Catalogue 82-540F Hors série

PERSPECTIVES SUR LA SANTÉ

PAR JANET ABLESON, PETER PADDON, CLAUDE STROHMENGER

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 sur imprimés d'ordinateur, sur microfiches et microfilms et sur bandes magnétiques. 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 ordinolingue et le système d'extraction de Statistique Canada.

Comment obtenir d'autres renseignements

Toutes demandes de renseignements au sujet de cette publication ou de statistiques et services connexes doivent être addressées à:

Section de la recherche et de l'analyse,
Division de la santé,

Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6 (téléphone: 995-7808) ou au centre de consultation de Statistique Canada à:

St-John's	(772-4073)	Winnipeg	(949-4020)
Halifax	(426-5331)	Regina	(359-5405)
Montréal	(283-5725)	Edmonton	(420-3027)
Ottawa	(992-4734)	Vancouver	(666-3691)
Toronto	(966-6586)		

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 locale** des centres régionaux de consultation.

Terre-Neuve et Labrador	Zénith 0-7037
Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard	1-800-565-7192
Québec	1-800-361-2831
Ontario	1-800-268-1151
Manitoba	1-800-282-8006
Saskatchewan	1(112) 800-667-3524
Alberta	1-800-222-6400
Colombie-Britannique (sud et centrale)	112-800-663-1551
Yukon et nord de la C.-B. (territoire desservi par la NorthwesTel Inc.)	Zénith 0-8913
Territoires du Nord-Ouest (territoire desservi par la NorthwesTel Inc.)	Zénith 2-2015

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 Section des ventes et de la distribution des publications, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0V7.

Canada

Catalogue 82-540F Hors série

PERSPECTIVES SUR LA SANTÉ

PAR JANET ABLESON, PETER PADDON, CLAUDE STROHMENGER

Publication autorisée par
le ministre des Approvisionnements et
Services Canada

Février 1983
4-2303-567

Prix: Canada, $8.00
Autres pays, $9.60

Catalogue 82-540F

ISBN 0-660-90710-0

Ottawa

Signes conventionnels

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

. . nombres indisponibles.

. . . n'ayant pas lieu de figurer.

– néant ou zéro.

- - nombres infimes.

p nombres provisoires.

r nombres rectifiés.

x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique relatives au secret.

Abréviations

APVP — Années potentielles de vie perdues

OMS — Organisation mondiale de la santé

Q-AAP — Questionnaire sur les aptitudes à l'activité physique

DCAO — Dents cariées, absentes ou obturées

Note

16
13 Le fond ombré indique une erreur d'échantillonnage dont la marge se situe entre 20% et 39% de la valeur donnée.

- - Nombres infimes, i.e., données dont la marge d'erreur égale ou dépasse 40 %, ou dont le volume d'échantillonnage est inférieur à 15.

Préface

Au dix-neuvième siècle, un proverbe disait encore que «Celui qui a la santé est riche». Comme toute grande vérité, court mais judicieux était ce dicton. La sagesse même n'a-t-elle pas toujours reconnu l'importance d'une bonne santé?

Au siècle dernier, les maladies infectieuses entraînaient le plus grand nombre des décès. Elles ont aujourd'hui cédé le pas aux processus dégénératifs, tels les maladies de coeur et le cancer Au Canada, la recherche de soins davantage efficaces est maintenant amorcée et l'espérance de vie va croissant. Mais à mesure que vieillira la génération du baby boom, une attention plus grande sera portée aux résultats de cette lutte contre la maladie.

Quelques-uns des faits présentés dans cette étude sont prévisibles; d'autres peuvent au contraire surprendre. Sait-on que la population canadienne vieillit à un tel rythme qu'en l'an 2022, chaque lit d'hôpital actuellement disponible sera possiblement occupé par une personne âgée? Et que 11% de tous les décès survenus en 1978 étaient liés à la consommation d'alcool?

Dans ce document ont été réunies les connaissances actuelles quant à l'état de santé des Canadiens et aux soins qui leur sont offerts, afin de dépeindre la situation qui prévaut aujourd'hui pour mieux planifier les soins sanitaires de demain. Certaines des données sont ici publiées ensemble pour la première fois.

Un aperçu démographique de la population canadienne, fourni au chapitre I, pose les jalons des chapitres suivants, dont le plan sous-jacent s'étend d'une étude des facteurs de risque, à la présentation de l'état de santé, au coup d'œil sur les conséquences qui en découlent.

Alors que l'amélioration de l'état de santé a toujours constitué l'objectif premier de l'appareil sanitaire, la prévention en est désormais le but. Certaines habitudes de vie, tel l'usage du tabac et de l'alcool, contribuent à l'apparition de la maladie, tandis que l'exercice régulier, par exemple, la prévient. Le chapitre II porte précisément sur les risques pour la santé ainsi que sur les habitudes préventives.

Cette richesse que procure la santé aux Canadiens peut être évaluée grâce à l'espérance de vie, à la morbidité hospitalière et aux niveaux d'incapacité figurant dans l'Enquête Santé Canada. Le chapitre III indique à ce sujet que les Canadiens vivent plus longtemps et que les principales causes de décès sont désormais liées au vieillissement.

Le degré d'utilisation des services de santé reflète en grande partie la fréquence des affections dont souffrent les Canadiens. Au chapitre IV est donc examiné le recours aux services hospitaliers ainsi qu'aux soins médicaux et dentaires.

En plus de remplir une fonction primordiale, l'appareil sanitaire représente un secteur important de l'économie canadienne. Le chapitre V termine le présent rapport en exposant des données sur divers groupes de main-d'œuvre sanitaire, ainsi que sur les installations et les dépenses reliées à ce secteur.

Cette étude veut créer un tableau composite de la santé des Canadiens. Bien qu'elle soit divisée selon des thèmes distincts, il faut garder à l'esprit le niveau élevé d'interdépendance entre les divers éléments de l'appareil sanitaire. Des changements apportés en un endroit auront ainsi des répercussions dans un autre. Peu de ces associations font toutefois l'objet d'un examen à l'intérieur de ce document.

Remerciements

Les principales contributions au présent document sont de Claude Strohmenger (population, alcool, tabac, accidents et violences, et mortalité), Peter Paddon (utilisation des services de santé et appareil sanitaire) et Janet Ableson (morbidité institutionnelle, mesures de l'état de santé selon la population et statistiques sur certaines maladies); mentionnons également le document *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada* (activité et condition physique, usage de médicaments et mesures préventives).

Nombreuses sont les personnes qui ont pris le temps d'examiner, d'évaluer et de commenter les premières ébauches du présent rapport. Les auteurs tiennent à remercier particulièrement Russell Wilkins, Institut de recherches politiques, Barbara Ouellet et Neil Collishaw, Santé et Bien-être social Canada, ainsi que John McWhinnie, Affaires indiennes et du Nord, pour leurs suggestions constructives dont plusieurs ont été incorporées dans la version finale. Cependant, les trois principaux auteurs assument la responsabilité collective du produit final ainsi que de toute omission ou toute erreur qui aurait pu se glisser dans l'étude.

Table des matières

Tableau Page

Chapitre I

Chapitre II

Tableau Page

Chapitre II – fin

Tableau Page

Chapitre III

Tableau Page

Chapitre IV

Chapitre V

Tableau Page

Chapitre V - fin

POINTS SAILLANTS

Population

Puisque la génération du baby boom vieillit sans enfanter au même rythme que les précédentes, l'âge moyen des Canadiens augmente. Ce processus, allié à la diminution de l'immigration, influe tant sur la croissance de la population que sur sa structure par âge, deux importantes préoccupations pour les planificateurs de la santé.

Durant les deux prochaines décennies, la planification des ressources sanitaires pourrait être influencée autant, sinon plus, par les changements de structure par âge de la population que par les changements de son effectif. En 1951, par exemple, les personnes de 65 ans et plus représentaient moins de 8% de la population et détenaient environ 32% du total des journées d'hospitalisation; en 2031, les proportions pourraient atteindre 20% de la population et 60% des journées d'hospitalisation.

Étant donné que bon nombre de problèmes de santé sont liés au mode de vie et à l'environnement, il importe de considérer les milieux géographique et socio-économique des individus. On devrait ainsi tenir compte, dans l'organisation de l'appareil sanitaire, des personnes âgées, vivant seules, dont la proportion a plus que doublé au cours des 25 dernières années.

Déterminants de l'état de santé

Les habitudes de vie, tel l'usage du tabac, de l'alcool et des médicaments, ainsi que l'environnement, l'héritage biologique et les pratiques sanitaires déterminent l'état de santé des individus.

Trois adultes sur 10 consomment à la fois tabac et alcool. Environ 600,000 personnes fument au moins 23 cigarettes par jour et absorbent 14 boissons alcooliques et plus par semaine. On peut raisonnablement supposer que ces personnes s'exposent à de sérieux problèmes de santé.

Parmi les maladies généralement liées à l'usage du tabac, on pense d'abord aux cancers. Le rôle du tabac dans l'apparition des maladies du coeur est cependant moins connu.

Au Canada, la consommation moyenne de cigarettes par adulte se stabilise chez les hommes, tandis qu'elle continue de grimper chez les femmes. En 1965, parmi les 15-19 ans, les fumeurs étaient deux fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes; aujourd'hui, on observe de part et d'autre une proportion égale de fumeurs.

Depuis 1950, la consommation d'alcool a doublé au Canada. Cette augmentation est très marquée chez les adolescents des deux sexes, et davantage chez les femmes que chez les hommes.

Depuis 1965, le nombre d'alcooliques a plus que doublé: on l'estimait en 1978 à près de 635,000, soit 1 buveur adulte sur 20. Environ 1.4 million de personnes, ou 1 buveur adulte sur 10, souffraient d'un problème relié à l'alcool.

En 1978, la consommation d'alcool a été la cause directe de 2,520 décès et la cause indirecte de 5,668 morts (accidents de la circulation, chutes, etc.). On possède également la preuve que ce facteur est intervenu dans 10,142 autres décès. Ainsi, près de 11% de tous les décès survenus en 1978 ont été reliés à la consommation d'alcool.

Environ un tiers des Canadiens atteignent le niveau minimum recommandé d'activité physique et seulement 40% maintiennent un niveau recommandé de condition physique; des résultats récents et encore préliminaires, indiquent toutefois que cette proportion s'accroît. Pour tous les groupes d'âge, les femmes ne sont pas aussi actives que les hommes.

De nombreux Canadiens font usage légal de médicaments à des fins tant préventives que curatives. Pour certains, en particulier les tranquillisants ou somnifères et les laxatifs, le taux de consommation des femmes équivaut à plus du double de celui des hommes.

Parmi les causes de décès au Canada, les accidents viennent au troisième rang, après les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs. Le nombre de morts accidentelles est peu élevé par rapport à ces deux autres causes, mais comme elles surviennent à des âges relativement peu avancés, elles ont une incidence significative sur l'espérance de vie.

Presque 40% des années de vie perdues entre la première et la soixante-dizième année le sont par suite d'accidents ou de traumatismes. Les accidents de la circulation sont responsables de 40% de ces années de vie perdues.

Pour chaque personne tuée dans un accident de la circulation en 1975, on comptait environ 36 blessés. Le taux de morbidité des accidents de la circulation a presque doublé au Canada entre 1960 et 1975. Comme les accidents de la route sont surtout attribuables à des facteurs humains, il semble qu'on pourrait prévenir une bonne part de la mortalité et de la morbidité qui en découlent.

Bien que l'immunisation constitue un moyen de prévention efficace contre plusieurs maladies graves, plus de 4.5 millions de Canadiens ne sont pas inoculés contre la poliomyélite.

La rubéole, ou «rougeole bénigne», n'est pas en soi une maladie grave, mais peut causer des malformations aux enfants nés de mères contaminées durant la grossesse. Plus de 250,000 femmes en âge d'avoir des enfants (15-34 ans) sont mal protégées contre cette maladie.

Pour les femmes, le test de dépistage Pap et l'autoexamen des seins sont deux mesures reconnues de prévention du cancer. Pourtant, seulement 42% indiquaient avoir subi le test en 1977-1978, alors que 21% ne s'y étaient jamais soumises; 60% procédaient à l'examen des seins, mais seulement 21% sur une base mensuelle.

État de santé

Depuis 1931, d'importants progrès ont été réalisés dans la lutte contre les maladies infectieuses au Canada. À cette époque, deux tiers de la population masculine pouvaient espérer atteindre l'âge de 60 ans; 45 ans plus tard, cette proportion passait à 80%. Durant la même période, elle augmentait de 68% à 89% chez les femmes.

Mis à part les accidents et les traumatismes, les principales causes de décès sont liées presque exclusivement au processus de dégénérescence, et sont les maladies du coeur, le cancer, la congestion cérébrale et les maladies respiratoires.

La connaissance des causes de décès prématuré revêt une importance capitale pour la médecine préventive. Par exemple, les maladies ischémiques du coeur, tels les insuffisances cardiaques et l'anévrisme, sont responsables du quart des décès survenant entre 1 an et 70 ans, mais de seulement 15% des années potentielles de vie perdues. Au contraire, les accidents de la circulation représentent un nombre comparable d'années potentielles de vies perdues, mais seulement un peu plus de 6% des décès. Ces différences sont évidemment dues à l'âge auquel survient le décès: les maladies du coeur frappent les personnes relativement plus âgées, et les accidents mortels de la route arrivent principalement aux plus jeunes.

Les principales causes d'hospitalisation sont les maladies du coeur, la congestion cérébrale, les accidents, les troubles mentaux et les maladies respiratoires. À l'exception des troubles mentaux, elles viennent également en tête de liste pour les décès.

Non seulement les données sur la morbidité hospitalière font ressortir l'importance de traiter les principales causes de décès, mais elles mettent également en lumière le fardeau considérable de la mauvaise santé découlant des troubles mentaux. Chaque années, près de 60,000 individus sont admis pour la première fois dans des institutions où ils sont traités pour troubles mentaux, et environ 5 millions de journées de soins sont consacrées à la santé mentale.

Les problèmes de santé avec lesquels vivent quotidiennement les Canadiens, diffèrent grandement de ceux qui causent leur mort. Ces affections sont, par ordre d'importance, l'arthrite et le rhumatisme, les affections du dos, des membres et des articulations, le rhume des foins et autres formes d'allergies, les affections de la peau, ainsi que les affections dentaires. Comme on peut s'y attendre, la proportion de la population ayant au moins un problème de santé s'accroît avec l'âge: plus de 85% des personnes âgées (65 ans et plus) font état d'au moins un problème.

La prédominance de ces problèmes varie selon le niveau de revenu. On note, chez les personnes dont le revenu est plus bas, une proportion plus grande de troubles mentaux, de maladies du coeur, de bronchite et d'emphysème; par contre, on trouve dans les niveaux de revenu plus élevés une plus grande proportion d'individus souffrant de rhume des foins et d'autres allergies.

Quant à l'incapacité à long terme, 2% de la population, ou près d'un demi-million de Canadiens, en souffrent si gravement qu'ils ne peuvent occuper un emploi, fréquenter l'école ou exécuter des travaux domestiques. Or ce groupe compte plus de 300,000 personnes, dont l'âge varie entre 15 et 64 ans.

Au chapitre de la maladie à court terme, chaque Canadien compte en moyenne 16 jours d'incapacité par année. Pour tous les groupes d'âge, les femmes accusent des taux plus élevés de journées d'incapacité que les hommes.

En moyenne, les travailleurs manquent un peu plus de quatre jours par année en raison de mauvaise santé. Ceci veut dire 37 millions de jours de travail par année pour l'ensemble du Canada. Comparativement, le nombre total de jours de travail perdus en 1978 à la suite de grèves ou de «lock-out» se chiffrait à 7.5 millions.

Les cinq maladies contagieuses le plus souvent signalées au Canada sont les maladies vénériennes, la rougeole, la salmonellose, la tuberculose et l'hépatite. Avec plus de 200 cas pour 100,000 personnes, les maladies vénériennes préoccupent grandement les représentants de l'hygiène publique. Le taux est maintenant deux fois supérieur à ceux des années 50 et 60.

Utilisation des services de santé

En 1978-1979, les Canadiens ont rendu plus de 94 millions de visites aux médecins, soit en moyenne quatre visites chacun. Le taux de consultation était considérablement plus élevé dans la région centrale que dans les autres régions du pays.

La fréquence des visites variait grandement selon la région, le sexe et l'âge. Plus des trois quarts des Canadiens ont consulté un médecin en 1978-1979; les résidents du Québec ont visité les médecins moins souvent que les Canadiens des autres régions. Les femmes sont allées chez le médecin plus souvent que les hommes. La fréquence des visites a suivi un modèle constant selon l'âge: elle était plus élevée chez les jeunes enfants (0-4 ans) que chez les enfants plus âgés (5-15 ans) ou les jeunes adultes (15-24 ans). Pour les autres catégories, le nombre de consultations augmentait de façon sensible avec l'âge, les personnes âgées effectuant le plus de visites multiples.

Selon les données sur les institutions, bien que le nombre de journées passées par tous les patients dans les hôpitaux généraux et spéciaux ait augmenté d'environ 15% (de 40 millions en 1970 à 46 millions en 1977-1978), le nombre de journées passées dans des hôpitaux psychiatriques durant la même période, a subi un recul de 75% (de 20 millions à 5 millions).

Durant la dernière décennie s'est donc fait jour un changement d'orientation insistant sur la nécessité d'intégrer dans la communauté les patients souffrant de troubles mentaux, plutôt que de les isoler en institution.

La durée du séjour dans les hôpitaux augmente de façon significative avec l'âge. Jusqu'à 44 ans, le séjour moyen du patient est d'environ une semaine. Pour les patients de 45

à 64 ans, le séjour moyen approche les 12 jours, alors que chez les personnes âgées, il atteint presque 25 jours.

Selon les données disponibles, la santé dentaire des Canadiens est meilleure qu'elle ne l'a jamais été. Bien que l'information soit incomplète, on croit déceler une grande disparité régionale au chapitre de l'hygiène dentaire. Les provinces de l'Atlantique et le Québec sont au nombre des provinces qui tirent de l'arrière par rapport au reste du pays.

En 1978-1979, la fréquence des visites chez le dentiste était la plus basse dans les provinces de l'Atlantique où à peine plus de 41% de la population déclarait une ou plusieurs visites. C'est en Ontario qu'on retrouvait le taux le plus élevé d'utilisation des services de soins dentaires: un peu plus de 55% des personnes déclaraient au moins une visite.

Puisque les caries et les maladies périodontales figurent parmi les affections dentaires les plus courantes au Canada, leur prévention revêt une importance particulière. Or, les trois mesures préventives principales sont la fluoration de l'eau, les applications topiques de fluorure et des pratiques suivies d'hygiène buccale. À Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec et en Colombie-Britannique, une partie importante de la population ne bénéficie pas de services de fluoration; conséquemment, le taux de caries dentaires y est élevé.

L'appareil sanitaire

Entre 1968 et 1978, le nombre de médecins a augmenté de 50% au Canada, tandis que la population augmentait de près de 13%. Le ratio médecin/population a atteint 1:665 en 1978, trois ans avant l'année cible fixée par le Comité national des besoins en médecins établi par Santé et Bien-être social Canada.

La répartition provinciale des médecins, y compris les internes et les résidents, comportait en 1978 des différences significatives. La Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique affichaient des ratios médecin/population relativement élevés. Dans chaque province, l'approvisionnement en médecins était réparti de façon inégale, les centres urbains les plus peuplés jouissant des ratios médecin/population les plus élevés.

Le ratio dentiste/population différait aussi grandement selon la province. D'une part, la Colombie-Britannique avait un ratio de 62 dentistes pour 100,000 habitants, alors que de l'autre, Terre-Neuve n'en comptait que 20 pour 100,000 habitants.

Les infirmières forment environ les deux tiers de la main-d'œuvre sanitaire au Canada. En 1970, 486 personnes autorisées travaillaient comme infirmières pour 100,000 habitants. En 1978, ce ratio se situait à 683 pour 100,000. Plus de 80% des infirmières occupées travaillaient dans des institutions sanitaires.

Dans les secteurs professionnels de la médecine et de l'art dentaire, on note une augmentation du nombre de femmes. En médecine, le pourcentage des diplômées était de 11% en 1968, et de 30% en 1978. En art dentaire, les femmes représentaient un peu plus de 7% des diplômés en 1974; quatre ans plus tard, cette proportion avait plus que doublé et dépassait les 17%.

Bien que dans les hôpitaux canadiens le nombre de lits ait regressé de près de 5% entre 1970 et 1977-1978, il manquait dans les établissements de soins spéciaux, notamment les maisons de convalescence et les foyers pour vieillards, une augmentation d'environ 20% en 1975 et 1977-1978.

En 1979, les dépenses pour les soins de santé au Canada ont dépassé de loin les $18 milliards, soit une moyenne de $785 par personne. En proportion du produit national brut, ces dépenses sont demeurées relativement stables au cours des années 1970, se chiffrant à 7.2% en 1970 et à 7.1% en 1979.

Les soins aux malades hospitalisés dans les hôpitaux et les diverses institutions représentaient 54% du total des dépenses, soit $10 milliards. Les soins professionnels, qui se chiffraient à plus de $4 milliards, environ 23% du total, occupaient la deuxième place en importance. En 1979, plus des deux tiers de ce montant étaient attribuables au coût des services donnés par des médecins.

En 1972, 20% des personnes ayant les revenus les plus bas au Canada ont dépensé, en moyenne, $106 ou 2.8% de leur revenu pour des soins bien que 20% des personnes ayant les revenus les plus élevés aient dépensé quatre fois ce montant ($455), cela ne représentait que 2.3% de leur revenu. En 1978, les familles aux revenus les plus bas ont dépensé, pour des soins, 2.1% de leur revenu, comparativement à 1.7% pour les familles aux revenus les plus élevés.

L'écart entre les revenus moyens des dentistes et ceux des médecins, en 1968, était de 32%; en 1978, il n'était plus que de 12%. Les médecins étaient toujours, en 1978, les professionnels les mieux payés; ils devançaient, à ce titre, les dentistes, les avocats et les comptables.

Chapitre I

Population

POPULATION

Lorsqu'il est question de santé - de l'élaboration d'une politique de santé, par exemple - donc de statistiques sanitaires, il est souvent fait référence au degré d'exposition des individus à certains risques, ainsi qu'à l'état de santé et au niveau d'utilisation des services de santé qui en sont, dans une certaine mesure, la conséquence. Or ces divers aspects sont étroitement liés à certaines caractéristiques de la population, notamment *le sexe et l'âge*[1]. D'où l'importance d'une bonne connaissance de la population desservie par le système de santé et des tendances de son évolution, quel que soit le niveau géographique auquel on se place.

Structure et rythme d'accroissement

En se limitant à des considérations générales, la population du Canada est relativement jeune; elle compte en fait parmi les plus jeunes du monde économiquement développé. La forme générale triangulaire de sa pyramide en 1976 (figure I) est en effet celle d'une population assez jeune, mais le rétrécissement de la base montre que le processus du vieillissement démographique, dont la baisse de la fécondité est la principale cause, est déjà bien engagé. Ce processus, actuellement accompagné d'une baisse de l'immigration, a des conséquences à la fois sur le rythme d'accroissement de la population canadienne et sur sa structure par âge (figure I et tableau 1), deux aspects non négligeables pour les planificateurs des ressources sanitaires et ceux qu'intéresse la prévention.

Dans les années à venir, la planification des ressources sanitaires sera donc autant, sinon davantage, affectée par les changements de structure que par les changements d'effectif de la population. Ceci peut être illustré brièvement à l'aide de l'exemple des journées d'hospitalisation: dans les conditions observées en 1975, on aurait attribué aux personnes âgées 32% des journées d'hospitalisation en 1951 contre 60% en 2031 alors qu'elles ne représentent, à ces deux dates, que 7.8% et 20.2% de la population respectivement (tableau 2).

Le rôle particulier de la fécondité mérite d'être souligné. Son niveau et son évolution déterminent en effet la structure par âge, mais aussi le rythme d'accroissement de la population, puisque la balance des naissances et des décès constitue l'essentiel de la croissance démographique.

[1] Quatre études récentes traitent du lien entre le changement démographique et l'utilisation des services de santé. Voir: **Boulet, J.-A. et Grenier, G.**, *Health Expenditures in Canada and the Impact of Demographic Changes on Future Government Health Insurance Program Expenditures* (Discussion Paper n°. 123), Ottawa, Economic Council of Canada, Octobre 1978, 98 pages; **Lefebvre, L., Zsigmond, Z. et Devereaux, M.**, *Hôpitaux: horizon 2031*, Statistique Canada, n° 83-520F hors série, Ottawa, novembre 1979, 92 pages; **Angus, D.E., Lefebvre, L. A.** et **Strohmenger, C.** "Une analyse des dépenses hospitalières au Canada", Statistique Canada, n°83-522F hors série, Ottawa, mars 1982, 66 pages et **Strohmenger, C.**, "Hospital Expenditures During the Life Cycle: a Health Care Host Indicator", communication présentée au congrès de l'*American Public Health Association*, Montréal, 14-18 novembre 1982.

TABLEAU 1. Évolution de la structure par âge de la population suivant le sexe, Canada, 1951-2001

Sexe et groupe d'âges	1951	1976	2001
		pourcentage	
Hommes:			
0 - 14 ans	30.6	26.4	20.0
15 - 64 "	61.6	66.0	70.2
65 ans et plus	7.8	7.7	9.8
Total	100.0	100.0	100.0
Femmes:			
0 - 14 ans	30.1	24.9	18.5
15 - 64 "	62.2	65.3	67.3
65 ans et plus	7.7	9.8	14.3
Total	100.0	100.0	100.0
Les deux sexes:			
0 - 14 ans	**30.3**	**25.6**	**19.2**
15 - 64 "	**61.9**	**65.7**	**68.7**
65 ans et plus	**7.8**	**8.7**	**12.1**
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Source: **Statistique Canada**, recensements du Canada de 1951 et de 1976, et projection 4 dans "Projections démographiques pour le Canada et les provinces, 1976-2001", n° 91-520 au catalogue, Ottawa, février 1979.

TABLEAU 2. Rythme d'accroissement de la population, vieillissement démographique et journées d'hospitalisation attribuables aux 65 ans et plus, Canada, 1951-2031

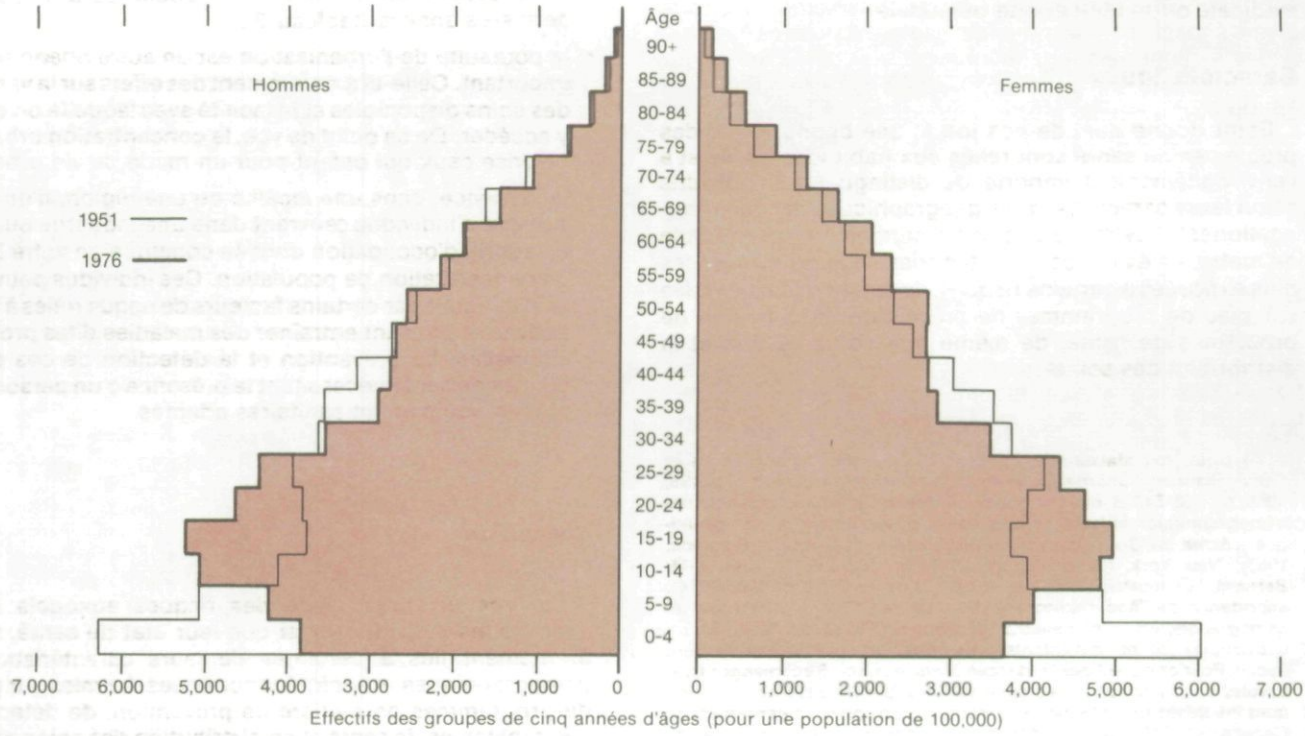
	Population totale		Population de 65 ans et plus	
Année	Effectif[1]	Taux d'accroissement annuel moyen durant la période	Population[1]	Jours d'hospitalisation[2]
	milliers	%	en % du total	
1951	14,009		7.8	32.7
1976	22,993	2.0	8.7	38.1
2001	28,793	0.9	11.9	46.3
2031	30,935	0.2	20.2	60.2

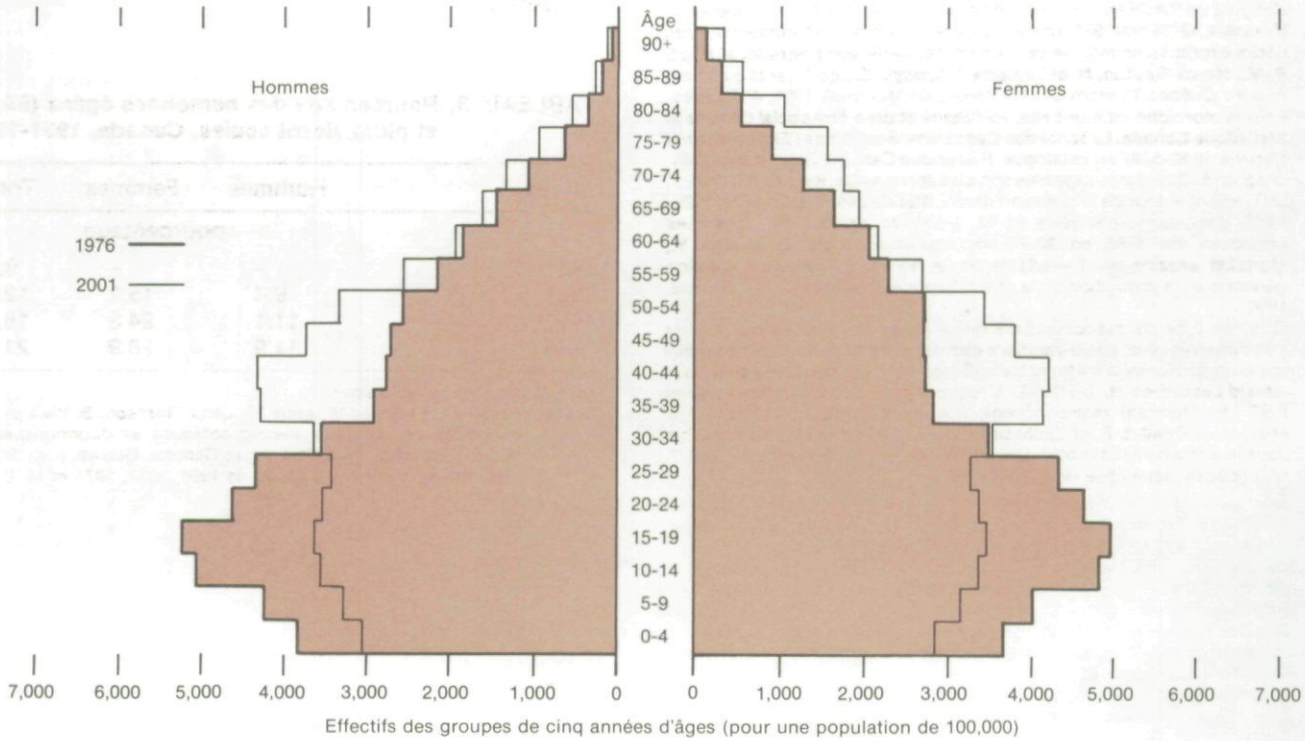
[1] D'après les recensements du Canada de 1951 et de 1976, et la projection démographique utilisée dans **Lefebvre, L.** *et al.*, *op. cit.*, tableau A.1.
[2] Dans les conditions observées en 1975 quant aux taux d'hospitalisation et à la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux. Voir **Lefebvre, L.** *et al.*, *op. cit.*, tableaux 3 et 5.

L'évolution de la fécondité a également des répercussions dans le domaine de la santé. En effet, des travaux, japonais notamment, nous autorisent à penser que la chute brutale de la fécondité, après le début des années soixante, a dû avoir des conséquences sanitaires

Figure I

Évolution de la pyramide des âges de la population du Canada, 1951-2001





[1]Source: Statistique Canada, recensements du Canada de 1951 et de 1976, et projection 4 dans "Projections démographiques pour le Canada et les provinces, 1976-2001", n° 91-520 au catalogue.

favorables[2]. En période de basse fécondité, bien des risques associés au comportement procréateur ont disparu ou sont devenus moins aigus. Mais de nouvelles préoccupations, que reflètent l'organisation et la distribution des services de santé, sont apparues. Citons, à titre d'exemple: la planification familiale, le traitement de la stérilité[3], la stérilisation, l'avortement et la surveillance médicale durant la période périnatale.

Caractéristiques

Étant donné que, de nos jours, une bonne partie des problèmes de santé sont reliés aux habitudes de vie et à l'environnement, il importe de distinguer les individus selon leurs caractéristiques géographiques et socio-économiques[4]. Ces renseignements permettent par exemple de mettre en évidence les catégories de la population les plus exposées à certains risques; ils facilitent ainsi la mise sur pied de programmes de prévention, la détection de problèmes de santé, de même que l'organisation et la distribution des soins[5].

Les exemples qui suivent ne sont que quelques situations spécifiques, parmi tant d'autres, destinées à illustrer ce qui précède:

- la proportion, en particulier chez les personnes âgées, des individus vivant seuls, est un aspect dont il faut tenir compte dans l'organisation du système de soins; or cette proportion a plus que doublé durant les 25 dernières années (tableau 3).
- la poursuite de l'urbanisation est un autre phénomène important. Celle-ci a notamment des effets sur la variété des soins disponibles et la facilité avec laquelle on peut y accéder. De ce point de vue, la concentration urbaine favorise ceux qui optent pour un mode de vie urbain;
- la présence, dans une localité ou une région, d'un fort nombre d'individus œuvrant dans une industrie ou une catégorie d'occupation donnée constitue un autre type de concentration de population. Ces individus peuvent se distinguer par certains facteurs de risque reliés à leur activité et pouvant entraîner des maladies dites professionnelles. La prévention et la détection de ces problèmes de santé nécessitent la présence d'un personnel et d'un équipement sanitaires adaptés.

Conclusion

Le type et l'importance des risques auxquels sont exposés les individus, ainsi que leur état de santé, sont étroitement liés à certaines de leurs caractéristiques démographiques et socio-économiques. La mise sur pied de programmes en matière de prévention, de détection des problèmes de santé et de distribution des soins passe donc par une bonne connaissance de la population desservie.

TABLEAU 3. Pourcentage des personnes âgées (65 ans et plus) vivant seules, Canada, 1951-1976

Année	Hommes	Femmes	Total
	pourcentage		
1951[1]	-	-	9.2
1961	9.4	15.2	12.4
1971	11.1	24.3	18.4
1976	11.9	28.9	21.5

[1]Non disponible selon le sexe.

Source: D'après le tableau VI, page 25, dans: **Harrison, B.** *Vivre seul au Canada: perspectives démographiques et économiques*, n° 98-811 au catalogue, Statistique Canada, Ottawa, juin 1981, et les recensements du Canada de 1951, 1961, 1971 et 1976.

---

[2] À ce sujet, voir **Matsunaga, E.**, "Possible Genetic Consequences of Family Planning", *Journal of the American Medical Association*, vol. 198, 1966, pp. 533-540 et, du même auteur, "Mesures affectant les tendances démographiques et leurs conséquences possibles sur le plan génétique", *Actes du Congrès mondial de la population*, vol. 2, (Belgrade, 1965), New York, Nations-Unies, 1967, pp. 502-506. Et aussi **J.-M. Bernard**, "La mortalité infantile et périnatale au Québec (1965-1974): importance de l'âge maternel et de la parité", *Cahiers québécois de démographie*, vol. 7, n° 3 spécial, décembre 1978, pp. 25-54.

[3] Les couples ont moins d'enfants, mais rares sont ceux qui n'en désirent aucun. Pour ce qui est des tendances observées, voir **Strohmenger, C. et Lavoie, Y.** "Contribution des générations à leur renouvellement: quelques inégalités suivant le niveau d'instruction, d'après le recensement du Canada de 1971", *Cahiers québécois de démographie*, vol. 5, n°3 spécial, décembre 1976, pp. 279-305 et **Strohmenger, C. et Lavoie, Y.** "L'infécondité au Canada: niveau et tendances", communication présentée au *50e Congrès de l'ACFAS* (Section démographie), Université du Québec à Montréal, 12-14 mai 1982; une enquête récente sur la fécondité traite des désirs exprimés, en matière de nombre d'enfants: voir **Henripin, J., Huot, P.-M., Marcil-Gratton, N. et Lapierre-Adamcyk, E.** *Les Enfants qu'on n'a plus au Québec*, Presses de l'Université de Montréal, 1981, 410 pages.

[4] Pour la morbidité différentielle, voir **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**, *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada*, n° 82-538F au catalogue, Statistique Canada, Ottawa, juin 1981, chapitre 6. Quant aux disparités sociales de mortalité, **Russell Wilkins** fait brièvement le tour de la question dans *L'état de santé au Canada, 1926-1976*, document hors série n° 13, Montréal, Institut de recherches politiques, mai 1980, pp. 20-24; voir également **Wigle, D. et Mao, Y.**, *Mortalité urbaine au Canada selon le niveau de revenu*, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1980.

[5] C'est ce type de préoccupation qui a guidé les auteurs du *Dossier démographique et socio-sanitaire des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain* (Étude conduite par **Jaël Mongeau et Gérald Lescarbeault**, de l'INRS - Urbanisation, en collaboration avec les DSC du Montréal métropolitain), novembre 1980, 2 volumes. Voir également **Ouellet, F. et Lachapelle, J.-F.**, "Le rôle de la démographie dans le domaine de la santé", *Cahiers québécois de démographie*, vol. 7, n° 3 spécial, décembre 1978, pp. 5-23.

Chapitre II

Déterminants de l'état de santé

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Le concept mis au point dans le document de Marc Lalonde intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* fait état de quatre catégories qui influent sur l'état de santé:

Habitudes de vie: consiste dans l'ensemble des décisions que prennent des personnes, décisions qui influent sur leur santé et sur lesquelles elles ont plus ou moins de contrôle.

Environnement: comprend toutes les questions relatives à la santé qui sont extérieures au corps humain et sur lesquelles l'individu n'a à peu près pas de contrôle.

Biologie humaine: comprend tous les aspects de la santé, physique et mentale, qui se développent dans le corps humain en raison de la biologie de base de l'homme et de sa constitution organique.

Régime de prestation des soins: consiste dans la quantité, la qualité, l'organisation, la nature et les rapports des personnes et des ressources dans la prestation des soins médicaux.

Ainsi l'usage du tabac, la ville où l'on vit, les prédispositions de ses parents à la maladie, les établissements de santé et le personnel médical disponible pourraient influer sur l'état de santé.

Le présent chapitre porte surtout sur les habitudes de vie, soit les aspects qu'on contrôle jusqu'à un certain point. La consommation de stupéfiants figure parmi les sujets traités pour rappeler au lecteur son influence sur l'état de santé. Les risques associés à l'environnement et les risques professionnels n'ont pas été examinés, car il n'existe pas à l'heure actuelle de données exhaustives à l'échelle nationale; cela ne diminue l'importance de ces sujets, mais témoigne de l'absence de données. Les effets sur l'état de santé des initiatives politiques et économiques comme les lois sur le port du casque de motocyclette, les lois sur la conduite en état d'ébriété, les taxes et restrictions sur l'alcool et les cigarettes, les subventions accordées pour l'essence et/ou le transport en commun et le prix des aliments ne font pas partie de l'étude.

Les renseignements portent sur un certain nombre de facteurs déterminants pour l'état de santé, mais l'interdépendance complexe entre chacun des facteurs de risques n'a pas fait l'objet d'un examen. On traite plutôt des risques. Dans de nombreux cas, le temps écoulé entre l'exposition et le début possible d'un état est très long C'est pourquoi la plupart des données présentées ici ne traduisent pas l'état de santé en cours, mais plutôt les problèmes de santé potentiels.

ALCOOL

Alcool et santé

En quantité modérée, la consommation de boissons alcoolisées ne semble pas présenter de danger pour la santé[1]. Mais au-delà d'un certain niveau, variable selon les individus, l'absorption d'alcool devient nocive.

L'ivresse augmente surtout les risques de morbidité et de mortalité liées aux accidents, ceux de la route notamment. Mais l'alcoolisme, cette "dépendance" à l'égard de l'alcool, a des conséquences plus profondes; elle est "surtout à l'origine d'une dégradation de l'individu qui le retranche progressivement de la vie sociale et professionnelle et, avant qu'il en soit lui-même la victime, fait des victimes"[2]. En plus des accidents de la circulation, l'alcoolique est ainsi exposé à une foule d'autres risques pouvant endommager sa santé physique et mentale. Retenons-en quelques exemples: cirrhose du foie, apparition de divers cancers, conflits dans la vie sociale (familiale, entre autres) et professionnelle (accidents du travail, baisse du rendement, perte d'emploi), psychoses alcooliques, suicides, etc.

Morbidité et mortalité

Il est difficile de quantifier la morbidité et la mortalité dues à l'abus de l'alcool, celui-ci en étant parfois une cause directe, mais le plus souvent une cause indirecte.

Le nombre des alcooliques était estimé à 635,000 en 1978, soit un buveur adulte sur 20; cet effectif a donc plus que doublé depuis 1965. On estime à 1.4 million, soit un buveur adulte sur 10, le nombre des individus souffrant d'un handicap dû à l'alcool[3].

Quant à la mortalité on note, qu'en 1978, la consommation d'alcool a été un facteur immédiat dans 2,520 cas (alcoolisme, névrose alcoolique, etc.), une cause indirecte dans 5,668 cas (accidents de la route, chutes, etc.). Il a été d'autre part établi que dans 10,142 autres cas de décès, l'alcool pouvait avoir joué un rôle. Le nombre total des décès liés à la consommation d'alcool s'établit donc à plus de 18,000 en 1978[4], soit 10.9% de l'ensemble des décès au Canada[5].

---

[1] En fait, des études associent même une consommation modérée d'alcool à un bon état de santé. Voir, par exemple, **Belloc, N.B.**, "Relationship of Health Practices and Mortality", *Preventive Medicine*, vol. 2, 1973, pp. 67-81, et **Belloc, N.B. et Breslow, L.**, "Relationship of Physical Health Status and Health Practice", *Preventive Medicine*, vol. 1, 1972, pp. 409-421.

[2] **J. Le Magnen**, "L'alcoolisme", *La Recherche*, vol. 11, 115, octobre 1980, p. 1 182. Voir aussi: **Organisation mondiale de la santé**, *Problems related to alcohol consumption*, Rapport technique n° 650, Genève, OMS, 1980, 72 pages.

[3] **Comité d'experts des statistiques sur l'alcool**. *Rapport spécial sur la statistique concernant l'alcool* (Version sommaire), n° de catalogue H39-12/1981, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1981, p. 13.

[4] *Idem*, p. 15.

[5] Une étude portant sur l'année 1974 avait proposé une estimation, jugée conservatrice: entre le 1er et le 70e anniversaire, 6.4% des décès et 10% des années potentielles de vie perdues seraient attribuables à une consommation excessive d'alcool. Voir **B. Ouellet, J.-M. Romeder et J.-M. Lance**, *Mortalité prématurée attribuable au tabac et à l'alcool au Canada*, volume I, note de recherche 77-5, Planification à long terme (santé), Santé et Bien-être social Canada, novembre 1977, tableau 17.

Consommation: niveau et tendances

Des efforts ont été faits, à diverses époques et dans différents pays, pour limiter l'usage de l'alcool. Malgré cela on constate que, sauf pour la France où elle était déjà très élevée, la consommation d'alcool a beaucoup augmenté durant les trente dernières années dans les pays pour lesquels on dispose de statistiques[6]. Mais on observe, dans l'ensemble, une stabilisation de la consommation depuis 1975 (tableau 4). Le Canada, où la consommation a doublé depuis 1950, occupe une position moyenne parmi les pays sélectionnés.

TABLEAU 4. Consommation annuelle d'alcool pur, en litres par habitant, pour quelques pays, 1950-1979

Pays	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1979
	litres d'alcool pur						
France	18.7	20.3	19.0	18.5	17.4	17.1	15.8
République Fédérale de l'Allemagne	3.3	5.3	7.5	10.2	11.5	12.5	12.8
Italie	9.5	12.1	12.5	13.3	14.2	13.3	12.2
Pays-Bas	2.1	2.1	2.6	4.2	5.6	8.8	9.3
Canada	4.4	4.7	4.9	5.6	6.5	8.4	8.7
États-Unis	5.5	5.2	5.3	5.8	6.9	7.9	8.5
Royaume-Uni	4.0	3.9	4.3	4.8	5.4	7.0	7.9
Suède	3.9	4.3	4.0	4.7	5.8	6.4	6.0
Norvège	2.2	2.3	2.6	2.8	3.6	4.3	4.4

Source: **Brown, M. et Wallace, P.** *International Survey. Alcoholic Beverage Taxation and Control Policies* (Quatrième édition), Ottawa, Brewers Association of Canada, novembre 1980.

En même temps qu'une augmentation de la consommation d'alcool, la période 1950-1979 a vu se modifier les habitudes de consommation. La part des spiritueux et des vins a substantiellement augmenté au détriment de la bière (tableau 5).

Le tableau 6 renseigne sur le niveau de la consommation d'alcool selon la province, par type de boisson. Les adultes canadiens consomment, en moyenne 11.5 litres[7] d'alcool pur par an; ce volume varie selon les régions et est plus élevé que la moyenne en Alberta, en Colombie-Britannique et dans les Territoires. Près de la moitié de la consommation nationale trouve sa source dans la bière, suivie de près par les spiritueux, le vin ne fournissant qu'un peu moins de 15% de l'alcool consommé. On notera que dans l'ensemble des provinces situées à l'Est du Manitoba, la bière prédomine surtout alors que dans les territoires et les provinces de l'Ouest, ce sont les spiritueux qui l'emportent.

TABLEAU 5. Distribution en pourcentage de l'alcool pur consommé, selon le type de boisson, Canada, 1950-1979

Année	Spiritueux	Bière	Vin	Total
	pourcentage			
1950	29.0	64.9	6.1	100.0
1960	31.1	61.9	7.0	100.0
1970	33.3	56.9	9.8	100.0
1979	37.2	50.6	12.2	100.0

Source: **Brown, M. et Wallace, P.** *International Survey. Alcoholic Beverage Taxation and Control Policies* (Quatrième édition), Ottawa, Brewers Association of Canada, novembre 1980, Appendice I, p. 56.

TABLEAU 6. Consommation annuelle d'alcool pur par adulte (15 ans et plus), selon le type de boisson, Canada et provinces, 1978-1979

Province	Bière	Vin	Spiritueux	Total
	litres			
Terre-Neuve	6.2	0.5	3.9	10.6
Île-du-Prince-Édouard	5.2	0.8	5.1	11.1
Nouvelle-Écosse	4.9	1.0	4.4	10.3
Nouveau-Brunswick	5.1	0.8	3.4	9.3
Québec	6.1	1.9	2.8	10.8
Ontario	5.6	1.6	4.4	11.6
Manitoba	4.5	1.3	5.1	10.9
Saskatchewan	4.7	0.9	4.6	10.2
Alberta	5.0	1.8	6.3	13.1
Colombie-Britannique	4.7	2.6	5.9	13.2
Yukon	8.6	3.0	9.7	21.3
Territoires du Nord-Ouest	5.5	1.5	7.1	14.1
CANADA	**5.5**	**1.7**	**4.3**	**11.5**

Source: Calculé d'après **Statistique Canada,** *Le contrôle et la vente des boissons alcooliques au Canada, 1978* n° 63-202 au catalogue (annuel), Ottawa, novembre 1980, tableaux 8 à 8C, à l'aide des concentrations suivantes en alcool pur: bière (5%); vin (16%) et spiritueux (40%).

Consommation d'alcool et caractéristiques des individus

Les quantités ci-dessus proviennent de statistiques sur les ventes dont on ne peut déduire qu'une consommation moyenne. Pour connaître les caractéristiques des individus selon leurs habitudes de consommation, il faut avoir recours aux enquêtes; l'Enquête Santé Canada (1978-1979) présente l'avantage d'être récente et de recueillir de nombreuses caractéristiques auprès des habitants de chacune des provinces[8].

Le tableau 7 révèle que deux tiers environ des adultes prennent au moins une consommation par mois[9]: trois

[6] Cette évolution est d'autant plus inquiétante qu'un lien a été établi entre la consommation moyenne d'alcool dans une population et la proportion de buveurs excessifs qu'elle renferme. Voir à ce sujet: **Popham, R.**, "The Jellinek Alcoholism Estimation Formula and its Application to Canadian Data", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 1956, pp. 559-593.
Ce chiffre ne concorde pas avec celui du tableau 5. En effet, dans le tableau 6, la consommation est rapportée à la population adulte (15 ans et plus), alors que pour les comparaisons internationales le dénominateur était la population totale.

