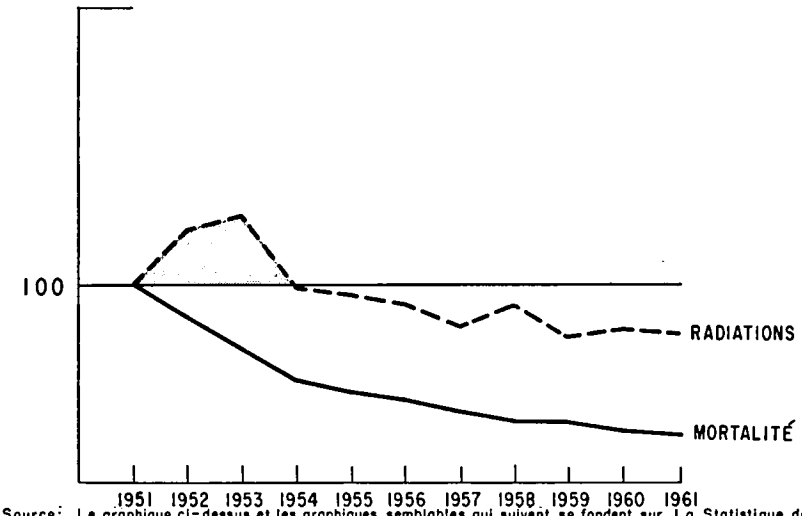
[2] Voir p. 178.

plus en plus de gens aux maladies chroniques et aux maladies de dégénérescence propres aux personnes âgées. De nouvelles conceptions sur la portée et l'étendue des maladies à virus non encore identifiés pourraient modifier l'évaluation de l'importance de ces maladies.

Les principales maladies comprises dans ce groupe sont la tuberculose et toutes les autres maladies contagieuses, à l'exception de l'influenza et du rhume ordinaire, que le Classement range parmi les maladies de l'appareil respiratoire. Si ce groupe semble occuper une trop grande place dans le présent chapitre, c'est parce qu'il s'agit probablement de la plus hétérogène des dix-sept classes du Classement International et qu'elle compend des maladies individuelles qui exigent des mesures de lutte totalement différentes.

Le graphique suivant montre la diminution de la mortalité par maladies infectieuses et parasitaires entre 1951 et 1961. Il montre également que la nombre de radiations d'hospitalisés, après s'être élevé au cours des premières années, a quelque peu baissé; la baisse n'a pas été aussi accentuée que celle de la mortalité, mais elle semble diminuer depuis quelques années. Cet exemple appuie ce que nous avons déjà dit, à savoir qu'une diminution de la mortalité n'entraîne pas nécessairement une diminution correspondante de la demande de services de santé.

VARIATION PROCENTUELLE DES TAUX DE MORTALITÉ ET DE RADIATIONS D'HOSPITALISÉS, 1951-1961



Source: Le graphique ci-dessus et les graphiques semblables qui suivent se fondent sur La Statistique de l'état civil du Bureau fédéral de la statistique, sur les rapports annuels du Régime des services hospitaliers de la Saskatchewan et sur R. Kohn, L'état de santé de la population canadienne, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

1. *Maladies rares*

L'anthrax, le botulisme, le choléra, la lèpre, le paludisme, la peste, la psittacose et l'ornithose, la rage chez l'homme, la fièvre récurrente, les maladies à rickettsies (typhus, etc.,), la variole, le tétanos, la trichinose, la tularémie et la fièvre jaune sont appelés «maladies rares» dans les rapports hebdomadaires officiels. Certaines ont été autrefois endémiques au Canada et le sont encore dans de vastes régions du globe. En 1924, par exemple, 2,769 cas de variole ont été signalés au Canada et ont entraîné 64 décès. Personne n'est mort de cette maladie au Canada depuis 1940 et, depuis 1947, un seul cas a été signalé (en 1962), et encore s'agissait-il d'une personne atteinte de la maladie avant son entrée au pays. Cet exemple nous conduit aux observations suivantes quant à ce groupe de maladies:

a) elles sont rares, c'est-à-dire peu importantes quant au nombre des cas, bien que certaines soient suffisamment graves pour que même un seul cas puisse constituer un important problème de santé (à preuve, par exemple, les précautions qui sont prises dans un cas où l'on soupçonne la variole);
b) bien que rares, elles présentent assez de cas pour démontrer qu'«elles peuvent se déclarer dans notre pays», si la vigilance des autorités de l'hygiène publique se relâche;
c) elles démontrent le succès des mesures systématiques de lutte.

Ce groupe de maladies, tout minime qu'il soit actuellement au point de vue du nombre des cas, des décès et de la quantité de soins qu'il exige, ne constitue pas moins un important problème de santé par suite des mesures préventives nécessaires et des installations de traitement dont il faut disposer en cas de manifestations exceptionnelles. Même des maladies qui ne se sont pas manifestées au Canada depuis bien des décennies constituent un problème de santé en puissance aussi longtemps qu'elles se manifestent dans quelque autre partie du monde. A notre époque de déplacements faciles et rapides, où de plus en plus de Canadiens se rendent à l'étranger et où de plus en plus de personnes viennent de l'étranger au Canada, la quarantaine et d'autres mesures d'hygiène publique prennent de plus en plus d'importance, même pour des affections dont nous avons triomphé dans notre pays.

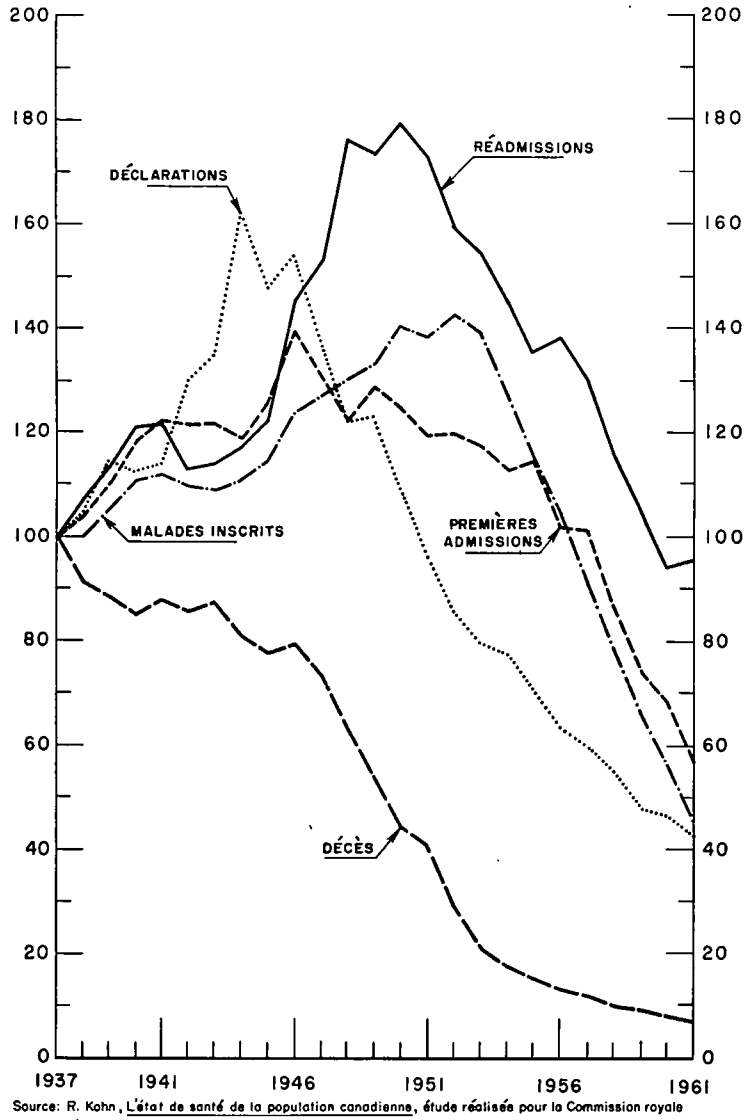
2. *Tuberculose*[1]

Les progrès de la lutte contre la tuberculose sont considérables et cette maladie a perdu une grande partie de la gravité qu'elle avait, lorsqu'elle constituait l'un des pires problèmes de santé de la

[1] Voir également G. J. Wherrett, *La tuberculose au Canada,* étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

FIGURE 5-1

TENDANCES DE LA TUBERCULOSE, AU CANADA, DE 1937 À 1961,
INDICES DES DÉCÈS, DÉCLARATIONS DE CAS, PREMIÈRES ADMISSIONS,
RÉADMISSIONS ET MALADES INSCRITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS
(1937=100.0)



Source: R. Kohn, L'état de santé de la population canadienne, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

communauté. On peut attribuer cela à divers facteurs, notamment au dépistage amélioré et au traitement obligatoire payés en majeure partie par les deniers publics, aux méthodes de traitement plus efficaces et au niveau de vie plus élevé. La figure 5-1 établit la comparaison entre l'indice de la diminution de la mortalité et celui des nouveaux cas et du mouvement des hospitalisés. Le déclin phénoménal de la mortalité de 24.8 pour 100,000 habitants en 1951 à 4.2 pour 100,000 habitants en 1961 n'est pas tout à fait égalé par le déclin des indicateurs de fréquence (nombre de nouveaux cas). L'indice des réadmissions dans les hôpitaux a fort augmenté, tandis que les indices des décès, des infections et des premières admissions ont baissé. L'indice des réadmissions en 1961 est demeuré à un point considérablement inférieur à son niveau de 1951 et a peut-être eu tendance à monter depuis. C'est là un point noir à l'horizon, par ailleurs dégagé de la tuberculose, point qui indique que la thérapeutique moderne se heurte, à longue échéance, à certaines difficultés, et que la tuberculose dans la collectivité n'a guère varié au cours des dix dernières années. La statistique qu'on a pu conserver des cas actifs et des cas inactifs révèle que le total des cas en observation a peu ou point diminué[1]. Tous ces cas continuent d'exiger des soins post-hospitaliers.

3. *Poliomyélite*

La poliomyélite, comme la plupart des maladies infectieuses, diffère de la tuberculose en ce que cette dernière, dans l'ensemble, varie progressivement et assez régulièrement quant à son niveau de fréquence et à son caractère endémique (c'est-à-dire, la mesure dans laquelle la maladie est habituellement présente dans la collectivité). Les maladies comme la poliomyélite se caractérisent par des périodes de poussées épidémiques ou par des variations épidémiques saisonnières. On suppose que, dans le cas de la poliomyélite, la diminution du nombre de cas et de décès déclarés au cours de ces dernières années tient à l'efficacité du programme de vaccination qui, espère-t-on, empêchera les manifestations d'atteindre de grandes proportions dorénavant. Cependant, l'augmentation du nombre des personnes qui ont contracté cette maladie en 1959 et 1960 montre bien la nécessité d'user de prudence avant de conclure que la maladie est réellement subjugée.

4. *Diphtérie*

Les effets de l'immunisation contre la diphtérie sont manifestes depuis de nombreuses années, mais un certain nombre de cas et de décès surviennent encore qui pourraient être évités par l'application universelle de l'immunisation.

[1] Par exemple, en Colombie-Britannique, le nombre total des cas (actifs et inactifs) de tuberculose connus a atteint 15,807 en 1953 et 16,291 en 1962; le sommet, 17,995, a été atteint en 1958. (Ces données sont provisoires.)

TABLEAU 5-6 POLIOMYÉLITE

Nombre de cas et de décès, 1951-1961

Année	Cas	Décès
1951	1,248	162
1952	1,595	311
1953	3,912	494
1954	1,456	157
1955	584	36
1956	404	51
1957	185	26
1958	249	26
1959	1,887	182
1960	909	83
1961	189	11

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Rapport annuel sur les maladies à déclaration obligatoire, 1961*, p. 19, et *Causes de décès, Canada, 1950-1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962.

TABLEAU 5-7 DIPHTÉRIE

Nombre de cas et de décès, 1942-1961

Année	Cas	Décès
1942	2,955	256
1943	2,804	287
1944	3,223	309
1945	2,786	271
1946	2,535	227
1947	1,550	140
1948	898	86
1949	806	84
1950	421	52
1951	253	37
1952	190	26
1953	132	15
1954	208	18
1955	139	15
1956	135	8
1957	142	20
1958	66	7
1959	37	—
1960	53	7
1961	93	5

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Sommaire de maladies à déclaration obligatoire, 1924-1952; Causes de décès, Canada, 1950-1960; Statistique de l'état civil, 1961, Rapport annuel préliminaire*, et *Annuaire du Canada*, de 1955 à 1961, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1954 et 1962.

5. *Coqueluche*

Bien que la sûreté du diagnostic et l'efficacité du vaccin soient peut-être moindres dans le cas de la coqueluche que dans celui de la diphtérie, la situation est similaire pour les deux maladies: l'immunisation a diminué l'importance du problème, mais la maladie continue de causer un certain nombre de décès chaque année.

TABLEAU 5-8 COQUELUCHE

Nombre de cas et de décès, 1952-1961

Année	Cas	Décès
1952	8,520	148
1953	9,387	134
1954	11,600	96
1955	13,683	137
1956	8,513	118
1957	7,459	63
1958	6,932	40
1959	7,259	46
1960	5,992	71
1961	5,478	36

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Rapport annuel sur les maladies à déclaration obligatoire, 1961; Causes de décès, Canada, 1950-1960; Statistique de l'état civil, 1961, Rapport annuel préliminaire,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Les problèmes qui demeurent, anciens et nouveaux—Bien que beaucoup des anciens fléaux que constituaient les maladies infectieuses et parasitaires aient été plus ou moins maîtrisés, il semble y avoir quelque vérité dans l'affirmation de William Farr selon laquelle une mauvaise herbe supprimée dans le jardin est remplacée par d'autres mauvaises herbes. Les succès remportés par les «sulfamides» et les antibiotiques sont parfois suivis d'une résistance à ces médicaments. De nouvelles formes de staphylocoques et de virus se développent ou sont découvertes et les effets produits par les virus ne sont pas encore complètement connus.

Certaines des plus anciennes maladies sortent parfois encore de l'état endémique. Lorsqu'on évalue les données, il faut se rappeler que les statistiques relatives à l'ensemble du Canada peuvent masquer la gravité de certaines manifestations localisées: par exemple, 20 cas d'une maladie durant l'année constituent peut-être un nombre minime par rapport au nombre des habitants et à l'étendue du pays, mais si les 20 cas se produisent au même endroit, ils peuvent constituer une très grave manifestation.

Parmi les maladies de ce groupe qui sont une source de difficultés, il convient de remarquer, en plus de celles déjà mentionnées, les maladies vénériennes qui restent un problème permanent, et l'hépatite infectieuse

qui demeure une menace croissante et un problème complexe pour l'hygiène publique.

1. *Maladies vénériennes*

Les maladies vénériennes sont un groupe de maladies dont les moyens de prévention aussi bien que les moyens de guérison nous sont connus et sont à notre disposition; et pourtant, ces maladies continuent d'être un problème, non pas à cause du manque de connaissances médicales ou de services de santé adéquats, mais à cause de conditions sociales que seule l'éducation semble pouvoir corriger. L'augmentation de l'incidence de ces maladies au cours de ces dernières années a préoccupé beaucoup les personnes qui s'occupent des questions médico-sociales en cause.

La mortalité due à la syphilis est le résultat des effets de la maladie à son dernier stade; aussi les décès qui surviennent aujourd'hui sont-ils ceux de personnes qui ont contracté la maladie au cours d'années antérieures. Par suite de ce décalage, il est difficile d'établir le rapport entre les décès et les nouveaux cas durant une même année. La lente diminution du nombre des décès, cependant, peut être attribuée aux méthodes plus efficaces de traitement qui aident à empêcher la mortalité de monter malgré l'augmentation de l'incidence.

TABLEAU 5-9 MALADIES VÉNÉRIENNES

Nombre de cas, de décès, et taux pour 100,000 habitants, 1952-1961

Année	Syphilis primaire		Blennorragie		Décès dus à la syphilis et à ses séquelles	
	Cas	Taux	Cas	Taux	Nombre	Taux
1952	347	2.4	14,411	99.7	297	2.1
1953	202	1.4	15,496	104.4	283	1.9
1954	157	1.0	15,472	101.2	179	1.2
1955	131	0.8	14,295	91.1	187	1.2
1956	116	0.7	14,545	90.4	209	1.3
1957	146	0.9	14,312	86.2	190	1.1
1958	123	0.7	15,037	88.0	177	1.0
1959	226	1.3	14,821	84.8	167	1.0
1960	266	1.5	15,659	87.6	172	1.0
1961	133	1.8	16,451	90.2	160	0.9

D'après le Bureau fédéral de la statistique, *Rapport annuel sur les maladies à déclaration obligatoire, 1961; Causes de décès, Canada, 1950-1960; Statistique de l'état civil, 1961, Rapport annuel préliminaire*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962.

SOURCE: R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

2. *Hépatite infectieuse*

Le tableau suivant, qui indique le nombre de cas déclarés chaque année, montre la gravité grandissante du problème.

TABLEAU 5-10 HÉPATITE INFECTIEUSE

Cas déclarés et taux pour 100,000 habitants, 1952-1961

Année	Cas	Taux
1952	2,392	16.5
1953	3,268	22.0
1954	4,567	29.9
1955	3,885	24.7
1956	2,937	18.3
1957	3,006	18.1
1958	4,515	26.4
1959	4,728	27.0
1960	6,314	35.3
1961	12,237	67.1

D'après le Bureau fédéral de la statistique, *Hépatite infectieuse, 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, mars 1962.

SOURCE: R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne*, étude réalisée pour la Commission Royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

3. *Varicelle, rougeole, oreillons, rubéole*

Les médecins ne sont plus tenus de déclarer aux autorités de la santé les cas de ces maladies, parce qu'elles ne constituent plus un problème d'hygiène publique, et aussi parce que la déclaration était si incomplète que la statistique était sans valeur. Ces quatre maladies, souvent appelées maladies bénignes de l'enfance, sont considérées comme faisant partie du processus de la croissance. Il n'y a pas de bonne méthode de prévention dans leur cas et la quarantaine ne leur est pas appliquée. Chez les enfants, les cas sont généralement sans gravité et la guérison est rapide, mais chez des personnes plus âgées, dans certains cas et notamment au cours de la grossesse, ces affections peuvent rendre fort malade ou entraîner de graves complications.

Cependant, la rougeole continue de provoquer des décès qui sont dus, pour la plupart, à des cas compliqués de pneumonie et il y a même aussi quelques décès dus à la varicelle, aux oreillons et à la rubéole, maladies qui ne présentent habituellement aucun danger.

TABLEAU 5-11 ROUGEOLE, VARICELLE, OREILLONS, RUBÉOLES
Décès, 1952-1961

	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Rougeole	256	140	120	179	177	108	93	84	53	96
sans mention de pneumonie	87	62	40	56	72	46	34	41	19	—
avec pneumonie	168	78	79	118	102	60	59	43	34	—
séquelles	1	—	1	5	3	2	—	—	—	—
Varicelle	25	22	15	13	19	29	35	17	29	26
Oreillons	11	8	10	7	10	9	4	4	5	5
Rubéole	2	—	1	3	5	3	2	—	—	—

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Causes de décès, Canada, 1950-1960*, p. 7, et *Statistique de l'état civil, 1961, Rapport annuel préliminaire*, p. 6, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, et aussi, communication du Bureau fédéral de la statistique.

Bien que l'on puisse considérer ces maladies comme un genre d'affections sans beaucoup de gravité, plutôt que comme un important problème d'hygiène publique, elles répondent pour une fraction notable des maladies des enfants et des soins qui leur sont dispensés.

Selon l'Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951[1], ces quatre maladies ont été cause de 11 millions de jours d'invalidité correspondant à quelque 16 millions de jours d'invalidité pour la population plus considérable de 1961. Cela représente environ 7 p. 100 de l'ensemble des jours d'invalidité indiqués à l'Enquête, et 63 p. 100 des jours d'invalidité dus à l'ensemble du groupe des maladies infectieuses et parasitaires. C'est environ le quart des jours d'invalidité dus à toutes les causes chez les enfants de moins de 15 ans, et environ le dixième de l'ensemble de l'absentéisme scolaire de la première à la treizième année[2].

La lutte victorieuse menée contre des maladies comme la variole, la diphtérie, la tuberculose, la poliomyélite et la coqueluche a fait reculer ce groupe de maladies de sa place de problème de santé numéro un à un rang qui vient après celui des maladies chroniques et des accidents. Cela a produit une extension des méthodes d'hygiène publique qui avaient d'abord été des mesures de défense contre les épidémies du passé. Il faut cependant continuer d'assurer cette défense. Les maladies vénériennes, qu'on avait cru vaincues à la suite des campagnes intensives poursuivies pendant et après la dernière guerre, montrent des signes d'augmentation bien que leur caractère funeste ait diminué. L'hépatite infectieuse devient un problème de plus en plus important, de même que le domaine en grande partie inexploré des virus en général. Donc, les maladies infectieuses sont loin d'être éliminées en tant que grave problème de santé.

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Bureau fédéral de la statistique, *Maladie et soins au Canada*. Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960.

[2] Le Comité national de la recherche sur la santé de l'écolier, *Absentéisme dans les écoles canadiennes*, Rapport n° 3, Toronto, 1948.

Nous avons toutefois réussi à vaincre les plus mortelles de ces maladies. Les décès qu'elles provoquent ont diminué; elles ne causent plus de lourdes pertes de vies humaines comme par le passé, alors que les épidémies vidaient les cités et les villes d'Europe, et lorsque, hier encore, la tuberculose et d'autres maladies contagieuses se classaient parmi les plus importantes causes de décès. On ne devrait pas laisser les succès obtenus masquer le fait que l'on doit continuer à appliquer les mesures de lutte et les intensifier dans certains cas, si nous voulons continuer à combattre efficacement ces maladies.

Maladies infectieuses et parasitaires au Canada et dans certains autres pays—Le taux de mortalité pour 100,000 habitants qui résulte de ces maladies en 1959 montre que la situation du Canada se compare avantageusement à celle de certains autres pays qu'on a choisis pour faire la comparaison[1]:

Canada	10.8
États-Unis	12.8
Angleterre et pays de Galles	13.7
France	32.6
Suède	10.9
Mexique	171.1
Ceylan	73.8

La tuberculose fait partie des maladies responsables des taux élevés dans d'autres pays où le niveau de vie et les services de santé sont comparables aux nôtres[2]. Comparé à ceux de certains pays en éveil, le faible taux du Canada est imputable à sa lutte efficace contre les conditions ambiantes qui favorisent la propagation des maladies contagieuses et, dans une certaine mesure, au climat qui est défavorable aux vecteurs de certaines maladies, auxquelles le Mexique et le Ceylan doivent leurs taux élevés.

Maladies infectieuses et parasitaires et fraction de l'ensemble des maladies et des soins de santé qu'elles représentent—La mortalité due à ces maladies—qu'elle soit mesurée en valeur absolue ou en fonction de l'âge au décès—a diminué au point de représenter moins de 2 p. 100 de la mortalité due à toutes les causes. Elles se classent maintenant au onzième rang quant au nombre de décès, et au neuvième quant au nombre des années de vie perdues, ce qui est très loin de la seconde place (après les maladies de l'appareil circulatoire) qu'elles occupaient en 1924.

