



N° 82-003-XPB au catalogue

Rapports sur la santé

Hiver 1996 Volume 8 N° 3

- La mammographie
- Les problèmes de santé chroniques et les personnes âgées
- L'espérance de santé selon le statut d'immigrant
- Les tendances de la fécondité



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Des données sous plusieurs formes . . .

Statistique Canada diffuse les données sous formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes. Les données sont disponibles sur disque compact, disquette, imprimé d'ordinateur, microfiche et microfilm et bande magnétique. Des cartes et d'autres documents de référence géographiques sont disponibles pour certaines sortes de données. L'accès direct à des données agrégées est possible par le truchement de CANSIM, la base de données ordiolingue et le système d'extraction de Statistique Canada.

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet de cette publication ou de statistiques et services connexes doit être adressée à :

l'Unité des Services à la clientèle personnalisés
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6 (téléphone : 1-613-951-1746) ou au centre de consultation de Statistique Canada à :

Halifax	1-902-426-5331	Régina	1-306-780-5405
Montréal	1-514-283-5725	Edmonton	1-403-495-3027
Ottawa	1-613-951-8116	Calgary	1-403-292-6717
Toronto	1-416-973-6586	Vancouver	1-604-666-3691
Winnipeg	1-204-983-4020		

Vous pouvez également visiter notre site sur le W3: <http://www.statcan.ca>

Un service d'appel interurbain sans frais est offert, dans toutes les provinces et dans les territoires, **aux utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locales** centres régionaux de consultation.

Service national de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Service national du numéro sans frais pour commander seulement (Canada et États-Unis)	1-800-267-6677

Comment commander les publications

On peut se procurer cette publication et les autres publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés et des autres librairies locales, par l'entremise des bureaux locaux de Statistique Canada, ou en écrivant à la Division du marketing, Vente et service, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Téléphone: 1-613-951-7277
Télécopieur: 1-613-951-1584
Toronto, carte de crédit seulement 1-416-973-8018

Normes de service au public

Afin de maintenir la qualité du service au public, Statistique Canada observe des normes établies en matière de produits et de services statistiques, de diffusion d'information statistique, de services à recouvrement des coûts et de services aux répondants. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec le Centre de consultation régional de Statistique Canada le plus près de chez vous.



Statistique Canada
Division des statistiques sur la santé

Rapports sur la santé

Hiver 1996 Volume 8 N° 3

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 1997

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Mars 1997

Prix : Canada : 34 \$ l'exemplaire, 112 \$ par année
États-Unis : 41 \$ US l'exemplaire, 135 \$ US par année
Autres pays : 48 \$ US l'exemplaire, 157 \$ US par année

N° 82-003-XPB au catalogue, vol. 8, n° 3
Périodicité : trimestrielle
ISSN 0840-6529

Ottawa

Note de reconnaissance

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

SIGNES CONVENTIONNELS

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

- .. nombres non disponibles
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- néant ou zéro
- nombres infimes
- ^P nombres provisoires
- ^r nombres corrigés
- x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique relatives au secret

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'"American National Standard for Information Sciences" - "Permanence of Paper for Printed Library Materials", ANSI X39.48 - 1984.



Au sujet des Rapports sur la santé

Rédactrice en chef:
Jane Gentleman

Rédacteurs:
Mary Sue Devereaux
Jason Siroonian

Rédactrice adjointe:
Hélène Aylwin

Directrice de production:
Renée Bourbonnais

Production et composition
Bernie Edwards
Agnes Jones
Carmen Lacroix

Vérification des données
Dan Lucas

Administration:
Donna Eastman

Correction d'épreuve des traductions :
François Nault

Rédacteurs associés:
Owen Adams
Gary Catlin
Arun Chockalingham
Gerry Hill
Elizabeth Lin
Deborah Sunter
Eugene Vayda
Kathryn Wilkins

Comité directeur de la Division des statistiques sur la santé pour la recherche et l'analyse :
Janet Hagey, présidente
Rosemary Campbell
Gary Catlin
Martha Fair
Jane Gentleman
Cyril Nair

Les *Rapports sur la santé* sont produits tous les trimestres par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Ils s'adressent à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Ils visent à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de la santé de la population et le système de soins de santé. Ils traitent de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

Les *Rapports sur la santé* contiennent des *Travaux de recherche*, des *Rapports* et des *Données disponibles*. Les *Travaux de recherche* présentent des analyses approfondies et sont soumis à un examen anonyme par des pairs. Les *Rapports* consistent dans des articles descriptifs, souvent fondés sur des publications ou des produits statistiques nouvellement parus. Les *Travaux de recherche* et les *Rapports* sont répertoriés dans Index Medicus et MEDLINE. Les *Données disponibles* sont des résumés de données récentes sur la santé produites par la Division des statistiques sur la santé ou d'autres organismes.

Le présent numéro de la série des *Rapports sur la santé* renferme une nouvelle section intitulée *Autres parutions de nos analystes*. On y dresse une liste des autres publications dans lesquelles ont récemment été diffusés les résultats de la recherche effectuée par les analystes de la Division des statistiques sur la santé.

Les formalités de commande se trouvent sous la rubrique **Pour commander les publications**. D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 1^{er} étage, immeuble R.H. Coats, Ottawa (Ontario), Canada K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-8553. Télécopieur : (613) 951-0792. Courrier électronique : hlthrept@statcan.ca.

Table des matières

	Page
Travaux de recherche	
Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité <i>Kathryn Wilkins et Evelyn Park</i>	7
Tendances relatives à la mammographie, 1981 à 1994 <i>Leslie A. Gaudette, Chris A. Altmayer, Karla M.P. Nobrega, et Judy Lee</i>	19
Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 <i>Jiajian Chen, Russell Wilkins et Edward Ng</i>	31
Rapports	
Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994 <i>David Ford et François Nault</i>	43
Données disponibles	
Mariages et divorces, 1995	53
Cancer, 1993	53
Estimations postcensitaires de la population	55
Autres parutions de nos analystes	56
Pour commander les publications	58

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité

*Kathryn Wilkins et Evelyn Park **

Résumé

La majorité (plus de 75 %) des personnes de 55 ans et plus qui vivent dans la collectivité, par opposition à celles qui vivent en établissement de soins de longue durée, disent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Cependant, environ une sur six seulement présente certaines incapacités physiques, le plus courant étant la difficulté à se déplacer. En outre, un homme sur six et une femme sur quatre vivant dans la collectivité ont besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, comme les travaux ménagers et la préparation des repas. La prévalence de la plupart des problèmes de santé chroniques, ainsi que celle des incapacités physiques et de la dépendance à l'égard d'autrui, augmente avec l'âge.

L'importance des incapacités physiques et de la dépendance varie selon le problème de santé chronique. D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) effectuée par Statistique Canada en 1994-1995, les problèmes de santé liés le plus fortement à des incapacités physiques et au besoin d'aide pour accomplir les activités quotidiennes sont l'épilepsie et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, états qui ni l'un ni l'autre n'affligent une forte proportion des membres des ménages appartenant au groupe des 55 ans et plus. En revanche, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos d'origine non arthritique et la cataracte, qui sont aussi associés à des incapacités physiques et à un état de dépendance, touchent une proportion assez importante de personnes âgées vivant dans la collectivité.

Le présent article montre la prévalence selon l'âge et le sexe de certains troubles de santé chroniques, des incapacités physiques et de la dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes de 55 ans et plus qui vivent dans la collectivité. La régression logistique permet d'examiner la relation entre, d'une part, les divers problèmes de santé chroniques et, d'autre part, les incapacités physiques et la dépendance à l'égard d'autrui.

Mots-clés : *personne incapacitée, activités de la vie quotidienne, problèmes de santé chroniques*

Il est généralement reconnu que la prévalence de la plupart des problèmes de santé chroniques augmente avec l'âge et que certains de ces problèmes ont des effets particulièrement invalidants^a. Par contre, on comprend moins bien dans quelle mesure divers états chroniques contribuent aux incapacités physiques et à la dépendance à l'égard d'autrui. Certains, très débilissants, sont relativement rares parmi la population de 55 ans et plus vivant dans la collectivité, car, fort souvent, les personnes qui en sont atteintes sont placées dans un établissement de soins de longue durée¹. Toutefois, plusieurs problèmes de santé causant aussi une incapacité physique et un état de dépendance importants sont assez répandus chez les personnes âgées vivant dans les ménages privés.

Les répercussions en matière de santé publique varient selon le type de problème de santé chronique. Les personnes âgées atteintes d'un problème de santé fort invalidant courent un très grand risque d'être placées en établissement. Néanmoins, la plupart des gens souffrent de troubles chroniques dont les effets sont un peu moins débilissants. Les renseignements sur la prévalence de tels troubles, ainsi que sur les incapacités physiques et sur la dépendance à l'égard d'autrui qui y sont associés, donnent une idée du soutien qu'il faut offrir aux personnes qui en souffrent pour leur permettre de continuer à vivre dans la collectivité et de «vieillir chez elles».

* Kathryn Wilkins (613-951-1769) et Evelyn Park (613-951-4864) travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

^a Par souci de commodité, dans le présent article, l'expression générique «problèmes de santé chroniques» désigne collectivement les divers états et maladies chroniques énumérés en annexe.

Reposant sur les données de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 de Statistique Canada, le présent article montre d'abord la prévalence de divers problèmes de santé chroniques, des incapacités physiques et de la dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes de 55 ans et plus qui vivent dans la collectivité (voir encadré «*Méthodologie*»). Vient ensuite un examen du lien entre certains problèmes de santé chroniques, d'une part, et les incapacités physiques et la dépendance à l'égard d'autrui, d'autre part.

Écart entre les hommes et les femmes

La variation des caractéristiques démographiques et socioéconomiques et de celles du mode de vie selon le sexe pourrait avoir une incidence sur la prévalence de divers problèmes de santé chroniques chez les hommes et chez les femmes de 55 ans et plus qui vivent dans la collectivité. Par exemple, une plus forte proportion de femmes que d'hommes vivent jusqu'à un âge très avancé, 23 % de femmes, mais seulement 19 % d'hommes, avaient 75 ans et plus au moment de l'enquête (tableau 1). Toutes proportions gardées, les

Méthodologie

Source des données

Les données sont tirées de la composante des ménages (qui exclut les établissements de soins de longue durée) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) effectuée par Statistique Canada de juin 1994 à juin 1995^{2,3}. Les intervieweurs ont obtenu des données sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les caractéristiques socioéconomiques et démographiques auprès d'un échantillon de 27 263 ménages.

Dans chaque ménage, une seule personne a été sélectionnée pour l'interview. Les renseignements sur les incapacités physiques ont été recueillis pour le membre sélectionné du ménage uniquement. Par contre, les renseignements sur le besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne et sur l'existence de problèmes de santé chroniques ont été recueillis pour chaque membre du ménage.

Le taux de réponse à l'enquête (proportion de ménages échantillonnés qui ont accepté de participer à l'enquête, y compris ceux rejetés ultérieurement pour des raisons d'échantillonnage) se chiffre à 89 %². Parmi les ménages participants, le taux de réponse pour les personnes de 55 ans et plus atteint 97 %.

Le présent article contient l'analyse des données recueillies auprès de 2 117 hommes et 2 976 femmes de 55 ans et plus interrogés dans le cadre de l'ENSP, échantillons qui représentent 2,6 millions d'hommes et 3,2 millions de femmes de ce groupe d'âge vivant dans la collectivité, c'est-à-dire la population des ménages. (Les données pour les Territoires du Nord-Ouest et pour le Yukon n'étaient pas disponibles.)

Méthodes analytiques

Les taux de prévalence de problèmes de santé chroniques particuliers, des incapacités physiques et de la dépendance à l'égard d'autrui sont calculés selon l'âge et le sexe. L'analyse porte sur quatre catégories d'incapacités physiques, à savoir les incapacités visuels, les incapacités auditifs, les incapacités locomoteurs et l'existence d'au moins une incapacité physique (y compris ceux touchant la dextérité ou l'élocution), ainsi que sur le besoin d'aide pour accomplir au moins une activité de la vie quotidienne. On a recouru à la régression logistique pour

déterminer les corrélations entre les problèmes de santé chroniques, conjugués aux caractéristiques sociodémographiques et aux comportements ayant une incidence sur la santé, d'une part, et les incapacités physiques et la dépendance à l'égard d'autrui, d'autre part. Les variables indépendantes définies pour effectuer cette analyse sont les problèmes de santé chroniques, l'âge, le sexe, l'état civil, le revenu du ménage, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'indice de masse corporelle, l'activité physique récréative, l'auto-évaluation de l'état de santé et la région.

Les chiffres de prévalence sont corrigés pour tenir compte de la répartition de la population nationale selon l'âge et le sexe. Les données de régression logistique sont pondérées au moyen des facteurs de pondération de l'enquête transformés proportionnellement d'après l'effectif de l'échantillon.

Limites

La nature transversale des données limite l'analyse. En effet, comme les renseignements sur l'existence de problèmes de santé chroniques ont été recueillis en même temps que les données sur les incapacités physiques et sur le besoin d'aide pour accomplir les activités quotidiennes, on ne peut être certain qu'un problème de santé particulier ou une combinaison de problèmes soit à l'origine d'une incapacité physique ou d'un besoin d'aide précis.

Une autre contrainte due à l'utilisation de données transversales tient au fait que ces dernières ne reflètent pas le caractère dynamique de l'état fonctionnel des personnes âgées. Si les facultés physiques de ces dernières peuvent se détériorer, elles peuvent aussi s'améliorer, tout comme celles des personnes plus jeunes.

De surcroît, le fait de n'utiliser que les données de la composante des ménages de l'ENSP, en excluant les personnes placées en établissement, restreint l'analyse. Par exemple, la prévalence de la maladie d'Alzheimer est très faible chez les personnes qui vivent dans la collectivité, alors que 30 % des personnes placées dans un établissement de soins de longue durée en sont atteintes¹. Néanmoins, on a choisi de se concentrer exclusivement sur la population des ménages afin d'étudier les problèmes de santé chroniques auxquels il est possible de faire face tout en continuant à vivre dans la collectivité.

hommes âgés sont beaucoup plus nombreux que leurs homologues féminins à vivre avec une autre personne et plus nombreux à vivre dans un ménage ayant un revenu adéquat. Les comportements ayant une incidence sur la santé diffèrent également, comme en témoigne le fait qu'une plus forte proportion d'hommes

Tableau 1
Certaines caractéristiques, population des ménages âgée de 55 ans et plus, Canada, 1994-1995

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%		
Population totale des ménages âgée de 55 ans et plus	100,0	100,0	100,0
Âge			
55-64	43,1	45,2	41,4
65-74	36,1	36,1	36,1
75+	20,9	18,8	22,5
État matrimonial			
Vivant avec une autre personne	67,1	79,4	57,1
Ne vivant pas avec un autre personne [†]	32,9	20,6	42,9
Revenu du ménage			
Adéquat	72,8	78,2	68,4
Inadéquat	21,5	16,4	25,5
Situation inconnue	5,8	5,4	6,1
Usage du tabac			
N'a jamais fumé	38,1	21,1	51,7
Fume occasionnellement ou a cessé de fumer	45,3	59,7	33,7
Fume régulièrement à l'heure actuelle	16,6	19,2	14,5
Consommation d'alcool			
Au moins un verre par semaine	32,3	43,4	23,4
Moins d'un verre par semaine	34,7	32,4	36,5
Jamais	33,0	24,3	40,1
Indice de masse corporelle[‡]			
Poids convenable	57,8	58,4	57,3
Poids insuffisant	6,7	4,2	8,7
Poids excessif	35,6	37,4	34,1
Activité physique récréative			
Actif (active)	14,9	19,1	11,5
Activité modérée	19,9	18,0	21,4
Inactif (inactive)	59,0	53,8	63,1
Situation inconnue	6,3	9,1	4,1
Auto-évaluation de l'état de santé			
Excellent	14,8	14,2	15,4
Très bon	28,8	30,0	27,9
Bon	33,5	33,7	33,3
Passable	17,6	16,6	18,4
Mauvais	5,3	5,6	5,1

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : La somme des pourcentages n'est pas nécessairement égale au total en raison de l'arrondissement des chiffres.

[†] Célibataire, divorcé(e) ou veuf(ve).

[‡] Poids convenable : indice 20-27; poids insuffisant : indice <20; poids excessif : indice >27.

Définitions

Pour mesurer la prévalence des problèmes de santé chroniques, on a posé aux personnes interrogées lors de l'ENSP de 1994-1995 la question suivante : «Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez... certains des problèmes de santé de longue durée suivants?» Puis, on leur a lu une liste de problèmes de santé et on leur a demandé d'indiquer tous ceux qui étaient pertinents (voir *Annexe*).

Les données sur les incapacités physiques ont été recueillies grâce à une série de questions sur les «capacités habituelles» des personnes interrogées. Aux fins de l'analyse, on a classé ces personnes par catégories d'incapacités physiques en appliquant les critères suivants :

- Vision : Incapable (même avec des verres correcteurs) de lire le journal, de reconnaître quelqu'un à distance ou de voir quoi que ce soit.
- Ouïe : Difficulté (même en se servant d'une prothèse auditive) à tenir une conversation avec une autre personne ou à suivre une conversation dans un groupe d'au moins quatre personnes, ou incapable d'entendre quoi que ce soit.
- Élocution : Incapable d'être parfaitement compris(e) en parlant dans sa langue.
- Mobilité : Besoin d'un appareil (d'une orthèse, d'une canne, de béquilles ou d'un fauteuil roulant) pour se déplacer (avec ou sans l'aide d'une autre personne), ou tout à fait incapable de marcher.
- Dextérité : Besoin de l'aide d'une autre personne, d'appareils ou d'accessoires fonctionnels en raison d'un usage limité de ses mains ou de ses doigts. Les personnes qui n'ont pas besoin d'une telle aide ne sont pas considérées comme présentant une limitation de la dextérité, même si elles disent avoir de la difficulté à saisir ou à tenir des petits objets, comme un crayon ou des ciseaux.

Sont considérées comme dépendantes d'autrui les personnes qui disent avoir besoin d'aide et en recevoir, pour des raisons de santé, en vue d'accomplir au moins une activité de la vie quotidienne. Plus précisément, on a demandé aux personnes interrogées si, à cause «de leur état ou d'un problème de santé», elles ont besoin qu'une personne les aide à préparer les repas, à faire les courses, à accomplir les tâches ménagères quotidiennes, à faire de gros travaux d'entretien, à prendre soin d'elles (pour se laver, s'habiller, manger), et à se déplacer dans la maison.

Des renseignements sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des personnes interrogées, y compris le revenu annuel du ménage et l'état matrimonial, ont également été recueillis dans le cadre de l'ENSP. Aux fins de la présente analyse, les ménages sont regroupés en deux catégories, d'après le nombre de personnes qui les composent et d'après le revenu annuel global :

Revenu du ménage	Nombre de personnes par ménage		
	1 ou 2	3 ou 4	5 et plus
Inadéquat	Moins de 15 000 \$	Moins de 20 000 \$	Moins de 30 000 \$
Adéquat	15 000 \$ ou plus	20 000 \$ ou plus	30 000 \$ ou plus

Des 5 093 personnes de 55 ans et plus interrogées, 271 (6 %) n'ont pas fourni de renseignements sur leur revenu. On considère donc que celui-ci est inconnu. Ces personnes sont incluses dans l'analyse.

On a déterminé l'état civil de la personne interrogée en lui demandant si, au moment de l'interview, elle «était mariée», «vivait avec un conjoint de fait», «vivait avec une autre personne», ou si elle était «célibataire» (jamais mariée), «veuf ou veuve», «séparé(e)» ou «divorcé(e)». Aux fins de la présente analyse, les personnes appartenant aux trois premières catégories sont regroupées dans la catégorie générale «vivant avec une autre personne» et les autres, dans la catégorie «ne vivant pas avec une autre personne».

que de femmes déclarent s'adonner à des activités physiques et consommer régulièrement de l'alcool. En outre, toutes proportions gardées, un nombre nettement moins élevé d'hommes âgés que de femmes âgées disent n'avoir jamais fumé.

La plupart des personnes âgées ont des problèmes de santé chroniques

La majorité de la population des ménages âgée de 55 ans et plus, 72 % d'hommes et 78 % de femmes, c'est-à-dire 4,3 millions de personnes en tout, a déclaré souffrir d'au moins un problème de santé chronique en 1994-1995 (voir encadré «Définitions»). L'arthrite ou le rhumatisme, dont sont atteints 28 % des hommes et 41 % des femmes, est le trouble dont la prévalence est la plus forte (tableau 2). L'hypertension se classe deuxième, suivie par les maux de dos d'origine non arthritique. La prévalence relativement forte de problèmes locomoteurs confirme les résultats d'enquêtes effectuées antérieurement au Canada^{4,5}.

En revanche, certains troubles sont assez rares chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. L'incontinence urinaire, de même que les séquelles d'un accident vasculaire cérébral ne se manifestent que chez

3 % de ces personnes, et l'épilepsie tout comme la maladie d'Alzheimer n'afflige que moins de 1 % d'entre elles. Cette observation n'est pas surprenante puisque ces troubles (sauf l'épilepsie) entraînent souvent le placement en établissement¹.

Pour certains troubles chroniques, l'écart entre la prévalence chez l'homme et chez la femme est important. Ainsi, les femmes mentionnent plus fréquemment l'arthrite et le rhumatisme, l'hypertension, les allergies non alimentaires, la cataracte et la migraine, tandis que les hommes déclarent plus souvent les maladies cardiaques, le diabète et la bronchite ou l'emphysème.

La proportion de personnes âgées faisant partie de la population des ménages qui déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique a tendance à augmenter avec l'âge (graphique 1). Font exception les allergies non alimentaires, la migraine qui sont moins prévalentes à mesure que l'âge augmente. En outre, chez la femme, la prévalence des maux de dos d'origine non arthritique et celle des ulcères gastriques ou intestinaux varie peu selon l'âge. De plus, chez l'homme, elle diminue, même avec l'âge.

Tableau 2
Problèmes de santé chroniques, population des ménages âgée de 55 et plus, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 1994-1995

	Les deux sexes				Hommes				Femmes			
	55+	55-64	65-74	75+	55+	55-64	65-74	75+	55+	55-64	65-74	75+
% avec problèmes de santé chroniques												
Arthrite, rhumatisme	34,7	27,2	37,5	45,4	27,6	20,4	31,2	38,1	40,5	33,1	42,7	50,4
Hypertension	25,2	20,6	28,0	29,8	21,2	18,4	25,0	20,6	28,4	22,6	30,4	36,1
Maux de dos d'origine non arthritique	19,3	21,1	18,5	17,2	19,4	22,2	18,6	14,2	19,3	20,1	18,4	19,2
Allergies non alimentaires	12,9	14,8	12,4	9,8	10,0	12,1	8,9	6,9	15,3	17,3	15,2	11,8
Maladie cardiaque	12,4	6,7	13,7	21,8	14,1	8,7	16,8	22,1	11,0	5,0	11,1	21,6
Diabète	9,2	6,4	11,1	11,4	10,1	6,9	12,5	13,0	8,4	6,0	9,9	10,4
Cataracte	9,2	3,0	9,2	22,2	6,6	3,1	5,4	17,1	11,3	2,9	12,2	25,6
Bronchite chronique, emphysème	5,7	4,7	5,4	8,3	6,4	5,0	6,6	9,1	5,2	4,5	4,4	7,8
Ulcères gastriques, intestinaux	5,1	5,3	5,3	4,4	5,4	5,8	5,6	4,0	4,9	4,9	5,1	4,6
Asthme	4,9	5,0	4,9	4,5	4,8	4,3	5,5	4,5	4,9	5,5	4,5	4,5
Migraine	4,9	6,0	4,6	3,3	2,8	3,0	3,0	2,1	6,6	8,7	5,9	4,0
Cancer	4,2	3,1	4,7	5,6	3,8	2,2	5,1	5,2	4,5	3,9	4,3	5,9
Glaucome	3,4	1,9	3,4	6,8	3,2	2,3	3,0	5,9	3,6	1,5	3,6	7,5
Incontinence urinaire	3,1	1,8	3,2	5,5	2,7	1,4	2,5	6,4	3,4	2,2	3,8	4,9
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	2,9	1,5	3,4	5,0	3,6	1,9	4,6	5,5	2,3	1,1	2,3	4,7
Épilepsie	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5	0,7	0,1	0,7	1,0	0,5	0,8
Maladie d'Alzheimer ou autre démence	0,4	0,1	0,3	1,0	0,3	0,1	0,3	0,7	0,4	0,1	0,3	1,2

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

La prévalence des incapacités physiques augmente fortement avec l'âge

Bien que la prévalence des problèmes de santé chroniques soit forte chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité, une proportion comparativement faible de ces personnes présentent des incapacités physiques. En 1994-1995, 16 % d'hommes et 18 % de femmes de 55 ans et plus, soit un peu moins d'un million de personnes, ont déclaré souffrir d'au moins une incapacité physique (tableau 3).

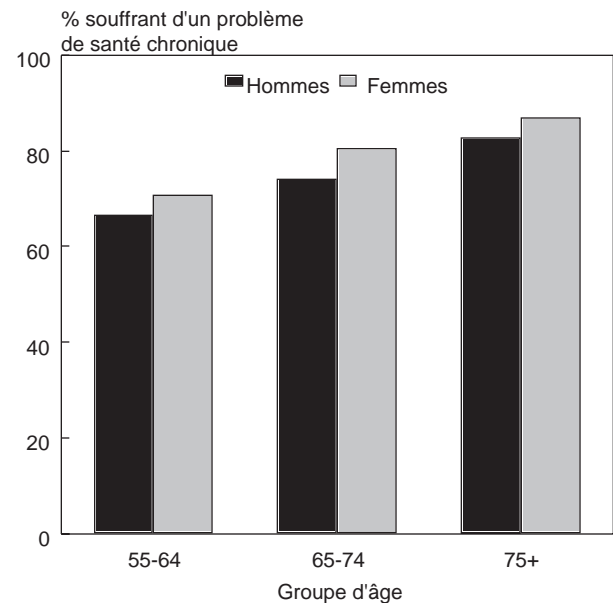
Comme on peut s'y attendre, la prévalence des incapacités physiques augmente avec l'âge. Alors que 29 % des hommes et 38 % des femmes du groupe des 75 ans et plus mentionnent au moins une incapacité, seulement 10 % et 9 % respectivement du groupe des 55 à 64 ans disent être dans cette situation. Le fait que la prévalence globale des incapacités soit plus forte chez les femmes âgées que chez les hommes âgés reflète, du moins en partie, la plus grande espérance de vie des femmes âgées de 75 ans et plus⁶.

Chez les femmes âgées qui vivent dans la collectivité, les incapacités locomoteurs, qui se manifestent chez 9 % d'entre elles, sont le type d'incapacité le plus fréquent. Par contre, chez les hommes, la prévalence des incapacités auditifs est la même que celle des incapacités locomoteurs (6 %), et elle est légèrement plus forte que chez les femmes (5 %). Naturellement, étant donné le lien entre l'ouïe et l'élocution, une proportion légèrement plus forte d'hommes que de femmes fait état de difficultés d'élocution. Par contre, un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes mentionnent des troubles de la vue et une moindre dextérité.

Comme on s'y attendait, la prévalence de la plupart des incapacités a tendance à augmenter avec l'âge. Par exemple, dans le groupe de 75 ans et plus, 7 % d'hommes et 16 % de femmes disent être atteints d'une incapacité visuel que ne corrigent pas parfaitement des lunettes ou des verres de contact, alors que, pour le groupe des 55 à 64 ans, les proportions correspondantes sont respectivement de 3 % et 4 %. Les difficultés d'élocution chez la femme, dont l'incidence varie peu avec l'âge, représente la seule exception à cette tendance.