[8] Voir *La Santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, pp. 23-42. Mentionnons également le "Canadian Facts Survey", dont les résultats ont été analysés par **McGregor, Betty,** "Alcohol Consumption in Canada - Some Preliminary Findings of a National Survey in Nov.-Dec. 1976", Direction de l'usage non médical des drogues, Santé et Bien-être social Canada, juillet 1978.

[9] C'est-à-dire sont des "buveurs actuels". Une consommation équivaut à une petite bouteille de bière (12 onces) ou un petit verre de vin (4 à 5 onces) ou un verre de liqueur forte ou de spiritueux (1 à 1.5 onces).

TABLEAU 7. Population de 15 ans et plus, selon le genre de buveur, le volume hebdomadaire d'alcool consommé, l'âge et le sexe, Canada, 1978-1979

		Genre de buveur										
						Buveurs actuels et volume d'alcool consommé						
		Total	N'a jamais bu	Ancien buveur	Buveur occasionnel	Total	Moins de 1 consommation	1-6 consommations	7-13 consommations	14 consommations et plus	Volume hebdomadaire inconnu	Genre de buveur inconnu
		en milliers										
15 ans et plus:												
Les deux sexes	Nbre	17,492	2,008	653	2,642	11,418	1,352	4,585	2,306	2,092	1,082	771
	%	100.0	11.5	3.7	15.1	65.3	7.7	26.2	13.2	12.0	6.2	4.4
Hommes	Nbre	8,584	584	377	841	6,453	580	2,137	1,467	1,667	603	329
	%	100.0	6.8	4.4	9.8	75.2	6.8	24.9	17.1	19.4	7.0	3.8
Femmes	Nbre	8,907	1,424	276	1,801	4,965	772	2,448	839	425	480	442
	%	100.0	16.0	3.1	20.2	55.7	8.7	27.5	9.4	4.8	5.4	5.0
15-19:												
Hommes	Nbre	1,187	188	16	163	721	120	267	132	149	52	100
	%	100.0	15.8	1.3	13.7	60.7	10.1	22.5	11.2	12.6	4.4	8.4
Femmes	Nbre	1,146	238	36	212	597	105	272	116	63	41	62
	%	100.0	20.8	3.1	18.5	52.1	9.1	23.7	10.2	5.5	3.6	5.4
20-24:												
Hommes	Nbre	1,106	38	23	63	965	81	283	230	343	28	18
	%	100.0	3.4	2.1	5.7	87.2	7.3	25.5	20.8	31.0	2.5	1.6
Femmes	Nbre	1,108	79	29	187	789	147	403	131	90	18	24
	%	100.0	7.2	2.6	16.9	71.1	13.2	36.4	11.8	8.1	1.6	2.2
25-44:												
Hommes	Nbre	3,230	109	114	318	2,626	188	910	628	699	202	63
	%	100.0	3.4	3.5	9.8	81.3	5.8	28.2	19.4	21.6	6.2	1.9
Femmes	Nbre	3,242	270	91	719	2,073	318	1,106	355	162	132	89
	%	100.0	8.3	2.8	22.2	63.9	9.8	34.1	10.9	5.0	4.1	2.8
45-64:												
Hommes	Nbre	2,174	122	136	175	1,664	131	554	371	390	217	77
	%	100.0	5.6	6.2	8.1	76.5	6.0	25.5	17.1	18.0	10.0	3.6
Femmes	Nbre	2,279	449	74	438	1,174	146	550	195	93	191	144
	%	100.0	19.7	3.2	19.2	51.5	6.4	24.1	8.6	4.1	8.4	6.3
65 et plus:												
Hommes	Nbre	887	127	89	122	478	60	124	105	85	104	71
	%	100.0	14.3	10.0	13.8	53.9	6.7	13.9	11.9	9.6	11.8	8.0
Femmes	Nbre	1,132	388	45	245	332	57	117	42	18	97	122
	%	100.0	34.2	4.0	21.6	29.3	5.0	10.4	3.7	1.6	8.6	10.8

Source: Santé et Bien-être social et Statistique Canada, *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada,* n° 82-538F au catalogue, Ottawa, juin 1981, tableau 1.

hommes sur quatre contre un peu plus d'une femme sur deux. Au-delà de 20 ans la proportion des "buveurs actuels" décroît avec l'âge mais est toujours supérieure chez les hommes. On retrouve la même tendance selon l'âge si l'on isole ceux qui prennent au moins 14 consommations par semaine, mais la différence selon le sexe est alors accentuée. Notons, au passage, qu'il faut se montrer prudent lors de l'interprétation de telles données. En effet, on serait tenté ici de dire que la proportion des "buveurs actuels" décroît avec l'âge. Or le tableau 7 ne fait que nous renseigner sur des individus observés à un moment donné, mais appartenant à différents groupes de générations. Donc, si l'on s'intéresse, par exemple, à l'ensemble des 15-19 ans au moment de l'enquête, rien ne permet d'affirmer, au vu des résultats de l'enquête, que la proportion des "buveurs actuels" qu'il renferme diminuera lorsqu'ils avanceront en âge; on pourrait même envisager que le contraire se produise.

La catégorie de ceux qui n'ont "jamais bu" présente un intérêt particulier: c'est en effet la seule qui ne puisse évoluer qu'à la baisse lorsque les intéressés avancent en âge. Or cette proportion est plus basse chez les jeunes (20-24 ans) que chez leurs aînés, la différence étant très marquée chez les femmes. Si l'on peut se fier à ces résultats, cela indiquerait que, à mesure que l'on passe des anciennes générations aux plus jeunes, de moins en moins d'individus - surtout chez les femmes - ont été entièrement soustraits aux risques que présente la consommation d'alcool.

La proportion des buveurs réguliers n'est pas la même dans toutes les régions; elle augmente en fait d'Est en Ouest: environ un adulte sur deux dans les provinces de l'Atlantique, trois sur quatre en Colombie-Britannique. La proportion de ceux qui boivent 14 consommations ou plus par semaine est également plus élevée à l'Ouest qu'à l'Est (tableau 8).

D'autres facteurs, tels que l'activité principale et le revenu permettent de différencier les individus. Ceux qui ont un emploi se distinguent nettement puisque, parmi eux, trois sur quatre boivent régulièrement, contre un sur deux environ chez ceux qui restent au foyer, étudient ou sont à la retraite (tableau 9). Le revenu semble également déterminant: la proportion des buveurs réguliers est nettement plus élevée dans les tranches de revenu supérieures, quel que soit le sexe (tableau 10).

On peut aussi se demander s'il existe un lien entre la santé mentale et le fait de boire. En combinant les données obtenues grâce à l'échelle de Bradburn[10] et les habitudes de consommation, on aboutit au tableau 11. Il en ressort essentiellement que, si l'on excepte les 15-19 ans, on observe toujours une proportion plus grande de "buveurs actuels" chez les individus ayant un équilibre affectif positif, par rapport à ceux dont l'équilibre affectif est négatif. Il n'est évidemment pas possible d'en déduire un rapport de cause à effet, puisqu'on ne sait pas dans quel sens joue la relation.

Conclusion

En dépit de ses effets négatifs pour la santé, la consommation d'alcool a connu une rapide augmentation au cours de la dernière décennie; de plus, cette consommation s'oriente de plus en plus vers des boissons à forte teneur en alcool.

On a estimé qu'entre 1970 et 1978 (*Rapport spécial sur la statistique concernant l'alcool*), le nombre des alcooliques a augmenté à un rythme annuel moyen de 7%. Des tendances inquiétantes sont apparues lors d'enquêtes récentes: l'augmentation la plus marquée de la consommation se produit chez les adolescents des deux sexes; d'autre part, l'augmentation de la consommation est plus accentuée chez les femmes que chez les hommes.

[10] L'échelle d'équilibre affectif de Bradburn a servi de critère pour évaluer globalement l'équilibre des individus. Ceux-ci ont ainsi été répartis en trois catégories, selon que dominaient les états d'esprit positifs, les états d'esprit négatifs ou qu'ils se situaient entre ces deux extrêmes. À ce sujet, voir *La santé des Canadiens, op. cit. p. 133, et* **Bradburn, N.M.** *The Structure of Psychological Well-being*, Chicago, Aldine Publishing Co., 1969.

TABLEAU 8. Distribution en pourcentage de la population de 15 ans et plus, suivant le type de buveur et le volume hebdomadaire d'alcool consommé, Canada et régions, 1978-1979

Régions	Total	Jamais bu	Ancien buveur	Buveur occasionnel	Nombre de consommations par semaine (buveurs actuels)						Type de buveur inconnu
					Total	0	1-6	7-13	14+	Inconnu	
Canada	100.0	11.5	3.7	15.1	65.3	7.7	26.2	13.2	12.0	6.2	4.4
Atlantique	100.0	19.6	5.4	13.3	54.7	9.9	20.1	9.0	8.2	7.4	7.0
Québec	100.0	10.6	3.2	18.5	63.4	7.9	29.1	10.8	10.1	5.6	4.3
Ontario	100.0	11.8	3.3	14.7	65.4	7.5	25.1	14.5	12.1	6.3	4.7
Prairies	100.0	9.7	4.3	14.4	68.5	6.8	27.8	14.3	13.6	5.9	3.1
Colombie-Britannique	100.0	8.4	4.4	10.5	73.2	-	25.5	16.7	16.8	-	3.5

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit., tableau 2.*

TABLEAU 9. Population de 15 ans et plus, selon le genre de buveur, le volume hebdomadaire d'alcool consommé, l'activité principale, Canada, 1978-1979

Activité principale		Genre de buveur										
						Buveurs actuels et volume d'alcool consommé						
		Total	N'a jamais bu	Ancien buveur	Buveur occasionnel	Total	Moins de 1 consommation	1-6 consommations	7-13 consommations	14 consommations et plus	Volume hebdomadaire inconnu	Genre de buveur inconnu
		en milliers										
Total	Nbre	**17,492**	**2,008**	**653**	**2,642**	**11,418**	**1,352**	**4,585**	**2,306**	**2,092**	**1,082**	**771**
	%	**100.0**	**11.5**	**3.7**	**15.1**	**65.3**	**7.7**	**26.2**	**13.2**	**12.0**	**6.2**	**4.4**
Actif	Nbre	9,114	535	303	1,049	6,993	633	2,724	1,536	1,542	558	235
	%	100.0	5.9	3.3	11.5	76.7	6.9	29.9	16.9	16.9	6.1	2.6
Au foyer	Nbre	4,240	753	159	963	2,117	346	1,008	338	155	270	248
	%	100.0	17.8	3.8	22.7	49.9	8.2	23.8	8.0	3.6	6.4	5.8
Aux études	Nbre	2,209	406	42	360	1,258	227	550	224	190	67	142
	%	100.0	18.4	1.9	16.3	57.0	10.3	24.9	10.1	8.6	3.0	6.4
A la retraite	Nbre	1,359	256	111	199	673	91	187	146	109	141	120
	%	100.0	18.8	8.2	14.6	49.5	6.7	13.7	10.7	8.0	10.4	8.9
Autres	Nbre	571	59	38	71	377	55	116	63	97	46	26
	%	100.0	10.4	6.6	12.5	66.1	9.7	20.3	11.1	16.9	8.1	4.5

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 2.

Tabac

L'usage du tabac n'est pas nouveau. Mais c'est au début de notre siècle que cette pratique s'est répandue, chez les hommes en particulier - sous la forme de cigarettes notamment - provoquant ainsi une demande mondiale sans cesse croissante.

Tabac et santé

Cette consommation de tabac s'est accompagnée de symptômes volontiers attribués à la toxicité du tabac. Mais il a fallu plusieurs décennies avant de disposer d'une documentation détaillée sur les effets nocifs du tabagisme, notamment en raison de l'apparition généralement tardive de ces symptômes. Ainsi, dans les années vingt, des rapports reliant la consommation de cigarettes au cancer du poumon ont commencé à paraître. Mais ce n'est qu'après la Deuxième Guerre Mondiale, alors que les cas mortels de cancer du poumon atteignaient des proportions épidémiques, que des études suivies furent entreprises[11].

Récemment, un comité d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait le point sur les données les plus récentes et a réuni la somme des informations accumulées depuis des années sur le rôle pathogène du tabac dont nous ne donnons ci-dessous qu'un aperçu[12].

Parmi les maladies généralement associées au tabagisme, les cancers sont celles qui viennent tout d'abord à l'esprit. Ceux de la région pulmonaire seraient, dans l'immense majorité des cas, dus à l'habitude de fumer et, selon un document de l'OMS[13], le lien de cause à effet est désormais clairement démontré. D'autres types de cancers (cavité buccale, larynx, œsophage, vessie, etc.) peuvent être causés par l'usage du tabac. Signalons enfin le rôle synergique que la consommation d'alcool joue avec le tabac pour un certain nombre de cancers.

Le rôle du tabac dans l'apparition des maladies cardiovasculaires est peut-être moins connu du public[14]. Pourtant, "si l'usage de la cigarette n'est que l'un des nombreux

[11] Ce qui précède est largement inspiré d'un document préparé en collaboration par la Direction générale de la planification à long terme (santé) et la Direction de l'usage non médical des drogues: *Le tabac et la santé au Canada*, note de recherche nº 77-3, Planification à long terme (santé), Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, mars 1977, pp. 7-10.

[12] Ce qui suit, concernant le rôle pathogène du tabac, est surtout tiré de: **Organisation Mondiale de la santé**, "La lutte contre l'épidémie de tabagisme" (Rapport du Comité OMS d'experts de la lutte antitabac), *Série de Rapports techniques*, nº 636, (OMS, Genève), 1979, pp. 9-30.

[13] Relevé épidémiologique hebdomadaire, juin 1979.

[14] Il importe de noter que le tabac cause davantage de décès par maladies ischémiques du cœur que par cancer. Voir, par exemple, **Ouellet, B., Romeder, J.-M. et Lance, J.-M.**, *Mortalité attribuable au tabac et à l'alcool au Canada*, note de recherche 77-5, Planification à long terme (santé), Santé et Bien-être social Canada, novembre 1977 (vol. I) et mars 1978 (vol. II).

TABLEAU 10. Population de 15 ans et plus, selon le genre de buveur et le volume hebdomadaire d'alcool consommé, le sexe et les quintiles de revenu des familles économiques, Canada, 1978-1979

Quintiles de revenu des familles économiques		Genre de buveur						
				Buveurs actuels et volume hebdomadaire d'alcool consommé				
		Total	Occasionnel et non-buveur	Total	Moins de 7 consommations	7 consommations et plus	Volume hebdomadaire inconnu	Genre de buveur inconnu
		en milliers						
Les deux sexes:								
Total	Nbre	**17,492**	**5,303**	**11,418**	**5,937**	**4,399**	**1,082**	**771**
	%	**100.0**	**30.3**	**65.3**	**33.9**	**25.1**	**6.2**	**4.4**
Premier quintile	Nbre	**3,025**	**1,235**	**1,565**	**877**	**476**	**212**	**225**
	%	**100.0**	**40.8**	**51.7**	**29.0**	**15.7**	**7.0**	**7.4**
Deuxième quintile	Nbre	**2,965**	**1,057**	**1,736**	**880**	**628**	**228**	**172**
	%	**100.0**	**35.6**	**58.6**	**29.7**	**21.2**	**7.7**	**5.8**
Troisième quintile	Nbre	**3,018**	**958**	**1,937**	**1,039**	**707**	**191**	**123**
	%	**100.0**	**31.8**	**64.2**	**34.4**	**23.4**	**6.3**	**4.1**
Quatrième quintile	Nbre	**3,505**	**992**	**2,377**	**1,219**	**988**	**170**	**137**
	%	**100.0**	**28.3**	**67.8**	**34.8**	**28.2**	**4.9**	**3.9**
Cinquième quintile	Nbre	**4,026**	**780**	**3,170**	**1,599**	**1,362**	**210**	**75**
	%	**100.0**	**19.4**	**78.7**	**39.7**	**33.8**	**5.2**	**1.9**
Revenu inconnu	Nbre	**952**	**280**	**633**	**324**	**238**	**71**	**39**
	%	**100.0**	**29.4**	**66.4**	**34.0**	**25.0**	**7.5**	**4.1**
Hommes:								
Total	Nbre	8,584	1,802	6,453	2,716	3,134	603	329
	%	100.0	21.0	75.2	31.6	36.5	7.0	3.8
Premier quintile	Nbre	1,271	379	813	387	319	107	79
	%	100.0	29.8	64.0	30.5	25.1	8.4	6.2
Deuxième quintile	Nbre	1,415	362	985	401	461	124	67
	%	100.0	25.6	69.6	28.3	32.5	8.8	4.8
Troisième quintile	Nbre	1,471	305	1,113	482	513	118	53
	%	100.0	20.7	75.7	32.7	34.9	8.0	3.6
Quatrième quintile	Nbre	1,751	339	1,341	551	707	84	70
	%	100.0	19.4	76.6	31.5	40.4	4.8	4.0
Cinquième quintile	Nbre	2,187	311	1,836	747	963	126	39
	%	100.0	14.2	84.0	34.2	44.0	5.8	1.8
Revenu inconnu	Nbre	489	105	363	148	171	44	20
	%	100.0	21.5	74.3	30.3	35.1	9.0	4.2
Femmes:								
Total	Nbre	8,907	3,501	4,965	3,220	1,265	480	442
	%	100.0	39.3	55.7	36.2	14.2	5.4	5.0
Premier quintile	Nbre	1,754	856	752	490	157	105	146
	%	100.0	48.8	42.9	27.9	9.0	6.0	8.3
Deuxième quintile	Nbre	1,549	694	751	479	168	104	104
	%	100.0	44.8	48.5	30.9	10.8	6.7	6.7
Troisième quintile	Nbre	1,547	653	824	557	193	73	70
	%	100.0	42.2	53.2	36.0	12.5	4.7	4.5
Quatrième quintile	Nbre	1,755	652	1,035	668	281	87	67
	%	100.0	37.2	59.0	38.0	16.0	4.9	3.8
Cinquième quintile	Nbre	1,838	469	1,334	851	399	83	36
	%	100.0	25.5	72.5	46.3	21.7	4.5	2.0
Revenu inconnu	Nbre	463	175	269	176	66	27	19
	%	100.0	37.8	58.1	37.9	14.3	5.9	4.1

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 6.

TABLEAU 11. Population de 15 ans et plus selon le genre de buveur, l'âge et l'échelle d'équilibre affectif, Canada, 1978-1979

Échelle d'équilibre affectif		Genre de buveur			
		Total	Buveur actuel	Buveur occasionnel et non-buveur	Inconnu
		en milliers			
15 ans et plus:					
Total	Nbre	**17,492**	**11,418**	**5,303**	**771**
	%	**100.0**	**65.3**	**30.3**	**4.4**
Positif	Nbre	**7,956**	**5,383**	**2,299**	**273**
	%	**100.0**	**67.7**	**28.9**	**3.4**
Partagé	Nbre	**7,081**	**4,719**	**2,137**	**225**
	%	**100.0**	**66.6**	**30.2**	**3.2**
Négatif	Nbre	**770**	**458**	**280**	**32**
	%	**100.0**	**59.5**	**36.4**	**4.1**
Inconnu	Nbre	**1,686**	**858**	**587**	**241**
	%	**100.0**	**50.9**	**34.8**	**14.3**
15-19:					
Total	Nbre	2,333	1,318	853	162
	%	100.0	56.5	36.6	6.9
Positif	Nbre	951	518	370	64
	%	100.0	54.4	38.9	6.7
Partagé	Nbre	1,156	670	412	73
	%	100.0	58.0	35.7	6.3
Négatif	Nbre	123	80	34	--
	%	100.0	65.3	27.7	--
Inconnu	Nbre	103	50	37	17
	%	100.0	48.1	35.7	16.1
20-24:					
Total	Nbre	2,215	1,753	419	42
	%	100.0	79.2	18.9	1.9
Positif	Nbre	1,028	836	179	--
	%	100.0	81.4	17.4	--
Partagé	Nbre	1,006	804	188	--
	%	100.0	79.9	18.7	--
Négatif	Nbre	92	57	34	--
	%	100.0	62.5	36.6	--
Inconnu	Nbre	90	56	18	--
	%	100.0	62.6	20.5	--
25-44:					
Total	Nbre	6,472	4,699	1,621	152
	%	100.0	72.6	25.0	2.4
Positif	Nbre	3,087	2,318	724	46
	%	100.0	75.1	23.4	1.5
Partagé	Nbre	2,753	1,997	703	52
	%	100.0	72.5	25.6	1.9
Négatif	Nbre	267	184	73	--
	%	100.0	68.9	27.5	--
Inconnu	Nbre	365	201	120	44
	%	100.0	55.0	32.9	12.1
45-64:					
Total	Nbre	4,453	2,838	1,394	221
	%	100.0	63.7	31.3	5.0
Positif	Nbre	2,076	1,371	620	85
	%	100.0	66.0	29.9	4.1
Partagé	Nbre	1,562	1,012	507	43
	%	100.0	64.8	32.5	2.8
Négatif	Nbre	180	102	71	7
	%	100.0	56.5	39.5	4.1
Inconnu	Nbre	634	353	196	86
	%	100.0	55.6	30.9	13.5
65 et plus:					
Total	Nbre	2,019	810	1,016	193
	%	100.0	40.1	50.3	9.6
Positif	Nbre	813	340	407	66
	%	100.0	41.8	50.0	8.2
Partagé	Nbre	604	236	326	42
	%	100.0	39.1	53.9	7.0
Négatif	Nbre	108	35	68	--
	%	100.0	32.4	62.8	--
Inconnu	Nbre	493	198	215	79
	%	100.0	40.2	43.7	16.1

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 10.

facteurs de risque qui prédisposent aux cardiopathies ischémiques, c'est l'un des plus importants et c'est le plus facilement modifiable"[15]. Notons à titre d'exemple que, chez les femmes, l'usage conjoint de la cigarette et de pilules contraceptives augmente considérablement le risque cardio-vasculaire.

Les maladies broncho-pulmonaires non-cancéreuses sont aussi plus fréquentes et mettent plus de temps à guérir chez les fumeurs.

Le tabagisme est aussi la source de problèmes spécifiques à la vie professionnelle. Parmi eux citons le surabsentéisme caractérisé des fumeurs et les accidents (incendies et explosions notamment). Mentionnons également certaines maladies reliées au type d'activité, celles qui frappent les travailleurs de l'amiante, par exemple.

L'usage du tabac a malheureusement aussi des effets néfastes sur la santé des non-fumeurs. Citons, dans le cas des femmes enceintes qui fument, les effets nocifs du tabac sur la croissance du fœtus[16]. Une vaste enquête citée par l'OMS révèle une surmortalité périnatale importante - 28%! - chez les nourrissons des mères qui fument[17]. De plus, les enfants de fumeurs vivent nécessairement dans une atmosphère enfumée. Cette inhalation involontaire de la fumée de tabac est aussi le lot de nombreux individus qui, souvent contre leur gré, évoluent dans le même environnement que des fumeurs.

Consommation: niveau et tendances

Malgré ces effets du tabac, dont certains sont bien connus du public, la consommation moyenne des individus de plus de 15 ans est, pour les années connues, en constante augmentation. À cet égard on remarque que, parmi les pays pour lesquels on dispose de statistiques, seuls les États-Unis dépassent la consommation moyenne du Canada qui représente plus du double de celle de la Suède (tableau 12). Dans le cas du Canada, la consommation moyenne des adultes semble se stabiliser chez les hommes, tandis qu'elle continue à croître chez les femmes (tableau 13).

Mais il ne s'agit là que de moyennes; en réalité un tiers environ des adultes canadiens fumaient régulièrement (c'est-à-dire tous les jours) en 1979: moins de quatre hommes sur 10; trois femmes sur 10[18] (tableau 14). Alors que la tendance générale des dernières années a été une baisse du pourcentage des fumeurs, on s'aperçoit que la situation en 1979 est en fait le résultat d'une évolution très différente selon le sexe: la baisse de la proportion des fumeurs masculins a en effet été déterminante, puisque le pourcentage des femmes qui fument quotidiennement n'a pratiquement pas changé durant les quinze dernières années. Cependant cette baisse, parmi les adultes, de la proportion des fumeurs réguliers semble s'accompagner d'une augmentation du nombre de cigarettes consommées quotidiennement par ces fumeurs[19].

TABLEAU 12. Consommation annuelle de cigarettes par adulte pour quelques pays du monde, 1935, 1950, 1965 et 1973

Pays	1935	1950	1965	1973
	nombre			
États-Unis	1,450	3,240	3,800	3,850
Canada	700	1,790	3,310	3,450
Suisse	540	1,500	3,050	3,370
Japon	880	1,220	2,350	3,240
Royaume-Uni	1,590	2,180	2,680	3,230
Italie	450	660	1,540	1,930
France	530	930	1,510	1,920
Suède	380	810	1,360	1,580

Source: Extrait du tableau 1 de l'annexe A, dans "La lutte contre l'épidémie de tabagisme", *op. cit.*, pp. 92-93.

TABLEAU 13. Consommation annuelle de cigarettes par adulte (15 ans et plus), selon le sexe, Canada, 1931-1975

Période de cinq ans	Hommes	Femmes
	nombre de cigarettes	
1931-35	1,113	78
1936-40	1,480	177
1941-45	2,194	378
1946-50	2,817	640
1951-55	3,060	881
1956-60	4,058	1,452
1961-65	4,448	1,909
1966-70	4,426	2,255
1971-75	4,311	2,592

Source: Extrait du tableau 3 de l'étude de **Todd, G.F.** *An Estimate of Manufactured Cigarette Consumption in Canada by Sex, Age and Cohort, 1921-1975*, Publication n° 1, WHO Collaborating Centre for Reference on the Assessment of Smoking Habits, Faculty of Mathematics, University of Waterloo, juin 1979.

En matière de lutte contre le tabagisme, le cas des 15-19 ans est d'un intérêt particulier puisque l'habitude de fumer est en général prise tôt dans la vie. Le tableau 14 montre qu'après une période de baisse importante chez les hommes, de hausse nette chez les femmes, la proportion

[15] "La lutte contre l'épidémie de tabagisme", *op. cit.*, p. 18.

[16] Voir **Meyer, M., Jonas, B. and Tonascin, J.** "Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy", *American Journal of Epidemiology*, vol. 103, 1976, pp. 464-476.

[17] "La lutte contre l'épidémie de tabagisme", *op. cit.*, p. 25. Ajoutons que les enfants des mères qui fument durant la grossesse ont un poids à la naissance inférieur à ceux dont la mère ne fume pas; des études suggèrent en outre l'existence d'effets défavorables sur le développement à long terme de l'enfant. Voir: United States *The Health Consequences of Smoking for Women.* A report of the Surgeon General, **U.S. Department of Health, Education, and Welfare,** Washington, 1980, pp. 224-237.

[18] Voir **Santé et Bien-être social Canada,** *Usage du tabac au Canada de 1965 à 1979*, Rapport technique n° 9, (Direction de la promotion de la santé), Ottawa, décembre 1980, tableau 11.

[19] *Idem*, p. 2.

TABLEAU 14. Pourcentage des adultes qui fument régulièrement la cigarette, suivant le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1965-1979

Groupe d'âges	1965	1970	1975	1977	1979
15 ans et plus:					
Hommes	54.6	48.9	43.3	40.8	38.6
Femmes	31.2	32.4	31.4	31.1	30.1
Les deux sexes	42.8	40.6	37.3	35.9	34.2
15-19 ans:					
Hommes	35.0	35.7	29.5	26.9	26.8
Femmes	18.7	24.9	27.4	26.7	26.0
Les deux sexes	27.0	30.5	28.5	26.8	26.4

Source: Statistique Canada, *Usage du tabac au Canada,* Suppléments de l'Enquête sur la population active, 1965-1979.

des jeunes fumeurs s'est établie, depuis 1975 environ, sensiblement au même niveau quel que soit le sexe. Ainsi, en 1979 un quart des 15-19 ans fument quotidiennement. L'évolution est donc remarquable: alors qu'en 1965 on comptait parmi les 15-19 ans deux fois plus de fumeurs chez les hommes que chez les femmes, cette différence a désormais disparu.

Caractéristiques des individus

L'Enquête Santé Canada (1978-1979) fournit des renseignements récents et détaillés sur les caractéristiques des Canadiens selon l'usage qu'ils font de la cigarette[20].

Si l'on excepte les 15-19 ans on constate que, lorsqu'on passe des anciens groupes de générations aux plus récents, la proportion des fumeurs dans la population s'accroît[21]; ceci reste vrai quel que soit le sexe. Cependant, bien que les hommes soient plus nombreux à fumer, l'écart entre les sexes diminue à mesure qu'on se dirige vers des âges plus jeunes et devient pratiquement inexistant chez les 15-19 ans. On constate sensiblement les mêmes tendances lorsqu'on isole les gros fumeurs, c'est-à-dire ceux qui consomment 23 cigarettes et plus par jour et, dans ce dernier cas, les différences selon le sexe sont plus nettes (tableau 15).

Il peut être instructif d'examiner la proportion de ceux qui n'ont jamais fumé, et qui donc n'ont jamais été exposés de leur plein gré aux risques découlant du tabagisme (tableau 15). En s'en tenant encore aux plus de vingt ans, on décèle une tendance inverse selon le sexe: chez les hommes les proportions augmentent des plus anciennes générations aux plus récentes, alors qu'exactement le contraire se produit chez les femmes. On assiste encore à une convergence des comportements puisque, pour les 15-24 ans pris dans leur ensemble, les proportions sont à peu près égales pour les deux sexes. Ceci ne présage rien de bon pour les femmes et confirme que les plus jeunes sont plus exposées que leurs aïeules aux risques que présente l'usage de la cigarette.

Le rôle synergique que le tabac joue conjointement avec l'alcool a déjà été signalé[22] et cet aspect donne au tableau 16 un intérêt particulier puisqu'il permet d'établir un certain lien entre ces deux types de consommation et d'isoler les individus qui paraissent davantage exposés aux risques que présente la consommation conjointe de tabac et d'alcool. De ce tableau il ressort que:

- la proportion des fumeurs est nettement plus élevée chez ceux qui boivent régulièrement (c'est-à-dire au moins une fois par mois) que chez ceux qui ne boivent jamais ou qu'à l'occasion. D'autre part, ce pourcentage de fumeurs augmente avec la consommation d'alcool et, plus on boit, plus on est susceptible d'être un gros fumeur (au moins 23 cigarettes par jour).
- 29% des adultes sont à la fois des fumeurs et des buveurs habituels. On peut raisonnablement supposer qu'environ 600,000 d'entre eux sont exposés à des risques sérieux: il s'agit de ceux qui fument au moins 23 cigarettes par jour et prennent plus de 14 consommations alcooliques par semaine.

Conclusion

Ce survol des données sur la consommation de cigarettes révèle donc que les fumeurs sont encore plus nombreux chez les individus du sexe masculin mais, alors que la proportion des hommes qui fument a baissé depuis 1965, celle des femmes est restée relativement stable et a même augmenté chez les 15-19 ans; on assiste ainsi à une convergence des comportements selon le sexe lorsqu'on passe des générations anciennes aux plus jeunes et cela est particulièrement net chez les 15-19 ans. Cela ne présage rien de bon pour l'avenir et on peut s'attendre à ce que certaines maladies, des cancers et des maladies cardio-vasculaires notamment, traditionnellement fréquentes chez les hommes soient désormais souvent détectées chez les femmes[23].

Activité et condition physique

Alors que dans l'ensemble l'usage de l'alcool et du tabac ont un effet négatif sur la santé, la participation à des activités physiques est bénéfique pour la santé[24]. Les avantages vont des effets physiologiques tels un rythme cardiaque plus lent au repos et une réduction du poids,

[20] *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, pp. 45-68. Pour ce qui est de la proportion de fumeurs dans la population, des écarts notables sont apparus entre les résultats de l'Enquête Santé Canada et ceux de l'Enquête sur l'usage du tabac au Canada. Ceux-ci ont été attribués, pour l'essentiel, à des différences méthodologiques (Voir les pages 48-49 du rapport de l'Enquête Santé Canada).

[21] Ceci ne nous autorise pas à conclure que la proportion des fumeurs diminue lorsque les individus avancent en âge (nous avions déjà insisté sur cette distinction entre effet d'âge et effet de génération dans la section consacrée à l'alcool).

[22] Voir, à ce sujet, **Belloc, N. et Breslow, L.**, "Relationship of Physical Health Status and Health Practices", *Preventive Medicine*, vol. 1, 1972, pp. 409-421.

[23] Sur ce dernier aspect, on consultera avec profit l'analyse de **Dufour, D. et Péron, Y.**, *Vingt ans de mortalité au Québec. Les causes de décès, 1951-1971*, Presses de l'Université de Montréal, 1979, pp. 112-114. Voir également *The Health Consequences of Smoking for Women, op. cit.*

[24] Ces avantages sont décrits plus en détail dans **Collishaw, McWhinnie et Salmon**, *L'activité physique au Canada*, Notes de recherche 78-1, Planification à long terme (santé), Santé et Bien-être social Canada, juillet 1978.

TABLEAU 15. Population de 15 ans et plus, selon le genre de fumeur, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, l'âge et le sexe, Canada, 1978-1979

		Genre de fumeur										
						Fumeurs habituels et nombre de cigarettes fumées quotidiennement						
		Total	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Fumeur occasionnel	Total	1-12	13-22	23-32	33 et plus	Nombre inconnu	Genre de fumeur inconnu
		en milliers										
15 ans et plus:												
Les deux sexes	Nbre	**17,492**	**5,393**	**3,941**	**557**	**6,525**	**1,803**	**2,393**	**1,626**	**552**	**152**	**1,076**
	%	**100.0**	**30.8**	**22.5**	**3.2**	**37.3**	**10.3**	**13.7**	**9.3**	**3.2**	**0.9**	**6.1**
Hommes	Nbre	**8,584**	**1,984**	**2,317**	**244**	**3,545**	**801**	**1,251**	**1,009**	**387**	**97**	**495**
	%	**100.0**	**23.1**	**27.0**	**2.8**	**41.3**	**9.3**	**14.6**	**11.8**	**4.5**	**1.1**	**5.8**
Femmes	Nbre	**8,907**	**3,409**	**1,624**	**313**	**2,981**	**1,002**	**1,142**	**617**	**164**	**55**	**581**
	%	**100.0**	**38.3**	**18.2**	**3.5**	**33.5**	**11.2**	**12.8**	**6.9**	**1.8**	**0.6**	**6.5**
15-19:												
Hommes	Nbre	1,187	511	167	43	383	169	154	39	--	--	83
	%	100.0	43.0	14.0	3.6	32.3	14.2	12.9	3.3	--	--	7.0
Femmes	Nbre	1,146	440	190	71	388	193	133	51	--	--	56
	%	100.0	38.4	16.6	6.2	33.9	16.9	11.6	4.4	--	--	4.9
20-24:												
Hommes	Nbre	1,106	298	188	39	541	139	198	156	41	--	40
	%	100.0	27.0	17.0	3.5	48.9	12.5	17.9	14.1	3.7	--	3.6
Femmes	Nbre	1,108	309	219	48	501	187	209	80	20	--	31
	%	100.0	27.9	19.8	4.3	45.2	16.9	18.9	7.2	1.8	--	2.8
25-44:												
Hommes	Nbre	3,230	694	845	104	1,440	217	524	482	199	16	146
	%	100.0	21.5	26.2	3.2	44.6	6.7	16.2	14.9	6.2	0.5	4.5
Femmes	Nbre	3,242	1,078	692	130	1,208	314	470	312	89	23	134
	%	100.0	33.3	21.4	4.0	37.2	9.7	14.5	9.6	2.7	0.7	4.1
45-64:												
Hommes	Nbre	2,174	330	752	40	918	180	290	289	130	29	134
	%	100.0	15.2	34.6	1.8	42.2	8.3	13.3	13.3	6.0	1.3	6.1
Femmes	Nbre	2,279	917	395	49	728	224	294	160	39	11	189
	%	100.0	40.2	17.3	2.1	32.0	9.8	12.9	7.0	1.7	0.5	8.3
65 et plus:												
Hommes	Nbre	887	150	365	18	262	96	85	44	--	26	93
	%	100.0	16.9	41.2	2.0	29.5	10.8	9.5	4.9	--	3.0	10.4
Femmes	Nbre	1,132	665	127	15	156	84	37	14	--	--	169
	%	100.0	58.8	11.2	1.3	13.7	7.4	3.2	1.2	--	--	15.0

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 11.

TABLEAU 16. Population de 15 ans et plus, selon le genre de fumeur, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, le genre de buveur et le volume hebdomadaire d'alcool consommé, Canada, 1978-1979

Genre de buveur et volume hebdomadaire d'alcool consummé		Genre de fumeur de cigarette										
		Total	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Fumeur occasionnel	Fumeurs habituels et nombre de cigarettes fumées quotidiennement						Genre de fumeur inconnu
						Total	1-12	13-22	23-32	33 et plus	Nombre inconnu	
		en milliers										
Genre de buveur:												
Total	Nbre	**17,492**	**5,393**	**3,941**	**557**	**6,525**	**1,603**	**2,393**	**1,626**	**552**	**152**	**1,076**
	%	**100.0**	**30.8**	**22.5**	**3.2**	**37.3**	**10.3**	**13.7**	**9.3**	**3.2**	**0.9**	**6.1**
N'a jamais bu	Nbre	2,008	1,336	194	25	316	137	98	61	16	- -	138
	%	100.0	66.5	9.6	1.2	15.7	6.8	4.9	3.0	0.8	- -	6.9
Ancien buveur	Nbre	653	110	229	- -	263	48	99	58	42	16	41
	%	100.0	16.8	35.2	- -	40.3	7.4	15.1	8.9	6.4	2.4	6.3
Buveur occasionnel	Nbre	2,642	1,006	623	106	819	232	303	204	58	22	88
	%	100.0	38.1	23.6	4.0	31.0	8.8	11.5	7.7	2.2	0.8	3.3
Buveur actuel	Nbre	11,418	2,732	2,830	414	4,988	1,344	1,835	1,286	431	92	454
	%	100.0	23.9	24.8	3.6	43.7	11.8	16.1	11.3	3.8	0.8	4.0
Buveur actuel selon le volume hebdomadaire d'alcool consommé:												
Aucune consommation	Nbre	1,352	432	303	39	529	160	211	107	33	18	48
	%	100.0	31.9	22.4	2.9	39.2	11.9	15.6	7.9	2.4	1.3	3.6
1-6 consommations	Nbre	4,585	1,295	1,173	177	1,804	568	729	380	107	19	137
	%	100.0	28.2	25.6	3.9	39.3	12.4	15.9	8.3	2.3	0.4	3.0
7-13 consommations	Nbre	2,306	504	631	91	1,035	254	395	290	84	13	46
	%	100.0	21.9	27.3	3.9	44.9	11.0	17.1	12.6	3.6	0.6	2.0
14 consommations et plus	Nbre	2,092	265	488	72	1,237	236	380	425	177	19	31
	%	100.0	12.7	23.3	3.4	59.1	11.3	18.2	20.3	8.4	0.9	1.5
Nombre de consommations hebdomadaire inconnu	Nbre	1,082	236	235	35	384	126	121	85	30	22	192
	%	100.0	21.8	21.7	3.3	35.5	11.6	11.1	7.8	2.8	2.1	17.8
Genre de buveur inconnu	Nbre	771	209	65	- -	140	41	58	16	- -	- -	354
	%	100.0	27.1	8.5	- -	18.1	5.3	7.5	2.1	- -	- -	45.9

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 22.

aux avantages sociaux et psychologiques tels un niveau moins élevé de stress et de tension, à une image améliorée de soi. Bien qu'on ne possède pas de preuve concluante, de nombreux faits démontrent qu'une activité physique régulière peut prévenir ou atténuer les effets des maladies ischémiques du cœur. Aussi est-il important de connaître le niveau d'activité physique de la population afin d'élaborer des programmes qui favoriseront cette activité.

Il existe une différence entre activité physique et condition physique. L'activité physique, ici, a trait au niveau d'activité que déploient les individus au foyer, au travail et dans les loisirs; de son côté, la condition physique est une mesure clinique de la capacité du corps à consommer de l'oxygène. Les renseignements sur l'activité et la condition physiques sont tirés de l'Enquête Santé Canada.

Activité physique

Pour mesurer l'activité physique, on a fait appel principalement à l'indice d'activité physique de l'Enquête Santé Canada. L'indice est déterminé à partir de la fréquence de chacune des activités du sujet au cours des deux semaines qui précèdent l'enquête, multiplié par la durée moyenne en minutes de chaque activité et multiplié finalement par la dépense énergétique moyenne liée à cette activité. C'est là une bonne mesure provisoire de l'activité physique, mais elle est limitée en ce sens qu'elle ne nécessite aucune combinaison particulière de fréquence, de durée et d'intensité.

Les scores de l'indice de l'activité physique sont classés selon cinq catégories, allant de sédentaire à très actif. Par exemple, une personne dont la seule activité physique, au cours des deux dernières semaines, aurait consisté à faire les lits chaque jour serait classée dans la catégorie sédentaire. Par contre, la personne qui durant deux semaines aurait fait les lits, puis une promenade chaque jour, skié deux fois, patiné deux fois, pelleté de la neige deux fois, joué au squash deux fois et qui, en plus, aurait fait un peu de menuiserie se verrait attribuer un score supérieur à 5,500 et serait classée dans la catégorie «très actif».

L'activité physique, mesurée au moyen de l'indice d'activité physique, n'est pas répartie également selon l'âge et le sexe. Le tableau 17 montre que la proportion de sujets «très actif» diminue progressivement avec l'âge. Alors que 46% des hommes et 32% des femmes âgés de 15 à 19 ans se rangent dans cette catégorie, cette proportion diminue au point qu'on ne retrouve dans cette catégorie que 11% des hommes et 5% des femmes âgés de 65 ans et plus. Cela ne surprend pas étant donné la dégénérescence générale qui accompagne le vieillissement. Peut-être pourrait-on raffiner l'indice de façon à ce qu'il en tienne compte en donnant une définition différente de «très actif» pour les divers groupes d'âge.

Les hommes ont un comportement plus extrême que les femmes en matière d'activité physique. Dans les catégories "sédentaire" et "très actif", la proportion d'hommes est, de façon significative, beaucoup plus grande que la proportion de femmes, ces dernières ayant davantage tendance à être modérément inactives. C'est là un comportement qu'on observe dans presque tous les groupes d'âge. Toutefois, les hommes âgés de 45 à 65 ans sont significativement plus susceptibles d'être sédentaires que les femmes du même âge (24% contre 14%), alors que proportionnellement plus d'hommes (27%) que de femmes (16%) de 20-24 ans sont très actifs.

Pour mesurer la santé mentale, on a utilisé l'échelle d'équilibre affectif qui répartit la santé mentale en trois catégories: positive, mixte et négative. Le tableau 18, dans lequel l'échelle d'équilibre affectif et l'indice d'activité physique se recoupent, montre que les sujets qui ont un équilibre affectif négatif sont, de façon significative, plus susceptibles d'être sédentaires (25%) que ceux qui ont un équilibre mental positif (13%). La différence est plus marquée chez les sujets âgés de 65 ans et plus; dans ce groupe d'âges, 56% des sujets qui ont un équilibre affectif négatif sont sédentaires et seulement 23% de ceux dont l'équilibre est positif le sont. Inversement, toujours dans ce même groupe d'âges, 12% des sujets qui ont un équilibre affectif positif sont classés très actifs contre 5% seulement chez ceux qui ont un équilibre négatif. Il semble donc exister un lien entre état positif de santé mentale et niveau élevé d'activité physique, surtout chez les gens plus âgés.

Condition physique

La condition physique a été évaluée à l'aide du Physitest canadien[26] conçu par la Direction du conditionnement physique et du sport amateur du gouvernement fédéral. Il s'agit d'un test sub-maximal d'efficacité cardio-respiratoire qui consiste à faire monter et descendre deux marches au sujet, selon un rythme musical approprié à son âge et à son sexe[27]. Les sujets ont été classés en trois catégories: "niveau recommandé", "minimum acceptable" et "inacceptable". Le tableau des niveaux de condition physique comprend également une catégorie de participants "non retenus". La plupart des participants non retenus tombent probablement dans la catégorie "inacceptable". L'évaluation de la capacité aérobique - taux maximum de consommation d'oxygène en litres par minute (VO_2 max.) et par kilogramme en fonction du poids du corps — a été calculée à partie de la fréquence du pouls mesurée immédiatement après l'exercice, en utilisant une équation régressive basée sur l'âge, le sexe et le poids[28].

---

[25] *Pour de plus amples détails concernant les valeurs associées à chaque catégorie, voir: La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.* La majeure partie de la section qui suit est tirée de ce rapport.

[26] *The Fit Kit.* Ottawa: **Conditionnement physique et sport amateur,** 1976.

[27] Les répondants ont d'abord été choisis à l'aide du Questionnaire sur les aptitudes à l'activité physique (Q-AAP) afin de déterminer leur aptitude à subir le Physitest. *PAR-Q Validation Report.* The Evaluation of a Self-administered Pre-exercise Screening Questionnaire for Adults. Victoria: British Columbia, Ministry of Health, May 1978.

[28] **Jetté** *et al.* «The Canadian Home Fitness Test as a Predictor of Aerobic Capacity,» *CMA Journal,* 1976, vol. 114, pp. 680-682.

TABLEAU 17. Population de 15 ans et plus, selon le niveau d'activité physique, l'âge et le sexe, Canada, 1978-1979

		Niveau d'activité physique						
		Total	Sédentaire	Modérément inactif	Modéré	Modérément actif	Très actif	Inconnu
		en milliers						
15 ans et plus:								
Les deux sexes	Nbre	**17,492**	**2,822**	**3,133**	**2,812**	**3,178**	**3,172**	**2,376**
	%	**100.0**	**16.1**	**17.9**	**16.1**	**18.2**	**18.1**	**13.6**
Hommes	Nbre	**8,584**	**1,624**	**1,220**	**1,229**	**1,554**	**1,773**	**1,184**
	%	**100.0**	**18.9**	**14.2**	**14.3**	**18.1**	**20.7**	**13.8**
Femmes	Nbre	**8,907**	**1,198**	**1,913**	**1,583**	**1,624**	**1,398**	**1,192**
	%	**100.0**	**13.5**	**21.5**	**17.8**	**18.2**	**15.7**	**13.4**
15-19:								
Hommes	Nbre	1,187	95	95	118	197	546	136
	%	100.0	8.0	8.0	10.0	16.6	46.0	11.5
Femmes	Nbre	1,146	88	181	176	249	361	90
	%	100.0	7.7	15.8	15.3	21.7	31.6	7.9
20-24:								
Hommes	Nbre	1,106	177	153	170	202	301	101
	%	100.0	16.0	13.9	15.4	18.3	27.3	9.2
Femmes	Nbre	1,108	158	269	208	207	174	93
	%	100.0	14.3	24.2	18.7	18.6	15.7	8.4
25-44:								
Hommes	Nbre	3,230	581	522	521	666	586	353
	%	100.0	18.0	16.2	16.1	20.6	18.1	10.9
Femmes	Nbre	3,242	307	740	694	685	500	317
	%	100.0	9.5	22.8	21.4	21.1	15.4	9.8
45-64:								
Hommes	Nbre	2,174	513	324	318	386	245	388
	%	100.0	23.6	14.9	14.6	17.8	11.3	17.8
Femmes	Nbre	2,279	319	479	378	373	304	425
	%	100.0	14.0	21.0	16.6	16.4	13.4	18.7
65 et plus:								
Hommes	Nbre	867	258	125	101	103	94	208
	%	100.0	29.1	14.1	11.4	11.6	10.6	23.2
Femmes	Nbre	1,132	325	244	128	111	59	267
	%	100.0	28.7	21.5	11.3	9.8	5.2	23.6

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 25.