Néanmoins, ce groupe occupe la troisième place des causes d'invalidité et d'hospitalisation; en ce qui concerne l'hospitalisation, cela tient principalement à la nécessité d'hospitaliser les tuberculeux. Bien qu'elles ne viennent

[1] Ici et dans les comparaisons similaires des paragraphes suivants, on a retenu les États-Unis, l'Angleterre et le pays de Galles, la France et la Suède comme pays présentant des conditions socio-économiques analogues. Le Mexique et le Ceylan sont ajoutés à la liste comme exemples de pays en éveil au sujet desquels nous possédons des données, le premier en tant que pays d'Amérique, et le second en tant que pays d'Asie.

[2] Les taux de la mortalité due à la tuberculose étaient les suivants en 1959: Canada: 5.5, États-Unis: 6.5, Angleterre et pays de Galles: 8.5, France: 23.2, Suède: 7.2. Fondé sur *l'Organisation mondiale de la Santé, op. cit.*, pp. 288-290.

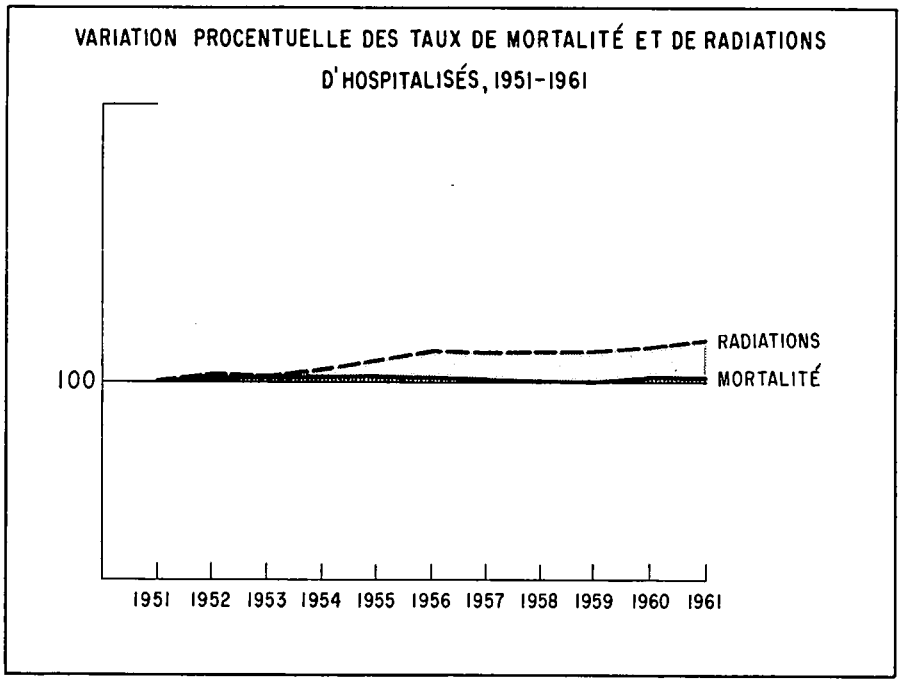
qu'au neuvième rang quant à la demande de services médicaux (5.4 p. 100 du total), la lutte soutenue contre les maladies de ce groupe occupe une importante partie des services de prévention et des autres services d'hygiène publique (comme la quarantaine, le dépistage et les soins post-hospitaliers).

Le groupe répond pour les pourcentages suivants de l'ensemble de la maladie et de la demande de certains services de santé[1].

	Pourcentage
Ensemble des décès	1.2
Mortalité prématurée	1.8
Maladie avec invalidité	9.5
Maladie sans invalidité	3.0
Fréquence de l'hospitalisation	1.5
Journées d'hospitalisation	6.1
Services médicaux	5.4
Ordonnances	0.5
Soins à domicile	1.8

NÉOPLASMES

Ce groupe de maladies comprend les néoplasmes malins, c'est-à-dire cancéreux, les néoplasmes bénins (tumeurs non malignes, kystes, etc.) et les néoplasmes dont la nature n'est pas précisée.



[1]Voir tableau 5-15.

Le graphique ci-dessus montre que l'affection due à ces maladies telle que reflétée dans le nombre d'hospitalisations (radiations), augmente lentement mais régulièrement, et que le taux de mortalité est toujours resté à peu près exactement le même. Les néoplasmes malins, comme leur nom l'indique, sont les affections les plus meurtrières de cette classe de maladies. Moins de 2 p. 100 des décès sont attribués à ce qui semble être des complications de néoplasmes ordinairement bénins.

Le taux de la mortalité due aux néoplasmes bénins est demeuré faible et assez constant, sauf un léger déclin au cours des toutes dernières années. D'autre part, ces néoplasmes représentent environ la moitié des hospitalisations de cette classe. Leur taux d'hospitalisation est demeuré assez constant. L'augmentation du taux d'hospitalisation pour l'ensemble des néoplasmes, est donc due aux néoplasmes malins.

NÉOPLASMES BÉNINS

Année	Taux de mortalité pour 100,000 habitants*	Radiations d'hospitalisés pour 100,000 habitants†
1951	2.2	420
1952	2.6	457
1953	2.7	438
1954	2.4	449
1955	2.3	457
1956	2.2	473
1957	2.1	458
1958	1.7	453
1959	1.9	440
1960	1.7	430
1961	1.7	450

* Bureau fédéral de la statistique, *Rapports annuels de la statistique de l'état civil.*

† Régime des services hospitaliers de la Saskatchewan, *Rapports annuels.*

Cancer—(*Néoplasmes malins*)—Rares sont les maladies sur lesquelles nous savons aussi peu que sur le cancer, qu'il s'agisse de prévention ou de guérison.

Les taux de mortalité indiqués pour toutes les formes de cancer masquent des tendances différentes et même divergentes, comme on le voit

pour les néoplasmes malins de sièges particuliers et chez des groupes particuliers de gens[1].

Au cours de la période allant de 1951 à 1961, le taux de la mortalité due à l'ensemble des néoplasmes malins a peu changé. En 1951, il était de 127.3 pour 100,000 habitants et, après quelques légères fluctuations, il est monté à 129.7 en 1961, soit une augmentation de 1.9 p. 100. Le taux des radiations d'hospitalisés, d'autre part, est monté de 418 à 560 au cours de la même période, soit une variation en pourcentage de 34.0.

La comparaison avec certains autres pays montre que la mortalité due à ces néoplasmes au Canada est inférieure à celles de l'Angleterre et du pays de Galles, de la France, de la Suède et des États-Unis, mais qu'elle est très supérieure à celle du Mexique et du Ceylan. Cependant, ce sont là des taux bruts qui n'ont pas été corrigés en fonction des compositions par âge différent des populations de ces pays.

Même si le taux de la mortalité totale accuse très peu de changement au cours des ans, les effets de la maladie deviennent très nettement différents pour chaque sexe. Après rectification en fonction de la composition par âge, nous constatons que la mortalité a notablement augmenté chez les hommes, tandis qu'elle a notablement baissé chez les femmes[2]. La répartition en pourcentage, et par localisation, de la mortalité due au cancer pour chaque sexe, montre davantage la différence entre les sexes (données de 1961).

Hommes	%	Femmes	%
Tous les cancers	100.0	Tous les cancers	100.0
Appareil digestif et péritoine	40.2	Seins et organes génito-urinaires	41.0
Appareil respiratoire	19.7	Appareil digestif et péritoine	37.1
Poitrine et organes génito-urinaires	18.2	Sièges divers et non précisés	8.6
Tissus lymphatiques et hématopoïétiques	14.5	Tissus lymphatiques et hématopoïétiques	7.9
Sièges divers ou non précisés	8.7	Appareil respiratoire	4.1
Cavité buccale et pharynx	3.1	Cavité buccale et pharynx	1.3

SOURCE: Fondé sur Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

[1] Bien que nous sachions combien de personnes meurent du cancer d'une année à l'autre, nous n'avons malheureusement pas de statistique qui indique combien de personnes sont atteintes du cancer dans notre pays, combien de nouveaux cas surgissent et combien sont découverts, ni de statistique qui montre la tendance au cours d'un certain nombre d'années. Cette déplorable pénurie de statistique s'applique au cancer comme à tous nos autres grands problèmes de santé; c'est un fait qu'il est difficile de réconcilier avec les techniques perfectionnées dont nous disposons pour la collecte et le traitement des données. Voir chapitre 2. Voir aussi les recommandations 184 et 186-189.

[2] A. J. Phillips, *Cancer Mortality Trends in Canada—1941 to 1958*, dans *The British Journal of Cancer*, 1961, vol. XV, p. 8.

Phillips a étudié les tendances de la mortalité en ce qui concerne certaines localisations pendant la période de 1941 à 1958, en se fondant sur les taux rectifiés en fonction de l'âge, et il a constaté les changements d'importance statistique suivants[1].

AUGMENTATIONS IMPORTANTES, 1941-1957

Hommes	Femmes
Appareil respiratoire (26.3%) Organes génitaux (14.1%) Organes urinaires (8.8%) Leucémie (6.8)	Leucémie (4.7%)

DIMINUTIONS IMPORTANTES, 1941-1957

Hommes	Femmes
Estomac (24.9%) Cavité buccale et pharynx (4.3%)	Intestins (17.0%) Utérus (13.2%) Estomac (11.4%)

Tandis qu'il y a une diminution du cancer de l'estomac chez les deux sexes, l'augmentation du taux de la mortalité due à l'ensemble des cancers chez les hommes est largement influencée par l'importante augmentation du taux relatif à l'appareil respiratoire[2]; sa diminution chez les femmes tient à la baisse de la mortalité due au cancer de l'intestin et de l'utérus, baisse qui est due aux examens cytologiques qui permettent un dépistage et un diagnostic précoces.

Les organismes de la santé, de même que le public en général, se sont beaucoup préoccupés de l'augmentation continue de la fréquence du cancer du poumon, en particulier chez les hommes. La cigarette, la pollution de l'air et l'exposition aux substances carcinogènes de l'industrie font partie des facteurs auxquels on attribue cette augmentation[3].

---

[1] *Ibid.* p. 3.

[2] Le taux de la mortalité due au cancer du poumon (y compris les bronches et la trachée) est monté comme suit depuis 1951:

	1951	1961
Hommes	15.5	26.2
Femmes	3.4	4.0

SOURCE: Communication du Bureau fédéral de la statistique.

[3] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Le tabac et la santé,* étude réalisée pour la Conférence canadienne sur le tabac et la santé, Ottawa, l'Association, 1963, p. 9; voir aussi: Ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être (États-Unis), Service de santé publique, *Smoking and Health, Washington* (D.C.), Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1964.

Toutes les statistiques mentionnées ont trait à la mortalité due au cancer, seule manifestation de la maladie sur laquelle nous avons des statistiques pour l'ensemble du Canada et pour une longue période. Il n'existe pas de données comparables sur l'incidence et la prévalence de la maladie, mais nous avons des données fournies par certaines recherches provinciales, par

TABLEAU 5-12 DÉCÈS DUS AU CANCER ET NOUVEAUX CAS DE CANCER, D'APRÈS LA LOCALISATION ET LE SEXE, MANITOBA, 1961-1962*

(taux pour 100,000 habitants)

Localisation	Hommes		Femmes	
	Décès	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas
Cavité buccale et pharynx	2.3	19.8	1.3	4.6
Appareil digestif et péritoine	63.2	83.6	43.7	65.1
Œsophage et estomac	26.9	31.6	12.8	15.0
Intestins, rectum, péritoine	20.9	35.4	17.7	36.2
Foie, pancréas, voies biliaires	15.4	16.6	13.2	13.9
Voies respiratoires	38.6	41.8	5.1	7.7
Seins et organes génito-urinaires	25.4	64.2	41.3	137.9
Seins	0.4	0.4	18.5	63.3
Organes génitaux féminins	—	—	19.7	67.1
Organes génitaux masculins	17.3	42.7	—	—
Organes urinaires	7.7	21.1	3.1	7.5
Sièges divers ou non précisés	14.5	70.8	11.7	61.4
Peau	1.7	50.8	1.1	40.8
Oeil	0.4	1.9	0.2	0.2
Cerveau et système nerveux	5.8	6.6	4.0	6.9
Thyroïde et glandes endocrines	0.6	1.7	1.3	2.6
Os et tissus conjonctifs	1.9	2.6	—	1.6
Localisations diverses ou non précisées	4.1	7.2	5.1	9.3
Tissus lymphatiques et hématopoïétiques	18.8	23.3	9.9	13.9
Maladie d'Hodgkin	1.9	3.2	0.4	1.6
Autres lymphomes	5.3	4.7	2.4	2.4
Myélome multiple	4.1	4.3	2.7	2.6
Leucémie et aleucémie	7.5	10.2	4.0	6.4
Polycythémie vraie	—	0.9	0.4	0.9
TOTAUX—TOUTES LOCALISATIONS	162.8	303.7	113.0	290.6

* Fondé sur *The Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation,* rapport pour la période du 1er avril 1961 au 31 mars 1962, pp. 66-67 et 99-100.

exemple, une étude de l'incidence au Manitoba[1], étude dont certaines statistiques reproduites au tableau 5-12 montrent le rapport entre l'incidence et la mortalité.

Le tableau indique que l'on découvre en une année un nombre de nouveaux cas de cancer à peu près double du nombre des décès dus à cette maladie. Le rapport varie d'une localisation à l'autre, mais c'est pour le cancer de la peau que la différence est la plus grande. D'autres études seront nécessaires; nous soulignons la nécessité d'entreprendre de telles recherches pour déterminer dans quelle mesure les différences sont dues soit à des taux de survie différents, soit à des différences dans les méthodes diagnostiques, au décalage chronologique ou à d'autres facteurs. Les fichiers du cancer qui existent ou sont en voie de constitution dans les provinces devraient se prêter à ce genre d'étude et tenir compte du fait que l'incidence (ainsi que la prévalence) d'une part, et, d'autre part la mortalité, représentent différents stades ou degrés de morbidité due au cancer. Les fichiers et les études périodiques de contrôle des dossiers existants devraient aussi fournir des données plus générales et régulières que celles qui nous sont actuellement fournies sur la survie des cancéreux et sur l'épidémiologie de la maladie[2].

Le cancer peut se déclarer à tout âge, mais il augmente avec l'âge, comme le montre la figure 5-2.

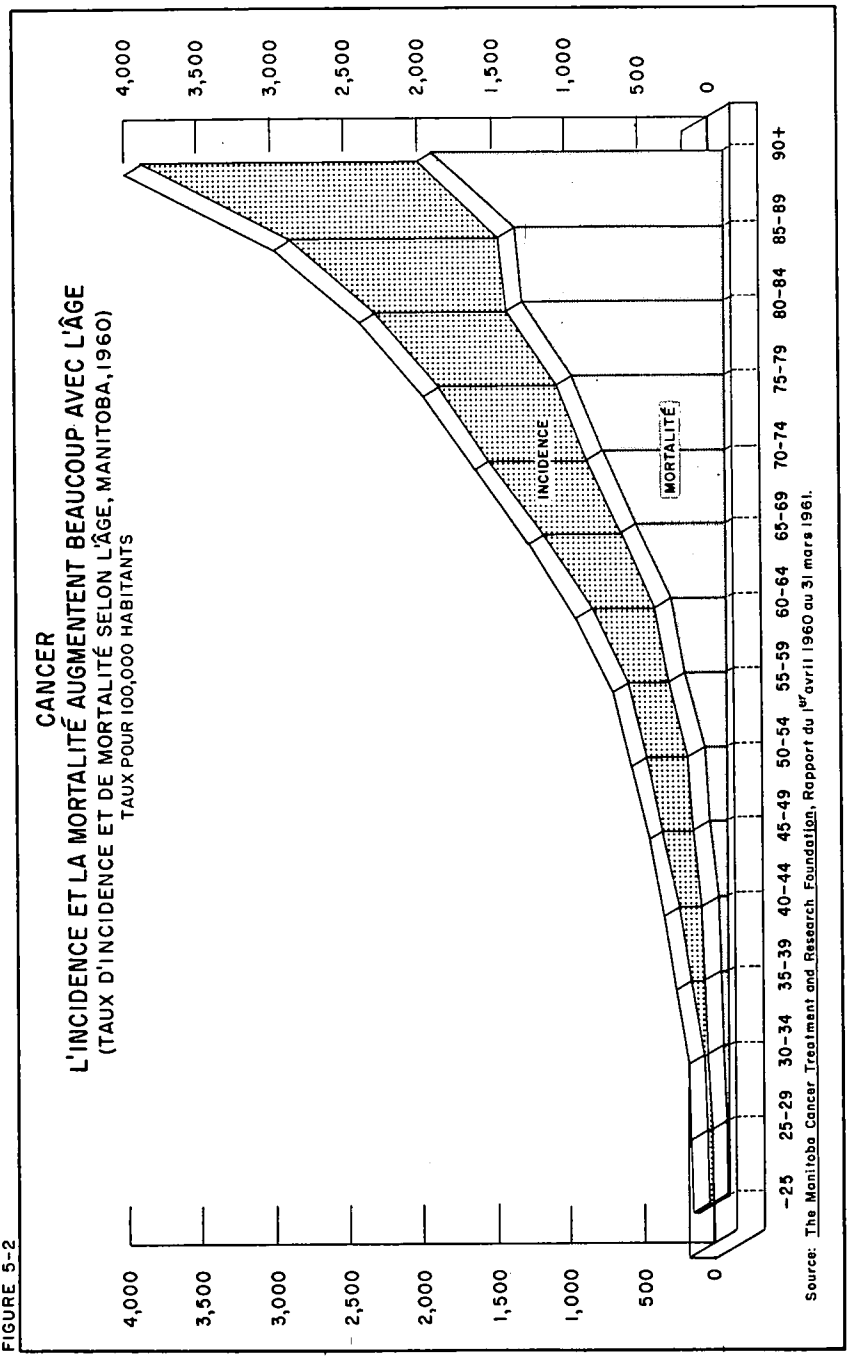
Le cancer répond pour 16.8 p. 100 de tous les décès, pour 13.7 p. 100 (donc un pourcentage un peu moindre) des années de vie perdues par suite de mortalité prématurée, seulement pour 0.9 p. 100 de l'ensemble des journées d'invalidité, pour 3.6 p. 100 des journées d'hospitalisation, pour 5.1 p. 100 des services médicaux, pour 0.3 p. 100 des ordonnances, mais pour 7.0 p. 100 des soins à domicile.

---

[1] *The Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation,* Rapport pour la période du 1er avril 1961 au 31 mars 1962.

[2] De telles études permettraient l'évaluation des procédés thérapeutiques, de même que celle de l'évolution du régime de la maladie. Une étude de ce genre a été réalisée par T. A. Watson en Saskatchewan et exposée dans son rapport: *Results of Treatment of Cancer in Saskatchewan 1945-52 (inclusive),* publié en 1958. Le rapport annuel de la *Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation* pour la période du 1er avril 1961 au 31 mars 1962 déclare, à la p. 25, à propos des études sur la survie, que «des résultats généraux portant sur cinq années seront maintenant exigés tous les ans au nombre des critères d'approbation d'un fichier du cancer par le Comité du cancer du Collège des chirurgiens des États-Unis». Les différences constatées dans les données des sources actuelles sont difficiles à analyser à cause du nombre relativement restreint des cas auxquels se rapportent ces données. Le cancer est l'une des maladies dont les différences présentées par divers groupes de population et divers peuples dans diverses parties du monde sont sérieusement examinées pour déceler des indices susceptibles d'indiquer à quoi tient la maladie. Ces études épidémiologiques internationales exigent une uniformité de méthodes, si l'on veut pouvoir en comparer les résultats. Reconnaissant ce fait, la Seconde Assemblée Mondiale de la Santé a demandé qu'il soit procédé à l'établissement d'un sous-comité (du Comité des spécialistes de la statistique de la santé) de l'enregistrement des cas de cancer et de leur présentation statistique. Le rapport de sa première session figure à la Série n° 5 des *Rapports techniques* de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève, l'Organisation, mars 1950.

FIGURE 5-2


CANCER
L'INCIDENCE ET LA MORTALITÉ AUGMENTENT BEAUCOUP AVEC L'ÂGE
(TAUX D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ SELON L'ÂGE, MANITOBA, 1960)
TAUX POUR 100,000 HABITANTS
4,000
3,500
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
INCIDENCE
MORTALITÉ
-25
25-29
30-34
35-39
40-44
45-49
50-54
55-59
60-64
65-69
70-74
75-79
80-84
85-89
90+
Source: The Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation, Rapport du 1er avril 1960 au 31 mars 1961.

Les pourcentages suivants sont les fractions de la morbidité en général et de la demande de certains services de santé que représentent le cancer sous toutes ses formes et l'ensemble du groupe des néoplasmes[1]:

	Tous les cancers	Tous les néoplasmes
	%	%
Ensemble des décès	16.8	17.0
Mortalité prématurée	13.7	13.7
Maladie avec invalidité	0.9	2.0
Maladie sans invalidité	Inconnu	1.4
Radiations d'hospitalisés	2.5	4.5
Journées d'hospitalisation	3.6	4.6
Services médicaux	5.1	5.8
Ordonnances	0.3	0.3
Soins à domicile	7.0	7.3

MALADIES ALLERGIQUES, ENDOCRINIENNES, MÉTABOLIQUES ET MALADIES DE LA NUTRITION

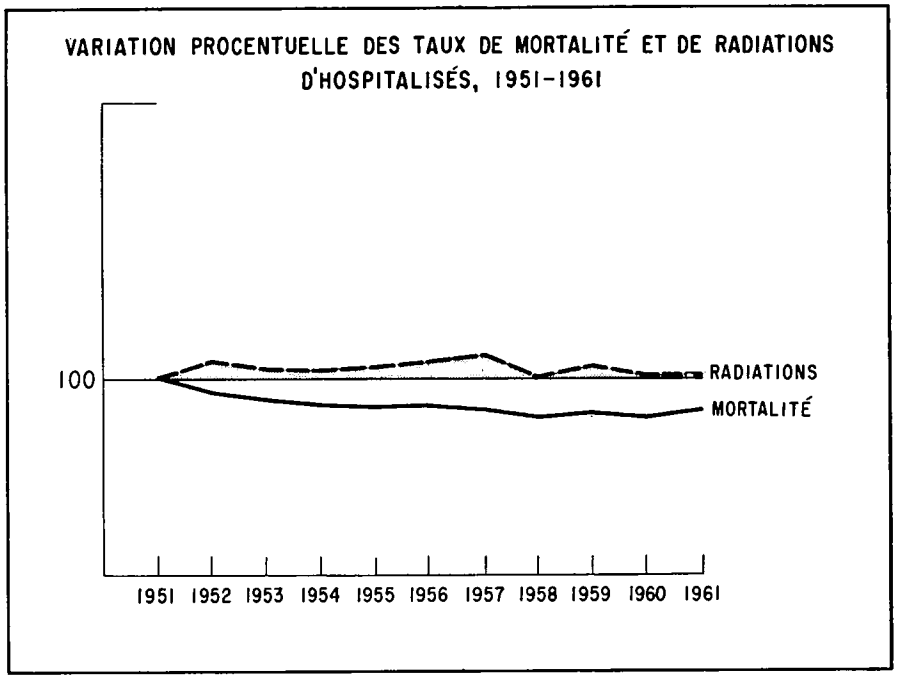
Ce groupe de maladies comprend les troubles allergiques (comme la fièvre des foins et l'asthme), le diabète, ainsi que les divers troubles glandulaires et les diverses affections dues aux carences alimentaires. Il s'agit d'un groupe hétérogène qui, dans l'ensemble, se caractérise par une tendance assez uniforme de la mortalité et de l'hospitalisation au cours de la dernière décennie, comme l'indique le graphique suivant.