Graphique 1

Prévalence d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques, population des ménages âgée de 55 ans et plus, selon le sexe, Canada, 1994-1995



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Tableau 3

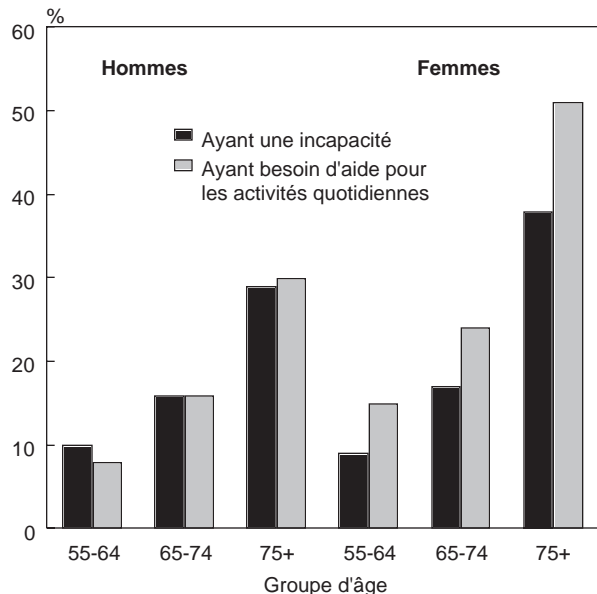
Incapacités physiques, population des ménages âgée de 55 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 1994-1995

	Incapacités physiques					Au moins un
	Vision	Ouïe	Élocution	Mobilité	Dextérité	
	% ayant une incapacité					
Hommes 55+	3,9	6,3	1,9	6,2	0,7	15,5
55-64	2,7	4,3	1,0	2,6	0,3	9,9
65-74	3,8	6,1	2,3	6,3	0,9	15,8
75+	7,1	11,7	3,2	14,8	1,4	28,5
Femmes 55+	7,3	4,9	1,5	9,2	1,1	18,4
55-64	3,8	2,0	1,1	3,4	0,8	9,2
65-74	5,8	5,9	2,3	6,9	1,2	17,0
75+	16,0	8,7	0,8	23,5	1,3	37,7

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Graphique 2

Prévalence d'un ou de plusieurs incapacités physiques et du besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir une ou plusieurs activités quotidiennes, population des ménages âgée de 55 ans et plus, selon le sexe, Canada, 1994-1995



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Tableau 4

Besoin d'aide pour accomplir les activités quotidiennes, population des ménages âgée de 55 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 1994-1995

	Activités de la vie quotidienne						Au moins une activité
	Travaux ménagers	Gros travaux ménagers	Faire les courses	Préparer les repas	Soins personnels	Déplacements dans la maison	
% ayant besoin d'aide							
Hommes 55+	13,9	5,7	4,9	3,8	2,8	1,4	15,4
55-64	7,6	1,8	2,0	1,5	1,1	0,5	8,4
65-74	15,1	5,1	3,9	2,5	1,4	1,9	16,4
75+	27,0	15,9	13,9	11,7	9,5	2,8	30,4
Femmes 55+	24,0	11,8	10,3	5,1	2,8	2,2	26,1
55-64	13,6	6,2	4,2	1,4	0,7	1,0	14,6
65-74	22,1	9,6	6,9	3,6	1,6	1,4	23,6
75+	46,3	25,8	26,8	14,3	8,4	5,7	51,3

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Un plus grand besoin d'aide

Pour chaque groupe d'âge, la proportion d'hommes qui ont besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne et qui reçoivent cette aide est à peu près la même que la proportion d'hommes présentant au moins une incapacité physique. Par contre, à tout âge, la proportion de femmes qui dépendent d'une autre personne pour l'exécution des tâches quotidiennes dépasse nettement la proportion de femmes faisant état d'une incapacité physique (graphique 2).

En 1994-1995, dans l'ensemble, 15 % d'hommes et 26 % de femmes de 55 ans et plus vivant dans la collectivité, soit 1,2 million de personnes, ont déclaré avoir besoin de l'aide d'autres personnes pour accomplir au moins une des activités quotidiennes. En ce qui concerne les tâches qui, en général, ont une incidence sur l'aptitude à vivre au foyer (préparation des repas, soins personnels et déplacements dans la maison), les pourcentages d'hommes et de femmes recevant de l'aide ne pas variés sensiblement. Cependant, une proportion nettement plus élevée de femmes que d'hommes reçoit l'aide d'une autre personne pour accomplir les tâches ménagères quotidiennes et pour faire les courses (tableau 4).

Le besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne augmente considérablement avec l'âge, surtout en ce qui concerne les gros travaux, 27 % des hommes et 46 % des femmes de 75 ans et plus en 1994-1995 ont dit recevoir de l'aide pour accomplir de telles tâches, résultats comparables à ceux d'une enquête-ménages effectuée il y a pratiquement 10 ans⁷.

La prévalence des incapacités physiques et de la dépendance à l'égard d'autrui varie selon le problème de santé chronique

Outre l'existence de problèmes de santé chroniques, un ensemble complexe de facteurs influencent la manifestation d'incapacités physiques et de la dépendance à l'égard d'autrui pour l'exécution des activités de la vie quotidienne. Par conséquent, on s'appuie sur la régression logistique pour rendre compte de l'effet de certains de ces facteurs. La régression logistique permet d'estimer le risque (ou la probabilité) qu'une personne atteinte d'un problème de santé particulier présente une incapacité physique ou ait besoin d'aide pour vaquer aux activités quotidiennes, comparativement aux personnes qui ne souffrent pas de ce problème de santé.

Tableau 5

Risques relatifs reliant les problèmes de santé chroniques, les caractéristiques socio-démographiques et comportementales aux incapacités physiques et au besoin d'aide pour accomplir les activités quotidiennes, population des ménages âgée de 55 ans et plus, Canada, 1994-1995

	Incapacité physique				Besoin de l'aide d'une autre pour accomplir une ou plusieurs activités quotidiennes
	Vision	Ouïe	Mobilité	Un ou de plusieurs incapacités†	
Problèmes de santé chroniques †					
Arthrite, rhumatisme	1,40*	1,14	2,51**	1,58**	2,02**
Hypertension	0,75	1,02	0,97	0,93	1,17
Maux de dos d'origine non arthritique	1,12	1,12	1,38*	1,20	2,25**
Allergies non alimentaires	1,17	1,20	0,90	1,14	1,24
Maladie cardiaque	1,19	0,86	1,17	1,01	2,19**
Diabète	1,72**	0,87	0,86	0,86	1,03
Cataracte	2,52**	1,03	1,51*	1,75**	1,42**
Bronchite chronique, emphysème	0,95	1,32	0,79	1,16	1,78**
Ulcères gastriques, intestinaux	1,16	1,68*	0,91	1,25	1,14
Asthme	0,65	0,98	0,92	0,90	1,48*
Migraine	1,02	0,73	1,77*	1,04	0,92
Cancer	1,09	0,85	1,10	0,95	1,14
Glaucome	1,54	0,53	1,10	1,27	1,60*
Incontinence urinaire	0,78	0,79	1,75*	1,31	2,88**
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	1,43	2,27**	4,09**	4,66**	3,71**
Épilepsie	1,04	0,27	5,20**	2,43*	4,66**
Maladie d'Alzheimer ou autre démence	2,39	1,42	1,07	2,15	1,20
Sexe					
Homme §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Femme	1,58**	0,78	1,00	1,03	1,91**
Âge					
55-64 §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
65-74	1,22	2,16**	1,68**	1,59**	1,61**
75+	2,49**	3,98**	4,55**	3,31**	4,05**
État matrimonial					
Vivant avec un autre personne §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ne vivant pas avec une autre personne	1,19	0,72 *	1,42*	1,11	1,16
Revenu du ménage					
Adéquat §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Inadéquat	1,00	1,00	1,20	1,07	1,31**
Situation inconnue	1,38	0,35 *	1,59	0,93	1,02
Usage du tabac					
N'a jamais fumé §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Fume occasionnellement ou a cessé de fumer	0,98	0,80	0,85	0,95	1,17
Fume régulièrement à l'heure actuelle	1,19	1,28	1,64**	1,40**	1,45**
Consommation d'alcool					
Au moins un verre par semaine §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Moins d'un verre par semaine	1,26	0,83	1,71**	1,35**	1,10
Jamais	1,04	0,97	1,43*	1,21	0,99
Indice de masse corporelle ††					
Poids convenable §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Poids insuffisant	1,29	0,96	1,08	1,21	1,50**
Poids excessif	0,97	1,22	1,14	1,08	0,93
Activité physique récréative					
Actif (active) §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Activité modérée	1,64	1,79*	1,51	1,63**	1,40*
Inactif (inactive)	1,36	1,41	2,93**	1,60**	1,58**
Situation inconnue	2,20 *	2,27**	5,85**	3,81**	1,74**
Auto-évaluation de l'état de santé					
Excellent, très bon, bon §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Passable, mauvais	1,30	1,55**	3,18**	2,11**	3,10**
Région					
Atlantique §	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Québec	1,86 *	0,68	1,16	0,99	0,79
Ontario	1,23	0,94	1,51	1,15	0,72*
Prairies	1,50	1,49	1,35	1,35	0,82
Colombie-Britannique	0,85	1,05	1,79*	1,08	0,87

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Ces données sont le résultat de cinq régressions logistiques distinctes effectuées au moyen des variables dépendantes suivantes : incapacités visuels, incapacités auditifs, incapacités locomoteurs, un ou plusieurs incapacités physiques et besoin d'aide pour accomplir une ou plusieurs activités quotidiennes.

† Inclut les incapacités physiques suivants : vision, ouïe, élocution, mobilité, dextérité.

‡ L'absence de problèmes de santé chroniques constitue la catégorie de référence.

§ Indique la catégorie de référence pour laquelle le ratio des risques est toujours égal à 1,00.

†† Poids convenable : indice 20-27; poids insuffisant : indice <20; poids excessif : indice >27.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Pour évaluer convenablement les résultats, il convient d'examiner simultanément les risques relatifs ainsi calculés et la prévalence du problème de santé en question. Les problèmes de santé chroniques les plus fortement liés à des incapacités physiques et à la dépendance à l'égard d'autrui, à savoir l'épilepsie, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral et l'incontinence, sont relativement rares chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. Donc, si ces troubles imposent un fardeau relativement lourd au plan individuel, leurs effets sur la population totale des ménages sont moins marqués que ceux de problèmes de santé qui sont ordinairement moins débilisant mais plus fréquents, tels que l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos d'origine non arthritique et la cataracte.

Comme prévu, le lien entre un problème de santé chronique et les capacités physiques varie selon le genre de problème. Par exemple, l'association entre l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos d'origine arthritique ou les séquelles d'un accident vasculaire cérébral et les incapacités locomoteurs est significative. Par rapport à celles qui n'en sont pas atteintes, les personnes souffrant d'arthrite ou de rhumatisme courent un risque plus de deux fois plus élevé (risque relatif = 2,51) de faire état d'une incapacité locomoteur (tableau 5). Fait peu surprenant, il existe une corrélation significative entre la cataracte (risque relatif = 2,52) ou le diabète (risque relatif = 1,72) et les incapacités visuels.

La dépendance à l'égard d'autres personnes pour vaquer aux activités de la vie quotidienne est fortement associée à trois problèmes de santé fréquents chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité, à savoir l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos d'origine non arthritique et les maladies cardiaques. Quel que soit le problème, le risque d'avoir besoin d'aide est au moins deux fois plus élevé pour les personnes atteintes que pour celles qui ne le sont pas. La corrélation entre l'arthrite ou le rhumatisme et les incapacités locomoteurs ainsi que le besoin d'aide pour accomplir les activités quotidiennes, corrélation que l'on s'attendait à observer, confirme les résultats publiés en Ontario et aux États-Unis⁸⁻¹¹. La probabilité d'avoir besoin de l'aide d'autrui est également assez forte pour les personnes souffrant de bronchite ou d'emphysème (risque relatif = 1,78), d'asthme (risque relatif = 1,48) ou de cataracte (risque relatif = 1,42).

Forte corrélation avec l'âge et le sexe

Les incapacités physiques et la dépendance à l'égard d'autrui sont associés non seulement à des problèmes de santé chroniques particuliers, mais aussi à plusieurs caractéristiques personnelles. Situation prévisible, on note une forte corrélation entre l'âge et les incapacités visuels, auditifs et locomoteurs. Ainsi, le risque que les membres du groupe des 75 ans et plus présentent une incapacité locomoteur est plus de quatre fois plus élevé que dans le groupe des 55 à 64 ans (risque relatif = 4,55). Par contre, la variation du risque selon le sexe est moins évidente. Il existe une corrélation entre l'appartenance au sexe féminin et les incapacités visuels, mais non les incapacités locomoteurs.

La mention de certaines incapacités physiques dépend de la situation matrimoniale : la probabilité de déclarer une incapacité locomoteur est nettement plus faible pour les personnes qui vivent avec un ou une partenaire que pour celles qui vivent seules, alors que la probabilité de faire état de troubles auditifs, est nettement plus élevée dans ce groupe. Le fait que la prévalence des troubles de l'ouïe soit plus forte chez les hommes âgés et que ceux-ci soient plus susceptibles que les femmes de vivre avec une autre personne explique en partie cette observation.

La dépendance à l'égard d'autres personnes pour accomplir les activités quotidiennes est également associée au vieillissement et au fait d'être une femme. Le risque d'avoir besoin d'aide pour accomplir une ou plusieurs activités de la vie quotidienne est quatre fois plus élevé pour les personnes de 75 ans et plus que pour celles de 55 à 64 ans (risque relatif = 4,05). En outre, ce risque est presque deux fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes (risque relatif = 1,91).

La dépendance à l'égard d'autrui est généralement plus marquée chez les personnes âgées qui sont socioéconomiquement défavorisées, cette situation étant reflétée par le revenu inadéquat du ménage. Cette observation résulte peut-être d'un écart de déclaration ou de perception entre les personnes dont le revenu est adéquat et celles dont le revenu ne l'est pas. Les personnes qui ont les moyens de payer quelqu'un pour les aider à accomplir les tâches quotidiennes et qui bénéficient d'une telle aide depuis longtemps (par exemple, de services de nettoyage) ne considèrent peut-être pas qu'il s'agit d'une situation de dépendance. Elles ne sont peut-être pas conscientes du fait qu'elles seraient incapables d'accomplir ces tâches si elles n'avaient pas

les moyens de payer pour le service. Cependant, la situation socioéconomique étant un déterminant bien connu de la santé, il est vraisemblable que les personnes âgées dont le revenu est inadéquat ont réellement un plus grand besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne que celles dont le revenu est adéquat¹². Cette observation corrobore les résultats d'autres études et appuie l'hypothèse selon laquelle l'exécution des tâches quotidiennes, particulièrement, l'aptitude à vaquer aux activités de la vie quotidienne, comporte un élément social^{13,14}.

Conséquences

La présente analyse montre qu'il est important d'évaluer le fardeau relatif qu'imposent les problèmes de santé chroniques non seulement en fonction de leur prévalence et de la mortalité qui y est associée, mais aussi de leur incidence sur les capacités physiques et sur le besoin d'aide pour exécuter les activités de la vie quotidienne. Il convient de souligner qu'il n'existe pas de corrélation significative entre les incapacités physiques et les maladies cardiaques ou le cancer, problèmes de santé chroniques qui sont à l'origine de la plupart des décès au Canada, chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité¹⁵. De surcroît, si les maladies cardiaques sont liées à la dépendance à l'égard d'autrui pour accomplir les tâches quotidiennes, le cancer ne l'est pas.

Le risque relatif élevé de présenter des incapacités physiques et de dépendre de l'aide d'autrui enregistré pour l'épilepsie et pour les séquelles d'un accident vasculaire cérébral témoigne des effets invalidants de ces troubles. La faible prévalence des séquelles d'un accident vasculaire cérébral parmi la population des ménages tient non seulement à ce que l'incidence globale de l'accident vasculaire cérébral est plus faible que celle de troubles comme l'arthrite ou le rhumatisme, mais aussi à ce que les personnes qui en sont victimes courent un plus grand risque d'être placées en établissement. Pareillement, le risque relatif statistiquement non significatif calculé pour la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence est le reflet non pas de l'importance d'incapacité physique ou de la dépendance à l'égard d'autres personnes que ce genre de maladie entraîne, mais de la faible proportion de personnes atteintes de la maladie. Les risques relatifs calculés pour les troubles locomoteurs sont un peu plus faibles que ceux établis pour l'épilepsie et l'accident vasculaire cérébral, mais, comme ils sont de loin beaucoup plus fréquents, les troubles locomoteurs sont

à l'origine d'une plus grande proportion d'incapacités physiques et de situations de dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes de 55 ans et plus vivant dans la collectivité.

L'étude de la prévalence de divers problèmes de santé chroniques chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité et du lien entre ces problèmes de santé et certaines incapacités physiques et la dépendance à l'égard d'autrui est importante sur le plan de la santé publique. Les renseignements ainsi obtenus permettent de répartir les services d'aide à domicile financés par le secteur public, de sorte que les personnes atteintes des troubles les plus débilissants reçoivent une aide correspondant à leurs besoins. De surcroît, ces renseignements permettent d'estimer les ressources nécessaires pour fournir aux personnes âgées, dont le nombre ne cesse de croître, le soutien qui leur permettra de «vieillir chez elles» et d'échapper aux bouleversements et aux dépenses associés au placement en établissement, ou du moins, d'en retarder l'échéance.

Références

1. P. Tully et C. Mohl, «Résidents âgés des établissements de santé», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p. 27-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. J.L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 33-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. Statistique Canada, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, (n° 82-567 au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1995.
4. Statistique Canada, T. Stephens (s. la dir. de), «L'état de santé des Canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991», (n° 11-612F, n° 8 au catalogue; chapitre 2) Ottawa, Ministère de l'Industrie des Sciences et Technologie, 1994.
5. Santé et bien-être social et Statistique Canada, *La santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête santé Canada*, (n° 82-538F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1981.
6. W.J. Millar, «L'espérance de vie des Canadiens», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p.23-26 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. J. Hagey, «Aide à domicile : le soutien aux Canadiens âgés», *Tendances sociales canadiennes*, 14, 1989, p. 22-24 (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue).
8. E.M. Badley, Y. Rasooly et G.K. Webster, «Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability and health care utilization: Findings from the 1990 Ontario Health Survey», *Journal of Rheumatology*, 21, 1994, p. 505-514.
9. H.B. Hubert, D.A. Bloch et J.F. Fries, «Risk factors for physical disability in an aging cohort: The NHANES I Epidemiologic Followup Study», *Journal of Rheumatology*, 20, 1993, p. 480-488.

10. A.M. Jette et L.G. Branch, «Impairment and disability in the aged», *Journal of Chronic Diseases*, 38, 1985, p. 59-65.
11. A.A. Guccione, D.T. Felson, J.J. Anderson et al., «The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study», *American Journal of Public Health*, 84, 1994, p. 351-358.
12. R. Roberge, J.M. Berthelot et M. Wolfson, «Indice de l'état de santé : mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario selon la situation socio-économique», *Rapports sur la santé*, 7(2), 1995, p. 29-37 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. M. Kelly-Hayes, A.M. Jette, P.A. Wolf et al., «Functional limitations and disability among elders in the Framingham Study», *American Journal of Public Health*, 82, 1992, p. 841-845.
14. S.Z. Nagi, *Sociology and Rehabilitation* «Some conceptual issues in disability and rehabilitation», M.B. Sussman (s. la dir. de), Washington, DC, American Sociological Association, 1965, p. 100-113.
15. F. Nault et K. Wilkins, «Décès 1993», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 55-64, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Questions de l'Enquête nationale sur la santé de la population qui ont trait aux problèmes de santé chroniques, aux incapacités physiques et à la dépendance à l'égard d'autrui

Problèmes de santé chroniques

Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez ... certains des problèmes de santé de longue durée suivants (on entend par « problème de santé de longue durée » un état qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devraient persister pendant six mois ou plus)?

Allergies alimentaires (*Troubles non compris dans la présente analyse, en raison de la faible fréquence de leur manifestation*)

Autres allergies

Asthme

Arthrite ou rhumatisme

Maux de dos excluant l'arthrite

Hypertension (tension artérielle élevée)

Migraine

Bronchites chroniques ou emphysème

Sinusite (*Troubles non compris dans la présente analyse, en raison de la faible fréquence de leur manifestation*)

Diabète

Épilepsie

Maladie cardiaque

Cancer

Ulcères à l'estomac ou à l'intestin

Troubles dus à un accident vasculaire cérébral

Incontinence urinaire

Maladie d'Alzheimer ou autre démence

Cataracte

Glaucome

Tout autre problème de santé chronique (précisez) _____

Incapacités physiques

Les questions suivantes concernent l'état de santé en général. Les questions ne portent pas sur des maladies comme le rhume qui affectent les personnes pendant de courtes périodes de temps. Elles portent sur les capacités habituelles d'une personne. Il se peut que vous pensiez qu'elles ne s'appliquent pas à vous, mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde.

Vision

Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal *sans* lunettes ou verres de contact? (oui, non, ne sait pas, refus)

Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal *avec* des lunettes ou des verres de contact? (oui, non)

Êtes-vous capable de voir quoi que ce soit? (oui, non, ne sait pas, refus)

Voyez-vous assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue *sans* lunettes ou verres de contact? (oui, non, ne sait pas, refus)

Habituellement, voyez-vous assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue *avec* des lunettes ou des verres de contact? (oui, non)

Ouïe

Habituellement, êtes-vous capable de suivre une conversation dans un groupe d'au moins quatre personnes *sans* vous servir d'une prothèse auditive? (oui, non, ne sait pas, refus)

Habituellement, êtes-vous capable de suivre une conversation dans un groupe d'au moins quatre personnes *avec l'aide* d'une prothèse auditive? (oui, non)

Pouvez-vous entendre quoi que ce soit? (oui, non, ne sait pas, refus)

Habituellement, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse *sans* vous servir d'une prothèse auditive? (oui, non, refus)

Habituellement, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse *avec l'aide* d'une prothèse auditive? (oui, non)

Élocution

Habituellement, êtes-vous *parfaitement* compris(e) lorsque vous parlez dans votre langue avec des inconnus? (oui, non, refus)

Êtes-vous *partiellement* compris(e) lorsque vous parlez à des inconnus? (oui, non)

Êtes-vous *parfaitement* compris(e) lorsque vous parlez à des personnes que vous connaissez bien? (oui, non, refus)

Êtes-vous *partiellement* compris(e) lorsque vous parlez à des personnes que vous connaissez bien? (oui, non)

Mobilité

Habituellement, pouvez-vous marcher dans le quartier *sans* difficulté et *sans* vous servir d'un appareil comme une orthèse, une canne ou des béquilles? (oui, non, ne sait pas, refus)

Pouvez-vous marcher? (oui, non, ne sait pas, refus)

Avez-vous besoin d'un appareil comme une orthèse, une canne ou des béquilles pour marcher dans le quartier? (oui, non)

Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher? (oui, non)

Utilisez-vous un fauteuil roulant pour vous déplacer? (oui, non, ne sait pas, refus)

À quelle fréquence utilisez-vous un fauteuil roulant? (toujours, souvent, parfois, jamais)

Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer en fauteuil roulant? (oui, non)

Mains et doigts

Habituellement, pouvez-vous saisir et manipuler des petits objets notamment un crayon ou des ciseaux? (oui, non, ne sait pas, refus)

En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne? (oui, non, ne sait pas, refus)

Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir : certaines tâches? la plupart des tâches? presque toutes les tâches? toutes les tâches?

En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin d'équipement spécial comme d'un appareil pour vous aider à vous habiller? (oui, non)

Dépendance à l'égard d'autrui

La prochaine question concerne l'aide reçue. Même si elle ne s'applique pas à ..., il est nécessaire de poser la même question à tout le monde. À cause de son état ou d'un problème de santé, a-t-il (elle) besoin qu'une autre personne l'aide à ...

préparer les repas?

faire les courses?

accomplir les tâches ménagères quotidiennes?

faire de gros travaux d'entretien, par exemple, laver les murs, travaux dans la cours?

se donner certains soins personnels comme se laver, s'habiller ou manger?

se déplacer dans la maison?

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994

Leslie A. Gaudette, Chris A. Altmayer, Karla M.P. Nobrega et Judy Lee

Résumé

De 1981 à 1994, le nombre de mammographies pratiquées chaque année au Canada est passé de moins de 200 000 à plus de 1,4 million. En 1994, environ trois femmes sur cinq âgées de 40 ans et plus indiquaient avoir passé une mammographie au moins une fois au cours de leur vie. L'essentiel de l'augmentation du nombre de mammographies s'est produit entre 1985 et 1991, en raison de l'utilisation accrue de cet examen pour le dépistage du cancer du sein. Au début des années 1990, le nombre et le taux de mammographies pratiquées chaque année se sont stabilisés, les mammographies pratiquées sur la base du paiement à l'acte ayant diminué légèrement entre 1991 et 1994, tandis que celles pratiquées dans le cadre de programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein augmentaient.

On a de plus en plus recours à la mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, chez qui le dépistage est considéré comme étant le plus efficace. Environ 30 % des canadiennes âgées de 50 à 69 ans ont passé une mammographie au cours de la dernière année, mais seulement le cinquième de ces mammographies ont été pratiquées dans le cadre de programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

Au Canada, la plupart des mammographies sont encore pratiquées sur la base du paiement à l'acte; environ 80 % des mammographies pratiquées sur cette base le sont à des fins de dépistage, et les 20 % qui restent, à des fins d'évaluation diagnostique.

Le présent article est fondé sur des données administratives fournies par les ministères provinciaux et territoriaux de la santé et par les responsables des programmes de dépistage du cancer du sein, ainsi que sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Il comporte une évaluation de certaines répercussions qu'a le recours à la mammographie sur les taux d'incidence du cancer du sein et de mortalité due à ce cancer, mais, étant donné la longueur du délai qui sépare le dépistage du décès, il est peut-être trop tôt pour tirer des conclusions définitives.

Mots-clés : mammographie, néoplasmes du sein, données administratives, dépistage du cancer du sein

* Leslie Gaudette (613-951-1740) et Judy Lee travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6. Chris Altmayer, étudiant de l'Université de Waterloo, et Karla Nobrega, étudiante à l'Université Lakehead, travaillaient à la Division des statistiques sur la santé dans le cadre d'un programme d'alternance travail-études.

Chez les canadiennes, le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué, et il vient au deuxième rang après le cancer du poumon comme cause principale des décès par cancer^{1,2}. Nombre des facteurs de risque liés au cancer du sein, par exemple l'apparition précoce des premières règles, la ménopause tardive et les antécédents familiaux, ne se prêtent pas bien à des stratégies de prévention^{3,4}. Toutefois, le dépistage précoce grâce à la mammographie, utilisée seule ou conjuguée à un examen physique minutieux des seins, peut permettre de déceler des tumeurs plus petites qui offrent davantage d'options en matière de traitement. Les progrès réalisés quant au traitement précoce du cancer du sein laissent espérer qu'on puisse réduire la mortalité due à ce cancer^{3,5}. Ainsi, le dépistage offre peut-être la meilleure possibilité d'améliorer la lutte contre le cancer du sein à l'heure actuelle^{5,6}.

La mammographie a été mise au point au début du siècle, mais une technique uniforme d'application générale n'a été établie qu'au cours des années 1950 et 1960⁷. Au départ, la mammographie était utilisée principalement comme un outil de *diagnostic*, en vue d'évaluer les femmes qui présentaient des symptômes ou des signes de pathologie mammaire. Au fur et à mesure qu'on a constaté l'efficacité des mammographies pour le dépistage précoce des cancers du sein, on a mis au point un protocole de *dépistage* pour les femmes asymptomatiques^{3,5,8}. L'efficacité de la mammographie comme outil de dépistage à grande échelle a été établie pour la première fois dans le cadre de l'étude du Health Insurance Plan (ou HIP), qui s'est tenue à New York dans les années 1960 et, par la suite, grâce à un certain nombre d'études effectuées dans les années 1970 et 1980^{3,5,8}. Le Canada a contribué de façon significative à évaluer le rôle que joue le dépistage par mammographie dans la réduction de la mortalité due au cancer du sein, dans le cadre de l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein, de l'Atelier national sur le dépistage précoce du cancer du sein, et du Forum national sur le cancer du sein⁹⁻¹² (voir encadré «*Initiatives de dépistage du cancer du sein*»).