TABLEAU 18. Population de 15 ans et plus, selon le niveau d'activité physique, l'âge et l'échelle d'équilibre affectif, 1978-1979

Échelle d'équilibre affectif		Niveau d'activité physique						
		Total	Sédentaire	Modérément inactif	Modéré	Modérément actif	Très actif	Inconnu
		en milliers						
15 ans et plus:								
Total	Nbre	**17,492**	**2,822**	**3,133**	**2,812**	**3,178**	**3,172**	**2,376**
	%	**100.0**	**16.1**	**17.9**	**16.1**	**18.2**	**18.1**	**13.6**
Positif	Nbre	**7,956**	**1,043**	**1,434**	**1,368**	**1,619**	**1,658**	**834**
	%	**100.0**	**13.1**	**18.0**	**17.2**	**20.3**	**20.8**	**10.5**
Partagé	Nbre	**7,081**	**1,240**	**1,321**	**1,167**	**1,257**	**1,271**	**825**
	%	**100.0**	**17.5**	**18.7**	**16.5**	**17.8**	**17.9**	**11.6**
Négatif	Nbre	**770**	**190**	**153**	**108**	**106**	**129**	**84**
	%	**100.0**	**24.7**	**19.8**	**14.0**	**13.7**	**16.8**	**11.0**
Inconnu	Nbre	**1,686**	**350**	**226**	**168**	**197**	**114**	**632**
	%	**100.0**	**20.7**	**13.4**	**10.0**	**11.7**	**6.7**	**37.5**
15-19:								
Total	Nbre	2,333	184	277	294	445	907	226
	%	100.0	7.9	11.9	12.6	19.1	38.9	9.7
Positif	Nbre	951	65	97	109	191	408	81
	%	100.0	6.8	10.2	11.4	20.1	42.9	8.6
Partagé	Nbre	1,156	99	150	147	213	451	96
	%	100.0	8.6	13.0	12.7	18.4	39.1	8.3
Négatif	Nbre	123	13	19	30	23	30	--
	%	100.0	10.9	15.6	24.1	18.8	24.5	--
Inconnu	Nbre	103	--	--	--	19	17	41
	%	100.0	--	--	--	18.1	16.9	40.1
20-24:								
Total	Nbre	2,215	336	422	378	409	476	194
	%	100.0	15.2	19.1	17.1	18.5	21.5	8.8
Positif	Nbre	1,028	119	188	184	196	259	82
	%	100.0	11.6	18.3	17.9	19.1	25.2	8.0
Partagé	Nbre	1,006	186	192	172	185	181	89
	%	100.0	18.5	19.1	17.1	18.4	18.0	8.9
Négatif	Nbre	92	--	26	15	12	18	--
	%	100.0	--	27.9	15.8	13.0	19.8	--
Inconnu	Nbre	90	14	--	--	--	--	18
	%	100.0	15.6	--	--	--	--	19.9
25-44:								
Total	Nbre	6,472	888	1,262	1,215	1,351	1,086	670
	%	100.0	13.7	19.5	18.8	20.9	16.8	10.4
Positif	Nbre	3,087	320	602	593	744	593	235
	%	100.0	10.4	19.5	19.2	24.1	19.2	7.6
Partagé	Nbre	2,753	445	566	543	515	411	271
	%	100.0	16.2	20.6	19.7	18.7	14.9	9.9
Négatif	Nbre	267	56	41	36	36	52	46
	%	100.0	20.9	15.5	13.5	13.5	19.4	17.2
Inconnu	Nbre	365	66	52	43	56	29	118
	%	100.0	18.2	14.3	11.8	15.3	8.0	32.4
45-64:								
Total	Nbre	4,453	832	803	696	759	550	813
	%	100.0	18.7	18.0	15.6	17.0	12.3	18.3
Positif	Nbre	2,076	356	384	359	380	303	294
	%	100.0	17.1	18.5	17.3	18.3	14.6	14.1
Partagé	Nbre	1,562	317	285	236	282	190	252
	%	100.0	20.3	18.3	15.1	18.1	12.2	16.1
Négatif	Nbre	180	44	47	21	24	24	20
	%	100.0	24.3	26.3	11.9	13.2	13.2	11.1
Inconnu	Nbre	634	116	86	79	72	33	248
	%	100.0	18.3	13.6	12.5	11.4	5.2	39.0
65 et plus:								
Total	Nbre	2,019	583	369	229	213	153	473
	%	100.0	28.9	18.3	11.3	10.6	7.6	23.4
Positif	Nbre	813	183	163	123	107	95	143
	%	100.0	22.5	20.0	15.1	13.2	11.7	17.6
Partagé	Nbre	604	192	127	69	62	37	117
	%	100.0	31.8	21.0	11.4	10.2	6.2	19.3
Négatif	Nbre	108	61	19	6	11	5	6
	%	100.0	56.1	17.7	5.6	10.1	4.6	5.7
Inconnu	Nbre	493	147	60	31	34	15	207
	%	100.0	29.8	12.1	6.2	6.8	3.1	42.0

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 29.

Environ un participant sur trois n'a pas été jugé apte à subir le test de condition physique, 80% des participants éliminés l'ont été à l'aide du Q-AAP. La proportion est moins élevée (17%) parmi les plus jeunes, et augmente avec l'âge pour atteindre 58% dans le groupe des personnes âgées de 45 à 64 ans. En général, une proportion plus importante de femmes (36%) que d'hommes (30%) a été éliminée et ce, dans tous les groupes d'âge sans exception.

Parmi les personnes qui ont subi le test de sélection, et qui représentent 63% des répondants, 40% avaient le niveau de condition physique recommandé, 22% se sont vu attribuer le niveau minimum acceptable, et la condition de 1% d'entre eux a été jugée inacceptable (tableau 19). Des résultats provisoires récemment publiés et portant sur l'année 1981 ont révélé que "dans l'ensemble, la majorité de la population ayant subi le Physitest canadien a atteint le niveau "recommandé" de condition cardiovasculaire[29]"

Le groupe où le pourcentage de personnes ayant le niveau de condition physique recommandé est le plus élevé (55%) est celui des hommes appartenant au plus jeune groupe d'âges. Le groupe où ce pourcentage est le plus bas est celui des femmes âgées de 45 à 64 ans, qui suit immédiatement celui des hommes appartenant au même groupe d'âges.

Le tableau 20 compare les niveaux de condition physique aux niveaux d'activité physique. Le pourcentage de participants non retenus pour le Physitest décroît progressivement à mesure qu'augmente le niveau d'activité physique, passant de 47% des personnes classées comme sédentaires à 25% des personnes considérées comme très actives. Inversement, le pourcentage de la population dont la condition physique correspond au niveau recommandé augmente progressivement en fonction du niveau d'activité physique, passant de 27% des personnes sédentaires à 51% des personnes très actives. Les valeurs du VO_2 max. restent à peu près constantes en passant du groupe sédentaire au groupe actif, et sont légèrement plus élevées dans le groupe très actif. Comme l'indique le tableau 21, ces données valent pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge.

Conclusion

Les niveaux d'activité et de condition physiques sont moins élevés chez les femmes et diminuent avec l'âge. Les programmes visant à promouvoir la condition physique devraient tenir compte de ce facteur, particulièrement en faisant valoir le concept d'une vie remplie d'activité physique.

Le pourcentage des hommes et des femmes âgés de 15 à 64 ans dont la condition physique est considérée comme satisfaisante d'après le Physitest canadien (40%) est sensiblement égal à celui des personnes classées comme actives ou très actives d'après l'indice d'activité physique (39%). Cependant, seulement 48% des personnes atteignant le niveau d'activité physique recommandé présentent aussi le niveau de condition physique recommandé. Bien qu'il apparaisse clairement que l'activité physique est liée à la condition physique, il existe aussi d'autres facteurs pertinents, comme le régime alimentaire et l'hérédité, sur lesquels il faudrait se pencher davantage.

Usage de médicaments[30]

Les médicaments ont un effet positif ou négatif sur la santé; dans certains cas, ils peuvent même avoir des effets contraires. Ils sont utilisés pour guérir les maladies ou en contrôler les symptômes permettant ainsi aux individus de mieux vivre. L'absorption de certains, telles les vitamines, consistent en une forme de médecine préventive. Employés illégalement, combinés ou mélangés à l'alcool, les médicaments deviennent facteurs de risque. Malgré leur utilité, certains, telles les pilules anticonceptionnelles, peuvent entraîner des effets secondaires ou un risque pour la santé. Aux fins de cette étude, l'usage de médicaments sera considéré comme l'un des déterminants de l'état de santé.

L'information concernant l'utilisation de remèdes, onguents ou pilules, au cours des deux jours précédant la rencontre avec l'enquêteur, a été recueillie lors des entrevues à domicile effectuées dans le cadre de l'Enquête Santé Canada. Le terme "médicaments" comprend cette liste ainsi que les vitamines et suppléments minéraux, qu'il s'agisse ou non d'ordonnances. D'après les estimations de l'enquête, 48% de la population a absorbé des médicaments au cours des deux jours précédents, tandis que 60% de ces personnes ont pris au moins un médicament sur la recommandation d'un médecin.

Comme l'indique le tableau 22, l'usage de médicaments varie considérablement en fonction du sexe. Les femmes (55%) prennent plus de médicaments que les hommes (41%). Leur taux de consommation équivaut au double de celui des hommes pour les tranquillisants somnifères, laxatifs et "autres" médicaments, tels les pilules contraceptives, les hormones femelles et les remèdes pour soigner la diabète ou les insuffisances thyroïdiennes.

L'incidence de l'âge sur l'usage de médicaments coïncide avec plusieurs autres variables. Au sein du groupe d'âge de 0-4 ans, le taux d'usage de médicaments est élevé (59%) tandis qu'il baisse dans le cas des jeunes (34% chez les adolescents de 15-19 ans), pour remonter régulièrement en fonction de l'âge, atteignant 72% chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

---

[29] Enquête Condition Canada, *La condition physique des Canadiens: résultats provisoires de l'enquête de 1981*, **Condition physique et sport amateur**, Ottawa, juin 1982, page 13.

[30] *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*

TABLEAU 19. Population de 15 à 64 ans, selon le niveau d'activité physique, la moyenne estimative de la consommation maximale d'oxygène (VO_2 maximum), le sexe et l'âge, Canada, 1978-1979

		Niveau de condition physique						
		Total	Moyenne estimative VO_2 maximum	Recommandé	Minimum acceptable	Insatisfaisant	Rejeté	Inconnu
		en milliers						
Les deux sexes:								
Tous les âges	Nbre	**15,472**	**39.45**	**6,157**	**3,401**	**196**	**5,077**	**643**
	%	**100.0**		**39.8**	**22.0**	**1.3**	**32.8**	**4.2**
15-19	Nbre	**2,333**	**46.17**	**1,122**	**701**	**19**	**393**	**98**
	%	**100.0**		**48.1**	**30.0**	**0.8**	**16.8**	**4.2**
20-24	Nbre	**2,215**	**43.69**	**908**	**681**	**- -**	**489**	**85**
	%	**100.0**		**41.0**	**30.8**	**- -**	**22.1**	**3.8**
25-44	Nbre	**6,472**	**38.94**	**2,883**	**1,616**	**96**	**1,603**	**274**
	%	**100.0**		**44.6**	**25.0**	**1.5**	**24.8**	**4.2**
45-64	Nbre	**4,453**	**29.36**	**1,244**	**403**	**- -**	**2,591**	**186**
	%	**100.0**		**27.9**	**9.0**	**- -**	**58.2**	**4.2**
Hommes:								
Tous les âges	Nbre	7,697	44.09	3,476	1,543	92	2,288	297
	%	100.0		45.2	20.1	1.2	29.7	3.9
15-19	Nbre	1,187	51.84	649	322	- -	167	- -
	%	100.0		54.7	27.1	- -	14.0	- -
20-24	Nbre	1,106	49.09	501	395	- -	157	- -
	%	100.0		45.3	35.7	- -	14.2	- -
25-44	Nbre	3,230	43.11	1,666	641	- -	729	126
	%	100.0		51.6	19.9	- -	22.6	3.9
45-64	Nbre	2,174	32.75	660	185	- -	1,236	80
	%	100.0		30.4	8.5	- -	56.8	3.7
Femmes:								
Tous les âges	Nbre	7,775	34.33	2,682	1,857	102	2,788	346
	%	100.0		34.5	23.9	1.3	35.9	4.4
15-19	Nbre	1,146	39.80	473	379	18	226	50
	%	100.0		41.3	33.0	1.6	19.8	4.3
20-24	Nbre	1,108	36.96	407	287	- -	332	- -
	%	100.0		36.7	25.9	- -	30.0	- -
25-44	Nbre	3,242	34.48	1,218	974	- -	874	148
	%	100.0		37.6	30.0	- -	27.0	4.6
45-64	Nbre	2,279	25.80	584	218	- -	1,356	106
	%	100.0		25.6	9.5	- -	59.5	4.7

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 30.

TABLEAU 20. Population de 15 à 64 ans, selon le niveau d'activité physique, la moyenne estimative de la consommation maximale d'oxygène (VO_2 maximum), le niveau d'activité physique et le sexe, Canada, 1978-1979

Niveau d'activité physique		Niveau de condition physique						
		Total	Moyenne estimative VO_2 maximum	Recommandé	Minimum acceptable	Insatisfaisant	Rejeté	Inconnu
		en milliers						
Les deux sexes:								
Total	Nbre	15,060	39.49	6,054	3,322	188	4,897	599
	%	100.0		40.2	22.1	1.2	32.5	4.0
Sédentaire	Nbre	2,038	38.96	539	400	- -	950	86
	%	100.0		26.5	19.6	- -	46.6	4.3
Modérément inactif	Nbre	2,678	38.05	975	651	36	934	83
	%	100.0		36.4	24.3	1.3	34.9	3.1
Modéré	Nbre	2,779	38.82	1,095	651	36	924	73
	%	100.0		39.4	23.4	1.3	33.2	2.6
Modérément actif	Nbre	3,092	39.21	1,405	748	- -	773	121
	%	100.0		45.4	24.2	- -	25.0	3.9
Très actif	Nbre	2,821	42.30	1,434	627	- -	667	93
	%	100.0		50.8	22.2	- -	23.6	3.3
Inconnu	Nbre	1,652	38.20	608	245	- -	650	142
	%	100.0		36.7	14.8	- -	39.4	8.6
Hommes:								
Total	Nbre	7,498	44.13	3,405	1,511	88	2,214	278
	%	100.0		45.4	20.2	1.2	29.5	3.7
Sédentaire	Nbre	1,241	42.58	329	238	- -	601	48
	%	100.0		26.5	19.2	- -	48.4	3.9
Modérément inactif	Nbre	1,046	43.67	434	265	- -	302	- -
	%	100.0		41.5	25.3	- -	28.9	- -
Modéré	Nbre	1,224	43.53	569	250	- -	357	- -
	%	100.0		46.5	20.4	- -	29.2	- -
Modérément actif	Nbre	1,584	43.88	751	334	- -	403	- -
	%	100.0		47.4	21.1	- -	25.4	- -
Très actif	Nbre	1,638	46.26	941	345	- -	309	- -
	%	100.0		57.5	21.0	- -	18.9	- -
Inconnu	Nbre	766	42.58	381	79	- -	242	60
	%	100.0		49.7	10.4	- -	31.6	7.8
Femmes:								
Total	Nbre	7,562	34.38	2,649	1,810	99	2,683	321
	%	100.0		35.0	23.9	1.3	35.5	4.2
Sédentaire	Nbre	797	33.72	210	161	- -	349	39
	%	100.0		26.4	20.2	- -	43.8	4.9
Modérément inactif	Nbre	1,632	33.87	541	385	- -	632	- -
	%	100.0		33.1	23.6	- -	38.7	- -
Modéré	Nbre	1,555	34.57	526	401	- -	566	- -
	%	100.0		33.8	25.8	- -	36.4	- -
Modérément actif	Nbre	1,508	34.43	654	414	- -	371	52
	%	100.0		43.4	27.5	- -	24.6	3.5
Très actif	Nbre	1,183	35.72	493	283	- -	357	- -
	%	100.0		41.6	23.9	- -	30.2	- -
Inconnu	Nbre	886	33.07	225	165	- -	409	82
	%	100.0		25.4	18.7	- -	46.1	9.3

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 32.

TABLEAU 21. Population de 15 à 64 ans, selon le niveau d'activité physique, la moyenne estimative de la consommation maximale d'oxygène (VO_2 maximum), le niveau d'activité physique et l'âge, Canada, 1978-1979

Niveau d'activité physique		Niveau de condition physique						
		Total	Moyenne estimative VO_2 maximum	Recommandé	Minimum acceptable	Insatisfaisant	Rejeté	Inconnu
		en milliers						
15 ans et plus:								
Total	Nbre	15,060	39.49	6,054	3,322	188	4,897	599
	%	100.0		40.2	22.1	1.2	32.5	4.0
Sédentaire	Nbre	2,038	38.98	529	400	- -	950	88
	%	100.0		26.5	19.6	- -	46.6	4.3
Modérément inactif	Nbre	2,678	38.05	975	651	36	934	83
	%	100.0		36.4	24.3	1.3	34.9	3.1
Modéré	Nbre	2,779	38.82	1,095	651	36	924	73
	%	100.0		39.4	23.4	1.3	33.2	2.6
Modérément actif	Nbre	3,092	39.21	1,405	748	- -	773	121
	%	100.0		45.4	24.2	- -	25.0	3.9
Très actif	Nbre	2,821	42.30	1,434	627	- -	667	93
	%	100.0		50.8	22.2	- -	23.6	3.3
Inconnu	Nbre	1,652	38.20	606	245	- -	650	142
	%	100.0		36.7	14.8	- -	39.4	8.6
15-19:								
Total	Nbre	2,289	46.15	1,109	690	19	376	95
	%	100.0		48.4	30.2	0.8	16.4	4.2
Sédentaire	Nbre	181	44.98	75	48	- -	- -	- -
	%	100.0		41.5	26.2	- -	- -	- -
Modérément inactif	Nbre	321	44.20	90	142	- -	- -	- -
	%	100.0		27.9	44.1	- -	- -	- -
Modéré	Nbre	331	45.06	157	114	- -	- -	- -
	%	100.0		47.5	34.6	- -	- -	- -
Modérément actif	Nbre	467	45.31	232	154	- -	46	- -
	%	100.0		49.6	33.1	- -	9.8	- -
Très actif	Nbre	816	47.78	480	197	- -	118	- -
	%	100.0		58.8	24.1	- -	14.5	- -
Inconnu	Nbre	173	47.24	76	35	- -	52	- -
	%	100.0		43.6	20.4	- -	30.1	- -
20-24:								
Total	Nbre	2,175	43.69	904	663	- -	478	79
	%	100.0		41.6	30.5	- -	22.0	3.6
Sédentaire	Nbre	314	42.41	94	107	- -	78	- -
	%	100.0		30.1	34.1	- -	24.9	- -
Modérément inactif	Nbre	391	41.91	171	92	- -	109	- -
	%	100.0		43.9	23.5	- -	27.9	- -
Modéré	Nbre	462	42.69	186	155	- -	105	- -
	%	100.0		40.2	33.5	- -	22.7	- -
Modérément actif	Nbre	416	43.43	156	180	- -	56	- -
	%	100.0		37.5	43.2	-	13.5	- -
Très actif	Nbre	388	46.79	193	109	- -	58	- -
	%	100.0		49.7	28.1	- -	14.9	- -
Inconnu	Nbre	205	45.94	- -	- -	- -	72	- -
	%	100.0		- -	- -	- -	35.2	- -
25-44:								
Total	Nbre	6,278	38.98	2,814	1,577	- -	1,537	254
	%	100.0		44.8	25.1	- -	24.5	4.0
Sédentaire	Nbre	794	39.13	219	216	- -	279	49
	%	100.0		27.6	27.2	- -	35.1	6.2
Modérément inactif	Nbre	1,236	38.65	495	341	- -	336	- -
	%	100.0		40.0	27.6	- -	27.2	- -
Modéré	Nbre	1,318	38.09	575	329	- -	370	- -
	%	100.0		43.7	25.0	- -	28.1	- -
Modérément actif	Nbre	1,369	39.06	754	317	- -	241	- -
	%	100.0		55.1	23.2	- -	17.6	- -
Très actif	Nbre	1,039	40.15	556	252	- -	211	- -
	%	100.0		53.5	24.3	- -	20.3	- -
Inconnu	Nbre	522	39.03	215	121	- -	100	81
	%	100.0		41.2	23.2	- -	19.2	15.4
45-64:								
Total	Nbre	4,317	29.38	1,227	391	- -	2,506	171
	%	100.0		28.4	9.1	- -	58.1	4.0
Sédentaire	Nbre	749	29.98	150	- -	- -	549	- -
	%	100.0		20.1	- -	- -	73.3	- -
Modérément inactif	Nbre	731	28.22	220	76	- -	407	- -
	%	100.0		30.0	10.4	- -	55.7	- -
Modéré	Nbre	667	28.48	177	52	- -	415	- -
	%	100.0		26.5	7.8	- -	62.1	- -
Modérément actif	Nbre	839	29.31	263	96	- -	430	- -
	%	100.0		31.4	11.5	- -	51.2	- -
Très actif	Nbre	579	30.28	205	69	- -	280	- -
	%	100.0		35.5	12.0	- -	48.3	- -
Inconnu	Nbre	752	30.21	212	68	- -	426	44
	%	100.0		28.1	9.0	- -	56.6	5.9

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 33.

TABLEAU 22. Population totale selon la catégorie de médicaments utilisés, l'âge et le sexe, Canada, 1978-1979

		Catégorie de médicaments utilisés											
		Total	Analgésiques	Tranquillisants ou somnifères	Médicaments pour le cœur et l'hypertension	Antibiotiques	Remèdes contre les troubles gastriques	Laxatifs	Médicaments pour le rhume	Onguents cutanés	Vitamines	Autres médicaments	Tout usage de médicaments
		en milliers											
Tous les âges:													
Les deux sexes	Nbre	23,023	3,138	1,096	1,564	618	726	592	1,450	1,293	5,167	1,800	11,021
	%	100.0	13.6	4.8	6.8	2.7	3.2	2.6	6.3	5.6	22.4	7.8	47.9
Hommes	Nbre	11,417	1,180	347	614	265	337	173	670	497	2,207	572	4,658
	%	100.0	10.3	3.0	5.4	2.3	2.9	1.5	5.9	4.4	19.3	5.0	40.8
Femmes	Nbre	11,606	1,958	749	950	352	389	419	780	796	2,960	1,229	6,363
	%	100.0	16.9	6.5	8.2	3.0	3.4	3.6	6.7	6.9	25.5	10.6	54.8
Moins de 5:													
Hommes	Nbre	880	80	--	--	41	--	--	138	72	394	22	511
	%	100.0	9.1	--	--	4.6	--	--	15.6	8.2	44.7	2.5	58.0
Femmes	Nbre	838	81	--	-	39	--	--	103	69	383	19	502
	%	100.0	9.6	--	-	4.7	--	--	12.3	8.2	45.7	2.3	59.9
5-9:													
Hommes	Nbre	914	66	--	--	26	--	--	115	39	257	20	398
	%	100.0	7.2	--	--	2.8	--	--	12.6	4.2	28.1	2.2	43.5
Femmes	Nbre	868	54	--	-	26	--	--	101	38	227	15	349
	%	100.0	6.2	--	-	3.0	--	--	11.6	4.3	26.1	1.7	40.2
10-14:													
Hommes	Nbre	1,038	66	--	--	17	--	--	65	37	218	27	348
	%	100.0	6.4	--	--	1.7	--	--	6.3	3.6	21.0	2.6	33.6
Femmes	Nbre	992	92	--	--	16	--	--	81	59	213	23	370
	%	100.0	9.2	--	--	1.6	--	--	8.1	5.9	21.5	2.4	37.3
15-19:													
Hommes	Nbre	1,187	76	--	--	31	--	--	48	84	161	29	340
	%	100.0	6.4	--	--	2.6	--	--	4.0	7.1	13.6	2.6	28.6
Femmes	Nbre	1,146	127	--	--	35	13	--	55	102	228	47	450
	%	100.0	11.1	--	--	3.0	1.1	--	4.8	8.9	19.9	4.1	39.3
20-24:													
Hommes	Nbre	1,106	94	--	--	23	24	--	42	43	158	30	317
	%	100.0	8.5	--	--	2.1	2.1	--	3.8	3.9	14.3	2.7	28.6
Femmes	Nbre	1,108	162	25	--	39	27	16	66	97	292	106	558
	%	100.0	14.6	2.3	--	3.5	2.5	1.4	6.0	8.8	26.3	9.6	50.3
25-44:													
Hommes	Nbre	3,230	362	77	45	56	129	25	143	116	458	84	1,099
	%	100.0	11.2	2.4	1.4	1.7	4.0	.8	4.4	3.6	14.2	2.6	34.0
Femmes	Nbre	3,242	640	168	56	111	115	92	183	217	814	317	1,733
	%	100.0	19.8	5.2	1.7	3.4	3.6	2.8	5.6	6.7	25.1	9.8	53.5
45-64:													
Hommes	Nbre	2,174	293	143	307	56	95	37	81	65	395	194	1,057
	%	100.0	13.5	6.6	14.1	2.6	4.4	1.7	3.7	3.0	18.2	8.9	48.6
Femmes	Nbre	2,279	524	311	426	60	139	151	122	148	536	437	1,528
	%	100.0	23.0	13.7	18.7	2.6	6.1	6.6	5.3	6.5	23.5	19.2	67.1
65 et plus:													
Hommes	Nbre	887	143	92	258	16	63	83	38	42	166	165	589
	%	100.0	16.1	10.4	29.1	1.8	7.1	9.3	4.3	4.7	18.8	18.6	66.4
Femmes	Nbre	1,132	279	223	463	25	81	140	69	66	266	263	872
	%	100.0	24.6	19.7	40.9	2.2	7.1	12.3	6.1	5.9	23.5	23.2	77.0

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 95.

Bien que la population consomme des médicaments selon une assez forte proportion, une telle mesure n'est pas toujours justifiée par un problème de santé particulier. En fait, plus du quart des personnes qui ont admis recourir à des médicaments ne se sont plaintes d'aucun problème de santé (tableau 64). Ce qui inquiète davantage, c'est la proportion de la population qui absorbe plusieurs variétés de médicaments (tableau 23). Le pourcentage des femmes (9%) qui prennent au moins trois médicaments est passablement plus élevé que celui des hommes (4%), et il augmente de façon significative en fonction de l'âge; ainsi 25% des femmes et 13% des hommes âgés de 65 ans et plus prennent simultanément au moins trois variétés de médicaments. Lorsque plusieurs types de médicaments sont absorbés simultanément, leur interaction peut avoir pour effet de neutraliser une thérapie ou entraîner des conséquences graves et même dangereuses. On se préoccupe particulièrement de ces effets chez les personnes âgées à cause de leur propension à prendre des médicaments[31].

Il est possible de faire un certain nombre d'observations intéressantes en examinant le lien entre l'usage de tranquillisants ou de somnifères et le bien-être affectif (tableau 24). Une façon de déterminer l'état affectif est l'échelle négative d'équilibre affectif où un résultat élevé indique une plus grande insatisfaction; 23% des gens qui se caractérisent par une attitude très négative, selon cette échelle, admettent prendre des tranquillisants. Parmi ceux qui ont obtenu un résultat peu élevé, seulement 4% en font usage.

Quels que soient les résultats de l'échelle d'équilibre affectif, les femmes ont admis qu'elles prenaient des tranquillisants dans une proportion passablement plus forte que les hommes. En outre, un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont obtenu des résultats indiquant un degré d'insatisfaction élevé, abstraction faite de l'absorption de tranquillisants. Enfin, le tableau 24 permet de tirer une dernière conclusion: le taux d'inconnu, autrement dit de questions laissées sans réponse, est plus élevé dans le cas de gens qui prennent des tranquillisants. Il y a donc lieu de présumer que les personnes insatisfaites sur le plan émotif ont omis de répondre aux questions à connotation négative parce qu'elles touchaient des cordes trop sensibles. Si cette hypothèse est fondée, la corrélation apparente entre l'usage de tranquillisants ou de somnifères et l'attitude négative face à la vie serait encore plus marquée.

Les données présentées ici indiquent que de nombreux Canadiens ont recours à l'usage légal de médicaments en rapport avec la santé et ce, à des fins préventives et curatives. On constate que les femmes et les personnes âgées sont plus portées à absorber simultanément plusieurs types de médicaments. Enfin, pour ce qui est de certains, en particulier les tranquillisants ou somnifères ainsi que les laxatifs, le taux de consommation des femmes est deux fois celui des hommes

Accidents et violences

Les études sur les accidents portent surtout sur le nombre et les caractéristiques des individus qui y ont trouvé la mort, moins souvent sur ceux pour lesquels l'événement a résulté en un état morbide. Cela tient essentiellement à la plus grande disponibilité et fiabilité des statistiques sur la mortalité.

Mort accidentelle. La distinction suivante permet de préciser le vocabulaire:

> "À l'origine de la suite plus ou moins longue d'événements morbides qui conduisent une personne à la mort, il y a soit une maladie, soit un traumatisme ou une intoxication. Dans le premier cas la mort est dite "naturelle" tandis que dans le second cas elle sera qualifiée "accidentelle"."[32]

Ces morts accidentelles[33] sont le résultat d'une intervention extérieure et brutale[34], ce dernier terme faisant allusion au délai, en général très court, après l'intervention. Elles regroupent trois catégories de décès: les homicides (y compris les exécutions judiciaires), les suicides et les décès par accidents.

Importance des accidents et morts violentes

Par le nombre des décès, les accidents (AE138-AE150) viennent au troisième rang des causes de décès au Canada, après les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs, cela quel que soit le sexe. La comparaison des gains en années de vie (à la naissance) qui découleraient de la suppression de l'une quelconque de ces causes de décès permet de mieux saisir la place des accidents parmi les causes de décès[35]:

	Hommes	Femmes
Principales maladies cardio-vasculaires et rénales	6.2 ans	4.6 ans
Tumeurs	2.6 ans	2.8 ans
Accidents	2.3 ans	1.0 an

[31] "Drug use and misuse among the elderly, "**Peterson, D.** *et al., Journal of Drug Issues*, 1979, vol. 9, pp. 5-26.

[32] **Péron, Yves**, "Analyse de l'effet de la mortalité accidentelle et violente sur l'espérance de vie, Canada, régions ou provinces, 1931-1971", *Conseil économique du Canada* (document nº 16), novembre 1974, p. 4.

[33] Soit les rubriques E800 à E899 de la 8e révision de la Classification internationale des maladies, adaptée (CIMA).

[34] Pour une discussion sur le concept de mort accidentelle, on peut se reporter à **Chesnais, J.-C.**, *Les morts violentes en France depuis 1826. Comparaisons internationales.* (INED, Cahier de "Travaux et documents", nº 75), Paris, PUF, pp. 1-3.

[35] Ces calculs portaient sur la période 1975-1977. Les causes ont été regroupées en utilisant les catégories détaillées suivantes de la CIMA (8e révision): principales maladies cardio-vasculaires et rénales (390-458 et 580-584), tumeurs (140-239) et accidents (E800-E999).

TABLEAU 23. Population totale selon la variété de médicaments utilisés, l'âge et le sexe, Canada, 1978-1979

		Total	Aucun médicament	Une variété de médicaments	Deux variétés de médicaments	Trois variétés de médicaments
		en milliers				
Tous les âges:						
Les deux sexes	Nbre	**23,023**	**12,002**	**6,740**	**2,769**	**1,512**
	%	**100.0**	**52.1**	**29.3**	**12.0**	**6.6**
Hommes	Nbre	**11,417**	**6,759**	**3,081**	**1,100**	**476**
	%	**100.0**	**59.2**	**27.0**	**9.6**	**4.2**
Femmes	Nbre	**11,606**	**5,243**	**3,659**	**1,669**	**1,035**
	%	**100.0**	**45.2**	**31.5**	**14.4**	**8.9**
Moins de 5:						
Hommes	Nbre	880	370	314	147	49
	%	100.0	42.0	35.7	16.7	5.6
Femmes	Nbre	838	336	350	110	42
	%	100.0	40.1	41.7	13.2	5.0
5-9:						
Hommes	Nbre	914	516	295	70	33
	%	100.0	56.5	32.3	7.6	3.6
Femmes	Nbre	868	519	256	71	22
	%	100.0	59.8	29.4	8.2	2.5
10-14:						
Hommes	Nbre	1,038	690	272	56	19
	%	100.0	66.4	26.2	5.6	1.8
Femmes	Nbre	992	622	275	71	24
	%	100.0	62.7	27.7	7.2	2.5
15-19:						
Hommes	Nbre	1,187	848	257	60	23
	%	100.0	71.4	21.7	5.0	1.9
Femmes	Nbre	1,146	696	305	117	28
	%	100.0	60.7	26.6	10.2	2.4
20-24:						
Hommes	Nbre	1,106	790	231	62	23
	%	100.0	71.4	20.9	5.6	2.1
Femmes	Nbre	1,108	551	350	153	55
	%	100.0	49.7	31.6	13.8	4.9
25-44:						
Hommes	Nbre	3,230	2,131	788	241	70
	%	100.0	66.0	24.4	7.5	2.2
Femmes	Nbre	3,242	1,509	1,038	465	230
	%	100.0	46.5	32.0	14.3	7.1
45-64:						
Hommes	Nbre	2,174	1,117	640	274	143
	%	100.0	51.4	29.5	12.6	6.6
Femmes	Nbre	2,279	751	751	426	352
	%	100.0	32.9	32.9	18.7	15.4
65 et plus:						
Hommes	Nbre	887	298	284	188	117
	%	100.0	33.6	32.0	[illegible].2	13.1
Femmes	Nbre	1,132	260	335	255	283
	%	100.0	23.0	29.6	22.5	25.0

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 96.

TABLEAU 24. Population de 15 ans et plus, selon l'échelle d'équilibre affectif négatif, l'usage de tranquillisants ou de somnifères et le sexe, Canada, 1978-1979

		Total	Équilibre fortement négatif	Équilibre modérément négatif	Équilibre faiblement négatif	Inconnu
				en milliers		
Usage de tranquillisants ou de somnifères:						
Total	Nbre	**1,035**	**100**	**575**	**225**	**134**
	%	**100.0**	**9.7**	**55.6**	**21.8**	**12.9**
Hommes	Nbre	322	26	180	77	39
	%	100.0	8.0	56.0	23.9	12.1
Femmes	Nbre	713	75	395	148	95
	%	100.0	10.5	55.4	20.8	13.3
Aucun usage de tranquillisants ou de somnifères:						
Total	Nbre	**16,457**	**328**	**8,517**	**6,209**	**1,402**
	%	**100.0**	**2.0**	**51.8**	**37.7**	**8.5**
Hommes	Nbre	8,262	113	4,175	3,266	708
	%	100.0	1.4	50.5	39.5	8.6
Femmes	Nbre	8,195	215	4,343	2,943	694
	%	100.0	2.6	53.0	35.9	8.5

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 98.

Le nombre des décès par accidents est faible par rapport aux deux autres causes mais, comme ils surviennent à des âges peu élevés, ils ont un impact non négligeable sur l'espérance de vie.

La méthode des années potentielles de vie perdues (APVP)[36] est une autre façon de quantifier l'importance des décès prématurés provoqués par une cause donnée. Ainsi on constate (tableau 25) que près de 40% de toutes les années perdues entre les 1er et 70e anniversaires sont le fait des accidents et violences, cette cause étant plus importante pour le sexe masculin (environ 4/10 des APVP contre près de 3/10 chez les femmes); en outre, 40% de ces années sont perdues par suite d'accidents de la circulation.

Des calculs effectués pour la période 1970-1972[37] ont permis d'établir qu'un Canadien a une chance sur dix, une Canadienne une chance sur vingt, de mourir de cause accidentelle et violente entre la naissance et le 85e anniversaire. Dans le cas des accidents de la circulation, les risques correspondants sont 1/24 et 1/60. D'autre part, ces risques sont mal partagés entre hommes et femmes: alors qu'un homme a environ 1.5 fois plus de chances qu'une femme de mourir avant 85 ans, le rapport des risques est égal à 2 dans le cas de l'ensembre des accidents et à 2.5 pour ceux de la circulation.

TABLEAU 25. Distribution en pourcentage des années potentielles de vie perdues entre 1 et 70 ans, suivant le sexe et selon le type d'accident, Canada, 1978

Cause du décès	Code[1]	Hommes	Femmes	Total
			%	
Accidents	AE 138-146	29.9	20.0	26.7
Véhicules à moteur	AE 138	16.7	12.1	15.2
Autres	AE 139-146	13.2	7.9	11.5
Violences	AE 147-150	13.2	9.1	11.8
Suicides	AE 147	9.5	5.7	8.3
Autres	AE 148-150	3.7	3.3	3.6
Tous accidents et violences	AE 138-150	43.0	29.1	38.5
Toutes causes de décès %		**100.0**	**100.0**	**100.0**
Nbre		**852,808**	**401,577**	**1,254,385**

[1] D'après la 8e révision de la Classification internationale des maladies, adaptée (Liste intermédiaire A)

Source: d'après **Statistique Canada,** *La statistique de l'état civil* (volume III: mortalité), n° 84-206 au catalogue, juin 1980, tableau 4, pp. 16-35.

[36] Ce calcul considère prématuré tout décès survenu avant l'âge de 70 ans. En effet, il consiste à cumuler toutes les différences entre 70 ans et l'âge au décès par la cause considérée. On se limite le plus souvent à la mortalité entre 1 et 70 ans: la nature des causes de décès infantiles et leur poids dans ce calcul ont conduit à les écarter; passé 70 ans (soit sensiblement l'espérance de vie à la naissance ou même à un an) on pourrait parler d'années "gagnées". Pour plus de détails, voir: **Romeder, J.-M. et McWhinnie, J.R.,** *Le développement des années de vie perdues comme indicateur de mortalité prématurée,* note de recherche 77-2, Planification à long terme (santé), Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1977.

[37] Dans le cadre d'une étude de **Strohmenger, Claude,** "Tables de mortalité par accidents. Quelques comparaisons entre le Québec et l'Ontario, 1970-1972", Communication présentée au *45e Congrès de l'ACFAS,* (Section démographie), Université du Québec à Trois-Rivières, 19-21 mai 1977.

Les accidents de la circulation[38]

Ceux-ci méritent une attention particulière en raison de l'importance de la morbidité et de la mortalité (46% des décès accidentels - AE138-146 - en 1978) qui leur sont attribuées, ainsi que de l'âge peu avancé auquel ils frappent.

Bien qu'on observe, après 1973, un fléchissement[39] des taux de mortalité par accidents de la circulation, on note une hausse depuis 1960 et un maintien des différences selon le sexe, les hommes étant dans l'ensemble 2.6 fois plus touchés que les femmes (tableau 26). Bien plus importantes sont les différences selon l'âge. Ainsi, en 1978, 3% de l'ensemble des décès au Canada étaient dus aux accidents de la circulation alors que pour le groupe des 15-24 ans ce pourcentage était de 40% environ. De plus, 38.1% de tous ces décès par accidents de la circulation touchaient ce groupe d'âge.

TABLEAU 26. Taux bruts de mortalité par accident de la circulation, selon le sexe, Canada, 1960-1978

Année	Hommes	Femmes	Les deux sexes
	taux pour 100,000		
1960	27.1	9.4	18.4
1965	36.1	13.7	24.9
1970	35.0	12.6	23.8
1975	37.0	14.0	26.7
1978	31.5	12.1	21.7

Source: D'après **Statistique Canada,** *Statistique de l'état civil,* nº 84-202 au catalogue, annuel, (1960, 1965 et 1970), nº 84-206 au catalogue, annuel, (1975 et 1978) et estimations de la population.

La morbidité, nous l'avons dit, est moins souvent évoquée en matière d'accidents de la circulation, faute de données fiables. D'autre part, ces données se prêtent moins facilement aux comparaisons: les états morbides peuvent en effet varier considérablement et aller, par exemple, d'une simple fracture à la paralysie totale, or les statistiques ne permettent pas de faire ces distinctions. Notons cependant que, pour un décès par accident de la circulation, on comptait environ 36 blessés, en 1975 (tableaux 26 et 27). Cela donne une idée de l'ampleur du phénomène, surtout que ce type de morbidité a parfois des conséquences aussi tragiques qu'un décès.

La fréquence de la morbidité par accident routier au Canada a presque doublé de 1960 à 1975 (tableau 27); l'évolution a donc été plus rapide que pour la mortalité,

TABLEAU 27. Taux bruts de morbidité par accident de la circulation, selon le sexe, Canada, 1960-1975

Année	Hommes	Femmes	Les deux sexes
	taux pour 100,000		
1960	-	-	504.6
1965	955.9	572.6	766.8
1970	1017.9	655.7	838.2
1975	1170.0	778.0	973.4

Source: Extrait de l'annexe statistique (vol. II) de *Les accidents de la route au Québec depuis 1926: étude démographique et épidémiologique,* op. cit.

tout en présentant des différences moins accentuées selon le sexe. La surmorbidité masculine est en effet de 1.5 en 1975, contre 2.6 environ pour la surmortalité. Le profil de la courbe des taux de morbidité selon l'âge ressemble à celle des taux de mortalité, sauf au-delà de 45 ans où, contrairement à la mortalité, les taux de morbidité continuent à baisser. C'est également pour les 15-24 ans que la surmorbidité masculine est la plus forte.

Un calcul de **R. Bourbeau**[40] effectué à partir des données de la période 1976-1977 en utilisant la répartition des blessés selon l'âge et le sexe au Québec, donne une idée des risques courus: un homme aurait, dans les conditions alors observées, une chance sur deux d'être blessé dans un accident de la route entre sa naissance et son 65e anniversaire; pour les femmes, il s'agit d'une chance sur trois.

À la dimension démographique des accidents (morbidité, mortalité) s'ajoutent les aspects économiques et sociaux, souvent moins spectaculaires. Pour ce qui est de la dimension économique, il y a d'une part les coûts économiques (indirects) - perte de production, par exemple -, d'autre part les coûts financiers directs): coûts d'hospitalisation, assurances, frais judiciaires, etc. La dimension sociale est encore plus délicate à apprécier: perte de jouissance de la vie, souffrances, effets sur l'entourage, etc.

Accidents et mode de vie

Après avoir brossé le tableau des conséquences des accidents, de la route surtout, on peut se demander si ces événements sont inévitables. D'instinct on répondra que, dans bien des cas, la réponse est non. Il semble en effet que, comme par exemple dans les cas de tabagisme ou

[38] Rubrique AE 138 A de la CIMA (8e révision). Pour une étude détaillée, on peut se référer à: **Laberge-Nadeau, Claire et Bourbeau, Robert,** "Mortalité et morbidité par accidents de la route au Canada, 1960-1974", *Routes et transports,* mai 1979, pp. 14-19 et **Bourbeau, Robert,** *Les accidents de la route au Québec depuis 1926: étude démographique et épidémiologique,* thèse de doctorat, Département de démographie, Université de Montréal, juin 1981.

[39] Celui-ci pourrait être partiellement dû à l'effet des lois concernant le port de la ceinture de sécurité. Voir: **Pierce, J.,** "Safety benefits of the seatbelt legislation and speed limit reduction in Ontario", in *Proceedings of the American Association for Automotive Medicine,* AAAM, Morton Grove, Illinois, pp. 242-253; et dans les actes du même congrès: **Bergan, A., Watson, L.,** *et al.,* "The Effect on Injury and Fatality Rates of Seatbelt Usage in Saskatchewan", pp. 412-475. Voir aussi: **Williams, A. et Robertson, L.,** "Observed Daytime Seat-belt Use in Vancouver Before and After the British Columbia Belt-use Law", *Canadian Journal of Public Health,* sept.-oct. 1979, pp. 329-332.

[40] "Les accidents de la route au Québec", *Ma Caisse,* vol. 17, 1, janvier-février 1980, pp. 11-22.

d'alcoolisme, les accidents de la circulation routière soient en grande partie attribuables au facteur humain. Les chiffres ci-dessous le confirment dans le cas du Québec[41]:

Cause des accidents	Pourcentage des accidents où les facteurs ont un rôle certain ou probable
Facteurs humains (excès de vitesse, alcool, erreurs humaines, etc.)	80 à 95
Facteurs reliés au véhicule (freins, pneus, etc.)	15 à 30
Facteurs reliés à l'environnement (état de la route, climat, etc.)	5 à 20

Une enquête a d'autre part démontré que les chiffres ci-dessus reflètent bien la façon dont les individus eux-mêmes perçoivent les causes principales des accidents[42]. Donc, on connaît l'importance des facteurs humains dans les accidents de la route et le public en est également conscient. On est alors en droit de s'attendre à ce que les individus prennent, de leur propre chef, des mesures destinées à éviter ces accidents, notamment en bannissant les abus d'alcool, en réduisant la vitesse, en portant la ceinture de sécurité, etc.

Bien qu'il ait été prouvé que, dans la grande majorité des cas, le port de la ceinture évitait certaines conséquences fâcheuses des accidents ou du moins en réduisait la gravité, relativement peu de gens l'utilisent au Canada. Une enquête en mai 1977 révèle que moins de 30% des conducteurs portent la ceinture et qu'on retrouve les proportions les plus fortes dans les provinces où la loi en réglemente le port (tableau 28). L'Enquête Santé Canada s'est également intéressée à la question en 1978-1979. Le tableau 29, qui concerne les conducteurs et les passagers, montre que moins de la moitié portent toujours (ou presque) la ceinture et que l'existence d'une loi est ici encore un facteur déterminant.

TABLEAU 28. Port de la ceinture de sécurité chez les conducteurs, Canada et provinces, mai 1977

Province	Pourcentage de conducteurs portant la ceinture
Colombie-Britannique[1]	36.9
Alberta	15.6
Saskatchewan[1]	32.3
Manitoba	7.8
Ontario[1]	51.9
Québec[1]	39.6
Nouveau-Brunswick	15.3
Nouvelle-Écosse	22.3
Île-du-Prince-Édouard	7.5
Terre-Neuve	8.2
CANADA	**29.4**

[1] Ces quatre provinces ont maintenant adopté des lois concernant le port obligatoire de la ceinture de sécurité.

Source: "A Survey to Determine the Level of Use of Seat Belts by Canadian Automobile Drivers." Rapport préparé pour la Direction de la sécurité automobile et routière de Transports Canada, par Canadian Facts Co. Limited, Toronto (Ontario), février 1978 (après observation de quelque 17,000 conducteurs dans l'ensemble du pays).

Conclusion

L'âge auquel ils surviennent donne une importance particulière aux blessures et aux décès d'origine accidentelle ou violente, ces derniers étant en grande partie responsable de la surmortalité masculine. Le caractère souvent évitable des événements ayant conduit à ces blessures ou à ces décès en fait des cibles de choix pour les programmes de prévention.

Mesures de médecine préventive[43]

On le sait, on peut favoriser sa santé en limitant sa consommation d'alcool et de tabac et en faisant régulièrement de l'exercice. Cependant, il existe d'autres mesures préventives, tels l'immunisation, le test Pap de dépistage du cancer et l'auto-examen des seins, qui seront traitées dans cette section.

Immunité

Un sujet exposé à une infection virale peut ne pas être atteint de la maladie correspondante. Si la maladie se déclare, elle peut revêtir soit une forme bénigne soit une forme grave. Plusieurs facteurs qui interviennent dans le développement de la maladie sont indépendants du sujet, par exemple le temps d'exposition. Les anticorps sériques sont un autre facteur déterminant. D'autres mécanismes de défense comme l'immunité cellulaire jouent aussi un rôle. Des taux élevés indiquent qu'il y a protection, car ils proviennent généralement d'une exposition antérieure du système immunitaire à la maladie ou à un agent d'immunisation active artificielle. Des taux faibles sont associés à la réceptivité et se rencontrent habituellement chez les sujets qui n'ont pas été préalablement exposés.

La fréquence de taux d'anticorps élevés dans une région géographique donnée peut provenir soit d'une haute prévalence de la maladie naturelle, soit de programmes d'immunisation efficaces. La fréquence de taux faibles indique l'absence d'immunité acquise naturellement ou produite artificiellement.

[41] D'après le *Ministère des Transports du Québec* (1978); cité dans "Les accidents de la route au Québec", *op. cit.*, p. 16.

[42] "Les accidents de la route au Québec", *op. cit.*, p. 16.

[43] La santé des Canadiens: *Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*

TABLEAU 29. Population de 15 ans et plus ayant conduit une automobile ou voyagé comme passagers d'une automobile au cours des deux dernières semaines, selon la consistance dans le port de la ceinture de sécurité, l'âge et la Loi provinciale sur le port de la ceinture de sécurité, Canada, 1978-1979

Loi sur le port de la ceinture de sécurité		Consistance dans le port de la ceinture de sécurité				
		Total	Toujours ou presque toujours	De façon non consistante	Rarement ou jamais	Sans réponse
		en milliers				
15 ans et plus:						
Total	Nbre	**15,524**	**7,643**	**476**	**4,610**	**2,795**
	%	**100.0**	**49.2**	**3.1**	**29.7**	**18.0**
Port de la ceinture de sécurité obligatoire	Nbre	**11,855**	**7,134**	**389**	**2,519**	**1,812**
	%	**100.0**	**60.2**	**3.3**	**21.2**	**15.3**
Port de la ceinture de sécurité non obligatoire	Nbre	**3,204**	**509**	**87**	**2,091**	**516**
	%	**100.0**	**15.9**	**2.7**	**65.3**	**16.1**
Sans réponse	Nbre	**466**	-	-	-	**466**
	%	**100.0**	-	-	-	**100.0**
15-19:						
Total	Nbre	2,126	826	64	807	429
	%	100.0	38.9	3.0	37.9	20.2
Port de la ceinture de sécurité obligatoire	Nbre	1,556	766	50	489	250
	%	100.0	49.2	3.2	31.5	16.1
Port de la ceinture de sécurité non obligatoire	Nbre	465	60	14	317	73
	%	100.0	13.0	3.0	68.2	15.8
Sans réponse	Nbre	106	-	-	-	106
	%	100.0	-	-	-	100.0
20-24:						
Total	Nbre	2,014	853	110	790	261
	%	100.0	42.4	5.4	39.2	13.0
Port de la ceinture de sécurité obligatoire	Nbre	1,520	793	92	474	161
	%	100.0	52.2	6.1	31.2	10.6
Port de la ceinture de sécurité non obligatoire	Nbre	451	60	17	317	57
	%	100.0	13.3	3.8	70.1	12.7
Sans réponse	Nbre	43	-	-	-	43
	%	100.0	-	-	-	100.0
25-44:						
Total	Nbre	5,876	3,095	215	1,708	858
	%	100.0	52.7	3.7	29.1	14.6
Port de la ceinture de sécurité obligatoire	Nbre	4,546	2,876	178	912	580
	%	100.0	63.3	3.9	20.1	12.8
Port de la ceinture de sécurité non obligatoire	Nbre	1,211	219	37	796	159
	%	100.0	18.1	3.1	65.8	13.1
Sans réponse	Nbre	119	-	-	-	119
	%	100.0	-	-	-	100.0
45-64:						
Total	Nbre	3,944	2,081	79	948	837
	%	100.0	52.8	2.0	24.0	21.2
Port de la ceinture de sécurité obligatoire	Nbre	3,056	1,952	63	477	564
	%	100.0	63.9	2.1	15.6	18.4
Port de la ceinture de sécurité non obligatoire	Nbre	764	129	15	471	148
	%	100.0	16.9	2.0	61.7	19.4
Sans réponse	Nbre	125	-	-	-	125
	%	100.0	-	-	-	100.0
65 et plus:						
Total	Nbre	1,564	787	9	357	410
	%	100.0	50.3	0.6	22.8	26.2
Port de la ceinture de sécurité obligatoire	Nbre	1,177	747	--	167	257
	%	100.0	63.4	--	14.2	21.9
Port de la ceinture de sécurité non obligatoire	Nbre	313	41	--	190	79
	%	100.0	13.0	--	60.7	25.2
Sans réponse	Nbre	74	-	-	-	74
	%	100.0	-	-	-	100.0

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 38.