La tendance indiquée ci-dessus reflète l'insuccès considérable de la lutte contre les principales maladies de ce groupe, bien que la première partie de la période ait enregistré un déclin de la mortalité environ 16 p. 100 (elle est tombée de 20.5 pour 100,000 habitants en 1951 à 17.2 en 1957, mais elle est remontée à 19.8 en 1961). Le taux d'hospitalisation s'est maintenu aux environs de 600 cas de radiation pour 100,000 habitants.

Une comparaison avec certains autres pays montre que la mortalité au Canada est à peu près au même niveau que celle de la France et de la Suède; elle est inférieure à celle des États-Unis, mais notablement supérieure à celle de l'Angleterre et du pays de Galles.

La fraction de la mortalité et de l'invalidité représentée par ces maladies est modeste: 2.2 p. 100 de l'ensemble des décès; 1.8 p. 100 des années de vie perdues par suite de mortalité prématurée parce que les décès surviennent généralement à un âge avancé; 1.3 p. 100 de toutes les journées d'invalidité; mais 5 p. 100 de la maladie sans invalidité.

[1] Voir tableau 5-15.



La fraction de l'hospitalisation (2.2 p. 100 des cas et 1.8 p. 100 des journées) et des services médicaux (2.0 p. 100) est du même ordre, mais ce groupe représente aussi 7.0 p. 100 de toutes les ordonnances et 11.1 p. 100 des soins à domicile[1].

La demande de soins à domicile et d'ordonnances, de même que la fraction des journées de maladie sans invalidité, sont disproportionnées par rapport à la fréquence de ces maladies, fait qui s'explique par leur nature. Les allergies, comme la fièvre des foins ou l'asthme, se caractérisent, de même que le diabète, par leur chronicité et par le fait qu'elles ne sont pas habituellement mortelles et que toutes exigent aussi, à des degrés divers, une médication intermittente en certains cas et régulière en d'autres. La fièvre des foins et l'asthme représentent environ le tiers des journées de maladie attribuées à cette classe dans l'Enquête sur la maladie au Canada[2].

Diabète—Le diabète est la maladie à laquelle on doit la plus grande partie des décès dus à ce groupe. Bien que le taux de mortalité ait baissé pour l'ensemble du groupe, principalement à cause d'une réduction considérable du nombre de décès dus à l'asthme, le taux relatif au diabète a très peu varié au cours de la dernière décennie, et le nombre absolu de décès a même

[1] Voir tableau 5-15.

[2] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Bureau fédéral de la statistique, *Maladie et soins de santé au Canada, Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, p. 140.

augmenté. Il faut cependant souligner le fait que les traitements à l'insuline ont beaucoup prolongé la période de survie des diabétiques, de sorte qu'un plus grand nombre d'entre eux se marient et transmettent la maladie à leurs enfants.

DÉCÈS DUS AU DIABÈTE, 1951 À 1961*

Année	Nombre de décès	Taux pour 100,000 habitants
1951	1,584	11.3
1952	1,577	10.9
1953	1,621	10.9
1954	1,607	10.5
1955	1,716	10.9
1956	1,820	11.3
1957	1,866	11.2
1958	1,869	10.9
1959	1,988	11.4
1960	2,081	11.6
1961	2,164	11.9

* Fondé sur Bureau fédéral de la statistique, *Causes de décès, Canada, 1950-1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 11; et aussi, Bureau fédéral de la statistique, *La statistique de l'État civil, 1961, Rapport annuel préliminaire*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 8.

Comme il n'existe pas de chiffres correspondants concernant les tendances de la fréquence ou de la prévalence du diabète, la seule conclusion que l'on puisse tirer, c'est que la mortalité sans cesse élevée et même croissante est attribuable non pas au fait que les diabétiques courent un plus grand risque de mourir, mais plutôt à ce que la maladie est plus courante dans une population qui se fait plus vieille.

D'après l'Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951[1], il y a au pays, actuellement, environ 770 diabétiques pour 100,000 habitants, soit à peu près 150,000 cas diagnostiqués[2].

En 1960, la mortalité a été plus élevée chez les femmes (13.4 p. 100) que chez les hommes (10 p. 100); le *National Health Survey* des États-Unis

[1] Ces chiffres n'ont pas été publiés parce que l'enquête n'a pas relevé assez de cas pour permettre une évaluation sûre.

[2] Cette évaluation très grossière révèle que la prévalence est un peu plus forte aux États-Unis où le taux est de 900 cas pour 100,000 habitants. (Statistique de la santé du *National Health Survey* des États-Unis: *Diabetes Reported in Interviews, United States, July 1957-June 1959*, Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être des États-Unis, Washington (D.C.), Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1960, p. 7). Toutefois, en 1959, le taux des décès fut plus élevé aux États-Unis (15.9) qu'au Canada (11.4); il est donc évident qu'il existe une différence réelle entre les deux pays quant à la fréquence du diabète.

a enregistré un écart semblable dans le taux de prévalence, à savoir, 1,000 décès chez les femmes et 800 chez les hommes pour 100,000 habitants. D'après la même Enquête aux États-Unis, les deux tiers des diabétiques sont âgés de 55 ans ou plus. Les chiffres précités concernant la prévalence ne visent que les cas connus. En se fondant sur les résultats de programmes de dépistage à étapes multiples, on estime qu'il pourrait y en avoir un aussi grand nombre qui n'ont pas encore été découverts[1]. Les programmes de ce genre aident à mettre à jour les cas méconnus.

Les diabétiques exigent une bonne part des services infirmiers assurés à domicile. Même s'ils ne sont pas nombreux (ils ne représentent que 5 p. 100 environ de tous les cas médicaux au chirurgicaux dont l'Ordre Victoria des infirmières s'occupe), ils requièrent beaucoup de soins. Les diabétiques constituent 14 p. 100 des cas médicaux et chirurgicaux dont s'occupent les infirmières. Le diabète est la maladie qui exige le plus de visites par malade (54 en moyenne contre 19 pour toutes les autres maladies). Il existe deux fois plus de cas chez les femmes que chez les hommes, et 90 p. 100 des malades ont 45 ans ou plus[2].

Les diabétiques, dont bon nombre doivent prendre constamment des médicaments, répondent pour environ 2 p. 100 de toutes les ordonnances[3].

DÉCÈS DUS À L'ASTHME, 1951-1961*

Année	Nombre de décès	Taux pour 100,000 habitants
1951	741	5.3
1952	662	4.6
1953	644	4.3
1954	629	4.1
1955	639	4.1
1956	598	3.7
1957	599	3.6
1958	502	2.9
1959	494	2.8
1960	402	2.2
1961	468	2.6

* Fondé sur Bureau fédéral de la statistique, *Causes de décès, Canada, 1950-1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 11, et aussi, sur une communication du Bureau fédéral de la statistique.

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1951, *données épidémiologiques sur les maladies chroniques au Canada.*

[2] Bureau fédéral de la statistique, *Home Nursing Services (Victorian Order of Nurses for Canada), 1960.*

[3] *Canadian Disease and Therapeutic Index, A Study of Physician Practice, February-May 1960, Lea Associates Inc.*, Flourtown, Pa.

L'asthme—L'asthme est la deuxième grande cause de décès du présent groupe, mais elle a contribué à une baisse générale de la mortalité, sauf en 1961 où le nombre des décès s'est légèrement accru.

Encore ici, la pénurie de renseignements sur la fréquence et la prévalence de la maladie ne permet pas d'évaluer complètement les chiffres de la mortalité. Et nous ne pouvons dire, faute de preuves, si la baisse du taux des décès qui s'est produite jusqu'en 1960 est attribuable à une décroissance de la maladie ou, ce qui est plus probable, à une baisse de ses effets mortels[1].

Aux États-Unis, les approximations relatives à la fréquence de l'asthme et à la fièvre des foins varient beaucoup, soit d'environ 1,000 à 6,900 cas pour 100,000 habitants[2]. Cela indique peut-être que la maladie est plus ou moins répandue selon les régions; il est donc douteux que l'on puisse appliquer au Canada le taux de prévalence que le *National Health Survey* a établi pour les États-Unis, à savoir 2,340 cas pour 100,000 habitants. Cette enquête indique que l'asthme et la fièvre des foins seraient plus fréquents chez les garçons que chez les filles parmi les jeunes de moins de 15 ans[3].

Le diabète, l'asthme, la fièvre des foins et d'autres maladies qui font partie du présent groupe sont chroniques, mais ne s'accompagnent pas forcément d'invalidité, sauf en cas d'attaques aiguës. C'est ce qui explique la place relativement importante que ces maladies occupent dans la liste des maladies qui ne causent pas d'invalidité.

Le groupe répond pour les pourcentages suivants de l'ensemble de la maladie et de la demande de certains services de santé[4].

	Pourcentage
Ensemble des décès	2.2
Mortalité prématurée	1.8
Maladie avec invalidité	1.3
Maladie sans invalidité	5.0
Radiations d'hospitalisés	2.2
Journées d'hospitalisation	1.8
Services médicaux	2.0
Ordonnances	7.0
Soins à domicile	11.1

[1] Ici encore, il faudrait entreprendre des études plus systématiques sur la fréquence et les effets de l'asthme.

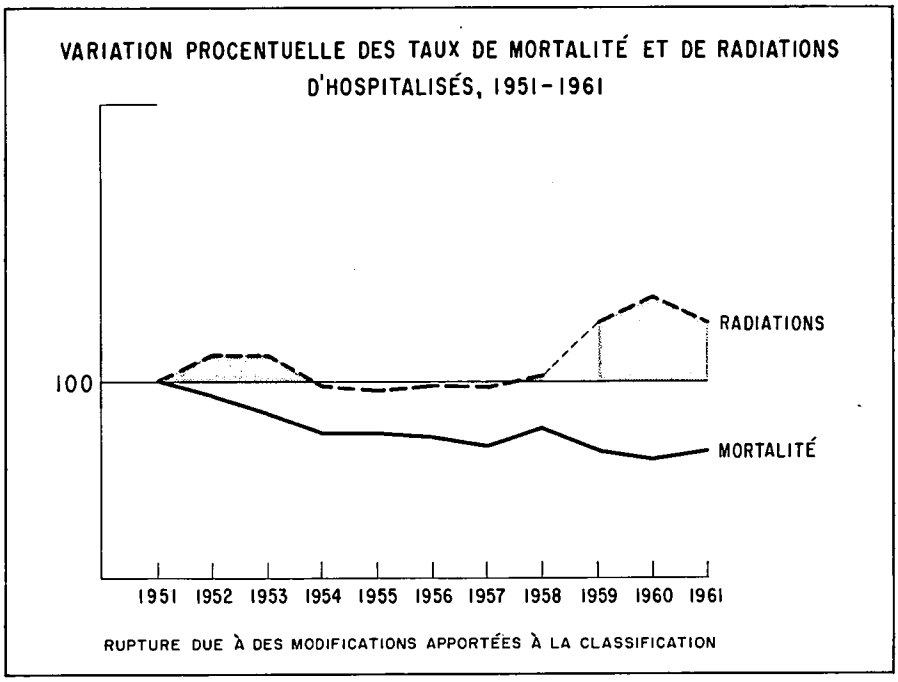
[2] Voir *The Committee for the Special Research Project in Health Insurance Plan of Greater New York, Health and Medical Care in New York City, Commonwealth Fund,* Cambridge, Mass., *Harvard University Press,* 1957; et département de l'Hygiène publique de la Californie, *Health in California, California Health Survey,* Imprimerie de l'État de la Californie (sans date).

[3] Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être des États-Unis, Service de l'hygiène publique, *Health Statistics from the U.S. National Health Survey—Chronic Respiratory Conditions reported in interviews, United States, July 1957-June 1958,* Washington (D.C.), Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1959.

[4] Voir tableau 5-15.

MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES

Le présent groupe de maladies comprend surtout les diverses formes d'anémie. Les maladies en question ne comptent pas beaucoup parmi les maladies mortelles ou non; elles répondent pour une faible tranche des services de santé demandés. Les fréquences peu élevées ne permettent guère de déterminer la tendance à leur égard. Le graphique suivant révèle une baisse de la mortalité qui ne correspond pas à ce que nous savons des radiations d'hospitalisés.



On est peu renseigné sur la prévalence de l'anémie dans l'ensemble de la population; lors d'un dépistage effectué à Baltimore, on a découvert 16 cas pour 1,000 personnes examinées[1], mais il serait difficile de dire jusqu'à quel point ce chiffre peut s'appliquer au Canada.

La mortalité est tombée de 4.3 en 1951 à environ 2.8 pour 100,000 habitants en 1961. Le taux des radiations d'hospitalisés a accusé des hausses et des baisses au cours de la même décennie; il est parti de 77 pour 100,000 habitants, et s'est maintenu autour de 100 durant les trois dernières années.

[1] Commission des maladies chroniques, *Chronic Illness in a Large City—The Baltimore Study,* Cambridge, Mass., *Harvard University Press,* 1957, p. 485.

Comparativement à certains autres pays, la mortalité due à ces maladies, au Canada, est à peu près semblable à celle des États-Unis, de la France et de la Suède.

Le groupe répond pour moins de 1 p. 100 de tous les décès, des années de vie perdues à cause de la mort prématurée, et des services médicaux et hospitaliers. Toutefois, elles ont requis une proportion relativement plus élevée d'ordonnances (2.8 p. 100) et de soins infirmiers à domicile (6.8 p. 100), surtout à cause des injections nécessaires, dans le dernier cas. Par rapport à l'ensemble des maladies, les pourcentages de ce groupe sont les suivants[1]:

	Pourcentage
Ensemble des décès	0.4
Mortalité prématurée	0.3
Maladie avec invalidité	Inconnu
Maladie sans invalidité	Inconnu
Radiations d'hospitalisés	0.4
Journées d'hospitalisation	0.3
Services médicaux	0.9
Ordonnances	2.8
Soins à domicile	6.8

TROUBLES MENTAUX, PSYCHONÉVROSES ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ[2]

La plupart du temps, ce sont les conséquences fatales d'une maladie qui retiennent notre attention. Aussi les maladies mentales n'ont-elles jamais été l'objet de grandes préoccupations, car elles entraînent rarement la mort. En tout et partout, seulement 0.3 p. 100 de tous les décès au Canada sont dus aux troubles du présent groupe.

Ces maladies doivent leur importance non pas à la mortalité qu'elles causent, mais à l'invalidité exceptionnelle qu'elles entraînent et à la quantité de services de santé, surtout hospitaliers, qu'elles requièrent. Elles répondent pour 38.9 p. 100 des journées d'hospitalisation et pour 3.7 p. 100 des ordonnances obtenues en dehors des hôpitaux; mais ce dernier chiffre pourrait fort bien être trop bas dans la mesure où les troubles d'ordre psychiatrique sont classés sous d'autres diagnostics[3].

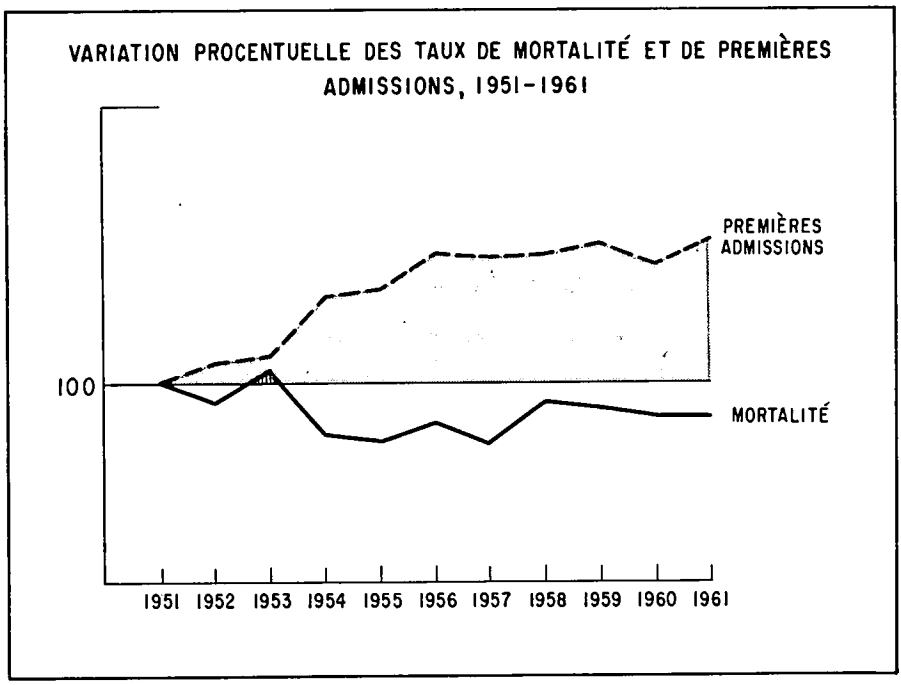
Vu l'évolution des types de soins accordés au malade psychiatrique, et dans les hôpitaux et dans la communauté, il devient de plus en plus difficile d'interpréter les données statistiques établies par les maisons de malades mentaux au sujet de la fréquence réelle de ces maladies. Toutefois, ces chiffres donnent une idée de l'ampleur du problème.

---

[1] Voir tableau 5-15.

[2] Voir aussi D. G. McKerracher, *L'évaluation des soins psychiatriques* et A. Richman, *Les soins psychiatriques au Canada: étendue et résultats*, études réalisées pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

[3] En 1961, $4,428,000 ont été affectés aux «fournitures médicales et chirurgicales ainsi qu'aux médicaments» dans les institutions de malades mentaux, à savoir 3.4 p. 100 des frais globaux de fonctionnement de ces établissements. Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'hygiène mentale, Supplément financier, 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 10.



En 1960, les hôpitaux disposaient de 192,162 lits; le tiers d'entre eux, soit 67,895, se trouvaient dans des hôpitaux de maladies mentales[1]. En outre, les hôpitaux généraux comptaient environ 1,500 lits dans leurs quartiers psychiatriques.

La même année, plus de 25 millions de jours ont été passés dans des hôpitaux de maladies mentales et dans des quartiers psychiatriques; le nombre des malades fut en moyenne de 69,000 par jour[2]. Autrement dit, une personne sur 260 se trouve dans une institution de ce genre. On estime que si les admissions se maintiennent au rythme actuel, plus de 10 p. 100 des bébés actuels passeront une partie de leur vie dans une institution psychiatrique[3]. Il y a aussi des personnes souffrant de troubles affectifs ou psychiatriques qui ne sont pas forcément hospitalisés; leur nombre est inconnu, mais on estime qu'il correspond environ au dixième de la population[4].

Des études effectuées en Grande-Bretagne et aux États-Unis permettent de croire que de 5 à 10 p. 100 des enfants d'âge scolaire souffrent de

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Hospital Care in Canada* (rapport inédit).

[2] *Ibid.*

[3] *Association canadienne d'hygiène mentale,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 1962, appendice 3.

[4] Cette approximation, fréquemment mentionnée au Canada et aux États-Unis, est considérée comme très prudente dans: J. S. Tyhurst *et. al., More for the Mind,* Toronto, Association canadienne d'hygiène mentale, 1963, p. 9.

troubles affectifs et mentaux[1] et qu'au moins 3 p. 100 de la population souffre de retard mental, un cinquième des arriérés ayant moins de 20 ans[2]. On a découvert que parmi un groupe d'employés aussi nombreux que représentatif, environ 6 p. 100 des absences pour cause de maladie étaient attribuables à des troubles psychiatriques[3]. Tous ces chiffres portent sur les divers aspects des troubles psychiatriques qui affligent la population. Ils peuvent donner une idée de l'ampleur du problème, mais ils ne permettent pas d'en brosser un tableau général, clair et précis.

Il est très difficile d'interpréter les tendances de la fréquence et des caractéristiques des troubles psychiatriques en fonction des services de santé qu'ils exigent. D'une part, on a maintenant tendance à faire relever de la psychiatrie des catégories de plus en plus nombreuses de cas que l'on considérait déjà comme des exemples de défaut d'adaptation sociale. L'alcoolisme en est un exemple. Les narcomanes ne vont plus dans des prisons, mais dans des hôpitaux ou des centres de cure, et l'on en viendra peut-être à accorder des soins semblables à d'autres groupes de délinquants sociaux. D'autre part, les soins psychiatriques ne se bornent plus uniquement à la garde purement passive des malades; ces derniers reçoivent maintenent des traitements intensifs, ce qui fait que l'on demande maintenant aux quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux, plutôt qu'aux institutions de maladies mentales, de traiter une bonne partie des malades mentaux[4].

Le tableau ci-dessous indique en pourcentage l'importance de ce groupe de maladies et sa part de certains services de santé par rapport à l'ensemble des maladies[5].

	Pourcentage
Ensemble des décès	0.3
Mortalité prématurée	0.5
Maladie avec invalidité	9.9
Maladie sans invalidité	Inconnu
Radiations d'hospitalisés	2.5
Journées d'hospitalisation	38.9
Services médicaux	1.7
Ordonnances (hors des hôpitaux)	3.7
Soins à domicile	0.7

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS

Ce groupe compte certaines maladies qui sont d'importantes causes de décès, notamment les «crises» cardiaques, les hémorragies cérébrales, les embolies, les infarctus du myocarde, les maladies accompagnées d'infir-

[1] Association canadienne d'hygiène mentale, *op. cit.*, appendice 3.

[2] *Ibid.* Cela voudrait dire qu'il y aurait plus de 100,000 enfants et adolescents arriérés au Canada.

[3] Il s'agit en général d'absences de plus de 3 jours. Bureau fédéral de la statistique, *La maladie dans la fonction publique, Rapport statistique, 1960,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 30.