Méthodologie

Source des données

On a recueilli des données provenant de sources administratives au sujet du nombre annuel de mammographies pratiquées et, dans la mesure du possible, par groupe d'âge. Les données sur les programmes de dépistage du cancer du sein ont été fournies par les responsables de ces programmes aux niveaux provincial et territorial. Les données sur les mammographies pratiquées sur la base du paiement à l'acte proviennent des ministères de la Santé.

Par ailleurs, certaines données sur la mammographie figurent dans la composante des ménages (qui exclut les établissements de soins de longue durée) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995^{13,14}. L'ENSP est une enquête longitudinale qui permet de déterminer l'état de santé de la population canadienne. La population visée est constituée des membres de ménages de toutes les provinces, à l'exception des réserves indiennes et des bases militaires ainsi que de certaines régions éloignées.

Dans le cadre de l'ENSP, on recueille la plupart des données auprès d'un des membres du ménage choisi au hasard. En 1994-1995, l'échantillon final comportait 27 263 ménages. Le taux de réponse, y compris la non-réponse de ménages ou de personnes choisies, a été d'environ 89 %. Les données de l'ENSP analysées dans le présent article ne comprennent pas celles sur les Territoires du Nord-Ouest ni celles sur le Yukon.

On a posé aux femmes de 35 ans et plus la question suivante : «Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie des seins?» À celles qui ont répondu par l'affirmative, on a posé la question suivante : «À quand remonte la dernière fois?» À ces mêmes femmes, on a aussi posé la question suivante : «Pour quelle raison avez-vous passé votre dernière mammographie?» Les femmes interrogées ne devaient cocher qu'une des trois réponses suivantes : «Trouble au sein»; «Examen de routine, pas de problème particulier» ou «Autre». Les réponses par personne interposée n'étaient pas acceptées. Les taux de réponse à ces questions ont été de 98 à 100 %. Les données analysées dans le présent article sont fondées sur les réponses fournies par 5 030 femmes âgées de 40 ans et plus aux questions sur la mammographie comprises dans l'ENSP.

Limites

On ne dispose pas de données sur les mammographies remboursées à l'acte avant 1986, pour le Manitoba et la Saskatchewan, avant 1987, pour le Nouveau-Brunswick; avant 1988, pour l'Île-du-Prince-Édouard, et avant 1992, pour le Yukon. Dans le cas de l'Ontario, les données sur ces mammographies pour la période précédant 1988 reposent sur des estimations. On ne dispose pas de données sur les mammographies remboursées à l'acte en Nouvelle-Écosse et dans les Territoires du Nord-Ouest. La plupart des données sur les mammographies remboursées à l'acte au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario (1980-1982) ont été déclarées par exercice et non par année civile. Par ailleurs, les données sur les mammographies remboursées à l'acte comprennent les mammographies pratiquées sur un petit nombre d'hommes (moins de 1 % du total). Les ventilations selon le groupe d'âge ne sont disponibles que pour cinq provinces : le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Toutefois, entre 1985 et 1994, 87 % des femmes âgées de 40 ans et plus vivant au Canada habitaient dans ces provinces.

Les provinces et les territoires utilisent généralement des méthodes similaires pour compiler les données des programmes de dépistage du cancer du sein, même si la Nouvelle-Écosse déclare ces données par exercice, tandis que toutes les autres provinces les déclarent par année civile.

Il se peut qu'on ait surestimé les taux de mammographie calculés à partir de sources administratives pour les femmes âgées de 40 ans et plus. Les chiffres concernant les mammographies remboursées à l'acte comprennent les examens passés par des femmes ayant

moins de 40 ans. Dans le cas des provinces et des années pour lesquelles on dispose de ventilations selon l'âge, les données indiquent que les mammographies pratiquées sur des femmes ayant moins de 40 ans représentaient environ 20 % du total annuel au milieu des années 1980, pour passer à environ 10 % dans les années 1990.

Par ailleurs, il arrive que certaines femmes passent plus d'une mammographie par année. Par exemple, certaines ont dû passer deux examens diagnostiques ou plus dans le cadre du programme des mammographies remboursées à l'acte, alors qu'on a, en général, demandé à environ 6 % des femmes ayant obtenu des résultats anormaux de passer une nouvelle mammographie pour une évaluation diagnostique plus poussée et ce, dans le système de remboursement à l'acte. Une étude effectuée en Ontario a montré que 14 % des mammographies remboursées à l'acte qui ont été pratiquées dans cette province sur une période de 18 mois étaient des mammographies de rappel¹⁵. Toutefois, le pourcentage de femmes qui ont passé plus d'une mammographie serait sans doute un peu inférieur (environ 10 %) au cours de la période de référence de 12 mois utilisée pour la présente analyse.

Par ailleurs, il peut arriver que des données soient sous-estimées puisque certaines femmes passent des mammographies par l'entremise de services qui ne sont pas compris dans la présente analyse. C'est le cas, par exemple, des mammographies pratiquées de 1980 à 1985 dans le cadre de l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein. En outre, certaines provinces fournissent un financement global à certains hôpitaux pour les services de mammographie, et le nombre de mammographies ainsi pratiquées n'est pas déclaré aux ministères provinciaux de la Santé. On pense que ces examens représentent moins de 10 % du total.

Dans l'ensemble, les causes de la surestimation semblent l'emporter sur celles de la sous-estimation et donc les taux pourraient être surestimés dans une proportion d'environ 10 %.

Comparaison des données d'enquête et des données administratives

À plusieurs égards, les taux de mammographie fondés sur des données administratives sont comparables à ceux calculés à partir de l'ENSP de 1994-1995. Les deux sources indiquent une augmentation à mesure que l'on se déplace de l'est du pays vers l'ouest et elles se rapprochent considérablement quant à l'ordre des provinces. Les tendances quant aux taux selon l'âge sont aussi similaires. Toutefois, les taux découlant de l'ENSP sont de 5 à 10 points supérieurs au taux annuel calculé à partir des données administratives, en dépit des résultats d'une étude ayant montré la grande fiabilité des données déclarées sur l'utilisation de la mammographie¹⁶.

Plusieurs facteurs contribuent sans doute aux différences qui existent entre les taux calculés à partir des données d'enquête et ceux calculés à partir des données administratives. Il se peut que des participantes de l'ENSP ne se soient pas rappelé la date exacte de leur dernière mammographie et qu'elles aient déclaré à tort qu'elle avait eu lieu au cours des 11 mois précédents, problème qui a déjà été noté aux États-Unis¹⁷. Il se peut aussi que les femmes qui participent à une enquête sur la santé comme l'ENSP soient plus susceptibles que celles qui n'ont pas participé à l'enquête ou que celles qui ne font pas partie de l'échantillon (par exemple les personnes qui vivent en établissement), d'avoir eu des comportements favorisant la santé, par exemple, le recours à une mammographie de dépistage. Certaines femmes interrogées, soucieuses de donner une réponse socialement acceptable, peuvent avoir indiqué qu'elles avaient passé une mammographie, alors que ce n'était pas vrai. En outre, certaines femmes peuvent avoir répondu par l'affirmative à la question de l'ENSP, même si la radiographie de la poitrine ou un autre examen des seins qu'elles avaient passés n'étaient pas une mammographie ou une radiographie du sein. Enfin, certaines femmes peuvent avoir passé une mammographie ailleurs que dans le cadre de programmes de mammographies remboursées à l'acte ou de programmes de dépistage organisés, par exemple, dans des hôpitaux recevant un financement global pour ces services.

Entre 1988 et 1991, cinq provinces et un territoire au Canada ont lancé des programmes de dépistage du cancer du sein consistant à faire passer des mammographies dans des centres spécialisés. Un programme de réduction du taux de mortalité par cancer du sein¹⁸ doit reposer sur un réseau de centres spécialisés dans le dépistage du cancer du sein, permettant un accès universel à des installations de grande qualité et à du personnel spécialement formé. Par ailleurs, les activités à grande échelle permettent de pratiquer des mammographies à un coût relativement faible, tout en assurant un niveau de qualité élevé¹³.

Des études de recherche ayant obtenu des taux de participation de 65 % à 90 %^{8,11,19,20} ont permis de noter une réduction du taux de mortalité de l'ordre de 40 % environ chez les femmes âgées de 50 ans et plus, dans les cinq à sept années qui ont suivi la mise en place de services de dépistage. Des programmes de dépistage visant l'ensemble de la population du Canada ont été mis sur pied en partant de l'hypothèse qu'ils permettraient de réduire le taux de mortalité de 30 % chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, à condition que 70 % des femmes de ce groupe d'âge passent une mammographie de dépistage tous les deux ans¹².

Le présent article analyse des données provenant de plusieurs sources, en vue de documenter les tendances relatives à l'utilisation de la mammographie au Canada, dans le contexte des recommandations et des initiatives concernant le dépistage du cancer du sein (voir encadrés «*Méthodologie*» et «*Définitions*»).

Augmentation du nombre et du taux

Le nombre de mammographies pratiquées chaque année au Canada a augmenté graduellement, passant de 162 000 à 250 000 entre 1981 et 1985, puis a fait un bond à 1,3 million en 1991. Le taux d'augmentation s'est stabilisé et, en 1994, on atteignait le total de 1,4 million de mammographies (graphique 1; annexe, tableau A).

Le taux de mammographie a suivi les mêmes tendances que les chiffres annuels. Exprimé en pourcentage des femmes âgées de 40 ans et plus, le taux est passé de 5 % en 1985 à 23 % en 1991, et il est demeuré relativement stable depuis. La hausse marquée qui a été notée entre 1985 et 1991 traduit l'augmentation du nombre de mammographies pratiquées pour le dépistage, à la fois dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein et sur la base du paiement à l'acte.

Majorité de mammographies remboursées à l'acte

La plupart des mammographies sont pratiquées sur la base du paiement à l'acte. Leur nombre a atteint un sommet en 1991, atteignant un peu plus de 1,2 million, puis a diminué légèrement. Par contre, entre 1988 et

Définitions

Une *mammographie* est une radiographie du sein, à faible dose de rayons X, qui est sans danger et qui utilise une technique particulière pour déceler les tumeurs à un stade précoce. Plusieurs clichés du sein peuvent être pris lors d'un même *examen mammographique*. Les mammographies sont examinées par un radiologiste qui se spécialise dans le diagnostic du cancer du sein. Dans le présent article, les termes «mammographie» et «examen mammographique» sont interchangeables.

Les *mammographies effectuées dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein* sont, comme leur nom l'indique, fournies dans le cadre de programmes parrainés par le gouvernement dans des centres de dépistage spécialisés, sans frais pour les femmes qui font partie du groupe d'âge visé. Il ne leur est pas nécessaire d'être recommandées par un médecin. Dans la plupart des programmes, on n'accepte pas les femmes qui n'appartiennent pas à ces groupes d'âge, à moins qu'elles aient été recommandées par un médecin ou qu'elles aient déjà fait l'objet d'un dépistage dans le cadre du programme. Les programmes de dépistage du cancer du sein prévoient un examen mammographique, auquel vient s'ajouter dans certaines provinces un examen physique des seins. Ces *mammographies de dépistage* sont effectuées à grande échelle, à l'aide de protocoles uniformes visant à établir une distinction entre les mammographies normales et anormales. Toutes les anomalies décelées font l'objet d'un suivi à l'aide de méthodes de diagnostic plus poussées²¹.

Les *mammographies remboursées à l'acte* sont des examens mammographiques effectués par un radiologiste pour une évaluation diagnostique. Les femmes doivent être recommandées par un médecin, et le coût de l'examen est remboursé aux radiologistes par le régime de soins de santé de la province, sur la base du paiement à l'acte. Dans la mesure où ce service peut être utilisé pour les examens de routine du sein plutôt que pour diagnostiquer un problème particulier, une partie des mammographies remboursées à l'acte sont effectuées à des fins de dépistage. Les données sur ces mammographies ne sont toutefois pas désagrégées selon le motif de l'examen.

Le *taux de mammographie* correspond au nombre annuel de mammographies pour 100 femmes âgées de 40 ans et plus. Il donne une indication générale de l'utilisation de la mammographie selon la province et au fil des ans. Les taux de mammographie comprennent à la fois les mammographies effectuées dans le cadre de programmes de dépistage de cancer du sein et les examens mammographiques remboursés à l'acte.

Le *taux de mammographie comparatif* correspond au nombre de mammographies pour 100 femmes d'un groupe d'âge donné. Ce taux est le plus utile pour évaluer le niveau d'utilisation des programmes de dépistage du cancer du sein. Toutefois, ce taux est calculé chaque année, plutôt que tous les deux ans, pour réduire au minimum les répercussions des examens en double. En outre, en raison du manque de données comparatives pour un certain nombre de provinces et pour certaines périodes, des taux de mammographie comparatifs au niveau national n'ont pas été calculés.

Initiatives de dépistage du cancer du sein

Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein

L'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein, la première étude à grande échelle de la mammographie au Canada, a été conçue pour évaluer les effets du dépistage mammographique, effectué seul ou conjugué à un examen physique, sur l'incidence du cancer du sein et sur les taux de mortalité par ce cancer chez les femmes de 40 à 59 ans^{9,10}. Lorsque l'Étude a été conçue en 1979, on n'avait pas de preuve que le dépistage contribuait à réduire le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes âgées de 40 à 49 ans. Par contre, dans le cas des femmes âgées de 50 ans et plus, on avait déterminé que le dépistage mammographique, seul ou conjugué à un examen physique des seins, était efficace pour réduire le taux de mortalité par cancer du sein. Toutefois, on n'avait pas défini l'avantage du recours à la mammographie par rapport au seul examen physique.

Dans le cas des femmes âgées de 40 à 49 ans, l'Étude visait à évaluer l'efficacité de la combinaison d'un dépistage mammographique annuel, d'un examen physique des seins, et de l'apprentissage de l'auto-examen des seins, pour réduire le taux de mortalité par cancer du sein. Dans le cas des femmes âgées de 50 à 59 ans, le but visé consistait à évaluer la supériorité des mammographies annuelles par rapport à l'examen physique annuel des seins et à l'apprentissage de l'auto-examen. De janvier 1980 à mars 1985, 50 430 femmes âgées de 40 à 49 ans, et 39 405 femmes âgées de 50 à 59 ans ont participé à cette étude.

Les premiers résultats de l'Étude ont été publiés en 1992^{9,10}. Pour les femmes âgées de 40 à 49 ans, le dépistage mammographique annuel et l'examen physique des seins a permis de déceler des tumeurs beaucoup plus petites et sans extension ganglionnaire (c'est-à-dire les tumeurs du sein in situ) que les examens habituels, mais n'a pas eu de répercussions sur le taux de mortalité par cancer du sein chez les participantes, jusqu'à sept ans après le lancement de l'Étude. De même, pour les femmes âgées de 50 à 59 ans, le dépistage mammographique annuel a permis de déceler des tumeurs beaucoup plus petites, sans extension ganglionnaire, que le seul examen physique. Mais, encore une fois, au cours des sept années qui ont suivi, le dépistage mammographique n'a pas eu plus d'effet sur le taux de mortalité comparativement au seul examen physique minutieux. Un suivi sur 11 ans relativement à l'incidence, et sur 13 ans relativement au taux de mortalité, est actuellement en cours.

Atelier national sur le dépistage précoce du cancer du sein

Après la phase de la collecte des données de l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein en 1985, des pressions ont été exercées pour élargir l'accès au dépistage mammographique.

L'Atelier national sur la détection précoce du cancer du sein s'est tenu en 1988¹¹. Le rapport de l'Atelier, établi par des représentants des gouvernements ainsi que de groupes de bénévoles et de professionnels de toutes les régions au Canada, recommandait que les femmes de 50 à 69 ans puissent participer à un programme de dépistage précoce du cancer du sein et qu'elles soient incitées à le faire. Ce programme devait comprendre une mammographie tous les deux ans. Dans le cadre de l'Atelier, on a proposé la création de centres de dépistage spécialisés, afin d'assurer des normes plus élevées quant à la qualité des images, au personnel, à l'interprétation des résultats, au suivi et à l'interprétation des résultats des examens pathologiques, et ce, au coût unitaire le plus bas.

Programmes de dépistage des provinces et des territoires

La Colombie-Britannique a établi le premier programme de dépistage du cancer du sein en 1988, suivie par la Saskatchewan, l'Ontario, et l'Alberta, en 1990, ainsi que la Nouvelle-Écosse et le Yukon, en 1991. Le Manitoba et le Nouveau-Brunswick, en 1995, et Terre-Neuve, en 1996, ont lancé des programmes similaires. Dans les Territoires du Nord-Ouest, on a rédigé et fait circuler des lignes directrices qui font actuellement l'objet d'un examen au niveau régional. À l'Île-du-Prince-Édouard, on est actuellement en voie d'établir un programme, tandis qu'au Québec, il n'existe pas de programme de dépistage.

Au départ, dans le cadre du dépistage annuel, la Colombie-Britannique visait les femmes âgées de 40 ans et plus, mais, depuis 1995, on met surtout l'accent sur celles âgées de 50 à 70 ans. Les autres secteurs de compétence visent les femmes âgées de 50 à 69 ans pour un dépistage tous les deux ans. L'objectif des programmes provinciaux est de procéder à un dépistage auprès de 70 % de la population cible, et de réduire de 30 % le taux de mortalité par ce genre de cancer après une période de cinq à sept ans.

Forum national sur le cancer du sein

Le Forum national sur le cancer du sein s'est tenu à Montréal en novembre 1993, et a été parrainé par la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada, le Conseil de recherches médicales, la Fondation canadienne pour le cancer du sein et Santé Canada¹². L'objectif visé consistait à établir un consensus quant à la recherche sur le cancer du sein, à la prévention et au traitement. Dans le cadre du Forum, on a souligné la nécessité du dépistage mammographique et on a recommandé que le financement soit augmenté afin que les programmes provinciaux puissent toucher au moins 70 % des femmes âgées de 50 à 69 ans tous les deux ans.

Programmes de dépistage du cancer du sein, Canada, 1994

	Colombie-Britannique	Alberta	Saskatchewan	Ontario [†]	Nouvelle-Écosse	Yukon
Début	juillet 1988	octobre 1990	avril 1990	juin 1990	juin 1991	milieu de 1991
Groupe d'âge visé	40+ [†]	50-69 [‡]	50-69 [‡]	50-69 [‡]	50-69 [§]	50-69 [‡]
Fréquence du dépistage	annuel	bisannuel	bisannuel	bisannuel	bisannuel	bisannuel
Comprend un examen physique des seins	non	non	non	oui (infirmière)	non (technicien)	oui (omni-praticien)

Source : Programmes de dépistage du cancer du sein et ministères de la Santé des provinces et des territoires

Nota : Dates de début des autres programmes : 1995 - Manitoba, Nouveau-Brunswick; 1996, Terre-Neuve; Aucun, Île-du-Prince-Édouard, Québec, Territoires du Nord-Ouest.

[†] Le programme depuis 1995, touche les femmes âgées de 50 à 70 ans.

[‡] Le programme accepte les femmes âgées de plus de 69 ans sur demande.

[§] Le programme accepte les femmes âgées de 40 à 49 ans et de 70 à 72 ans sur demande.

1994, du fait de la mise sur pied de programmes de dépistage du cancer du sein dans plusieurs provinces, le nombre de mammographies a fait un bon, passant de 4 500 à 231 000. Les mammographies pratiquées dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein ont représenté 16 % du total national en 1994. La stabilisation des taux de mammographie après 1991 est au moins en partie due au fait que les mammographies autrefois remboursées à l'acte font maintenant partie des programmes de dépistage du cancer du sein. On l'explique aussi du fait que, conformément aux lignes directrices de la plupart des provinces, les femmes passent une mammographie tous les deux ans plutôt que chaque année.

Taux plus élevés dans les provinces qui disposent de programmes de dépistage bien établis

Dans toutes les provinces, le taux de mammographie a suivi la tendance nationale, augmentant rapidement à la fin des années 1980 et se stabilisant au début des années 1990. En 1994, le taux de mammographie exprimé en pourcentage des femmes âgées de 40 ans et plus allait de 17 % à Terre-Neuve à 32 % en Colombie-Britannique. Les provinces qui disposent de programmes de dépistage du sein bien établis ont tendance à avoir les taux les plus élevés de

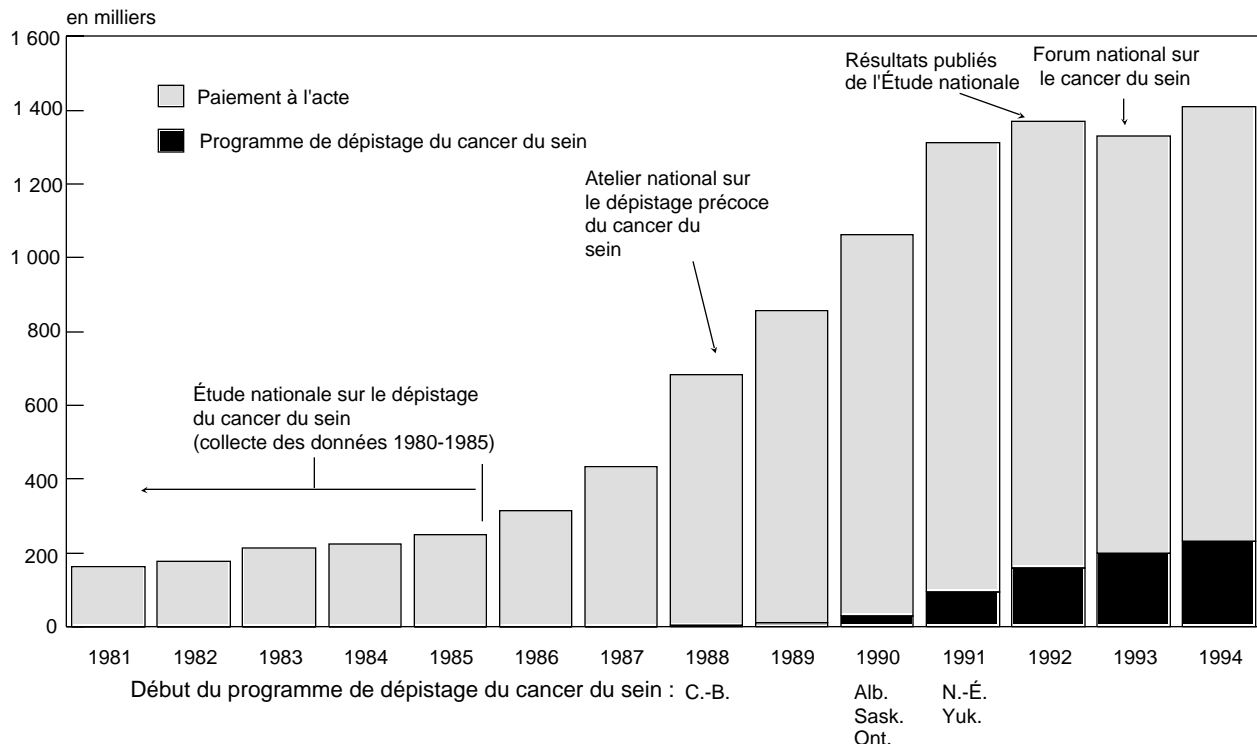
mammographie, mais aussi les taux les plus bas pour les mammographies remboursées à l'acte.

Les taux les plus élevés de mammographie dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein ont été enregistrés en Colombie-Britannique et en Saskatchewan, soit 16 % et 12 % respectivement, et c'est là que près de la moitié de toutes les mammographies sont pratiquées dans le cadre de programmes de dépistage. Les taux provinciaux pour les mammographies remboursées à l'acte étaient de seulement 13 % pour les femmes âgées de 40 ans et plus en Saskatchewan et de 16 % en Colombie-Britannique. Dans les autres provinces, toutefois, ils variaient, allant de 17 % en Alberta à 27 % au Nouveau-Brunswick.

Mammographies de dépistage davantage axées sur les femmes âgées de 50 à 69 ans

On dispose de données sur les mammographies selon l'âge pour le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Dans chacune de ces provinces, les taux de mammographie spécifiques quant à l'âge ont augmenté substantiellement du milieu à la fin des années 1980 au début des années 1990, puis se sont stabilisés ou ont même diminué légèrement

Graphique 1
Nombre de mammographies, Canada, 1981-1994



Source : Ministères de la Santé et programmes de dépistage du cancer du sein des provinces et des territoires.

Nota : Les données portent sur 85 % de la population en 1981 et jusqu'à 97 % de la population en 1988.

(annexe, tableau B). Les taux pour chaque tranche de 10 ans étaient toutefois plus élevés en Colombie-Britannique et en Saskatchewan, les deux provinces ayant les proportions les plus élevées de mammographies pratiquées dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein.

Le taux de mammographie était le plus élevé pour les femmes âgées de 50 à 59 ans, se situant à 32 % en 1993. Le taux de mammographie pour ce groupe d'âge a eu tendance à se stabiliser autour de 1992. Le taux de mammographie pour les femmes âgées de 60 à 69 ans s'est aussi stabilisé en 1992, et en 1993, il se situait autour de 26 %. La Saskatchewan et la Colombie-Britannique sont les seules provinces où l'on a enregistré une diminution marquée des taux pour les mammographies remboursées à l'acte pour ces deux

groupes d'âge. Toutefois, en 1994, entre 20 et 26 % des femmes dans la cinquantaine et la soixantaine ont passé une mammographie dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein de ces provinces, avec pour conséquence que, cette année-là, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique ont enregistré les taux de mammographie les plus élevés (au moins 37 %) pour les femmes du groupe des 50 à 69 ans visées par la mammographie de dépistage. Dans ces deux provinces, plus de la moitié de toutes les mammographies pratiquées sur des femmes de ces groupes d'âge l'ont été dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein (tableau 1). Ailleurs, la majeure partie sinon la totalité des mammographies ont été passées par les femmes des groupes d'âge visés, sur la base du paiement à l'acte.

La stabilisation du taux global de mammographie au début des années 1990 peut venir en partie du fait que les taux de mammographie approchent du niveau de saturation pour les femmes âgées de 50 à 69 ans. En 1994, les taux pour les femmes dans la cinquantaine et la soixantaine dans les cinq provinces se situaient à 30 % ou plus. Cela peut indiquer que l'objectif visé, 70 % des femmes passant un test de dépistage tous les deux ans, était près d'être atteint. La stabilisation est aussi dû au fait que les femmes dans la quarantaine passent moins de mammographies, peut-être parce qu'on est de plus en plus conscient qu'il n'existe pas de preuve qu'un dépistage à grande échelle profite à ces femmes^{3,5,8}.

En fait, chez les femmes dans la quarantaine, le taux de mammographie se situait à 18 % en 1993, soit une baisse par rapport aux 22 % enregistrés en 1991. Cela est entièrement attribuable à la diminution du nombre de mammographies remboursées à l'acte, étant donné que, sauf pour la Colombie-Britannique, à peu près aucune mammographie n'a été pratiquée sur des femmes âgées de 40 à 49 ans dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein. Les diminutions ont été particulièrement marquées dans les provinces disposant de programmes de dépistage du sein (annexe, tableau B).

Les taux de mammographie chez les septuagénaires étaient aussi peu élevés, atteignant environ 17 % en 1993. Près de 3 % des femmes septuagénaires ont passé une mammographie dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du sein, les taux les plus élevés ayant été notés en Colombie-Britannique (12 %) et en Saskatchewan (8 %).