La rubéole revêt un intérêt particulier, car elle peut causer des anomalies congénitales chez les enfants nés de femmes infectées au cours de la grossesse. Le tableau 30 montre qu'il y a, au Canada, 237,000 femmes de 20 à 34 ans (en âge de procréation) qui sont mal protégées contre la rubéole. Le grand nombre de femmes non protégées dans les groupes plus jeunes est aussi un sujet de préoccupation, car les jeunes filles de 6 à 14 ans non immunisées constituent en toute probabilité les futures mères non protégées de l'avenir.

La poliomyélite (polio) est une maladie virale aiguë qui, sous sa forme grave, peut causer une paralysie permanente ou la mort. Elle se rencontre dans le monde entier. La plupart des infections sont légères et passagères et les épidémies se sont limitées à relativement peu de régions. En Amérique du Nord, les épidémies de poliomyélite paralytique qui étaient fréquentes dans la première moitié du siècle, ont été réduites à des poussées épidémiques sporadiques depuis qu'a été introduite la vaccination au milieu des années 1950.

Il y a trois types distincts de poliovirus qui peuvent provoquer chacun la paralysie. La protection contre l'un d'eux ne confère pas l'immunité vis-à-vis des autres.

Les tableaux 32 et 33 combinent les résultats des trois types en fonction des taux d'anticorps les plus faibles des trois pour chaque enquêté, taux qui mesurent la réceptivité à un ou plusieurs types de poliovirus.

Le tableau 32 montre les taux d'anticorps de la poliomyélite par groupe d'âge. Le groupe des 20 à 24 ans compte la plus petite proportion de taux d'anticorps faibles (23%). Cependant les deux groupes d'âges adjacents ne sont pas très différents du reste de la population. Le groupe comptant les personnes les plus âgées (35 à 44 ans) affiche la proportion la plus forte de taux d'anticorps faibles, 45% ayant des titres égaux ou inférieurs à 1/10 pour au moins un type.

La meilleure protection du groupe des 20 à 24 ans peut provenir de l'engouement pour la vaccination lors de l'introduction du vaccin antipoliomyélitique à la fin des années 1950 et au début des années 1960. Les membres de ce groupe étaient alors de jeunes enfants ou sont nés dans les premières années qui ont suivi. Parmi les sujets examinés, les moins protégés étaient le groupe le plus âgé, soit ceux qui, lors de l'introduction du vaccin, étaient dans leur prime adolescence ou plus âgés. Comme ils avaient passé l'âge de la paralysie infantile, ils ont pu alors être moins bien vaccinés et ils n'ont pas depuis acquis des taux d'immunité suffisants. Les moins de 20 ans sont aussi moins bien protégés, probablement parce que le public est moins averti et se préoccupe moins de cette maladie, les épidémies de poliomyélite étant devenues choses du passé. La proportion de sujets non protégés est très semblable entre 6 et 19 ans. La proportion de sujets immunisés n'a donc peut-être pas beaucoup changé entre 1959 et le milieu des années 1970.

Le Québec se distingue par sa plus grande proportion de sujets réceptifs à la poliomyélite, 47% des individus y étant insuffisamment protégés. On ne sait pas exactement si ce phénomène est attribuable à certains facteurs réduisant l'exposition de la population au virus naturel ou à une moins bonne application des programmes d'immunisation. Il est manifeste que la faible immunité vis-à-vis de la poliomyélite est environ deux fois plus fréquente au Québec que dans le reste du pays et qu'environ la moitié des résidents du Québec sont réceptifs à un ou plusieurs types de poliovirus.

TABLEAU 30. Population de sexe masculin de 6 à 19 ans et de sexe féminin de 6 à 34 ans, selon le taux d'anticorps contre la rubéole, et l'âge, Canada, 1978-1979

		Taux d'anticorps contre la rubéole (niveau correspondant de titre)				
		Total	8 ou moins	16-32	64 et plus	Inconnu
		en milliers				
Tous les groupes d'âges	Nbre	**8,827**	**1,135**	**2,171**	**4,930**	**592**
	%	**100.0**	**12.9**	**24.6**	**55.8**	**6.7**
6-9 (les deux sexes)	Nbre	1,445	231	445	627	--
	%	100.0	16.0	30.8	43.4	--
10-14 (les deux sexes)	Nbre	2,030	375	633	921	100
	%	100.0	18.5	31.2	45.4	4.9
15-19 (les deux sexes)	Nbre	2,333	291	400	1,480	162
	%	100.0	12.5	17.1	63.4	6.9
20-24 (femmes seulement)	Nbre	1,113	121	195	774	--
	%	100.0	10.9	17.5	69.5	--
25-34 (femmes seulement)	Nbre	1,906	116	499	1,128	163
	%	100.0	6.1	26.2	59.2	8.5

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 39.

TABLEAU 31. Population de sexe masculin de 6 à 19 ans et de sexe féminin de 6 à 34 ans, selon le taux d'anticorps contre la rubéole, Canada et régions, 1978-1979

		Taux d'anticorps contre la rubéole (niveau correspondant de titre)				
		Total	8 ou moins	16-32	64 et plus	Inconnu
		en milliers				
Canada	Nbre	**8,827**	**1,135**	**2,171**	**4,930**	**592**
	%	**100.0**	**12.9**	**24.6**	**55.8**	**6.7**
Région de l'Atlantique	Nbre	899	109	148	565	77
	%	100.0	12.1	16.5	62.8	8.6
Québec	Nbre	2,389	298	636	1,306	150
	%	100.0	12.5	26.6	54.6	6.3
Ontario	Nbre	3,151	381	828	1,732	210
	%	100.0	12.1	26.3	55.0	6.7
Région des Prairies	Nbre	1,480	250	254	845	--
	%	100.0	16.9	17.2	57.1	--
Colombie-Britannique	Nbre	908	97	305	483	--
	%	100.0	10.6	33.6	53.1	--

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 40.

TABLEAU 32. Population de 6 à 44 ans, selon la réceptivité à une ou plusieurs souches de la polio, et l'âge, Canada, 1978-1979

		Taux minimum d'anticorps contre la polio (niveau correspondant de titre)				
		Total	10 et moins	20-40	80 et plus	Inconnu
		en milliers				
Tous les groupes d'âges	Nbre	**14,495**	**4,594**	**5,538**	**3,906**	**467**
	%	**100.0**	**31.7**	**38.2**	**26.9**	**3.2**
6-9	Nbre	1,445	447	460	335	203
	%	100.0	30.9	31.8	23.2	14.1
10-14	Nbre	2,030	550	750	605	--
	%	100.0	27.1	37.0	29.8	--
15-19	Nbre	2,333	676	895	724	--
	%	100.0	29.0	38.4	31.0	--
20-24	Nbre	2,233	503	1,076	641	--
	%	100.0	22.5	48.2	28.7	--
25-34	Nbre	3,787	1,209	1,536	977	66
	%	100.0	31.9	40.6	25.8	1.7
35-44	Nbre	2,666	1,210	821	624	--
	%	100.0	45.4	30.8	23.4	--

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 47.

TABLEAU 33. Population de 6 à 44 ans, selon la réceptivité à une ou plusieurs souches de la polio, Canada et régions, 1978-1979

		Taux minimum d'anticorps contre la polio (niveau correspondant de titre)				
		Total	10 et moins	20-40	80 et plus	Inconnu
		en milliers				
Canada	Nbre	**14,495**	**4,594**	**5,538**	**3,906**	**457**
	%	**100.0**	**31.7**	**38.2**	**26.9**	**3.2**
Région de l'Atlantique	Nbre	1,398	364	583	383	--
	%	100.0	26.0	41.7	27.4	--
Québec	Nbre	3,974	1,876	1,586	430	--
	%	100.0	47.3	39.9	10.8	--
Ontario	Nbre	5,209	1,518	1,554	1,920	217
	%	100.0	29.1	29.8	36.9	4.2
Région des Prairies	Nbre	2,399	502	1,091	724	--
	%	100.0	20.9	45.5	30.2	--
Colombie-Britannique	Nbre	1,515	332	724	449	--
	%	100.0	21.9	47.8	29.6	--

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 48.

La diphtérie est une infection aiguë causée par le bacille *Corynebacterium dipteriae*. Elle se localise en général au niveau des voies respiratoires supérieures et peut causer leur obstruction. Une toxine produite par la bactérie peut avoir des effets cardiaques et nerveux périphériques. Le taux global de décès est d'environ 10%. L'immunisation est un moyen prophylactique très efficace. Comme la diphtérie n'est pas une maladie courante, la plus grande partie de l'immunité observée est attribuable à la vaccination systématique des nourrissons. Les différences régionales sont probablement dues surtout aux différences des programmes d'immunisation.

L'immunité vis-à-vis de la diphtérie a été mesurée pour les groupes de 3 à 5 ans et de 15 à 19 ans. Le tableau 34 montre que les plus âgés sont mieux protégés que les plus jeunes. Le taux d'immunité le plus élevé a été enregistré dans les Prairies (tableau 35).

Le tétanos est une maladie aiguë, souvent mortelle, causée par le bacille *Clostridium tetani*. Étant donné que ce bacille est très répandu, les différences régionales observées peuvent être attribuées aux différences entre les programmes d'immunisation.

L'immunité vis-à-vis du tétanos est généralement élevée comme en témoignent les tableaux 36 et 37. Dans le groupe des 6 à 19 ans, la proportion suffisamment protégée varie de 88% à 94%, la plupart des autres se rangeant dans la catégorie "inconnu". La protection varie d'une région à l'autre. Le Québec affiche la proportion la plus faible de personnes protégées (81%), suivi des provinces de l'Atlantique (86%). Dans les trois autres régions du Canada, l'immunité est suffisante pour au moins 93% de la population.

La rougeole et les oreillons sont des maladies virales communes. La plupart des cas guérissent complètement, mais dans une faible proportion il peut y avoir toute une variété de complications graves. L'augmentation des taux d'anticorps à mesure que l'âge augmente était à prévoir, en raison de la probabilité plus grande d'avoir contracté la maladie ou d'avoir été immunisé. La proportion de 45% de la population ayant un taux d'anticorps inférieur à un sur huit pour la rougeole peut être due à des tests inefficaces, à une baisse des taux d'anticorps de rougeole après l'immunisation ou à une carence dans les programmes de vaccination.

Les taux d'anticorps contre la rougeole figurent aux tableaux 38 et 39 pour les groupes des 3 à 5 ans et des 15 à 19 ans. Les plus jeunes comptent une plus forte proportion de taux d'anticorps inférieurs à un sur huit. Les circonstances sont semblables dans les cinq régions, de 38% à 45% des populations ayant des taux inférieurs à un sur huit, sauf dans les Prairies où la proportion s'établit à 56%.

Les taux d'anticorps d'oreillons ont été mesurés pour les 6 à 14 ans. La proportion d'entre eux ayant des taux inférieurs à un sur huit, était légèrement supérieure chez les 6 à 9 ans que chez les 10 à 14 ans (tableau 40). La proportion des taux faibles varient de 47% au Québec à 64% en Colombie-Britannique (tableau 41).

En résumé, ces résultats confirment quelques-unes des craintes des épidémiologistes et des autorités de la santé publique au sujet de l'état immunitaire de la population. Comme toutes les maladies transmissibles examinées ici peuvent être en fait évitées grâce à l'immunisation et comme l'état immunitaire est manifestement insuffisant

TABLEAU 34. Population de 3 à 5 ans et de 15 à 19 ans, selon l'immunité à la diphtérie, et l'âge, Canada, 1978-1979

		Taux d'immunité contre la diphtérie			
		Total	Moins de .01 unités par ml (insatisfaisant)	.01 unités par ml et plus (satisfaisant)	Inconnu
		en milliers			
Les deux groupes d'âge	Nbre	**3,328**	**610**	**2,365**	--
	%	**100.0**	**18.3**	**71.1**	--
3-5	Nbre	995	273	445	--
	%	100.0	27.4	44.7	--
15-19	Nbre	2,333	337	1,920	76
	%	100.0	14.5	82.3	3.2

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 49.

TABLEAU 35. Population de 3 à 5 ans et de 15 à 19 ans, selon le taux d'immunité contre la diphtérie, Canada et régions, 1978-1979

		Taux d'immunité contre la diphtérie			
		Total	Moins de .01 unités par ml (insatisfaisant)	.01 unités par ml et plus (satisfaisant)	Inconnu
		en milliers			
Canada	Nbre	**3,328**	**610**	**2,365**	--
	%	**100.0**	**18.3**	**71.1**	--
Région de l'Atlantique	Nbre	349	64	228	56
	%	100.0	18.4	65.4	16.2
Québec	Nbre	904	241	590	--
	%	100.0	26.6	65.3	--
Ontario	Nbre	1.183	--	829	--
	%	100.0	--	70.1	--
Région des Prairies	Nbre	552	--	476	50
	%	100.0	--	86.2	9.1
Colombie-Britannique	Nbre	340	--	241	--
	%	100.0	--	71.0	--

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 50.

TABLEAU 36. Population de 6 à 19 ans selon l'immunité contre le tétanos, et l'âge, Canada, 1978-1979

		Taux d'immunité contre la tétanos			
		Total	Moins de .01 unités par ml (insatisfaisant)	.01 unités par ml et plus (satisfaisant)	Inconnu
		en milliers			
Tous les groupes d'âge	Nbre	**5,808**	**180**	**5,223**	**405**
	%	**100.0**	**3.1**	**89.9**	**7.0**
6-9	Nbre	1,445	--	1,276	--
	%	100.0	--	88.3	--
10-14	Nbre	2,030	--	1,914	--
	%	100.0	--	94.3	--
15-19	Nbre	2,333	120	2,032	181
	%	100.0	5.1	87.1	7.7

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 51.

TABLEAU 37. Population de 6 à 19 ans, selon le taux d'immunité contre le tétanos, Canada et régions, 1978-1979

		Taux d'immunité contre le tétanos			
		Total	Moins de .01 unités par ml (insatisfaisant)	.01 unités par ml et plus (satisfaisant)	Inconnu
		en milliers			
Canada	Nbre	**5,808**	**180**	**5,223**	**405**
	%	**100.0**	**3.1**	**89.9**	**7.0**
Région de l'Atlantique	Nbre	620	--	530	--
	%	100.0	--	85.5	--
Québec	Nbre	1,548	136	1,256	156
	%	100.0	8.8	81.2	10.1
Ontario	Nbre	2,068	--	1,972	--
	%	100.0	--	95.4	--
Région des Prairies	Nbre	981	--	913	--
	%	100.0	--	93.1	--
Colombie-Britannique	Nbre	591	--	551	--
	%	100.0	--	93.3	--

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 52.

TABLEAU 38. Population de 3 à 5 ans et de 15 à 19 ans, selon le taux d'anticorps contre la rougeole, et l'âge, Canada, 1978-1979

		Taux d'anticorps contre la rougeole (niveau correspondant de titre)				
		Total	Moins de 8	8-16	32 et plus	Inconnu
		en milliers				
Les deux groupes d'âges	Nbre	**3,328**	**1,496**	**1,272**	**442**	**119**
	%	**100.0**	**45.0**	**38.2**	**13.3**	**3.6**
3-5	Nbre	995	566	342	--	--
	%	100.0	56.9	34.4	--	--
15-19	Nbre	2.333	930	930	399	74
	%	100.0	39.9	39.9	17.1	3.2

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit., tableau 53.*

TABLEAU 39. Population de 3 à 5 ans et de 15 à 19 ans, selon le taux d'anticorps contre la rougeole, Canada et régions, 1978-1979

		Taux d'anticorps contre la rougeole (niveau correspondant de titre)				
		Total	Moins de 8	8-16	32 et plus	Inconnu
		en milliers				
Canada	Nbre	**3,328**	**1,496**	**1,272**	**442**	**119**
	%	**100.0**	**45.0**	**38.2**	**13.3**	**3.6**
Région de l'Atlantique	Nbre	349	147	134	--	35
	%	100.0	42.1	38.4	--	9.9
Québec	Nbre	904	376	379	112	36
	%	100.0	41.6	41.9	12.4	4.0
Ontario	Nbre	1,183	535	499	134	--
	%	100.0	45.2	42.2	11.5	--
Région des Prairies	Nbre	552	309	134	85	--
	%	100.0	56.0	24.3	15.4	--
Colombie-Britannique	Nbre	340	128	126	--	--
	%	100.0	37.8	37.0	--	--

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 54.

TABLEAU 40. Population de 6 à 14 ans, selon le taux d'anticorps contre les oreillons, et l'âge, Canada, 1978-1979

		Taux d'anticorps contre les oreillons (niveau correspondant de titre)				
		Total	Moins de 8	8	16 et plus	Inconnu
		en milliers				
Les deux groupes d'âges	Nbre	**3,475**	**1,811**	**929**	**411**	**324**
	%	**100.0**	**52.1**	**26.7**	**11.8**	**9.3**
6-9	Nbre	1,445	801	373	147	125
	%	100.0	55.4	25.8	10.2	8.6
10-14	Nbre	2,030	1,011	556	264	199
	%	100.0	49.8	27.4	13.0	9.8

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 55.

TABLEAU 41. Population de 6 à 14 ans, selon le taux d'anticorps contre les oreillons, Canada et régions, 1978-1979

		Taux d'anticorps contre les oreillons (niveau correspondant de titre)				
		Total	Moins de 8	8	16 et plus	Inconnu
		en milliers				
Canada	Nbre	**3,475**	**1,811**	**929**	**411**	**324**
	%	**100.0**	**52.1**	**26.7**	**11.8**	**9.3**
Région de l'Atlantique	Nbre	383	204	86	40	--
	%	100.0	53.2	22.5	10.5	--
Québec	Nbre	903	423	--	186	--
	%	100.0	46.8	--	20.6	--
Ontario	Nbre	1,245	611	361	--	--
	%	100.0	49.1	29.0	--	--
Région des Prairies	Nbre	591	347	171	--	33
	%	100.0	58.7	28.9	--	5.6
Colombie-Britannique	Nbre	353	227	--	--	--
	%	100.0	64.3	--	--	--

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 56.

pour certains groupes, il faut poursuivre et concentrer les efforts entrepris pour augmenter les taux d'immunité.

Mesures préventives de la part des femmes

Les tableaux 42 et 43 portent sur la fréquence de deux mesures préventives observées par les femmes: le test Pap de dépistage du cancer et l'auto-examen des seins. Ces renseignements ont été recueillis par le truchement du questionnaire rempli par la personne elle-même dans le cadre de l'Enquête Santé Canada.

Au cours de l'année précédente, 42% des femmes âgées de 15 ans et plus ont subi un test de dépistage du cancer Pap alors que 21% n'ont jamais passé de test de ce genre (tableau 42). Près de la moitié de celles qui ne se sont jamais prêtées à ces tests ont entre 15 et 19 ans, de sorte qu'elles risquent moins le cancer. Les femmes qui ont suivi des études avancées se sont soumises dans une plus forte proportion à un test de dépistage du cancer au cours de l'année précédente. Cependant, il faut souligner que les deux tiers des femmes âgées de 15 ans et plus n'ont suivi que des études élémentaires ou secondaires. En dépit des conclusions d'un groupe de travail sur les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus mettant en relief l'importance du test pour les femmes âgées[44], la proportion de celles qui le subissent une fois par année diminue considérablement après 25 ans.

Il existe une corrélation évidente entre le niveau d'instruction et la fréquence de l'auto-examen des seins (tableau 43). Alors que 60% des femmes âgées de 15 ans et plus procèdent à un examen de leurs seins, seulement 21% disent le faire à un rythme mensuel. Dans le cas des diplômées universitaires, ces proportions s'élèvent à 76% et 25% respectivement. Parmi les femmes ayant reçu une instruction primaire ou secondaire, 41% ont révélé qu'elles n'avaient jamais procédé à un tel examen ou qu'elles ne savaient pas comment s'y prendre. Près du tiers de ces femmes appartiennent au groupe des 15 à 19 ans. Il est encore plus inquiétant de constater qu'environ la moitié (49%) des femmes âgées de 65 ans et plus, caractérisées par une instruction de niveau primaire ou secondaire, ne procèdent pas à un examen périodique de leurs seins. Quoique le cancer du sein menace tout particulièrement les femmes d'âge mûr (il s'agit de la principale cause de décès chez les femmes entre 35 et 54 ans), les risques de contracter cette maladie continuent d'augmenter en fonction de l'âge.

[44] Programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, Rapport Walton, **Journal de l'Association médicale canadienne**, 1976, vol. 114.

TABLEAU 42. Femmes de 15 ans et plus, selon la date du dernier examen de Papanicolaou, l'âge et le niveau d'instruction, Canada, 1978-1979

Niveau d'instruction		Total	Moins d'un an	1-2 ans	Plus de deux ans	Jamais	Inconnu
		en milliers					
15 ans et plus:							
Total	Nbre	**8,907**	**3,701**	**1,559**	**1,305**	**1,826**	**516**
	%	**100.0**	**41.6**	**17.5**	**14.7**	**20.5**	**5.8**
Niveau secondaire ou moins	Nbre	**6,666**	**2,512**	**1,168**	**1,028**	**1,493**	**465**
	%	**100.0**	**37.7**	**17.5**	**15.4**	**22.4**	**7.0**
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	**697**	**333**	**113**	**61**	**157**	**33**
	%	**100.0**	**47.7**	**16.2**	**8.8**	**22.6**	**4.8**
Certificat ou diplôme	Nbre	**1,498**	**839**	**272**	**205**	**165**	**16**
	%	**100.0**	**56.0**	**18.2**	**13.7**	**11.1**	**1.0**
Inconnu	Nbre	**47**	**17**	--	**11**	--	--
	%	**100.0**	**37.4**	--	**24.3**	--	--
15-19:							
Total	Nbre	1,146	221	50	21	767	87
	%	100.0	19.3	4.4	1.8	67.0	7.6
Niveau secondaire ou moins	Nbre	1,009	189	42	21	677	82
	%	100.0	18.7	4.1	2.0	67.0	8.1
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	117	28	--	-	78	--
	%	100.0	23.8	--	-	66.1	--
Certificat ou diplôme	Nbre	11	--	-	-	--	-
	%	100.0	--	-	-	--	-
Inconnu	Nbre	--	--	--	-	--	-
	%	--	--	--	-	--	-
20-24:							
Total	Nbre	1,108	692	152	36	193	35
	%	100.0	62.4	13.7	3.3	17.4	3.2
Niveau secondaire ou moins	Nbre	674	431	103	15	103	23
	%	100.0	64.0	15.2	2.3	15.2	3.3
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	179	104	14	--	43	--
	%	100.0	58.2	8.0	--	23.6	--
Certificat ou diplôme	Nbre	250	153	34	--	47	--
	%	100.0	61.3	13.8	--	18.6	--
Inconnu	Nbre	--	--	--	-	--	-
	%	--	--	--	-	--	-
25-44:							
Total	Nbre	3,242	1,809	709	443	185	97
	%	100.0	55.8	21.9	13.7	5.7	3.0
Niveau secondaire ou moins	Nbre	2,147	1,114	494	326	125	88
	%	100.0	51.9	23.0	15.2	5.8	4.1
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	234	140	56	22	--	--
	%	100.0	59.7	23.8	9.5	--	--
Certificat ou diplôme	Nbre	853	549	158	92	50	--
	%	100.0	64.4	18.6	10.8	5.9	--
Inconnu	Nbre	8	--	--	--	-	-
	%	100.0	--	--	--	-	-
45-64:							
Total	Nbre	2,279	814	494	542	272	157
	%	100.0	35.7	21.7	23.8	11.9	6.9
Niveau secondaire ou moins	Nbre	1,888	641	404	454	239	150
	%	100.0	34.0	21.4	24.1	12.6	7.9
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	107	51	26	20	--	--
	%	100.0	47.9	23.5	18.7	--	--
Certificat ou diplôme	Nbre	264	113	62	61	24	--
	%	100.0	42.8	23.6	23.2	9.3	--
Inconnu	Nbre	19	--	--	--	--	--
	%	100.0	--	--	--	--	--
65 et plus:							
Total	Nbre	1,132	165	154	264	409	140
	%	100.0	14.6	13.6	23.3	36.1	12.4
Niveau secondaire ou moins	Nbre	948	136	126	212	350	124
	%	100.0	14.4	13.3	22.3	37.0	13.0
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	60	--	--	--	20	--
	%	100.0	--	--	--	33.7	--
Certificat ou diplôme	Nbre	119	20	17	40	37	--
	%	100.0	16.4	14.4	33.2	31.4	--
Inconnu	Nbre	--	-	--	--	--	--
	%	--	-	--	--	--	--

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 101.

TABLEAU 43. Femmes de 15 ans et plus, selon la fréquence de l'auto-examen des seins, l'âge et le niveau d'instruction, Canada, 1978-1979

Niveau d'instruction		Total	Une fois par mois	Tous les trois mois	Moins souvent	Jamais	Ne sait pas comment procéder	Inconnu
		en milliers						
15 ans et plus:								
Total	Nbre	**8,907**	**1,884**	**1,840**	**1,642**	**2,736**	**584**	**222**
	%	**100.0**	**21.1**	**20.7**	**18.4**	**30.7**	**6.6**	**2.5**
Niveau secondaire ou moins	Nbre	**6,666**	**1,341**	**1,270**	**1,116**	**2,260**	**481**	**198**
	%	**100.0**	**20.1**	**19.1**	**16.7**	**33.9**	**7.2**	**3.0**
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	**697**	**153**	**157**	**166**	**178**	**34**	**- -**
	%	**100.0**	**22.0**	**22.5**	**23.8**	**25.5**	**4.9**	**- -**
Certificat ou diplôme	Nbre	**1,498**	**378**	**402**	**351**	**288**	**66**	**14**
	%	**100.0**	**25.3**	**26.8**	**23.4**	**19.2**	**4.4**	**0.9**
Inconnu	Nbre	**47**	**- -**	**12**	**- -**	**12**	**- -**	**-**
	%	**100.0**	**- -**	**25.0**	**- -**	**24.6**	**- -**	**-**
15-19:								
Total	Nbre	1,146	106	92	132	684	102	29
	%	100.0	9.2	8.0	11.5	59.7	8.9	2.5
Niveau secondaire ou moins	Nbre	1,009	92	79	108	616	86	29
	%	100.0	9.1	7.8	10.7	61.0	8.5	2.8
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	117	- -	10	23	59	- -	- -
	%	100.0	- -	8.6	19.7	50.3	- -	- -
Certificat ou diplôme	Nbre	11	- -	- -	- -	- -	- -	-
	%	100.0	- -	- -	- -	- -	- -	-
Inconnu	Nbre	- -	-	- -	- -	- -	- -	-
	%	- -	-	- -	- -	- -	- -	-
20-24:								
Total	Nbre	1,108	243	229	231	300	91	- -
	%	100.0	21.9	20.6	20.8	27.1	8.2	- -
Niveau secondaire ou moins	Nbre	674	148	144	106	202	63	- -
	%	100.0	21.9	21.3	15.7	29.9	9.4	- -
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	179	41	27	54	44	- -	- -
	%	100.0	22.7	14.9	30.0	24.4	- -	- -
Certificat ou diplôme	Nbre	250	54	56	70	54	- -	-
	%	100.0	21.4	22.6	27.9	21.7	- -	-
Inconnu	Nbre	- -	- -	- -	- -	-	-	-
	%	- -	- -	- -	- -	-	-	-
25-44:								
Total	Nbre	3,242	764	803	700	739	194	42
	%	100.0	23.6	24.8	21.6	22.8	6.0	1.3
Niveau secondaire ou moins	Nbre	2,147	487	490	447	537	152	33
	%	100.0	22.7	22.8	20.8	25.0	7.1	1.6
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	234	60	64	55	44	- -	- -
	%	100.0	25.5	27.2	23.4	18.8	- -	- -
Certificat ou diplôme	Nbre	853	214	246	197	158	34	- -
	%	100.0	25.1	28.8	23.1	18.5	4.0	- -
Inconnu	Nbre	8	- -	- -	- -	- -	- -	- -
	%	100.0	- -	- -	- -	- -	- -	- -
45-64:								
Total	Nbre	2,279	573	522	415	574	118	79
	%	100.0	25.1	22.9	18.2	25.2	5.2	3.4
Niveau secondaire ou moins	Nbre	1,888	469	408	311	520	104	75
	%	100.0	24.8	21.6	16.5	27.6	5.5	4.0
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	107	26	39	26	14	- -	- -
	%	100.0	24.0	36.7	24.3	12.7	- -	- -
Certificat ou diplôme	Nbre	264	71	70	72	38	- -	- -
	%	100.0	26.8	26.4	27.2	14.2	- -	- -
Inconnu	Nbre	19	- -	- -	- -	- -	- -	- -
	%	100.0	- -	- -	- -	- -	- -	- -
65 et plus:								
Total	Nbre	1,132	198	195	163	439	79	58
	%	100.0	17.5	17.2	14.4	38.8	7.0	5.1
Niveau secondaire ou moins	Nbre	948	145	150	144	385	76	49
	%	100.0	15.3	15.8	15.1	40.7	8.0	5.1
Quelques années d'études post-secondaires	Nbre	60	16	17	- -	18	- -	- -
	%	100.0	26.3	28.4	- -	29.1	- -	- -
Certificat ou diplôme	Nbre	119	38	27	11	33	- -	- -
	%	100.0	31.5	22.9	9.3	27.5	- -	- -
Inconnu	Nbre	- -	- -	- -	- -	- -	-	-
	%	- -	- -	- -	- -	- -	-	-

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 102.

Chapitre III

État de santé

ÉTAT DE SANTÉ

L'Organisation mondiale de la santé a défini la santé comme un "état de bien-être physique, mental et social complet et non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité"[1]. Malheureusement, les mesures existantes de l'état de santé sont limitées, en ce sens qu'elles portent sur la maladie et la mauvaise santé plutôt que sur les aspects positifs du bien-être. Néanmoins les mesures présentées ici, examinées dans leur ensemble, donnent une indication du niveau de santé dont jouissent les Canadiens. Elles montrent de plus quelles causes expliquent l'accroissement du fardeau de la mauvaise santé et doivent donc faire l'objet de programmes de recherche et de prévention.

Elles proviennent de quatre sources différentes:

- la mortalité d'après la statistique de l'état civil;
- la morbidité institutionnelle selon les dossiers administratifs des hôpitaux et des établissements psychiatriques;
- les mesures concernant les invalides non hospitalisés dénombrés par l'Enquête Santé Canada;
- l'incidence de certaines maladies d'après le système de déclaration des maladies transmissibles.

Mortalité

L'espérance de vie à la naissance (ou vie moyenne) résume de façon commode l'état de la mortalité et constitue, dans une certaine mesure, un indicateur global de l'état de santé de la population.

Ainsi, l'espérance de vie élevée à laquelle sont parvenus les pays industrialisés témoigne du succès de la lutte contre les maladies infectieuses dont, les effets se faisaient particulièrement sentir durant la première année de vie.

Le Canada figure parmi les pays ayant l'espérance de vie la plus élevée, tant chez les hommes que chez les femmes; il est aussi l'un de ceux où la différence entre les sexes est la plus importante: 7.3 ans en 1976 (voir le tableau 44).

Le tableau 45 permet d'apprécier les progrès accomplis au Canada durant les 45 dernières années; on remarque que ceux-ci ont été importants dans toutes les régions du pays, mais que l'écart entre les hommes et les femmes s'est considérablement creusé passant, au niveau national, de 2.1 ans en 1931 à 7.3 ans en 1976.

TABLEAU 44. Espérance de vie à la naissance selon le sexe, pour quelques pays vers 1976

Pays	Année	Hommes H	Femmes F	Écart F-H
		en années		
Japon	1978	73.2	78.6	5.4
Suède	1978	72.5	79.0	6.5
Suisse	1978	72.0	78.9	6.9
Pays-Bas	1978	72.0	78.7	6.7
Danemark	1978	71.7	77.7	6.0
France	1976	69.9	77.9	8.0
Canada	1976	70.2	77.5	7.3
Espagne	1976	70.8	76.7	5.9
Australie	1977	70.0	77.0	7.0
Israël	1978	71.6	75.1	3.5
États-Unis	1977	69.4	77.3	7.9
Angleterre et Pays de Galles	1977	70.2	76.3	6.1
Cuba	1975	72.0	75.0	3.0
Italie	1975	69.8	76.1	6.3
Pologne	1978	66.5	74.9	8.4
Portugal	1975	65.1	72.6	7.5

Source: **OMS**, *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1980*, Genève, OMS, 1980, tableau 10, pp. 378-379 et **Statistique Canada**, *Tables de mortalité, Canada et provinces, 1975-1977*, n° 84-532 hors série, octobre 1979.

Trois questions peuvent se poser: Comment ont évolué les risques de décéder? De quoi meurt-on? Sommes-nous tous égaux devant la mort?

Évolution de la mortalité toutes causes, 1931-1976

Ce qui suit se limite à des généralités sur trois caractéristiques importantes de l'évolution de la mortalité[2] durant la période en question: le recul de la mort prématurée, le rythme des progrès contre la mortalité et la transition de la surmortalité masculine[3].

Le recul de la mort prématurée

Comme on l'a vu, les progrès réalisés durant les 45 dernières années se sont traduits par un allongement de l'espérance de vie à la naissance, de 10.2 ans pour les hommes et de 15.4 ans pour les femmes (tableau 46). Mais ces chiffres sont trompeurs; on pourrait en effet être tenté de croire que ceci provient d'un allongement de la durée de la vieillesse. Or, cela n'est vraiment le cas que pour les femmes dont l'espérance de vie à 60 ans a augmenté de près de cinq ans entre 1931 et 1976, contre moins d'un an pour les hommes.

---

[1] **Groupe d'étude de l'OMS**. "Early Detection of Health Impairment in Occupational Exposure to Health Hazards," Série de rapports techniques de l'OMS, n° 571, 1975.

[2] Pour une étude plus détaillée sur le Canada ainsi que quelques comparaisons internationales, on peut se référer à **Duchesne, L. et Lavoie, Y.**, "Les tables de mortalité canadienne et québécoise, 1970-1972", *Population et famille*, vol. 35, 2, 1975, pp. 107-125 et **Wilkins, R.** *L'état de santé au Canada, 1926-1976*, document hors série n° 13, Montréal, Institut de recherches politiques, mai 1980, pp. 7-16. Voir aussi **Péron, Y.**, "*Tendances récentes de la morbidité et de la mortalité à l'âge adulte dans les pays développés*", communication présentée à l'occasion de la *Chaire Quételet sur la morbidité et la mortalité aux âges adultes dans les pays développés*, Louvain-La-Neuve (Belgique), mai 1982, à paraître.

[3] La partie de l'étude de **Dufour, D. et Péron, Y.** qui sert de modèle à l'analyse présentée dans cette section suit sensiblement le même découpage; voir les pages 49 à 60 dans *Vingt ans de mortalité au Québec. Les causes de décès, 1951-1971* (Collection "Démographie canadienne", n° 4), Presses de l'Université de Montréal, 1979.

TABLEAU 45. Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada et régions ou provinces, 1931 et 1976

Région	1931			1976		
	M	F	Différence F-M	M	F	Différence F-M
	en années					
Canada	**60.0**	**62.1**	**2.1**	**70.2**	**77.5**	**7.3**
Provinces de l'Atlantique:	60.2	61.9	1.7			
Terre-Neuve				70.6	77.4	6.8
Île-du-Prince-Édouard				69.2	78.2	9.0
Nouvelle-Écosse				69.5	77.8	8.3
Nouveau-Brunswick				69.7	77.7	8.0
Québec	56.2	57.8	1.6	69.1	76.5	7.4
Ontario	61.3	63.9	2.6	70.6	77.7	7.1
Provinces des Prairies:	63.5	65.5	2.0			
Manitoba				70.7	77.9	7.2
Saskatchewan				71.1	78.6	7.5
Alberta				71.1	77.9	6.8
Colombie-Britannique	62.2	65.3	3.1	71.0	78.4	7.4

Source: Statistique Canada, *Tables de mortalité, Canada et provinces, 1975-1977*, n° 84-532, hors série, octobre 1979 et **Dominion Bureau of Statistics**, *Life Tables for Canada and Regions, 1941 and 1931*, n° 84-515 au catalogue, hors série, 1947.

TABLEAU 46. Espérance de vie à la naissance et à 60 ans selon le sexe, Canada, 1931-1976

Année	Hommes		Femmes	
	0 an	60 ans	0 an	60 ans
	en années			
1931	60.0	16.3	62.1	17.2
1941	63.0	16.1	66.3	17.6
1951	66.3	16.5	70.8	18.6
1956	67.6	16.5	72.9	19.3
1961	68.4	16.7	74.2	19.9
1966	68.8	16.8	75.2	20.6
1971	69.3	17.0	76.4	21.4
1976	70.2	17.2	77.5	22.0
Gains (1931-1976):	10.2	0.9	15.4	4.8

Source: Statistique Canada, Tables de mortalité (1930-1932 à 1975-1977).

Ce qui a surtout changé, depuis 1931, ce n'est donc pas tant la durée de la vieillesse que la proportion des personnes qui atteignent le seuil du troisième âge. En effet, dans les conditions existant en 1931, 66% des hommes pouvaient espérer atteindre l'âge de 60 ans alors que c'est le cas de 80% d'entre eux en 1976; pour les femmes cette proportion passe, durant la même période, de 68% à 89%. "De plus en plus nombreux sont donc les individus qui peuvent parcourir les différentes étapes du cycle normal d'une vie: enfance, jeunesse, maturité et vieillesse"[4].

Le tableau 47 met bien en évidence ce recul de la mortalité prématurée en quantifiant la réduction des risques pour de grands intervalles d'âge. Les progrès ont ainsi été particulièrement nets jusqu'à 15 ans pour le sexe masculin et 35 ans pour le sexe féminin. Certains résultats de cette évolution sont frappants. Par exemple, un examen des tables de mortalité révèle qu'un Canadien et une Canadienne avaient en 1976 autant de chances d'atteindre, respectivement, leur 47e et 53e anniversaire qu'ils n'en avaient en 1931 d'atteindre l'âge d'un an.

TABLEAU 47. Diminution[1] des risques de décès selon le groupe d'âges et suivant le sexe entre 1931 et 1976, Canada

Intervalles d'âge	Hommes	Femmes
	pourcentage	
Moins de 1 an	83.0	82.8
1-15 ans	83.4	86.2
15-35 "	49.4	82.1
35-60 "	19.2	54.4
60-85 "	6.0	27.0

[1]Exprimée en pourcentage du risque observé en 1931.

Source: Statistique Canada, *Tables de mortalité, Canada et provinces, 1975-1977*, n° 84-532 hors série, octobre 1979 et **Dominion Bureau of Statistics**, *Life Tables for Canada and Regions, 1941 and 1931*, n° 84-515 au catalogue, hors série, 1947.

Rythme des progrès contre la mortalité

Si l'on considère la période 1931-1976 dans son ensemble, les progrès décrits plus haut ont été accompagnés d'un ralentissement[5] dans la progression de l'espérance

[4] *Idem.*, p. 52.

[5] Il importe toutefois de noter que, contrairement à ce qu'on serait tenté d'en conclure, la diminution des gains de vie moyenne ne signifie pas - en soi - la fin des progrès de la lutte contre la mortalité. "Le maintien d'une progression constante de l'espérance de vie à la naissance requiert en effet, non pas la constance du déclin de la mortalité, mais bien son accélération" (**Dufour, D. et Péron, Y.**, *op. cit.*, page 54).

de vie à la naissance (tableau 48). Cependant on a assisté, durant les périodes quinquennales 1966-1971 et 1971-1976, à une évolution des gains en espérance de vie caractérisée par une accélération chez les hommes et par une stabilisation chez les femmes.

TABLEAU 48. Gains de vie moyenne selon le sexe, Canada, 1931-1976

Périodes	Hommes	Femmes
	en années	
1931-1941	3.0	4.2
1941-1951	3.3	4.5
1951-1961	2.1	3.4
1951-1956	1.3	2.1
1956-1961	0.8	1.3
1961-1971	0.9	2.2
1961-1966	0.4	1.0
1966-1971	0.5	1.2
1971-1976	0.9	1.1

Source: **Statistique Canada**, Tables de mortalité, Canada et provinces, (1930-1932 à 1975-1977).

L'évolution des risques de décéder permet, bien mieux que celle des gains en espérance de vie, de mettre en évidence le rythme de la baisse de la mortalité et les âges auxquels elle se produit.

La figure II reproduit ainsi, sur papier semi-logarithmique, l'évolution des risques de décès[6] pour quelques grands intervalles d'âges; précisons que, sur un tel papier, une évolution des risques régulière dans le temps se traduira par une droite. On note immédiatement la régularité de la baisse de la mortalité durant la première année de vie et même son accélération depuis 1961; cela semble aller à l'encontre des attentes: passé un certain seuil, des causes de décès moins facilement contrôlables (causes endogènes, accidents, etc.) constituent une part importante des causes de décès, ce qui permettait au contraire de spéculer sur un possible ralentissement de la baisse de la mortalité infantile.

Entre le 1er et le 60e anniversaire on peut distinguer trois phases dans l'évolution des risques de décéder[7]. Dans un premier temps, la baisse des risques s'effectue, dans l'ensemble, à un rythme accéléré, de 1931 à 1956. Puis on observe un ralentissement à la fin des années cinquante, ce qui marque la fin des importants succès dus en partie à la révolution des antibiotiques; les 15-34 ans ont même vu leur situation se détériorer. Enfin, durant les périodes 1966-1971 et 1971-1976 se produit une autre accélération de la baisse des risques; les 15-34 ans, qui ont connu une hausse temporaire de leurs risques, se distinguent par une reprise tardive de la baisse de leur mortalité.

Pour les 60-84 ans on retrouve, chez les hommes, la même évolution en trois phases, moins nette qu'aux autres âges cependant; quant aux femmes, la baisse de leur mortalité a connu une accélération jusque vers la fin des années cinquante, puis s'est poursuivie à un rythme très régulier.

La transition de la surmortalité masculine

Depuis 45 ans l'évolution de la mortalité a été, on l'a vu, plus favorable au sexe féminin; ceci a résulté, dans l'ensemble, en une accentuation des différences selon le sexe (tableau 49). On a ainsi vu apparaître une surmortalité masculine pour une période de la vie - 15-34 ans - où les hommes avaient jadis des chances de survie meilleures que celles des femmes; d'autre part, aux autres âges, où une surmortalité existait déjà en 1931, l'écart s'est considérablement creusé. Le tableau 49 résume cette évolution et nous dit, par exemple, qu'alors que les hommes de 15 ans avaient un peu moins de chances que les femmes de décéder avant leur 35e anniversaire, ce même risque est désormais 2.7 fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

TABLEAU 49. Indice de surmortalité[1] masculine, Canada, 1931-1976

Année	Intervalles d'âge				
	0-1 an	1-15 ans	15-35 ans	35-60 ans	60-85 ans
1931	125.5	112.6	94.1	107.2	103.6
1941	126.7	122.1	113.0	121.6	106.8
1951	126.4	132.4	161.0	146.1	109.7
1956	125.5	137.3	209.2	159.9	113.2
1961	128.1	144.3	221.2	173.2	116.5
1966	125.7	137.5	241.0	180.0	121.7
1971	129.7	137.1	238.8	182.4	128.4
1976	124.2	135.6	265.6	190.0	133.3

[1] Pour un intervalle d'âge donné on a:

$$\text{indice de surmortalité masculine} = \frac{\text{risque de décès pour les hommes}}{\text{risque de décès pour les femmes}} \times 100.$$

Source: Comme le tableau 48.

La figure III fait mieux ressortir cette évolution. On y remarque tout d'abord le niveau pratiquement constant de la surmortalité masculine, de la naissance au premier anniversaire. Pour les autres intervalles d'âges considérés, on assiste à une transition d'un état de faible surmortalité à un état de forte surmortalité, survenue essentiellement durant les années quarante et cinquante.

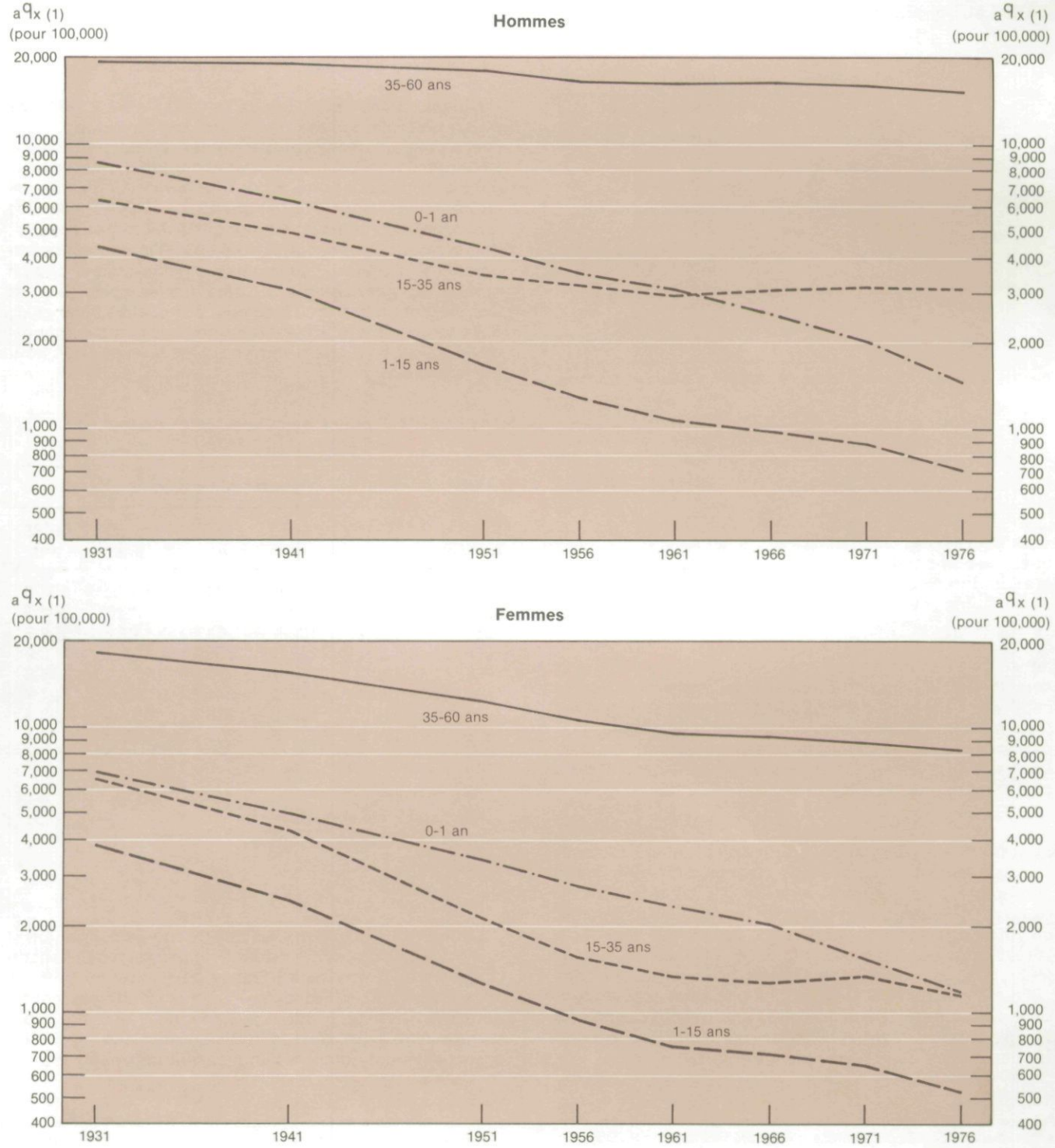
[6] Précisons qu'il s'agit du risque de décéder entre deux anniversaires; pour l'intervalle 15-35 ans par exemple, c'est la probabilité, pour les individus âgés de 15 ans, de décéder avant leur 35e anniversaire.

[7] Ces trois phases sont également perceptibles durant la première année de vie, malgré l'apparente régularité de la baisse de la mortalité à cet âge depuis 1931, début de la période considérée. On remarquera en outre que l'accélération de la baisse des risques se produit, pour les moins d'un an, à partir de 1961-1966, c'est-à-dire plus tôt qu'aux autres intervalles d'âges retenus.

Figure II

Risques de décès pour divers intervalles d'âge, Canada, 1931-1976

Échelle semi-logarithmique

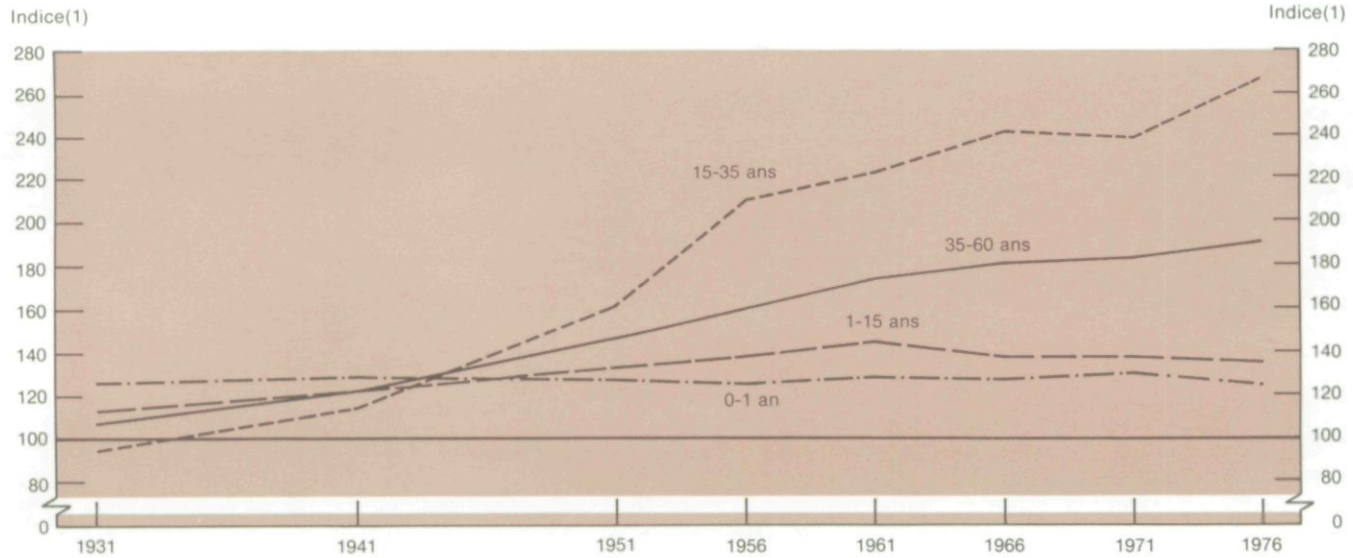


(1) Probabilité à l'anniversaire x de décéder avant l'anniversaire x+a.