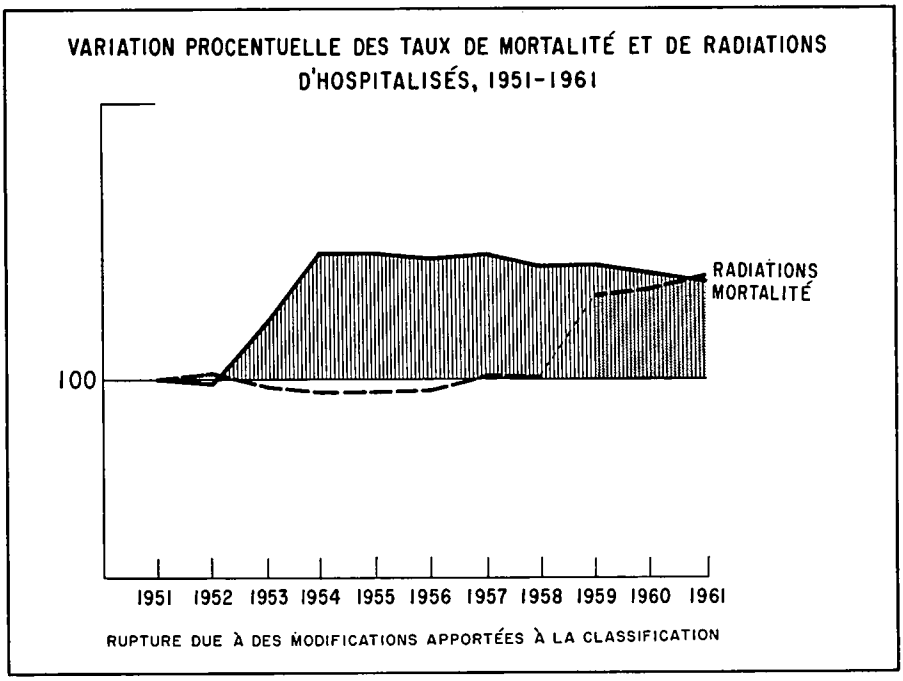
[4] Voir chapitre 8.

[5] Voir tableau 5-15.

mité ou d'invalidité, comme la sclérose en plaques, diverses formes de la paralysie, l'épilepsie, et d'autres, et les maladies des yeux et des oreilles.

C'est pourquoi nombre de décès et une bonne part de la maladie sont dus au présent groupe, qui requiert une forte proportion des services hospitaliers et d'autres services de santé. Les premières maladies mentionnées, les lésions vasculaires, sont souvent jointes aux maladies du cœur dans le groupe des maladies cardio-vasculaires comme formes caractéristiques des maladies de la dégénérescence parmi les groupes des personnes âgées.

Le graphique ci-dessous montre la tendance de la mortalité et des hospitalisations de 1951 à 1961; comme on peut le voir, l'indice des décès et des hospitalisations a été beaucoup plus élevé en 1961 qu'en 1951, bien que la mortalité ait quelque peu diminué après la hausse rapide au début de la décennie.



Au Canada, la mortalité due à ces maladies (89.7 en 1959) est moins élevée que dans les pays suivants: aux États-Unis (108.5), en Angleterre et au pays de Galles (165.6), en France (136.4) et en Suède (137.9).

En 1961, les maladies de ce groupe ont causé 17,102 décès, dont 15,428 étaient attribuables à des lésions vasculaires affectant le système nerveux central. Le chiffre précité équivaut à 12 p. 100 de l'ensemble

des décès. Toutefois, le pourcentage des années de vie perdues par suite de la mortalité prématurée est un peu moins élevé, car dans la plupart des cas, ce sont des personnes âgées qui succombent à ces maladies. Ces maladies répondent pour 6 p. 100 de la durée globale de la maladie (avec invalidité, 6.3 p. 100, et sans invalidité, 5.6 p. 100), 5 p. 100 de tous les jours d'hospitalisation, 5.3 p. 100 de toutes les ordonnances, 3.9 p. 100 des services médicaux, et 11 p. 100 des services infirmiers à domicile. Ces chiffres donnent une idée de l'âge des malades, du taux d'invalidité généralement élevé et de la réadaptation nécessaire (dans la mesure où cela est possible).

Le tableau ci-dessous indique en pourcentage l'importance de ce groupe de maladies et sa part de certains services par rapport à l'ensemble[1].

	Pourcentage
Ensemble des décès	12.1
Mortalité prématurée	7.4
Maladie avec invalidité	6.3
Maladie sans invalidité	5.6
Radiations d'hospitalisés	3.7
Journées d'hospitalisation	5.0
Services médicaux	3.9
Ordonnances	5.3
Soins à domicile	11.0

Les lésions vasculaires répondent pour la majorité des décès causés par les maladies du groupe, et pour environ le quart des jours d'hospitalisation; mais elles occasionnent à peu près autant d'hospitalisations (radiations) que les maladies des yeux et des oreilles[2]. Toutefois, ces dernières répondent pour plus de la moitié des ordonnances du groupe.

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Le présent groupe comprend les diverses sortes de maladies du cœur, l'hypertension, l'artériosclérose et d'autres maladies des veines et des artères.

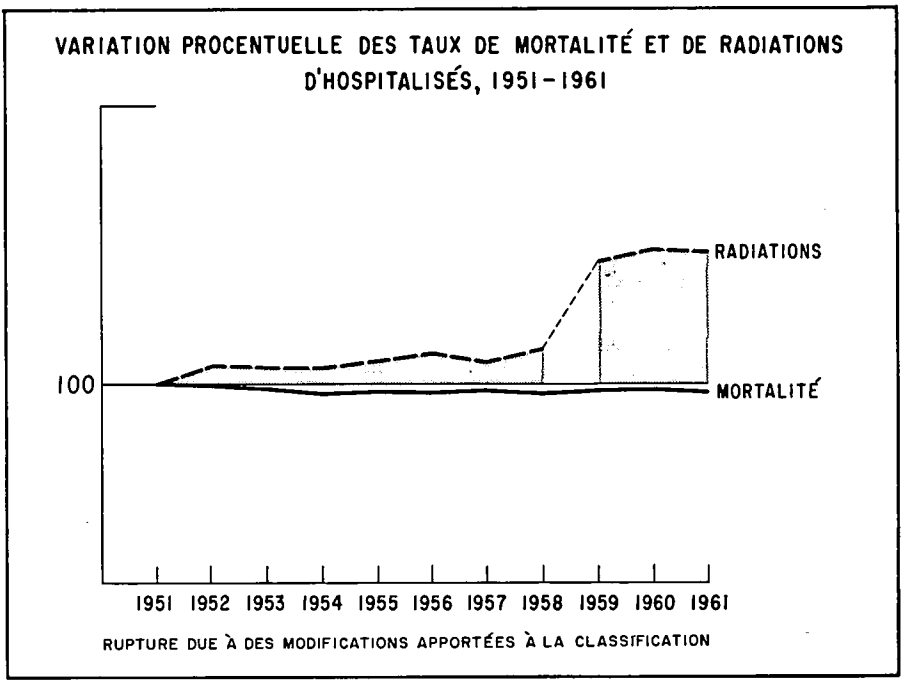
Le graphique ci-dessous révèle que la mortalité a été plutôt stable au cours de la dernière décennie, et qu'elle a accusé un léger recul (3.8 p. 100) entre 1951 et 1961. La courbe représentant la tendance des radiations d'hospitalisés, qui brisée est à cause de modifications apportées au classement, indique que l'hospitalisation est devenue plus fréquente pour ces maladies.

---

[1] Voir tableau 5-15.

[2] Les taux respectifs pour 100,000 habitants sont les suivants:

	Sorties d'hôpital	Jours d'hospitalisation
Lésions vasculaires	174	7,290
Maladies des yeux	198	1,706
Maladies des oreilles	151	1,182



La comparaison avec certains autres pays révèle que la mortalité est plus basse au Canada (273.1) qu'aux États-Unis (370.7), en Angleterre et au pays de Galles (385.8) et en Suède (307.9), mais un peu plus élevée qu'en France (214.8). Il faut interpréter ces chiffres en tenant compte des différences que présente la composition par âge de la population des différents pays.

Les maladies de l'appareil circulatoire causent environ 40 p. 100 des décès; cette proportion dépasse de beaucoup celle de tous les autres groupes de maladie. Les néoplasmes malins viennent au second rang (17 p. 100 environ de tous les décès). Bien que ce soit surtout chez les personnes âgées que les maladies de l'appareil circulatoire entraînent la mort, le simple nombre des décès fait aussi de ce groupe la principale cause d'années de vie perdues par suite de la mort prématurée. Par rapport à l'ensemble de toutes les causes d'affections, le présent groupe répond pour 9.1 p. 100 de la maladie accompagnée d'invalidité, et 10.6 p. 100 de la maladie sans invalidité, ce qui fait une moyenne d'à peu près 10 p. 100.

Pour ce qui est des jours d'hospitalisation, le présent groupe vient au second rang (7.9 p. 100), soit après les troubles mentaux (40 p. 100). Ces maladies exigent 5.2 p. 100 de l'ensemble des services médicaux, 16.2 p. 100 des ordonnances, et 11.9 p. 100 des services infirmiers à domicile. Elles occupent la seconde place en ce qui a trait à ces deux derniers domaines.

Au sein du groupe, l'artériosclérose des coronaires et la myocardite dégénérative causent presque 80 p. 100 des décès.

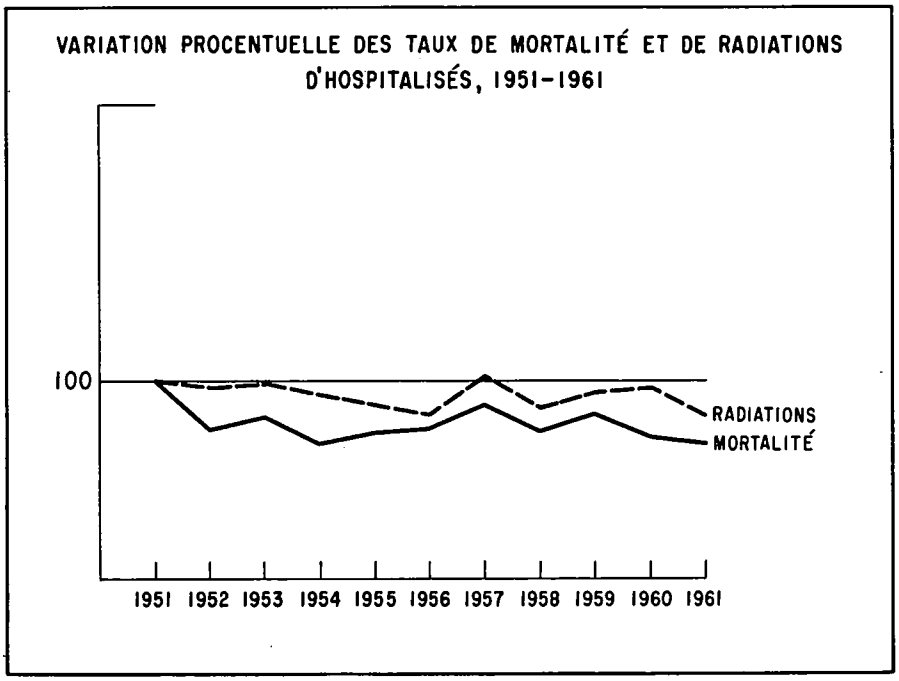
Le tableau ci-dessous indique en pourcentage l'importance du groupe et sa part de certains services de santé[1] par rapport à l'ensemble des maladies.

	Pourcentage
Ensemble des décès	38.8
Mortalité prématurée	22.0
Maladie avec invalidité	9.1
Maladie sans invalidité	10.6
Radiations d'hospitalisés	6.3
Journées d'hospitalisation	7.9
Services médicaux	5.2
Ordonnances	16.2
Soins à domicile	11.9

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Le présent groupe comprend le rhume ordinaire, la grippe, la pneumonie, l'amygdalite et d'autres maladies des voies respiratoires.

Le graphique ci-dessous représente la courbe de la mortalité et celle des hospitalisations de 1951 à 1961.



[1] Voir tableau 5-15.

Sauf dans le cas des radiations d'hospitalisés en 1957, les taux des deux séries sont demeurés inférieurs à ceux de 1951. Toutefois, il n'y a pas de tendance régulière, car les maladies les plus fréquentes parmi le groupe (le rhume ordinaire, la grippe et la pneumonie) se présentent souvent sous forme d'épidémies. De fait, l'année 1951, qui constitue le début de la décennie en cause, a connu une vaste épidémie de grippe asiatique, ce qui a fortement augmenté l'incidence des troubles respiratoires connexes et de leurs complications.

Comme les maladies de l'appareil respiratoire prennent facilement les proportions d'une épidémie et qu'elles subissent l'influence des conditions ambiantes et climatiques, la comparaison avec d'autres pays ne vaudrait qu'à long terme et devrait tenir compte de certains facteurs extrinsèques.

Toutefois, les médicaments et les traitements nouveaux ont fortement réduit la mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire, comme on peut le voir d'après les chiffres ci-dessous pour la période antérieure à 1951.

TAUX RÉUNIS DE DÉCÈS DUS À LA GRIPPE, À LA BRONCHITE ET À LA PNEUMONIE, 1926-1950

Moyenne 1926-1930	Moyenne 1931-1935	Moyenne 1936-1940	Moyenne 1941-1945	Moyenne 1946-1950
134.0	100.6	97.4	69.0	55.2

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Canadian Vital Statistics Trends, 1921-1954*, Document de référence nº 70, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1956, p. 33.

Les maladies de l'appareil respiratoire causent environ 5 p. 100 de tous les décès, mais elles répondent pour une proportion annuelle plus élevée (7.2 p. 100) des années de vie perdues par suite de la mort prématurée.

Toutefois, l'importance de ces maladies est due surtout au fait qu'elles requièrent 15.1 p. 100 des services médicaux et 16.7 p. 100 des ordonnances, et au rang qu'elles occupent en ce qui a trait à l'invalidité (28.0 p. 100) et à la non-invalidité (23.4 p. 100); à cet égard, elles sont au premier rang de toutes les maladies. Elles répondent aussi pour 13.9 p. 100 des radiations d'hospitalisés; mais elles n'exigent que 4.9 p. 100 des jours d'hospitalisation et 1.5 p. 100 des soins infirmiers à domicile.

Le tableau ci-après montre en pourcentage l'importance des maladies de l'appareil respiratoire et leur part de certains services[1] par rapport à l'ensemble.

[1] Voir tableau 5-15.

	Pourcentage
Ensemble des décès	5.7
Mortalité prématurée	7.2
Maladie avec invalidité	28.0
Maladie sans invalidité	23.4
Radiations d'hospitalisés	13.9
Journées d'hospitalisation	4.9
Services médicaux	15.1
Ordonnances	16.7
Soins à domicile	1.5

Parmi les maladies de l'appareil respiratoire, le rhume ordinaire, la grippe et d'autres infections aiguës des voies respiratoires supérieures répondent pour environ le cinquième des jours de maladie (entraînant ou non l'invalidité), et pour à peu près le dixième des services médicaux. L'hypertrophie des amygdales (amygdalite) et les végétations adénoïdes représentent 6.3 p. 100 de toutes les radiations d'hospitalisés, mais seulement 1.3 p. 100 des jours d'hospitalisation, vu que le séjour à l'hôpital est généralement bref. On compte 1,116 cas pour 100,000 habitants; le taux est plus élevé dans le cas des enfants de quatre ans (5,356). La moyenne des jours d'hospitalisation est donc de 2,359 pour 100,000 habitants contre 9,449 chez les enfants de quatre ans.

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

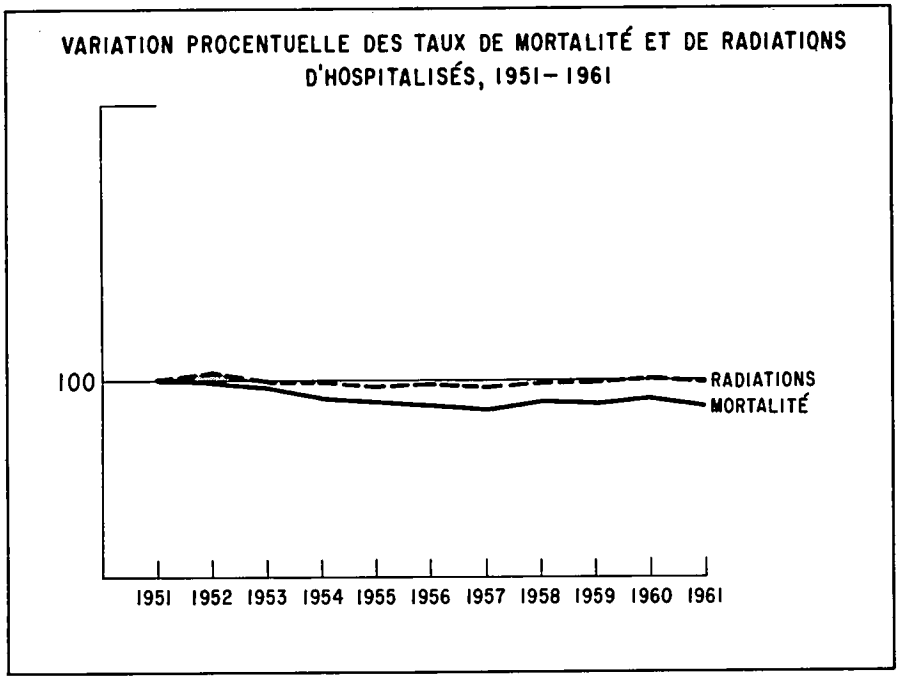
Le groupe comprend, entre autres, les diverses maladies de l'estomac (sauf le cancer), les ulcères, l'appendicite et les hernies, de même que les maladies du foie, de la vessie et du pancréas; il s'agit donc d'un groupe plutôt hétérogène. Comme le montre le graphique suivant, le nombre des décès dus à ces maladies a baissé lentement de 1951 à 1961, mais la fréquence des hospitalisations a été plutôt stable durant cette décennie.

Une comparaison avec certains autres pays révèle un taux de mortalité de même ordre, sauf en France, où il est plus élevé.

En général, les maladies de l'appareil digestif se situent dans la moyenne par rapport aux autres maladies examinées dans le présent chapitre, mais elles occupent la troisième place quant aux services médicaux (9.6 p. 100) et la quatrième quant aux services hospitaliers (5.7 p. 100) et aux ordonnances (8.2 p. 100). Elles répondent pour 3.7 p. 100 de tous les décès, pour 4.3 p.100 des années de vie perdues, pour 6.8 p. 100 des maladies entraînant l'invalidité, et pour 8.6 p. 100 de celles qui n'entraînent pas l'invalidité.

En 1961, environ le cinquième (1,083) des décès dus au présent groupe a été causé par la cirrhose du foie; en 1951, le chiffre a atteint 607. L'obstruction des voies intestinales et les hernies ont causé 929 décès et les gastro-entérites et les côlites, 864. La mortalité attribuable à l'appendicite est passée de 262 décès en 1951 à 187 en 1961.

Cette dernière maladie répond pour 1.9 p. 100 de toutes les radiations d'hospitalisés (331 pour 100,000 habitants) et pour 1.4 p. 100 des jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux (2,608 jours).



La demande de services hospitaliers a été à peu près identique dans le cas des hernies, à savoir 1.8 p. 100 de toutes les radiations d'hospitalisés (315 pour 100,000 habitants) et 1.5 p. 100 des jours d'hospitalisation (2,883 jours).

Le classement international inclut les troubles dentaires dans le groupe des maladies de l'appareil digestif, mais le gros de ces affections, comme la carie dentaire qui constitue une bonne partie du travail des dentistes, et d'autres affections qui requièrent habituellement les soins du dentiste sont étudiés plus loin dans le présent chapitre.

A part cette exception, les maladies de l'appareil digestif répondent pour les pourcentages suivants de l'ensemble de la maladie et de la demande de certains services[1]:

	Pourcentage
Ensemble des décès	3.7
Mortalité prématurée	4.3
Maladie avec invalidité	6.8
Maladie sans invalidité	8.6
Radiations d'hospitalisés	10.8
Journées d'hospitalisation	5.7
Services médicaux	9.6
Ordonnances	8.2
Soins à domicile	3.8

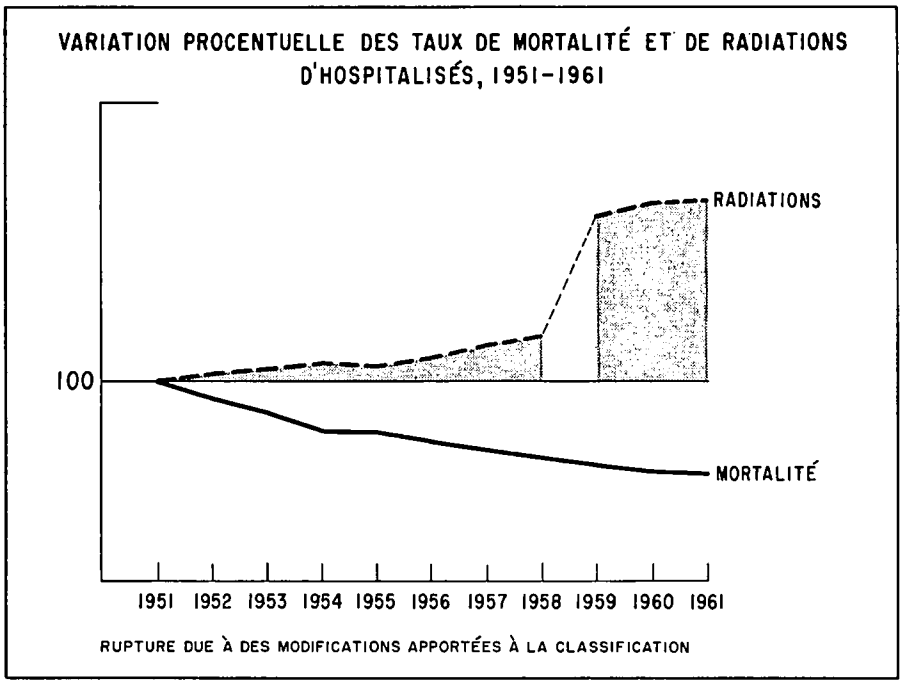
[1] Voir tableau 5-15.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Le présent groupe comprend la néphrite, les maladies des reins et de la vessie, et les diverses maladies des organes génitaux (autres que le cancer). Si le taux d'hospitalisation a augmenté, celui des décès a diminué constamment. Le taux de la mortalité pour ce groupe au Canada ne diffère guère de celui de certains autres pays.

Le groupe se situe à peu près dans la moyenne quant à sa part de la maladie et de la demande de services de santé[1]:

	Pourcentage
Ensemble des décès	2.1
Mortalité prématurée	1.5
Maladie avec invalidité	3.5
Maladie sans invalidité	5.0
Radiations d'hospitalisés	6.9
Journées d'hospitalisation	3.5
Services médicaux	8.7
Ordonnances	4.4
Soins à domicile	1.8

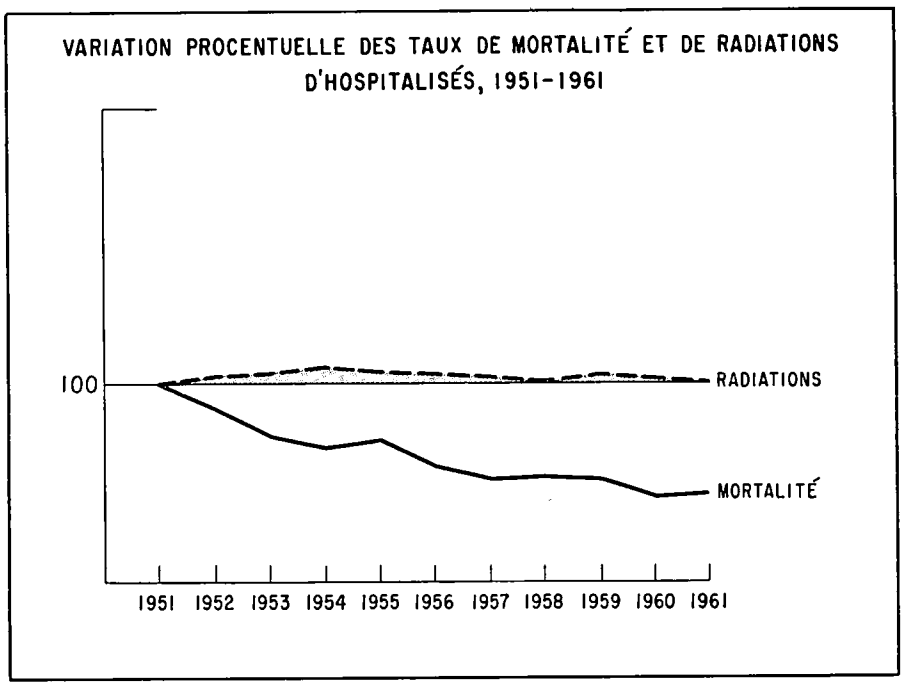


[1] Voir tableau 5-15.