Tableau 1
Mammographies pratiquées dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein, femmes âgées de 40 ans et plus, selon le groupe d'âge, quatre provinces, 1994

	Groupe d'âge		
	40-49	50-59	60-69
Mammographies pratiquées dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein exprimées en pourcentage du nombre total de mammographies			
Ontario			
1990	—	—	—
1991	—	5	5
1992	—	11	12
1993	—	13	15
1994	..	..	..
Saskatchewan			
1990	...	22	32
1991	...	39	46
1992	...	38	46
1993	...	60	66
1994	...	64	70
Alberta			
1990	—	1	2
1991	1	10	11
1992	2	21	28
1993	2	26	25
1994	1	20	29
Colombie-Britannique			
1988	5	5	4
1989	8	8	8
1990	15	15	14
1991	27	27	29
1992	38	39	41
1993	46	45	47
1994	50	51	53

Source : Ministères de la Santé et programmes de dépistage du cancer du sein des provinces

Mammographies passées par la majorité des femmes

Comme l'indique l'augmentation du nombre de mammographies pratiquées chaque année, de plus en plus de canadiennes ont passé au moins une mammographie. En 1994-1995, selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), 64 % des femmes âgées de 40 ans et plus avaient passé au moins une mammographie (tableau 2). Le taux le plus élevé a été enregistré chez les femmes dans la cinquantaine (74 %), le groupe d'âge visé par les programmes de dépistage. En outre, il s'agit d'une hausse par rapport aux 58 % déclarés dans le cadre de l'Enquête promotion santé Canada, effectuée en 1990²². En 1994-1995, 71 % des femmes dans la soixantaine déclaraient avoir subi une mammographie, ce qui constitue aussi une augmentation substantielle par rapport aux 51 % de 1990. Le taux global (au cours de la vie) de 54 %, enregistré en 1994-1995 chez les femmes âgées de 70 ans et plus, était beaucoup plus faible, mais représentait toutefois une hausse considérable par rapport aux 32 % de 1990.

On a noté une augmentation d'est en ouest du pourcentage de femmes ayant déclaré avoir déjà passé une mammographie, la proportion étant de 43 % à Terre-Neuve et de 69 % en Colombie-Britannique. Le Québec constitue une exception à cet égard, 67 % des Québécoises ayant déclaré avoir passé une mammographie.

Mammographies pratiquées en majorité à des fins de dépistage

Les raisons invoquées par les participantes de l'ENSP pour justifier leur dernière mammographie traduit l'utilisation accrue qui est faite de cet examen à des fins de dépistage, par opposition au diagnostic. Chez les femmes de 40 à 79 ans ayant déjà passé une mammographie, 80 % ont déclaré qu'un «examen de routine» avait justifié leur dernière mammographie, tandis qu'un «trouble au sein» n'a été mentionné que par 17 % d'entre elles. (On est arrivé à des pourcentages similaires lorsqu'on a restreint l'analyse aux femmes qui avaient passé une mammographie l'année précédente.) À 84 %, le pourcentage de mammographies effectuées à des fins de dépistage était le plus élevé chez les femmes âgées de 50 à 69 ans (graphique 2), ce qui rend bien compte du fait que ce groupe est visé par le dépistage. Le pourcentage le plus élevé de femmes ayant déclaré que leur dernière mammographie avait servi à «diagnostiquer un trouble du sein» soit 25 %, a été enregistré chez les

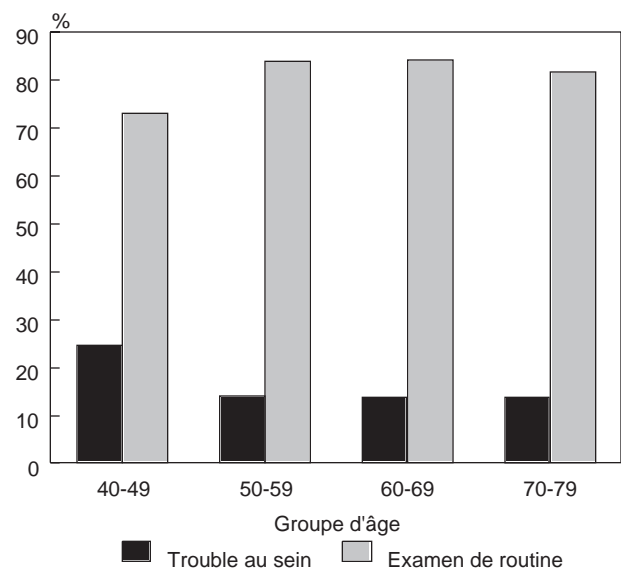
femmes dans la quarantaine. Cela n'est pas surprenant, étant donné que, dans la plupart des provinces, les femmes dans la quarantaine ne sont pas visées par les programmes de dépistage.

Tableau 2
Femmes âgées de 40 ans et plus qui ont passé une mammographie, selon le groupe d'âge, Canada et provinces, 1994-1995

	Groupe d'âge					
	Total 40+	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
	%					
Canada	64	59	74	71	59	40
Terre-Neuve	43	48	52	--	--	--
Île du Prince-Édouard	58	50	76	71	--	--
Nouvelle-Écosse	49	47	54	57	--	--
Nouveau-Brunswick	57	57	75	50	38	--
Québec	67	66	81	67	57	--
Ontario	63	56	71	77	61	40
Manitoba	58	52	67	64	66	--
Saskatchewan	65	52	83	81	57	--
Alberta	65	55	71	83	67	--
Colombie-Britannique	69	66	82	70	64	--

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Graphique 2
Raison de la dernière mammographie, femmes âgées de 40 à 79 ans, selon le groupe d'âge, Canada 1994-1995



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Ces données laissent supposer que la grande majorité des mammographies remboursées à l'acte sont effectuées à des fins de dépistage plutôt que de diagnostic. Les 17 % de mammographies déclarées dans l'ENSP comme ayant été pratiquées pour un «trouble au sein» peuvent être considérées comme des mammographies de diagnostic, et ce taux se rapproche des chiffres tirés d'autres sources. Si l'on part du principe que la majorité des mammographies remboursées à l'acte au Canada avant 1986 (environ 250 000 chaque année) étaient pratiquées à des fins de diagnostic (annexe, tableau A), et que la majeure partie de l'augmentation enregistrée depuis s'explique par une proportion plus élevée de mammographies de dépistage, en 1994, seulement 20 % des mammographies remboursées à l'acte auraient été pratiquées à des fins de diagnostic. En 1994, dans l'ensemble du Canada, environ 80 % des mammographies remboursées à l'acte semblent avoir été pratiquées à des fins de dépistage, même si les proportions semblent moindres dans les provinces disposant de programmes de dépistage bien établis.

Ces résultats correspondent à ceux obtenus dans le cadre d'une enquête effectuée en Ontario, c'est-à-dire qu'entre 72 % et 89 % des mammographies remboursées à l'acte étaient pratiquées à des fins de dépistage, selon la définition de la pathologie mammaire utilisée²³. De même, les données tirées d'une enquête effectuée en Alberta montraient qu'en 1992, seulement 25 % environ de toutes les mammographies remboursées à l'acte étaient pratiquées à des fins de diagnostic²⁴.

Répercussions sur la lutte contre le cancer du sein

Depuis le milieu des années 1980, le recours à la mammographie a augmenté substantiellement au Canada. Au fur et à mesure que cette méthode s'est répandue, la demande accrue de la part du public et des médecins a mené à la mise en oeuvre de programmes organisés de dépistage, ainsi qu'à une utilisation accrue de cet examen à des fins de diagnostic, sur la base du paiement à l'acte.

Étant donné que la mammographie permet de dépister les cancers du sein plus tôt que les autres méthodes de diagnostic, une augmentation du nombre des mammographies devrait entraîner une augmentation initiale de l'incidence du cancer du sein, non pas parce que le nombre de cas de cancers augmente, mais parce que les tumeurs sont dépistées à un stade plus précoce. Cette augmentation artificielle des taux d'incidence découlant de la détection plus précoce finira par

disparaître, et le taux d'incidence redescendra à son niveau normal, une tendance qui a déjà été notée aux États-Unis^{25,26}.

Chez les canadiennes dans la cinquantaine, on a assisté une augmentation modérée de l'incidence du cancer du sein entre 1988 et 1992, ce qui a coïncidé avec une augmentation marquée du recours à la mammographie². Les taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes dans la soixantaine ont augmenté considérablement entre 1986 et 1988, puis de façon plus modérée par la suite, ce qui a coïncidé aussi avec la forte poussée des taux de mammographie. Chez les femmes septuagénaires, les taux d'incidence du cancer du sein ont augmenté rapidement entre 1987 et 1989, après avoir aussi augmenté, mais de façon plus constante, à partir de 1981, ce qui laisse supposer qu'une détection plus précoce grâce à la mammographie n'a pas été le seul facteur lié à cette augmentation. Enfin, on ne dispose pas de preuve que l'augmentation rapide du nombre de mammographies a eu un effet sur les taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes dans la quarantaine.

Même si l'augmentation du nombre de mammographies peut constituer un facteur important quant au plus grand nombre de cancers du sein qui sont diagnostiqués, la question essentielle est de savoir si la détection précoce aura un effet sur les taux de mortalité par cancer du sein. Étant donné le délai de survie relativement long des patientes atteintes du cancer du sein, et du fait que la détection précoce améliorera le pronostic pour une partie d'entre elles seulement, il se peut que la réduction du taux de mortalité ne se produise que de nombreuses années après la mise en oeuvre de programmes de dépistage du cancer du sein²⁷. En outre, parce que le diagnostic est effectué plus tôt, la détection précoce du cancer du sein peut sembler avoir un effet sur la durée de survie, même si la femme décède au même moment que si sa tumeur avait été découverte plus tard. Et si la malignité des tumeurs décelées par le dépistage est faible, aucune différence quant au taux de mortalité ne sera observée²⁷.

Il n'est pas encore possible de conclure définitivement que l'augmentation rapide du nombre de mammographies à la fin des années 1980 a eu des répercussions sur le taux de mortalité par cancer du sein au Canada. Toutefois, les diminutions enregistrées quant au taux de mortalité par cancer du sein aux États-Unis depuis 1990 ont été attribuées au dépistage précoce, c'est-à-dire au recours à la mammographie et aux progrès thérapeutiques, particulièrement dans le cas des cancers qui ont envahi les ganglions lymphatiques

régionaux²⁸. Les tendances sont similaires au Canada et, en 1993, le taux de mortalité par cancer du sein atteignait son point le plus bas depuis 1950². Les taux de mortalité ont baissé entre 1990 et 1994, par suite d'une diminution significative des taux de mortalité chez les femmes âgées de 60 à 69 ans et d'une diminution continue de la mortalité chez les femmes de moins de 60 ans². Les taux pour les groupes d'âge les plus élevés sont demeurés stables depuis la fin des années 1980, dans la foulée d'une tendance à la hausse. En outre, les taux les plus faibles de mortalité par cancer du sein ont été enregistrés dans les deux provinces qui disposent des programmes de dépistage les mieux organisés et qui ont les taux d'utilisation de la mammographie les plus élevés².

Il faut poursuivre la recherche et continuer à surveiller les tendances touchant la mortalité pour confirmer si la mammographie, seule, ou combinée à d'autres facteurs, est responsable de ces tendances comparatives et de ces différences géographiques. La valeur du dépistage ne peut être déterminée que si les taux de mortalité par cancer du sein continuent de diminuer, particulièrement chez les femmes dans la cinquantaine et la soixantaine.

Remerciements

Nous savons gré aux ministères provinciaux de la Santé et des responsables des programmes de dépistage du cancer du sein de leur collaboration.

Références

1. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 1996, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1996.
2. L.A. Gaudette, C. Silberberger, C.A. Altmayer et al., «Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer», *Rapports sur la santé*, 8(2), 1996, p. 31-40 (Statistique Canada, n°82-003 au catalogue).
3. A.B. Miller, «Mammography: Reviewing the evidence», *Canadian Family Physician*, 39, 1993, p. 85-90.
4. J.L. Kelsey, «Breast cancer epidemiology: Summary and future directions», *Epidemiologic Reviews*, 15(1), 1993, p. 256-263.
5. A.S. Morrison, «Screening for cancer of the breast», *Epidemiologic Reviews*, 15(1), 1993, p. 244-255.
6. Institut canadien du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 1993, Toronto, Institut national de cancer du Canada, 1993.
7. G.D. Dodd, «Thirty years of mammography», *Radiologic Practice*, 10(3), 1989, p. 10-13.
8. C.J. Baines, «The Canadian National Breast Screening Study. Why? What next? And so What?», *Cancer*, 76(10), p. 2107-2112.
9. A.B. Miller, C.J. Baines, T. To et al., «Canadian National Breast Screening Study: 1. Breast cancer detection and death rates among women aged 40-49 years», *Journal de l'association médicale canadienne*, 147(10), p. 1459-1476.
10. A.B. Miller, C.J. Baines, T. To et al., «Canadian National Breast Screening Study: 2. Breast cancer detection and death rates among women aged 50-59 years», *Journal de l'association médicale canadienne*, 147(10), p. 1477-1488.
11. The Workshop Group, «Reducing deaths from breast cancer in Canada», *Journal de l'association médicale canadienne*, 141, 1989, p. 199-201.
12. Santé Canada, Conseil de recherches médicales du Canada, Institut national du cancer du Canada, Société canadienne du cancer, Fondation canadienne pour le cancer du sein, *Rapport sur le Forum national sur le cancer du sein*, Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1994.
13. J.L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 33-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
14. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, fichiers microdonnées à grande diffusion*, (n° 82F0001XDB au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie des Sciences et de la Technologie, 1995.
15. K. Iron, V. Goel et J.I. Williams, *A Review of Mammography Utilization in Ontario*, (Document de travail n° 41 de l'ICES), Toronto, Institute for Clinical and Evaluative Sciences, 1995.
16. E.S. King, B.K. Rimer, B. Trock et al., «How valid are mammography self-reports?», *American Journal of Public Health*, 80(11), 1990, p. 1386-1388.
17. J.G. Zapka, C. Bigelow, T. Hurley et al., «Mammography use among sociodemographically diverse women: The accuracy of self-report», *American Journal of Public Health*, 86(7), 1996, p. 1016-1021.
18. D.J. Perrault et A.R. Libstug, «Le programme organisé de dépistage du cancer du sein en Ontario : réalisations et défis», *Maladies chroniques au Canada*, 15 (1), suppl., 1994, p. S14-S17.
19. A.I. Holleb, D.J. Fink et G.P. Murphy, *American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology*, Atlanta, GA, The American Cancer Society, 1991.
20. A.S. Morrison, J. Brisson et N. Khalid, «Breast cancer incidence and mortality in the Breast Cancer Detection Demonstration Project», *Journal of the National Cancer Institute*, 80(19), 1988, p. 1540-1547.
21. R. McLelland, «What is breast screening?», *Radiologic Practice*, 1989, p. 7-9.
22. A. O'Connor, «La prévention des cancers gynécologiques», dans T. Stephens et D.F. Graham (s. la dir. de), *Enquête promotion Santé Canada*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1993.
23. S.L. Mercer et V. Goel, *Factors associated with mammography utilization: Results from the Ontario Health Survey*, (Document de travail n° 22 de l'ICES), Toronto, Institute for Clinical and Evaluative Sciences, 1994.
24. H. Bryant et Z. Mah, «Breast cancer screening attitudes and behaviors of rural and urban women», *Preventive Medicine*, 21, 1992, p. 405-418.
25. E.J. Feuer et L.M. Wun, «How much of the recent rise in breast cancer incidence can be explained by increases in mammography utilization? A dynamic population model approach», *American Journal of Epidemiology*, 136(12), 1992, p. 1423-1436.
26. B.A. Miller, E.J. Feuer et B.F. Hankey, «The significance of the rising incidence of breast cancer in the United States», dans V.T. DeVita, S. Hellman et S.A. Rosenberg (s. la dir. de), *Important Advances in Oncology*, 1994, p. 193-207.

27. P.A. Newcomb et P.M. Lantz, «Recent trends in breast cancer incidence, mortality, and mammography», *Breast Cancer Research and Treatment*, 28(2), 1993, p. 97-106.
28. K.C. Chu, R.E. Tarone, L.G. Kessler et al., «Recent trends in U.S. breast cancer incidence, survival, and mortality rates», *Journal of the National Cancer Institute*, 88(21), 1996, p. 1571-1579.

Annexe

Tableau A

Mammographies, selon le fournisseur, Canada, provinces et Yukon, 1981 à 1994

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué. [†]	Ont. [‡]	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yuk.
Nombre de mammographies												
Paiement à l'acte[§]												
1981	161 907	213	..	..	..	96 699	45 000	..	..	4 811	15 184	..
1982	177 792	426	..	..	..	103 649	50 400	..	..	5 835	17 482	..
1983	212 639	161	..	..	..	120 396	62 000	..	..	7 271	22 811	..
1984	224 808	735	..	..	..	109 734	74 000	..	..	10 952	29 387	..
1985	249 601	989	..	..	..	93 717	98 000	..	..	18 745	38 150	..
1986	314 499	1 072	..	..	..	101 707	123 000	11 349	1 193	25 680	50 498	..
1987	433 664	1 729	..	..	11 047	129 705	155 699	14 867	6 326	38 878	75 413	..
1988	679 693	4 672	3 579	..	14 546	195 965	261 412	18 729	14 407	56 738	109 645	..
1989	847 002	5 946	4 752	..	23 803	234 055	334 545	24 590	23 519	69 172	126 620	..
1990	1 032 246	7 330	5 255	..	27 950	282 854	412 465	23 178	34 739	84 523	153 952	..
1991	1 219 140	11 835	5 559	..	33 872	337 052	497 518	29 317	39 842	99 751	164 394	..
1992	1 210 300	10 085	6 283	..	38 476	341 639	500 004	30 753	44 524	96 292	142 012	232
1993	1 133 378	18 175	6 776	..	38 588	322 790	458 854	32 178	31 860	85 518	138 451	188
1994	1 179 655	19 174	6 529	..	42 470	343 292	481 330	44 633	28 099	85 614	128 319	195
Programme de dépistage du cancer du sein												
1988	4 475	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4 475	..
1989	9 371	..	..	..	..	..	..	..	..	..	9 371	..
1990	30 536	..	..	..	..	..	590	..	6 336	626	22 984	..
1991	94 407	..	..	2 872	..	..	15 391	..	14 313	5 948	55 883	..
1992	160 706	..	..	4 132	..	..	40 307	..	15 746	15 837	83 963	721
1993	198 473	..	..	5 723	..	..	45 456	..	26 063	16 148	104 378	705
1994	231 053	..	..	9 991	..	..	55 566	..	25 546	15 371	123 879	700
Total												
1988	684 168	4 672	3 579	..	14 546	195 965	261 412	18 729	14 407	56 738	114 120	..
1989	856 373	5 946	4 752	..	23 803	234 055	334 545	24 590	23 519	69 172	135 991	..
1990	1 062 782	7 330	5 255	..	27 950	282 854	413 055	23 178	41 075	85 149	176 936	..
1991	1 313 547	11 835	5 559	2 872	33 872	337 052	512 909	29 317	54 155	105 699	220 277	..
1992	1 371 006	10 085	6 283	4 132	38 476	341 639	540 311	30 753	60 270	112 129	225 975	953
1993	1 331 851	18 175	6 776	5 723	38 588	322 790	504 310	32 178	57 923	101 666	242 829	893
1994	1 410 708	19 174	6 529	9 991	42 470	343 292	536 896	44 633	53 645	100 985	252 198	895
% de femmes âgées de 40 ans et plus												
Paiement à l'acte[§]												
1981	4	..	..	..	..	8	3	..	..	1	3	..
1982	4	1	..	..	..	9	3	..	..	2	3	..
1983	5	..	..	..	..	10	4	..	..	2	4	..
1984	5	1	..	..	..	9	4	..	..	3	5	..
1985	5	1	..	..	..	7	5	..	..	5	7	..
1986	6	1	..	..	..	8	7	5	1	7	9	..
1987	9	2	..	..	8	10	8	7	3	10	12	..
1988	13	5	14	..	11	14	13	9	7	14	17	..
1989	16	6	19	..	17	17	17	11	12	17	19	..
1990	19	7	20	..	19	19	20	10	18	20	23	..
1991	22	12	21	..	23	23	23	13	20	23	23	..
1992	21	10	23	..	25	22	23	13	22	21	19	6
1993	19	17	25	..	25	21	20	14	16	18	18	4
1994	19	17	23	..	27	21	21	19	13	17	16	4
Programme de dépistage du cancer du sein												
1988	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..
1989	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..
1990	1	..	..	..	..	..	..	..	3	..	3	..
1991	2	..	..	2	..	..	1	..	7	1	8	..
1992	3	..	..	2	..	..	2	..	8	3	12	18
1993	3	..	..	3	..	..	2	..	13	3	14	16
1994	4	..	..	5	..	..	2	..	12	3	16	16
Total												
1988	13	5	14	..	11	14	13	9	7	14	18	..
1989	16	6	19	..	17	17	17	11	12	17	21	..
1990	19	7	20	..	19	19	20	10	21	20	26	..
1991	23	12	21	2	23	23	24	13	27	24	31	..
1992	24	10	23	2	25	22	25	13	30	25	31	23
1993	22	17	25	3	25	21	22	14	28	21	32	21
1994	23	17	23	5	27	21	23	19	26	20	32	20

Source : Ministères de la Santé et programmes de dépistage du cancer du sein des provinces et des territoires

Nota : Les taux sont fondés sur la population estimative au 1^{er} juillet de chaque année.

Les données portent sur 85 % de la population en 1981, et jusqu'à 97 % de la population en 1988.

[†] Les données du Québec de 1981 à 1985 peuvent comprendre jusqu'à 10 % d'entrées en double.

[‡] En Ontario, les données sur les mammographies remboursées à l'acte correspondent à des estimations pour la période allant de 1981 à 1986.

[§] Comprend un petit nombre d'hommes (moins de 1 % de toutes les mammographies).

Tableau B

Taux de mammographie annuel par groupe d'âge, Canada et certaines provinces, 1985 à 1994

Groupe d'âge et année	Total†						Paiement à l'acte						Programmes de dépistage du cancer du sein					
	Total†	Qué.	Ont.	Sask.	Alb.	C.-B.	Total†	Qué.	Ont.	Sask.	Alb.	C.-B.	Total	Qué.	Ont.	Sask.	Alb.	C.-B.
	%																	
40-49																		
1985	..	7	..	..	5	..	..	7	..	..	5	..	...	...	...	...	...	...
1986	..	7	..	..	7	..	..	7	..	..	7	..	...	...	...	...	...	...
1987	..	9	8	4	10	..	..	9	8	4	10	..	...	...	...	...	...	...
1988	14	13	13	9	14	18	13	13	13	9	14	17	—	...	...	...	...	1
1989	16	15	16	14	16	21	16	15	16	14	16	19	—	...	...	...	...	2
1990	19	18	19	19	18	26	19	18	19	19	18	22	1	...	—	...	—	4
1991	22	21	21	23	20	30	21	21	21	23	20	22	1	...	—	...	—	8
1992	21	20	20	24	18	29	19	20	19	24	18	18	2	...	—	...	—	11
1993	18	17	17	17	14	29	17	17	17	17	14	16	2	...	—	...	—	13
1994	..	17	..	15	14	27	16	17	16	15	13	14	..	...	..	...	—	14
50-59																		
1985	..	6	..	..	4	..	..	6	..	..	4	..	...	...	...	...	...	...
1986	..	7	..	..	6	..	..	7	..	..	6	..	...	...	...	...	...	...
1987	..	10	8	4	9	..	..	10	8	4	9	..	...	...	...	...	...	...
1988	15	15	15	8	14	20	15	15	15	8	14	19	—	...	...	...	...	1
1989	19	19	19	15	18	24	19	19	19	15	18	22	—	...	...	...	...	2
1990	24	23	24	28	22	30	24	23	24	22	22	26	1	...	—	6	—	5
1991	30	27	30	39	29	37	28	27	29	24	26	27	3	...	2	15	3	10
1992	32	28	33	41	32	37	28	28	29	26	25	23	5	...	4	16	7	15
1993	32	28	31	44	32	40	26	28	27	17	24	22	6	...	4	27	8	18
1994	..	30	..	39	29	41	27	30	28	14	23	20	..	...	..	25	6	21
60-69																		
1985	..	4	..	..	3	..	..	4	..	..	3	..	...	...	...	...	...	...
1986	..	5	..	..	4	..	..	5	..	..	4	..	...	...	...	...	...	...
1987	..	7	7	2	7	..	..	7	7	2	7	..	...	...	...	...	...	...
1988	12	11	11	6	11	17	12	11	11	6	11	16	—	...	...	...	...	1
1989	15	13	15	10	13	19	14	13	15	10	13	18	—	...	...	...	...	1
1990	19	16	18	24	18	25	18	16	18	16	17	22	1	...	—	8	—	4
1991	24	20	24	32	24	32	21	20	23	17	21	22	3	...	1	15	3	9
1992	27	21	27	37	29	33	22	21	24	20	21	19	5	...	3	17	8	13
1993	26	21	26	41	26	35	21	21	22	14	20	19	6	...	4	27	6	16
1994	..	23	..	37	27	37	22	23	23	11	19	17	..	...	..	26	8	20
70-79																		
1985	..	3	..	..	1	..	..	3	..	..	1	..	...	...	...	...	...	...
1986	..	3	..	..	2	..	..	3	..	..	2	..	...	...	...	...	...	...
1987	..	5	5	2	4	..	..	5	5	2	4	..	...	...	...	...	...	...
1988	8	8	8	3	6	10	8	8	8	3	6	10	—	...	...	...	...	—
1989	9	8	8	6	7	13	9	8	8	6	7	12	—	...	...	...	...	1
1990	11	10	11	11	10	17	11	10	11	10	10	15	—	...	—	1	—	2
1991	15	12	14	16	13	23	14	12	14	13	12	17	1	...	1	3	—	6
1992	17	13	16	20	14	24	14	13	15	16	13	15	3	...	2	4	1	9
1993	16	13	16	20	13	27	13	13	14	12	12	15	3	...	2	8	1	12
1994	..	13	..	21	13	28	14	13	15	12	12	13	..	...	..	9	2	14

Source : Ministères de la Santé et programmes de dépistage du cancer du sein des provinces

Nota : Les taux sont fondés sur la population estimative au 1^{er} juillet de chaque année.

Les données sur les mammographies remboursées à l'acte en Saskatchewan et au Québec pour les personnes âgées de 70 à 79 ans, comprennent celles sur les personnes âgées de 80 ans et plus.

Les données sur les mammographies remboursées à l'acte en Ontario, pour les personnes âgées de 70 à 79 ans, comprennent les personnes âgées de 80 ans et plus en 1987 et 1988.

Le programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario, pour les personnes âgées de 40 à 49 ans, comprend celles sur les personnes âgées de moins de 40 ans.

Le programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario pour les personnes âgées de 70 à 79 ans, comprennent les personnes âgées de 80 ans et plus.

† Les données concernent 87 % de la population canadienne.

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991

Jiajian Chen, Russell Wilkins et Edward Ng*

Résumé

Les analyses reposant sur les données du recensement, les statistiques de l'état civil et les données tirées de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités révèlent que les immigrants, et plus particulièrement ceux en provenance de pays «non européens», ont une plus grande espérance de vie et vivent un plus grand nombre d'années sans incapacité ou dépendance que les personnes nées au Canada. Cependant, alors que, toutes proportions gardées, les immigrants sont moins nombreux que les personnes nées au Canada à souffrir d'une incapacité, ils ne sont que légèrement moins nombreux à dépendre d'autres personnes pour les activités de la vie quotidienne. Il est probable que la longévité et la bonne santé des immigrants soient liées à l'effet de la «sélection d'immigrants en bonne santé».

Mots-clés : espérance de vie, mortalité, incapacité, dépendance, immigrants

Depuis les années 1950, les immigrants forment environ 16 % de la population totale du Canada et ils ont contribué à près de 26 % de la croissance démographique du pays¹. La réapparition de certaines maladies infectieuses dans le monde et les taux élevés de maladie dans certains groupes d'immigrants ont soulevé des inquiétudes quant à l'état de santé des immigrants au Canada²⁻⁴. Cependant, plusieurs indicateurs de l'état de santé portent à croire que les personnes qui immigreront au Canada, en particulier en provenance de pays non européens, sont en meilleure santé que les personnes nées au Canada⁵. Cette bonne santé relative se manifeste non seulement par une plus longue espérance de vie, mais également par un plus grand nombre d'années sans incapacité et dépendance (voir encadré «Statut d'immigrant»).

Statut d'immigrant

Pour faciliter la lecture, le statut quant à l'immigrant a été défini dans cet article selon trois catégories générales établies selon le lieu de naissance : personnes nées au Canada, immigrants «européens» et immigrants «non européens». La première catégorie regroupe toutes les personnes nées au Canada, sans égard à leur origine ethnique. On qualifie d'«européens» les lieux de naissance situés aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe; on appelle les lieux de naissance «non européens» les lieux de naissance se trouvant dans tout autre pays. Le terme «immigrant» inclut non seulement les personnes qui ont immigré récemment au Canada, mais aussi les immigrants de longue date.