Source: Même que pour le tableau 49

Figure III

Mortalité différentielle selon le sexe pour divers intervalles d'âge, Canada, 1931-1976



(1) $\frac{\text{Risque de décès pour les hommes}}{\text{Risque de décès pour les femmes}} \times 100$

Source: Tableau 49

Les causes de décès

De quoi meurt-on au Canada? Comme la mort est inéluctable, il importe davantage de connaître les causes des décès *prématurés* et leur importance. Ce type de renseignements revêt une importance capitale dans le domaine de la santé, en matière de prévention notamment.

Le tableau 50 donne, pour l'ensemble de la population, la répartition des décès pour les principales causes en 1978, soit un peu plus de 70% des décès. On note immédiatement que, mis à part les accidents et morts violentes, les causes de décès sont, dans leur quasi-totalité, limitées à des maladies liées aux processus dégénératifs (artériosclérose, tumeurs, etc.). C'est essentiellement ce qui distingue la mortalité contemporaine de celle du début du siècle où les maladies infectieuses dominaient. En effet, "alors que dans le passé, les maladies aiguës caractérisées par une apparition brusque et une évolution rapide étaient à l'origine des problèmes de santé, ce sont maintenant les maladies chroniques marquées par un développement progressif et une durée indéfinie ainsi que les accidents qui aujourd'hui sont les principaux agents de détérioration de la santé"[8].

Lorsqu'on s'intéresse aux décès prématurés un indicateur, les années potentielles de vie perdues (APVP), se révèle très utile. Il permet en effet de donner aux décès un poids d'autant plus fort que ceux-ci surviennent tôt dans la vie. Ce calcul ne retient en général que les décès survenus entre les 1er et 70e anniversaires et considère prématuré tout décès avant l'âge de 70 ans[9].

Le tableau 51 donne le résultat de ce calcul pour 1978 dans le cas de quelques causes de décès. On remarque que l'importance des causes de décès est différente selon que l'on considère le nombre des décès ou les années de vie perdues correspondantes. Ainsi, les maladies ischémiques du coeur sont responsables du quart des décès entre 1 et 70 ans, mais seulement de 15% des APVP. Mais les accidents de la route représentent un nombre comparable d'APVP contre 6.5% seulement des décès. Ces différences sont dues, on le devine, à l'âge où surviennent ces décès: les maladies du coeur frappent des individus relativement âgés, tandis que les accidents mortels de la route surviennent surtout chez des jeunes. Considérés sous cet angle, les divers types d'accidents (AE138-AE146) ont donc une importance considérable: 27% environ des APVP en 1978.

Pour faire des comparaisons dans le temps (ou entre deux populations), on a recours aux "taux d'APVP". Le résultat est alors exprimé en nombre d'APVP pour 1,000

[8] **Lalonde, M.** *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (un document de travail) Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1974, p. 24.

[9] Pour plus de détails, voir: **Romeder, J.-M. et McWhinnie, J.R.,** *Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité prématurée*, note de recherche nº 77-2, Planification à long terme (Santé), Santé et Bien-être social Canada, février 1977, 25 pages.

individus dont l'âge est compris entre 1 et 70 ans. Le tableau 52 fournit le résultat d'un tel calcul pour le Canada à partir de 1950. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la chute rapide et régulière du taux d'APVP, toutes causes de décès confondues. Ceci est en fait une autre façon de quantifier le recul de la mort prématurée: on peut en effet dire que, pour 1,000 individus pris dans la population (âgée de 1 à 70 ans) en 1978, on comptait 57 années de vie perdues prématurément contre 84 en 1950, ce qui permet d'apprécier les progrès considérables accomplis.

D'autre part on remarque que, sauf pour les maladies ischémiques du cœur, le taux d'APVP pour les causes figurant dans le tableau 52 a soit peu fluctué (accidents impliquant des véhicules à moteur), soit connu une augmentation régulière (suicide, cancer du poumon, cirrhose du foie). Comme le taux "toutes causes" a considérablement baissé, cela veut donc dire que ces causes de décès connaissent une importance relative croissante.

L'inégalité devant la mort

De même que les hommes sont inégaux face à la maladie, ils le sont face à la mort[10].

Il est donc bon de rappeler brièvement l'existence de différences de mortalité entre des groupes de la population distingués selon leurs caractéristiques socio-économiques. De telles différences ont en effet été mises en évidence dans des études effectuées aux États-Unis, en France et en Grande-Bretagne[11]. Le passage suivant, tiré de l'ouvrage de Pierre Surault, est assez révélateur du type de résultats auxquels on est parvenu[12]:

[10] Un ouvrage récent a été consacré au sujet: voir **Surault, Pierre,** *L'inégalité devant la mort,* Paris, Economica, 1979, 140 pages.

[11] Citons notamment **Kitawaga, E. et Hauser, P.,** *Differential mortality in the United States. A study in socio-economic epidemiology,* Harvard University Press, 1973 et **Desplanques, G.,** "À 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement", *Économie et statistique,* n° 49, octobre 1973.

[12] **Surault, P.,** *op. cit.*

TABLEAU 50. Répartition des décès suivant les principales causes, Canada, 1978

Cause de décès	Code CIMA (8e révision) liste A	Décès (les deux sexes)	
		nombre	%
Maladies ischémiques du cœur	A83	50,613	30.1
Maladies cérébro-vasculaires	A85	15,183	9.0
Tumeurs malignes de l'appareil digestif et du péritoine	A46-49,58A	11,540	6.9
Maladies de l'appareil respiratoire	A89-96	11,083	6.6
Tumeur maligne de l'appareil respiratoire (Trachée, bronches, larynx, etc.)	A50-51,58B	8,572	5.1
Accidents (autres que ceux impliquant des véhicules à moteur)	AE139-146	5,993	3.6
Accidents (impliquant des véhicules à moteur)	AE138	5,170	3.1
Suicide	AE147	3,475	2.1
Tumeurs malignes du sein	A54	3,308	2.0
Cirrhose du foie	A102	2,838	1.7
Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	A72-79	1,898	1.1
Sous-total		119,673	71.2
Autres causes		48,506	28.8
ENSEMBLE DES CAUSES		**168,179**	**100.0**

Source: Statistique Canada, *La statistique de l'état civil, 1978,* vol. III, n° 84-206 au catalogue (annuel), juin 1980, tableau 4.

TABLEAU 51. Répartition des années potentielles de vie perdues (APVP), selon le sexe et suivant quelques causes de décès, Canada, 1978

Cause de décès	Code CIMA (8e révision) liste A	APVP entre 1 et 70 ans				Décès observés entre 1 et 70 ans (les deux sexes)	
		Hommes	Femmes	Les deux sexes			
		nombre		nombre	%	nombre	%
Accidents impliquant des véhicules à moteur	AE 138	142,049	48,650	190,699	15.2	4,762	6.5
Maladies ischémiques du coeur	A 83	149,740	38,388	188,128	15.0	18,607	25.4
Accidents (autres que ceux impliquant des véhicules à moteur)	AE 139-146	112,587	31,695	144,282	11.5	4,222	5.8
Suicide	AE 147	80,693	22,995	103,688	8.3	3,237	4.4
Sous-total		485,069	141,728	626,797	50.0	30,828	42.0
Autres causes		367,739	259,849	627,588	50.0	42,497	58.0
TOUTES CAUSES DE DÉCÈS		**852,808**	**401,577**	**1,254,385**	**100.0**	**73,325**	**100.0**

Source: Statistique Canada, *La statistique de l'état civil, 1978,* vol. III, n° 84-206 au catalogue, juin 1980, tableau 4.

TABLEAU 52. Taux[1] des années potentielles de vie perdues entre 1 et 70 ans selon quelques causes[2] de décès, Canada, 1950-1978

Année	Toutes causes	Accidents (véhicules à moteur)	Maladie ischémique du cœur	Suicide	Cancer du poumon	Cirrhose du foie
			années pour 1,000			
1950	84.0	6.0	-	1.9	0.9	0.6
1960	66.6	9.1	-	2.2	1.3	0.8
1970	63.1	10.1	10.3	3.5	1.9	1.2
1972	64.7	11.6	9.7	3.9	2.0	1.5
1974	63.3	11.5	9.6	4.1	2.2	1.7
1976	58.2	9.0	9.0	4.1	2.1	1.7
1978	56.8	8.7	8.4	4.7	2.4	1.6

[1] Il s'agit de taux comparatifs exprimés en années (potentielles de vie perdues) pour 1,000 habitants dont l'âge est compris entre 1 et 70 ans. La population recensée le 1er juin 1976 a été prise comme population-type.

[2] Pour les causes de décès, les catégories utilisées correspondent aux révisions de la Classification internationale des maladies alors en vigueur, soit: la 6e révision pour 1950; la 7e pour 1960; la 8e pour 1970 et au delà.

Source: D'après **Statistique Canada**, *La statistique de l'état civil* n° 84-202 au catalogue (1950, 1960 et 1970) et n° 84-206 au catalogue, vol. III (1972, 1974, 1976 et 1978). Pour les années 1950 à 1976, les taux ont été tirés de **Ouellet, B.**, *Indicateurs du domaine de la santé*, Santé et Bien-être social Canada, septembre 1979, tableau 9, p. 68.

"L'appartenance sociale apparaît donc bien comme déterminante dans les inégalités devant la mort enregistrées suivant les différentes catégories sociales. L'étude des causes de décès devrait permettre d'apporter un nouvel éclairage à l'analyse car l'inégalité devant la mort résulte pour une grande part d'une inégalité devant la maladie, et, à un même âge, une même cause va intervenir différemment selon les catégories sociales."

Faute de données adéquates, ce type de recherche est moins développé au Canada. Le travail de Jacques Henripin avait permis d'associer des zones socio-économiquement faibles à des taux de mortalité infantile élevés[13]. Plus récemment, André Billette et Gerry Hill ont relevé des écarts de mortalité entre des individus appartenant à des catégories professionnelles différentes[14]. Enfin, Russell Wilkins a fait ressortir des différences importantes de mortalité entre divers quartiers de Montréal[15]; il remarque notamment que:

"L'espérance de vie de un cinquième de la population montréalaise (68 ans) demeure au niveau qu'atteignait le Canada vers 1949. D'un autre côté, l'espérance de vie du cinquième le plus favorisé de la ville (75 ans) se situe déjà au niveau projeté pour le Canada en 1981[16]."

Conclusion

La lutte contre la mortalité a donc connu d'importants succès entre 1931 et 1976. On a vu que cela s'est surtout traduit par la possibilité, pour un plus grand nombre d'individus, de parcourir les différentes étapes du cycle normal d'une vie.

Les causes des décès prématurés ont changé. Les maladies infectieuses, qui dominaient au début du siècle, ont désormais fait place aux accidents et aux maladies liées aux processus dégénératifs. Une bonne partie des causes de décès sont maintenant reliées à notre environnement ou à nos habitudes de vie.

Malgré tous les progrès enregistrés, les inégalités persistent et parfois même s'aggravent. L'exemple le plus connu est celui de la surmortalité masculine. Mais, pour un même sexe, la durée de la vie peut également varier considérablement en fonction de l'appartenance sociale.

Morbidité hospitalière

Les maladies qui doivent être traitées en milieu hospitalier sont le point de départ de deux autres mesures reliées à l'état de santé, soit le nombre total de jours d'hospitalisation et le nombre des cas d'admission ou de départ. Cette dernière mesure n'est pas la même que le nombre de personnes, puisqu'un individu peut être admis à plusieurs reprises. Aussi, ces mesures ne traduisent pas l'état de santé de la *population* de la même façon que les chiffres relatifs à la mortalité puisque des facteurs autres que l'état de santé entrent en ligne de compte. Les installations, les services disponibles, la décision de l'individu de se faire traiter de même que la décision du médecin traitant quant à l'opportunité et à la durée de l'hospitalisation, ont tous une incidence sur les données relatives à l'hospitalisation. Malgré cela, les statistiques sur la morbidité hospitalière présentent des informations relatives à la mauvaise santé plutôt qu'au décès, faisant voir ainsi une autre facette de la situation.

Dans la présente section, on a eu recours aux journées d'hospitalisation plutôt qu'aux départs pour mesurer la morbidité dans les hôpitaux généraux parce que ces facteurs reflètent avec plus de précision le fardeau réel de la mauvaise santé.

[13] Voir "L'inégalité sociale devant la mort: la mortinatalité et la mortalité infantile à Montréal", *Recherches sociographiques*, vol. 11, 1961, pp. 3-34.

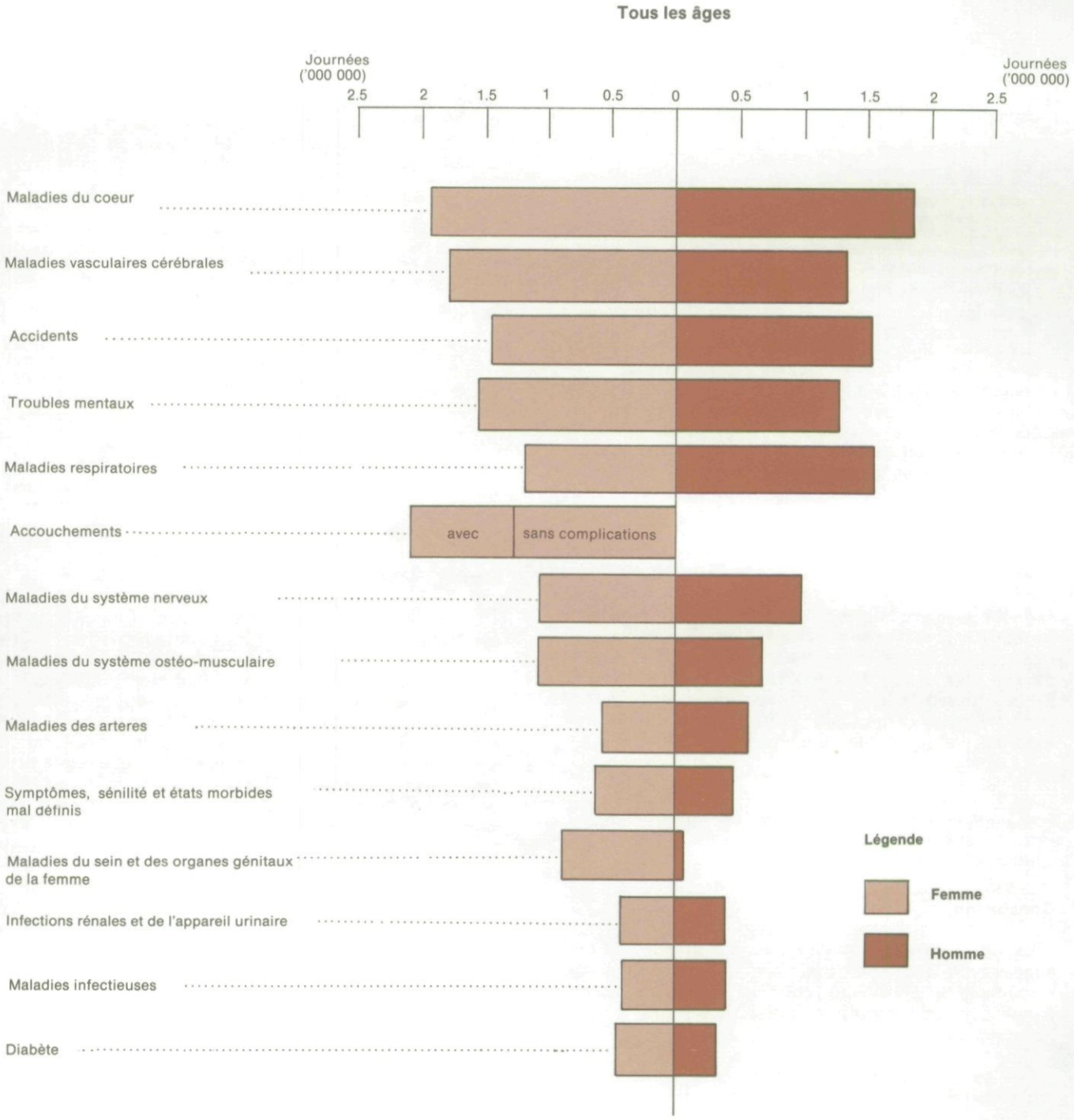
[14] Voir "Risque relatif de mortalité masculine et les classes sociales au Canada, 1974", *Union médicale du Canada*, vol. 107, juin 1978, pp. 583-590.

[15] Voir *L'espérance de vie par quartier à Montréal, 1976*, Montréal, Institut de recherches politiques, 1979.

[16] *L'état de santé au Canada, 1926-1976, op. cit.*, p. 22.

Figure IV

Journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers, selon les principales causes et le sexe, Canada, 1977



Source: Section des soins en établissements, Division de la santé, Statistique Canada

Les principales causes d'hospitalisation sont les maladies du cœur, les congestions cérébrales, les accidents, les troubles mentaux et les maladies respiratoires (figure IV et tableau 53). Ces maladies, à l'exception des troubles mentaux, sont aussi les principales causes de décès.

La figure V et le tableau 54 montrent le nombre de journées d'hospitalisation pour 1,000 habitants et selon les principales causes d'hospitalisation. Les taux des accidents et des maladies respiratoires ont régressé sensiblement depuis 1975 alors que ceux des maladies du cœur, des congestions cérébrales et des troubles mentaux semblent avoir plafonné.

La figure VI illustre les causes qui entraînent chacune 2% des journées d'hospitalisation et plus pour les divers groupes d'âge et de sexe.

Chez les bébés de moins d'un an et les enfants de 1 à 14 ans, les maladies respiratoires sont de loin les principales causes d'hospitalisation; elles représentent en effet 35% des journées d'hospitalisation pour le premier groupe et 21% pour le deuxième. Les maladies infectieuses viennent en second lieu chez les bébés, et les accidents sont la deuxième cause chez les enfants.

Les accouchements, les accidents et les troubles mentaux sont les trois principales causes d'hospitalisation pour les groupes d'âge de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans. Dans le premier groupe, ces causes représentent respectivement 26%, 14% et 11% des journées d'hospitalisation, alors que dans le deuxième groupe, les accouchements représentent 17% de toutes les journées d'hospitalisation, suivis des troubles mentaux (12%) et des accidents (7%). Fait significatif, les jeunes adultes de sexe masculin comptent trois fois plus de journées d'hospitalisation à cause des accidents, que ce n'est le cas pour les jeunes femmes.

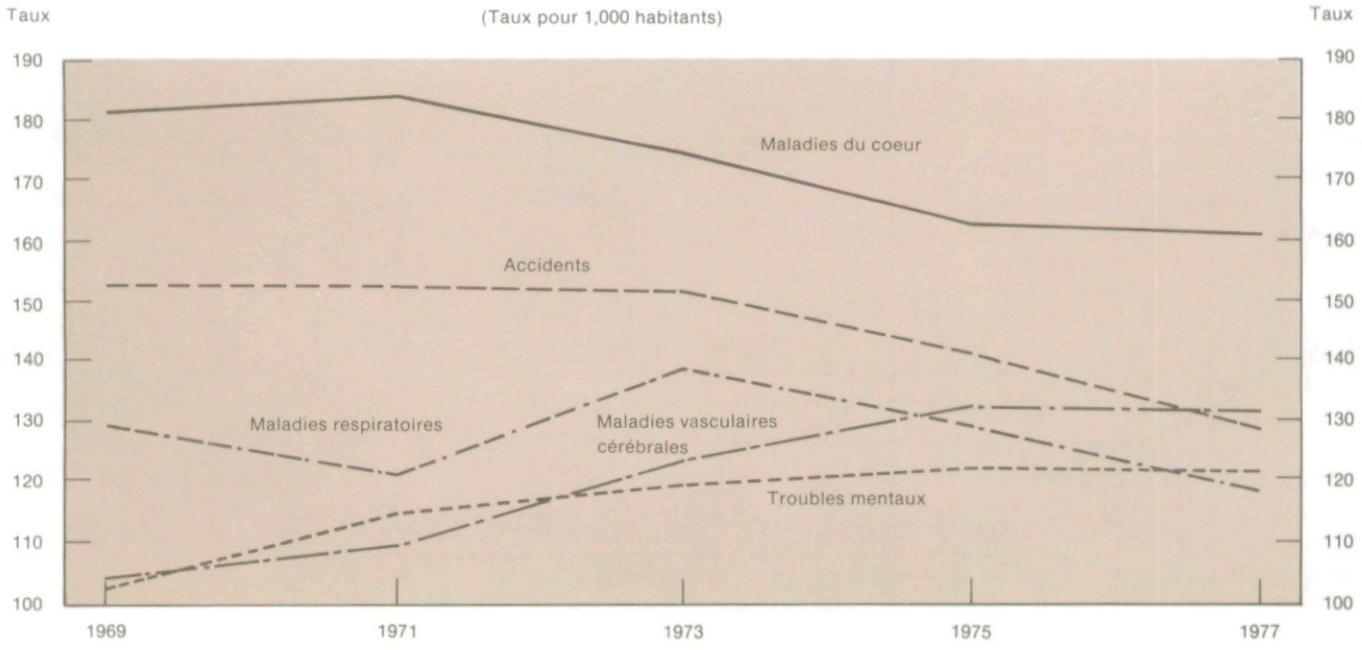
Pour les personnes âgées de 45 à 64 ans, la maladie du cœur est la principale cause d'hospitalisation et représente 10% de toutes les journées d'hospitalisation. Au nombre des autres causes d'hospitalisation pour ce groupe d'âge, ajoutons les troubles mentaux qui représentent 8% des journées d'hospitalisation, suivis des maladies du système nerveux (7%), des maladies du système ostéo-musculaire (6%), des accidents (5%), des maladies respiratoires (5%) et des congestions cérébrales (5%).

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, les principales causes d'hospitalisation sont les maladies du cœur (26%), les congestions cérébrales (15%), les accidents (7%) et les maladies respiratoires (7%).

Les accidents sont responsables de plus de 5% des journées d'hospitalisation dans tous les groupes d'âge excepté chez les jeunes enfants. Les maladies respiratoires occupent une place importante chez les jeunes comme chez les vieux alors que les troubles mentaux sont prépondérants chez les personnes en âge de travailler, c'est-à-dire entre 15 et 64 ans. Les maladies du cœur et les congestions cérébrales sont des causes notoires d'hospitalisation chez les personnes d'âge moyen et les personnes âgées.

Figure V

Taux des journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers, selon certaines causes, Canada, 1969-1977



Source: Section des soins en établissements, Division de la santé, Statistique Canada

TABLEAU 53. Journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers, selon le sexe et la cause, Canada, 1977

Code CIMA	Cause	Total	Pourcentage	Hommes	Femmes
410-414, 420-429	Maladie du cœur	3,808,234	9.52	1,879,724	1,928,510
	A) Maladie ischémique du cœur	2,815,391		1,415,611	1,399,780
	B) Autres formes de maladies du cœur	992,843		464,113	528,730
430-438	Maladie vasculaire cérébrale	3,119,015	7.80	1,348,750	1,770,265
N800-N959	Accidents	2,994,635	7.49	1,539,624	1,455,011
	A) Fractures et traumatismes intracrâniens	1,929,430		993,947	935,483
	B) Autres traumatismes	1,065,205		545,677	519,528
290-315	Troubles mentaux	2,854,040	7.14	1,295,859	1,558,181
	A) Psychose alcoolique	62,956		47,087	15,869
	B) Autres psychoses	1,270,283		537,776	732,507
	C) Névrose et troubles de la personnalité	1,445,894		671,634	774,260
	D) Arriération mentale	74,907		39,362	35,545
460-493, 501-519	Maladies respiratoires	2,754,855	6.89	1,564,686	1,190,169
	A) Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	428,757		241,674	187,083
	B) Grippe	67,448		29,171	38,277
	C) Pneumonie	916,279		472,755	443,524
	D) Bronchite et emphysème	427,989		276,838	151,151
	E) Asthme	221,929		106,211	115,718
	F) Autres maladies respiratoires	692,453		438,037	254,416
650-662, 670-678	Accouchement	2,094,745	5.24	-	2,094,745
	A) Accouchement sans complications	1,274,934		-	1,274,934
	B) Accouchement avec complications	819,811		-	819,811
320-358	Maladies du système nerveux	2,052,397	5.13	984,708	1,067,689
	A) Affections héréditaires et familiales du système nerveux	87,157		56,673	30,484
	B) Autres maladies	1,965,240		928,035	1,037,205
710-718, 720-729, 730-738	Maladies du système ostéo-musculaire	1,778,360	4.45	691,584	1,086,776
	A) Arthrite rhumatoïde	383,920		92,549	291,371
	B) Ostéo-arthrite	461,084		174,101	286,983
	C) Autres maladies du système ostéo-musculaire	933,356		424,934	508,422
440-448	Maladie des artères	1,137,489	2.84	577,148	560,341
	A) Artériosclérose	623,480		241,203	382,277
	B) Autres maladies des artères	514,009		335,945	178,064
780-792, 794-796	Symptômes, sénilité et états morbides mal définis	1,095,807	2.74	470,252	625,555
610-629	Maladies du sein et des organes génitaux de la femme	902,666	2.26	7,499	895,167
580-584, 590-599	Infections rénales et de l'appareil urinaire	824,931	2.06	414,306	410,625
	A) Néphrite et néphrose	126,674		69,525	57,149
	B) Infections rénales	86,104		22,893	63,211
	C) Infections de l'appareil urinaire	237,482		136,234	101,248
	D) Autres maladies de l'appareil urinaire	374,671		185,654	189,017
000-136	Maladies infectieuses	811,808	2.03	413,700	398,108
250	Diabète	802,237	2.01	344,709	457,528
	Autres causes	12,962,425	32.41	6,003,891	6,958,534
	TOTAL (TOUTES CAUSES)	**39,993,644**	**100.00**	**17,536,440**	**22,457,204**

Source: Section des soins en établissement, Division de la santé, **Statistique Canada**.

TABLEAU 54. Taux[1] des journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers, selon certaines causes, Canada, 1969-1977

Cause de décès	1969	1971	1973	1975	1977
Maladie du cœur	181.76	184.04	174.95	162.50	161.29
Accident	152.84	152.52	151.46	140.87	127.76
Maladie respiratoire	129.01	120.08	138.78	128.82	117.94
Maladie vasculaire cérébrale	104.92	109.65	123.03	132.12	131.78
Troubles mentaux	102.84	114.48	119.37	121.75	121.71
TOTAL (TOUTES CAUSES)	**1,966.5**	**1,983.9**	**1,927.1**	**1,843.6**	**1,703.5**

[1] Taux comparatifs pour 1,000 habitants (la population recensée le 1er juin 1976 a été prise comme population-type).
Source: Section des soins en établissement, Division de la santé, **Statistique Canada.**

Troubles mentaux

Les troubles mentaux traités dans des établissements pour maladies mentales et dans les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux, représentent 7% de toutes les journées d'hospitalisation. Les renseignements pour ces deux types d'établissements sont regroupés dans les tableaux 55 et 56. Trois mesures différentes sont examinées: journées d'hospitalisation; premières admissions, qui mesurent l'incidence des troubles mentaux; et réadmissions qui comptent le nombre d'événements, puisqu'une même personne peut être admise à plusieurs reprises.

Bien que le rôle des hôpitaux généraux dans le traitement des troubles mentaux ne soit souvent pas reconnu, on y passe presque autant de jours à les soigner que dans les établissements psychiatriques. Les femmes sont plus susceptibles d'être traitées dans les hôpitaux généraux que les hommes, particulièrement pour des névroses et des troubles de la personnalité.

Les névroses représentent la cause la plus importante d'hospitalisation en établissement psychiatrique (24%). Elles sont suivies de près par la schizophrénie (22.4%) et les psychoses (22.3%). La moitié des journées d'hospitalisation pour raison de névrose et de psychose sont passées dans les hôpitaux généraux alors que près des deux tiers des journées d'hospitalisation pour raison de schizophrénie sont passées dans des établissements psychiatriques. Seulement 16% des journées d'hospitalisation pour raison d'arriération mentale sont passées dans les hôpitaux généraux.

Chez les femmes, les deux principales causes d'admission et de journées d'hospitalisation sont les névroses et les psychoses. Les hommes comptent le plus grand nombre de journées d'hospitalisation en raison de schizophrénie; viennent ensuite l'alcoolisme et les névroses. On note un contraste avec les données d'admission qui démontrent que l'alcoolisme est la cause la plus importante, suivie des névroses et de la schizophrénie, et qui démontrent que les séjours sont plus prolongés pour la schizophrénie.

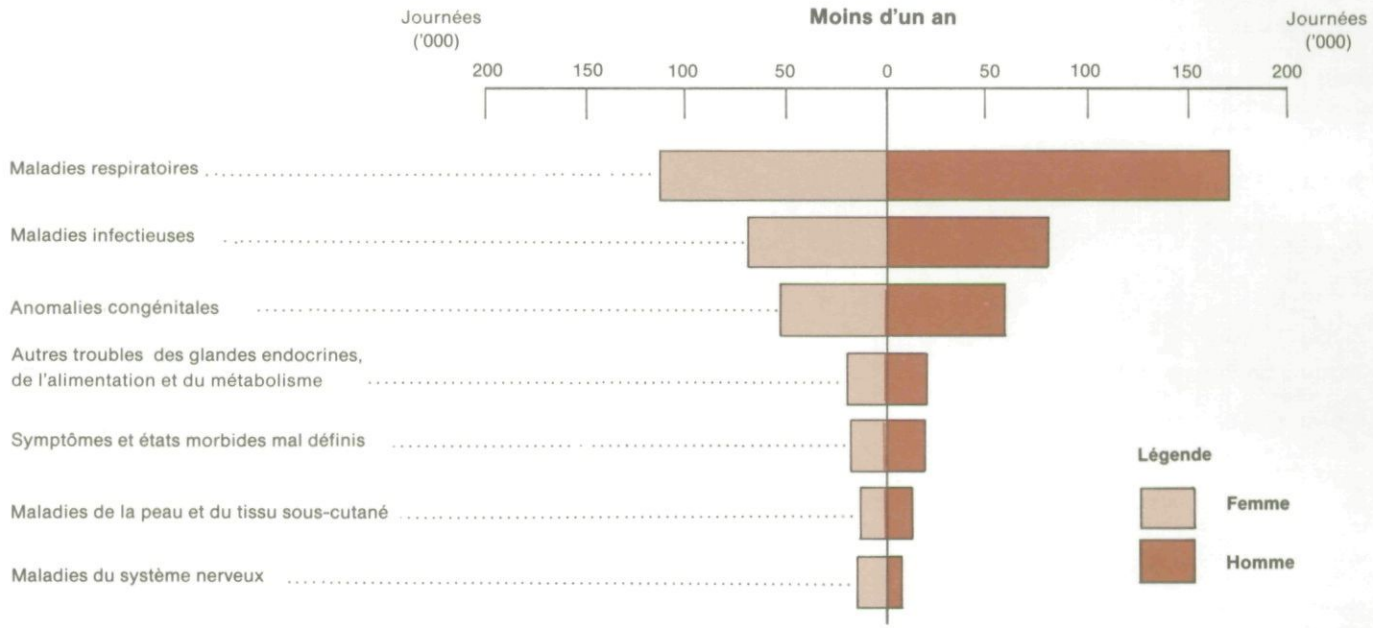
Les névroses, y compris les phobies reliées à l'angoisse ainsi que les réactions au stress, demeurent la principale cause des premières admissions et des réadmissions dans les établissements psychiatriques, soit 39% dans le premier cas et 26% dans le second cas. Les psychoses, tels les états délirants, l'intoxication due aux médicaments et les états maniaco-dépressifs viennent en second lieu parmi les causes principales de première admission (21%), mais en troisième lieu pour les réadmissions (22%). La schizophrénie explique 25% des réadmissions et occupe ainsi la seconde place parmi les causes principales de cette catégorie.

L'alcoolisme est responsable de 27% des premières admissions. C'est la troisième cause en importance pour laquelle les hommes sont admis dans des établissements psychiatriques; cette maladie cause également plus du quart de toutes les admissions pour les hommes. Les probabilités d'admission pour raison d'alcoolisme sont quatre fois plus grandes chez les hommes que chez les femmes; chez ces dernières, par contre, les probabilités d'admission pour névrose ou psychose sont environ une fois et demie plus grandes que chez les hommes.

Les données sur la morbidité hospitalière font ressortir le besoin de traiter les principales causes de décès - maladie du coeur, congestion cérébrale, accidents et maladie respiratoire. Elles mettent également en évidence le fardeau considérable de la mauvaise santé découlant des troubles mentaux. Chaque année, près de 60,000 individus sont admis pour la première fois dans des établissements où ils reçoivent des traitements pour des troubles mentaux, et environ cinq millions de journées de soins sont consacrées à la santé mentale. Selon ces données, bien que les troubles mentaux ne soient pas directement responsables d'un grand nombre de décès, il faut leur accorder la priorité dans les programmes de promotion et de prévention de la santé.

Figure VI

Journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers, selon les principales causes et le sexe, Canada, 1977



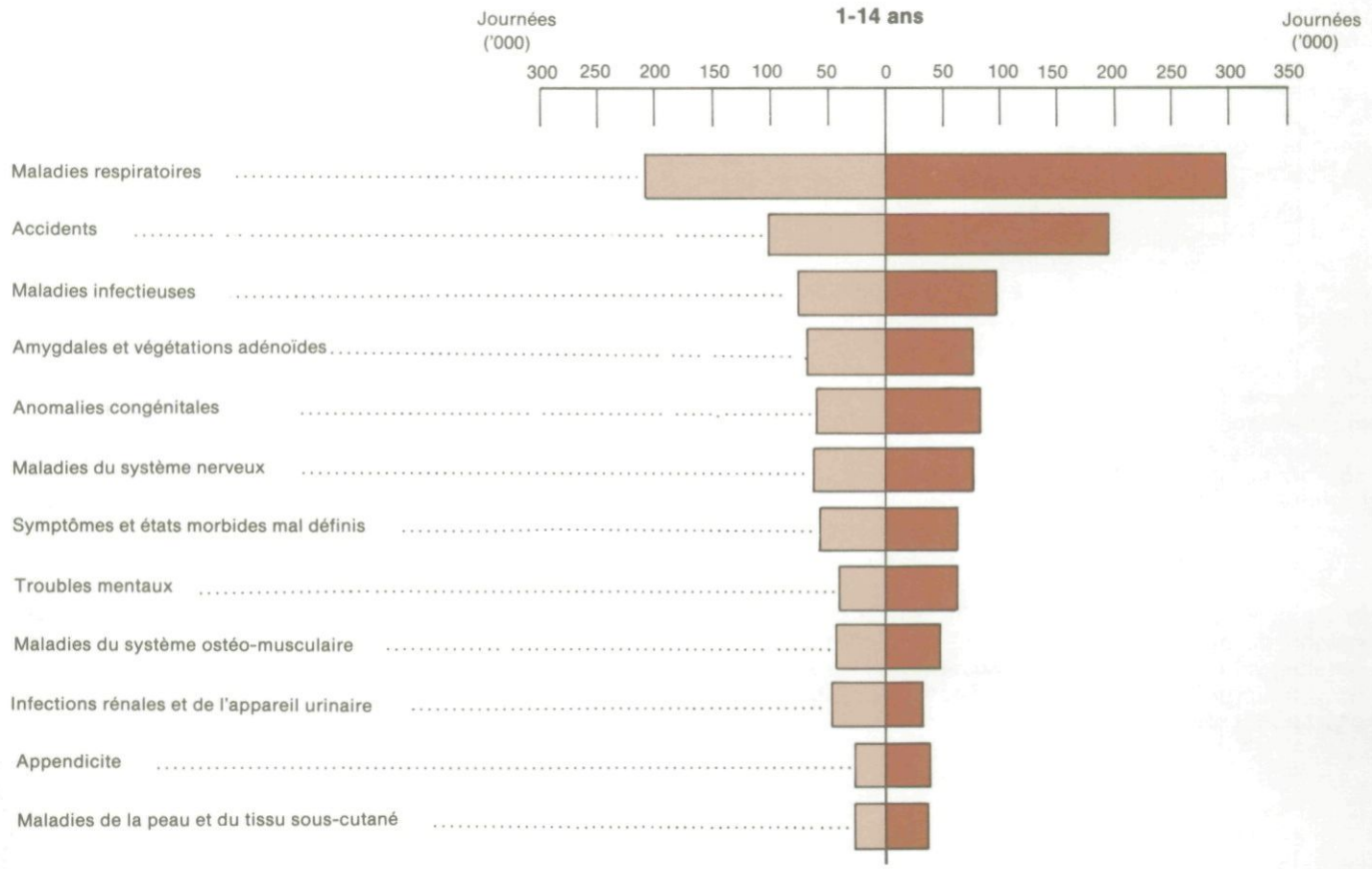
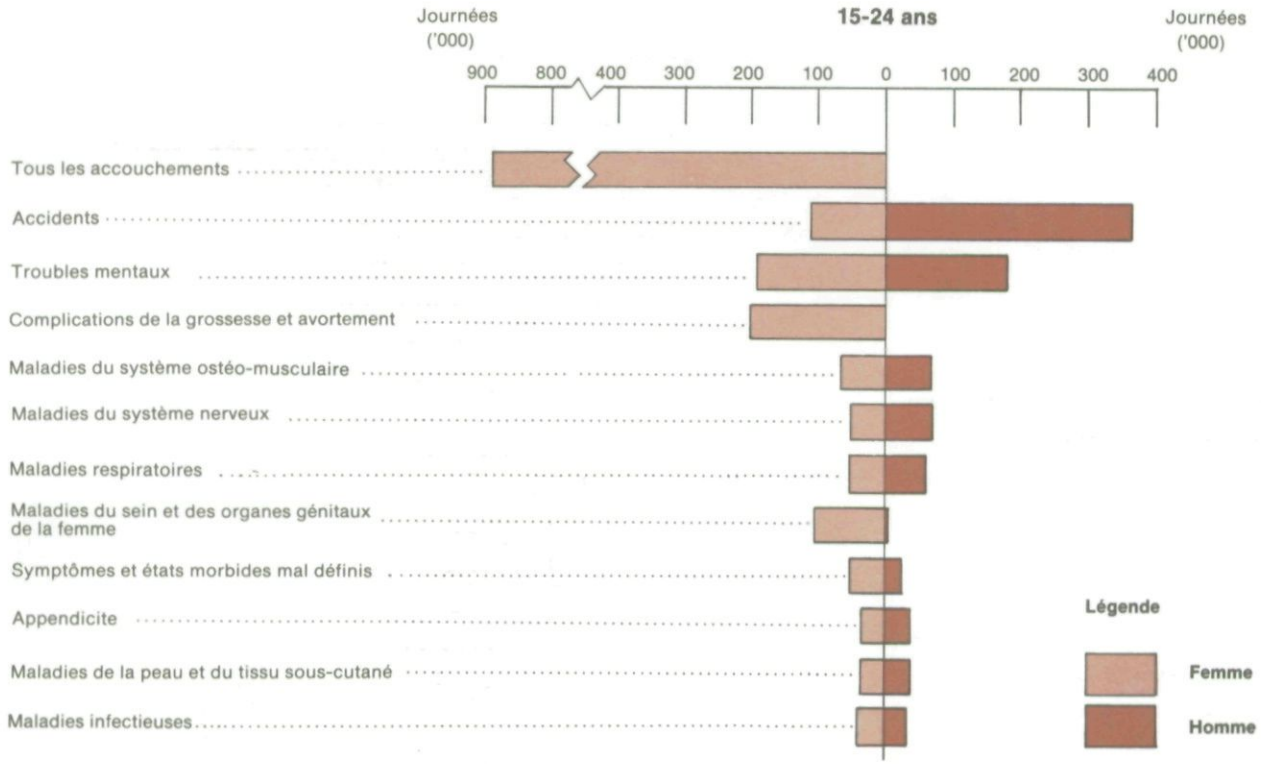


Figure VI (suite)

Journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers, selon les principales causes et le sexe, Canada, 1977



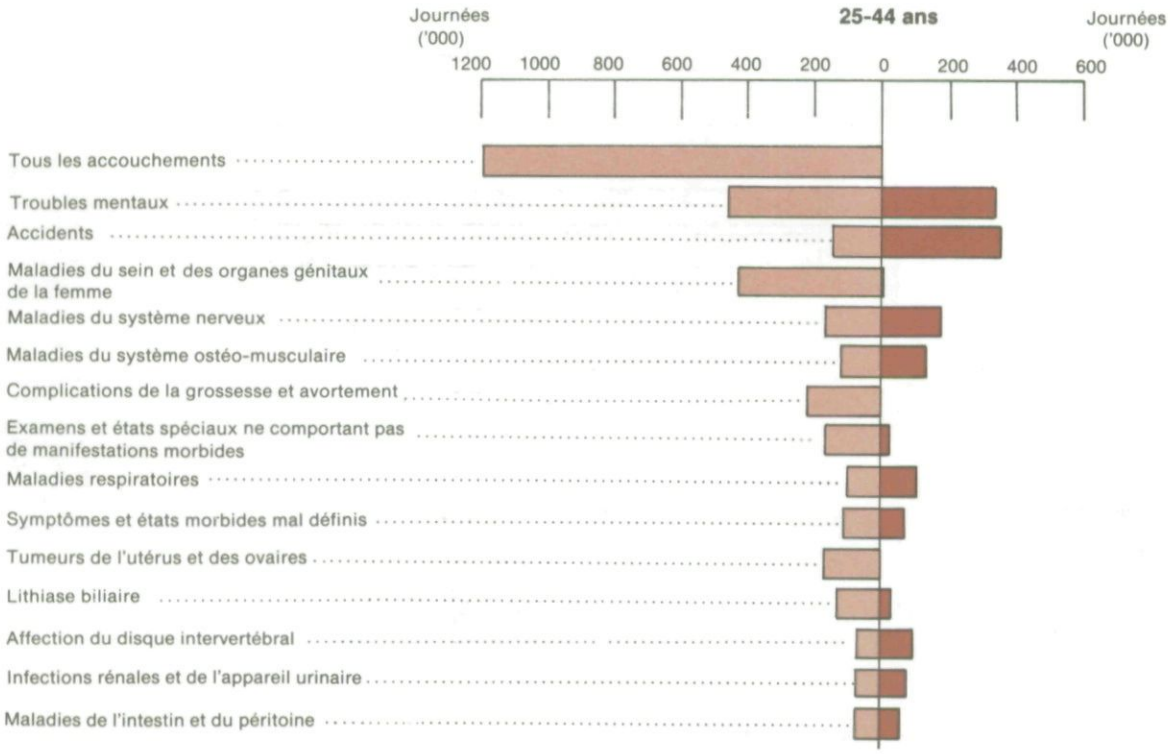
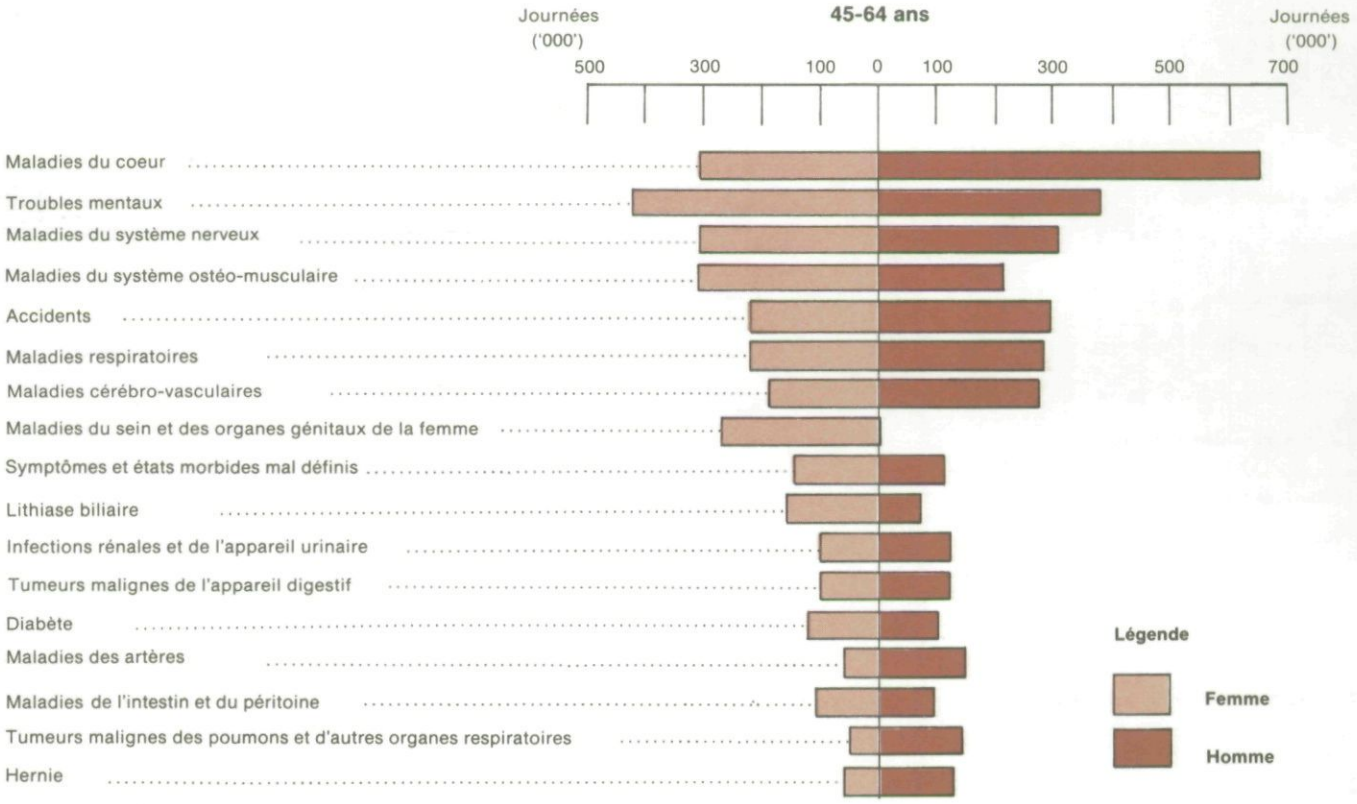
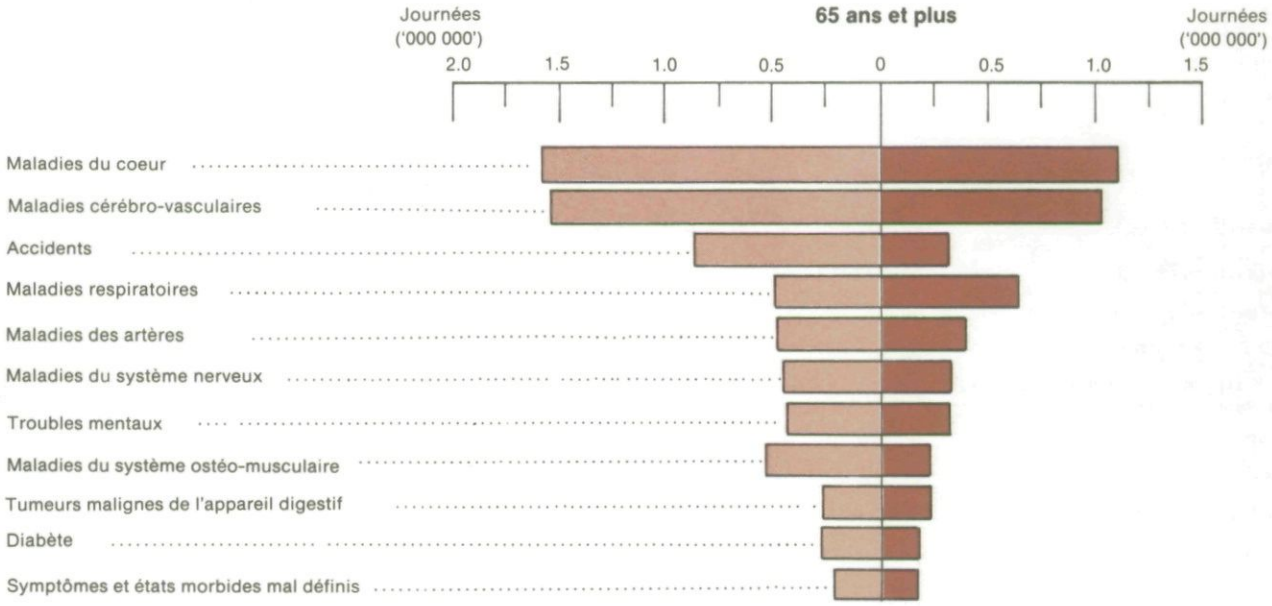


Figure VI (fin)

Journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers, selon les principales causes et le sexe, Canada, 1977





Source: Section des soins en établissements, Division de la santé, Statistique Canada

TABLEAU 55. Répartition des premières admissions et des réadmissions dans les établissements de soins psychiatriques en internat[1], selon les principales causes et le sexe, Canada, 1977

Cause[2]		Total (hommes et femmes)	Pourcentage	Hommes	Femmes
		nombre		nombre	
Névroses	1ère admission	23,034		9,051	13,983
	Réadmission	16,634		5,762	10,872
	Total	39,668	32.0	14,813	24,855
Psychoses	1ère admission	12,633		5,375	7,258
	Réadmission	13,881		5,402	8,479
	Total	26,514	21.4	10,777	15,737
Schizophrénie	1ère admission	5,565		3,239	2,326
	Réadmission	15,840		8,900	6,940
	Total	21,405	17.3	12,139	9,266
Alcoolisme	1ère admission	10,390		8,348	2,042
	Réadmission	9,272		7,528	1,744
	Total	19,662	15.9	15,876	3,786
Troubles de la personnalité	1ère admission	4,719		2,743	1,976
	Réadmission	4,948		2,709	2,239
	Total	9,667	7.8	5,452	4,215
Arriération mentale	1ère admission	1,188		756	432
	Réadmission	2,132		1,161	971
	Total	3,320	2.7	1,917	1,403
Autres[3]	1ère admission	2,203		1,095	1,108
	Réadmission	1,525		732	793
	Total	3,728	3.0	1,827	1,901
Total[3]	**1ère admission**	**59,732**		**30,607**	**29,125**
	Réadmission	**64,232**		**32,194**	**32,038**
	Total	**123,964**	**100.1**	**62,801**	**61,163**

[1] Comprend tous les hôpitaux et établissements pour maladies mentales ainsi que les quartiers psychiatriques dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers.
[2] Il est à noter que le groupement des causes peut différer légèrement de la présentation donnée dans d'autres ouvrages statistiques sur la santé mentale. L'alcoolisme comprend les problèmes reliés à l'alcool de même que les psychoses alcooliques. Les psychoses comprennent les psychoses organiques de même que les psychoses fonctionnelles, à l'exception de la schyzophrénie. Les névroses comprennent les névroses, les troubles psychophysiologiques, les troubles transitoires situationnels, de même que les troubles de comportement chez l'enfant. Les troubles de la personnalité comprennent les troubles de la personnalité, les perversions sexuelles, la pharmacodépendance et les symptômes particuliers.
[3] Les chiffres des rubriques "Autres" et "Total" ne coïncident pas avec ceux qui figurent dans la publication *Statistique de l'hygiène mentale, vol. I*, 1977, puisque l'épilepsie (code 345) ainsi que les diagnostics "non indiqué" et "non classé ailleurs" ont été exclus de ce tableau.
Source: *Statistique de l'hygiène mentale, vol. I*, 1977. **Statistique Canada,** nº 83-204 au catalogue.