A peu près la moitié de la demande relativement élevée de services médicaux tient aux maladies des organes génitaux de la femme[1]. Environ 50 p. 100 des décès attribuables à ce groupe sont dus à la néphrite. Le nombre des décès, qui était de 3,043 en 1951, est tombé à 1,553 en 1961; il en est résulté une diminution correspondante plus considérable du taux.

LA MATERNITÉ ET SES COMPLICATIONS[2]

Le présent groupe a ceci de particulier que la plupart des affections en cause requièrent des services de santé, même s'ils ne résultent pas d'un état de santé anormal; seules les complications exceptionnelles sont des manifestations d'un mauvais état de santé. La classe supplémentaire, qui figure à la fin de la liste, constitue l'unique autre exception à cet égard; elle requiert aussi une bonne part de services qui ne sont pas directement reliés à la maladie, comme les examens médicaux périodiques et le soin des nourrissons.



[1] H. leRiche, *A Sample Study on the Participants of a Canadian Prepayment Medical Care Plan in Regard to Costs, Disease Episodes and Services, Physicians' Services Incorporated,* Toronto, 1957.

[2] Tout au long du présent rapport, on a utilisé cette désignation plutôt que celle du Classement international des maladies, qui est plus descriptive et plus exacte, mais qui est aussi très longue, savoir: «Accouchements et complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral».

La mortalité résultant de la maternité a accusé une baisse aussi sensible que continue. On l'a invoquée souvent comme un indicateur de l'état de santé d'une population. Elle est déterminée non seulement par la valeur des services de santé personnels, mais aussi par la salubrité publique, le niveau de vie et les habitudes générales d'hygiène. Par ailleurs, l'hospitalisation dépend du taux de natalité[1] et de la proportion des accouchements qui ont lieu à l'hôpital[2].

Bien qu'il soit très bas (46.0 pour 100,000 naissances vivantes en 1961 et 54.9 en 1959), le taux des décès dus à la maternité en 1959 a été un peu plus élevé au Canada qu'aux États-Unis (37.4), en Angleterre et au pays de Galles (38.7), et en Suède (23.8); par conséquent, la situation pourrait être meilleure. A cet égard, la mortalité est plus forte en France (55.0) qu'au Canada.

Le groupe s'inscrit à un rang inférieur quant à la mortalité, et occupe un rang un peu plus élevé quant à l'invalidité, mais il exige une bonne part des services de santé, comme on peut le voir dans le tableau suivant[3]:

	Pourcentage
Ensemble des décès	0.2
Mortalité prématurée	0.3
Maladie avec invalidité	2.5
Maladie sans invalidité	0.5
Radiations d'hospitalisés	18.3
Journées d'hospitalisation	5.7
Services médicaux	11.3
Ordonnances	3.5
Soins à domicile	9.2

Les naissances sans complications répondent pour 70 p. 100 des jours d'hospitalisation imputables au présent groupe[4]. La mortalité puerpérale[5], (560 pour 100,000 naissances vivantes en 1926) est tombée à 46 en 1961. Comme les taux sont plus élevés dans les provinces qui n'ont pas profité autant des progrès remarquables réalisés au cours du dernier quart de siècle, il serait possible de réduire encore davantage, au Canada, le nombre de décès attribuables au présent groupe[6].

---

[1] Le taux de natalité a atteint 27.2 en 1951, a culminé à 28.5 en 1954, et est redescendu progressivement jusqu'à 26.1 en 1961.

[2] Le pourcentage des naissances à l'hôpital est monté constamment; il est passé de 79.1 p. 100 en 1951 à 96.9 p. 100 en 1961.

[3] Voir tableau 5-15.

[4] Ne sont pas compris les jours d'hospitalisation des nouveau-nés qui ressortissent au groupe «supplémentaire».

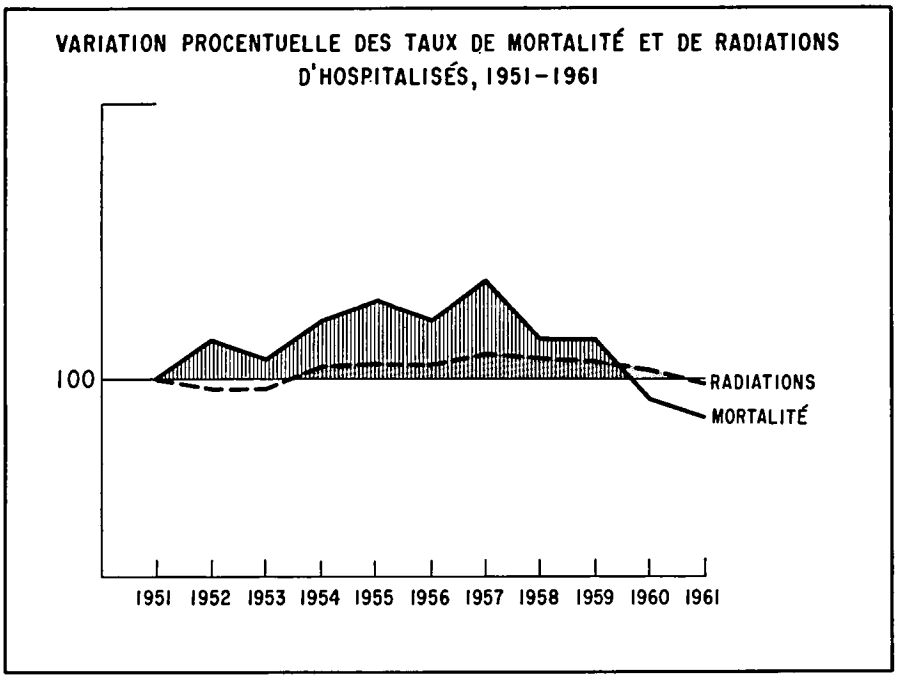
[5] Pour 100,000 naissances vivantes.

[6] La moyenne des taux de 1960 et 1961 est indiquée afin de réduire l'effet des variations aléatoires dues aux petits nombres. D'après le Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 213.

	Mortalité puerpérale pour 100,000 naissances vivantes
Terre-Neuve	88
Île-du-Prince-Édouard	18
Nouvelle-Écosse	21
Nouveau-Brunswick	55
Québec	64
Ontario	38
Manitoba	48
Saskatchewan	34
Alberta	21
Colombie-Britannique	37
Yukon	—[1]
Territoires du Nord-Ouest	—[1]
Canada	46

MALADIE DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE

Le présent groupe comprend les furoncles, l'anthrax, l'impétigo et d'autres affections cutanées comme la dermatite, mais non le cancer.



[1] Aucun taux n'est donné pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, parce que la mortalité puerpérale y est très rare en raison de la population peu élevée; ainsi, un décès de ce genre ferait monter d'environ 180 le taux du Yukon. Une comparaison de taux fondée sur d'aussi faibles fréquences ne serait pas significative.

Il se peut que les variations apparentes, surtout du taux de la mortalité, ne soient pas significatives à cause du nombre relativement restreint de cas (165 en 1960). On pourrait en dire autant du taux de radiations d'hospitalisés; cependant, ces dernières varient moins et sont demeurées à peu près au même niveau tout au long de la décennie[1].

Le présent groupe cause peu de maladie en général et exige peu de services de santé, sauf les services médicaux. Il répond pour les pourcentages suivants[2]:

	Pourcentage
Ensemble des décès	0.1
Mortalité prématurée	0.1
Maladie avec invalidité	1.6
Maladie sans invalidité	5.5
Radiations d'hospitalisés	2.0
Journées d'hospitalisation	0.9
Services médicaux	8.3
Ordonnances	4.2
Soins à domicile	1.6

Les maladies décrites comme des infections de la peau et des tissus sous-cutanés sont responsables d'une bonne part de la demande des services médicaux. Elles répondent aussi pour environ la moitié des ordonnances requises par le groupe.

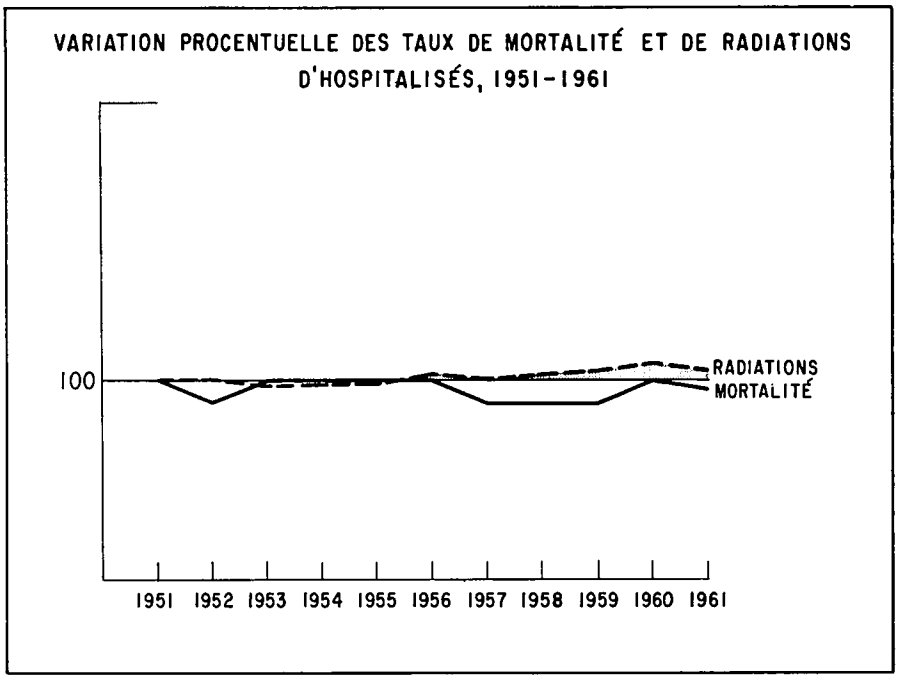
MALADIES DES OS ET DES ORGANES DU MOUVEMENT

Le présent groupe comprend les diverses formes d'arthrite et de rhumatisme[3].

Le présent groupe doit surtout son importance à la place qu'il occupe parmi les maladies qui ne causent pas d'invalidité. Il compte moins comme facteur d'invalidité, mais il exige passablement de services médicaux, d'ordonnances et de soins à domicile. Il répond pour les pourcentages suivants[4]:

	Pourcentage
Ensemble des décès	0.3
Mortalité prématurée	0.3
Maladie avec invalidité	5.7
Maladie sans invalidité	10.0
Radiations d'hospitalisés	2.7
Journées d'hospitalisation	2.9
Services médicaux	7.2
Ordonnances	4.6
Soins à domicile	5.5

[1] Des chiffres comparables à l'égard d'autres pays ne sont pas disponibles.
[2] Voir tableau 5-15.
[3] Des chiffres comparables à l'égard d'autres pays ne sont pas disponibles.
[4] Voir tableau 5-15.



Environ 80 p. 100 de la maladie sans invalidité et 90 p. 100 de la maladie avec invalidité sont dus à l'arthrite et au rhumatisme, et des pourcentages semblables s'appliquent à la demande de services médicaux, d'ordonnances et de soins infirmiers à domicile.

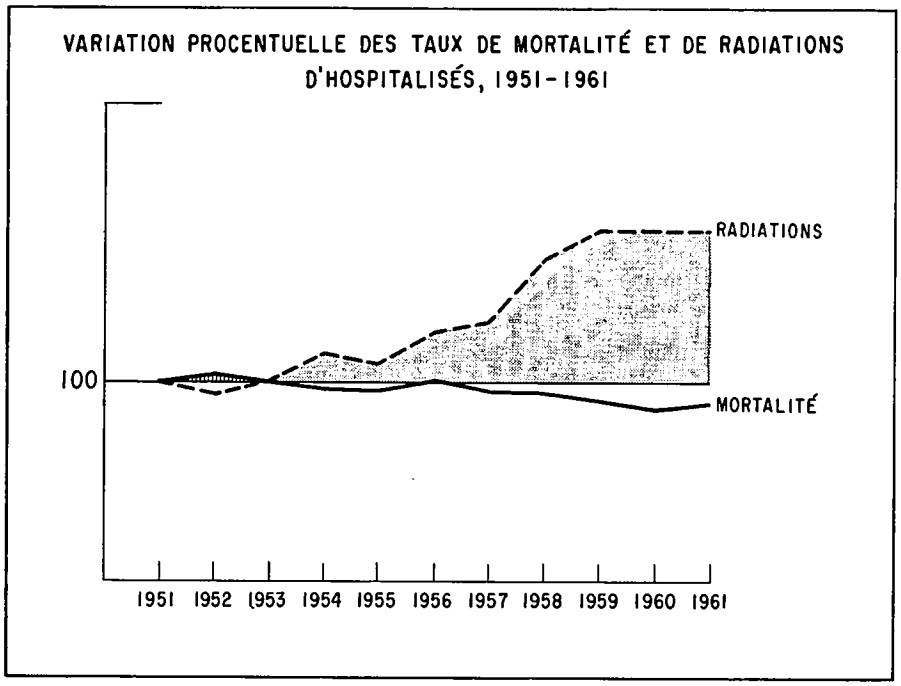
MALFORMATIONS CONGÉNITALES

La désignation du présent groupe s'explique d'elle-même, le siège de la déformation constituant le principal facteur de différenciation entre les malformations.

La mortalité diminue peu à peu, mais la fréquence de l'hospitalisation augmente; c'est dire que l'on a réussi à réduire la mortalité due à ces affections, sinon leur fréquence. L'accroissement du taux d'hospitalisation n'est-il qu'un indice du nombre accru de cas qui font l'objet de traitement ou est-ce aussi un signe que ces affections sont plus fréquentes? On ne pourra l'établir d'une manière définitive que lorsqu'on disposera d'une statistique plus complète et qu'on connaîtra les résultats d'études sur les effets possibles de l'exposition aux radiations, aux médicaments et à d'autres facteurs ambiants.

Le taux de la mortalité au Canada est semblable à celui des États-Unis, de l'Angleterre et du pays de Galles, de la France, et de la Suède.

Comme la mort due à ces états survient généralement en bas âge, le groupe doit surtout son importance au nombre d'années de vie perdues par



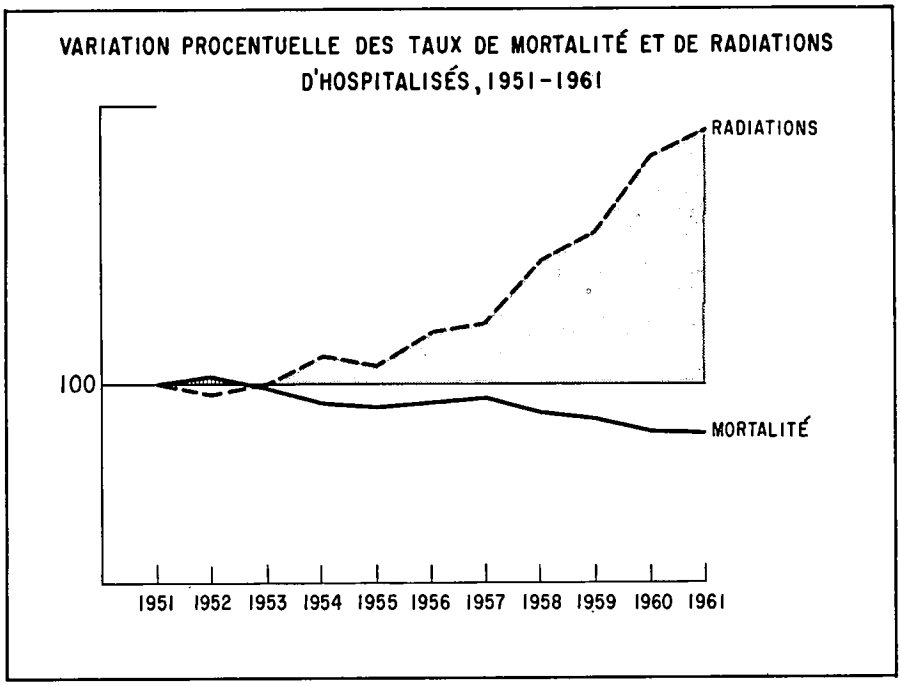
suite de la mort prématurée. Si l'on réussit à accroître les chances de survie des enfants victimes de malformations, et que l'on utilise davantage les services de réadaptation et les appareils de prothèse, ces affections pourront fort bien accroître la demande des services de santé. A l'heure qu'il est, les malformations congénitales répondent pour les pourcentages suivants[1]:

	Pourcentage
Ensemble des décès	2.0
Mortalité prématurée	6.5
Durée de la maladie	Inconnu
Radiations d'hospitalisés	0.8
Journées d'hospitalisation	0.7
Services médicaux	0.3
Ordonnances	nil
Soins à domicile	0.2

MALADIES PROPRES À LA PREMIÈRE ENFANCE

Le présent groupe comprend seulement certaines des maladies qui expliquent le taux de mortalité infantile relativement élevé au Canada. A part les malformations congénitales, ce sont surtout ces maladies qui entraînent la mort au cours de la période néonatale, c'est-à-dire pendant les quatre premières semaines qui suivent la naissance. Les causes les plus fréquentes sont l'asphyxie, les traumatismes obstétricaux et la débilité.

[1] Voir tableau 5-15.



La mortalité a baissé lentement alors que la fréquence de l'hospitalisation a monté en flèche, ce qui indique que les traitements prodigués sont de plus en plus efficaces. La tendance est semblable à celle des malformations congénitales, groupe qui n'est pas sans se rattacher au présent groupe.

Le taux de mortalité due à ces maladies (1,555 pour 100,000 naissances vivantes en 1959) est à peu près le même au Canada qu'aux États-Unis (1,600), mais il est plus élevé qu'en Angleterre et au pays de Galles (1,244), qu'en France (1,307) et qu'en Suède (1,070).

Ces maladies sont aussi l'une des principales causes de décès au Canada. Comme la longévité est presque nulle dans chaque cas, le présent groupe se classe au second rang des causes de mort prématurée. Il répond pour les pourcentages suivants[1]:

	Pourcentage
Ensemble des décès	5.1
Mortalité prématurée	17.4
Durée de la maladie	Inconnu
Radiations d'hospitalisés	0.4
Journées d'hospitalisation	0.3
Services médicaux	1.3
Ordonnances	0.2
Soins à domicile	0.1

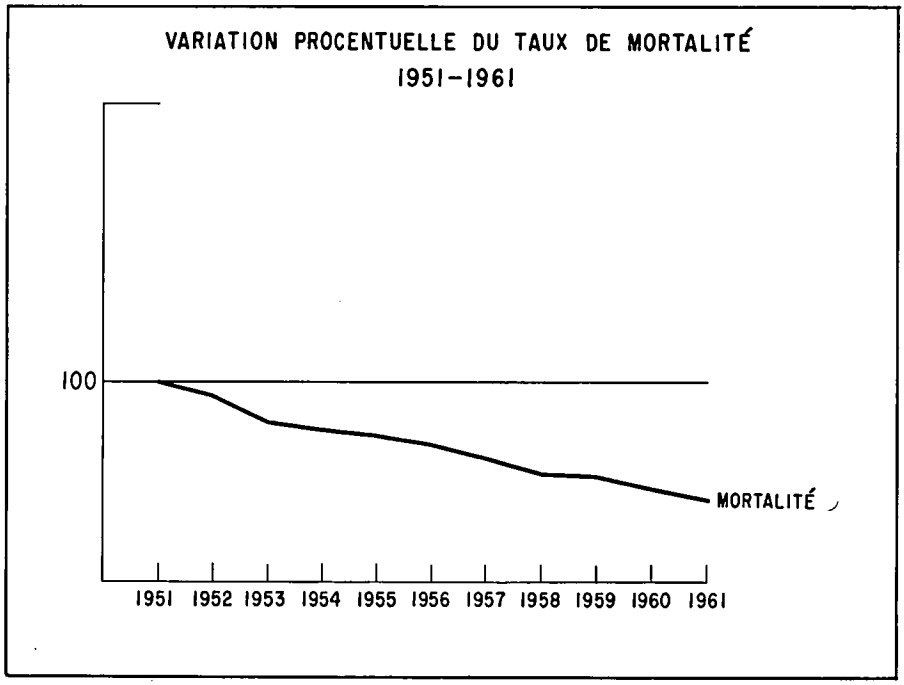
[1] Voir tableau 5-15.

Bien qu'il y ait diminution du taux des décès dus à la plupart des maladies du groupe, la mortalité attribuable à certains états demeure toujours élevée, surtout lorsqu'il y a débilité. En soi, la débilité répond pour presque le tiers des décès dans ce groupe. L'asphyxie postnatale et l'atélectasie, surtout lorsqu'il y a débilité, sont aussi des causes importantes de mortalité; les traumatismes obstétricaux viennent immédiatement après. Chez les nouveau-nés, la pneumonie et les maladies hémolytiques continuent à être souvent fatales. Toutefois, il y a eu une réduction sensible de la mortalité infantile due à certaines maladies contractées par la mère au cours de la grossesse, notamment la toxémie attribuable à la grossesse.

L'état de santé du nouveau-né est, pour une bonne part, déterminé par les soins accordés à la mère et à son enfant, à leur alimentation et aux normes d'hygiène du milieu. La situation pourrait être meilleure. A preuve, les différences entre les taux de la mortalité due aux maladies du nouveau-né dans les diverses provinces, taux qui, en 1959, ont varié entre 1,333 pour 100,000 naissances vivantes au Manitoba et 4,950 dans les territoires du Nord-Ouest; c'est une variation qui va de taux comparables à ceux des pays européens où l'état de santé est bon aux taux de pays où il est le pire.

SYMPTÔMES, SÉNILITÉ, ET ÉTATS MAL DÉFINIS

Le présent groupe comprend surtout les maladies qui n'entrent pas dans les autres groupes ou qui ne peuvent être diagnostiquées de façon assez



précise pour permettre de les ranger sous l'une ou l'autre des rubriques précédentes. Dans ce dernier cas, l'inclusion d'une maladie dans le présent groupe tient à ce qu'on ne peut obtenir de renseignements satisfaisants sur les données fondamentales. La comparaison des données sur une certaine période de temps ou entre divers pays refléterait donc, dans une grande mesure, l'amélioration apportée à la statistique, plutôt que l'état réel de la santé.