Plusieurs raisons justifient le choix de cette classification des immigrants en fonction de leur origine européenne ou non européenne. Premièrement, la majorité des personnes qui immigreront au Canada aujourd'hui viennent de pays non européens. De fait, 75 % des immigrants qui sont arrivés au pays entre 1981 et 1991 venaient de pays non-européens^{6,7}. Deuxièmement, les immigrants des pays européens ont en général davantage de points communs avec la population née au Canada, sur le plan de la culture, de la langue et du mode de vie, que les immigrants non européens. Or, comme ces facteurs sont d'importants déterminants de la santé, on comprend qu'il puisse y avoir des différences dans l'état de santé de ces deux grands groupes d'immigrants.

* Jiajian Chen (613-951-5059), Russell Wilkins et Edward Ng (613-951-1733) travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6. Le présent article a été rédigé à partir d'un document qui a été présenté à la 22^e conférence annuelle de l'Association d'études canadiennes, qui s'est tenue à l'Université du Québec à Montréal, du 7 au 9 juin 1995.

Méthodologie

Source des données

Cet article présente une analyse les données sur les décès tirées de la base de données de l'état civil canadien, pour les périodes allant de 1985 à 1987 et de 1990 à 1992. Le pourcentage de dossiers ne comportant pas le lieu de naissance était plus élevé au Québec (9 % de 1985 à 1987 et 13 % de 1990 à 1992) que dans le reste du Canada (moins de 1 % de 1985 à 1987, et 1 % de 1990 à 1992). Pour ces dossiers incomplets, le lieu de naissance a été imputé à l'aide de la distribution régionale établie à partir des dossiers dans lesquels le lieu de naissance était indiqué. Il est probable toutefois que le biais potentiel, qui a été introduit dans les estimations de la mortalité au niveau canadien par l'imputation du lieu de naissance pour un grand nombre de dossiers du Québec, soit faible, car les estimations basées sur la table de survie pour l'ensemble de la population canadienne selon le lieu de naissance étaient presque identiques à celles obtenues pour les régions excluant le Québec.

Les taux de mortalité ont été calculés à partir des données démographiques extraites des recensements de 1986 et de 1991, lesquelles incluent les membres des ménages et les personnes vivant dans un établissement. Cependant, les données recueillies lors du recensement auprès des personnes vivant dans un établissement portaient sur la langue maternelle et non sur leur lieu de naissance. Le lieu de naissance de ces personnes a donc été imputé selon la distribution du lieu de naissance parmi les membres des ménages, selon la langue maternelle. Cette méthode a eu tendance à fournir des estimations plus prudentes du nombre d'immigrants vivant dans un établissement que cela n'aurait été le cas si l'on avait appliqué directement la distribution de la population des ménages, selon le lieu de naissance. Malgré tout, il est possible que le nombre d'immigrants vivant dans un établissement ait été quelque peu surestimé, notamment du fait qu'il est peu probable que nouveaux immigrants (pour la plupart des Non-Européens) aient été placés dans un établissement si tôt après leur arrivée au Canada.

Comme les résidents non permanents n'ont pas été inclus dans le recensement de 1986 mais qu'ils l'ont été dans le recensement de 1991, les résidents non permanents ont été exclus de la population totale de 1991 pour fins de comparaison. Cette exclusion a eu tendance à réduire les dénominateurs donc à accroître les taux de mortalité et à réduire l'espérance de vie des immigrants en 1991. (Les résidents non permanents ne représentaient qu'environ 5 % de la population née hors Canada).

Les estimations faites à partir de la population du recensement et utilisées pour calculer le taux de mortalité n'ont pas été corrigées en fonction du sous-dénombrement net, à cause de l'absence de corrections en fonction du lieu de naissance ou du statut d'immigrant. L'utilisation de chiffres de population corrigés aurait eu une plus forte incidence sur les estimations de la mortalité et de l'espérance de vie des immigrants non européens, car les taux de sous-dénombrement net déclarés parmi les personnes dont la langue maternelle n'était ni l'anglais, ni le français, ni l'italien, ni l'allemand étaient relativement élevés, soit de 5,8 % ou plus contre 2,5 % ou moins pour les personnes d'autres langues maternelles, en 1991⁸. En conséquence, l'utilisation de chiffres de population non corrigés a eu tendance à légèrement accroître les taux de mortalité et à réduire l'espérance de vie de l'ensemble de la population et particulièrement des immigrants non européens.

Les données sur l'incapacité et la dépendance sont tirées des Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986-1987 et de 1991. Comme il existe un lien évident entre l'incapacité ou la dépendance et l'âge, tous les taux de prévalence de l'incapacité et de la dépendance incluent à la fois les membres des ménages et les personnes vivant dans un établissement. Les taux ont été corrigés en fonction de l'âge, selon la méthode de standardisation directe basée sur la population totale du Recensement de 1991.

Dans le cadre de l'ESLA, aucune donnée sur le lieu de naissance n'a été recueillie auprès de la population vivant dans un établissement

de soins de santé. Aussi, pour estimer la population de l'ESLA vivant dans un établissement selon le lieu de naissance, nous nous sommes basés sur la distribution de la population du recensement vivant dans un établissement selon le lieu de naissance. Il a par ailleurs été présumé que le degré d'incapacité et le niveau de dépendance étaient les mêmes parmi la population dans un établissement ventilée selon le lieu de naissance.

Des données sur l'incapacité, mais non sur la dépendance, ont été obtenues pour les enfants de moins de 15 ans vivant dans des ménages. Le degré de dépendance de ces enfants a été estimé en fonction de leur lieu de naissance et de la gravité de leur incapacité, en s'appuyant sur la distribution de l'incapacité et de la dépendance selon le lieu de naissance des personnes âgées de 15 à 24 ans.

Pour les estimations de la prévalence, les personnes âgées de 65 ans et plus ont toutes été classées dans un même groupe. Il a en effet été impossible de ventiler davantage en fonction de l'âge la population immigrante âgée, à cause de la taille de l'échantillon. Cependant, chez les hommes et les femmes, les âges médians de la population âgée de 65 ans et plus et faisant partie d'un ménage étaient similaires dans les trois groupes définis selon le lieu de naissance. Cela porte à croire que les différences dans les structures par âge de la population âgée de 65 ans et plus, selon le lieu de naissance, ne devraient pas influencer sur la prévalence estimée de l'incapacité et de la dépendance chez les personnes âgées.

Pour évaluer la qualité des données et l'incidence des corrections apportées aux estimations de l'espérance de vie à la naissance, selon le lieu de naissance, plusieurs tables de survie établies à partir de la population de 1991 ont été dressées selon différentes hypothèses (voir *Annexe, Analyses de sensibilité*).

Techniques d'analyse

L'espérance de vie selon le lieu de naissance a été déterminée à partir de tables de survie abrégées, selon la méthode de Chiang^{9,10}. Les valeurs des tables de survie ont été calculées à partir des taux de mortalité transversaux par âge de la population canadienne, selon le lieu de naissance, en 1985-1987 et en 1990-1992. Ces tables de survie s'appuient sur les statistiques de mortalité combinées des groupes d'âge d'une cohorte hypothétique à une période donnée plutôt que sur la mortalité réelle de cette même cohorte dans le temps.

Pour estimer l'espérance de santé selon le lieu de naissance, la population totale a été ventilée selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de naissance. Pour chaque sous-groupe, on a calculé le nombre estimé d'années-personnes de vie dans chaque état de santé en multipliant la prévalence de l'incapacité ou de la dépendance dans ce sous-groupe par le nombre total prévu d'années-personnes de vie. Si l'on fait la somme du nombre prévu d'années-personnes vécues dans un état de santé donné, de l'âge maximal à l'âge minimal, et que l'on divise ensuite les sommes obtenues par le nombre de personnes ayant vécu jusqu'à un âge donné, on obtient alors le nombre prévu d'années de vie dans cet état pour les personnes atteignant l'âge en question¹¹⁻¹³.

Nous avons également calculé l'espérance de vie corrigée en fonction de l'incapacité et de la dépendance^{11,14}. Ces espérances de vie corrigées en fonction de l'état de santé constituent des indicateurs sommaires de la santé, qui réunissent dans une même valeur la mortalité et divers aspects de la morbidité¹¹.

Dans le présent article, l'espérance de vie corrigée en fonction de l'incapacité et de la dépendance a été calculée en faisant la somme du nombre prévu d'années de vie pour chaque état de santé discret, puis en multipliant le chiffre obtenu par un poids arbitraire attribué à chaque état correspondant. Pour calculer l'espérance de vie corrigée en fonction de l'incapacité, les poids attribués variaient de 1,0 (absence d'incapacité) à 0,7, 0,6, 0,5, 0,4 et 0,3 respectivement pour les incapacités légère, modérée, grave de niveau 1, grave de niveau 2 et grave de niveau 3. Pour l'espérance de vie corrigée en fonction de la dépendance, les poids variaient de 1,0 (absence d'incapacité) à 0,8, 0,6, 0,5 et 0,4 respectivement pour les personnes avec incapacité mais non dépendantes, les personnes quelque peu dépendantes, modérément dépendantes et fortement dépendantes.

Les taux de mortalité et l'espérance de vie constituent en général les plus importants indicateurs des effets de la maladie sur la santé. Alors que de nombreuses études sur la santé des immigrants ont porté sur la mortalité, peu se sont intéressées à d'autres aspects¹⁵⁻¹⁹. Or on reconnaît de plus en plus que les répercussions de la maladie affectent non seulement la longévité, mais également la qualité de vie, laquelle peut se mesurer par l'incapacité et la dépendance²⁰.

L'espérance de santé intègre, en un même indicateur, la mortalité ainsi que l'incapacité ou la dépendance et on estime, en général, qu'il s'agit de l'indicateur le plus complet de l'état de santé²¹⁻²⁴. Dans le présent article, nous évaluons l'espérance de santé des immigrants au Canada et la comparons à celle de la population née au Canada (voir encadré «*Méthodologie*»).

Les définitions d'«incapacité» et de «dépendance» utilisées pour cet article sont celles établies par l'Organisation mondiale de la santé dans la *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*. Selon cette classification, une déficience désigne «toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique»²⁰. L'incapacité fait référence à «toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité

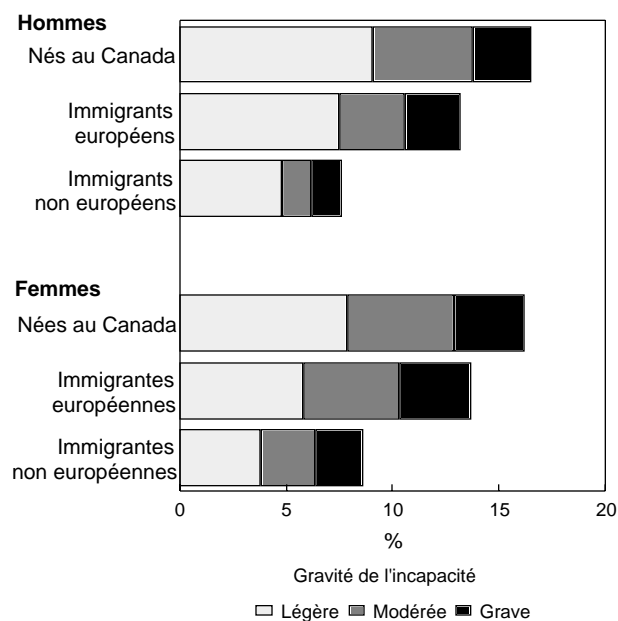
d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain»²⁰. Toutefois, si la déficience peut être entièrement corrigée à l'aide d'un appareil ou d'un accessoire, par exemple une prothèse auditive, la personne n'est pas considérée comme souffrant d'une incapacité (voir encadré «*Définitions*»).

Incapacité

Les immigrants, en particulier ceux des pays non européens, ont été proportionnellement moins nombreux que les personnes nées au Canada à présenter une incapacité (graphique 1). En 1991, par exemple, le taux comparatif d'hommes en provenance de pays non européens et souffrant d'une incapacité a été de 7,6 %, contre 16,5 % pour les hommes nés au Canada. Chez les femmes, ces proportions s'établissaient respectivement à 8,6 % et 16,2 %. La prévalence d'incapacité grave a été faible dans les deux groupes, mais là encore le classement s'est maintenu : 1,4 % pour les hommes non européens contre 2,7 % pour les hommes nés au Canada (chez les femmes, les proportions ont été respectivement de 2,2 % contre 3,3 %). Pour les deux sexes, la prévalence des incapacités selon le lieu de naissance a peu varié entre 1986 et 1991, en particulier la prévalence des incapacités modérées ou graves (annexe, tableau A).

Graphique 1

Prévalence de l'incapacité, selon la gravité, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991

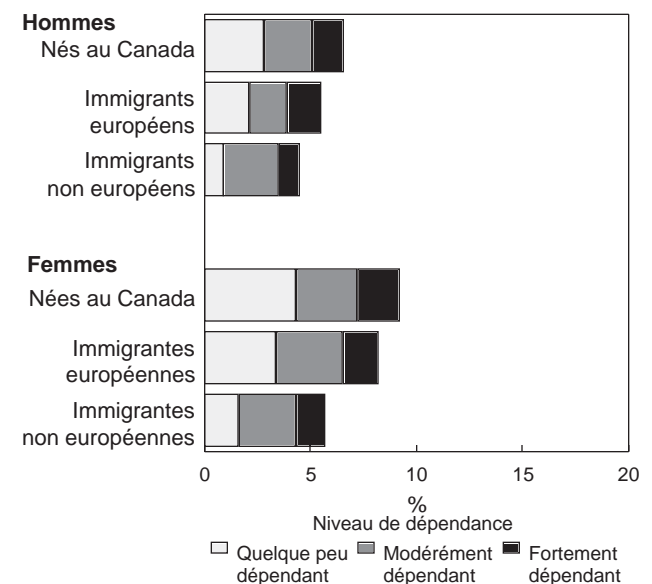


Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

Nota : Les taux sont uniformisés selon l'âge, en fonction de la population du recensement de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

Graphique 2

Prévalence de la dépendance, selon le niveau, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991



Source : Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1991

Nota : Les taux sont uniformisés selon l'âge, en fonction de la population du recensement de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

Définitions

Incapacité

L'incapacité a été évaluée en faisant la somme des résultats obtenus à une série de questions de sélection sur les capacités fonctionnelles, lesquelles ont été posées aux adultes de 15 ans et plus membres d'un ménage ou vivant dans un établissement de soins de longue durée, dans le cadre des Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités de 1986-1987 et 1991. Un point était accordé en cas de perte partielle de la capacité fonctionnelle et deux points, en cas de perte totale. La gravité de l'incapacité a été classée selon les catégories suivantes :²⁵⁻²⁷

Absence d'incapacité : 0
 Incapacité légère : 1 à 4
 Incapacité modérée : 5 à 10
 Incapacité grave : 11 et plus
 Niveau 1 : 11 à 17
 Niveau 2 : 18 à 25
 Niveau 3 : 26 à 42

La gravité des incapacités observées chez des enfants de moins de 15 ans, faisant partie d'un ménage ou vivant en établissement, a été évaluée comme suit :

Absence d'incapacité : 0
 Incapacité légère : 1 à 2
 Incapacité modérée : 3 à 4
 Incapacité grave : 5 et plus

Au niveau agrégé, les enfants classés dans la catégorie «grave» ont ensuite été répartis entre les niveaux 1, 2 et 3, selon les proportions observées chez les personnes âgées de 15 à 24 ans.

Dépendance

La dépendance a été classée selon les quatre niveaux suivants. La première catégorie applicable a été retenue.

Fortement dépendant : Personne dépendante des autres pour ses soins personnels (comme pour se laver, pour faire sa toilette, pour s'habiller ou pour manger) ou pour se déplacer dans la maison.

Modérément dépendant : Personne dépendante des autres pour ses sorties, pour l'exécution des tâches ménagères quotidiennes (le ménage, l'époussetage) ou pour la préparation des repas.

Quelque peu dépendant : Personne dépendante ou partiellement dépendante des autres pour les gros travaux ménagers (par exemple, le lavage des murs, les travaux extérieurs ou le pelletage de la neige) ou pour faire les courses, ou partiellement dépendante pour les tâches quotidiennes ou la préparation des repas.

Non dépendant : Personne non dépendante des autres, même partiellement, pour les activités décrites ci-dessus.

Dans le présent article, la dépendance a été évaluée en fonction de l'aide qui, pour des raisons de santé, a été reçue par les personnes interrogées et non en fonction de l'aide dont elles avaient besoin. La catégorie «non dépendant» ne s'appliquait pas dans le cas des personnes vivant dans un établissement de soins de santé, car il a été présumé que toutes les personnes vivant dans ces établissements étaient, tout au moins, quelque peu dépendantes, donc qu'elles reçoivent une certaine aide.

Dépendance

Comparativement à l'incapacité, les taux comparatifs de prévalence de la dépendance étaient relativement faibles (graphique 2). En 1991, par exemple, 4,5 % des immigrants non européens et 5,5 % des immigrants européens de sexe masculin étaient des personnes dépendantes, comparativement à 6,6 % des hommes nés au Canada. Toujours en 1991, les taux correspondants étaient de 5,7 %, 8,2 % et 9,3 % chez les femmes. Cependant, alors que les immigrants, en particulier ceux provenant de pays non européens, étaient proportionnellement moins nombreux que les personnes nées au Canada à être dépendants, les taux correspondant à une dépendance modérée et élevée étaient similaires dans les deux groupes. Peu de changements ont été observés entre 1986 et 1991 quant à la prévalence de la dépendance selon le lieu de naissance (annexe, tableau B).

Plusieurs facteurs pourraient expliquer les variations relativement plus faibles, selon le lieu de naissance, des taux de prévalence de la dépendance, comparativement à la variation des taux de prévalence de l'incapacité. En premier lieu, bien que les immigrants soient proportionnellement moins nombreux à souffrir d'une incapacité, il est possible que ceux qui en souffrent soient, toutes proportions gardées, plus nombreux à être dépendants que les personnes nées au Canada et présentant une incapacité. De plus, quel que soit le lieu de naissance, les niveaux de dépendance modérée ou

Tableau 1
Espérance de vie, selon le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1986 et 1991

	Hommes			Femmes		
	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation
Années						
À la naissance						
Nées au						
Canada	72.3	73.6	1.3	79.3	80.4	1.0
Immigrants européens	75.6	76.3	0.8	81.0	81.8	0.8
Immigrants non européens	77.4	80.3	2.9	83.4	85.7	2.3
À l'âge de 65 ans						
Nées au						
Canada	14.6	15.3	0.8	19.0	19.7	0.7
Immigrants européens	15.7	16.2	0.5	19.7	19.9	0.1
Immigrants non européens	17.3	19.5	2.2	21.5	23.8	2.3

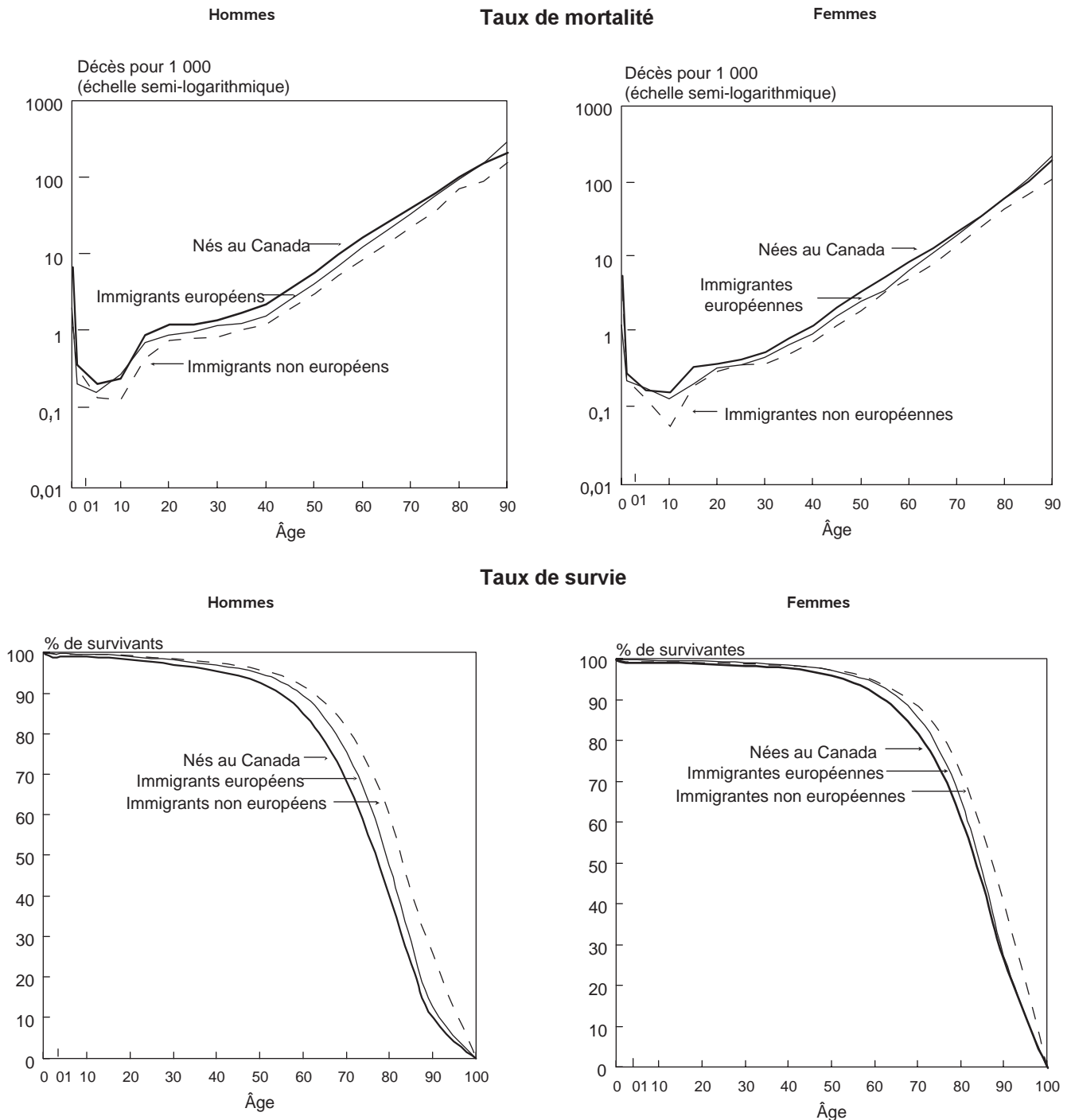
Source : Recensements de 1986 et 1991; base de données de l'état civil canadien de 1985 à 1987 et de 1990 à 1992

élevée étaient faibles. Enfin, dans cet article, la dépendance a été évaluée en fonction de l'aide reçue et non de l'aide requise. Or les immigrantes âgées (en particulier celles en provenance de pays non européens) étaient proportionnellement plus nombreuses à vivre

avec des membres de leur famille^{28,29}. Il est donc probable que ces immigrantes souffrant d'une incapacité ont été proportionnellement plus nombreuses que les personnes nées au Canada et souffrant d'une incapacité à obtenir de l'aide de parents.

Graphique 3

Taux de mortalité et de survie, selon le sexe, l'âge et le statut d'immigrant, Canada, 1991



Source : Recensement de 1991, base de données de l'état civil canadien de 1990 à 1992

Espérance de vie

Malgré des profils similaires, le taux de mortalité des immigrants en 1991 était moins élevé que celui des personnes nées au Canada (graphique 3). Avant l'âge de 70 ans, les taux spécifiques de mortalité dans les trois catégories définies selon le lieu de naissance ont généralement augmenté au même rythme. À un âge plus avancé, toutefois, nous avons observé une convergence des taux de mortalité des personnes nées au Canada et des immigrants européens.

La probabilité de survie par âge des immigrants, en particulier ceux des pays non européens, était donc plus élevée en 1991 que celle des personnes nées au Canada, comme en témoignent ces chiffres : alors que 41 % des immigrants non européens et 57 % des immigrantes non européennes pouvaient espérer vivre jusqu'à l'âge de 85 ans, les proportions correspondantes pour les personnes nées au Canada étaient de 23 % et 45 %. La zone située sous chaque courbe de survie représente l'espérance de vie pour chaque groupe. Ces courbes illustrent que les immigrants ont une plus grande espérance de vie que les personnes nées au Canada.

En ce qui a trait à l'espérance de vie à la naissance, des différences substantielles ont été observées entre les immigrants et les personnes nées au Canada, en 1986 et à nouveau en 1991 (tableau 1). En 1991, par exemple, l'espérance de vie des immigrants non européens était supérieure à celle des personnes nées au Canada, de 6,7 ans pour les hommes et de 5,4 ans pour les femmes. Des différences moins marquées ont été observées entre les immigrants européens et les personnes nées au Canada, l'écart étant de 2,7 ans pour les hommes et de 1,4 an pour les femmes.

En 1991, des différences tout aussi substantielles quant à l'espérance de vie à 65 ans ont été observées entre les immigrants non européens et les personnes nées au Canada. Par contre, les différences correspondantes entre la population née au Canada et les immigrants européens étaient relativement faibles, en particulier pour les femmes.