Mesures de l'état de santé fondées sur la population

Les problèmes de santé exposés ici diffèrent de ceux qui sont décrits dans les sections portant sur la mortalité et la morbidité institutionnelle; il ne s'agit pas de diagnostics cliniques mais plutôt de maladies décrites par des particuliers selon la façon dont ils les perçoivent. Dans le présent chapitre, l'incapacité signifie la perte ou la réduction de la capacité et de l'activité fonctionnelle due à une infirmité[17].

[17] L'Organisation mondiale de la santé définit l'infirmité comme une perturbation ou une interférence à la structure et au fonctionnement normaux du corps, y compris le fonctionnement mental. Le handicap se définit comme l'inconvénient social découlant de l'infirmité et de l'incapacité. Par exemple, le fait de n'avoir qu'une jambe serait une infirmité, alors que l'impossibilité de courir serait une incapacité; par ailleurs, le fait de ne pouvoir travailler constitue un handicap. Il est à noter qu'une infirmité n'entraîne pas nécessairement une incapacité et qu'une incapacité n'entraîne pas nécessairement le handicap. Voir **Philip Wood,** *Classification of Impairments and Handicaps,* Reviews/Conference Series No. 75/13, OMS, Genève, 1975.

TABLEAU 56. Répartition des journées de soins psychiatriques[2] dans tous les établissements de soins en internat[1], selon les principales causes et le sexe, Canada, 1977

Cause		Total (hommes et femmes) journées d'hospitalisation[3]	Pourcentage	Hommes journées d'hospitalisation[3]	Femmes journées d'hospitalisation[3]
Névroses	Hôpitaux généraux	679,476		210,457	469,019
	Établissements pour maladies mentales	518,748		280,408	238,340
	Total	1,198,224	24.3	490,865	707,359
Schizophrénie	Hôpitaux généraux	411,022		215,365	195,657
	Établissements pour maladies mentales	690,382		418,176	272,206
	Total	1,101,404	22.4	633,541	467,863
Psychoses	Hôpitaux généraux	660,413		247,784	412,629
	Établissements pour maladies mentales	438,699		194,015	244,684
	Total	1,099,112	22.3	441,799	657,313
Alcoolisme	Hôpitaux généraux	295,502		229,091	66,411
	Établissements pour maladies mentales	331,145		265,553	65,592
	Total	626,647	12.7	494,644	132,003
Arriération mentale	Hôpitaux généraux	52,454		26,730	25,724
	Établissements pour maladies mentales	276,694		156,501	120,193
	Total	329,148	6.7	183,231	145,917
Troubles de la personalité	Hôpitaux généraux	143,490		61,065	82,425
	Établissements pour maladies mentales	203,300		126,693	76,607
	Total	346,790	7.0	187,758	159,032
Autres[4]	Hôpitaux généraux	152,460		86,815	65,645
	Établissements pour maladies mentales	66,699		37,032	29,667
	Total	219,159	4.5	123,847	95,312
Non indiqué	Hôpitaux généraux	-		-	-
	Établissements pour maladies mentales	5,328		3,773	1,555
	Total	5,328	0.1	3,773	1,555
TOUTES CAUSES	**HÔPITAUX GÉNÉRAUX**	**2,394,817**		**1,077,307**	**1,317,510**
	ÉTABLISSEMENTS POUR MALADIES MENTALES	**2,530,995**		**1,482,151**	**1,048,844**
	TOTAL	**4,925,812**	**100.0**	**2,559,458**	**2,366,354**

[1] Comprend tous les établissements de soins psychiatriques de même que les quartiers psychiatriques publics et les patients atteint de troubles mentaux dans les quartiers non psychiatriques des hôpitaux généraux et spéciaux divers.

[2] Le calcul des journées d'hospitalisation n'est pas le même dans les établissements de soins psychiatriques et dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers. Pour les établissements de soins psychiatriques, on n'a compté que les journées se situant entre le 1er janvier et le 31 décembre 1977. Pour ce qui est des hôpitaux généraux et spéciaux divers, cependant, les dates complètes d'admission et (ou) de départ ne sont pas fournies à Statistique Canada par toutes les provinces. Ainsi, les journées d'hospitalisation représentent le séjour complet à partir de la date d'admission (que ce soit avant 1977 ou durant cette année) à la date du départ. La vaste majorité des patients en soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux font un court séjour (c.-à-d. moins de 3 semaines); ainsi, ce calcul "accumulé" ne pose pas de difficultés pour la majeure partie des catégories de maladie.

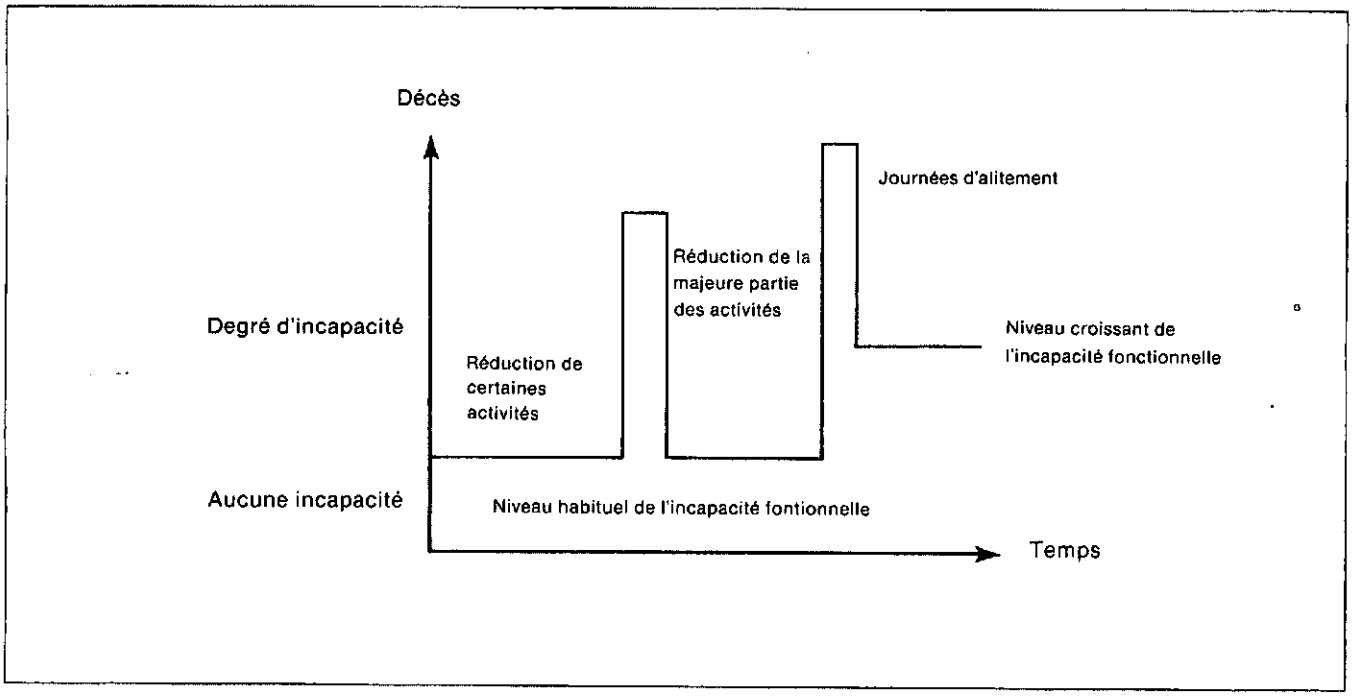
[3] Comprend seulement les jours passés dans des établissements de soins en internat durant l'année civile 1977, pour les patients sortis (radiés) en 1977. Ne sont pas inclus les patients qui étaient toujours dans des établissements de soins en internat (et par conséquent "inscrits") à la fin de l'année.

[4] La rubrique "Autres diagnostics" comprend: 309 - Troubles mentaux non psychotiques associés à des affections somatiques, tant dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers que dans les établissements psychiatriques; 793 - Mise en observation, sans besoin d'autres soins médicaux, dans les établissements psychiatriques seulement. Dans les hôpitaux généraux, la plupart des journées d'hospitalisation pour fins de mise en observation ont trait à des problèmes physiques. L'épilepsie (345) est totalement exclue puisque de nombreuses personnes la considèrent comme un trouble physique plutôt que mental.

Source: Tableaux spéciaux, Section des soins en établissement, Division de la santé, **Statistique Canada**, juin 1980.

Figure VII

Réduction temporaire du niveau habituel de fontionnement (incapacité selon le temps)



L'incapacité peut être à long ou à court terme. L'incapacité à long terme se définit en regard de la capacité habituelle de fonctionner d'un individu alors que l'incapacité à court terme représente une déviation du niveau habituel de fonctionnement. La figure VII illustre cette différence.

Incapacité à court terme

L'incapacité à court terme se mesure en jours d'incapacité, c'est-à-dire le nombre de jours pendant lesquels la personne n'a pu exercer ses activités habituelles pour des raisons de santé[18]. On peut y voir une indisposition aiguë; les principales causes en sont la grippe, les maladies respiratoires aiguës ainsi que les accidents. Les tableaux 57, 58 et 59 donnent le nombre estimatif de jours moyens d'incapacité à court terme, par personne et par année.

Journées d'incapacité

Dans l'ensemble, les données de l'Enquête Santé Canada montrent une moyenne de 15.7 journées d'incapacité par personne en 1978-1979. Les chiffres pour le Canada sont pour la même période, légèrement inférieurs à ceux des États-Unis peut-être à cause de différences méthodologiques.

Dans tous les groupes d'âges, les taux de journées d'incapacité sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Comme on pouvait s'y attendre les journées d'incapacité augmentent avec l'âge, leur nombre atteignant une moyenne de 35 par année chez les personnes âgées. Parmi les régions, ce sont les Prairies qui avaient le taux le plus bas d'incapacité à court terme (14 jours), et la Colombie-Britannique le taux le plus élevé (plus de 20 jours). Cet écart peut être attribué en partie aux différences dans la structure selon l'âge.

Quant aux journées d'alitement, la tendance selon l'âge et le sexe est la même que celle des journées d'incapacité. Les femmes comptent en moyenne 6.2 journées d'alitement comparativement à 4.2 pour les hommes. De tous les groupes d'âge et de sexe, les taux de journées d'alitement sont nettement supérieurs (15.3) chez les femmes de plus de 65 ans.

[18] Les journées d'incapacité peuvent être réparties de la façon suivante: (A) journées d'alitement; (B) journées d'abandon des activités principales (pour les personnes qui travaillent, qui s'occupent de tâches ménagères ou qui étudient); (C) journées d'abandon des activités principales qui sont aussi des journées d'alitement: (D) journées de réduction des activités. Si on élimine les journées d'abandon des activités principales qui sont aussi des journées d'alitement, on peut calculer le total estimatif des journées d'incapacité, c'est-à-dire A+B+D-C. Pour de plus amples détails, voir *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, Appendice III.

TABLEAU 57. Population totale, selon le nombre annuel de journées d'incapacité et le nombre annuel de journées d'incapacité par personne, le sexe et l'âge, Canada et régions, 1978-1979

	Population totale			Nombre annuel de journées d'incapacité			Nombre annuel de journées d'incapacité par personne		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
	en milliers								
Tous les âges:									
Canada	**23,023**	**11,417**	**11,606**	**362,211**	**142,556**	**219,655**	**15.73**	**12.49**	**18.93**
Région de l'Atlantique	**2,191**	**1,092**	**1,098**	**38,148**	**15,023**	**23,125**	**17.41**	**13.75**	**21.06**
Québec	**6,198**	**3,059**	**3,139**	**90,483**	**31,960**	**58,524**	**14.60**	**10.45**	**18.64**
Ontario	**8,336**	**4,121**	**4,215**	**129,009**	**53,284**	**75,725**	**15.48**	**12.93**	**17.96**
Région des Prairies	**3,820**	**1,914**	**1,905**	**53,587**	**22,479**	**31,108**	**14.03**	**11.74**	**16.33**
Colombie-Britannique	**2,479**	**1,230**	**1,248**	**50,984**	**19,809**	**31,175**	**20.57**	**16.10**	**24.97**
Moins de 15:									
Canada	5,531	2,833	2,699	48,286	24,458	23,828	8.73	8.63	8.83
Région de l'Atlantique	605	311	294	5,248	2,603	2,645	8.67	8.37	8.99
Québec	1,439	738	702	9,111	4,505	4,606	6.33	6.11	6.56
Ontario	1,964	1,006	958	16,234	9,117	7,117	8.27	9.06	7.43
Région des Prairies	963	492	471	11,600	5,546	6,054	12.05	11.27	12.86
Colombie-Britannique	560	286	274	6,094	2,688	3,406	10.88	9.40	12.42
15-64:									
Canada	15,473	7,697	7,775	243,251	91,332	151,919	15.72	11.87	19.54
Région de l'Atlantique	1,390	693	697	24,983	9,309	15,674	17.97	13.43	22.47
Québec	4,268	2,111	2,156	63,968	20,641	43,327	14.99	9.78	20.09
Ontario	5,631	2,799	2,832	89,440	35,058	54,382	15.88	12.52	19.20
Région des Prairies	2,516	1,264	1,252	31,706	12,757	18,949	12.60	10.10	15.13
Colombie-Britannique	1,667	830	837	33,155	13,568	19,587	19.89	16.34	23.41
65 et plus:									
Canada	2,019	887	1,132	70,675	26,766	43,908	35.00	30.19	38.78
Région de l'Atlantique	195	88	106	7,918	3,112	4,806	40.65	35.23	45.15
Québec	491	210	281	17,405	6,815	10,590	35.46	32.48	37.68
Ontario	741	316	426	23,335	9,109	14,226	31.48	28.86	33.43
Région des Prairies	341	159	182	10,281	4,177	6,104	30.16	26.29	33.54
Colombie-Britannique	251	114	137	11,735	3,553	8,182	46.70	31.16	59.60

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 64.

TABLEAU 58. Population selon le nombre annuel de journées d'alitement, le nombre annuel de journées d'alitement par personne, l'âge et le sexe, Canada, 1978-1979

	Population totale	Nombre annuel de journées d'alitement	Nombre annuel de journées d'alitement par personne
	en milliers		
Tous les âges:			
Les deux sexes	**23,023**	**121,071**	**5.26**
Hommes	**11,417**	**48,381**	**4.24**
Femmes	**11,606**	**72,690**	**6.26**
Moins de 15:			
Total	5,531	20,007	3.62
Hommes	2,833	9,998	3.53
Femmes	2,699	10,009	3.71
15-64:			
Total	15,473	74,408	4.81
Hommes	7,697	29,027	3.77
Femmes	7,775	45,381	5.84
65 et plus:			
Total	2,019	26,656	13.20
Hommes	887	9,355	10.55
Femmes	1,132	17,300	15.28

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 61.

TABLEAU 59. Population totale, selon le nombre annuel de journées d'activité principale perdues, le nombre annuel de journées d'activité principale perdues par personne, l'âge, l'activité principale et le sexe, Canada, 1978-1979

Activité principale	Population totale	Nombre annuel de journées d'activité principale perdues	Nombre annuel de journées d'activité principale perdues par personne
	en milliers		
Tous les âges:			
Total	**16,652**	**114,165**	**6.86**
Hommes	**7,683**	**30,977**	**4.03**
Femmes	**8,968**	**83,188**	**9.28**
Travailleurs:			
Total	**8,669**	**37,313**	**4.30**
Hommes	**5,664**	**20,044**	**3.54**
Femmes	**3,005**	**17,269**	**5.75**
Au foyer:			
Total	**4,141**	**53,178**	**12.84**
Hommes	**31**	--	--
Femmes	**4,110**	**52,572**	**12.79**
Aux études:			
Total	**3,841**	**23,674**	**6.16**
Hommes	**1,988**	**10,327**	**5.19**
Femmes	**1,853**	**13,346**	**7.20**
Moins de 15:			
Total	2,365	15,377	6.50
Hommes	1,201	6,077	5.06
Femmes	1,164	9,300	7.99
Aux études:			
Total	2,361	15,377	6.51
Hommes	1,198	6,077	5.07
Femmes	1,164	9,300	7.99
15-64:			
Total	13,454	86,387	6.42
Hommes	6,379	23,849	3.74
Femmes	7,076	62,538	8.84
Travailleurs:			
Total	3,545	36,211	4.24
Hommes	5,562	18,993	3.41
Femmes	2,982	17,218	5.77
Au foyer:			
Total	3,431	41,879	12.20
Hommes	27	--	--
Femmes	3,404	41,273	12.12
Aux études:			
Total	1,478	8,297	5.61
Hommes	789	4,250	5.38
Femmes	689	4,047	5.87
65 et plus:			
Total	832	12,401	14.91
Hommes	104	1,051	10.13
Femmes	728	11,350	15.59
Travailleurs:			
Total	120	1,102	9.15
Hommes	99	--	--
Femmes	22	--	--
Au foyer:			
Total	710	11,299	15.92
Hommes	4	--	--
Femmes	706	11,299	16.00
Aux études:			
Total	1	-	-
Hommes	1	-	-
Femmes	-	-	-

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 62.

Journées d'abandon des activités principales

Les journées d'abandon des activités principales sont les journées pour lesquelles les personnes n'ont pu se présenter au travail ou à l'école ou exécuter les tâches ménagères en raison de mauvaise santé. La population observée ici comprend seulement les personnes dont l'activité principale consiste à travailler, à étudier ou à exécuter des tâches ménagères. Sont donc exclus les enfants d'âge préscolaire, les personnes à la retraite et les chômeurs.

Il est sans doute plus intéressant d'examiner le nombre total de journées plutôt que la moyenne. Ainsi, on a rapporté plus de 114 millions de journées d'abandon des activités principales, dont 53 millions de journées pour les tâches ménagères, 37 millions pour le travail et 24 millions pour les études. En comparaison, le nombre total de journées de travail perdues à cause des grèves était de 7.4 millions en 1978[19].

Bien que potentiellement les grèves perturbent davantage en raison des interruptions étendues dans le service, la mauvaise santé occasionne elle aussi de lourdes pertes puisqu'on lui impute cinq fois plus de journées de travail perdues que dans le cas des grèves. Environ un tiers des journées de travail perdues découlent de problèmes de santé professionnels assurés en vertu de l'indemnisation des accidents de travail[20].

Incapacité à long terme

L'incapacité à long terme se mesure d'après le genre et la quantité des restrictions que les personnes ont dû imposer à la nature ou au rythme de leurs activités. Près de 12% de la population ont dû mettre un frein à leurs activités pour des raisons de santé. Près d'un demi-million de Canadiens (2%) se sont vus dans l'impossibilité d'exercer leur activité principale en raison d'une incapacité sérieuse. Sur ce nombre plus de 300,000 faisaient partie de la population active, soit entre les âges de 15 et 64 ans (tableau 60). Ces chiffres ne comprennent pas les personnes qui sont hospitalisées dans des établissements tels que les maisons de repos; on estime leur nombre à 275,000 environ[21]. Les principales causes de l'incapacité à long terme sont les maux des membres et des articulations (19.4%), les maladies du cœur (13.1%) et l'arthrite (10.4%); viennent ensuite les traumatismes et les troubles mentaux.

Problèmes de santé

Les infirmités ou les problèmes de santé n'entraînent pas nécessairement une incapacité. Lorsqu'ils ont des problèmes de santé, les gens peuvent consulter un médecin ou prendre des médicaments. Dans les cas où, par exemple, des personnes ont des allergies qui ne sont pas actives tout le temps, il se peut qu'elles ne prennent aucune mesure spécifique pour remédier au problème. Dans ces cas, les problèmes de santé n'auraient pas été recensés au moment où on a procédé à l'Enquête Santé Canada.

Plus de 25 millions de problèmes de santé ont été signalés en 1978-1979, soit une moyenne de 1.1 par Canadien. Comme le démontre le tableau 61, plus de la moitié de la population signalait au moins un problème de santé. Comme c'est le cas pour l'incapacité, les groupes de personnes âgées signalaient davantage de problèmes de santé. Plus de femmes que d'hommes, en proportion, signalaient des problèmes multiples (32% et 23%).

Les problèmes de santé signalés sont catégorisés selon la Classification internationale des maladies (9e révision). Les tableaux 62 et 63 présentent une liste condensée à des fins d'analyse[22]. Étant donné que ces problèmes se fondent sur les informations (ainsi que les perceptions) que donnaient les personnes et qu'il ne s'agit pas de diagnostics cliniques, ces données ainsi que les données tirées des dossiers sur la mortalité et la morbidité hospitalière doivent être interprétées avec circonspection. On peut néanmoins constater qu'il existe des différences entre les mesures de l'état de santé plus traditionnelles et les mesures énoncées ici. Les cinq problèmes de santé les plus fréquents, au sein de la population, étaient l'arthrite et le rhumatisme, les maux des membres et des articulations, le rhume des foins et autres allergies, les troubles cutanés et les troubles dentaires. Les maladies du cœur, la principale cause de décès et d'hospitalisation, tenaient le onzième rang sur la liste des problèmes de santé signalés par les personnes. Le cancer, deuxième cause principale des décès, ne revenait pas assez souvent pour figurer sur la liste des problèmes signalés par les répondants. Il est clair que les problèmes de santé que connaît la population dans l'ensemble diffèrent grandement de ceux qui mènent à l'hospitalisation ou au décès.

Comme le démontrent la figure VIII et le tableau 62, les problèmes de santé varient selon l'âge et le sexe. Chez les hommes, les principales causes étaient les maux des membres et les articulations, le rhume des foins et autres allergies ainsi que l'arthrite et le rhumatisme; chez les femmes, on retrouvait par ordre l'arthrite et le rhumatisme, les troubles cutanés et le rhume des foins ainsi que d'autres allergies.

---

[19] Travail Canada, données publiées dans la *Revue statistique du Canada*, mai 1981 (**Statistique Canada**, nº 11-003 au catalogue).

[20] Ces données ne figurent pas dans l'Enquête Santé Canada. Les chiffres relatifs aux journées de travail perdues en 1978 et qui étaient assurées en vertu de l'indemnisation des accidents de travail sont publiés dans *Les accidents du travail et les maladies professionnelles au Canada*, **Travail Canada**, édition de 1979.

[21] *Composite Picture of Disabled*, **McWhinnie et Walker**, Santé et Bien-être social Canada, 1980.

[22] Pour de plus amples détails, voir "Répartition des états pathologiques" de la présente section.

TABLEAU 60. Population totale, selon l'activité principale, la restriction des activités, l'âge et le sexe, Canada, 1978-1979[1]

Restrictions des activités		Groupes d'âges											
		Tous les âges			Moins de 15 ans			15-64 ans			65 ans et plus		
		Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
		en milliers											
Activité principale:													
Total	Nbre	23,023	11,417	11,606	5,531	2,833	2,699	15,473	7,697	7,775	2,019	887	1,132
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Aucune restriction	Nbre	20,358	10,167	10,190	5,376	2,736	2,639	13,734	6,882	6,852	1,248	549	699
	%	88.4	89.1	87.8	97.2	96.6	97.8	88.8	89.4	88.1	61.8	61.9	61.7
Restriction quelconque	Nbre	509	208	300	50	30	21	393	160	233	65	19	46
	%	2.2	1.8	2.6	0.9	1.1	0.8	2.5	2.1	3.0	3.2	2.1	4.1
Restriction de l'activité principale	Nbre	1,670	690	981	105	67	39	1,035	426	610	530	198	332
	%	7.3	6.0	8.4	1.9	2.4	1.4	6.7	5.5	7.8	26.2	22.3	29.3
Incapacité d'exercer l'activité principale	Nbre	486	351	135	--	-	--	310	230	80	177	122	55
	%	2.1	3.1	1.2	--	-	--	2.0	3.0	1.0	8.7	13.7	4.9
Travailleurs:													
Total	Nbre	9,114	6,032	3,082	-	-	-	8,968	5,913	3,055	146	119	27
	%	39.6	52.8	26.6	-	-	-	58.0	76.8	39.3	7.2	13.4	2.4
Aucune restriction	Nbre	8,374	5,518	2,856	-	-	-	8,264	5,429	2,835	110	89	21
	%	36.4	48.3	24.6	-	-	-	53.4	70.5	36.5	5.4	10.1	1.9
Restriction quelconque	Nbre	211	137	73	-	-	-	205	132	72	--	--	1
	%	0.9	1.2	0.6	-	-	-	1.3	1.7	0.9	--	--	0.1
Restriction de l'activité principale	Nbre	529	376	153	-	-	-	499	352	146	30	24	--
	%	2.3	3.3	1.3	-	-	-	3.2	4.6	1.9	1.5	2.8	--
Au foyer:													
Total	Nbre	4,182	23	4,160	-	-	-	3,455	17	3,438	727	--	722
	%	18.2	0.2	35.8	-	-	-	22.3	0.2	44.2	36.0	--	63.8
Aucune restriction	Nbre	3,379	20	3,359	-	-	-	2,896	--	2,881	482	--	478
	%	14.7	0.2	28.9	-	-	-	18.7	--	37.1	23.9	--	42.2
Restriction quelconque	Nbre	169	-	169	-	-	-	133	-	133	36	-	36
	%	0.7	-	1.5	-	-	-	0.9	-	1.7	1.8	-	3.2
Restriction de l'activité principale	Nbre	635	--	632	-	-	-	426	--	424	209	--	208
	%	2.8	--	5.4	-	-	-	2.8	--	5.5	10.3	--	18.4
Aux études:													
Total	Nbre	5,633	2,904	2,730	3,448	1,759	1,689	2,185	1,145	1,041	-	-	-
	%	24.5	25.4	23.5	62.3	62.1	62.6	14.1	14.9	13.4	-	-	-
Aucune restriction	Nbre	5,433	2,796	2,637	3,328	1,684	1,643	2,105	1,111	994	-	-	-
	%	23.6	24.5	22.7	60.2	59.5	60.9	13.6	14.4	12.8	-	-	-
Restriction quelconque	Nbre	90	46	44	44	26	18	45	20	26	-	-	-
	%	0.4	0.4	0.4	0.8	0.9	0.7	0.3	0.3	0.3	-	-	-
Restriction de l'activité principale	Nbre	111	62	49	76	48	28	35	-	21	-	-	-
	%	0.5	0.5	0.4	1.4	1.7	1.0	0.2	--	0.3	-	-	-
Inactifs/santé:													
Total	Nbre	486	351	135	--	-	--	310	230	80	177	122	55
	%	2.1	3.1	1.2	--	-	--	2.0	3.0	1.0	8.7	13.7	4.9
Incapable d'exercer l'activité principale	Nbre	486	351	135	--	-	--	310	230	80	177	122	55
	%	2.1	3.1	1.2	--	-	--	2.0	3.0	1.0	8.7	13.7	4.9
Inactifs/autres:													
Total	Nbre	1,535	1,042	493	--	--	--	554	392	162	970	641	328
	%	6.7	9.1	4.2	--	--	--	3.6	5.1	2.1	48.0	72.3	29.0
Aucune restriction	Nbre	1,136	790	345	--	--	--	468	326	142	656	455	201
	%	4.9	6.9	3.0	--	--	--	3.0	4.2	1.8	32.5	51.4	17.7
Restriction quelconque	Nbre	33	21	12	-	-	-	--	--	--	22	--	--
	%	0.1	0.2	0.1	-	-	-	--	--	--	1.1	--	--
Restriction de l'activité principale	Nbre	367	231	136	--	-	--	75	58	17	291	173	119
	%	1.6	2.0	1.2	--	-	--	0.5	0.8	0.2	14.4	19.5	10.5
Bébés/enfants:													
Total	Nbre	2,072	1,066	1,006	2,072	1,066	1,006	-	-	-	-	-	-
	%	9.0	9.3	8.7	37.5	37.6	37.3	-	-	-	-	-	-
Aucune restriction	Nbre	2,037	1,044	993	2,037	1,044	993	-	-	-	-	-	-
	%	8.8	9.1	8.6	36.8	36.8	36.8	-	-	-	-	-	-
Restriction quelconque	Nbre	--	--	--	--	--	--	-	-	-	-	-	-
	%	--	--	--	--	--	--	-	-	-	-	-	-
Restriction de l'activité principale	Nbre	29	18	--	29	18	--	-	-	-	-	-	-
	%	0.1	0.2	--	0.5	0.6	--	-	-	-	-	-	-

[1] Se rapporte aux 12 derniers mois pour l'activité principale et la restriction d'activité.
Source: *Le santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 57.

TABLEAU 61. Proportion de la population signalant au moins un problème de santé, selon le sexe et le groupe d'âges, Canada, 1978-1979

	Tous les âges	Moins de 15 ans	15-64 ans	65 ans et plus
	pourcentage			
Les deux sexes	54.3	34.9	57.2	85.6
Hommes	50.0	35.5	51.6	83.7
Femmes	58.6	34.2	62.8	87.2

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, adaptation du tableau 57.

Le tableau 63 montre quels comportements de santé sont associés aux problèmes de santé. Quelques problèmes (tels les maladies respiratoires aiguës, les traumatismes et les troubles mentaux) se traduisent habituellement par un comportement de santé alors que d'autres, notamment le rhume des foins, les troubles de la vue et de l'ouïe ainsi que les troubles dentaires ne donnent vraisemblablement pas lieu à ce rapport.

Les chapitres II et IV donnent d'autres détails sur l'usage des médicaments et les consultations. Au moment où a été effectuée l'Enquête Santé Canada, 48% de la population déclaraient avoir absorbé des médicaments dans les deux jours précédents, et 22% avaient consulté un professionnel de la santé dans les deux semaines précédentes.

Qu'il y ait ou non problème de santé, les gens peuvent avoir recours aux consultations et à l'usage de médicaments. Le tableau 64 montre la proportion des personnes qui signalaient un comportement de santé, selon qu'il existait ou non un problème de santé. On peut considérer comme hypochondriaques les 15% de la population qui signalaient un tel comportement sans qu'il y ait problème. Par contre, on peut avancer que ces personnes s'adonnaient à des bonnes pratiques de médecine préventive, tels que les examens médicaux réguliers. Dans le cas des 11% qui signalaient un problème mais aucun comportement de santé, on peut supposer que le problème était bénin ou que le mal était circonscrit.

Répartition des états pathologiques

Problèmes de santé[23]

Des codeurs expérimentés ont procédé au codage des problèmes de santé, à raison de quatre chiffres, selon la Classification internationale des maladies, 9e révision (CIM-9); par la suite, on a effectué une synthèse des maladies, réduites à 22 ensembles, de manière à convenir aux besoins de l'enquête. Les données correspondantes présentées dans ce chapitre reflètent des états de santé tels que perçus par ces gens, plutôt que des diagnostics résultant d'examens objectifs. En fait, les problèmes de santé évoqués varient de vagues symptômes à des descriptions médicales en règle, ce qui complique énormément leur codage par rapport à un mode de classification établi, comme le système CIM-9. Par exemple, la catégorie "troubles mentaux" comprend divers symptômes comme la dépression ou l'insomnie, ainsi que des états pathologiques spécifiques, tels que la schizophrénie. La page suivante donne la liste définitive des problèmes pathologiques, les codes CIM-9 applicables dans chaque cas de même que les pourcentages correspondant à leur répartition d'après les résultats de l'enquête.

Statistiques sur certaines maladies

Les maladies à déclaration obligatoire[1] sont des maladies contagieuses que les médecins doivent rapporter afin que les représentants de l'hygiène publique soient mis au courant des possibilités d'épidémie et qu'ils puissent déterminer l'efficacité des programmes d'hygiène publique tels que l'immunisation. Ces données sont limitées: elles représentent des cas et non des personnes; elles ne comprennent pas l'incidence sur les individus, à l'exception des chiffres relatifs à la mortalité; aussi, les pratiques relatives à la déclaration varient d'un médecin à l'autre et d'une province à l'autre. Néanmoins, cette information présente une autre dimension de l'état de santé.

Les cinq maladies les plus souvent déclarées sont les maladies vénériennes, la rougeole, la salmonellose, la tuberculose et l'hépathite. Les sept maladies à déclaration obligatoire qui causent le plus grand nombre de décès sont la tuberculose, l'hépathite infectieuse, les infections à méningocoques, la diarrhée du nouveau-né, les maladies vénériennes, la rougeole et les infections à salmonella. Pour la période 1924-1979, ces maladies figurent aux tableaux 65 et 66. Elles représentent plus de 90% de tous les cas de maladies à déclaration obligatoire recensés en 1978 ainsi que 96% des décès dus à ce type de maladie.

L'augmentation des maladies vénériennes est cause de préoccupation. Les taux de maladie vénérienne sont demeurés élevés au cours des dernières années (200 cas pour 100,000 habitants), soit deux fois le taux des années 1950 et 1960. Le nombre des décès attribuables aux

[23] Tiré directement de *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, p. 113.

[24] Les groupes CIM utilisés de 1924 à 1979 pour les principales maladies à déclaration obligatoire figurent à la page 86.

Répartition des états pathologiques

États pathologiques ESC	Codes CIM-9	Pourcentage
TOTAL (TOUS ÉTATS PATHOLOGIQUES)	**000.0-999.9**	**100.0**
1. Troubles mentaux	290.0-307.7, 307.9-316.0, 780.5,799.2	3.9
2. Diabète	250.0-250.9	1.5
3. Troubles de la thyroïde	240.0-246.9	1.2
4. Anémie	280.0-285.9	1.6
5. Maux de tête	307.8, 346.0-346.9, 784.0	4.3
6. Troubles de la vision	360.0-379.9, V41.0,V41.1	4.7
7. Troubles de l'audition	380.0-389.9, V41.2,V41.3	4.0
8. Hypertension	401.0-405.9	6.1
9. Maladie cardiaque	391.0-392.0, 393.0-398.9, 410.0-429.9, 746.9,785.0-785.2	3.3
10. Affections des voies respiratoires aiguës	460.0-466.1, 480.0-486.0	3.1
11. Influenza	487.0-487.8	2.7
12. Bronchite et emphysème	490.0-492.0	2.2
13. Asthme	493.0-493.9	2.1
14. Rhume des foins et autres allergies	477.0-477.9, 995.2,995.3	8.5
15. Troubles de dentition	520.0-525.9, V52.3,V53.4	6.6
16. Ulcère gastrique et du duodénum	531.0-533.9	1.9
17. Troubles digestifs	009.0-009.3, 536.0-564.9, 787.1,787.3	2.7
18. Allergies cutanées et autres affections de la peau	680.0-709.9, 782.1	8.1
19. Arthrite et rhumatisme	729.0	9.6
20. Maux affectant le dos, les membres et les articulations	710.0-728.9, 729.1-739.9, 754.2-756.5, V43.6,V49.9	9.1
21. Lésions (accidents et blessures)	800.0-995.1, 995.4-999.9	2.4
22. Autres	La liste des codes ci-dessus est incomplète	10.4

TABLEAU 62. Prévalence des problèmes de santé, selon l'âge, le sexe et le genre de problèmes de santé, Canada, 1978-1979[1]

Genre de problèmes de santé		Tous les âges			Moins de 15 ans			15-64 ans			65 ans et plus		
		Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
		en milliers											
Population totale[2]	Nbre	**23,023**	**11,417**	**11,606**	**5,531**	**2,833**	**2,699**	**15,473**	**7,697**	**7,775**	**2,019**	**887**	**1,132**
	%	**100.0**	**49.6**	**50.4**	**24.0**	**12.3**	**11.7**	**67.2**	**33.4**	**33.8**	**8.8**	**3.9**	**4.9**
Au moins un problème	Nbre	12,510	5,714	6,796	1,928	1,005	924	8,853	3,968	4,885	1,729	742	987
	%	100.0	45.7	54.3	15.4	8.0	7.4	70.8	31.7	39.0	13.8	5.9	7.9
Aucun problème	Nbre	10,513	5,703	4,811	3,603	1,828	1,775	6,620	3,730	2,890	290	145	146
	%	100.0	54.2	45.8	34.3	17.4	16.9	63.0	35.5	27.5	2.8	1.4	1.4
Genre de problèmes de santé:													
Total, problèmes	Nbre	**25,526**	**10,559**	**14,967**	**2,634**	**1,385**	**1,249**	**17,692**	**7,177**	**10,515**	**5,200**	**1,997**	**3,203**
	%	**100.0**	**41.4**	**58.6**	**10.3**	**5.4**	**4.9**	**69.3**	**28.1**	**41.2**	**20.4**	**7.8**	**12.5**
Troubles mentaux	Nbre	1,000	363	637	53	39	14	697	249	448	249	75	174
	%	100.0	36.3	63.7	5.4	3.9	1.4	69.7	24.9	44.9	24.9	7.5	17.4
Diabète	Nbre	379	149	230	--	--	--	237	102	135	135	45	90
	%	100.0	39.2	60.8	2.2	2.2	2.0	62.5	27.0	35.5	35.6	11.8	23.8
Troubles de la thyroïde	Nbre	297	41	256	--	--	-	230	24	206	65	15	51
	%	100.0	13.7	86.3	--	--	-	77.4	8.1	69.3	22.0	5.0	17.0
Anémie	Nbre	417	52	366	33	--	16	307	24	283	77	11	66
	%	100.0	12.4	87.6	8.0	--	3.9	73.6	5.6	67.9	18.4	2.7	15.8
Maux de tête	Nbre	1,102	292	809	40	19	21	984	253	732	77	21	57
	%	100.0	26.5	73.5	3.6	1.7	1.9	89.3	22.9	66.4	7.0	1.9	5.1
Troubles de la vision	Nbre	1,200	449	750	96	45	51	786	304	482	318	100	217
	%	100.0	37.5	62.5	8.0	3.7	4.3	65.5	25.4	40.1	26.5	8.4	18.1
Troubles de l'audition	Nbre	1,028	607	422	127	66	62	549	327	222	352	214	138
	%	100.0	59.0	41.0	12.4	6.4	6.0	53.4	31.8	21.6	34.2	20.8	13.4
Hypertension	Nbre	1,551	588	963	--	--	--	970	411	559	579	176	403
	%	100.0	37.9	62.1	--	--	--	62.6	26.5	36.1	37.4	11.4	26.0
Maladie cardiaque	Nbre	847	429	418	--	--	7	436	237	199	394	182	212
	%	100.0	50.6	49.4	--	--	0.8	51.5	28.0	23.5	46.5	21.5	25.0
Affection des voies respiratoires aiguës	Nbre	781	355	426	320	164	156	428	177	251	33	14	19
	%	100.0	45.4	54.6	41.0	21.0	20.0	54.8	22.6	32.1	4.2	1.8	2.4
Influenza	Nbre	680	296	384	204	100	104	441	189	252	35	7	27
	%	100.0	43.6	56.4	30.0	14.7	15.3	64.8	27.8	37.1	5.1	1.1	4.0
Bronchite et emphysème	Nbre	562	279	283	70	42	27	364	158	207	128	79	49
	%	100.0	49.6	50.4	12.4	7.5	4.9	64.8	28.1	36.7	22.8	14.0	8.8
Asthme	Nbre	547	290	257	141	97	44	327	148	179	79	45	34
	%	100.0	53.1	46.9	25.7	17.7	8.1	59.8	27.1	32.7	14.5	8.3	6.2
Rhume des foins et autres allergies	Nbre	2,157	987	1,170	390	222	168	1,650	729	921	117	36	81
	%	100.0	45.8	54.2	18.1	10.3	7.8	76.5	33.8	42.7	5.4	1.7	3.7
Troubles de dentition	Nbre	1,697	739	958	246	104	142	1,267	552	715	184	83	101
	%	100.0	43.6	56.4	14.5	6.2	8.3	74.7	32.5	42.1	10.8	4.9	5.9
Ulcères gastriques ou du duodénum	Nbre	482	282	199	--	--	--	398	232	166	79	46	33
	%	100.0	58.6	41.4	--	--	--	82.6	48.2	34.5	16.3	9.6	6.8
Troubles digestifs	Nbre	687	286	401	45	26	19	434	176	256	209	83	126
	%	100.0	41.7	58.3	6.5	3.7	2.8	63.1	25.9	37.2	30.4	12.0	18.4
Troubles de la peau	Nbre	2,064	756	1,308	426	202	224	1,495	497	998	143	57	86
	%	100.0	36.6	63.4	20.6	9.8	10.9	72.4	24.1	48.4	6.9	2.8	4.2
Arthrite et rhumatisme	Nbre	2,440	844	1,596	13	6	--	1,571	550	1,021	856	288	568
	%	100.0	34.6	65.4	0.5	0.2	--	64.4	22.5	41.8	35.1	11.8	23.3
Troubles des membres et des articulations	Nbre	2,334	1,182	1,153	70	39	31	1,833	952	881	432	192	240
	%	100.0	50.6	49.4	3.0	1.7	1.3	78.5	40.8	37.8	18.5	8.2	10.3
Lésions	Nbre	616	349	268	73	46	27	471	281	190	72	22	51
	%	100.0	56.6	43.4	11.8	7.5	4.3	76.4	45.6	30.8	11.8	3.6	8.2
Autres	Nbre	2,660	945	1,715	254	134	121	1,816	605	1,213	588	207	381
	%	100.0	35.5	64.5	9.6	5.0	4.5	68.4	22.7	45.6	22.1	7.8	14.3

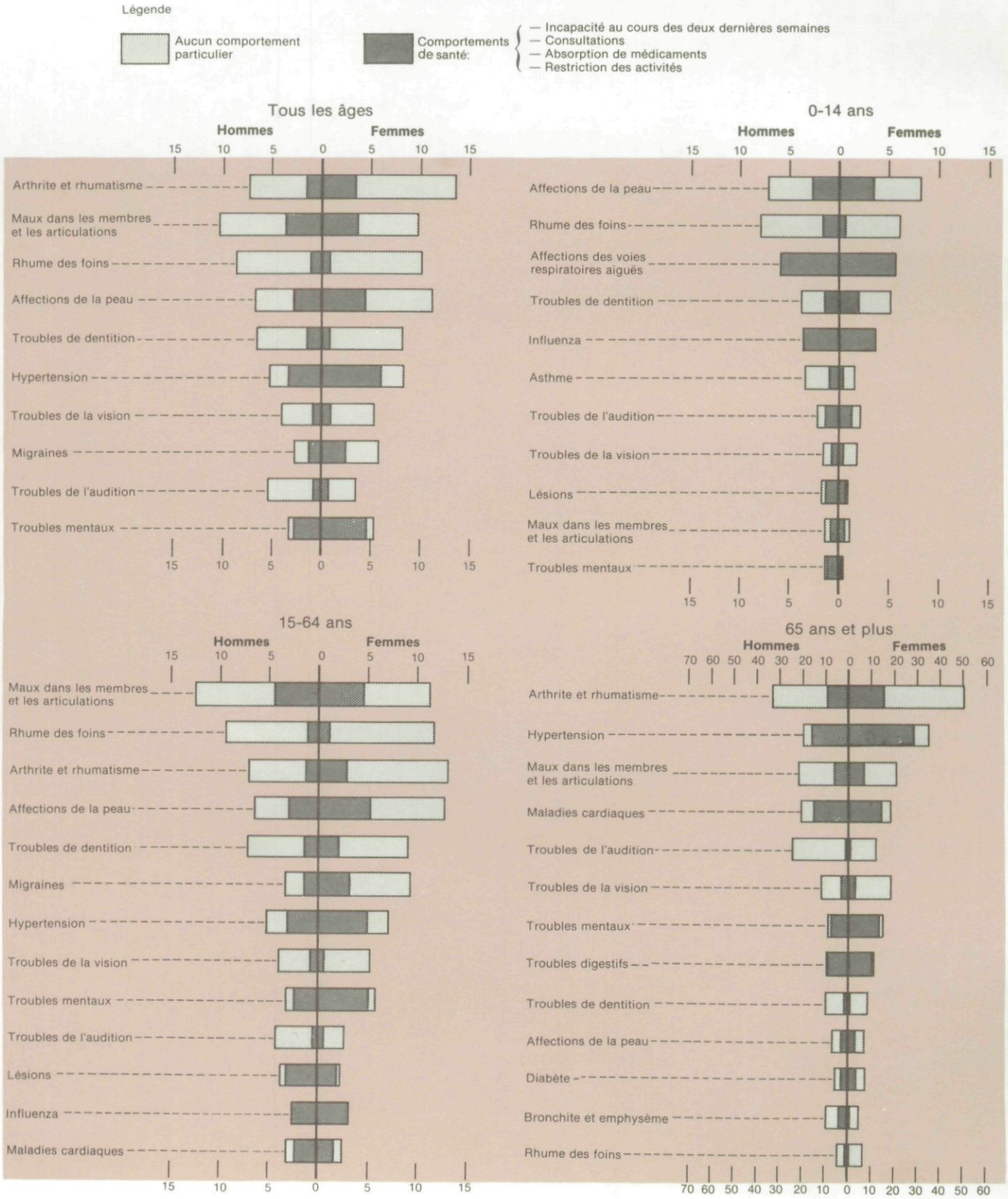
[1] La prévalence est une mesure, à un moment donné, c'est-à-dire lors de l'interview, du nombre de personnes qui déclarent un problème de santé donné et inclue les problèmes de santé de caractère aigu et chronique.

[2] La partie supérieure du tableau donne les proportions de la population qui connaît des problèmes de santé tandis que la partie inférieure indique le nombre de problèmes de santé déclarés classés selon le genre de problèmes.

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 57.

Figure VIII

Prévalence de problèmes de santé par 100 personnes, selon certains comportements de santé, l'âge et le sexe, Canada, 1978-79



Source: La santé des canadiens: rapport de l'enquête santé Canada, Figure VI.