Les comparaisons entre divers pays se ressentent des différences que comporte la collecte des données, différences qui amoindrissent la valeur de la statistique. En 1959, la mortalité due au présent groupe a été plus faible au Canada que dans n'importe quel autre pays comparé.

	Pourcentage
Canada	8.8
États-Unis	10.8
Angleterre et pays de Galles	17.2
France	167.6
Suède	24.9
Mexique	138.9
Ceylan	201.2

La part apparente du groupe en fait de maladie et de demande de services de santé doit être interprétée avec soin à la lumière des réserves formulées plus haut[1].

	Pourcentage
Ensemble de décès	0.9
Mortalité prématurée	0.6
Maladie avec invalidité	8.1
Maladie sans invalidité	17.0
Radiations d'hospitalisés	1.9
Journées d'hospitalisation	0.9
Services médicaux	6.6
Ordonnances	5.4
Soins à domicile	4.3

C'est aux chapitres de la mortalité et des jours d'hospitalisation—les deux séries qui sont fondées sur un régime de collecte bien établi—que le groupe enregistre le pourcentage le plus bas. Les données sur la durée de la maladie, sur la maladie accompagnée d'invalidité et sur celle qui n'en cause pas sont fondées sur des renseignements de non-spécialistes. Les causes souvent légères de maladie non accompagnée d'invalidité peuvent être de vagues symptômes comme la migraine ou des douleurs non diagnostiquées par le médecin; elle ne peut donc être identifiée comme une maladie précise qui doit être rangée sous une rubrique quelconque.

[1] Voir tableau 5-15.

ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS ET TRAUMATISMES

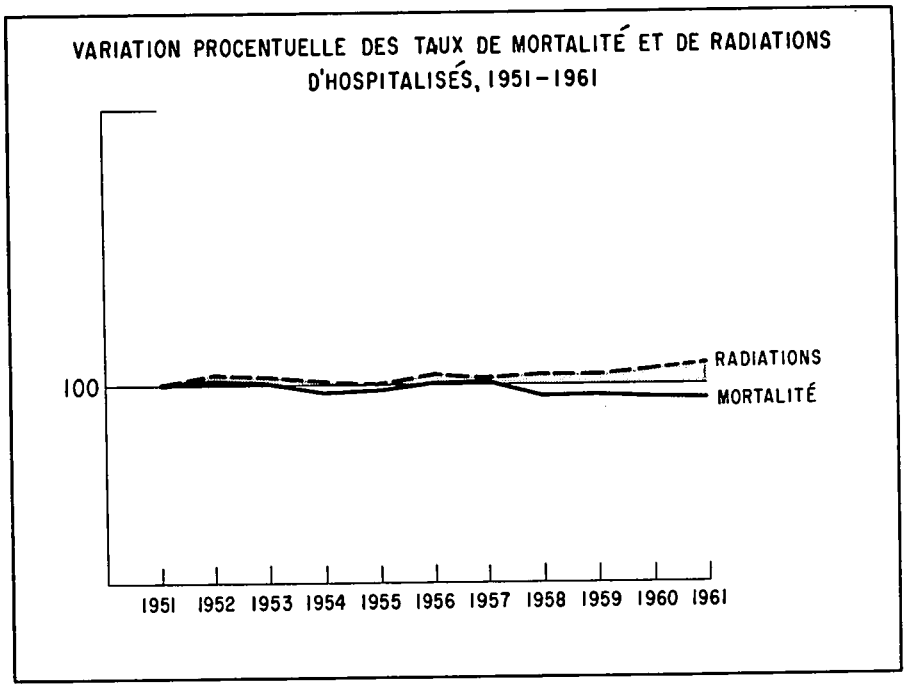
Ce groupe comprend les blessures infligées au corps humain par les agents extérieurs mentionnés dans le titre. A cet égard, les traumatismes diffèrent des problèmes de santé dont il a été question dans les alinéas précédents. Contrairement aux maladies étudiées jusqu'ici, les traumatismes découlent non pas du mauvais fonctionnement d'organes ou du cerveau, mais de situations ou d'événements sans aucun rapport comme tels avec l'état de santé d'une personne. Voilà pourquoi, par le passé, les causes d'accidents (qui forment le gros du présent groupe) et les traumatismes étaient considérés comme n'intéressant pas la médecine, cette dernière se bornant à traiter les blessures infligées. La situation a changé, car les blessures résultant d'accidents sont devenues l'un des principaux problèmes de la santé. On reconnaît de plus en plus qu'il existe une épidémiologie des accidents, et que la médecine peut contribuer à restreindre le nombre d'accidents et de traumatismes en étudiant les états physiques et mentaux qui les entraînent. Il n'en reste pas moins que la cause des accidents n'est pas surtout un problème d'ordre médical. Nous comprenons que les médecins aient du mal à délimiter leur responsabilité à cet égard[1].

Pour étudier les accidents, on peut les classer de deux façons, à savoir d'après leurs causes externes (e.g., accident dû à un véhicule automobile) ou d'après la nature de la blessure (e.g., fracture du crâne). Le second classement est important au point de vue du traitement des blessures, mais, comme nous nous intéressons surtout aux aspects sociaux des accidents, nous ferons maintenant une brève revue des causes externes sous les rubriques suivantes: accidents de chemin de fer, accidents dus à des véhicules automobiles, accidents dus à d'autres véhicules, accidents d'ordre maritime, accidents d'aviation, empoisonnements, chutes et autres accidents divers.

La mortalité et l'hospitalisation ne montrent que peu de changement: la première accuse une légère hausse et la seconde enregistre une faible diminution. Au Canada, le taux des décès est à peu près du même ordre que dans certains autres pays; il se rapproche beaucoup de celui des États-Unis (54.1 et 52.2 respectivement en 1959).

---

[1] Voir l'éditorial publié dans le *Canadian Medical Association Journal,* livraison du 15 juillet 1959, vol. 81, p. 112. On peut y lire: «... de nos jours, de fortes pressions s'exercent sur notre profession pour que nous fassions preuve d'initiative et que nous prenions la direction d'une réforme de la société. Ainsi, on s'attend à ce que nous nous occupions d'un nombre sans cesse croissant d'alcooliques, et que nous dissuadions les jeunes de l'usage abusif du tabac. On compte sur nous pour empêcher les administrateurs de se tuer à force de trop travailler ou de trop manger, pour transformer les homosexuels en hétérosexuels et, grâce à la chirurgie et à la psychiatrie, de changer les délinquants sexuels en citoyens respectueux de la loi. Dernièrement, la direction d'une publication savante nous a demandé d'appuyer une campagne préconisant l'abolition de la boxe et d'aucuns soutiennent que nous devrions être aux premiers rangs de ceux qui luttent pour éliminer cette autre forme d'homicide que sont les accidents d'automobiles. Certes, tous ces problèmes ont un aspect médical, mais on ne peut guère compter que nous les réglions à nous seuls. Nous avons à cœur le bien du public, mais que pouvons-nous faire si les gens ne veulent pas qu'on les aide? Si les hommes sont satisfaits de leur embonpoint et de leur paresse, s'ils désirent hâter leur fin en buvant, s'ils tiennent à se donner des coups, quelles sont alors les limites de notre responsabilité envers eux?»



Les accidents sont l'une des principales causes de décès et de maladie non mortelle. Ce sont eux qui fauchent le plus de vies chez les jeunes. Ils requièrent une bonne part des services de santé et répondent pour les pourcentages suivants[1]:

	Pourcentage
Ensemble des décès	7.9
Mortalité prématurée	14.3
Maladie avec invalidité	5.7
Maladie sans invalidité	4.4
Radiations d'hospitalisés	7.5
Journées d'hospitalisation	4.7
Services médicaux	6.7
Ordonnances	4.5
Soins à domicile	3.4

Le chiffre élevé des années de vie perdues par suite de la mort prématurée est attribuable à la grande proportion d'accidents mortels chez les enfants et les jeunes adultes. Les accidents ont remplacé les maladies contagieuses comme principal ennemi de la santé et de la vie des jeunes. Sur les 11,229 décès dus à des accidents en 1961, 3,882 (ou 34.6 p. 100) étaient

[1] Voir tableau 5-15.

attribuables à des accidents de la route, les autres étant dus aux chutes, aux noyades, aux incendies et à d'autres causes.

CATÉGORIE SUPPLÉMENTAIRE

Si le présent groupe a été ajouté au classement des maladies et des traumatismes, c'est pour tenir compte des services de santé accordés sans qu'il y ait pour cela une maladie déterminée ou une affection réelle quelconque. Ainsi sont englobées sous la présente rubrique les journées d'hospitalisation des nouveaux-nés, les soins donnés aux nourrissons par les médecins, les radiographies, les examens en laboratoire sans qu'il y ait manifestation de maladie, les injections prophylactiques, les vaccins, et autres.

Le présent groupe de services répond pour les pourcentages suivants[1]:

	Pourcentage
Radiations d'hospitalisés	13.7
Journées d'hospitalisation	5.2
Services médicaux	4.7[2]
Ordonnances	12.5
Soins à domicile	18.0

La plupart de ces services peuvent être considérés comme faisant partie de la médecine préventive.

Pour donner une idée exacte des services personnels d'ordre préventif qui sont maintenant assurés, il y aurait lieu d'inclure un certain nombre d'autres services. Ainsi, les services de santé publique font de l'immunisation tout comme les médecins exerçant à titre privé; on peut en dire autant des soins donnés aux nourrissons, aux soins pré et post-nataux. le Riche estime que «de 13.26 à 16.51 p. 100 des paiements» de la *Physicians' Services Incorporated*[3] sont affectés aux services «de physiologie et de prévention» dans lesquels il inclut les services d'obstétrique et les services rendus aux personnes qui présentent certains symptômes ou qui souffrent de maladies mal définies.

LES HANDICAPÉS

Afin d'étudier les répercussions des divers problèmes de santé sur la communauté et sur les services de santé en particulier, nous avons jugé bon de passer en revue les événements qui se produisent au cours d'une année particulière.

Toutefois, cette façon de procéder voile un peu l'importance, pour l'individu, d'une bonne ou d'une mauvaise santé. Pour découvrir jusqu'à quel point la maladie touche une personne ou un groupe de personnes, nous

[1] Voir tableau 5-15.

[2] Voir leRiche, *op. cit.*, p. 80. Les services médicaux comprennent les réfractions qui comptent pour 41 p. 100 du coût des services assurés au groupe (*ibid.*, p. 54).

[3] *Ibid.*, p. 32.

essayons aussi de déterminer ce qui leur arrive au cours d'un certain nombre d'années, et peut-être au cours de leur vie. Voici un exemple: il se peut que, dans une certaine année, une certaine maladie soit la cause de 365 jours d'invalidité; la maladie a pu atteindre 365 personnes qui ont été invalides pendant une journée chacune, ou bien il se peut qu'une seule personne ait été invalide pendant 365 jours. Toute personne qui aura été invalide pendant toute l'année l'aura fort probablement été avant le début de l'année, et elle continuera probablement de l'être après. Dans certains cas, l'invalidité sera permanente.

Les données statistiques qui reflètent la demande annuelle de services de santé englobent tous les cas d'invalidité, qu'il s'agisse d'une invalidité d'une journée ou d'une invalidité permanente.

Si, au lieu d'observer la situation qui règne à un moment précis, nous suivons l'individu ou divers groupes d'individus au cours d'une période de temps, peut-être même au cours de toute une vie, il se pose différents problèmes. La différence entre une maladie d'un jour et une autre qui dure toute la vie—pour mentionner les deux extrêmes—n'est pas simplement une question de degré. Même si une maladie et une invalidité de longue durée ne demandent pas nécessairement plus de soins qu'une brève maladie, les soins à apporter peuvent souvent différer. Les longues maladies et, en particulier l'invalidité, influent beaucoup plus, au point de vue social, sur l'individu en cause, sur sa famille et sur son milieu, qu'un nombre beaucoup plus considérable de maladies ou d'invalidités passagères.

Dans les parties précédentes, nous avons examiné la morbidité attribuable pour une large part aux maladies et aux blessures. Toutefois, lorsque nous nous arrêtons aux altérations de santé et aux infirmités, nous examinons les conséquences plutôt que les causes de la maladie. Ainsi, une infirmité identique peut provenir d'une grande variété de maladies ou de blessures différentes. L'absence d'un membre, par exemple, peut être le résultat d'une blessure, d'une malformation congénitale ou d'une amputation faite durant le traitement d'une maladie. Cependant, les services de traitement et de réadaptation seront les mêmes pour des infirmités de même genre, quelles qu'en soient leurs causes. Dans de nombreux cas, on aura épuisé les divers moyens possibles de traitement des maladies ou des blessures en cause, et il ne restera d'autre ressource que de s'adresser aux moyens de compensation, à la reconstitution médicale et à la réadaptation sociale, y compris une formation particulière et un enseignement scolaire spécial.

Pour déterminer jusqu'à quel point on peut avoir besoin de tels services et pour évaluer le nombre de ceux dont nous disposons, il faut introduire une nouvelle dimension dans la statistique de la santé en dénombrant les personnes atteintes de diverses altérations de santé et en mettant l'accent sur la nature et la gravité de l'infirmité que ces altérations entraînent plutôt que sur les causes qui les ont provoquées. Nous parlons d'une nouvelle dimension car une telle statistique tranche avec le classement

usuel des problèmes de santé fondé sur les diverses maladies ou sur les blessures qui en sont les causes. En outre, le terme «altération» ou «infirmité» n'est pas nécessairement synonyme de maladie. Souvent, on ne considère pas comme maladies les invalidités qui ne causent pas de douleur ou de désagrément, ni les altérations qui peuvent être corrigées. Dans cette catégorie se rangent, par exemple, les altérations de la vue ou de l'ouïe lorsqu'elles sont corrigées par des lunettes ou des appareils auditifs, puis la perte d'un membre à laquelle remédie un appareil de prothèse.

Pour comprendre les besoins actuels et futurs de services de réadaptation, d'appareils, d'installations spéciales d'enseignement et de placement, et de services institutionnels, il suffit de jeter un coup d'œil sur les données statistiques limitées dont nous disposons pour le Canada. Elles suffisent cependant à nous faire voir l'ampleur du problème et à indiquer quelques-uns des besoins les plus urgents. Voici les critères importants pour déterminer les besoins de la santé et les implications sociales concernant les altérations de la santé: 1° la nature ou le genre de l'altération; 2° sa gravité; et 3° sa durée.

L'Enquête sur la maladie au Canada (1950-1951) a fourni certaines statistiques sur la prévalence des invalidités physiques permanentes au Canada. Le tableau 5-13 nous donne les taux et leur application à la population canadienne de 1961. Au pays, nous comptons environ un million et quart de personnes qui souffrent d'une infirmité physique permanente; 56 p. 100 des infirmités sont légères ou modérées, tandis que 44 p. 100 sont

TABLEAU 5-13 INVALIDITÉS PHYSIQUES PERMANENTES, NOMBRE APPROXIMATIF ET TAUX POUR 1,000 HABITANTS PAR GROUPE D'ÂGE ET SELON LA GRAVITÉ, CANADA, 1961*

Groupe d'âge	Ensemble des inv.		Inv. légères et modérées		Inv. graves et totales	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Tous les âges	1,295,000	71	730,000	40	565,000	31
Moins de 15 ans	111,000	18	....	....	....	....
De 15 à 24 ans	....	....	42,000	16	....	....
De 25 à 44 ans	297,000	61	190,000	39	107,000	22
De 45 à 64 ans	415,000	131	238,000	75	177,000	56
65 ans et plus	355,000	255	142,000	102	213,000	153

* D'après le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et le Bureau fédéral de la statistique, *Illness and Health Care in Canada*, Enquête sur la maladie au Canada (1950-1951), Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, et le Bureau fédéral de la statistique, *Recensement de 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

REMARQUE: Les tirets signifient que l'échantillon de l'Enquête était insuffisant pour l'établissement d'évaluations.

SOURCE: R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

considérées comme graves ou totales[1]. Plus d'un demi-million de personnes sont désavantagées gravement ou totalement par suite d'une invalidité chronique, d'une difformité ou d'une amputation. Vu la nature de cette première enquête, les chiffres précités semblent plutôt en deçà de la vérité, étant donné la répugnance des gens à déclarer à un enquêteur certaines formes d'invalidité, et vu que dans les institutions on n'a peut-être pas recueilli de renseignements sur des malades chroniques hospitalisés[2].

Les causes premières de toutes ces invalidités, qu'elles soient légères ou graves, se répartissent de la façon suivante[3]:

	Pourcentage	Nombre approximatif de cas en 1961
ENSEMBLE DES CAUSES	100.0	1,290,000
Maladie du cœur	13.1	169,000
Altérations dues à des accidents	12.6	162,000
Arthrite et rhumatisme	11.9	154,000
Surdité	7.6	98,000
Cécité totale ou presque totale	6.9	89,000
Maladies chroniques du système nerveux	5.9	76,000
Autres causes	42.0	542,000

Sur les 565,000 invalidités graves ou complètes, l'enquête révèle que seulement 19.1 p. 100 (soit un peu plus de 100,000 en 1961) étaient attribuables aux maladies du cœur, et 11.8 p. 100 (soit quelque 60,000 en 1961), à l'arthrite et au rhumatisme.

[1] Voici comment l'on définit les divers groupes de gravité des invalidités chroniques, des difformités et des amputations dans le rapport de la première Enquête: sont légères celles qui, en pratique, n'empêchent aucunement quelqu'un de vaquer à ses occupations quotidiennes, au travail ou à la maison; sont modérées celles qui ont en apparence seulement un effet localisé sur le comportement d'une personne dans son travail quotidien ou chez elle, mais qui ne modifient pas de façon sensible son mode de vie en général; sont graves celles qui nuisent à l'accomplissement du travail ou des tâches normales d'une personne à la maison (les personnes de ce groupe n'étaient pas complètement alitées, mais, en général, elles doivent aller au ralenti, s'accorder beaucoup de repos ou même s'aliter durant les périodes aiguës de leur invalidité); sont totales celles qui nécessitent de façon générale l'alitement, le fauteuil roulant ou la position assise (en outre, ces malades ont habituellement besoin d'aide pour s'acquitter des fonctions normales de la vie quotidienne). Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Bureau fédéral de la statistique, *Illness and Health Care in Canada*, Enquête sur la maladie au Canada (1950-1951), Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, p. 25.

[2] L'Enquête nationale sur la santé aux États-Unis a établi à 141.4 le taux des altérations, soit à peu près le double du taux canadien qui est de 71. Toutefois, la définition utilisée dans ce pays est un peu plus large; elle comprend aussi les troubles mentaux. Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être des États-Unis, *Health Statistics—Impairments by Type, Sex and Age, United States, July 1957-June 1958*, Washington, (D.C.), Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1959, p. 8.

[3] D'après le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Bureau fédéral de la statistique, *op. cit.*, p. 114.

Comme les renseignements précédents ne portent que sur les invalidités physiques, il est nécessaire de consulter d'autres sources afin de déterminer l'importance de l'invalidité permanente attribuable à des troubles psychiatriques. On n'a encore entrepris aucune enquête pour recueillir à ce sujet des renseignements relatifs à l'ensemble de la population canadienne. Parmi les malades psychiatriques qui se trouvaient dans des institutions à une date donnée[1], quelque 33,000 y étaient depuis plus de 3 ans[2], et 10,000 autres s'y trouvaient depuis plus d'une année, le jour où l'on a fait le recensement. Le même jour, près de 20,000[3] débiles mentaux vivaient dans des institutions. Ce total de 50,000 à 60,000 ne comprend pas le nombre considérable de malades mentaux chroniques qui ne sont pas dans les institutions[4].

Les autres statistiques dont nous disposons sont très peu utiles pour nous faire connaître le nombre total de personnes atteintes de certaines formes d'invalidité, mais elles nous donnent un aperçu de la fréquence relative de divers genres d'infirmités. Il est toutefois assez difficile d'établir des comparaisons à cause du caractère sélectif des programmes d'où proviennent les statistiques, et à cause de l'emploi de définitions et, jusqu'à un certain point, de classements différents.

En ce qui regarde les handicapés de façon complète et permanente, on peut déduire certains renseignements de la statistique médicale des Canadiens qui demandent une allocation d'invalidité[5]. Ces statistiques portent sur les personnes qui s'inscrivent au programme, et non pas nécessairement sur toutes celles qui reçoivent une allocation à un moment donné. Elles ne représentent donc pas une tranche du groupe de personnes qui reçoivent une allocation. Leurs caractéristiques diffèrent de celles des nouveaux inscrits, à cause de la variété des taux de survie, les changements de conditions et peut-être aussi à cause de l'évolution du classement des diagnostics et des pratiques administratives. Nous avons affaire ici à un groupe de personnes très choisies dont l'âge varie généralement entre 18 et 64 ans; il n'y a donc pas d'enfants ni de vieillards parmi les personnes vulnérables. Ces personnes ont dû faire évaluer leurs ressources afin d'être admises aux allocations; elles ne comprennent pas la plupart des invalides qui demeurent dans des hôpitaux, dans des foyers de vieillards ou dans d'autres institutions de garde[6].

Le tableau 5-14 indique la répartition en pourcentage des causes d'invalidité parmi les personnes qui ont reçu des allocations au cours des trois années financières terminées le 31 mars 1958, 1959 et 1960.

---

[1] Le 31 décembre 1960 est la dernière date pour laquelle nous ayons des statistiques.

[2] D'après le Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'hygiène mentale, Supplément: Malades dans les institutions,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, p. 43.

[3] 19,590. *Ibid.*

[4] Voir p. 184.

[5] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Allocations aux invalides de façon permanente et complète—Statistique médicale, 1er avril 1957 au 31 mars 1960,* Ottawa, Le Ministère, 1961.

[6] Les personnes qui payent plein tarif ou demi-tarif ont droit de recevoir les allocations.

Ces chiffres ne reflètent pas la prévalence réelle des diverses causes; ils indiquent seulement leur rang relatif dans ce groupe particulier de personnes. En outre, de faibles variations qui se font sentir sur une période de deux ou trois ans n'indiquent pas nécessairement l'existence de tendances définies. Pour certaines causes, cependant, la variation a été constante, soit en montant soit en descendant.