Entre 1986 et 1991, l'espérance de vie à la naissance et à l'âge de 65 ans a augmenté dans chacun des trois groupes, les hausses les plus fortes étant observées chez les immigrants non européens (plus de deux ans

Tableau 2

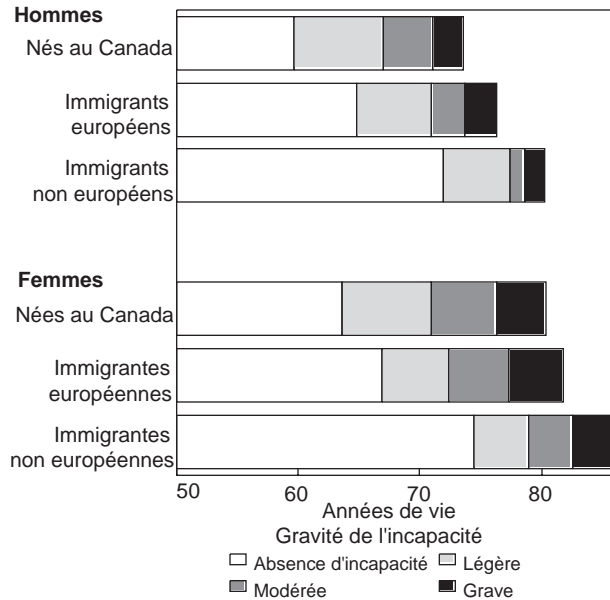
Espérance de santé basée sur l'incapacité, selon la gravité, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991

	Espérance de vie totale		Espérance de vie basées sur l'incapacité		En absence d'incapacité		En absence d'incapacité grave ou modérée		En absence de toute incapacité	
	1991	Variation 1986-1991	1991	Variation 1986-1991	1991	Variation 1986-1991	1991	Variation 1986-1991	1991	Variation 1986-1991
Années										
Hommes à la naissance										
Nés au Canada	73,60	1,30	68,38	0,55	71,11	1,16	66,94	0,82	59,61	-0,98
Immigrants européens	76,30	0,75	71,89	0,76	73,67	0,56	70,96	0,88	64,75	0,82
Immigrants non européens	80,29	2,90	77,18	2,35	78,57	2,82	77,45	3,53	71,89	0,98
Hommes à l'âge de 65 ans										
Nés au Canada	15,31	0,76	12,32	0,37	13,37	0,56	10,79	0,22	7,84	-0,27
Immigrants européens	16,21	0,49	13,94	1,03	14,34	0,71	13,15	1,34	10,76	1,98
Immigrants non européens	19,48	2,23	17,39	1,88	18,18	2,33	18,06	3,29	13,87	0,76
Femmes à la naissance										
Nées au Canada	80,35	1,03	73,77	0,14	76,27	0,88	70,94	0,30	63,61	-1,62
Immigrantes européennes	81,81	0,80	75,72	0,85	77,32	1,58	72,37	1,62	66,87	0,21
Immigrantes non européennes	85,71	2,28	81,09	2,49	82,51	2,40	78,90	3,51	74,43	2,72
Femmes à l'âge de 65 ans										
Nées au Canada	19,65	0,70	15,37	0,13	16,20	0,46	12,91	0,16	9,47	-0,91
Immigrantes européennes	19,85	0,14	16,04	0,98	16,26	1,22	13,35	1,67	11,20	1,82
Immigrantes non européennes	23,79	2,32	20,39	2,78	21,18	2,68	18,50	3,88	15,90	3,49

Source : Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1986-1987 et 1991; recensements de 1986 et 1991; base de données de l'état civil canadienne de 1985 à 1987 et de 1990 à 1992

Graphique 4

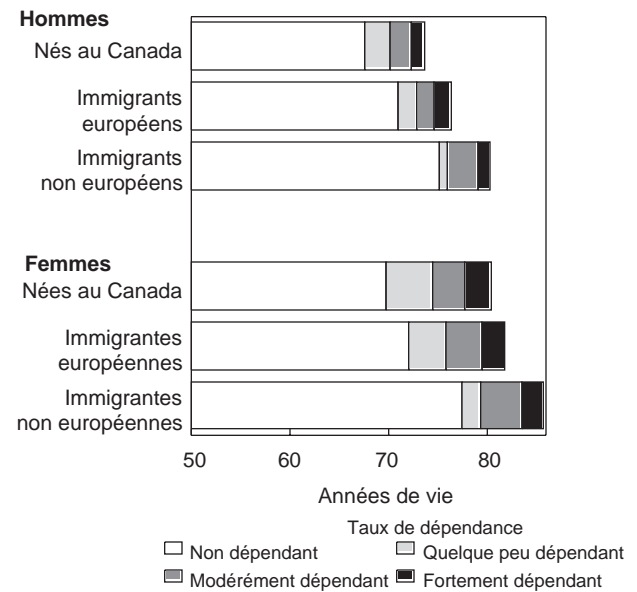
Espérance de santé à la naissance basée sur l'incapacité, selon la gravité, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991



Source : Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1991; base de données canadienne de la statistique de l'état civil; recensement de 1991

Graphique 5

Espérance de santé à la naissance basée sur la dépendance, selon le niveau, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991



Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991; base de données canadiennes de la statistique de l'état civil; recensement de 1991

Tableau 3

Espérance de santé basée sur la dépendance, selon le niveau, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1991

	Espérance de vie totale		Espérance de vie basée sur la dépendance		En absence de dépendance élevée		En absence de dépendance élevée ou modérée		En absence de toute dépendance	
	Variation 1991 1986-1991		Variation 1991 1986-1991		Variation 1991 1986-1991		Variation 1991 1986-1991		Variation 1991 1986-1991	
Années										
Hommes à la naissance										
Nés au Canada	73,60	1,30	69,15	0,79	72,28	1,20	70,23	0,94	67,62	1,23
Immigrants européens	76,30	0,75	72,45	0,74	74,66	0,63	72,92	0,47	71,02	0,81
Immigrants non européens	80,29	2,90	77,07	2,01	79,06	2,92	76,02	1,09	75,22	1,21
Hommes à l'âge de 65 ans										
Nés au Canada	15,31	0,76	12,57	0,41	14,29	0,78	12,68	0,45	10,79	0,15
Immigrants européens	16,21	0,49	14,06	0,92	14,87	0,53	13,70	0,61	12,74	1,06
Immigrants non européens	19,48	2,23	17,23	1,58	18,40	2,27	16,12	0,87	16,00	1,07
Femmes à la naissance										
Nées au Canada	80,35	1,03	74,08	0,19	77,82	0,60	74,49	0,15	69,81	0,06
Immigrantes européennes	81,81	0,80	76,06	1,07	79,50	1,54	75,81	1,42	72,02	2,04
Immigrantes non européennes	85,71	2,28	80,97	2,10	83,54	2,33	79,35	1,60	77,47	1,18
Femmes à l'âge de 65 ans										
Nées au Canada	19,65	0,70	15,35	0,08	17,29	0,30	14,73	0,00	11,83	-0,31
Immigrantes européennes	19,85	0,14	16,08	1,02	17,80	0,96	15,10	1,26	12,95	1,89
Immigrantes non européennes	23,79	2,32	20,16	2,09	21,81	2,34	18,22	0,97	17,20	0,60

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1986-1987 et 1991; recensements de 1986 et 1991; base de données canadienne de la statistique de l'état civil de 1985 à 1987 et de 1990 à 1992

chez les hommes et les femmes), suivis des personnes nées au Canada (environ un an pour les hommes et les femmes) puis des immigrants européens (6 mois pour les hommes et 2 mois pour les femmes). Il est à noter que, même si l'espérance de vie des immigrants européens est celle qui a le moins augmenté entre 1986 et 1991, elle est néanmoins demeurée supérieure à l'espérance de vie des personnes nées au Canada.

Espérance de santé

L'espérance de santé basée sur l'incapacité révèle non seulement que les immigrants vivent en moyenne plus longtemps que les personnes nées au Canada, mais également qu'ils vivent une plus grande partie de leur vie sans incapacité modérée ou grave (graphique 4). On a obtenu le même classement, par lieu de naissance avec l'espérance de santé basée sur la dépendance; le nombre d'années vécues de façon autonome a toutefois moins varié d'un groupe à un autre (graphique 5).

Entre 1986 et 1991, l'espérance de vie sans incapacité modérée ou grave a augmenté dans chacun des trois groupes (tableau 2). Durant cette période, des gains ont également été réalisés au niveau de l'espérance de vie corrigée en fonction de l'incapacité et de la dépendance (tableau 3). En général, pour ces deux mesures, les gains les plus importants ont été enregistrés chez les immigrants non européens, suivis des immigrants européens et de la population née au Canada.

Effet de l'immigrant en bonne santé

Il est probable que la longévité et la bonne santé des immigrants soient reliées à l'effet de «l'immigrant en bonne santé». En effet, les personnes malades ont tendance à ne pas immigrer vers un autre pays, de plus, tous les immigrants potentiels subissent un dépistage médical³⁰⁻³³. La sélection des immigrants au Canada repose également en partie sur l'employabilité, ce qui laisse présumer un assez bon état de santé. Cet effet se remarque dans une certaine mesure par les différences dans l'état de santé qui ont été observées selon le lieu de naissance, lesquelles ont été plus marquées pour les hommes que pour les femmes, peut-être en raison du fait que les hommes étaient proportionnellement plus nombreux à immigrer pour des raisons de travail. Les fortes augmentations de l'espérance de vie des immigrants non européens s'expliquent par la hausse substantielle d'immigrants en provenance de pays non habituels entre 1986 et 1991. Or, comme les nouveaux immigrants sont dans l'ensemble en bonne santé, l'arrivée d'immigrants non européens a intensifié l'effet

de l'«immigrant en bonne santé» dans l'ensemble du groupe des immigrants non européens (qui inclut des immigrants de plus longue date)⁷.

La durée de résidence au Canada, le mode de vie et la culture peuvent également jouer un rôle important dans la variation de l'état de santé selon le lieu de naissance. Les différences dans l'espérance de vie entre les immigrants non européens et la population née au Canada étaient plus marquées que celles observées avec les immigrants européens, un phénomène que l'on pourrait attribuer en partie à la durée de résidence, puisque les immigrants non européens étaient proportionnellement plus nombreux à être des immigrants de nouvelle date^{5,7,30,32,34,35}. Leur état de santé relativement meilleur pourrait également être en partie attribuable à leur culture et à leur mode de vie, qui ont tendance à différer davantage de ceux de la population née au Canada que ceux des immigrants européens. À titre d'exemple, l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 révèle que les immigrants non européens étaient proportionnellement beaucoup moins nombreux que les personnes nées au Canada à avoir déjà fumé^{5,36}.

Conclusion

Les immigrants, en particulier ceux provenant de pays non européens, ont une plus grande espérance de vie et vivent plus longtemps sans incapacité et dépendance que les personnes nées au Canada. Ces résultats indiquent que les immigrants, en particulier ceux provenant de pays non européens, ont tendance à être en meilleure santé que les personnes nées au Canada.

Les immigrants forment toutefois un groupe hétérogène et l'étude de leur état de santé en fonction d'une simple ventilation basée sur une origine européenne ou non européenne constitue seulement une étape initiale. Une ventilation plus détaillée par pays d'origine serait souhaitable pour les études futures.

Remerciements

Nous tenons à souligner l'aide financière obtenue de Santé Canada pour les analyses sur l'espérance de santé basées sur les ESLA de 1986-1987 et de 1991. Nous aimerions également remercier Peggy Cyr et Pierre Lalonde (Division des statistiques sur la santé) qui ont préparé les dossiers sur les décès selon le lieu de naissance. Enfin, nous tenons à remercier vivement la Division des méthodes d'enquêtes sociales et l'ancien Programme des enquêtes postcensitaires de Statistique Canada pour leur soutien.

Références

1. K.G. Basavarajappa, R.P. Beaujot et T.J. Samuel, *The impact of migration on receiving countries: Canada*, publié sous la direction de L.A. Kosinski, Genève, International Organization on Migration, 1993.
2. E.A. Fanning, «The impact of global tuberculosis in Canada: We are our brothers' keepers», *Canadian Journal of Infectious Disease*, 6(5), 1995, p. 225-227.
3. R. St. John, «Preventing the spread of infectious disease in the modern world», *Canadian Journal of Public Health*, 1994, 85(6), 1994, p. 370-371.
4. K. Wilkins, «Tuberculose, 1994», *Rapports sur la santé*, 8(1), 1996, p. 35-41 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
5. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, «La santé des immigrants au Canada, en 1994-95», *Rapports sur la santé*, (7)4, 1996, p. 37-50 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. J. Badets, «Les immigrants du Canada : dernières tendances», *Tendances sociales canadiennes*, 29, 1993, p. 8-11 (Statistique Canada, n° 11-008F).
7. J. Badets et T. Chui, *Evolution de la population immigrante au Canada*, (Statistique Canada, n° 96-311F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1994.
8. Statistique Canada, *Rapports techniques du recensement de 1991*, (n°92-341F au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
9. C.L. Chiang, *The life table and its applications*, Malabar, Floride, Krieger Publishing, 1984.
10. E. Ng et J.F. Gentleman, «Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalités canadiennes», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p. 15-22 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. R. Wilkins et O. Adams, *Healthfulness of life*, Montréal, Institute for Research on Public Policy, 1983.
12. R. Wilkins et O. Adams, «Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional, and social dimensions», *American Journal of Public Health*, 73(9), 1983, p. 1073-1080.
13. D.F. Sullivan, «A single index of mortality and morbidity», *HSMHA Health Reports*, 86(4), 1971, p. 347-354.
14. R. Wilkins, J. Chen et E. Ng, «Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991», Dans : C. Mathers, J. McCallum, J.-M. Robine (s. la dir. de), *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7th Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1994, p. 115-132.
15. F. Travato, «Mortality differences among Canada's indigenous and foreign-born population, 1951-1971», *Canadian Studies in Population*, 12(1), 1985, p. 49-80.
16. R.C. Sharma, M. Michalowski et R. Verma, «Mortality differentials among immigrant populations in Canada», *International Migration*, 28(4), 1990, p. 443-450.
17. M. Michalowski, «Mortality patterns of immigrants: Can they measure the adaptation?», Travail présenté au XIIIth Congrès international de sociologie, Madrid, Espagne, 9-13 juillet, 1990.
18. F. Travato, C. Clogg, «General and cause-specific adult mortality among immigrants in Canada, 1971 and 1981», *Canadian Studies in Population*, 19(1), 1992, p. 47-80.
19. F. Travato, R. Verma, M.V. George, et al., *Mortality Patterns and Differentials of Visible Minorities in Canada 1980-1982 and 1985-1987*, Ottawa, Statistique Canada, 1993.
20. Organisation mondiale de la santé, *Un manuel de classification des conséquences des maladies*. Paris, CTNERHI-INSERM, 1988.
21. J.-M. Robine, M. Blanchet, J.E. Dowd (s. la dir. de), *Espérance de santé*, Paris, Les Éditions INSERM, Collection «Analyses et prospective», 1992.
22. J. Robine, C.D. Mathers, M.R. Bone, et al., (s. la dir. de), *Calcul des espérances de vie en santé : harmonisation acquis et perspectives*. 6^e réunion internationale de REVES, (Colloques INSERM, vol. 226), Londres, Eurotext-INSERM, 1993.
23. C. Mathers, J. McCallum et J. Robine (s. la dir. de), *Advances in Health Expectancies. Proceedings of the 7th Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, décembre 1994.
24. Banque mondiale, *World development report 1993: investing in health*, New York, Oxford University Press, 1993.
25. I. McDowell, *A disability score for the health and activity limitation survey (for adults in the household population)*, n°2204, Enquête sur la santé et les limitations d'activités, Ottawa, Statistique Canada, juillet 8 1988.
26. M. Brodeur, *Severity score for adult residents of institutions*, n° 2153, Enquête sur la santé et les limitations d'activités, Ottawa, Statistique Canada, 28 octobre, 1988.
27. M. Brodeur, *Severity score for children*, n° 3066, Enquête sur la santé et les limitations d'activités, Ottawa, Statistique Canada, 1988.
28. M. Boyd, «Immigration and living arrangements: elderly women in Canada», *International Migration Review*, 25, 1991, p. 4-27.
29. N. Zukewich Ghalam, «Vivre avec des parents», *Tendances sociales canadiennes*, 42, 1996, p. 20-24 (Statistique Canada, n° 11-008F au catalogue).
30. M.G. Marmot, A.M. Adekstein et L. Bulusu, «Lessons from the study of immigrant mortality», *Lancet*, 30 juin 1984, p. 1455-1457.
31. C.M. Young, «Changes in the demographic behaviour of migrants in Australia and the transition between generations», *Population Studies*, 4, 1990, p. 68-89.
32. E. Kliewer, «Epidemiology of disease among migrants», *International Migration*, 30, 1992, p. 141-165.
33. F.N. Marrocco et H.M. Goslett, (s. la dir. de), *The Annotated Immigration Act of Canada*, Toronto, Thompson Professional Publishing, sections 11(1), 19(1)(a), 1993.
34. E.H. Stephen, K. Foote, G.E. Hendershot, et al., «Health of the foreign-born population: United States, 1989-90», *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 241, 1994, p.1-10, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics.
35. J. Donovan, E. d'Espaignet, C. Merton, et al., (s. la dir. de), *Immigrants in Australia: a health profile*, Australian Institute of Health and Welfare, (Ethnic Health Series, n° 1), Canberra, AGPS, 1992.
36. W.J. Millar, «Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l'usage du tabac chez les canadiens», *Rapports sur la santé*, 4(1), 1992, p. 7-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Tableau A

Prévalence des incapacités, selon la gravité, le sexe et le statut d'immigration, Canada, 1986 et 1991

	Incapacité (toutes catégories confondues)			Incapacité grave			Incapacité modérée			Incapacité légère		
	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation
%												
Hommes												
Nés au Canada	14,2	16,5	2,3	2,7	2,7	0,0	4,5	4,7	0,2	7,0	9,1	2,1
Immigrants européens	12,7	13,2	0,5	2,4	2,6	0,2	3,3	3,1	-0,2	7,0	7,5	0,5
Immigrants non européens	6,6	7,6	1,0	1,5	1,4	-0,1	1,8	1,4	-0,4	3,3	4,8	1,5
Femmes												
Nées au Canada	13,7	16,2	2,5	3,3	3,3	0,0	4,5	5,0	0,5	5,9	7,9	2,0
Immigrantes européennes	12,2	13,7	1,5	4,0	3,4	-0,6	4,4	4,5	0,1	3,8	5,8	2,0
Immigrantes non européennes	8,8	8,6	-0,2	2,3	2,2	-0,1	3,3	2,6	-0,7	3,2	3,8	0,6

Source : Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1986-1987 et 1991

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge, en fonction de la population du recensement de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

Tableau B

Prévalence de la dépendance, selon le niveau, le sexe et le statut d'immigrant, Canada, 1986 et 1991

	Dépendance (toutes catégories confondues)			Dépendance élevée			Dépendance modérée			Dépendance fiable		
	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation	1986	1991	Variation
%												
Hommes												
Nés au Canada	6,9	6,6	-0,3	1,4	1,5	0,1	2,1	2,3	0,2	3,4	2,8	-0,6
Immigrants européens	5,5	5,5	0,0	1,5	1,6	0,1	1,6	1,8	0,2	2,4	2,1	-0,3
Immigrants non européens	3,3	4,5	1,2	1,1	1,0	-0,1	1,2	2,6	1,4	1,0	0,9	-0,1
Femmes												
Nées au Canada	8,7	9,3	0,6	1,7	2,0	0,3	2,5	2,9	0,4	4,5	4,4	-0,1
Immigrantes européennes	8,9	8,2	-0,7	2,3	1,7	-0,6	2,7	3,1	0,4	3,9	3,4	-0,5
Immigrantes non européennes	5,5	5,7	0,2	1,5	1,4	-0,1	2,7	2,7	0,0	1,3	1,6	0,3

Source : Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités, 1986-1987 et 1991

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge, en fonction de la population du recensement de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

Analyses de sensibilité

Pour évaluer la qualité des données et l'incidence des corrections apportées pour estimer l'espérance de vie à la naissance, selon le lieu de naissance, plusieurs tables de survie établies à partir de la population de 1991 ventilée selon le lieu de naissance ont été calculées selon différentes hypothèses établies à des fins de correction des données.

Comme un pourcentage relativement élevé de dossiers sur les décès au Québec ne faisaient pas mention du lieu de naissance (13 % contre 1 % pour le reste du Canada), on a calculé des estimations distinctes pour le Québec et le reste du Canada, comme suit. Pour

le reste du Canada, si tous les dossiers de décès ne comportant pas de mention du lieu de naissance s'appliquent à des immigrants, l'espérance de vie à la naissance des personnes nées au Canada aurait augmenté de 0,1 an pour les femmes et les hommes. Pour les immigrants européens, elle aurait diminué de 1,1 an chez les hommes et de 0,5 an chez les femmes et, enfin, toujours selon cette hypothèse, elle aurait diminué de 0,6 an chez les immigrants non européens et de 0,7 an chez les immigrantes non européennes. En d'autres mots, pour l'ensemble du Canada excluant le Québec, une telle hypothèse a pour effet de réduire quelque peu l'avantage des immigrants au niveau de

l'espérance de vie, mais le classement des trois groupes reste inchangé.

Dans le cas du Québec, on ne peut formuler l'hypothèse selon laquelle tous les dossiers de décès sans mention du lieu de naissance concernent des immigrants : en effet, les immigrants comptaient pour moins de 9 % de la population du Québec mais, selon l'hypothèse, ils auraient représenté 22 % des décès et leur espérance de vie à la naissance aurait diminué de neuf ans ou plus, selon le lieu de naissance et le sexe.

Si la mortalité infantile était la même pour l'ensemble des immigrants et des personnes nées au Canada, l'espérance de vie à la naissance des immigrants européens aurait diminué de 0,4 an pour les hommes et les femmes et la baisse correspondante pour les immigrants non européens aurait été de 0,5 an pour les hommes et de 0,2 an pour les femmes.

Enfin, si la distribution de la population vivant dans un établissement en 1991, selon la langue maternelle et le lieu de naissance, était la même que la distribution de la population des ménages de 1986, alors l'espérance de vie des personnes nées au Canada aurait diminué de moins de 0,1 an chez les deux sexes; chez les immigrants européens, elle aurait augmenté de 0,1 an pour les hommes et de 0,2 an pour les femmes et la hausse aurait été de 0,2 an chez les immigrants non européens et de 0,6 an chez les immigrantes non européennes.

Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994

David Ford et François Nault*

Résumé

Le nombre d'enfants que les Canadiennes mettront au monde durant leur vie a diminué entre 1974 et 1994. Cette baisse de la fécondité signifie que le nombre annuel de naissances vivantes n'a augmenté que légèrement durant cette période, même si elle correspond aux âges les plus féconds des générations d'après-guerre.

Soucieuses de parfaire leur éducation et de trouver un emploi au sein de la population active, les femmes ont en effet remis à plus tard leurs projets d'avoir un enfant. C'est pourquoi l'âge moyen des femmes qui accouchent a augmenté et près du tiers des femmes de plus de 30 ans qui donnent naissance à un enfant sont mères pour la première fois. En fondant une famille à un âge plus avancé, les femmes ont tendance à avoir moins d'enfants. Par ailleurs, plus du quart des naissances surviennent en dehors des liens du mariage, ce qui s'explique principalement par un nombre croissant d'unions libres.

Par le biais des données des registres provinciaux et territoriaux de l'état civil, le présent article examine les tendances nationales, provinciales et territoriales, entre 1974 à 1994, en ce qui a trait aux naissances et à la fécondité.

Mots-clés : naissances, âge maternel, poids de naissance, rang de naissance

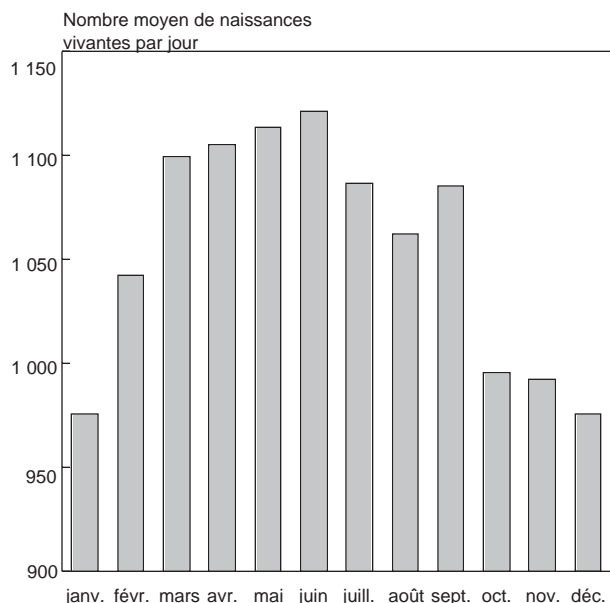
Le nombre d'enfants auxquels une femme est susceptible de donner naissance durant sa vie a diminué au cours des 20 dernières années. La baisse de la fécondité signifie que le nombre annuel de naissances n'a que légèrement augmenté durant cette période, qui correspond pourtant aux âges les plus féconds pour les générations d'après-guerre. Cette réduction de la fécondité est toutefois en grande partie attribuable aux tendances observées chez les femmes plus jeunes. En effet, le taux de fécondité des femmes dans la trentaine a augmenté de façon presque constante. Aujourd'hui, plus du quart des femmes de 30 ans et plus qui accouchent n'ont jamais été mères. En outre, une naissance sur quatre survient chez une femme non mariée, alors qu'en 1974, cela n'était vrai que pour une naissance sur dix-sept.

Ces tendances relatives traduisent les changements socioéconomiques survenus durant la période à l'étude. Ainsi, de plus en plus de femmes poursuivent leurs études et entreprennent une carrière au sein de la population active avant d'avoir des enfants¹. La popularité de l'union libre par rapport au mariage a aussi eu pour conséquence qu'un nombre accru d'enfants naissent au sein de couples qui ne sont pas mariés aux yeux de la loi².

Cet article, qui s'inspire de la publication **Naissances et décès 1994** (n° 84-210 au catalogue), présente les données nationales, provinciales et territoriales sur les naissances et la fécondité de 1974 à 1994, selon l'âge et l'état civil de la mère³. On y trouvera aussi des renseignements sur le moment choisi pour la naissance, le poids à la naissance et les naissances multiples (voir encadrés «*Méthodologie*» et «*Définitions*»).

* David Ford (613-951-1759) et François Nault (613- 951-1764) travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

Graphique 1
Nombre moyen de naissances vivantes par jour selon le mois, Canada, 1994



Source : n° 84-210 au catalogue

Tendances mensuelles

En 1994, il est né en moyenne plus de 1 000 bébés par jour au Canada. Toutefois, les 385 112 naissances enregistrées cette année-là suivent un rythme saisonnier. Le nombre quotidien de naissances atteint son point le plus élevé 1 122 naissances en juin (graphique 1). Il y a une brève remontée du nombre de naissances, en septembre, celle-ci s'observe autant aux États-Unis qu'en Europe. Par contre, en janvier et en décembre, il naît en moyenne 976 enfants par jour.

Baisse du nombre de naissances

L'année 1994 est la quatrième année consécutive pour laquelle on constate une diminution du nombre annuel de naissances. Le total pour 1994 de 385 112 est légèrement inférieur à celui pour 1993, soit 388 394 naissances. Il est de plus, nettement en dessous du sommet le plus récent de 405 486 naissances, observé en 1990 (graphique 2). Entre 1993 et 1994, le nombre de naissances a fléchi dans la plupart des provinces et des territoires, sauf en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest, où il a connu une légère hausse (annexe, tableau A).

Méthodologie

Source des données

Les données sont colligées dans la base de données de l'état civil canadien à partir des renseignements fournis à Statistique Canada par les registres de l'état civil des provinces et des territoires. Les lois provinciales et territoriales sur l'état civil ou leur équivalent rendent la déclaration des naissances obligatoire. Le régime canadien de l'état civil repose sur une entente entre le gouvernement du Canada et les administrations provinciales et territoriales, en vertu de laquelle les bureaux de la statistique de l'état civil fournissent des séries spécifiques de données.

Les parents remplissent le formulaire servant à enregistrer une naissance. Les variables que voici font partie des données recueillies : date et lieu de la naissance; sexe et poids du nouveau-né; âge, état matrimonial et lieu de naissance des parents; lieu de résidence de la mère; type d'accouchement (simple ou multiple); rang de naissance de l'enfant et durée de la gestation.

Quoique le système d'enregistrement des données de l'état civil couvre toutes les naissances qui ont lieu au Canada, le présent article ne tient compte que des résidents canadiens. Seules les naissances de résidents canadiens survenues aux États-Uni sont incluses pour cet article.

Le taux de réponse varie selon la question, la province ou le territoire qui fournit les données ainsi que selon l'année. En 1994, le taux de réponse atteignait presque 100 % pour tous les aspects examinés ici, sauf l'état matrimonial de la mère. Les taux de réponse de 86 % en Ontario, de 97 % en Saskatchewan, de 90 % en Colombie-Britannique

et de 99 % au Yukon donnent un taux de réponse global de 93 % pour l'état matrimonial de la mère. Sauf instruction contraire, les données obtenues pour l'état matrimonial ne comprennent pas celles dont l'état civil n'est pas déclaré.

Les taux sont calculés en utilisant les estimations démographiques, ajustées en fonction du sous-dénombrement net du recensement et du nombre de résidents non permanents, que fournit la Division de la démographie de Statistique Canada. Les estimations annuelles correspondent à celles du 1^{er} juillet.

Limites

En raison des exigences de déclaration prévues par la loi, on estime que toutes les naissances sont enregistrées. Toutefois, un petit nombre de naissances manquent, celles-ci ayant été rapportées après la date «limite» annuelle. Il se pourrait aussi que les naissances de résidents non permanents soient exclues si le lieu de résidence habituel de la mère n'est pas le Canada.

En 1991, une entente conclue avec Terre-Neuve a permis à Statistique Canada d'utiliser les données du fichier d'enregistrement des naissances par les médecins du ministère de la Santé provincial, plus complètes que celles du registre de l'état civil. Avant 1991, le bureau de la statistique de l'état civil provincial ne donnait que le nombre de naissances, qu'il fallait habituellement corriger en fonction du sous-dénombrement. C'est pourquoi les données historiques, outre le nombre total de naissances, ne tiennent pas compte des naissances survenues à Terre-Neuve.

L'indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants qu'une femme pourrait avoir durant sa vie, compte tenu des taux de fécondité par âge de l'année concernée) était de 1,66 naissance en 1994, soit le même qu'en 1993. Ce taux est passé de 1,83 naissance en 1974 à un creux de 1,58 en 1987 avant de se redresser brièvement vers la fin des années 1980, pour atteindre 1,71 en 1990. Depuis, en général, il est retombé.

En 1994, l'indice synthétique de fécondité le plus élevé au Canada était de 2,74 naissances par femme dans les Territoires du Nord-Ouest. Les taux provinciaux étaient plus faibles et variaient, de 1,32 naissance à Terre-Neuve à 1,95 et à 1,96 au Manitoba et en Saskatchewan. Quoi qu'il en soit, depuis 1974, l'indice synthétique de fécondité a diminué dans la plupart des provinces (annexe, tableau B).