TABLEAU 63. Prévalence des problèmes de santé, selon certains comportements liés à la santé et le genre de problèmes de santé, Canada, 1978-1979[1]

Genre de problèmes de santé		Population totale			Journées d'incapacité		Consultations		Utilisation de médicaments		Activité restreinte		Aucun de ces comportements	
		Les deux sexes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
		en milliers												
Population totale[2]	Nbre	**23,023**	**11,417**	**11,606**	**1,111**	**1,654**	**2,086**	**3,031**	**4,658**	**6,363**	**1,250**	**1,416**	**5,405**	**3,989**
	%	**100.0**	**49.6**	**50.4**	**4.8**	**7.2**	**9.1**	**13.2**	**20.2**	**27.6**	**5.4**	**6.2**	**23.5**	**17.3**
Au moins un problème	Nbre	12,510	5,714	6,796	1,110	1,647	1,723	2,556	3,254	4,776	1,250	1,416	1,359	1,049
	%	100.0	45.7	54.3	8.9	13.2	13.8	20.4	26.0	38.2	10.0	11.3	10.9	8.4
Aucun problème	Nbre	10,513	5,703	4,811	--	--	363	475	1,404	1,587	-	-	4,046	2,940
	%	100.0	54.2	45.8	--	--	3.5	4.5	13.4	15.1	-	-	38.5	28.0
Genre de problèmes de santé:														
Total, problèmes	Nbre	**25,526**	**10,559**	**14,967**	**1,115**	**1,671**	**1,390**	**1,964**	**2,474**	**4,299**	**1,247**	**1,415**	**5,724**	**7,702**
	%	**100.0**	**41.4**	**58.6**	**4.4**	**6.5**	**5.4**	**7.7**	**9.7**	**16.8**	**4.9**	**5.5**	**22.4**	**30.2**
Troubles mentaux	Nbre	1,000	363	637	10	53	43	72	235	501	49	77	70	74
	%	100.0	36.3	63.7	1.0	5.3	4.4	7.2	23.5	50.1	4.9	7.7	7.1	7.4
Diabète	Nbre	379	149	230	--	--	--	18	59	104	15	25	79	107
	%	100.0	39.2	60.8	--	--	--	4.8	15.6	27.3	3.9	6.7	20.9	28.3
Troubles de la thyroïde	Nbre	297	41	256	-	--	-	14	20	119	1	--	21	129
	%	100.0	13.7	86.3	-	--	-	4.8	6.8	40.2	0.2	--	6.9	43.3
Anémie	Nbre	417	52	366	-	--	--	17	11	120	--	13	37	226
	%	100.0	12.4	87.6	-	--	--	4.2	2.6	28.7	--	3.2	8.9	54.1
Maux de tête	Nbre	1,102	292	809	18	71	15	31	106	232	--	11	162	516
	%	100.0	26.5	73.5	1.6	6.4	1.3	2.8	9.6	21.1	--	1.0	14.7	46.9
Troubles de la vision	Nbre	1,200	449	750	--	--	42	48	20	27	34	38	360	646
	%	100.0	37.5	62.5	--	--	3.5	4.0	1.7	2.2	2.9	3.1	30.0	53.8
Troubles de l'audition	Nbre	1,028	607	422	24	28	48	56	22	16	18	16	527	335
	%	100.0	59.0	41.0	2.4	2.7	4.6	5.5	2.1	1.6	1.7	1.5	51.2	32.6
Hypertension	Nbre	1,551	588	963	--	32	--	90	355	683	30	46	214	254
	%	100.0	37.9	62.1	--	2.0	--	5.8	22.9	44.1	1.9	3.0	13.8	16.4
Maladie cardiaque	Nbre	847	429	418	55	50	52	42	240	234	207	141	120	125
	%	100.0	50.6	49.4	6.5	5.9	6.1	5.0	28.4	27.7	24.5	16.7	14.1	14.8
Affections des voies respiratoires aiguës	Nbre	761	355	426	238	257	106	168	93	117	--	--	-	-
	%	100.0	45.4	54.6	30.5	33.0	13.6	21.5	11.9	15.0	--	--	-	-
Influenza	Nbre	680	296	384	250	326	90	112	30	69	--	--	-	-
	%	100.0	43.6	56.4	36.8	48.0	13.2	16.5	4.4	10.1	--	--	-	-
Bronchite et emphysème	Nbre	562	279	283	23	18	16	22	40	25	39	16	205	230
	%	100.0	49.6	50.4	4.1	3.1	2.9	3.9	7.2	4.4	7.0	2.9	36.5	40.9
Asthme	Nbre	547	290	257	11	20	14	17	40	56	51	46	206	177
	%	100.0	53.1	46.9	2.1	3.6	2.6	3.1	7.4	10.2	9.3	8.4	37.7	32.3
Rhume des foins et autres allergies	Nbre	2,157	987	1,170	5	12	67	54	46	48	19	9	862	1,064
	%	100.0	45.8	54.2	0.2	0.5	3.1	2.5	2.1	2.2	0.9	0.4	40.0	49.3
Troubles de dentition	Nbre	1,697	739	958	18	25	143	213	14	13	-	-	577	730
	%	100.0	43.6	56.4	1.0	1.5	8.4	12.6	0.8	0.8	-	-	34.0	43.0
Ulcères gastriques ou du duodénum	Nbre	482	282	199	--	14	--	10	69	58	12	--	193	131
	%	100.0	58.6	41.4	--	2.9	--	2.1	14.3	12.1	2.5	--	40.0	27.1
Troubles digestifs	Nbre	687	286	401	43	62	47	47	198	305	31	18	--	18
	%	100.0	41.7	58.3	6.3	9.0	6.9	6.8	28.8	44.4	4.5	2.4	--	2.6
Troubles de la peau	Nbre	2,064	756	1,308	--	17	45	100	292	460	--	--	430	774
	%	100.0	36.6	63.4	--	0.8	2.2	4.9	14.1	22.3	--	--	20.8	37.5
Arthrite et rhumatisme	Nbre	2,440	844	1,596	22	69	22	44	126	303	89	189	664	1,187
	%	100.0	34.6	65.4	0.9	2.8	0.9	1.8	5.2	12.4	3.7	7.7	27.2	48.7
Troubles des membres et des articulations	Nbre	2,334	1,182	1,153	69	88	139	156	77	104	258	258	770	696
	%	100.0	50.6	49.4	3.0	3.8	6.0	6.7	3.3	4.5	11.0	11.0	33.0	29.8
Lésions	Nbre	616	349	268	111	90	172	122	33	32	117	98	52	39
	%	100.0	56.6	43.4	17.9	14.6	28.0	19.8	6.3	5.2	19.0	15.9	8.5	6.3
Autres	Nbre	2,660	945	1,715	160	413	253	510	347	674	248	395	163	246
	%	100.0	35.5	64.5	6.0	15.5	9.5	19.2	13.0	25.4	9.3	14.9	6.1	9.2

[1] La prévalence est une mesure, à un moment donné, c'est-à-dire lors de l'interview, du nombre de personnes qui déclarent un problème de santé donné et inclue les problèmes de santé de caractère aigu et chronique.

[2] La partie supérieure du tableau donne les proportions de la population qui connait des problèmes de santé tandis que la partie inférieure indique le nombre de problèmes de santé déclarés classés selon le genre de problèmes.

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 60.

maladies vénériennes a cependant régressé de façon constante depuis qu'on a introduit les antibiotiques dans la période d'après-guerre. Les représentants de l'hygiène publique se préoccupent également de la propagation du virus Herpes II, dont les chiffres ne tiennent pas compte ici.

Les décès résultant de maladies à déclaration obligatoire ont diminué en proportion de tous les décès, passant de 0.8% en 1959 à 0.6% en 1978. Cette baisse démontre en partie l'efficacité des programmes d'hygiène publique en ce qui touche le traitement et le contrôle des maladies contagieuses.

Le déclin de l'incidence et du nombre de décès reliés à la tuberculose, au cours des 50 dernières années, est l'un des grands succès des programmes d'hygiène publique. Malgré cela, la tuberculose est toujours à la tête des causes de décès, parmi les maladies à déclaration obligatoire.

TABLEAU 64. Rapport entre problème de santé et comportement de santé, Canada, 1978-1979

Problème de santé déclaré[2]	Certains comportements de santé[1]		
	Oui	Non	Total
Oui	43.9	10.5	54.3
Non	15.3	30.3	45.7
Total	59.2	40.8	100.0

[1] Les comportements de santé choisis comprennent les journées d'incapacité, les consultations auprès d'un professionnel de la santé, l'usage des médicaments et la réduction des activités.

[2] Dans le cas des journées d'incapacité et des réductions des activités, les répondants devaient signaler le problème de santé qui y était relié. Pour ce qui est des consultations et de l'usage des médicaments, il est possible qu'il n'y ait pas eu de problème de santé par exemple en ce qui touche un examen de routine ou l'absorption de vitamines.

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau explicatif VII.

TABLEAU 65. Taux de certaines maladies à déclaration obligatoire pour 100,000 habitants, Canada, 1924-1979

Maladies	1924	1931	1936	1941	1946	1951	1956	1961	1966	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Tuberculose	44.0	69.4	79.2	87.5	116.6	74.3	49.4	32.7	22.5	18.2	17.9	16.1	14.9	13.5	11.4	13.7	12.4	11.8
Hépatite infectieuse	-	1.1	1.1	1.3	5.1	4.6	18.3	67.5	29.4	40.5	35.8	32.4	25.6	19.9	18.3	20.8	15.2	7.1
Infections à méningocoques	1.6	1.7	1.3	12.8	2.1	2.1	1.8	0.7	0.4	1.0	1.7	2.0	1.6	1.2	1.1	1.0	1.5	1.3
Maladies vénériennes	50.4	81.9	70.2	155.3	338.7	135.4	103.6	102.9	117.2	170.2	204.0	222.2	229.3	240.2	247.4	233.1	221.7	231.5
—Infections gonococciques	24.6	46.6	40.7	68.2	214.3	102.5	90.6	90.2	107.3	158.7	189.9	205.2	212.4	222.6	229.5	220.0	209.3	219.0
—Syphilis	24.8	35.1	29.6	84.6	124.0	32.7	13.0	12.7	9.8	11.5	14.0	17.0	16.8	17.4	17.4	12.9	12.3	12.5
—Autres	0.3	0.1	-	-	0.5	0.2	0.1	-	-	-	-	-	0.1	0.2	0.6	0.2	0.1	-
Diarrhée infantile, infectieuse	-	-	-	1.4	3.1	11.1	8.5	1.4	1.1	0.4	0.4	0.4	0.6	0.8	0.1	0.1	0.2	..
Infections à salmonella	-	..	..	..	..	..	..	8.9	11.9	19.3	16.3	19.3	17.4	15.2	12.9	18.2	28.7	31.4
Rougeole	429.1	247.7	509.6	705.4	550.4	438.4	335.6	..	..	34.4	14.4	49.6	53.7	57.9	40.4	38.1	25.3	95.0
Angine à streptocoques et scarlatine	190.5	125.8	198.5	153.9	80.5	110.4	72.7	71.6	100.9	50.0	56.0	71.7	90.3	94.9	81.3	100.8	100.5	..

Source: Section de la statistique de l'état civil et des registres de maladies, Division de la santé, **Statistique Canada.**

TABLEAU 66. Nombre de décès dus à certaines maladies à déclaration obligatoire, Canada, 1924-1978

Maladies	1924	1931	1936	1941	1946	1951	1956	1961	1966	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Tuberculose	7,675	7,645	6,846	6,157	5,941	3,481	1,256	769	669	447	453	407	330	278	264	260	220
Hépatite infectieuse	..	..	..	9	23	49	103	133	75	95	71	87	57	54	49	49	50
Infections à méningocoques	184	225	103	206	83	89	84	24	38	47	76	31	55	39	36	29	40
Maladies vénériennes	763	741	888	936	653	304	210	160	87	32	42	30	20	22	20	21	17
—Infections gonococciques	19	-	-	23	6	2	1	-	-	1	1	1	-	1	1	4	-
—Syphilis	382	460	589	913	645	301	209	160	87	31	41	29	20	21	19	17	17
—Autres	362	281	299	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diarrhée infantile, infectieuse	148	338	172	218	337	185	149	86	25	13	16	18	11	4	17	25	22
Infections à salmonella	..	..	..	..	..	..	1	13	9	8	5	6	8	8	12	7	8
Rougeole	701	167	377	325	235	184	177	96	50	11	2	10	20	7	7	8	9
Angine à streptocoques et scarlatine	509	253	244	198	104	48	24	13	8	2	-	1	2	1	1	1	2

Source: Comme le tableau 65.

Codes de la CIM utilisés pour la classification des principales maladies transmissibles, Canada, 1924-1979

Maladies	Années	Codes de la CIM	Années	Codes de la CIMA
Tuberculose	1924-1968	(001-019)	1969-1979	(010, 011, 012-019)
Hépatite infectieuse	" "	(092)	" "	(070-999.2)
Infections à méningocoques	" "	(057)	" "	(036)
Maladies vénériennes	" "	(020-038) (Excl. 021.4, 022, 025, 035)	" "	(090-099.2)
—Infections gonococciques	" "	(030-034)	" "	(098)
—Syphylis	" "	(020-021.3, 023, 024, 026-029)	" "	(090-097)
—Autres	" "	(029)	" "	(099.0, 099.1, 099.2)
Diarrhée infantile, infectieuse	" "	(764)	" "	(009.1)
Infections à salmonella (N/A 1924-56)	1961-1966	(042.1)	" "	(003.0, 003.9)
Rougeole	1924-1958	(085)	" "	(055)
Angine à streptocoques et scarlatine	1924-1968	(050, 051)	" "	(034)

Chapitre IV

Utilisation des services de santé

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Des facteurs autres que l'état de santé entrent en ligne de compte dans l'utilisation des services de santé, y compris la disponibilité et l'accessibilité des services, les coûts, particulièrement ceux qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance privé ou public, ainsi que les méthodes de traitement. Pour ces raisons, le lecteur devra se rappeler que les statistiques n'indiquent pas là le besoin de service, mais plutôt les soins vraiment fournis.

L'information présentée ici provient de sources administratives et d'enquêtes auprès de la population. Compte tenu des différences au niveau de la collecte des données, les comparaisons entre les données provenant des deux sources devront être faites avec précaution. Il est à noter que la section portant sur les services dentaires fournit des renseignements non seulement sur l'utilisation des services dentaires mais également sur les mesures de santé dentaire ainsi que sur la prévention.

Services hospitaliers

Au cours de l'exercice financier 1977-1978, les patients ont passé plus de 51 millions de jours dans les hôpitaux publics, dont plus de 5 millions dans les établissements pour maladies mentales, ce qui représente un taux global moyen de 2.19 jours par personne. Alors que le nombre de journées passées dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers augmentait de 15.3%, passant de 40 millions en 1970 à 46.2 millions en 1977-1978, le nombre de journées passées dans les hôpitaux pour maladies mentales, pour la même période, subissait une baisse de 75.0% (de 20.1 millions à 5.1 millions). Ce phénomène est dû aux importants changements dans l'emplacement des établissements fournissant les soins psychiatriques à de nombreux patients, et non pas à une baisse de la prévalence des troubles mentaux (tableaux 67 et 68).

Depuis la dernière décennie, on met l'accent sur l'intégration du patient dans la collectivité au lieu de l'isoler dans les établissements psychiatriques. Cette tendance se traduit par des séjours plus brefs à l'hôpital, par des programmes de suivi des patients qui visitent les cliniques psychiatriques et les établissements de soins spéciaux en service externe, ainsi que par des chimiothérapies. La baisse la plus remarquable dans les journées d'hospitalisation s'est produite au Québec, où les hôpitaux pour maladies mentales ont enregistré moins de 500,000 journées d'hospitalisation en 1977-1978, chiffre qui offre un contraste frappant avec les 6.7 millions de journées enregistrées en 1970.

En 1977-1978, le Québec comptait le taux le plus élevé de journées d'hospitalisation par habitant (2.33) dans les hôpitaux généraux et spéciaux divers, alors que Terre-Neuve avait le taux le moins élevé (1.39). Le Québec accusait également le taux le plus élevé de "durée moyenne du séjour à l'hôpital" (18.7 jours), beaucoup plus élevé que la moyenne du Canada (12.7). Ce taux élevé enregistré par le Québec est lié à l'importante demande de lits pour malades chroniques qui a commencé à se manifester en 1976.

A cette même époque, le taux de journées d'hospitalisation variait, au Canada, selon le sexe et l'âge. Pour les groupes de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans, le taux était deux

TABLEAU 67. Indicateurs de l'utilisation des hôpitaux publics généraux et spéciaux divers, 1970 à 1977-1978

Années	Départs	Journées de soins	Journées par habitant	Durée moyenne de séjour
1970	3,427,442	40,040,656	2.80	11.7
1971	3,556,442	40,907,325	2.77	11.5
1972	3,596,310	40,521,589	2.67	11.3
1973	3,657,620	40,757,455	2.60	11.1
1974	3,703,264	41,758,504	2.54	11.3
1975	3,701,473	42,844,899	2.52	11.6
1976	3,652,005	44,993,274	2.41	12.3
CANADA 1977-1978	**3,620,411**	**46,179,370**	**1.97**	**12.8**
Terre-Neuve	89,268	787,121	1.39	8.8
Île-du-Prince-Édouard	25,558	208,624	1.71	8.2
Nouvelle-Écosse	138,848	1,351,902	1.61	9.7
Nouveau-Brunswick	123,431	1,248,230	1.80	10.1
Québec	780,584	14,623,355	2.33	18.7
Ontario	1,319,110	14,619,784	1.73	11.1
Manitoba	166,061	1,811,032	1.75	10.9
Saskatchewan	202,803	2,120,637	2.24	10.5
Alberta	361,887	3,915,725	2.01	10.8
Colombie-Britannique	410,874	5,473,349	2.17	13.3
Territoires du Nord-Ouest	1,987	19,611	0.45	9.9

Source: Section de la statistique des établissements, Division de la santé,/**Statistique Canada**.

TABLEAU 68. Total des journées d'hospitalisation, hôpitaux publics généraux et spéciaux divers, établissements pour maladies mentales[1], Canada et provinces, 1970 à 1977-1978

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
	en milliers						
Hopitaux généraux et spéciaux divers	40,040.7	40,907.3	40,521.6	40,757.5	41,758.5	42,844.9	44,993.3
Établissements pour maladies mentales	20,112.6	19,223.0	17,902.2	17,118.8	15,547.1	14,761.0	10,872.5
Taux par habitant	2.80	2.77	2.66	2.60	2.54	2.52	2.41

	1977-1978[2]				
	Hôpitaux publics généraux et spéciaux divers[3]	Quartiers psychiatriques	Taux par habitant	Établissements pour maladies mentales	Taux total
CANADA	**44,024,612**	**2,154,758**	**1.97**	**5,054,441**	**2.19**
Terre-Neuve	750,481	36,640	1.39	133,253	1.62
Île-du-Prince-Édouard	208,264	-	1.71	86,812	2.42
Nouvelle-Écosse	1,339,755	12,147	1.61	249,900	1.91
Nouveau-Brunswick	1,222,662	25,568	1.80	335,085	2.28
Québec	13,825,881	797,474	2.33	446,732	2.40
Ontario	13,879,047	740,737	1.73	2,164,160	1.99
Manitoba	1,719,735	91,297	1.75	339,017	2.08
Saskatchewan	2,038,846	81,791	2.24	122,490	2.37
Alberta	3,779,806	135,919	2.01	405,590	2.22
Colombie-Britannique	5,240,164	233,185	2.17	771,402	2.47
Territoires du Nord-Ouest	19,611	-	0.45	-	0.45

[1] Pour explication de la baisse des journées passées dans les établissements pour maladies mentales, se reporter au texte.
[2] Année financière allant du 1er avril 1977 au 31 mars 1978.
[3] Exclut les quartiers psychiatriques.
Source: Section de la statistique des établissements, Division de la santé, **Statistique Canada.**

fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Ce taux d'utilisation plus élevé chez les femmes peut être expliqué par le fait que pendant ces années, elles sont à l'âge d'avoir des enfants. Les hommes appartenant au groupe des 45 à 64 ans accusaient des taux d'utilisation beaucoup plus élevés, vraisemblablement à cause de leur plus grande tendance à souffrir de troubles cardiaques. Le taux des journées d'hospitalisation, tant pour les hommes que pour les femmes de plus de 65 ans, était de 824,226 pour 100,000 habitants (tableau 69).

La durée du séjour dans les hôpitaux variait grandement selon le groupe d'âge. Pour les individus âgés de moins de 45 ans, la durée moyenne de séjour dans un hôpital était d'environ une semaine (tableau 70). Pour le groupe âgé de 45 à 64 ans, le séjour moyen passait à 12.3 jours, alors que chez les 65 ans et plus, il atteignait presque 25 jours. Comme certaines études l'ont déjà démontré, le nombre de personnes appartenant au groupe d'âge de 65 ans et plus devrait passer, d'ici à l'an 2031, de 8.7% à environ 20% de la population[1]. D'après le taux d'utilisation de ce groupe d'âges en 1975 (environ 38% des lits occupés) et d'après sa croissance prévue, on estime que d'ici à l'an 2022 chaque lit d'hôpital actuellement disponible pour l'ensemble de la population pourrait être occupé par une personne âgée[2]

En 1977-1978 le Canada comptait 11.2 millions de visites aux soins ambulatoires externes, soit un taux de 480 pour 1,000 habitants. Dans les provinces, le taux des visites pour 1,000 habitants variait de 69 pour 1,000 à l'Île-du-Prince-Édouard à 1,124 pour 1,000 au Québec (tableau 71).

[1] *Hôpitaux horizon, Les effets du mouvement de la population sur les besoins en soins hospitaliers, 1967-2031.* **L.A. Lefebvre, Z. Zigmond, M.S. Devereaux,** Statistique Canada, 1979. Ottawa.

[2] *Ibid.*

TABLEAU 69. Taux des journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1977

	Journées pour 100,000 habitants		
Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 1 an	249,829	200,133	225,572
1-14 ans	48,640	38,385	43,640
15-24 "	51,132	100,295	75,434
25-44 "	69,988	141,602	105,640
45-64 "	224,879	204,327	214,393
65 ans et plus	819,027	828,302	824,226

Source: Section des soins en établissement, Division de la santé, **Statistique Canada.**

TABLEAU 70. Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux, Canada, 1977

	Groupe d'âge				
	0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
Durée moyenne du séjour (jours)	5.6	5.9	7.1	12.3	24.4

Source: Section des soins en établissement, Division de la santé, **Statistique Canada.**

TABLEAU 71. Services hospitaliers[1] aux patients non hospitalisés, soins ambulatoires, Canada et provinces, 1977-1978

	Visites à l'urgence des patients non hospitalisés, pour des soins ambulatoires	Taux pour 1,000 habitants
CANADA	**11,158,390**	**480**
Terre-Neuve	546,531	969
Île-du-Prince-Édouard	8,281	69
Nouvelle-Écosse	158,051	189
Nouveau-Brunswick	55,494	81
Québec	7,053,125	1,124
Ontario	2,357,423	282
Manitoba	258,382	251
Saskatchewan	112,483	120
Alberta	302,802	160
Colombie-Britannique	272,880	109
Territoires du Nord-Ouest	32,938	761

[1]On n'a pu obtenir de données fiables sur les visites des patients non hospitalisés.

Source: Section de la statistique des établissements, Division de la santé, **Statistique Canada.**

Services médicaux

Comme l'indique le tableau 72, on a relevé, pour l'année financière 1978-1979, environ 94.3 millions de visites au cabinet du médecin, soit une moyenne de quatre visites par personne. Le taux des consultations était considérablement plus élevé au centre du Canada que dans les autres régions du pays. Cette différence peut peut-être s'expliquer par un ratio médecin/population plus élevé dans cette région, ce qui facilite l'accès aux services, ou par une demande plus élevée pour de tels services par les personnes habitant ces régions plus populeuses. Il pourrait s'agir vraisemblablement d'une combinaison de ces facteurs. Au contraire, le taux des visites effectuées à l'hôpital et à domicile était beaucoup plus bas dans la région centrale que dans les régions de l'Atlantique ou de l'Ouest.

En moyenne, on comptait 280 consultations pour 1,000 Canadiens (tableau 72). Le taux le plus bas était celui qu'affichait la région de l'Atlantique (243 pour 1,000 habitants). Parmi les six services médicaux choisis, les chirurgies majeures et mineures avaient les taux les plus bas et représentaient environ 65% (pour l'ensemble du Canada) de tous les services payés à l'acte. On comptait 101 interventions chirurgicales mineures et 67 majeures pour 1,000 Canadiens. Tout comme pour les visites au bureau du médecin, le taux des chirurgies majeures et mineures était beaucoup plus élevé dans la région centrale qu'ailleurs au Canada. Les établissements de soins plus spécialisés ainsi que les hôpitaux enseignants dans cette région pourrait être une des raisons de cet état de choses.

Selon les résultats de l'Enquête Santé Canada[3], la majorité des Canadiens (76.3%) ont consulté le médecin au moins une fois durant l'année (1978-1979). Beaucoup ont effectué des visites multiples; environ 25% signalaient trois à neuf visites alors que d'autres (9.4%) en avaient effectué 10 ou plus (tableau 73).

La fréquence des visites variait de façon significative selon la région, l'âge et le sexe. Le tableau 74 démontre que les résidents du Québec ont été moins nombreux à consulter un médecin que les Canadiens des autres régions (70.7% comparativement à 72.9% dans la région de l'Atlantique, 80.7% en Ontario, 76.9% dans les Prairies et 77.7% en Colombie-Britannique). De plus, les visites multiples n'étaient pas aussi fréquentes au Québec (30% en avaient effectué trois ou plus, comparativement à 33.8% dans la région de l'Atlantique, 39.3% en Ontario, 33.7% dans les Prairies et 36.5% en Colombie-Britannique).

Dans l'ensemble, les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à avoir visité le médecin, et leurs visites étaient plus fréquentes. Environ 81.3% des femmes signalaient au moins une visite, comparativement à 71.3% pour les hommes; 40.8% avaient effectué trois visites ou plus comparativement à 29.2% pour les hommes. Un peu plus des deux-cinquièmes des femmes (41%) appartenant au groupe des 15 à 44 ans avaient effectué au moins trois visites alors que seulement 21% des hommes appartenant à ce même groupe d'âge avaient consulté le médecin à cette fréquence. La proportion des femmes âgées ayant effectué des visites multiples était également élevée; en effet, 20% d'entre elles avaient consulté le médecin 10 fois ou plus (tableaux 73, 74).

La fréquence des visites suivait un modèle constant selon l'âge, les jeunes enfants de 0 à 4 ans ayant effectué un plus grand nombre de visites que ceux de 5 à 14 ans et que les jeunes adultes de 15 à 24 ans. De là, la fréquence des consultations augmente avec l'âge, la proportion la plus élevée de visites multiples se retrouvant parmi les personnes âgées (tableau 73).

Les personnes atteintes de problèmes de santé mais qui ont choisi de ne pas consulter un professionnel ont donné les raisons suivantes: "problème bénin" (39.6%), "mal circonscrit" (30%), "coûts excessifs" (4.1%), "manque de temps" (2.4%), "autres raisons" (19.5%) et "inconnu" (4.4%) (tableau 75).

Bien que le coût des soins de santé n'ait pas semblé l'une des principales raisons qui incitent à ne pas consulter un professionnel de la santé, il est la raison le plus fréquemment citée en ce qui a trait aux affections dentaires (30%). Bon nombre de Canadiens qui n'étaient pas couverts par un régime d'assurance dentaire trouvaient le traitement trop coûteux. Les 14% des gens qui ont hésité à recourir à un professionnel pour des troubles de la vue craignaient possiblement d'avoir à payer des lunettes auxquelles ne s'appliquaient pas les régimes d'assurance-maladie[4].

[3] Voir *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, pp. 165-191.

[4] Voir *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, pp. 163-168.

TABLEAU 72. Services médicaux[1] selon le genre de service[2], Canada[3] et régions[4], 1978-1979[5] (données provisoires)

Genre de service et région	Nombre de services	Taux pour 1,000 habitants	Taux plus bas	Taux médian	Taux plus élevé
Visites au bureau[6]					
Ouest	24,157,691	3,738			
Centre	62,736,037	4,257			
Atlantique	7,402,288	3,621			
Canada	94,296,016	4,056	3,069	3,762	4,476
Visites à l'hôpital[7]					
Ouest	6,054,589	937			
Centre	13,092,047	888			
Atlantique	1,886,837	923			
Canada	21,033,473	905	745	908	1,488
Visites à domicile[8]					
Ouest	1,522,203	236			
Centre	2,271,210	154			
Atlantique	718,313	351			
Canada	4,511,726	194	135	232	513
Consultations[9]					
Ouest	1,744,308	270			
Centre	4,279,120	290			
Atlantique	496,665	243			
Canada	6,520,093	280	175	231	363
Chirurgie majeure[10]					
Ouest	410,308	63			
Centre	1,016,970	69			
Atlantique	134,367	66			
Canada	1,561,645	67	54	66	68
Chirurgie mineure[11]					
Ouest	525,794	81			
Centre	1,676,067	114			
Atlantique	152,110	74			
Canada	2,353,971	101	49	78	125

[1] Comprend seulement les services payés à l'acte par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. Les services dispensés aux personnes auxquelles s'appliquaient d'autres régimes publics, par exemple ceux ayant trait à la législation sur les indemnisations des accidents de travail ainsi que les services non assurés, par exemple la chirurgie cosmétique, sont exclus. Sont également exclus les services dispensés par des médecins à l'extérieur de la province ainsi que tous les services fournis sur une base salariale ou une autre base de non-rémunération à l'acte.

[2] Les genres de services choisis qui figurent au tableau représentent environ 65% (pour le Canada dans son ensemble) de tous les services payés à l'acte. Au nombre des autres genres de services, mentionnons les soins obstétriques, l'anesthésie et l'assistance chirurgicale, les procédures de radiologie et de laboratoire ainsi que divers autres actes diagnostiques/thérapeutiques.

[3] Les données ne comprennent pas l'information sur l'utilisation des services dans les deux territoires septentrionaux, services qui sont dispensés à environ 41,200 résidents de la Région de santé de Swift Current en Saskatchewan.
À Terre-Neuve, une très grande proportion de la population a recours principalement aux services des médecins salariés travaillant dans des hôpitaux-ville ou pour des organismes tels que la "International Grenfell Association". Afin de minimiser toute distorsion, les taux d'effet de service pour 1,000 habitants dans cette province ont été calculés selon les deux tiers de la population visée.

[4] La région de l'Atlantique comprend Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick. Le Québec et l'Ontario constituent la région Centrale; le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique forment la région de l'Ouest.

[5] À l'exception du Québec, de l'Ontario et de Terre-Neuve, les statistiques correspondent à la date de paiement du service et non pas à la date de prestation. Le délai moyen entre la date du service et la date du paiement varie entre un peu moins d'un mois et un peu plus de deux mois, selon la province.

[6] Comprend les examens complets, y compris les examens de santé réguliers effectués dans le cabinet du médecin. Le calcul ne comprend que les visites pour lesquelles on a effectué un paiement séparé. Les visites au bureau, pour lesquelles le paiement est inclus dans des frais composés, par exemple comme c'est le cas pour la plupart des chirurgies majeures et de nombreux services obstétriques, ne sont pas comptées (voir également note 10 ci-dessous).

[7] L'expression "visites à l'hôpital" n'a pas le même sens d'une province à l'autre. En Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick, le médecin a droit à la rémunération pour chaque journée passée à l'hôpital par son patient, quel que soit le nombre réel de visites. Au Manitoba et au Québec, les médecins sont payés selon un *per diem* durant les quatre premières semaines d'hospitalisation du patient; par la suite ils sont payés pour chaque visite effectuée. Certaines visites à l'hôpital peuvent être incluses dans les frais composés, et conséquemment elles ne sont pas comptées ici (voir note 6 ci-dessus et 10 ci-dessous).

[8] Les visites à domicile peuvent comprendre les services dispensés dans les salles d'urgence des hôpitaux ou des cliniques externes, les hôpitaux de convalescence, les maisons de repos ou les infirmeries lorsque le médecin doit voyager pour se rendre à l'établissement. De même, les visites d'urgence dans toute localité peuvent être incluses.

[9] Dans certaines provinces, les frais de consultation sont intégrés aux frais d'exploitation composés lorsque l'intervention chirurgicale survient dans un court délai, habituellement 30 jours à compter de la date de la consultation.

[10] La distinction entre chirurgie majeure et chirurgie mineure a été établie selon la grille des coûts pour l'Ontario en 1971. Si le coût d'une intervention chirurgicale en Ontario était moins de $50, cet acte médical était classé comme mineur, et il en était de même pour tous les actes semblables dans les autres provinces. Autrement, si le coût était de $50 ou plus, il était classé dans les chirurgies majeures. Il est à noter que la plupart des interventions chirurgicales majeures ainsi que de nombreuses interventions obstétriques et certaines interventions chirurgicales mineures, de même que les actes diagnostiques/thérapeutiques majeures, sont payés par frais composés. C'est-à-dire que le médecin reçoit un seul paiement pour avoir effectué les grandes procédures de même que les visites, les consultations et les actes diagnostiques/thérapeutiques mineurs qui y sont reliés.

[11] Les services comme la dilatation et le curetage sont traités comme des actes diagnostiques/thérapeutiques et n'entrent pas dans les interventions chirurgicales.

Source: Division de l'information sur la santé, Direction générale des systèmes d'information, Direction de la politique, de la planification et de l'information, **Santé et Bien-être social Canada**, janvier 1981.

TABLEAU 73. Population totale selon le nombre de consultations auprès d'un médecin au cours des 12 derniers mois, l'âge et le sexe, Canada, 1978-1979

		Nombre de consultations					
		Total	Aucune consultation	1-2 consultations	3-9 consultations	10 consultations et plus	Inconnu
		en milliers					
Tous les âges:							
Les deux sexes	Nbre	**23,023**	**5,297**	**9,509**	**5,902**	**2,162**	**153**
	%	**100.0**	**23.0**	**41.3**	**25.6**	**9.4**	**0.7**
Hommes	Nbre	**11,417**	**3,194**	**4,807**	**2,571**	**762**	**83**
	%	**100.0**	**28.0**	**42.1**	**22.5**	**6.7**	**0.7**
Femmes	Nbre	**11,606**	**2,103**	**4,702**	**3,331**	**1,400**	**70**
	%	**100.0**	**18.1**	**40.5**	**28.7**	**12.1**	**0.6**
Moins de 5:							
Hommes	Nbre	880	71	336	410	61	--
	%	100.0	8.0	38.1	46.6	6.9	--
Femmes	Nbre	838	94	340	336	67	--
	%	100.0	11.2	40.5	40.1	8.0	--
5-9:							
Hommes	Nbre	914	183	468	211	49	--
	%	100.0	20.0	51.2	23.1	5.4	--
Femmes	Nbre	868	213	412	205	31	--
	%	100.0	24.6	47.5	23.6	3.6	--
10-14:							
Hommes	Nbre	1,038	332	481	181	41	--
	%	100.0	32.0	46.3	17.4	4.0	--
Femmes	Nbre	992	350	455	147	38	--
	%	100.0	35.3	45.9	14.8	3.6	--
15-19:							
Hommes	Nbre	1,187	481	475	176	52	--
	%	100.0	40.5	40.0	14.8	4.3	--
Femmes	Nbre	1,146	330	463	262	80	--
	%	100.0	28.8	40.4	22.9	7.0	--
20-24:							
Hommes	Nbre	1,106	352	475	226	38	14
	%	100.0	31.9	43.0	20.4	3.4	1.3
Femmes	Nbre	1,108	128	466	377	125	--
	%	100.0	11.6	42.1	34.0	11.3	--
25-44:							
Hommes	Nbre	3,230	1,047	1,445	569	137	32
	%	100.0	32.4	44.7	17.6	4.2	1.0
Femmes	Nbre	3,242	450	1,367	944	463	18
	%	100.0	13.9	42.2	29.1	14.3	0.5
45-64:							
Hommes	Nbre	2,174	579	838	513	227	17
	%	100.0	26.6	38.6	23.6	10.4	0.8
Femmes	Nbre	2,279	385	863	674	345	11
	%	100.0	16.9	37.9	29.6	15.1	0.5
65 et plus:							
Hommes	Nbre	887	149	290	285	157	--
	%	100.0	16.8	32.7	32.1	17.7	--
Femmes	Nbre	1,132	152	336	385	253	6
	%	100.0	13.4	29.6	34.0	22.4	0.6

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 86.

TABLEAU 74. Population totale selon le nombre de consultations auprès d'un médecin au cours des 12 derniers mois et le sexe, Canada et régions, 1978-1979

		Nombre de consultations					
		Total	Aucune consultation	1-2 consultations	3-9 consultations	10 consultations et plus	Inconnu
		en milliers					
Canada:							
Les deux sexes	Nbre	**23,023**	**5,297**	**9,509**	**5,902**	**2,162**	**153**
	%	**100.0**	**23.0**	**41.3**	**25.6**	**9.4**	**0.7**
Hommes	Nbre	**11,417**	**3,194**	**4,807**	**2,571**	**762**	**83**
	%	**100.0**	**28.0**	**42.1**	**22.5**	**6.7**	**0.7**
Femmes	Nbre	**11,606**	**2,103**	**4,702**	**3,331**	**1,400**	**70**
	%	**100.0**	**18.1**	**40.5**	**28.7**	**12.1**	**0.6**
Région de l'Atlantique:							
Hommes	Nbre	1,092	344	430	241	67	10
	%	100.0	31.5	39.4	22.1	6.1	0.9
Femmes	Nbre	1,098	229	426	318	114	11
	%	100.0	20.9	38.7	29.0	10.4	1.0
Québec:							
Hommes	Nbre	3,059	1,074	1,265	582	132	--
	%	100.0	35.1	41.4	19.0	4.3	--
Femmes	Nbre	3,139	730	1,262	799	344	--
	%	100.0	23.3	40.2	25.4	11.0	--
Ontario:							
Hommes	Nbre	4,121	940	1,766	1,031	356	28
	%	100.0	22.8	42.8	25.0	8.7	0.7
Femmes	Nbre	4,215	614	1,688	1,303	584	26
	%	100.0	14.6	40.0	30.9	13.9	0.6
Région des Prairies:							
Hommes	Nbre	1,914	499	843	427	113	33
	%	100.0	26.1	44.0	22.3	5.9	1.7
Femmes	Nbre	1,905	323	808	531	216	26
	%	100.0	17.0	42.4	27.9	11.3	1.4
Colombie-Britannique:							
Hommes	Nbre	1,230	336	503	290	93	--
	%	100.0	27.3	40.9	23.6	7.6	--
Femmes	Nbre	1,248	207	518	379	142	--
	%	100.0	16.5	41.5	30.4	11.3	--

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 87.

TABLEAU 75. Problèmes de santé, selon la raison du non-recours aux spécialistes de la santé et le genre de problème de santé, Canada, 1978-1979

		Nombre total de problèmes	Problèmes avec consultations	Raisons du non-recours aux spécialistes de la santé					
				Problème bénin	Mal circonscrit	Coûts excessifs	Manque de temps	Autres	Inconnu
		en milliers							
Problèmes de santé:									
Total	Nbre	**25,526**	**16,802**	**3,458**	**2,613**	**356**	**212**	**1,704**	**380**
	%	**100.0**	**65.8**	**13.5**	**10.2**	**1.4**	**0.8**	**6.7**	**1.5**
Troubles mentaux	Nbre	1,000	855	34	70	--	--	29	11
	%	100.0	85.6	3.4	7.0	--	--	2.9	1.1
Diabète	Nbre	379	345	--	17	-	-	--	--
	%	100.0	91.1	--	4.5	-	-	--	--
Troubles de la thyroïde	Nbre	297	214	13	53	--	--	--	--
	%	100.0	72.1	4.5	17.9	--	--	--	--
Anémie	Nbre	417	319	26	52	--	--	--	--
	%	100.0	76.5	6.2	12.4	--	--	--	--
Maux de tête	Nbre	1,102	674	170	133	--	14	92	14
	%	100.0	61.2	15.5	12.0	--	1.3	8.3	1.3
Troubles de vision	Nbre	1,200	607	169	60	78	34	228	25
	%	100.0	50.6	14.1	5.0	6.5	2.8	19.0	2.0
Troubles de l'audition	Nbre	1,028	472	236	67	20	24	188	22
	%	100.0	45.9	23.0	6.5	2.0	2.3	18.2	2.1
Hypertension	Nbre	1,551	1,422	26	52	-	--	14	25
	%	100.0	91.7	1.7	3.4	-	--	0.9	1.6
Maladie cardiaque	Nbre	847	758	19	44	-	--	17	7
	%	100.0	89.5	2.2	5.2	-	--	2.0	0.9
Affections des voies respiratoires aiguës	Nbre	781	403	321	26	--	-	19	12
	%	100.0	51.7	41.1	3.2	--	-	2.5	1.6
Influenza	Nbre	680	301	310	29	--	--	18	18
	%	100.0	44.3	45.7	4.2	--	--	2.7	2.7
Bronchite et emphysème	Nbre	562	417	57	50	-	--	25	--
	%	100.0	74.2	10.2	8.9	-	--	4.5	--
Asthme	Nbre	547	368	62	96	-	--	16	--
	%	100.0	67.2	11.4	17.5	-	--	2.9	--
Rhume des foins et autres allergies	Nbre	2,157	1,056	501	462	--	16	90	29
	%	100.0	49.0	23.3	21.4	--	0.7	4.2	1.3
Troubles de la dentition	Nbre	1,697	921	229	40	233	41	203	30
	%	100.0	54.3	13.5	2.3	13.7	2.4	12.0	1.7
Ulcères de l'estomac et du duodenum	Nbre	482	310	31	119	--	--	10	--
	%	100.0	64.3	6.4	24.6	--	--	2.0	--
Troubles digestifs	Nbre	687	470	91	77	--	--	36	10
	%	100.0	68.4	13.2	11.1	--	--	5.3	1.5
Troubles de la peau	Nbre	2,064	1,244	271	389	--	--	123	27
	%	100.0	60.3	13.1	18.9	--	--	6.0	1.3
Arthrite et rhumatisme	Nbre	2,440	1,431	585	214	--	13	165	28
	%	100.0	58.7	24.0	8.8	--	0.5	6.8	1.2
Troubles avec les membres et les articulations	Nbre	2,334	1,538	151	342	--	16	233	52
	%	100.0	65.9	6.5	14.6	--	0.7	10.0	2.2
Lésions	Nbre	616	507	34	31	--	--	31	--
	%	100.0	82.3	5.5	5.0	--	--	5.1	--
Autres	Nbre	2,658	2,170	118	191	4	13	138	24
	%	100.0	81.6	4.4	7.2	0.2	0.5	5.2	0.9

Source: *Le santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 92.

Pour ce qui est de l'abstention à recourir à des services professionnels, l'examen des problèmes de santé spécifiques a fait ressortir certaines tendances. Dans le cas des troubles passagers ou des états relativement mineurs, comme les affections aiguës des voies respiratoires et l'influenza, l'arthrite et le rhumatisme, ainsi que les troubles de l'ouïe et de la vue, la plupart des gens invoquaient le motif du "problème bénin". Dans le cas des problèmes plus sérieux et à long terme, comme les troubles mentaux, le diabète, les insuffisances thyroïdiennes, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, l'asthme et les ulcères, les gens ont mentionné comme raison "mal circonscrit". Parmi les personnes qui n'ont pas recouru aux services d'un professionnel, seul un petit nombre invoquait le "manque de temps". C'était là le motif prédominant pour les troubles de la vue, de l'ouïe et de la dentition.

Services dentaires

Utilisation

Le tableau 76 démontre qu'en 1978, on estimait à $918.1 millions les dépenses au chapitre des soins dentaires, ce qui représentait 0.4% du PNB et un peu moins de 6% du total des dépenses pour les soins sanitaires au Canada[5].

TABLEAU 76. Dépenses pour les services dentaires au Canada[1], 1960-1979

	Dépenses consacrées aux soins dentaires		
Année	En millions de dollars	En % du PNB	En % de l'ensemble des dépenses sanitaires
1960	109.6	0.29	5.09
1965	160.1	0.29	4.75
1970	264.8	0.31	4.35
1975	592.3	0.36	5.08
1976	699.8[2]	0.37	5.13
1977	827.6[2]	0.40	-
1978	918.1[2]	0.40	-
1979	1,090.4[3]		

[1] Dépenses nationales pour les soins sanitaires au Canada, 1960-1975.
[2] Estimations préliminaires de Santé et Bien-être Canada.
[3] Chiffres partiels de Santé et Bien-être Canada.
Source: Direction générale des systèmes d'information, Direction de la politique, de la planification et de l'information, **Santé et Bien-être social Canada.**

L'Enquête Santé Canada a démontré que la fréquence des consultations auprès des dentistes, sur une période de 12 mois (1978-1979), était la plus basse dans les provinces de l'Atlantique; en effet, seulement 41.5% de la population avaient effectué une ou plusieurs visites. Le Québec accusait la seconde plus basse fréquence (42.9%), suivi de la Colombie-Britannique (44.8%). En Ontario, 55.6% des répondants ont déclaré avoir effectué une ou plusieurs visites chez le dentiste; dans les provinces des Prairies, ce chiffre atteignait 49.3% (tableaux 77 et 78).

L'un des développements les plus significatifs depuis 1970, au chapitre des soins sanitaire au Canada, a été la croissance des régimes d'assurance dentaire. L'assurance-groupe dentaire est encore l'avantage social le plus en demande chez les employés au Canada[6]. De 1970 à 1978, le nombre de Canadiens qui ont souscrit à un régime d'assurance dentaire a augmenté de 1,787%[7]. Plus de 6.5 millions de Canadiens, ou 28.4% de la population étaient assurés en vertu d'un régime à tiers payant en 1978 (tableau 79). Sur ce nombre, 4.8 millions ou 73% des Canadiens ayant un plan d'assurance dentaire, c'est-à-dire la grande majorité, adhéraient à des régimes privés à tiers payant. Les autres étaient assurés en vertu d'un régime financé par l'État et visant principalement les enfants, sauf en Alberta où les résidents de 65 ans et plus et leurs personnes à charge étaient assurés.

Ainsi, seulement 7.7% des Canadiens étaient assurés en vertu d'un régime financé par l'État, dont 73% étaient des résidents du Québec.

Selon une récente étude (1978-1979) effectuée en Ontario par la Faculté d'art dentaire de l'Université de Toronto, les personnes inscrites à un régime d'assurance dentaire sont, dans l'ensemble, plus jeunes, jouissent de revenus plus élevés que les répondants non assurés et ont un niveau de scolarité supérieur à celui de l'école publique[8]. Les répondants assurés utilisaient plus fréquemment les services dentaires, le pourcentage de leurs visites en 1978 et 1979 étant supérieur d'environ 22% et 34% à celui de l'autre groupe. Le nombre d'assurés était légèrement plus élevé chez les hommes (47.8%) que chez les femmes (43.8%), et beaucoup plus élevé chez les syndiqués (70.2%) que chez les non-syndiqués (33.3%). Les personnes veuves, séparées ou divorcées étaient beaucoup moins assurées comme groupe (27.2%) que les répondants célibataires ou mariés (environ 48%), et le pourcentage des assurés augmentait en fonction du nombre de membres dans la famille[9].

Mesures de l'état de santé dentaire

Selon les données disponibles, la santé dentaire des Canadiens n'a jamais été aussi bonne[10] (voir les indicateurs de dents cariées, absentes et obturées (DCAO)[11] aux tableaux 80 et 81). Bien que cette information ne soit pas complète, des disparités régionales semblent se faire jour au chapitre de la santé dentaire. Le Québec et les provinces de l'Atlantique comptent parmi les provinces qui ont un certain retard par rapport au reste du pays[12].

[5] *Dental health of Canadians - A Perspective*, **Association dentaire canadienne**, mars 1980, Ottawa.
[6] *Ibid.*
[7] *Ibid.*
[8] *Research Report - Ontario Adult Dental Visits - Priorities, Attitudes Insurance*, **D.W. Lewis**, 1980, Faculty of Dentistry, University of Toronto.
[9] *Ibid.*
[10] *Dental Health of Canadians - A Perspective, op. cit.*
[11] L'indice DCAO est calculé en additionnant les trois mesures. Un indice de 0.0 indiquerait aucune dent cariée, absente ou obturée, c'est-à-dire une dentition parfaite.
[12] *Dental health of Canadians - A Perspective, op. cit.*

TABLEAU 77. Population totale selon le nombre de consultations auprès d'un dentiste au cours des 12 derniers mois et le sexe, Canada et régions, 1978-1979

		Nombre de consultations					
		Total	Aucune consultation	1-2 consultations	3-9 consultations	10 consultations et plus	Inconnu
		en milliers					
Canada:							
Les deux sexes	Nbre	**23,023**	**11,443**	**8,909**	**1,900**	**643**	**128**
	%	**100.0**	**49.7**	**38.7**	**8.3**	**2.8**	**0.6**
Hommes	Nbre	**11,417**	**5,892**	**4,319**	**860**	**272**	**73**
	%	**100.0**	**51.6**	**37.8**	**7.5**	**2.4**	**0.6**
Femmes	Nbre	**11,606**	**5,551**	**4,589**	**1,039**	**372**	**55**
	%	**100.0**	**47.8**	**39.5**	**9.0**	**3.2**	**0.5**
Région de l'Atlantique:							
Hommes	Nbre	1,092	647	338	73	25	10
	%	100.0	59.3	30.9	6.7	2.3	0.9
Femmes	Nbre	1,098	618	368	76	29	8
	%	100.0	56.2	33.5	6.9	2.6	0.7
Québec:							
Hommes	Nbre	3,059	1,813	1,006	183	52	- -
	%	100.0	59.3	32.9	6.0	1.7	- -
Femmes	Nbre	3,139	1,708	1,107	233	75	- -
	%	100.0	54.4	35.3	7.4	2.4	- -
Ontario:							
Hommes	Nbre	4,121	1,875	1,801	313	106	26
	%	100.0	45.5	43.7	7.6	2.6	0.6
Femmes	Nbre	4,215	1,785	1,856	426	131	- -
	%	100.0	42.4	44.0	10.1	3.1	- -
Région des Prairies:							
Hommes	Nbre	1,914	983	706	151	47	27
	%	100.0	51.4	36.9	7.9	2.4	1.4
Femmes	Nbre	1,905	915	758	161	59	- -
	%	100.0	48.0	39.8	8.5	3.1	- -
Colombie-Britannique:							
Hommes	Nbre	1,230	573	469	140	42	- -
	%	100.0	46.6	38.1	11.4	3.4	- -
Femmes	Nbre	1,248	524	500	142	79	- -
	%	100.0	42.0	40.1	11.4	6.3	- -

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 89.

TABLEAU 78. Population totale selon le nombre de consultations auprès d'un dentiste au cours des 12 derniers mois, l'âge et le sexe, Canada, 1978-1979

		Nombre de consultations					
		Total	Aucune consultation	1-2 consultations	3-9 consultations	10 consultations et plus	Inconnu
		en milliers					
Tous les âges:							
Les deux sexes	Nbre	**23,023**	**11,443**	**8,909**	**1,900**	**643**	**128**
	%	**100.0**	**49.7**	**38.7**	**8.3**	**2.8**	**0.6**
Hommes	Nbre	**11,417**	**5,892**	**4,319**	**860**	**272**	**73**
	%	**100.0**	**51.6**	**37.8**	**7.5**	**2.4**	**0.6**
Femmes	Nbre	**11,606**	**5,551**	**4,589**	**1,039**	**372**	**55**
	%	**100.0**	**47.8**	**39.5**	**9.0**	**3.2**	**0.5**
Moins de 5:							
Hommes	Nbre	860	715	140	17	5	- -
	%	100.0	81.2	15.9	1.9	0.6	- -
Femmes	Nbre	838	653	152	28	-	- -
	%	100.0	77.9	18.1	3.3	-	- -
5-9:							
Hommes	Nbre	914	229	542	122	19	- -
	%	100.0	25.1	59.2	13.3	2.1	- -
Femmes	Nbre	868	194	508	127	- -	- -
	%	100.0	22.3	58.5	14.7	- -	- -
10-14:							
Hommes	Nbre	1,038	274	598	114	47	- -
	%	100.0	26.4	57.6	11.0	4.5	- -
Femmes	Nbre	992	218	587	106	76	- -
	%	100.0	22.0	59.2	10.6	7.7	- -
15-19:							
Hommes	Nbre	1,187	502	535	111	35	5
	%	100.0	42.2	45.1	9.3	2.9	0.4
Femmes	Nbre	1,146	386	544	151	53	- -
	%	100.0	33.7	47.5	13.2	4.6	- -
20-24:							
Hommes	Nbre	1,106	560	426	74	27	19
	%	100.0	50.6	38.5	6.7	2.5	1.7
Femmes	Nbre	1,108	465	475	119	40	- -
	%	100.0	41.9	42.9	10.7	3.6	- -
25-44:							
Hommes	Nbre	3,230	1,624	1,228	262	95	21
	%	100.0	50.3	38.0	8.1	3.0	0.6
Femmes	Nbre	3,242	1,418	1,396	310	108	- -
	%	100.0	43.7	43.1	9.6	3.3	- -
45-64:							
Hommes	Nbre	2,174	1,302	685	135	36	16
	%	100.0	59.9	31.5	6.2	1.7	0.7
Femmes	Nbre	2,279	1,342	725	157	50	- -
	%	100.0	58.9	31.8	6.9	2.2	- -
65 et plus:							
Hommes	Nbre	887	686	165	26	- -	- -
	%	100.0	77.3	18.6	2.9	- -	- -
Femmes	Nbre	1,132	875	203	42	12	- -
	%	100.0	77.3	17.9	3.7	1.1	- -

Source: *La santé des Canadiens: Rapport de l'Enquête Santé Canada, op. cit.*, tableau 88.