TABLEAU 5-14 RÉPARTITION EN POURCENTAGE, SELON LA CAUSE DE L'INVALIDITÉ, DES PERSONNES QUI ONT REÇU DES ALLOCATIONS AUX INVALIDES, CANADA, ANNÉES FINANCIÈRES TERMINÉES LE 31 MARS 1958, 1959 ET 1960*

Groupe de causes	1958	1959	1960
I. Maladies infectieuses et parasitaires	6.0	5.0	3.5
II. Néoplasmes	3.3	4.0	5.0
III. Maladies allergiques, endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition	6.7	5.3	3.1
IV. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0.4	0.4	0.3
V. Troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la personnalité	23.5	27.5	33.2
VI. Maladies du système nerveux et des organes des sens†	17.4	20.0	20.9
VII. Maladies de l'appareil circulatoire	21.0	20.0	17.3
VIII. Maladies de l'appareil respiratoire	2.5	2.4	2.7
IX. Maladies de l'appareil digestif	1.5	1.1	0.8
X. Maladies des organes génito-urinaires	0.9	0.8	0.7
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0.3	0.4	0.2
XIII. Maladies des os et des organes du mouvement	10.7	9.3	8.3
XIV. Malformations congénitales	1.2	1.1	1.4
XVI. Symptômes sénilité, et états mal définis	2.6	0.8	0.4
XVII. Accidents, empoisonnements et traumatismes	2.0	1.9	2.2
TOTAL DE TOUTES LES CAUSES	100.0	100.0	100.0

* D'après le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *Allocations aux invalides de façon permanente et complète—Statistique médicale, 1er avril 1957 au 31 mars 1960*, Ottawa, Le Ministère, 1961, pp. 22-27.
† En général, elles ne comprennent pas les aveugles qui reçoivent des allocations à ce titre.

La proportion s'est accrue pour les causes suivantes: néoplasmes, troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la personnalité, maladies du système nerveux et des organes des sens[1]. Au cours de ces trois années, les troubles mentaux et les affections connexes ont constitué la cause la plus importante; durant la dernière année, la proportion des maladies du système nerveux et des organes des sens a augmenté, et celle des maladies de l'appareil circulatoire a diminué.

[1] Cette catégorie ne comprend pas la cécité, sauf certains cas isolés.

Voici le nombre des aveugles qui ont reçu des allocations à ce titre au cours de ces trois années[1]:

Année	Personnes
1957–1958	834
1958–1959	1,037
1959–1960	774

Ajoutés aux chiffres déjà mentionnés par rapport à tous les autres genres d'invalides qui reçoivent des allocations, les aveugles représenteraient, en 1959-1960, environ 10 p. 100 du total.

Les données statistiques ayant trait aux adultes inscrits comme invalides en Colombie-Britannique[2] font aussi ressortir la grande importance des troubles psychiatriques, des maladies du système nerveux et des organes des sens (y compris la cécité). D'après la même source, voici quelles seraient les principales causes d'invalidité pour les personnes âgées de moins de 21 ans qui se sont inscrites comme invalides:

Cause	Pourcentage par rapport au total
Arriération mentale	18
Strabisme	9
Maladie congénitale du cœur	6
Paralysie cérébrale	5
Altération de l'ouïe et de la surdité	5
Défauts non organiques de la parole	4
Pied-bot	4

Lors d'une étude effectuée en Colombie-Britannique[3] sur les divers genres de malformations congénitales chez les nouveau-nés, on a constaté que les plus fréquentes étaient les suivantes: fissure du palais et bec-de-lièvre, malformations de l'appareil circulatoire, pied-bot, spina-bifida et méningocèle. Toutes ces infirmités nécessitent, à des degrés divers, des soins médicaux et

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Rapport sur l'administration des allocations aux aveugles, au Canada, année financière terminée le 31 mars, 1962,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 5.

[2] C'est un fait bien manifeste même si l'on ne peut comparer les deux séries de statistiques. Ministère des Services de santé et de l'Assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique, *Registry for Handicapped Children and Adults, Annual Report 1962.*

[3] J. H. Doughty, *Case Finding of Congenital Malformations,* dans le rapport déjà cité, pp. 37-50.

hospitaliers; dans bien des cas, il faut avoir recours à une multitude de services de réadaptation. Ces malades exigent aussi des moyens de compensation (appareils de prothèse, etc.) qui deviennent de plus en plus variés et complexes[1].

Habituellement, on ne considère pas comme une maladie ou comme un handicap un défaut de la vue qui peut être corrigé par le port de lunettes. Il s'agit pourtant d'un défaut physique auquel les services de santé doivent remédier[2]. Nous avons établi quelques chiffres approximatifs concernant ce genre de cas en nous fondant sur la fréquence de ces défauts.

En 1961, 24,117 aveugles se sont inscrits auprès de l'Institut national canadien des aveugles[3]. D'après l'Enquête sur la maladie au Canada, le nombre total des altérations permanentes de la vue, y compris les défauts légers aussi bien que les cas graves, serait environ quatre fois supérieur à ce chiffre[4].

En tenant compte uniquement des défauts de réfraction, l'Association canadienne des optométristes estime[5] que 41 p. 100 de l'ensemble de la population n'a pas besoin de soins à la vue, 30 p. 100 reçoit les soins appropriés, 14 p. 100 a des défaut non corrigés, 10 p. 100 porte des appareils correctifs désuets ou inappropriés, et 5 p. 100 a des troubles incorrigibles. Ainsi, environ 54 p. 100 de la population a besoin d'aides pour la vue. Ce pourcentage global varie entre 20 p. 100 environ pour les enfants d'âge scolaire et 90 p. 100 pour les personnes âgées de 70 ans[6]. Ces chiffres rejoignent d'assez près les résultats d'une enquête menée en Angleterre, et selon laquelle environ 44 p. 100 de l'ensemble de la population de ce pays porte des lunettes[7].

D'après la même source, 13.2 p. 100 de la population aurait subi un examen de la vue et environ 88 p. 100 de cette tranche aurait besoin de lunettes. Cela voudrait dire que 12 p. 100 de la population aurait besoin de nouveaux verres chaque année ou devrait remplacer ceux qu'elle a déjà. Selon l'Enquête sur la maladie au Canada[8], seulement 4 Canadiens sur 100 se feraient examiner la vue pour le port de lunettes. L'Association canadienne des optométristes estime que, en général, les Canadiens se font examiner la vue tous les trois ou quatre ans[9].

---

[1] Voir chapitre 2, recommandations 113-115.

[2] Voir chapitre 2, recommandations 83-94.

[3] Rapport annuel (1961) de l'Institut national canadien des aveugles.

[4] Voir page 208 ci-dessus.

[5] Association canadienne des optométristes, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, mai 1962, Toronto, pp. 25-27.

[6] *Ibid.*, pièce n° 19.

[7] P. G. Gray, *Who Wears Spectacles?*, dans *The Lancet*, livraison du 22 septembre 1951, p. 537.

[8] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951, Bureau fédéral de la statistique, *Illness and Health Care in Canada*, Ottawa, 1960. p. 192.

[9] Association canadienne des optométristes, *op. cit.*, p. 26.

PROBLÈMES DE SANTÉ DENTAIRE

Sous cette rubrique, nous parlons des affections habituellement traitées par les dentistes. La distinction à établir entre elles et les autres maladies est à peu près la même que celle qui existe entre le dentiste et le médecin. Toutefois, la nature des services rendus et la formation donnée au praticien ne sont pas les deux seules caractéristiques particulières; la distinction ressemble un peu à celle que l'on a toujours établie entre les maladies mentales et les services connexes d'une part, et les autres problèmes et services de santé d'autre part. En outre, les gens semblent en général considérer les soins dentaires comme un domaine plus facultatif que les soins médicaux en général; cette attitude est peut-être partiellement attribuable au fait que les gens ne connaissent pas la nature des soins dentaires, que ces derniers sont d'accès limité et qu'ils coûtent cher. Tout le monde sait fort bien ce que signifie un mal de dent et il arrive souvent qu'on puisse y remédier par l'enlèvement d'une ou de plusieurs dents. Une fois qu'on a retiré la cause de la douleur, on ressent moins le besoin de traitements immédiats; les complications qui s'ensuivent se font sentir lentement, et l'on endure souvent les inconvénients que pose la perte d'une ou même de plusieurs dents, parce que l'on ne peut ou ne veut pas recevoir d'autres traitements.

Il existe peu de données statistiques sur la prévalence des affections dentaires dans l'ensemble de la population, mais il est établi hors de tout doute que les maladies dentaires sont les plus fréquentes que l'on rencontre dans la communauté[1]. La plupart des enquêtes ne portent que sur les enfants de certaines régions. Des évaluations fondées sur de telles enquêtes nous révèlent l'envergure du problème:

> Selon l'Enquête nationale sur l'hygiène dentaire, 98 p. 100 des jeunes Canadiens âgés de 13 ans ont au moins une dent cariée et 40 p. 100 d'entre eux se sont fait enlever au moins une dent permanente. Seulement 13 p. 100 des enfants de 7 à 13 ans ne présentent pas de défauts dentaires non traités; en moyenne, chaque enfant a 3 dents à faire traiter.
>
> Seize pour cent de tous les enfants et près de 80 p. 100 de tous les adultes ont une infection des gencives; 50 à 70 p. 100 de la population présente une occlusion dentaire défectueuse[2].

Parmi les enfants canadiens âgés de 7 à 13 ans, seulement 13.2 p. 100 ne présentent aucun défaut dentaire, et 21.5 p. 100, aucune carie[3]. En moyenne, les enfants âgés de moins de 14 ans ont 3.4 dents cariées, et les adultes, 2.9[4]. Les chiffres suivants proviennent d'enquêtes menées en

[1] «La tragédie inutile des maladies dentaires constitue l'un des plus graves problèmes de santé au Canada.» Association canadienne des dentistes, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 1962, p. 9.

[2] Association canadienne des dentistes, *Ibid.*. p. 11.

[3] *Ibid.*, p. II-5.

[4] *Ibid.*, p. III-3.

Colombie-Britannique[1] sur l'hygiène dentaire et ils indiquent le nombre moyen de dents permanentes cariées chez les enfants.

Âge	Nombre moyen de dents permanentes cariées par enfant
5	0.1
7	1.5
9	2.0
11	2.8
13	4.3
15	4.8
Les âges de 7 à 15 réunis	2.9

Malgré ce grand besoin de services dentaires, la demande réelle est très faible[2]. L'Enquête sur la maladie au Canada a démontré qu'en 1950-1951 seulement un Canadien sur sept environ s'est présenté chez le dentiste durant l'année. L'Association canadienne des dentistes estime que seulement le tiers des Canadiens reçoivent des soins dentaires durant une année[3].

La fréquence des séances chez le dentiste variait sensiblement selon la classe du revenu.

Classe de revenu	Séances	
	Pour 1,000 habitants	Pour 1,000 personnes ayant déclaré s'être présentées chez le dentiste
Faible revenu	163	1,729
Revenu moyen	302	2,076
Revenu élevé (inférieur)	416	2,195
Revenu élevé (supérieur)	542	2,520
MOYENNE	323	2,192

L'écart était tout particulièrement marqué chez les enfants de moins de 15 ans. Dans le groupe à revenu élevé (supérieur), quatre fois plus d'enfants recevaient des soins dentaires par rapport au groupe à faible revenu[4].

[1] Ministère des Services de santé et de l'Assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique, Direction de la santé, Division de la statistique de l'état civil, Rapport spécial n° 52, *British Columbia Dental Health Surveys, 1958-1960, Part III*, pp. 18-19.

[2] Voir chapitre 2, recommandations 39-57.

[3] Association canadienne des dentistes, *op. cit.*, p. IV-2.

[4] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Illness and Health Care in Canada*, et Bureau fédéral de la statistique, *Enquête sur la maladie au Canada 1950-1951*. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, p. 187.

AMPLEUR RELATIVE DES PROBLÈMES

Le tableau 5-15 qui suit est présenté plutôt à titre de modèle que de source de renseignements complets. Les données fondamentales proviennent de sources très variées quant à leur portée et à la période visée, de sorte qu'il restait des vides à combler par des approximations. Cependant, ces chiffres nous donnent un vaste aperçu des divers groupes de maladies. Pour chacune des grandes catégories de diagnostics, le tableau donne le taux de la mortalité et la durée de la maladie selon ses diverses causes, puis l'ensemble de certains services de santé au sujet desquels on peut obtenir des renseignements.

La figure 5-3 qui suit, donne les mêmes renseignements, mais disposés de façon à indiquer sous chaque rubrique (mortalité, maladies, services de santé) les causes principales. Encore une fois, nous constatons que les maladies de l'appareil circulatoire dominent quant à la mortalité, mais comptent aussi pour beaucoup parmi les principales causes de maladie et dans les services de santé indiqués. Les maladies de l'appareil respiratoire sont la principale cause de maladie avec et sans invalidité; elles représentent le groupe de maladies pour lequel on a le plus souvent recours aux services et aux ordonnances du médecin. La plus grande proportion des soins hospitaliers va aux maladies mentales dont, encore une fois, l'importance dans l'ensemble des maladies est fortement sous-évaluée.

Nous essayons ensuite de montrer l'importance de chaque groupe de diagnostics quant au coût global des services de santé personnels. Pour cela, nous répartissons le coût estimatif global de chaque genre de services selon les pourcentages indiqués dans le tableau précédent. Aux réserves applicables au tableau 5-15, une autre vient s'ajouter dans le cas du tableau 5-16, à savoir qu'on n'y mentionne pas le coût des services de santé publique requis pour un certain nombre de maladies infectieuses et pour divers autres états. En outre, le tableau ne comprend pas certains services de santé, comme ceux qu'assurent les optométristes, et il prend pour acquis que le coût est toujours proportionné au volume des services rendus. Nous savons, cependant, qu'il en coûte moins cher par jour pour traiter à l'hôpital certains cas de maladie mentale, de tuberculose ou d'autres maladies chroniques qu'il n'en coûte pour les maladies aiguës. Nous n'ignorons pas non plus qu'un certain nombre d'actes médicaux et d'ordonnances ne correspondent pas à leur coût. Il serait possible d'apporter des précisions au tableau.

Le tableau 5-16 indique, pour chaque catégorie de diagnostics, le coût approximatif des services hospitaliers, des services médicaux et des ordonnances[1]; il donne, en outre, le coût total pour les trois rubriques. Dans le tableau 5-17, on classe les totaux dans l'ordre décroissant. D'après ce tableau, les maladies mentales figurent au premier rang pour ce qui est

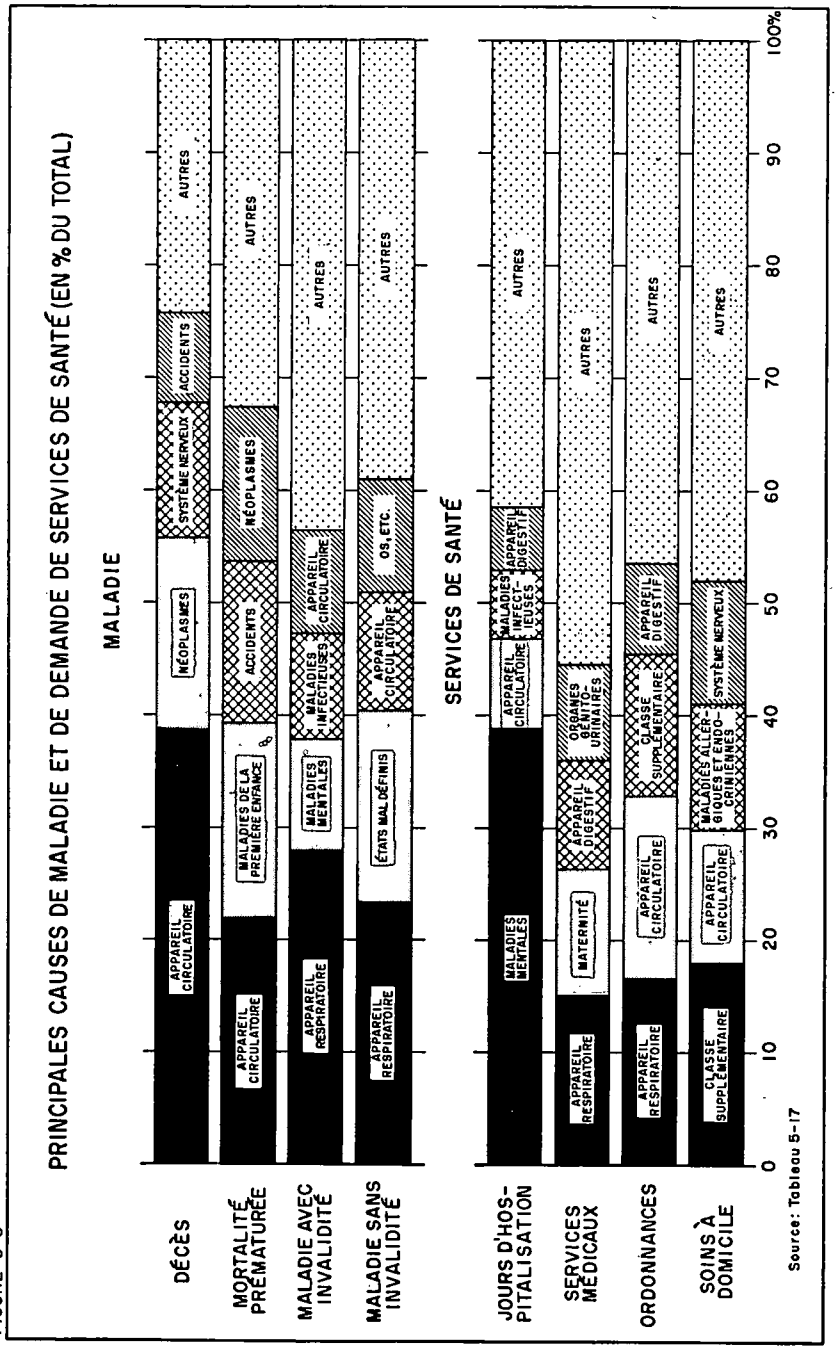
[1] Nombre d'ordonnances obtenues à l'extérieur des hôpitaux.

TABLEAU 5-15 PRINCIPALES CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS ET PART DE CHACUNE DANS L'ENSEMBLE DES MALADIES ET DES SERVICES DE SANTÉ, CANADA, VERS 1961

Catégorie de diagnostics	Maladies				Services de santé				
	Décès	Décès prématurés	Maladies avec invalidité	Maladies sans invalidité	Radiations d'hospitalisés	Jours d'hospitalisation	Services médicaux	Ordonnances	Soins à domicile
I. Maladies infectieuses et parasitaires	1.2	1.8	9.5	3.0	1.5	6.1	5.4	0.5	1.8
Tuberculose	0.5	0.6	1.3	inconnu	0.4	5.1	0.3	inconnu	1.0
II. Néoplasmes de tous genres	17.0	13.7	2.0	1.4	4.5	4.6	5.8	0.3	7.3
Néoplasmes malins	16.8	13.7	0.9	inconnu	2.5	3.6	5.1	0.3	7.0
III. Maladies allergiques, endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition	2.2	1.8	1.3	5.0	2.2	1.8	2.0	7.0	11.1
IV. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0.4	0.3	inconnu	inconnu	0.4	0.3	0.9	2.8	6.8
V. Troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la personnalité	0.3	0.5	9.9	inconnu	2.5	38.9	1.7	3.7	0.7
VI. Maladies du système nerveux et des organes des sens	12.1	7.4	6.3	5.6	3.7	5.0	3.9	5.3	11.0
VII. Maladies de l'appareil circulatoire	38.8	22.0	9.1	10.6	6.3	7.9	5.2	16.2	11.9
VIII. Maladies de l'appareil respiratoire	5.7	7.2	28.0	23.4	13.9	4.9	15.1	16.7	1.5
IX. Maladies de l'appareil digestif	3.7	4.3	6.8	8.6	10.8	5.7	9.6	8.2	3.8
X. Maladies des organes génito-urinaires	2.1	1.5	3.5	5.0	6.9	3.5	8.7	4.4	1.8
XI. Maternité et complications	0.2	0.3	2.5	0.5	18.3	5.7	11.3	3.5	9.2
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0.1	0.1	1.6	5.5	2.0	0.9	8.3	4.2	1.6
XIII. Maladies des os et des organes du mouvement	0.3	0.3	5.7	10.0	2.7	2.9	7.2	4.6	5.5
XIV. Malformations congénitales	2.0	6.5	inconnu	inconnu	0.8	0.7	0.3	—	0.2
XV. Maladies propres à la première enfance	5.1	17.4	inconnu	inconnu	0.4	0.3	1.3	0.2	0.1
XVI. Symptômes, sénilité et états mal définis	0.9	0.6	8.1	17.0	1.9	0.9	6.6	5.4	4.3
XVII. Accidents, empoisonnements et traumatismes	7.9	14.3	5.7	4.4	7.5	4.7	6.7	4.5	3.4
XVIII. Classe supplémentaire	—	—	—	—	13.7	5.2	—	12.5	18.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

SOURCE: R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne,* étude réalisée par la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

FIGURE 5-3



Source: Tableau 5-17

du coût[1], et sont suivies, dans l'ordre, des maladies de l'appareil respiratoire, des services dentaires et des maladies de l'appareil circulatoire; les cas de maternité viennent au quatrième rang, et l'on doit remarquer que les soins accordés aux nouveau-nés dans les hôpitaux figurent dans une classe supplémentaire.

TABLEAU 5-16 DÉPENSES APPROXIMATIVES EN CERTAINS SOINS DE SANTÉ PERSONNELS, SELON LES PRINCIPALES CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS, CANADA, 1961*

Catégorie de diagnostics	Services hospitaliers	Services médicaux	Ordonnances	Total
I. Maladies infectieuses et parasitaires.	56.3	20.7	.6	77.6
Tuberculose	47.1	1.1	—	48.2
II. Néoplasmes de tous genres	42.5	22.2	.3	65.0
Néoplasmes malins	33.3	19.5	.3	53.1
III. Maladies allergiques, endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition	16.6	7.7	7.8	32.1
IV. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	2.8	3.5	3.1	9.4
V. Troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la personnalité	359.4	6.5	4.1	370.0
VI. Maladies du système nerveux et des organes des sens	46.2	14.9	5.9	67.0
VII. Maladies de l'appareil circulatoire	73.0	19.9	18.0	110.9
VIII. Maladies de l'appareil respiratoire	45.3	57.9	18.5	121.7
IX. Maladies de l'appareil digestif	52.7	36.8	9.1	98.6
X. Maladies des organes génito-urinaires	32.3	33.3	4.9	70.5
XI. Maternité et complications	52.6	43.3	3.9	99.8
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire	8.3	31.8	4.7	44.8
XIII. Maladies des os et des organes du mouvement	26.8	27.6	5.1	59.5
XIV. Malformations congénitales	6.5	1.1	—	7.6
XV. Maladies propres à la première enfance	2.8	5.0	.2	8.0
XVI. Symptômes, sénilité et états mal définis	8.3	25.3	6.0	39.6
XVII. Accidents, empoisonnements et traumatismes	43.4	25.7	5.0	74.1
XVIII. Classe supplémentaire	48.0	—	13.9	61.9
Total	923.8	383.2	111.1	1,418.1
Services dentaires	—	—	—	118.8
Total	—	—	—	1,536.9
Tous les autres services de santé personnels	—	—	—	115.0
Total général	—	—	—	1,651.9

*Source des totaux, des services dentaires, des autres services de santé personnels et du total général: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Dépenses en soins de santé personnels, au Canada, 1953-1961*, Séries sur les soins de santé, Mémoire nº 16, Ottawa, 1963.

SOURCE: R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

[1] Chiffre exagéré, comme on l'a dit plus haut.