Définitions

Naissance vivante : Expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste un autre signe de vie.

Mortinaissance : Produit de conception d'au moins 500 g ou d'un âge gestationnel d'au moins 20 semaines issu du corps de la mère et qui, après cette séparation, ne respire ni ne manifeste aucun autre signe de vie.

Naissance multiple : Naissance au cours de laquelle plus d'un enfant naît, ce qui inclut les naissances vivantes et les mortinaissances.

Poids à la naissance : Résultat de la première pesée du fœtus ou du nouveau-né effectuée immédiatement après la naissance, exprimé en grammes. Le poids faible à la naissance est inférieur à 2 500 g.

État matrimonial : Situation conjugale légale au moment de la naissance. L'union libre n'est pas considérée comme un état matrimonial légal.

Célibataire : Personne qui n'a jamais été mariée ou personne dont le mariage a été annulé et qui ne s'est pas remariée.

Marié(e) : Personne qui est légalement mariée et qui n'est pas séparée.

Séparé(e) : Personne qui est légalement mariée, qui ne vit pas avec son conjoint (parce que le couple ne veut plus vivre ensemble), mais qui n'a pas obtenu de divorce légal.

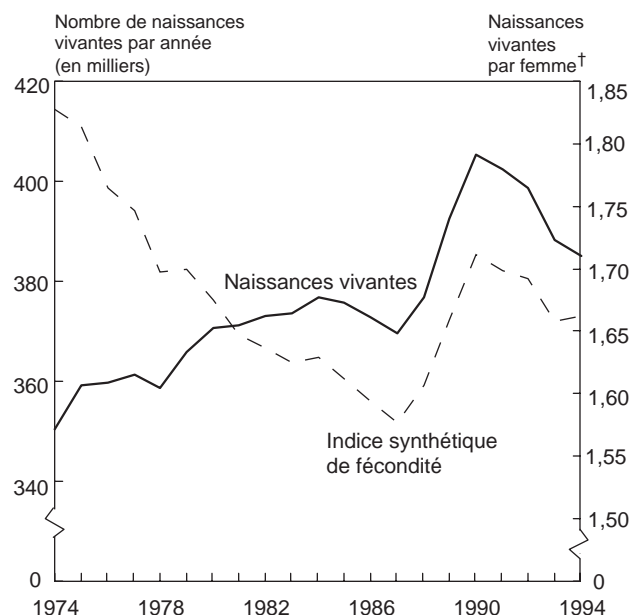
Divorcé(e) : Personne qui a obtenu un divorce légal et qui ne s'est pas remariée.

Veuve : Personne dont le conjoint est mort et qui ne s'est pas remariée.

Indice synthétique de fécondité : Nombre moyen d'enfants qu'une femme pourrait avoir au cours de sa vie selon le taux de fécondité par l'âge pour une année donnée.

Taux de fécondité par âge : Nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes dans un intervalle d'âge donné; on utilise habituellement des groupes d'âge de cinq ans (15 à 19 ans, ..., 45 à 49 ans). Le *taux de fécondité légitime par âge* est le nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes mariées dans un intervalle d'âge donné.

Graphique 2
Naissances vivantes et indice synthétique de fécondité, Canada, 1974 à 1994



Source : n° 84-210 au catalogue

Nota : Les données de 1974 à 1990 n'incluent pas les naissances survenues à Terre-Neuve.

† Le numérateur comprend les naissances chez les femmes de moins de 15 ans et de plus de 49 ans.

Comparaisons avec d'autres pays⁴

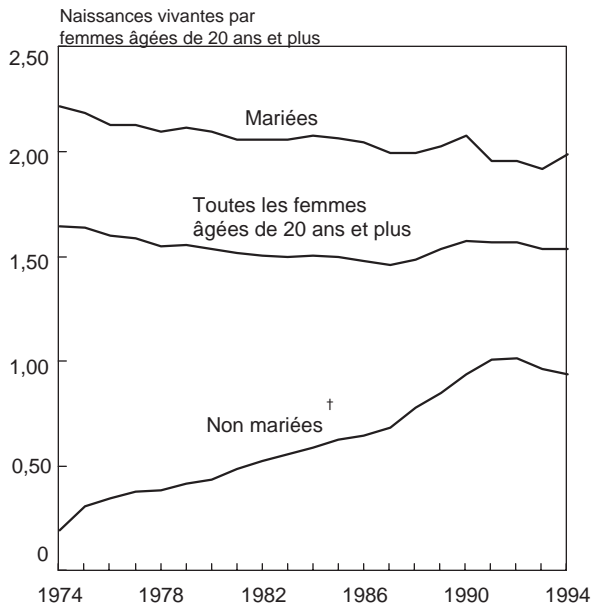
En 1994, le Canada avait un taux de fécondité nettement supérieur à celui de plusieurs pays d'Europe occidentale (Italie, Espagne, Grèce), mais considérablement plus faible que celui du Mexique (2,90), des États-Unis et de la Nouvelle-Zélande (2,04 dans les deux derniers cas).

Indice synthétique de fécondité pour certains pays, 1994

Pays	Naissances vivantes par femme
Mexique	2,90
États-Unis	2,04
Nouvelle-Zélande	2,04
Suède	1,89
Norvège	1,87
Irlande	1,86
Finlande	1,85
Danemark	1,81
Royaume-Uni	1,74
France	1,66
Canada	1,66
Pays-Bas	1,56
Belgique	1,55
Japon	1,50
Suisse	1,49
Grèce	1,38
Espagne	1,22
Italie	1,19

Source : n° 84-210 au catalogue et n° 91-209F au catalogue

Graphique 3
Indice synthétique de fécondité, selon l'état matrimonial, chez les femmes de 20 ans et plus, Canada, 1974 à 1994



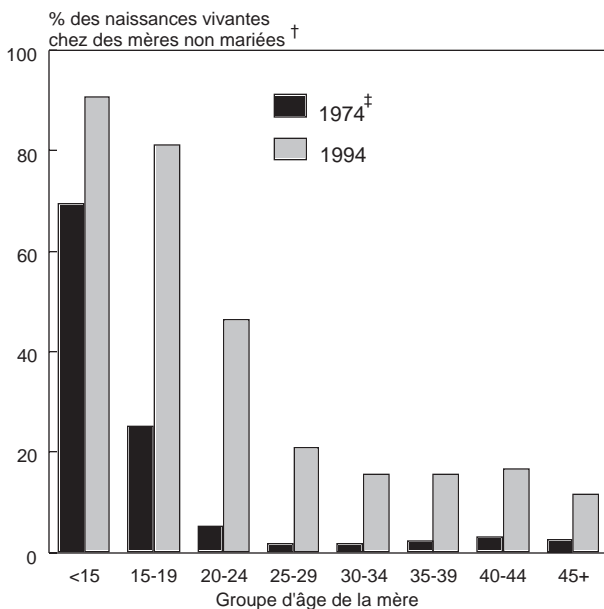
Source : Base de données de l'état civil canadien

Nota : Les données de 1974 à 1990 n'incluent pas les naissances survenues à Terre-Neuve.

N'incluent pas les mères dont l'état civil n'est pas déclaré.

† Célibataire, divorcée ou veuve

Graphique 4
Naissances vivantes de mères non mariées, selon le groupe d'âge de la mère, Canada, 1974 et 1994



Source : n° 84-210 au catalogue

Nota : N'incluent pas les mères dont l'état civil n'est pas déclaré.

† Célibataire, divorcée ou veuve

‡ N'incluent pas les naissances survenues à Terre-Neuve.

Taux de fécondité des adolescentes

En 1994, le taux de fécondité des adolescentes canadiennes s'établissait à 25,1 naissances pour 1 000^a. Il s'agit d'une légère hausse par rapport à l'année précédente, mais d'une baisse considérable par rapport au taux de 34,8 pour 1 000 observé en 1974. Au cours des 20 dernières années en dépit d'une tendance générale à la baisse, le taux de fécondité des adolescentes a varié considérablement et il a même chuté à 22,8 pour 1 000 en 1987.

La majorité des adolescentes qui ont enfanté en 1994 n'étaient pas mariées. De fait, les femmes de moins de 20 ans qui ont mis au monde un enfant cette année-là n'étaient mariées que dans 12 % des cas. Il y a 20 ans, la plupart des mères adolescentes (71 %) étaient mariées au moment de l'accouchement.

Taux de fécondité chez les personnes non mariées

La hausse du nombre de grossesses hors mariage ne se limite pas au cas des adolescentes. L'indice synthétique de fécondité moyen des femmes non mariées (célibataires, divorcées, veuves) de 20 ans et plus est passé de 0,2 à environ 0,9 naissance entre 1974 et 1994. En revanche, celui des femmes mariées (comprend séparées) a diminué, passant de 2,2 à 2,0 naissances entre 1974 et 1982, avant de se stabiliser par la suite à peu près au niveau de 1982 (graphique 3)^b.

C'est pourquoi, les grossesses hors mariage ont augmenté. En 1994, 30 % des enfants sont nés de femmes non mariées, alors que la proportion était à peine de 6 % en 1974^c.

^a Le taux de fécondité des adolescentes correspond au nombre de naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, bien que le numérateur comprenne les naissances des adolescentes de moins de 15 ans.

^b Cet indice synthétique de fécondité légitime correspond au nombre d'enfants qu'une femme mariée peut espérer avoir si elle reste mariée entre l'âge de 20 à 45 ans.

^c En 1994, la situation conjugale de la mère était inconnue pour plus de 10 % des naissances survenues en Colombie-Britannique, en Ontario et à Terre-Neuve. La proportion d'enfants nés hors des liens du mariage pourrait donc varier entre 28 % et 35 %.

Plus elle est âgée, plus la mère est susceptible d'être mariée. Cependant, le nombre de naissances hors mariage augmente pour toutes les femmes. Ainsi, en 1974, seulement 2 % des femmes de 30 à 34 ans qui ont eu un enfant n'étaient pas mariées, alors que la proportion atteignait 16 % en 1994 (graphique 4).

En 1994, les grossesses hors mariage constituent la majorité (62 %) des naissances dans les Territoires du Nord-Ouest. Le taux correspondant était aussi relativement élevé au Yukon (43 %). Parmi les provinces, c'est le Québec qui enregistre le plus fort pourcentage (48 %) de naissances chez les femmes non mariées.

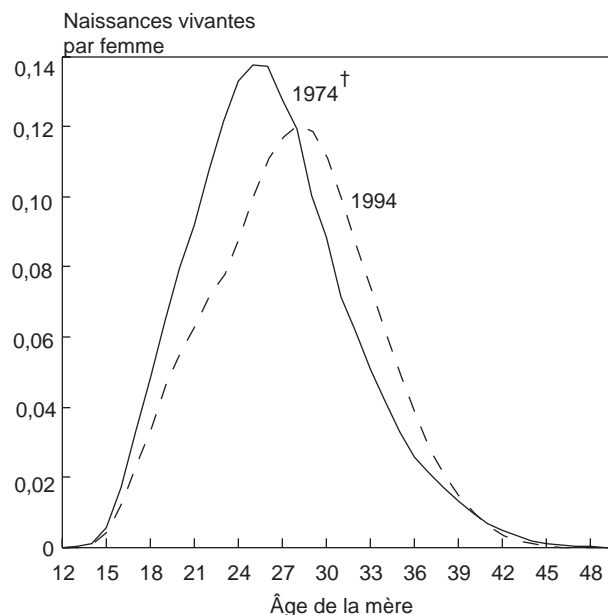
Les mères sont plus âgées

Au cours des 20 dernières années, les femmes ont eu de plus en plus tendance à attendre avant de fonder une famille. En 1974, le taux de fécondité était à son maximum à l'âge de 25 ans; en 1994, il culminait à 28 ans (graphique 5). L'âge de procréation moyen est également passé de 26,0 à 28,7 ans.

Les femmes étant plus âgées à l'accouchement, le taux de fécondité a diminué chez les adolescentes et les femmes dans la vingtaine, alors qu'il a augmenté chez celles de plus de 30 ans. En 1994, le taux de fécondité s'établissait à 86,0 naissances pour 1 000 femmes de 30 à 34 ans, contre 65,3 en 1974. Pour les femmes âgées de 35 à 39 ans, le taux de fécondité est passé de 22,7 naissances pour 1 000 en 1974 à 30,4 en 1994 (tableau 1).

En 1994, 40 % des enfants sont donc nés de femmes dans la trentaine, ce qui constitue une hausse appréciable, de 19 %, par rapport à ce qu'il en était 20 ans plus tôt. Le pourcentage de naissances enregistrées par les femmes de moins de 20 ans, par contre, a diminué, passant de 12 % à 6 %. Bien que ce soit toujours chez les femmes dans la vingtaine que l'on compte le plus grand nombre de naissances, leur part est tombée de 69 % à 53 %.

Graphique 5
Taux de fécondité par âge, Canada, 1974 et 1994



Source : Base de données de l'état civil canadien

† N'incluent pas les naissances survenues à Terre-Neuve.

Tableau 1
Taux de fécondité par âge, Canada, 1974 à 1994

	Indice synthétique de fécondité	Naissances vivantes pour 1 000 femmes						
		15-19 [†]	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49 [‡]
1974	1 828,2	34,8	108,8	128,3	65,3	22,7	5,4	0,4
1975	1 813,9	34,8	108,4	128,8	64,2	21,4	4,8	0,4
1976	1 765,2	33,0	104,5	126,4	63,8	20,9	4,3	0,3
1977	1 746,4	31,5	102,9	125,5	65,4	20,2	3,6	0,3
1978	1 697,9	29,3	98,9	123,3	65,5	18,8	3,5	0,3
1979	1 699,9	27,4	97,5	125,4	67,1	19,1	3,3	0,2
1980	1 675,7	27,0	95,2	124,1	66,6	19,0	3,0	0,2
1981	1 648,2	25,9	91,4	123,2	66,7	19,1	3,2	0,2
1982	1 637,1	26,1	90,5	120,4	67,3	19,9	3,1	0,2
1983	1 625,2	24,6	88,1	119,9	69,1	20,2	3,0	0,2
1984	1 629,5	24,0	84,9	121,1	71,5	21,2	2,9	0,1
1985	1 613,1	23,3	81,5	120,7	72,4	21,6	3,0	0,1
1986	1 594,3	23,0	78,7	119,0	72,5	22,3	3,1	0,1
1987	1 577,8	22,8	76,1	116,7	73,2	23,2	3,3	0,2
1988	1 607,1	23,0	76,6	117,8	75,5	24,7	3,6	0,2
1989	1 659,5	24,6	78,5	119,4	79,6	26,0	3,7	0,1
1990	1 712,0	25,5	79,2	122,6	83,5	27,7	3,8	0,1
1991	1 698,8	26,0	77,5	120,3	83,6	28,3	3,9	0,2
1992	1 693,0	25,7	75,0	119,4	85,3	28,9	4,2	0,1
1993	1 658,5	25,0	73,0	114,7	84,9	29,5	4,4	0,2
1994	1 662,5	25,1	72,2	114,0	86,0	30,4	4,7	0,1

Source : n° 84-210 au catalogue

Nota : Les données de 1974 à 1990 n'incluent pas les naissances survenues à Terre-Neuve.

[†] Naissances vivantes chez les femmes de moins de 20 ans pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans.

[‡] Naissances vivantes chez les femmes de 45 ans et plus pour 1 000 femmes de 45 à 49 ans.

Nombre accru de premiers-nés chez les femmes plus âgées

Il est clair que plus la mère est jeune, plus la probabilité que l'enfant dont elle accouche soit son premier-né. En 1994, 82 % des enfants nés de femmes de 15 à 19 ans étaient leur premier enfant, ce qui diffère peu de la situation de 1974. La tendance qui consiste à attendre avant de fonder une famille signifie toutefois qu'entre 1974 et 1994, la proportion de premiers-nés a augmenté

chez les femmes plus âgées (voir encadré «*Fécondité par génération*»). Ainsi, 25 % des mères de 35 à 39 ans ont accouché de leur premier enfant en 1994, comparativement à 13 % en 1974. Les données sont du même ordre pour les femmes dans la quarantaine. En 1994, environ 25 % des mères de ce groupe accouchaient de leur premier bébé, comparativement à 10 % environ en 1974 (graphique 6).

Fécondité par génération

Contrairement à l'indice synthétique de fécondité, qui est un instantané de la fécondité d'une année donnée, à descendance finale des générations suit, durant leur période de procréation, les femmes nées une certaine année. Par conséquent, la descendance finale de générations correspond au nombre moyen de naissances vivantes des femmes nées une année donnée.

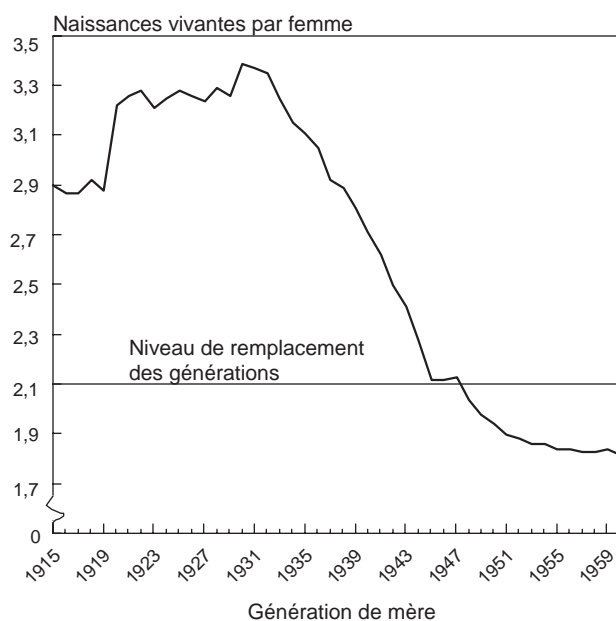
Puisqu'elles n'avaient pas encore 49 ans en 1994, les femmes nées après 1945 se trouvaient toujours dans leur période de procréation. On a estimé leur descendance finale en ajoutant aux taux de fécondité observés les taux de fécondité aux âges plus avancés, lesquels s'obtiennent en projetant les tendances antérieures.

L'analyse de la descendance finale des femmes nées depuis 1915 révèle que la baisse de la fécondité observée ces 20 dernières années n'est que le prolongement d'une tendance à beaucoup plus long terme. Les femmes nées en 1930 sont celles qui ont enregistré la descendance finale la plus élevée, soit 3,39 enfants par femme. Par la suite, l'indice

diminue tous les ans. De fait, la dernière génération de femmes dont la descendance finale correspond au niveau de remplacement des générations (2,1 enfants par femme) est celle de 1947. Leur descendance finale est de 2,13 enfants par femme.

Les femmes des générations qui ont suivi la guerre ont eu tendance à attendre avant de fonder une famille. Les taux de fécondité ont diminué considérablement chez les adolescentes et les femmes dans le début de la vingtaine. Les taux de fécondité comparativement plus élevés chez les femmes d'un âge plus avancé ne sont pas parvenus à combler l'«écart» qui s'est creusé durant ces âges féconds. Les femmes nées en 1970 pourraient toutefois marquer une rupture de la tendance. En effet, il s'agit de la première cohorte dont le taux de fécondité à la fin de l'adolescence et au début de la vingtaine dépasse celui de la cohorte de femmes nées cinq ans plus tôt. Quoi qu'il en soit, à l'âge de 23 ans, le taux de fécondité de cette cohorte reste inférieur au taux de la génération de 1965.

Descendance finale, par générations de naissance de la mère, Canada

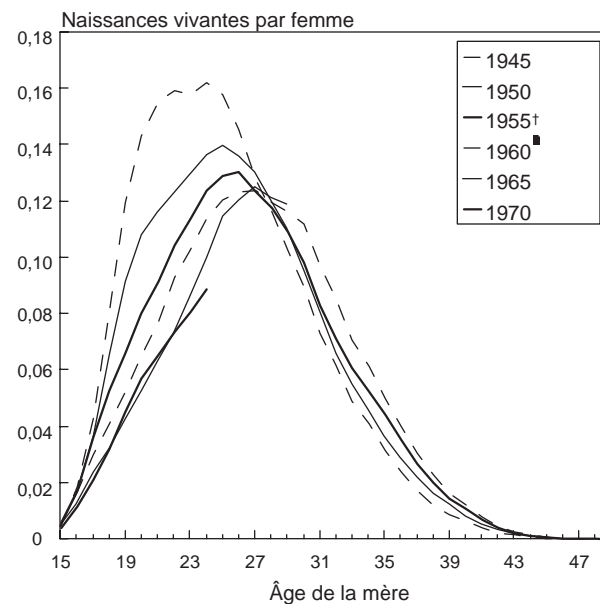


Source : Base de données de l'état civil canadien

Nota : Les données pour les femmes nées après 1945 sont extrapolées.

Exclut les naissances survenues à Terre-neuve avant 1991.

Taux de fécondité par âge, pour certaines générations de mères, Canada



Source : Base de données de l'état civil canadien

Nota : Exclut les naissances survenues à Terre-Neuve avant 1991.

† Extrapolé après l'âge de 39 ans.

‡ Extrapolé après l'âge de 34 ans.

Un faible poids à la naissance est plus fréquent

La proportion de nourrissons d'un faible poids à la naissance (moins de 2 500 g) était de 6,0 % en 1994, en hausse par rapport aux 5,8 % de 1993 et de 5,4 % en 1990. Il s'agit d'un recul marqué par rapport au taux de 6,9 % relevé en 1974, mais la tendance à la baisse à long terme semble s'être renversée (graphique 7).

La hausse récente du nombre d'enfants à faible poids de naissance pourrait être associée à la proportion accrue d'enfants nés de mères plus âgées. En effet, 7,0 % des enfants de mères ayant entre 35 et 39 ans avaient un faible poids à la naissance en 1994. Le pourcentage correspondant était de 7,8 % pour les mères de 40 à 44 ans. Cette hausse pourrait aussi être attribuable aux progrès de la technologie et des soins prénataux. Ainsi, les grossesses qui auraient débouché sur une mortinaissance il y a plusieurs années pourraient maintenant se solder par la naissance d'un très petit nourrisson^d.

En 1994, le plus fort pourcentage de nourrissons à faible poids de naissance (6,8 %) a été enregistré dans les Territoires du Nord-Ouest. Dans les provinces, ce taux varie de 5,1 % en Colombie-Britannique à 6,6 % en Ontario. Au cours des 20 dernières années, c'est au Québec qu'on a observé la plus forte diminution de la proportion d'enfants ayant un faible poids à la naissance.

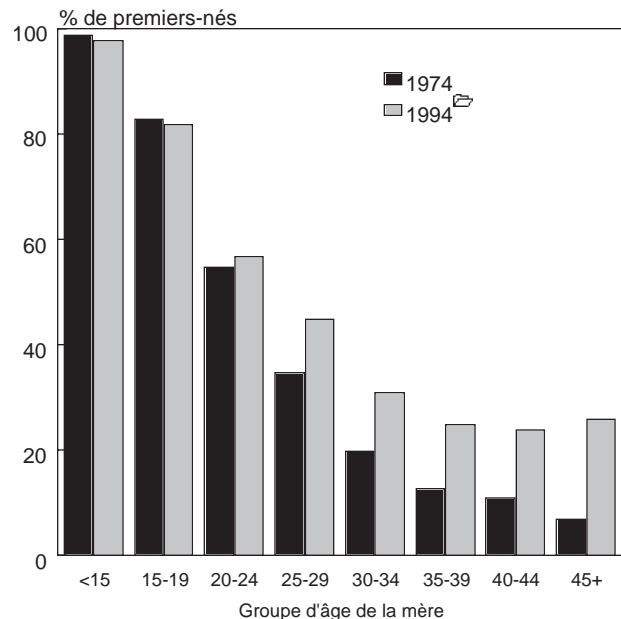
Le faible poids à la naissance mis à part, les nouveau-nés sont maintenant plus gros. Ainsi, le poids de naissance médian s'élevait à 3 401 g en 1994, soit presque autant que l'année précédente (3 410 g), mais beaucoup plus qu'en 1974 (3 316 g).

Naissances multiples à risque

Les naissances multiples sont relativement rares et ne représentent qu'une petite proportion du nombre annuel de naissances. Elles comportent aussi beaucoup plus de risques qu'un accouchement simple. Sur les 4 217 couples de jumeaux nés en 1994, un bébé ou les deux étaient mort-nés dans 2,6 % des cas. Par ailleurs, parmi les 117 groupes de triplés, dans au moins 3,4 % des cas, un des enfants était mort-né. À titre de comparaison, 0,5 % seulement des accouchements simples ont abouti à un enfant mort-né.

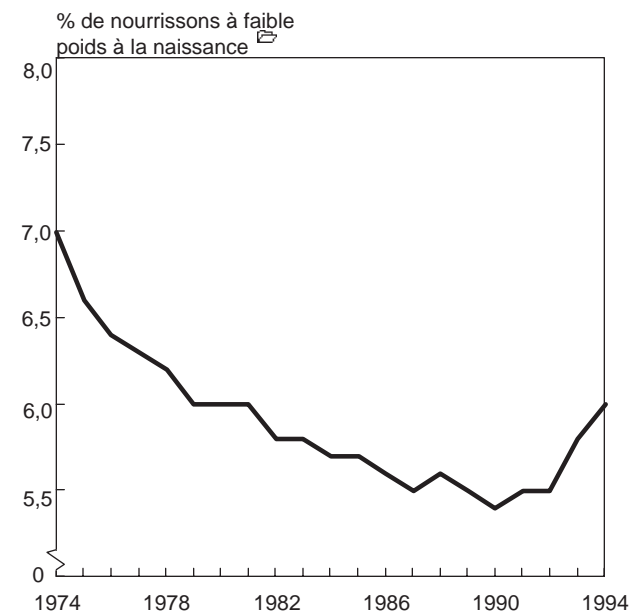
^d En 1994, les enfants de femmes de moins de 20 ans avait un poids faible à la naissance dans 7,1 % des cas. Puisqu'elles expliquent une part de plus en plus faible du nombre de naissances, les adolescentes n'ont pas entraîné de modification de ce taux depuis 1990.

Graphique 6
Naissances vivantes d'un premier-né selon l'âge de la mère, Canada, 1974 et 1994



Source : n° 84-210 au catalogue
† N'incluent pas les naissances survenues à Terre-Neuve.

Graphique 7
Naissances vivantes de nourrissons à faible poids de naissance, Canada, 1974 à 1994



Source : n° 84-210 au catalogue
Nota : Les données entre 1974 et 1990 n'incluent pas les naissances survenues à Terre-Neuve.

† Moins de 2 500 g.

Références

1. G. Picot et J. Myles, *Transferts sociaux, variations dans la structure familiale et faible revenu chez les enfants*, Direction des études analytiques, (Document de recherche n° 82), Statistique Canada, Ottawa, 1995.
2. F. Nault, «Vingt ans de mariages», *Rapports sur la santé*, 8(2), 1996, p. 41-49 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. Statistique Canada, *Naissances et décès 1994*, (n° 84-210 au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1996.
4. J. Dumas et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population au Canada 1995*, (Statistique Canada, n° 91-209F au catalogue) Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1996.