TABLEAU 5-17 CLASSEMENT DES GRANDES CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS EN FONCTION DU COÛT APPROXIMATIF DE CERTAINS SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS*
(vers 1961)

Rang	Catégorie	Catégorie de diagnostics	Dépenses approximatives (en millions de dollars)	Pourcentage des dépenses totales
1	V	Troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la personnalité	370.0	24.1
2	VIII	Maladies de l'appareil respiratoire	121.7	7.9
3	–	Services dentaires	118.8	7.7
4	VII	Maladies de l'appareil circulatoire	110.9	7.2
5	XI	Maternité et complications (à l'exclusion des soins aux nouveau-nés)	99.8	6.5
6	IX	Maladies de l'appareil digestif	98.6	6.4
7	I	Maladies infectieuses et parasitaires	77.6	5.0
8	XVII	Accidents, empoisonnements et traumatismes	74.1	4.8
9	X	Maladies des organes génito-urinaires	70.5	4.6
10	VI	Maladies du système nerveux et des organes des sens	67.0	4.3
11	II	Néoplasmes de tous genres	65.0	4.2
12	XVIII	Classe supplémentaire	61.9	4.0
13	XIII	Maladies des os et des organes du mouvement	59.5	3.9
14	–	Néoplasmes malins	53.1†	3.5†
15	–	Tuberculose	48.2‡	3.1‡
16	XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire	44.8	2.9
17	XVI	Symptômes, sénilité et états mal définis	39.6	2.8
18	III	Maladies allergiques, endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition	32.1	2.1
19	IV	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	9.4	0.6
20	XV	Maladies propres à la première enfance	8.0	0.5
21	XIV	Malformations congénitales	7.6	0.5
		TOTAL	1,536.9	100.0

* Ils comprennent les services hospitaliers, les services médicaux et les ordonnances.
† Aussi compris dans l'article 11 – Néoplasmes de tous genres.
‡ Aussi compris dans l'article 7 – Maladies infectieuses et parasitaires.

SOURCE: R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Il vaut la peine de noter les dépenses considérables qui sont affectées aux services dentaires, même si le chiffre de ces derniers n'est pas suffisant. Ces services sont destinés à des affections qui n'entraînent pas de décès, de maladie, d'hospitalisation ou de soins d'infirmiers.

Le coût relatif des services de santé ne reflète pas, évidemment, l'importance médico-sociale générale d'une maladie ou d'un groupe de maladies. Il faut aussi tenir compte d'autres effets de la maladie, comme les décès et les dommages causés à la santé. En outre, en donnant une idée d'ensemble pour tout le pays, on masque les problèmes que peuvent causer à des gens des maladies ou des troubles relativement rares; mentionnons, par exemple, le lourd fardeau que peuvent représenter certains cas de fibrose kystique, certaines infirmités paralysantes ou d'autres états semblables. Les malforma-

tions congénitales sont l'un des groupes de maladies qui demandent peu (quoique de plus en plus) de services de santé. Néanmoins, le Canada fait face à une demande sans précédent d'appareils de prothèse; depuis longtemps les adultes et les enfants infirmes ont besoin de tels appareils, mais ce besoin a été mis en relief par les malformations que l'usage de la thalidomide a entraînées.

INCIDENCE DE LA MALADIE À DIFFÉRENTS ÂGES

Nous examinons maintenant brièvement l'incidence de la mauvaise santé chez les personnes de chaque groupe d'âge d'après le nombre des décès ou le taux de mortalité, les années de vie perdues à cause d'une mort prématurée et la maladie avec ou sans invalidité.

Les «moins de 15 ans» sont les enfants qui courent les risques propres à l'enfance et reçoivent des soins pédiatriques de la part de médecins et dans les hôpitaux.

Le groupe de «15 à 24» comprend les adolescents et les jeunes adultes.

Le groupe de «25 à 44» comprend les femmes d'âge fécond (certaines sont comprises dans le groupe précédent).

Le groupe de «45 à 64» et les deux groupes précédents représentent l'ensemble des personnes actives. En lui-même, le dernier groupe est particulier en ce sens que cet âge marque le commencement des maladies chroniques.

Le groupe de «65 ans et plus» comprend en général des personnes à la retraite.

Décès

En 1960, les décès se répartissaient de la façon suivante[1]:

Âge	Décès	
	Nombre	Pourcentage
Moins de 15 ans	17,102	12.2
15 à 24 ans	2,498	1.8
25 à 44 ans	8,224	5.9
45 à 64 ans	29,867	21.4
65 ans et plus	81,987	58.7
TOUS LES ÂGES	139,678	100.0

[1] Bureau fédéral de la statistique, *La Statistique de l'état civil, 1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, pp. 166-167.

La répartition et le nombre absolu des décès indiquent le volume réel de décès et de maladies connexes, puis le besoin correspondant de services de santé nécessaires. Par ailleurs, si nous comparons l'incidence relative de la mauvaise santé dans les divers groupes d'âge, nous devons établir le rapport entre le nombre de décès et le nombre de personnes de chaque groupe d'âge, ce que nous faisons en utilisant le taux spécifique selon l'âge[1].

Âge	Taux de mortalité pour 1,000 habitants (1960) de chaque groupe d'âge
	Pourcentage
Moins de 15 ans	2.8
15 à 24 ans	1.0
25 à 44 ans	1.7
45 à 64 ans	9.7
65 ans et plus	60.4
TOUS LES ÂGES	7.8

Mortalité prématurée

Les années de vie perdues en raison de décès venant avant l'expiration de l'espérance de vie se répartissent de la façon suivante[2]:

Âge	Années de vie perdues	
	milliers	pourcentage
Moins de 15 ans	1,163.5	40.6
15 à 24 ans	130.4	4.5
25 à 44 ans	310.3	10.8
45 à 64 ans	617.2	21.4
65 ans et plus	652.8	22.7
		100.0
TOUS LES ÂGES	2,874.2	

[1] *Ibid.*

[2] Données provenant de la Section de la statistique de l'état civil, Bureau fédéral de la statistique.

Maladie avec ou sans invalidité

Le tableau suivant est fondé sur l'*Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951.*

Âge	Jours de maladie	
	Avec invalidité	Sans invalidité
	Pourcentage	Pourcentage
Moins de 15 ans	26.0	19.1
15 à 24 ans	10.2	8.9
25 à 44 ans	22.2	32.2
45 à 64 ans	23.0	25.0
65 ans et plus	18.6	14.8
TOUS LES ÂGES	100.0	100.0

Ces chiffres indiquent la répartition de l'ensemble des maladies au Canada selon les divers groupes d'âge. Il faut toutefois se rappeler que les groupes d'âge intermédiaire comprennent les périodes de maternité. Le pourcentage élevé de la morbidité infantile y est remarquable.

Le tableau suivant établit une comparaison quant à l'importance de la maladie pour chacun des groupes d'âge; il indique le nombre moyen de jours de maladie pour chaque personne, y compris les périodes de maternité[1].

Âge	Nombre moyen de jours de maladie par personne et par année	
	Avec invalidité	Sans invalidité
Moins de 15 ans	10	26
15 à 24 ans	8	24
25 à 44 ans	9	45
45 à 64 ans	16	56
65 ans et plus	29	76
Tous les âges	12	40

[1] D'après le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et le Bureau fédéral de la statistique, *Illness and Health Care in Canada,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, p. 115.

En moyenne, les personnes âgées de 65 ans et plus ne peuvent vaquer à leurs occupations habituelles pendant quatre semaines, et elles souffrent d'une maladie sans invalidité pendant environ 11 semaines par année.

Le graphique suivant (figure 5-4) résume ces constatations. Il indique que le groupe d'âge avancé peut s'attendre à compter le plus grand nombre de décès, mais montre aussi que l'enfance répond pour une forte proportion de la mortalité, des années de vies perdues et de la maladie.

Dans les groupes d'âge intermédiaires, soit de 15 à 44 ans, la «maladie» comprend les périodes qui entourent la maternité. Si nous tenons compte de ce facteur—étant donné surtout les deux façons de déterminer la mortalité —il est évident que bon nombre de problèmes de santé qui ne se manifesteront que plus tard se préparent entre 45 et 64 ans. Cela fait ressortir l'importance de ce groupe d'âge quant aux soins à apporter aux maladies chroniques, spécialement en ce qui concerne les mesures préventives. Ce genre de maladies représente l'un des plus importants problèmes de santé.

PROBLÈMES DE SANTÉ DES RÉGIONS SEPTENTRIONALES

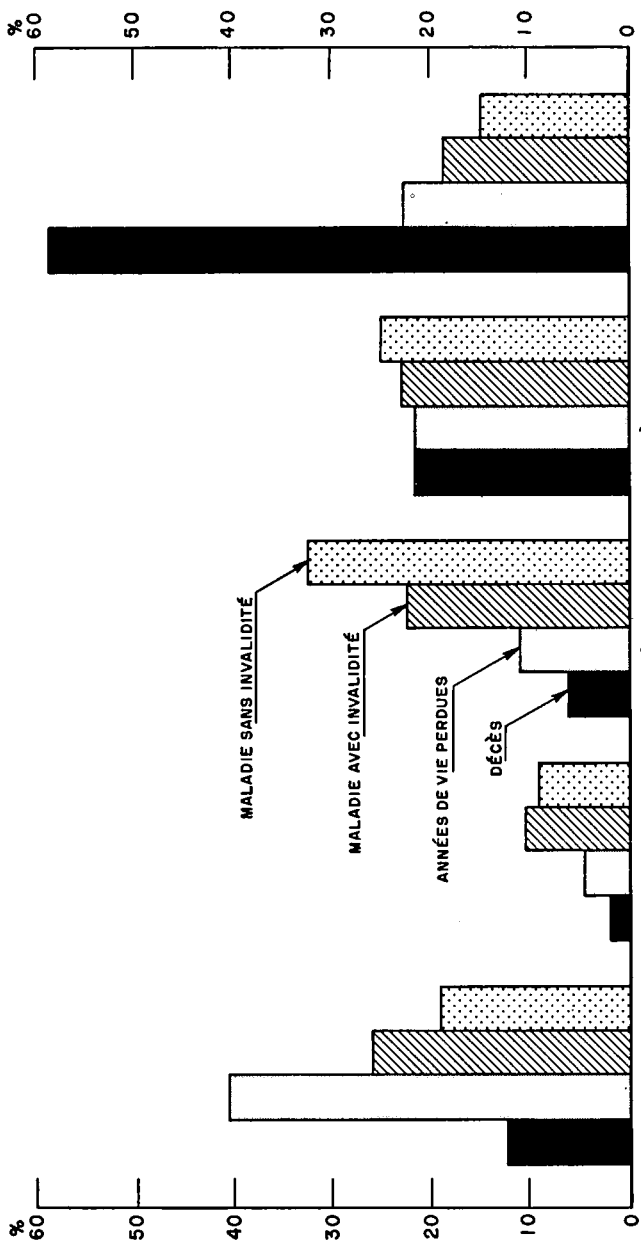
Les données applicables à l'ensemble du Canada sont formées d'éléments variés. Si l'on prend ainsi des ensembles et des moyennes, c'est afin de faire abstraction des différences individuelles et locales, ce qui atténue les variations qui existent. Toutefois, pour mieux évaluer les statistiques nationales, il faut tenir compte des différences régionales, lorsqu'il y a lieu. Si, au Canada, par exemple, la mortalité infantile est relativement élevée, nous pouvons constater que le taux national élevé est attribuable à certaines régions qui connaissent une mortalité plus forte que la moyenne; et c'est dans ces régions que se situe le problème.

Les épidémies de maladies contagieuses, par exemple, sont souvent confinées à des régions précises. Certains types de cancer ou certains défauts dentaires peuvent peut-être tenir aux conditions locales. La composition d'une région par âge déterminera l'ampleur des maladies propres à certains groupes d'âge, comme c'est le cas des maladies chroniques dans une population plus âgée. Les différences régionales les plus accentuées et les plus graves sont celles qui proviennent des conditions attribuables au niveau de vie, à la salubrité et aux services de santé en général.

Nous avons déjà signalé certaines différences régionales, lorsque nous avons étudié les problèmes que pose, par exemple, la mortalité infantile. Lorsque nous parlons des écarts qui existent entre les diverses régions du Canada, nous nous référons habituellement à des provinces ou à des groupes de provinces et à des territoires, car c'est ainsi que les services sont mis sur pied et que les statistiques sont établies. Toutefois, les limites provinciales

FIGURE 5-4

PART DES ANNÉES DE VIE PERDUES ET DE LA MALADIE DE CERTAINS GROUPES D'ÂGE



Source: Tableaux précédents

ne constituent pas des barrières pour les problèmes de santé et les constatations que l'on fait, par exemple, dans les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent aussi, dans une large mesure, aux régions septentrionales des provinces où la population est éparse et où les gens vivent dans des agglomérations moins bien organisées que celles du sud.

Le plus important problème régional de santé au Canada est celui qui se pose dans les régions septentrionales. Les services de santé qu'on y trouve sont bien inférieurs à ceux qui existent dans le reste du pays, et la mise sur pied de services de santé pose des difficultés particulières. La population de ces régions est relativement faible: en 1962, le Nord-Ouest comptait 24,000 habitants et le Yukon, 15,000.

Les paroles du commissaire des Territoires du Nord-Ouest résument assez bien les problèmes de santé qui s'y posent:

> Le taux de natalité chez les Esquimaux est de 59 pour 1,000 habitants et il demeure l'un des plus élevés au monde. Pour les Indiens, ce taux s'établit à 46, tandis qu'il est de 38 chez les blancs. Le taux de tout le Canada est de 26.9. Par ailleurs, le taux de mortalité demeure élevé chez les Esquimaux, s'établissant à 21 pour 1,000 habitants, soit à peu près trois fois le taux national. Pour les Indiens, le taux s'établit à 9 pour 1,000 habitants. Cinquante-cinq pour cent des décès chez les Esquimaux atteignent les enfants de moins d'un an et 62 p. 100, des enfants de moins de 15 ans. La mortalité infantile chez les Esquimaux est de 193 pour 1,000 naissances, tandis qu'elle est de 77 chez les Indiens et de 21 chez les blancs. En 1960, le taux national était de 27.
>
> On a mené des dépistages de la tuberculose dans les Territoires. Dans certaines localités, particulièrement chez les blancs, le faible pourcentage de la population qui se rend sur les lieux du dépistage est quelque peu décourageant, mais on fait tout ce que l'on peut pour en accroître le pourcentage. En 1961, 9 personnes y sont mortes de la tuberculose, soit trois de plus qu'en 1960, six étaient des Esquimaux et trois des Indiens . . .
>
> Les maladies vénériennes demeurent toujours un sujet de préoccupation. Le taux de la blennorrhagie y est six fois plus élevé que le taux national, et il continue à monter. En 1959 et en 1960, les cas de syphilis, dans les Territoires, ont été beaucoup plus nombreux que dans tout le reste du pays, mais, en 1961, un seul cas a été signalé.
>
> La pneumonie demeure la cause principale des décès. Cette maladie est très étroitement liée à la faible résistance de la population à l'infection, au climat et au faible niveau de vie, particulièrement aux conditions pitoyables de logement[1].

---

[1] Rapport annuel du commissaire des Territoires du Nord-Ouest, 1961-1962, Territoires du Nord-Ouest, Document sessionel n° 3, 1962 (deuxième session), pp. 8-9.

Le tableau suivant établit certaines comparaisons entre l'état de santé des habitants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest et celui des Canadiens en général, en 1961[1].

	Yukon	T.N.-O.	Canada
Taux de natalité	38.1	48.6	26.1
Pourcentage des naissances à l'hôpital	92.8	57.1	96.9
Taux brut de fécondité	186.7	290.0	152.9
Pourcentage des naissances illégitimes par rapport à l'ensemble des naissances	16.8	12.6	4.5
Taux normalisé de mortalité	8.5	14.6	7.6
Pourcentage des décès à l'hôpital	43.6	26.0	63.0
Âge moyen au décès:			
Hommes	44.8	26.0	59.7
Femmes	32.4	21.5	63.1[2]
Taux de mortalité infantile	41	111	27
Pourcentage des décès dus aux maladies infectieuses	6.8	87.0	8.7
Pourcentage des décès dus à la tuberculose de l'appareil respiratoire	6.8	39.1	3.7

Dans une grande partie des Territoires du Nord-Ouest, soit dans «970,000 milles carrés de toundra», la densité de la population s'établit à une personne pour 125 milles carrés. «Assurer à ces gens des services médicaux et des services publics de santé constitue un défi à la logique moderne, ainsi qu'à l'ingéniosité du corps médical et infirmier. Cela représente pour l'esprit de pionnier des Canadiens la plus rude épreuve de leur sens professionnel et de leur courage personnel[3].» Le problème d'assurer des services de santé est commun à tous les secteurs de la population. Les Indiens et les Esquimaux doivent toutefois faire face à des problèmes de santé que ne connaissent pas ceux qui arrivent du sud, souvent pour des périodes limitées.

Il existe, cependant, des problèmes communs aux aborigènes et aux immigrants, savoir les problèmes d'hygiène mentale inhérents à l'adaptation aux conditions nouvelles qui diffèrent sensiblement des anciennes. Les aborigènes et particulièrement les Esquimaux doivent s'adapter aux changements que les gens du Sud ont apportés à leur mode de vie. Les nouveaux venus doivent s'habituer à une contrée revêche et à un genre de vie qu'un bon nombre ne pourraient supporter que durant une brève période[4].

---

[1] Canada, Bureau fédéral de la statistique, *La Statistique de l'état civil, 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, passim.

[2] Il faut noter qu'au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, l'âge moyen à la mort est moins élevé chez les femmes que chez les hommes.

[3] Service de santé du Nord, *Services de santé pour les petits groupes de population dans les régions éloignées du Nord canadien*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, avril 1963, p. 1.

[4] Voir aussi John S. Willis et Morgan Martin. *L'hygiène mentale dans le Nord canadien*, 1962.

Le taux élevé de la mortalité infantile chez les Esquimaux et les Indiens, la forte prévalence de la tuberculose, leur prédisposition à d'autres maladies infectieuses et à la pneumonie, une des principales causes des décès, voilà autant de caractéristiques qui sont étroitement liées à leurs conditions de vie.

Lors d'une conversation, une infirmière d'un service de santé publique a mentionné que les conditions de vie des Esquimaux de sa communauté étaient «inhumaines». Elle ne pouvait dire plus juste. Pour la comprendre, il faut mettre de côté le romantisme de la vie des Esquimaux, inspiré par les livres et les films pour enfants, et se rendre dans un village d'Esquimaux vivant sous la tente, par une froide soirée de septembre, lorsque le vent et la pluie fouettent la fine paroi des tentes. Les bébés pleurent ou se plaignent; les enfants et les adultes ne cessent de tousser à l'intérieur. Dehors, on sent l'odeur infecte des excréments des hommes et des chiens et des déchets de nourriture en décomposition. La tente n'abrite pas seulement la famille, mais aussi tous ses effets et ses instruments[1].

Voici l'atmosphère dans laquelle les familles passent non pas un *week-end* (comme les amateurs de camping ou les scouts le feraient sous une tente beaucoup plus confortable), mais toute leur vie. C'est là que les enfants naissent et sont élevés, et c'est là qu'on soigne les malades.

On a fait un grand pas en vue de remédier aux mauvaises conditions qui règnent dans le Nord en y assurant des services de santé et en y construisant des maisons et certains aménagements sanitaires[2]. Néanmoins, des centaines de familles vivent encore dans des conditions qu'on ne tolérerait pas ailleurs, même sous un climat plus clément.

Les taux élevés de la mortalité infantile est attribué aux mauvaises conditions de logement qui favorisent, évidemment, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Les soins médicaux ne peuvent qu'atténuer les conséquences néfastes du milieu. Voilà un exemple très frappant de la relation qui existe entre la santé et les conditions sociales, relation qui exige une plus étroite coordination des services de santé et des autres services sociaux[3].

Il y a environ 12,000 Esquimaux au Canada, soit entre 2,000 et 3,000 familles. Certaines d'entre elles sont convenablement logées, mais ce n'est pas le cas de la majorité. Nous croyons fermement qu'il est possible de trouver remède aux problèmes connexes qui exercent une grande influence sur la santé. Il ne nous appartient pas de faire des recommandations dans ces domaines, mais, à notre avis, des considérations d'ordre humain et économique exigent que les divers paliers du gouvernement prennent toutes les mesures pratiques qui s'imposent. Autrement, on ne saurait régler, de façon satisfaisante et efficace, les graves problèmes de santé qui se posent à tous les Canadiens et, en particulier, à ceux qui demeurent dans le Nord.

---

[1] D'après une étude faite sur place des conditions de santé dans une région septentrionale.

[2] Voir aussi le chapitre 8.

[3] Services de santé des Indiens et du Nord, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et Direction de l'administration du Nord, Ministère du Nord canadien et des Ressources nationales, *Mortalité et logement chez les Esquimaux*, 1960.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Si nous devions évaluer l'état de santé des Canadiens et conclure à partir des preuves souvent peu concluantes contenues au présent chapitre, nous pourrions dire, avec beaucoup d'autres, que l'abaissement du taux de mortalité et l'augmentation de la longévité durant la dernière décennie ou les dernières décennies, sont le signe d'une amélioration de la santé. Mais cela n'est vrai que si l'on est justifié d'établir une équation entre la vie et la santé. Le Canadien vit aujourd'hui plus longtemps qu'autrefois, mais il souffre de maladies chroniques, il est exposé à des risques aussi graves que les matières cancérigènes; jouit-il vraiment d'une meilleure santé que son prédécesseur qui vivait moins longtemps et qui était généralement emporté brusquement par une maladie infectieuse? Aux experts médicaux et aux philosophes de répondre à cette question. Quant à nous, ce qui nous intéresse, ce n'est pas tant la santé en soi que les services destinés à l'améliorer. Notre principale préoccupation est donc d'évaluer l'efficacité de ces services, de déterminer les divers problèmes de santé et l'étendue de leur influence sur la demande de services.

Ce faisant, nous avons trouvé que les indicateurs de santé du Canada sont équivalents à ceux des autres pays d'un niveau de vie comparable. Il reste toutefois des améliorations à apporter dans le domaine de la mortalité infantile et maternelle. Les comparaisons avec d'autres pays ont aussi révélé la posture enviable du Canada par rapport à de nombreuses régions du globe aux prises avec des maladies que nous avons vaincues ici.

Nous avons passé en revue les tendances et la portée de certaines maladies et de certains groupes de maladies, en essayant de les montrer dans leur véritable perspective, mesurée par leur demande respective de services de santé. Mais même les affections bénignes du système respiratoire, par leur seul nombre, exigent une quantité considérable de services. Le problème que continuent de poser certaines maladies infectieuses nous rappelle qu'il nous faut rester vigilants et poursuivre la lutte préventive. Les accidents continuent aussi à exiger notre attention.

Nous avons indiqué que les groupes d'âge les plus vulnérables se situent aux deux extrêmes; c'est-à-dire les enfants et surtout les vieillards. Nous avons étudié les problèmes des handicapés et de secteurs considérables de notre population septentrionale.

L'étendue des affections dentaires et des défauts de la vue est telle qu'il faut y apporter remède pour en combattre les pires effets.