Annexe

Tableau A

Naissances vivantes, Canada, provinces et territoires, 1974 à 1994

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yuk.	T.N.-O.
1974	350 650 †	11 504 †	1 939	12 941	11 444	89 364	124 229	17 311	15 118	29 813	35 450	495	1 042
1975	359 323 †	11 213 †	1 928	13 123	11 789	93 597	125 775	17 145	15 265	31 624	36 281	408	1 175
1976	359 987 †	11 130 †	1 941	12 821	11 811	96 342	122 700	16 731	15 969	33 063	35 848	448	1 183
1977	361 400 †	11 110 †	1 969	12 374	11 515	95 690	122 757	16 716	16 547	34 406	36 691	433	1 192
1978	358 852 †	10 480 †	1 985	12 548	10 790	94 860	120 964	16 397	16 550	35 396	37 231	447	1 204
1979	366 064 †	10 170 †	1 934	12 406	10 848	98 646	121 655	16 242	16 944	37 003	38 432	501	1 283
1980	370 709 †	10 332 †	1 958	12 369	10 636	97 421	123 316	15 989	17 057	39 749	40 104	476	1 302
1981	371 346 †	10 130 †	1 897	12 079	10 503	95 322	122 183	16 073	17 209	42 638	41 474	536	1 302
1982	373 082	9 173	1 924	12 325	10 489	90 800	124 856	16 123	17 722	45 036	42 747	525	1 362
1983	373 689	8 929	1 907	12 401	10 518	88 154	126 826	16 602	17 847	45 555	42 919	540	1 491
1984	377 031	8 560	1 954	12 378	10 360	87 839	131 296	16 651	18 014	44 105	43 911	519	1 444
1985	375 727 †	8 500 †	2 008	12 450	10 121	86 340	132 208	17 097	18 162	43 813	43 127	464	1 437
1986	372 913 †	8 100 †	1 928	12 358	9 788	84 634	133 882	17 009	17 513	43 744	41 967	483	1 507
1987	369 742 †	7 769 †	1 955	12 110	9 588	83 791	134 617	16 953	17 034	42 110	41 814	478	1 523
1988	376 795 †	7 487 †	1 977	12 182	9 617	86 612	138 066	17 030	16 763	42 055	42 930	521	1 555
1989	392 661 †	7 762 †	1 937	12 533	9 667	92 373	145 338	17 321	16 651	43 351	43 769	480	1 479
1990	405 486 †	7 604 †	2 014	12 870	9 824	98 048	150 923	17 352	16 090	43 004	45 617	556	1 584
1991	402 528	7 166	1 885	12 016	9 497	97 310	151 478	17 282	15 304	42 776	45 612	568	1 634
1992	398 642	6 918	1 850	11 874	9 389	96 146	150 593	16 590	15 004	42 039	46 156	529	1 554
1993	388 394	6 421	1 754	11 568	9 049	92 391	147 848	16 709	14 269	40 292	46 026	508	1 559
1994	385 112	6 339	1 716	11 099	8 978	90 578	147 068	16 480	14 038	39 796	46 998	442	1 580

Source : N° 84-210 au catalogue

† Chiffres corrigés en fonction du sous-dénombrement.

Tableau B

Indice synthétique de fécondité, Canada, provinces et territoires, 1974 à 1994

	Canada†	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yuk.	T.N.-O.
Naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans‡													
1974	1 828,2	..	2 274,6	1 992,7	2 139,5	1 606,5	1 840,2	2 163,4	2 374,9	2 022,2	1 758,2	2 446,8	2 957,0
1975	1 813,9	..	2 150,8	1 957,8	2 082,8	1 659,0	1 800,5	2 077,4	2 248,9	2 014,1	1 716,6	1 901,4	3 108,4
1976	1 765,2	..	2 122,9	1 855,1	1 874,1	1 680,3	1 713,4	1 980,4	2 249,4	1 984,2	1 646,1	1 949,3	3 012,7
1977	1 746,4	..	2 092,4	1 757,6	1 914,3	1 678,2	1 682,2	1 942,7	2 243,8	1 935,3	1 647,5	1 841,0	2 975,1
1978	1 697,9	..	2 040,1	1 750,8	1 760,7	1 630,9	1 629,1	1 886,1	2 175,2	1 881,8	1 629,7	1 810,2	2 917,3
1979	1 699,9	..	1 943,6	1 701,6	1 748,5	1 670,4	1 615,9	1 862,5	2 181,0	1 852,7	1 632,5	1 947,9	3 042,3
1980	1 675,7	..	1 938,3	1 669,3	1 687,2	1 616,2	1 606,0	1 823,5	2 131,0	1 856,5	1 633,8	1 788,0	3 030,4
1981	1 648,2	..	1 870,1	1 617,2	1 671,0	1 568,5	1 573,8	1 822,9	2 113,9	1 864,4	1 626,4	2 055,0	2 848,3
1982	1 637,1	..	1 894,3	1 638,4	1 661,6	1 482,8	1 586,5	1 807,6	2 137,5	1 890,9	1 654,9	1 965,4	2 818,8
1983	1 625,2	..	1 836,3	1 628,9	1 649,3	1 435,1	1 586,9	1 830,1	2 101,1	1 899,3	1 655,0	2 156,4	3 001,0
1984	1 629,5	..	1 835,3	1 606,3	1 608,9	1 427,4	1 616,3	1 818,2	2 084,9	1 864,1	1 678,5	2 071,3	2 811,2
1985	1 613,1	..	1 865,0	1 599,3	1 572,3	1 400,1	1 602,4	1 850,6	2 083,2	1 860,4	1 648,7	1 833,0	2 670,1
1986	1 594,3	..	1 784,4	1 581,2	1 528,4	1 375,2	1 597,0	1 829,1	2 019,2	1 853,1	1 608,6	1 923,6	2 817,6
1987	1 577,8	..	1 822,0	1 553,1	1 507,6	1 366,4	1 577,7	1 830,7	1 984,0	1 820,6	1 605,9	1 882,4	2 830,3
1988	1 607,1	..	1 853,5	1 571,9	1 526,0	1 427,7	1 590,3	1 853,2	1 994,3	1 842,6	1 638,8	1 987,5	2 906,2
1989	1 659,5	..	1 830,2	1 621,9	1 549,0	1 527,7	1 626,8	1 919,0	2 051,1	1 904,0	1 646,7	1 859,7	2 713,4
1990	1 712,0	..	1 933,1	1 678,9	1 583,9	1 637,7	1 668,6	1 948,9	2 070,1	1 887,0	1 686,3	2 158,4	2 801,5
1991	1 698,8	1 442,1	1 853,8	1 583,6	1 540,6	1 649,8	1 657,6	1 970,7	2 031,4	1 887,2	1 668,9	2 139,4	2 864,4
1992	1 693,0	1 397,0	1 819,5	1 582,0	1 535,0	1 650,5	1 667,0	1 915,5	2 028,5	1 857,0	1 650,5	1 932,0	2 697,0
1993	1 658,5	1 309,5	1 724,5	1 560,0	1 500,0	1 610,5	1 641,5	1 948,5	1 962,0	1 794,0	1 614,0	1 905,5	2 667,5
1994	1 662,5	1 319,5	1 682,5	1 527,5	1 513,0	1 612,5	1 647,0	1 947,0	1 963,0	1 802,0	1 625,5	1 727,5	2 737,5

Source : N° 84-210 au catalogue

† Les données de 1974 à 1990 n'incluent pas celles de Terre-Neuve.

‡ Le numérateur comprend les enfants des femmes de moins de 15 ans et de plus de 49 ans.

Données disponibles

Mariages et divorces, 1995

Le nombre de couples qui se sont mariés a augmenté légèrement pour une deuxième année de suite en 1995, pendant que diminuait le nombre de mariages qui ont pris fin par un divorce. Un total de 160 256 couples se sont mariés, ce qui constitue seulement 0,2 % de plus qu'en 1994. Le nombre de divorces a chuté à 77 636, ce qui représente une baisse de 1,6 %.

Malgré la légère augmentation du nombre de mariages, le taux de nuptialité est tombé à 5,4 mariages pour 1 000 habitants en 1995, comparativement à 5,5 en 1994 et à 7,0 en 1988. Le taux de nuptialité du Canada n'a pas augmenté depuis 1988.

Le taux de divortialité est tombé à 2,6 pour 1 000 habitants en 1995, contre 2,7 en 1994 et 3,0 en 1988.

À l'échelle internationale, le taux de nuptialité au Canada a été plus élevé qu'en France (4,4) par exemple, mais beaucoup moindre qu'aux États-Unis (8,9). Le taux de divortialité était plus bas qu'aux États-Unis (4,0) et beaucoup plus élevé qu'au Japon (1,6).

Les couples se sont mariés encore plus vieux. En 1995, l'âge au premier mariage était en moyenne de 29,0 ans pour les hommes, comparativement à 27,1 ans pour les femmes. Les hommes divorcés qui se sont remariés avaient en moyenne 42,5 ans, comparativement à 38,9 ans pour les femmes. L'âge moyen au remariage était de 61,3 ans pour les veufs et de 55,0 ans pour les veuves.

Les hommes ayant divorcé en 1995 avaient en moyenne 40,5 ans et les femmes, 37,8 ans. Dans les deux cas, l'âge était un peu plus élevé que l'année précédente. Les mariages s'étant soldés par un divorce en 1995 avaient duré en moyenne 12,7 ans.

La différence de comportements matrimoniaux entre le Québec et le reste du Canada a continué de s'accroître en 1995. Contrairement au reste du Canada, le nombre de mariages au Québec a fléchi de 2,8 %, pendant que le nombre de divorces progressait de 10,5 %. Le taux de nuptialité au Québec était inférieur à la moitié de celui du reste du Canada. Bien que sa population mariée soit relativement petite, le Québec

avait l'un des taux de divortialité les plus élevés au pays.

Sans l'immigration, la population mariée serait en baisse. (Le Canada a eu un gain net de 78 000 personnes mariées grâce à l'immigration en 1995.) En effet, les 160 256 nouveaux mariages enregistrés au Canada en 1995 n'ont pas été suffisants pour compenser les 173 000 mariages qui se sont terminés par un divorce (77 636) ou par le décès d'un conjoint (95 000). De plus, à cause du vieillissement de la population, le nombre de mariages qui prennent fin lors du décès d'un conjoint augmentera à l'avenir. Si les mariages et les divorces restent à leur niveau actuel, la population mariée du Canada commencera à diminuer malgré l'immigration.

Les publications *Mariages, 1995* (84-212-XPB, version papier, 30 \$; version microfiche, 25 \$) et *Divorces, 1995* (84-213-XPB, version papier, 30 \$; version microfiche, 25 \$) sont maintenant disponibles. Voir «**Pour commander les publications**».

Pour plus de renseignements, communiquez avec François Nault au (613) 951-1764 ou avec le Service à la clientèle au (613) 951-1746, Division des statistiques sur la santé.

Statistiques sur le cancer, 1993

Les registres provinciaux et territoriaux de cancer signalent 116 603 nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 1993, ce qui constitue une hausse de 3 % par rapport aux 112 783 cas diagnostiqués en 1992.

Les données de 1993 sur l'incidence du cancer sont maintenant disponibles. Cette série de données comprend le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 1993 déclaré par les registres de cancer des provinces et des territoires.

Pour plus de renseignements, communiquez avec Judy Lee au (613) 951-1775, ou avec le Service à la clientèle au (613) 951-1746, Division des statistiques sur la santé.

Estimation postcensitaires de la population

Chaque numéro des *Rapports sur la santé* présente les estimations annuelles courantes. Pour les données préliminaires de la population du 1^{er} juillet, voir à la page suivante.

Estimations postcensitaires préliminaires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 1^{er} juillet 1996

	Canada	T.-N.	Î.-P.É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yuk.	T.N.-O.
en milliers													
Les deux sexes	29,963.6	570.7	137.3	942.8	762.5	7,389.1	11,252.4	1,143.5	1,022.5	2,789.5	3,855.1	31.5	66.6
<1	377.9	6.1	1.7	10.7	8.7	86.1	145.6	16.2	13.8	38.8	48.2	0.5	1.5
1-4	1,582.9	25.8	7.3	45.7	36.7	374.5	602.1	66.3	58.2	162.1	196.2	2.1	5.8
5-9	2,015.8	36.7	10.0	63.1	49.3	462.3	761.9	83.1	79.7	211.6	247.6	2.4	8.1
10-14	2,019.6	43.0	10.1	63.7	52.2	465.9	746.8	81.1	82.0	213.1	253.2	2.5	6.1
15-19	2,002.9	44.7	10.1	63.5	53.3	502.6	721.7	78.5	76.5	196.6	247.8	2.2	5.3
20-24	2,036.3	46.6	9.8	66.5	56.9	478.8	757.6	81.0	70.0	197.1	264.4	2.2	5.5
25-29	2,223.5	45.3	9.8	68.7	57.0	519.7	858.2	81.5	64.3	216.0	294.3	2.4	6.3
30-34	2,631.2	47.1	11.0	80.6	64.6	643.2	1,023.4	93.8	77.7	249.1	330.7	3.3	6.7
35-39	2,666.4	48.0	11.0	82.0	64.6	675.4	996.7	94.4	82.9	263.6	338.8	3.2	5.7
40-44	2,387.5	46.9	9.9	73.8	61.1	610.0	874.6	85.2	75.6	230.9	311.8	3.0	4.6
45-49	2,159.5	42.6	9.8	69.3	56.9	553.5	804.4	75.9	62.9	190.4	287.6	2.7	3.7
50-54	1,672.2	32.4	7.4	53.6	42.2	455.1	616.5	58.8	48.0	139.2	214.9	1.8	2.3
55-59	1,332.6	24.4	6.0	42.7	33.3	349.9	503.3	47.7	41.9	109.5	171.2	0.9	1.7
60-64	1,213.1	20.9	5.6	38.5	30.1	315.4	462.4	44.6	40.6	97.4	155.6	0.8	1.3
65-69	1,129.3	18.6	5.0	34.5	27.7	290.8	433.9	42.7	39.9	87.1	147.4	0.7	1.0
70-74	979.9	15.9	4.5	30.7	25.6	243.5	378.3	40.3	36.9	72.0	131.3	0.4	0.5
75-79	704.3	12.4	3.7	25.2	19.2	168.9	261.6	31.4	30.8	52.8	98.0	0.2	0.3
80-84	467.6	8.0	2.6	16.9	13.1	109.1	170.9	22.7	22.5	34.8	66.8	0.1	0.2
85-89	240.6	3.8	1.4	8.7	6.9	56.7	87.9	11.8	11.9	17.9	33.4	0.0	0.1
90+	120.5	1.6	0.8	4.5	3.2	27.6	44.6	6.4	6.5	9.3	15.9	0.0	0.1
Hommes	14,845.0	285.2	67.7	464.3	377.3	3,642.6	5,560.5	567.4	507.8	1,404.6	1,916.8	16.1	34.6
<1	194.0	3.1	0.9	5.5	4.4	44.2	74.7	8.4	7.1	20.0	24.8	0.2	0.8
1-4	811.9	13.2	3.8	23.7	18.6	191.9	308.5	33.9	29.9	83.5	100.9	1.0	3.0
5-9	1,031.3	18.8	5.1	32.4	25.3	236.5	390.0	42.8	40.6	108.3	126.0	1.3	4.1
10-14	1,031.9	21.8	5.2	32.4	26.6	237.7	382.0	41.8	41.7	109.1	129.3	1.2	3.2
15-19	1,026.3	22.5	5.0	32.1	27.3	257.3	370.8	39.7	39.7	100.7	127.4	1.1	2.6
20-24	1,033.5	23.8	5.0	33.9	28.9	243.8	383.7	41.7	35.6	100.8	132.5	1.1	2.7
25-29	1,121.5	23.1	4.9	35.1	28.9	265.0	429.0	41.5	32.0	109.5	148.0	1.2	3.2
30-34	1,334.0	23.5	5.3	40.6	32.6	328.4	518.2	47.9	38.5	127.1	166.7	1.7	3.5
35-39	1,343.9	24.0	5.4	40.5	32.3	340.8	502.1	48.2	42.0	134.8	169.2	1.6	2.9
40-44	1,191.8	23.5	5.0	36.1	30.3	305.4	432.8	42.7	38.8	117.8	155.4	1.5	2.4
45-49	1,084.8	21.5	5.0	34.8	28.8	277.0	401.0	38.4	32.3	97.1	145.6	1.3	2.1
50-54	838.2	16.5	3.8	27.1	21.4	225.8	307.6	29.5	24.1	71.0	109.1	1.0	1.3
55-59	661.9	12.5	3.0	21.3	16.7	171.8	249.0	23.7	20.7	55.8	86.0	0.6	0.9
60-64	596.2	10.5	2.7	19.0	14.7	151.6	226.3	22.0	20.2	48.8	79.3	0.4	0.7
65-69	536.2	9.1	2.5	16.0	12.9	133.5	206.9	20.1	19.3	42.5	72.4	0.4	0.5
70-74	432.8	7.4	2.1	13.4	11.4	104.4	166.4	17.8	17.0	32.8	59.6	0.2	0.2
75-79	289.2	5.4	1.5	10.3	8.0	65.6	108.0	13.0	13.1	22.4	41.6	0.1	0.1
80-84	174.9	3.2	0.9	6.2	4.9	38.0	64.1	8.7	8.9	13.4	26.5	0.0	0.1
85-89	78.3	1.4	0.5	2.9	2.2	16.9	28.1	4.1	4.2	6.2	11.7	0.0	0.1
90+	32.5	0.5	0.2	1.1	0.9	6.9	11.5	1.6	2.1	2.9	4.7	0.0	0.0
Femmes	15,118.6	285.5	69.6	478.5	385.2	3,746.6	5,691.9	576.1	514.7	1,385.0	1,938.3	15.3	31.9
<1	184.0	3.0	0.8	5.2	4.3	41.9	70.9	7.9	6.7	18.9	23.4	0.2	0.7
1-4	771.0	12.6	3.5	22.0	18.0	182.6	293.7	32.4	28.4	78.6	95.2	1.1	2.8
5-9	984.5	17.9	4.9	30.7	24.0	225.8	372.0	40.2	39.1	103.4	121.6	1.1	3.9
10-14	987.7	21.1	4.9	31.3	25.6	228.2	364.8	39.3	40.3	104.0	123.9	1.2	2.9
15-19	976.5	22.2	5.1	31.4	26.0	245.3	350.9	38.8	36.8	95.9	120.4	1.1	2.7
20-24	1,002.9	22.8	4.8	32.6	28.0	234.9	373.9	39.3	34.4	96.3	132.0	1.1	2.7
25-29	1,102.1	22.2	4.9	33.6	28.1	254.7	429.2	40.0	32.3	106.5	146.3	1.2	3.0
30-34	1,297.2	23.6	5.6	40.0	32.0	314.8	505.2	46.0	39.1	122.1	164.0	1.6	3.2
35-39	1,322.5	24.1	5.6	41.5	32.3	334.6	494.6	46.2	40.8	128.9	169.6	1.7	2.7
40-44	1,195.7	23.5	4.9	37.6	30.8	304.5	441.9	42.6	36.8	113.1	156.4	1.5	2.1
45-49	1,074.7	21.1	4.8	34.5	28.1	276.5	403.5	37.5	30.6	93.3	142.0	1.3	1.6
50-54	834.0	15.9	3.6	26.5	20.8	229.4	308.9	29.2	23.9	68.2	105.8	0.8	1.0
55-59	670.7	11.9	3.0	21.5	16.6	178.1	254.3	24.0	21.2	53.8	85.2	0.4	0.7
60-64	616.9	10.3	2.9	19.5	15.4	163.8	236.1	22.6	20.4	48.6	76.3	0.4	0.7
65-69	593.1	9.5	2.5	18.5	14.8	157.3	227.0	22.6	20.6	44.6	74.9	0.3	0.5
70-74	547.1	8.5	2.4	17.3	14.2	139.1	211.8	22.5	19.9	39.2	71.7	0.2	0.2
75-79	415.1	7.0	2.2	14.9	11.2	103.2	153.6	18.4	17.7	30.4	56.4	0.1	0.1
80-84	292.7	4.9	1.7	10.7	8.1	71.1	106.8	14.1	13.6	21.4	40.3	0.1	0.1
85-89	162.3	2.4	1.0	5.8	4.6	39.8	59.8	7.7	7.7	11.7	21.7	0.0	0.0
90+	88.0	1.1	0.6	3.4	2.3	20.7	33.1	4.7	4.4	6.3	11.2	0.0	0.0

Source : Division de la démographie, section des estimations de population

Nota : Les estimations de la population sont ajustées pour le sous-dénombrement net du recensement et incluent les résidents non-permanents.

Autres parutions de nos analystes

Outre les travaux de recherche publiés dans les *Rapports sur la santé*, on peut aussi trouver des travaux de recherche réalisés par les analystes de la Division des statistiques sur la santé dans des ouvrages autres que ceux que nous publions. La section qui suit présente une liste de leurs plus récentes réalisations. Les noms de nos analystes y figurent en évidence.

Une analyse des opinions émises par les participants avant et après la conférence «consensuelle» sur l'évaluation de la démence est présentée dans :

- Clarfield MA, Kogan S, Bergman H, Shapiro DE et **Beaudet MP**, «Do consensus conferences influence their participants?», *Journal de l'Association canadienne médicale* 154(3), 1996, p. 331-336.

Une analyse des résultats d'un essai aléatoire de l'ibuprofène, un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien, est présentée dans :

- Gurwitz JH, Everitt DE, Monane M, Glynn RJ, Choodnovskiy I, **Beaudet MP** et Avorn J., «The impact of ibuprofen on the efficacy of antihypertensive treatment with hydrochlorothiazide in elderly persons», *Journal of Gerontology*, 51(2), 1996, p. 74-79.

Les six articles qui suivent figurent parmi 15 articles parus dans une édition spéciale de *Acta Oncologica*, publiée par le «International Union for Circumpolar Health's Working Group on Cancer». Les données ont été colligées à partir des registres de cancer du Canada, de l'Alaska, du Danemark et de la Russie.

- **Gaudette LA**, Freitag S, Dufour R, Blaikie M, **Gao R-N** et Wideman M., «Cancer in Circumpolar Inuit—Background information for cancer patterns in Canadian Inuit», *Acta Oncologica*, 35(5), 1996, p. 527-533.
- Nielsen NH, Storm HH, Christensen N, **Gaudette LA** et Lanier AP., «Cancer among Circumpolar Inuit 1969-1988—Introduction and methods», *Acta Oncologica*, 35(5), 1996, p. 539-543.
- Miller AB et **Gaudette LA**, «Cancer of the respiratory system in Circumpolar Inuit», *Acta Oncologica*, 35(5), 1996, p. 571-576.

- Miller AB, et **Gaudette LA**, «Breast cancer in Circumpolar Inuit», *Acta Oncologica*, 35(5), 1996, p. 77-80.
- Miller AB, et **Gaudette LA**, «Cancers of skin, bone, connective tissues, brain, eye, thyroid and other specified and unspecified sites in Inuit», *Acta Oncologica*, 35(5), 1996, p. 607-616.
- Nielsen NH, Storm HH, **Gaudette LA** et Lanier AP., «Cancer in Circumpolar Inuit 1969-1988—A summary», *Acta Oncologica*, 35(5), 1996, p. 621-628.

Les trois articles qui suivent offrent des analyses des taux d'intervention chirurgicale à l'aide de données provenant de la base de données de la morbidité hospitalière.

- Vayda E, **Gentleman JF**, **Walsh MN**, et **Parsons GF**, «Hysterectomy Rates by Diagnosis: Variation Among Canadian Census Divisions», *Journal of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada*, 18(4), 1996, p. 315-325.
- **Gentleman JF**, Vayda E, **Parsons GF**, et **Walsh MN**, «Surgical Rates in Subprovincial Areas Across Canada: Rankings of 39 Procedures in Order of Variation», *Canadian Journal of Surgery*, 39(5), 1996, p. 361-367.
- **Gentleman, JF**, Vayda E, et **Parsons GF**, «Response to the value (and limitations) of surgical rate variation analysis», Editorial by Tandan and Langer, *Canadian Journal of Surgery*, 39(5), 1996, p. 429-430.

Les deux articles ci-après présentent des données qui découlent de l'Enquête nationale de Statistique Canada sur la santé de la population de 1994/1995.

- **Hagey J**, **Millar WJ**, **Beaudet M**, et Hood S., «The National Population Health Survey: What have we learned? An overview of preliminary findings», *Vers le XXI^e siècle : Tendances socio-démographiques et enjeux politiques au Canada*, Actes du colloque de 1995 organisé par la Fédération canadienne de démographie, Université Saint-Paul, Ottawa, octobre 1995.
- **Millar WJ**, et **Beaudet MP**, «Données sur la santé tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994», *Tendances sociales canadiennes*, 40, 1996, p. 26-30, (Statistique Canada, #11-008-XPE au catalogue).

Des données tirées d'une étude basée sur des cas-témoins d'hôpitaux sont présentées dans :

- Cole CW, Hill GB, **Millar WJ**, Moher D, Laupacis A et Johnston KW., «Selective screening for abdominal aortic aneurysm», *Maladies chroniques au Canada*, 17(2), 1996, p. 51-55.

Ce qui suit est une adaptation de l'article 7(2), p. 33-43, qui est paru dans la série des *Rapports sur la santé*. Les données découlent de la base de données de l'état civil canadien.

- **Wilkins K.**, «Causes de décès : Différences entre les sexes», *Tendances sociales canadiennes*, 41, 1996, p. 11-18 (Statistique Canada, n° 11-008-XPE au catalogue).

Des données tirées du recensement, l'article suivant

- Wershler T et **Nault F.**, «Projecting interregional migration balances within a multiregional cohort-component framework», *Environment and Planning, A*, 28, 1996, p. 769-782.

Pour commander les publications

Pour obtenir les produits suivants veuillez contacter :

Division du marketing, Ventes et services
 Statistique Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-7277
 1-800-267-6677, appeler sans frais, au Canada
 Télécopieur : (613) 951-1584

Il n'est pas nécessaire de nous faire parvenir une confirmation pour une commande faite par téléphone ou télécopieur.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix		
			Canada	É-U (US \$)	Autres pays (US \$)
Rapports sur la santé					
• par année	82-003	Papier	112 \$	\$135 \$	157 \$
• l'exemplaire			34 \$	41 \$	48 \$
Indicateurs sur la santé					
• premier exemplaire	82-221	Disquette	250 \$		
• l'exemplaire supplémentaire			250 \$		
Avortements thérapeutiques					
Avortements thérapeutiques	82-219	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques	82-550	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Cancer					
Le cancer au Canada	82-218	Papier	25 \$	30 \$	35 \$
Décès					
Mortalité: Liste sommaire des causes	84-209	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
Naissances et décès	84-210	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, 1921-1990	82-548	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes, Canada, 1921-1992	82-549	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Divorce					
Divorces	84-213	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Enquête nationale sur la santé de la population					
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995	82-567	Papier	10 \$	12 \$	14 \$
Espérance de vie					
Tables de mortalité, Canada et provinces, 1990-1992	84-537	Papier	40 \$	48 \$	56 \$

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Établissements de soins de santé					
Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes	83-237	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Liste des établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada	83-240	Papier	20 \$	24 \$	28 \$
Hôpitaux					
Indicateurs des hôpitaux	83-246	Papier	60 \$	72 \$	84 \$
		Microfiche	45 \$	54 \$	63 \$
La statistique annuelle des hôpitaux	83-242	Papier	90 \$	108 \$	126 \$
		Microfiche	65 \$	78 \$	91 \$
La statistique hospitalière : rapport annuel préliminaire	83-241	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Liste des hôpitaux canadiens	83-239	Papier	20 \$	24 \$	28 \$
Hospitalisation					
La morbidité hospitalière et interventions chirurgicales	82-216	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
		Microfiche	35 \$	42 \$	49 \$
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562F	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Hygiène mentale					
La statistique de l'hygiène mentale	83-245	Papier	15 \$	18 \$	21 \$
Mariage					
Certains renseignements sur les mariages contractés, 1921-1990	82-552	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Mariages	84-212	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536	Papier	36 \$	44 \$	51 \$
Naissances					
Naissances et Décès	84-210	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Statistiques choisies sur la natalité et la fécondité, Canada, 1921-1991	82-553	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, 1974-1993	82-568	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
Personnel infirmier					
Personnel infirmier au Canada, 1995 : infirmier(ères) autorisé(e)s	82-243	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Tuberculose					
La statistique de la tuberculose	82-220	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$

Fichiers microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Les demandes pour les produits de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services à la clientèle personnalisés
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792

		Numéro du produit	Version	Prix		
				Canada	É-U (US \$)	Autres pays (US \$)
Fichiers microdonnées à grande diffusion	• ASCII	82F0001XDB95001	Disquette	1 300 \$	1 300 \$	1 300 \$
	• ASCII et IVISION	82F0001XCB95001	CD-ROM	1 600 \$	1 600 \$	1 600 \$
Établissements des soins spéciaux	• ASCII	82M0010XDB	Diskette	500 \$	500 \$	500 \$

Totalisations spéciales

Les demandes pour les totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services à la clientèle personnalisés
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792