TABLEAU 79. Population adhérant à un régime d'assurance dentaire à tiers payant, selon l'organisme de financement, Canada et provinces, 1978[1]

Province	État	Organisme à but non lucratif	Régime Delta	Régime Croix Bleue/ privé	Membres CAASI	Total[8]	Pourcentage de la population
Terre-Neuve	153,600				8,122[3]	161,722	28.47
Île-du-Prince-Édouard	22,595				1,932[4]	24,527	20.15
Nouvelle-Écosse	157,900[2]				23,611[5]	181,511	21.53
Nouveau-Brunswick	-				22,176	22,176	3.19
Québec	1,328,874			71,000[10]	436,684[6]	1,836,558	27.00
Ontario	-	84,355	148,000	680,000	1,576,941	2,489,296	29.41
Manitoba	6,700				99,076[7]	105,776	10.21
Saskatchewan	-				51,102	51,102	5.41
Alberta	150,564		24,416		303,659	478,639	15.53
Colombie-Britannique	-	843,171			279,878	1,123,049	44.34
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	-				2,480	2,480	3.64
CANADA	**1,820,233**	**927,526**	**172,416**	**952,683[9]**	**2,805,661**	**6,678,519[11]**	**28.39**

[1] Dans certains cas ces chiffres sont calculés au 1er janvier, d'autres au 31 décembre et d'autres ne sont pas datés.
[2] Administré par la *Maritime Medical Care Inc.*, mais ne figure pas sous les régimes privés.
[3] Environ 2,259 d'entre eux sont également assurés en vertu d'un programme provincial de protection dentaire.
[4] Environ 427 d'entre eux sont également assurés en vertu d'un programme provincial de protection dentaire.
[5] Environ 5,219 d'entre eux sont également assurés en vertu d'un programme provincial de protection dentaire.
[6] Environ 115,346 d'entre eux sont également assurés en vertu d'un programme provincial de protection dentaire.
[7] Environ 752 d'entre eux sont également assurés en vertu d'un programme provincial de protection dentaire.
[8] Les totaux sont corrigés en vue d'éliminer les calculs en double.
[9] La différence entre 952,683 et les chiffres figurant au tableau est due au faible nombre d'adhérents au Nouveau-Brunswick, au Manitoba et en Saskatchewan.
[10] Environ 231,598 d'entre eux peuvent être assurés en vertu d'un programme provincial de protection dentaire.
[11] Le total de lignes de 6,678,519 constitue la meilleure estimation possible pour 1978. Il ne s'harmonise pas au total de la colonne étant donné que le total pour la colonne Régime Croix Bleue/privé ne pouvait pas être appliqué à toutes les provinces avec une précision complète.
Source: *Dental Health of Canadians - A Perspective*, **Association dentaire canadienne**, 1980, Ottawa.

Les données qui décrivent la santé dentaire des Canadiens (indicateurs de dents cariées, absentes et obturées (DCAO)) ne sont pas présentement disponibles pour tous les âges et selon le sexe. Cependant, des études récentes menées en Alberta, au Manitoba, en Ontario et au Québec donnent une assez bonne indication de l'état de santé de la dentition chez les enfants d'âge scolaire, particulièrement ceux du groupe des 13 à 14 ans. Au Manitoba, l'étude porte seulement sur les enfants de 13 ans. Comme le démontre le tableau 80, ces études montraient des variations significatives d'une province à l'autre.

TABLEAU 80. Nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées (DCAO) chez les enfants de 13 à 14 ans[1], pour certaines années et dans certaines provinces

Province	Dents cariées, absentes, obturées			
	Metro	Urbain	Rural	Total
Alberta (1978)	4.8	5.0	5.1	4.9
Manitoba (1976)	-	4.5	6.7	4.6[2],6.8[3]
Ontario (1978)	-	-	-	4.3
Québec (1977)	8.1	9.2	9.6	8.9

[1] Comprend les enfants de 13 ans seulement au Manitoba.
[2] Ceux qui sont exposés à la fluoration.
[3] Ceux qui ne sont pas exposés à la fluoration.
Source: *Journal ADC*, février 1980.

Aux enfants du Québec, il manquait en moyenne 1.5 dent, comparativement à 0.2 en Ontario et en Alberta. Par contre, au Québec, le nombre moyen de dents obturées chez les enfants de ce groupe d'âge (2.4) était moins élevé que celui de l'Alberta (3.4) et celui de l'Ontario (3.0) (tableau 81). On notait également, chez les enfants du Québec, un nombre plus élevé de dents cariées, soit une moyenne de 5.0 par enfant, comparativement à 1.3 en Alberta et à 1.2 en Ontario. Au Manitoba, les enfants de 13 ans comptaient en moyenne 2.1 dents cariées dans les centres urbains et 3.9 dents cariées dans les régions rurales.

Le nombre de personnes dépourvues de dents (édentement) augmente de façon significative avec l'âge,

TABLEAU 81. Présence des caries selon la province, 13-14 ans[1], certaines années

Province	Nombre moyen		
	Cariée	Absente	Obturée
Alberta (1978)	1.3	0.2	3.4
Manitoba-urbain (1976)	2.1	0.1	2.4
Manitoba-rural (1976)	3.9	0.3	2.5
Ontario (1978)	1.2	0.2	3.0
Québec (1977)	5.0	1.5	2.4

[1] Comprend les enfants de 13 ans seulement au Manitoba.
Source: *Journal ADC*, février 1980.

particulièrement après 30 ans (tableau 82). Selon le rapport sur l'hygiène dentaire de Nutrition Canada, 26.6% des femmes de 19 ans et plus en 1970-1972 étaient complètement édentées comparativement à 20.3% des hommes[13]. La plus grande différence entre les hommes et les femmes se produit entre 30 et 40 ans; quatre fois plus de femmes que d'hommes de ce groupe d'âge sont complètement édentées, ce qui porte à croire que les femmes obtiennent des dentiers pour des raisons esthétiques. Environ la moitié de l'ensemble des hommes de 60 ans et plus étaient complètement édentés (49.5%), alors que pour 18.6%, seules les arcades du bas ou du haut étaient dépourvues de dents. Dans ce même intervalle d'âge, 55.7% des femmes étaient complètement édentées, et 20.7% ne l'étaient soit qu'au niveau des arcades inférieures ou des arcades supérieures. La fréquence des femmes atteintes d'édentement était plus élevée dans ce groupe d'âge, principalement en raison du nombre beaucoup plus élevé de femmes âgées de 75 ans et plus.

Prévention

Vu que les caries dentaires et les maladies périodontales sont les affections dentaires les plus courantes chez les Canadiens, leur prévention prend une importance particulière[14]. La démonstration en est faite dans les récentes études comme celle de Nutrition Canada, les cinq études provinciales chez les enfants d'âge scolaire et l'Enquête Santé Canada.

Les trois principales mesures préventives comprennent la fluoration de l'eau, les applications topiques de fluorure ainsi qu'un programme d'hygiène buccale suivi[15].

La fluoration de l'eau, avec une concentration de 1.0 à 2.2 parties par million de fluor dans l'eau potable, peut réduire d'environ 50% la carie dentaire[16]. On estime que la fluoration des approvisionnements en eau communautaire doit être la pierre angulaire d'un programme national de prévention des caries. La fluoration constitue un programme d'hygiène publique pratiquement idéal en ce sens que les familles peuvent en tirer un bénéfice, quel que soit leur niveau socio-économique ou leur niveau de scolarité ou la disponibilité des professionnels de la santé dentaire[17].

Une partie importante de la population de Terre-Neuve (90.7%), de l'Île-du-Prince-Édouard (82.4%), du Nouveau-Brunswick (86.9%), du Québec (86.7%) et de la Colombie-Britannique (88.4%) ne bénéficie pas d'un service de fluoration des eaux (tableau 83), et on y décèle un taux élevé de caries dentaires[18]. De grandes villes, telles que Montréal, Regina, Calgary, Vancouver et Victoria, ne sont pas dotées de systèmes de fluoration.

[13] *Enquête de Nutrition Canada - Rapport sur l'hygiène dentaire*, **Santé et Bien-être**, 1977, Ottawa.
[14] *Dental health of Canadians - A Perspective, op. cit.*
[15] *Ibid.*
[16] *Ibid.*
[17] **Horowitz, H.** "A review of systemic and topical florides for the prevention of dental caries". *Comm. Dent. Oral Epid.* 1:105-144, 1973.
[18] *Dental Health of Canadians - A Perspective, op. cit.*

TABLEAU 82. Pourcentage des personnes édentées, arcade inférieure, supérieure ou les deux, selon l'âge et le sexe, Canada, 1973

	Les deux arcades		Arcade inférieure seulement		Arcade supérieure seulement	
Âge	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
19 ans	3.2	2.8	-	-	3.2	2.8
20-29 ans	4.8	5.8	0.1	-	9.1	12.0
30-39 "	6.1	22.9	-	0.2	18.5	16.9
40-49 "	18.0	26.5	1.5	0.2	16.9	16.3
50-59 "	30.4	35.4	1.5	0.5	17.0	25.9
60 ans et plus	49.5	55.7	3.9	1.4	14.7	19.3
Total	**20.3**	**26.6**	**1.3**	**0.4**	**14.7**	**17.0**

Source: *Nutrition Canada, Rapport sur l'hygiène dentaire*, **Santé et Bien-être social Canada**, 1977.

TABLEAU 83. Fluoration au Canada, selon la province, au 31 décembre 1976

Province ou territoire	Systèmes de fluoration	Population desservie	Pourcentage	
			Total, population	Population reliée à des systèmes d'eau potable
Terre-Neuve	4	52,335	9.3	16.1
Île-du-Prince-Édouard	2	20,843	17.6	48.4
Nouvelle-Écosse	22	332,155	40.0	70.6
Nouveau-Brunswick	5	88,691	13.1	24.9
Québec	43	772,366	12.3	14.4
Ontario	122	5,155,381	62.3	72.3
Manitoba	48	667,912	65.3	84.1
Saskatchewan	113	333,496	36.2	58.2
Alberta	93	817,004	44.4	59.5
Colombie-Britannique	27	287,099	11.6	14.5
Yukon	2	11,800	54.0	78.6
Territoires du Nord-Ouest	6	18,472	43.3	73.8
CANADA	**487**	**8,557,554**[1]	**37.2**	**46.4**

[1]Sur ce total, 174,181 personnes consomment de l'eau contenant du fluor naturel dont la concentration est plus grande que 0.7 mg/L.
Source: *Service de prévention dentaire: pratiques, lignes directrices et recommandations*, **Santé et Bien-être social Canada**, Ottawa, 1979.

Chapitre V

L'appareil sanitaire

L'appareil sanitaire

L'appareil sanitaire fait face à des difficultés à plusieurs égards. Bien que les coûts se soient stabilisés à moins de 7.5% du PNB, ils sont toujours sujets de préoccupation. Un nombre grandissant de médecins ont choisi de "se retirer" des régimes provinciaux d'assurance médicale ou de facturer "en sus" les patients pour la part des frais qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance. On note, dans certaines petites localités, des lacunes apparentes au chapitre des services spécialisés, alors que les centres plus importants accusent un surplus de personnel médical. Il est à souhaiter que les données présentées dans ce dernier chapitre serviront de point de départ aux discussions portant sur ces questions. Ces données couvrent trois aspects de l'appareil sanitaire: la main-d'œuvre, les ressources physiques (installations) et les dépenses.

Main-d'œuvre sanitaire

Médecins

Le nombre de médecins actifs au Canada, y compris les internes et les résidents, s'est accru à un taux de beaucoup supérieur à celui de la population, de 1968 à 1978. Leur nombre a augmenté en effet de 50% tandis que la croissance de la population équivalait à 12.9%. En 1978, 51% des médecins civils, à l'exclusion des internes et des résidents, étaient omnipraticiens et médecins de famille. Les autres, soit 49%, étaient spécialistes certifiés. Étant donné que cette répartition procentuelle entre les omnipraticiens, médecins de famille et spécialistes était identique en 1968, il semblerait que la tendance à la spécialisation n'était pas plus accentuée en 1978 qu'elle ne l'était dix ans plus tôt (tableau 84).

L'augmentation de 50% du nombre des médecins, de 1968 à 1978, peut être attribuée à deux facteurs, soit le nombre croissant de diplômés en médecine et le nombre de médecins étrangers s'installant au Canada. Avant 1975, un nombre presque égal de médecins immigrants et de diplômés en médecine au Canada[1] venait grossir les rangs chaque année; en 1973, 1,170 médecins immigrants et 1,331 diplômés en médecine étaient admis à la pratique. Le nombre de médecins immigrants au Canada a ensuite baissé à 806 en 1975 et à 401 en 1976; en 1978, seulement 263 médecins venaient s'établir au Canada.

Entre-temps, les diplômés des écoles de médecine canadiennes voyaient leur nombre augmenter à 1,761 en 1978, ce nombre étant de six fois et demi supérieur à celui des médecins immigrant cette année-là (tableau 87).

[1] *Immigration to Canada by Country of Former Residence - Physicians and Surgeons, 1973-1979,* Économie sanitaire et analyse de données, Direction générale des services et de la promotion de la santé. **Santé et Bien-être social Canada**, 1980. Ottawa.

TABLEAU 84. Médecins généralistes et de médecine familiale, spécialistes, internes et résidents, Canada, 1968-1978

	Nombre et taux pour 100,000 habitants									
	Médecins généralistes et de médecine familiale		Spécialistes		Nombre total de médecins civils actifs, excluant les internes et les résidents		Internes et résidents		Tous les médecins	
1968	11,778	56	11,191	54	22,969	110	5,240	25	28,209	135
1969	12,592	59	11,838	56	24,430	115	5,228	25	29,659	140
1970	13,023	61	12,633	59	25,656	120	5,510	26	31,166	145
1971	13,704	63	13,735	63	27,439	126	5,502	25	32,942	152
1972	14,302	65	14,304	65	28,606	130	5,901	27	34,508	157
1973	14,919	67	15,025	68	29,944	135	5,979	27	35,923	162
1974	15,545	69	15,563	69	31,108	138	6,189	27	37,297	165
1975	16,379	72	16,182	71	32,561	142	6,543	29	39,104	171
1976	17,036	74	16,718	72	33,754	146	6,376	28	40,130	173
1977	17,654	75	17,206	74	34,860	149	6,538	28	41,398	178
1978	17,913	76	17,519	74	35,433	150	6,805	29	42,238	179
	Provinces 1978									
Terre-Neuve	416	73	229	40	645	113	164	29	809	141
Île-du-Prince-Édouard	91	74	52	43	143	117	4	03	147	120
Nouvelle-Écosse	701	83	555	66	1,256	149	283	33	1,539	182
Nouveau-Brunswick	400	57	328	47	728	104	58	08	786	112
Québec	4,133	66	5,525	88	9,658	154	1,948	31	11,606	185
Ontario	6,783	80	6,385	75	13,169	155	2,864	34	16,033	189
Manitoba	786	76	731	71	1,517	147	324	31	1,841	179
Saskatchewan	763	80	447	47	1,210	127	194	20	1,404	147
Alberta	1,401	71	1,224	62	2,625	132	542	27	3,167	160
Colombie-Britannique	2,386	93	2,027	79	4,413	173	424	17	4,837	189
Yukon	23	106	5	23	28	128	--	--	28	128
Territoires du Nord-Ouest	30	70	11	26	41	95	--	--	41	95

Source: Répertoire de la main-d'œuvre sanitaire au Canada, Division de l'information sur la santé, **Santé et Bien-être social Canada**, 1969-1979.

Le contingent de médecins par rapport à la population a atteint son objectif global de 1:665 en 1978, ratio établi pour 1981 par le Comité national des besoins en médecins, mis sur pied par Santé et Bien-être social Canada. Ce ratio devrait passer à 1:634 en 1983. Si l'on examine séparément le cas des omnipraticiens et des médecins de famille, on constate qu'il y a surplus depuis 1975, année où le ratio médecin/population avait été atteint. Parallèlement, la plupart des spécialités avaient atteint ou étaient en voie d'atteindre le nombre recommandé pour 1981. Contraste frappant, les spécialistes en chirurgie et les autres spécialistes, sauf quelques exceptions, ne devraient atteindre le ratio médecin/population recommandé qu'après 1983[2].

La répartition provinciale des médecins, y compris les internes et les résidents, différait sensiblement en 1978. Pour la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique, les ratios médecin/population étaient relativement élevés (plus de 179 pour 100,000 habitants). Par contre, ces ratios étaient comparativement plus bas à l'Île-du-Prince-Édouard (120 pour 100,000 habitants) et au Nouveau-Brunswick (112 pour 100,000 habitants), où l'on ne comptait qu'un nombre minime d'internes et de résidents. Bien que les autres provinces semblent avoir un approvisionnement adéquat de médecins, ces derniers y sont répartis de façon inégale. Par exemple, au 31 décembre 1977, l'Ontario affichait un ratio médecin/population de 1:639, précédée seulement par la Colombie-Britannique dont le ratio était de 1:581. En Ontario cependant, le ratio variait de façon significative passant de 1:1,450 dans les collectivités de moins de 10,000 personnes à 1:874 pour les collectivités ayant entre 10,000 et 24,999 habitants. Par contre, le ratio de 1:522 dans les centres de 500,000 habitants et plus laisse supposer que les médecins préfèrent les villes plus importantes[3].

Le nombre des omnipraticiens et des médecins de famille était supérieur à celui des spécialistes certifiés dans toutes les provinces à l'exception du Québec. Sur les 9,658 médecins du Québec en 1978, 57.2% étaient des spécialistes. À Terre-Neuve, les spécialistes représentaient seulement 35.5% de la population des médecins tandis qu'à l'Île-du-Prince-Édouard cette proportion était de 36.4%, ce qui démontre la tendance des spécialistes à s'établir dans les centres urbains plus importants.

Dentistes

Le nombre de dentistes actifs au Canada a connu une hausse de 50.5% de 1969 à 1978, distançant de beaucoup le taux de croissance de la population (12.9%) durant la même période. En 1969, le Canada comptait 33 dentistes pour 100,000 habitants (tableau 85); neuf ans plus tard, ce chiffre était passé à 44. Les écoles d'art dentaire ont joué un rôle important dans cette augmentation, durant la période de dix ans, trois nouvelles écoles ont ouvert leurs portes. La plupart des écoles comptent un nombre relativement stable de diplômés. A l'"University of British Columbia" cependant, il a augmenté de 6 à 38; à l'"University of Western Ontario", il est passé de 7 à 56 et de 56 à 79 à l'Université de Montréal.

Les ratios dentiste/population différaient grandement d'une province à l'autre. Le plus faible, celui de Terre-Neuve, était de 20 dentistes pour 100,000 habitants (tableau 85). Le ratio de la Colombie-Britannique était trois fois plus élevé avec 62 dentistes pour 100,000 habitants. Venait ensuite l'Ontario avec un ratio de 50:100,000. Par ailleurs, la Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick affichaient des ratios relativement faibles qui s'établissaient respectivement à 25 et 32 dentistes pour 100,000 habitants.

TABLEAU 85. Dentistes et optométristes actifs, Canada, 1969-1978

	Dentistes		Optométristes	
	Nombre	Taux[1]	Nombre	Taux[1]
1969	6,933	33	1,440	7
1970	7,115	33	1,497	7
1971	7,453	34	1,511	7
1972	7,611	35	1,527	7
1973	7,825	35	1,547	7
1974	8,487	38	1,604	7
1975	8,738	38	1,685	7
1976	9,401	41	1,764	8
1977	10,058	43	1,841	8
1978	10,432	44	1,869	8
	Provinces 1978			
Terre-Neuve	116	20	15	3
Île-du-Prince Édouard	44	36	5	4
Nouvelle-Écosse	304	36	36	4
Nouveau-Brunswick	176	25	53	8
Québec	2,274	36	692	1
Ontario	4,276	50	587	7
Manitoba	422	41	60	6
Saskatchewan	302	32	88	9
Alberta	923	46	160	8
Colombie-Britannique	1,595	62	164	6
Yukon	-	-	2	9
Territoires du Nord-Ouest	-	-	7	16

[1] Pour 100,000 habitants.
Source: Répertoire de la main-d'œuvre sanitaire au Canada, Division de l'information sur la santé, **Santé et Bien-être social Canada.**

On pourrait avancer, comme explication possible du nombre peu élevé de dentistes dans les provinces de l'Atlantique, en particulier au Nouveau-Brunswick, qu'il

[2] *Projections of Physician Supply in Canada by Discipline,* Économie sanitaire et analyse de données, Direction générale des services et de la promotion de la santé, **Santé et Bien-être social Canada**, 1980, Ottawa.

[3] *Distribution of Canadian Physicians by Population Size,* Économie sanitaire et analyse de données, Direction générale des services et de la promotion de la santé, **Santé et Bien-être social Canada.**

n'existe qu'une seule école d'art dentaire dans la région, celle de la Nouvelle-Écosse. Toutes les provinces à l'ouest du Nouveau-Brunswick comptent une ou, comme c'est le cas pour l'Ontario et le Québec, deux écoles d'art dentaire. Dans l'ensemble, les provinces dotées de ces écoles ont un ratio dentiste/population plus élevé. Avec une école d'art dentaire, la Saskatchewan fait exception, son ratio étant plus faible que ceux de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du Prince-Édouard. Cela est peut-être dû au fait que l'école, jeune de six ans, a produit un nombre peu élevé de diplômés, soit une moyenne de 11 par année.

Optométristes

En 1969, on dénombrait 1,440 optométristes actifs au Canada ou 7 pour 100,000 habitants. En 1978, bien que leur nombre soit passé à 1,869, ce qui représente une augmentation de 30%, le ratio n'était toujours que de 8:100,000 (tableau 85). Le Québec et l'Ontario regroupaient 1,279 optométristes, soit 68% de l'effectif national; ces deux provinces étaient les seules à posséder une école d'optométrie et à regrouper plus de 60% de la population. Les ratios optométriste/population de Terre-Neuve (3:100,000), de l'Île-du-Prince-Édouard (3:100,000) et de la Nouvelle-Écosse (4:100,000) se situaient bien en deçà du ratio canadien. À l'autre extrême, le Québec affichait un ratio relativement élevé de 11 optométristes pour 100,000 habitants.

Infirmiers(ières)

Les infirmiers(ières), qui représentent environ les deux tiers de toute la main-d'œuvre sanitaire au Canada, font partie intégrante de l'appareil des soins de santé. Les infirmiers(ières) autorisées travaillant comme infirmiers(ières) ont vu leur nombre augmenter de 54.5%, c'est-à-dire de 104,258 en 1970 à 161,125 en 1978[4], alors que la population canadienne n'augmentait que de 9.9%. En 1970, on n'en comptait 486 pour chaque tranche de 100,000 habitants. En 1978, le ratio infirmière/population avait augmenté de 40.6% et se situait à 683:100,000 (tableau 86).

Cinq provinces affichaient un ratio infirmier(ière)/population faible comparativement à la moyenne nationale. Pour chaque tranche de 100,000 habitants, les ratios étaient de 556 en Colombie-Britannique, 576 à Terre-Neuve, 590 au Nouveau-Brunswick, 635 en Saskatchewan et 658 au Manitoba. Parmi les autres provinces, toutes sauf une avaient un ratio infirmier(ière)/population relative-

[4] Statistique de la main-d'œuvre sanitaire - infirmières autorisées - 1978, Division de la santé, **Statistique Canada**, 1979.

TABLEAU 86. Infirmiers(ières) autorisés et aides-infirmières autorisées, Canada et provinces, 1968-1978

	Infirmiers(ières) autorisées								
	1970	1971	1972	1973	1974[1]	1975	1976	1977	1978
Nombre	104,258	108,630	110,769	115,929	125,475	140,388	137,858	139,989	161,125
Taux pour 100,000 habitants	485.71	500.38	504.82	521.37	555.97	613.48	595.30	598.49	683.05

	Province, 1978											
	T.-N.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T.N.-O.
Nombre	3,295	841	5,956	4,124	44,074	60,576	6,787	6,063	14,804	14,206	118	281
Taux pour 100,000 habitants	575.56	685.97	704.19	590.15	702.63	714.36	658.17	635.33	743.99	555.68	541.28	648.96

[1] Aucune imputation n'a été faite pour 1979 et les années antérieures.
Source: Section de la statistique de la main-d'œuvre sanitaire, Division de la santé, **Statistique Canada**.

TABLEAU 86. Infirmiers(ières) autorisées et aides-infirmières autorisées, Canada et provinces, 1968-1978 - fin

	Aides-infirmières autorisées								
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Nombre	28,764	32,230	34,098	36,151	39,093	38,266	38,877	40,660	40,151
Taux pour 100,000 habitants	137.71	152.16	158.85	166.52	178.16	172.10	176.26	177.68	173.38

	Province, 1976											
	T.-N.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T.N.-O.
Nombre	1,428	231	1,358	1,201	11,564	14,658	1,887	1,188	2,796	3,802	..	38
Taux pour 100,000 habitants	254.14	193.14	162.91	175.53	184.73	176.20	183.99	127.55	149.07	153.15	..	88.79

Source: Répertoire de la main-d'œuvre sanitaire, au Canada, Division de l'information sur la santé, **Santé et Bien-être social Canada**.

ment élevé, l'Alberta venant en tête avec 744. L'Île-du-Prince-Édouard, avec un ratio de 686, était proche de la moyenne nationale.

Historiquement, cette profession a principalement regroupé des femmes (99.2% en 1970); mais depuis 1970, elle accueille un nombre plus élevé d'hommes, le pourcentage des femmes ayant baissé aux environs de 98%.

Les hôpitaux et les institutions connexes ont toujours employé la majeure partie des infirmiers(ières). Leur pourcentage dans les hôpitaux est demeuré relativement stable entre 1970 et 1978, ne marquant qu'une légère augmentation de 82% à 84.7%.

Un nombre plus élevé d'infirmiers(ières) en 1978 qu'en 1970 travaillaient à temps partiel (moins de 35 heures par semaine). En 1970, 30% travaillaient comme infirmières "à temps partiel"; en 1978, ce pourcentage passait à 33%.

Diplômés des écoles de professionnelles de la santé

Diplômés en art dentaire

En 1968, sept écoles d'art dentaire réparties dans cinq provinces fournissaient 306 diplômés. Dix ans plus tard, le nombre total des diplômés provenant de dix écoles réparties dans sept provinces atteignait 469, soit une augmentation d'un peu plus de 53%. L'Ontario, avec ses deux écoles d'art dentaire, et le Québec, qui en compte trois, venaient en tête en 1978 avec 321 diplômés (68.4%). Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick n'avaient pas d'école d'art dentaire (tableau 87).

En 1974, les femmes représentaient 7.1% des diplômés en art dentaire au Canada (on ne possède pas de chiffre pour les années antérieures). Quatre ans plus tard, leur nombre avait augmenté sensiblement pour atteindre 17.5%, ce qui démontre qu'un nombre grandissant de femmes, principalement en Ontario et au Québec choisissent de faire carrière dans ce domaine.

Diplômés en médecine

Le nombre de diplômés en médecine au Canada a augmenté de 75.4% durant la période allant de 1968 à 1978, l'augmentation la plus grande étant survenue en 1974. Cette année-là, leur nombre dépassait de 17.4% celui de 1973. L'ouverture de trois nouvelles écoles de médecine au début de la décennie est en partie responsable de cette forte augmentation du nombre des diplômés en 1974 (tableau 87).

La tendance la plus significative du point de vue de la composition des classes de diplômés des écoles de médecine, est probablement l'évolution de la répartition selon le sexe. En 1968, le pourcentage de diplômés de sexe féminin était d'environ 11%; en 1978, il atteignait presque 30%[5]. En 1960, le nombre de femmes inscrites dans les écoles de médecine était de 330. En 1978, ce nombre avait grimpé à 2,432, c'est-à-dire une augmentation de 637%. En 1960, les femmes représentaient 9.4% de toutes les inscriptions; en 1978, le pourcentage de femmes inscrites dans les écoles de médecine au Canada était de 33.3%.

Diplômés en sciences infirmières

Le nombre de diplômés des écoles de sciences infirmières au Canada est demeuré relativement stable durant la période 1968-1976. Bien qu'on ne possède pas de données sur le nombre de diplômés pour le Québec en 1977, ainsi que pour le Québec et l'Ontario en 1978, il y a tout lieu de croire que leur nombre ne présentait aucune différence significative (tableau 87).

On a cependant noté une augmentation importante du nombre d'infirmières ayant terminé un simple baccalauréat. En 1968, 300 infirmières ou 3.8% avaient obtenu le simple baccalauréat; en 1976, ce pourcentage était passé à 9.5% ou 954 diplômés. On estime que le nombre de diplômées est demeuré relativement constant au Québec en 1977 et en 1978, ainsi qu'en Ontario en 1978; la proportion des infirmières ayant décroché leur simple baccalauréat, par rapport au total des diplômées, serait donc de 9.8% en 1977 et de 10.5% en 1978.

[5] *Enrolment in Canadian Medical Schools, 1979-1980*, **O. Adams**, Association of Canadian Medical Colleges, 1981.

TABLEAU 87. Diplômés des écoles professionnelles de la santé selon la profession, Canada, 1968-1978

	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	
	nombre										nombre	% femmes
Médecine	1,004	1,017	1,069	1,130	1,280	1,331	1,561	1,548	1,725	1,704	1,761	-
Arts dentaires	306	339	344	363	398	401	448	436	465	459	469	17.48
Optométrie	36	34	57	22[1]	48	84	88	97	96	95	93	-
Pharmacie	391	337	409	425	450	497	614	642	646	695	675	60.74
Sciences infirmières	7,891	8,359	8,625	10,058	10,083	9,594	9,899	9,770	10,041	7,180[2]	..	..

[1] Plan d'étude transformé en programme de cinq ans.
[2] Les chiffres ne tiennent pas compte des diplômés du premier niveau au Québec.
Source: Section de l'enseignement postsecondaire, Division de l'éducation, des sciences et de la culture, **Statistique Canada**.

TABLEAU 88. Nombre et capacité théorique en lits des hôpitaux publics et établissements pour maladies mentales en activité, Canada, 1970 à 1977-1978

	1970		1971		1972		1973		1974		1975		1976		1977-1978	
	Nbre d'hôp.	Cap. théor. en lits	Nbre d'hôp.	Cap. théor. en lits	Nbre d'hôp.	Cap. théor. en lits	Nbre d'hôp.	Cap. théor. en lits	Nbre d'hôp.	Cap. théor. en lits	Nbre d'hôp.	Cap. théor. en lits	Nbre d'hôp.	Cap. théor. en lits	Nbre d'hôp.	Cap. théor. en lits
CANADA	**1,171**	**198,442**	**1,176**	**197,255**	**1,175**	**195,800**	**1,171**	**195,046**	**1,158**	**195,694**	**1,163**	**197,956**	**1,147**	**188,676**	**1,095**	**174,024**
Terre-Neuve															48	3,645
Ile-du-Prince-Édouard															11	1,038
Novelle-Écosse															50	5,951
Nouveau-Brunswick															37	5,450
Québec															200	49,996
Ontario															250	55,146
Manitoba															83	7,208
Saskatchewan															138	8,340
Alberta															149	16,000
Colombie-Britannique															126	21,088
Territoires du Nord-Ouest															3	162

Source: Section de la statistique des établissements, Division de la santé, **Statistique Canada**.

Diplômés en pharmacie

En 1978, on comptait 675 diplômés des écoles de pharmacie au Canada, soit 284 de plus qu'en 1968. À compter de 1976, on retrouve dans l'ensemble des diplômés un nombre plus élevé de femmes que d'hommes: un peu plus de 60% en 1978 étaient des femmes. Environ 46.1% des diplômés avaient reçu leur formation en Ontario et au Québec; sur ce nombre, 61.4% étaient des femmes. Les provinces de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse ont fourni seulement 12.7% des diplômés canadiens (tableau 87).

Diplômés en optométrie

Le nombre de diplômés des deux écoles d'optométrie canadiennes était très petit en comparaison avec celui des autres écoles de professionnels de la santé. En 1978, 36 personnes ont obtenu leur diplôme de l'école d'optométrie de l'Université de Montréal; ils étaient trois fois plus nombreux qu'en 1968. Au total, 57 personnes ont obtenu leur diplôme en 1978 de l'école, de l'Université de Waterloo, ce qui représente une augmentation de 137.5% par rapport à la décennie précédente.

Établissements

Pour l'année financière 1977-1978, on comptait 1,095 hôpitaux publics en exploitation au Canada (tableau 88) ainsi que 3,909 établissements de soins spéciaux, telles les maisons de convalescence et les maisons pour personnes âgées[6]. La diminution de 4.9% du nombre de lits d'hôpitaux, de 1970 à 1977-1978, contrastait avec l'augmentation de 19.1% du nombre de lits dans les établissements de soins spéciaux, de 1975 à 1977-1978. Parallèlement, le taux des lits d'hôpitaux publics pour 100,000 habitants a subi un recul de 25% de 1970 à 1977-1978, et il y a eu augmentation de la capacité théorique en lits dans les établissements de soins spéciaux. Durant l'année financière 1977-1978, le nombre de lits approuvés dans ces établissements pour 100,000 Canadiens était de 822, c'est-à-dire 15% de plus qu'en 1975.

Le taux d'occupation des hôpitaux généraux et spéciaux divers est demeuré très stable durant la période 1970 à 1976, et n'a subi qu'une diminution d'un demi-point, passant de 79.7% en 1970 à 79.2% en 1976. Pour la même période le taux d'occupation des hôpitaux publics pour maladies mentales a régressé légèrement de 92.9% à 88.8% (tableau 89).

TABLEAU 89. Taux d'occupation selon la capacité théorique en lits, par genre d'hôpital, Canada, 1968-1976

	Hôpitaux publics généraux et spéciaux divers	Hôpitaux publics pour maladies mentales	Sanatoriums publics pour tuberculeux
	pourcentage		
1968	79.7	92.9	64.2
1969	79.4	94.7	64.4
1970	79.6	93.0	55.8
1971	79.9	94.6	51.6
1972	79.6	92.4	57.7
1973	78.8	90.5	65.1
1974	78.2	90.1	71.3
1975	77.3	89.1	64.5
1976	79.2	88.8	-

Source: Section de la statistique des établissements, Division de la santé, **Statistique Canada**.

Dépenses

En 1979, les dépenses de santé au Canada ont totalisé $18.6 milliards, c'est-à-dire une moyenne de $785 par personne[7]. Durant la période allant de 1970 à 1979, ces

[6] **Source:** Section de la statistique des établissements, Division de la santé, Statistique Canada.

[7] *National Health Expenditures in Canada, 1970-1979*, **Santé et Bien-être social Canada**, 1981 (en préparation).

dépenses ont augmenté de 202% et la moyenne dépensée pour chaque personne de 172%. Les augmentations marquées de 17.5% et de 20.5% des dépenses de santé, en 1974 et 1975 respectivement, ont été suivies d'augmentations moindres de 14.2% et 9.3% durant les deux années suivantes (tableau 90). En 1979, les coûts des soins sanitaires ont augmenté de 11.6%.

En proportion du produit national brut, le coût des soins sanitaires au Canada est demeuré relativement stable durant les années 1970. Cette situation contraste avec celle des États-Unis où la facture totale des soins sanitaires continuait à prendre une part grandissante du PNB. Au Canada, les dépenses pour les soins sanitaires représentaient 7.2% du PNB en 1970 et 7.1% en 1979 (tableau 91), alors que ces chiffres passaient de 7.6% à 9% aux États-Unis[8].

[8] *Health Care Financing Review, 1980,* **Department of Health and Human Services**, Baltimore, Md., 1980, p. 16.

L'élément le plus important des dépenses de santé au pays est toujours celui des soins en établissement, c'est-à-dire dans les hôpitaux et les établissements connexes. En 1979, les soins en établissement représentaient 54% ou $10.0 milliards.

Bien que les coûts opérationnels des soins en établissement aient, de 1970 à 1979, augmenté de 218%, en grande partie en raison de l'inflation, la proportion de cet élément est demeurée relativement constante entre 50.5% et 55.9% des dépenses de santé. Il en a coûté plus de $6 milliards pour exploiter les hôpitaux publics en 1977-1978; les hôpitaux pour malades chroniques/soins prolongés représentaient 9%, c'est-à-dire près de deux fois la proportion du total des frais d'exploitation en 1969. L'augmentation de 476% des dépenses des hôpitaux pour malades chroniques/soins prolongés entre 1969 et 1978, serait surtout dû au changement de vocation de certains hôpitaux psychiatriques du Québec qui sont devenus principalement en 1976 des hôpitaux pour malades chroni-

Tableau 90. Dépenses nationales pour la santé, par catégorie, Canada, 1970-1978

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
	en millions de dollars								
TOTAL DES DÉPENSES	**6,086.7**	**6,935.8**	**7,542.9**	**8,429.6**	**9,906.0**	**11,888.0**	**13,551.2**	**14,702.7**	**16,181.5**
Soins en établissement	3,078.4	3,464.7	3,807.2	4,299.1	5,231.2	6,470.6	7,453.5	7,895.8	8,611.4
Hôpitaux	2,758.6	3,078.5	3,365.2	3,783.2	4,588.4	5,679.0	6,434.6	6,768.5	7,337.7
Généraux et spéciaux divers	2,251.7	2,529.8	2,785.7	3,150.2	3,877.7	4,873.7	5,673.0	6,046.1	6,642.1
Maladie mentale	407.7	443.2	475.6	529.7	605.8	696.8	650.6	611.6	610.0
Tuberculose	23.7	21.2	12.7	9.7	6.4	7.1	..	..	..
Fédéraux	75.4	84.3	91.2	93.6	98.5	101.4	111.0	110.8	85.6
Maisons de convalescence	319.8	386.2	442.0	515.9	642.8	791.6	1,018.9	1,127.0	1,273.7
Soins professionnels	1,409.8	1,675.2	1,859.2	2,038.1	2,290.7	2,685.0	2,998.4	3,348.2	3,676.7
Médecins	1,040.7	1,250.4	1,386.2	1,483.4	1,659.7	1,914.1	2,103.2	2,309.0	2,539.1
Dentistes	265.0	311.5	350.6	419.1	483.9	596.6	699.8	827.6	918.1
Autres professions	104.1	113.3	122.4	135.5	147.1	174.2	195.4	211.6	219.5
Chiropraticiens	34.2	39.3	43.5	49.5	56.8	66.5	77.4	87.7	93.5
Ostéopathes	1.9	2.1	2.1	2.3	2.1	2.1	2.2	2.1	2.0
Optométristes	45.4	49.0	52.8	57.4	63.7	71.4	79.9	86.5	87.6
Podiatres	3.9	4.2	4.7	6.3	8.4	13.1	14.3	14.7	15.6
IOV	8.1	8.7	9.6	10.4	13.0	17.0	18.2	18.0	19.3
Infirmières privées	10.6	10.1	9.6	9.7	3.2	4.0	3.4	2.6	1.5
Médicaments et appareils	779.4	865.1	921.1	1,023.5	1,109.4	1,286.6	1,462.0	1,621.7	1,821.6
Médicaments prescrits	368.7	402.5	421.1	466.9	498.0	578.7	660.2	730.2	825.3
Médicaments non prescrits	329.4	361.6	379.9	424.8	459.5	536.8	610.9	674.2	760.4
Appareils	81.3	100.9	120.1	131.8	151.9	171.1	190.9	217.3	235.9
Lunettes - Optométristes	27.1	29.2	31.6	34.3	38.1	42.7	47.8	51.8	52.6
Lunettes - Opticiens	31.5	45.0	57.2	63.0	73.0	82.4	94.3	110.0	120.3
Aides auditifs	9.7	10.0	10.7	11.3	13.3	14.9	13.6	15.7	20.4
Autres prothèses	13.0	16.7	20.5	23.3	27.5	31.1	35.2	39.8	42.6
Autres dépenses	819.1	930.7	955.5	1,068.8	1,274.7	1,445.8	1,637.3	1,837.3	2,071.8
Paiements anticipés et administration	97.7	122.2	132.9	144.8	171.8	203.3	205.9	246.8	242.0
Hygiène publique	197.2	214.4	230.2	247.8	283.2	348.5	452.6	506.4	560.2
Recherche	70.3	78.2	89.6	100.6	112.7	122.0	134.5	162.5	185.7
Immobilisation	365.4	420.8	400.4	457.1	568.7	606.0	649.5	698.9	826.7
Autres dépenses	88.5	95.1	102.4	118.6	138.2	166.0	194.8	222.7	257.2

Source: *National Health Expenditures in Canada, 1970-1979*, Division de l'information sur la santé, **Santé et Bien-être social Canada** (1981 en préparation).

TABLEAU 91. Dépenses nationales pour la santé en proportion du PNB, Canada et États-Unis, 1970-1978

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Total des dépenses pour les soins de santé - États-Unis	7.6	7.8	8.0	7.9	8.2	8.6	8.7	8.9	8.9
Total des dépenses pour les soins de santé - Canada	7.1	7.3	7.2	6.8	6.7	7.2	7.1	7.0	7.0
Soins en établissement	3.6	3.7	3.6	3.5	3.6	3.9	3.9	3.8	3.8
Soins professionnels	1.7	1.8	1.8	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6
Médicaments et appareils	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Autres dépenses	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9

Source: *National Health Expenditures, 1970-1979*, Division de l'information sur la santé, **Santé et Bien-être social Canada**. (1981 en préparation).

ques/soins prolongés, principalement en 1976. Ainsi, cette même année les coûts ont augmenté de 80% (tableau 92).

Les soins professionnels représentaient la deuxième part la plus élevée du total des dépenses pour les soins sanitaires, soit environ 23% en 1979, même pourcentage qu'en 1970. Sur les $4.2 milliards dépensés en soins professionnels en 1979, les frais de service des médecins représentaient environ 67%. Bien que ce coût ait augmenté de 171% entre 1970 et 1979, la proportion a quelque peu fléchi, passant de 74% des dépenses pour les soins professionnels en 1970 à 67% en 1979

Comme l'a démontré une analyse des dépenses pour les soins sanitaires aux États-Unis[9], le coût de service des médecins ne rend pas justice à leur incidence sur les dépenses totales. Les médecins, plus que tous les autres intervenants du secteur influent sur les décisions relatives à l'hospitalisation, à savoir quels patients doivent être admis, le genre de soins qu'ils doivent recevoir, la durée de séjour et les coûts qui en résultent. De plus, ils sont les premiers à influencer les dépenses au chapitre des médicaments sur ordonnance. Il y a tout lieu de croire que leur influence sur le coût des soins est la même dans notre pays qu'aux États-Unis.

De 1970 à 1979, les dépenses pour les soins sanitaires par Canadien ont augmenté de 172%. Pour ce qui est des provinces, l'augmentation des dépenses par habitant variait, de 244% à Terre-Neuve à 155% en Ontario. L'Alberta venait en tête de liste en 1979 avec des dépenses de $874 par personne, bien au-delà de la moyenne nationale de $785 par personne. La Colombie-Britannique, l'Ontario et le Manitoba affichaient également des dépenses supérieures à la moyenne nationale alors que Terre-Neuve ($634), l'Île-du-Prince-Édouard ($693), le Nouveau-Brunswick ($637) et les Territoires ($664) étaient sous la moyenne (tableau 93).

[9] *Health United States 1979*, Department of Health and Human Services, Hyattsville, Md., 1980.

TABLEAU 92. Coûts d'exploitation des hôpitaux publics selon le genre d'hôpital, Canada, 1969 à 1977-1978

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977-1978	Augmentation
	en millions de dollars									%
TOTAL	**1,961.0**	**2,244.3**	**2,509.2**	**2,779.4**	**3,121.3**	**3,860.7**	**4,712.4**	**5,648.5**	**6,263.7**	**219**
Généraux	1,725.2	1,969.8	2,204.6	2,440.1	2,752.0	3,409.1	4,133.8	4,792.5	5,294.7	207
Pour enfants	65.2	77.9	88.2	97.5	102.0	131.3	163.1	190.2	213.8	228
Convalescence/ réadaptation	27.8	30.9	33.1	37.2	39.2	55.6	61.9	77.9	84.5	204
Malades chroniques/ soins prolongés	98.5	115.9	129.9	146.9	169.4	204.8	278.7	501.8	567.4	476
Autres	44.3	49.9	53.4	57.7	58.7	60.0	74.9	86.0	101.4	129
Nombre total des hôpitaux répondants	997	1,000	1,006	1,012	1,006	1,009	1,012	1,033	1,039	...

Source: Section de la statistique des établissements, Division de la santé, **Statistique Canada**.

TABLEAU 93. Dépenses par habitant pour les soins sanitaires personnels et autres soins de santé, Canada et provinces, 1970-1978

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	Augmentation (1970-1978)
	dollars par habitant									%
CANADA	**285.44**	**321.22**	**345.66**	**381.91**	**442.32**	**523.08**	**588.54**	**631.55**	**688.77**	**141.3**
Terre-Neuve	187.83	212.54	247.64	305.66	359.34	413.70	467.32	473.61	523.53	178.3
Île-du-Prince-Édouard	234.90	261.90	277.76	313.73	368.27	415.49	466.22	505.81	580.20	147.0
Nouvelle-Écosse	247.69	277.64	303.63	335.92	398.16	489.74	553.35	574.28	670.19	170.6
Nouveau-Brunswick	226.62	258.62	280.40	336.35	386.03	424.36	410.44	500.51	546.67	141.2
Québec	263.03	305.49	328.19	370.66	435.09	503.65	560.23	597.88	651.49	147.7
Ontario	318.01	355.00	383.08	413.59	470.92	552.94	621.14	676.80	800.93	151.9
Manitoba	297.59	326.15	351.39	389.27	431.02	516.43	595.11	643.79	679.63	128.4
Saskatchewan	254.06	284.52	301.23	327.27	392.80	490.67	572.30	603.62	641.41	152.5
Alberta	302.23	328.41	349.09	385.59	438.49	538.90	600.87	660.41	754.95	149.8
Colombie-Britannique	287.71	317.48	337.04	371.96	445.86	544.53	619.01	672.62	726.24	152.4
Territoires du Nord-Ouest	223.25	280.47	268.33	298.35	345.97	483.75	630.03	586.69	665.14	197.9

Source: *National Health Expenditures in Canada, 1970-1979,* Division de l'information sur la santé, **Santé et Bien-être social Canada**, (1981 en préparation).

Les dépenses familiales au chapitre de la santé comprennent les primes d'assurance-santé pour tous les régimes d'assurance-santé, les soins hospitaliers et professionnels, les médicaments d'autres services et appareils médicaux non assurés en vertu de tels régimes. Les dépenses familiales pour les soins sanitaires correspondant à cette description variaient de façon significative selon le niveau de revenu (voir tableau 94). En 1972, les 20% de la population au niveau de revenu le plus bas au Canada dépensaient en moyenne $106 ou 2.8% de leur revenu pour de tels soins; même si les 20% des personnes aux revenus les plus élevés dépensaient en 1972 quatre fois plus d'argent pour ces soins ($455), ce montant ne représentait que 2.3% de leur revenu. En 1978, les familles aux revenus les plus bas ont dépensé $151 ou 2.1% de leur revenu pour des soins sanitaires. Par contre, les familles aux revenus les plus élevés ont dépensé à cet effet quatre fois plus ($626), ce qui ne représentait toutefois que 1.7% de leur revenu[10].

En 1978, les médecins gagnaient en moyenne $1012 la semaine, quatre fois le salaire industrielle de $265. Les tableaux produits à partir des données sur l'imposition de Revenu Canada démontrent qu'ils précédaient toujours les dentistes, avocats et comptables parmi les professionnels les mieux payés au Canada en 1978[11]. Néanmoins, les dentistes qui gagnaient en moyenne 32% de moins que les médecins en 1968 ont réduit cet écart à 12.1%, leurs revenus ayant augmenté de 139% entre 1968 et 1978. À titre comparatif, les médecins ont gagné en moyenne 86% de plus en 1978 qu'en 1968 (tableau 95)[12].

TABLEAU 94. Dépenses familiales pour les soins sanitaires, selon le niveau de revenu (quintiles), Canada, 1972-1978

Dépenses moyennes en dollars			Premier quintile	Deuxième quintile	Troisième quintile	Quatrième quintile	Cinquième quintile
Médecine et soin de santé	1972	$	105.8	219.7	268.2	350.1	455.0
		%	2.8	3.0	2.6	2.7	2.3
	1974	$	135.2	240.3	296.3	352.3	474.8
		%	2.7	2.4	2.2	2.1	1.8
	1976	$	137.3	291.8	336.9	425.3	561.2
		%	2.3	2.4	2.0	2.0	1.7
	1978	$	151.4	318.0	391.2	471.9	625.7
		%	2.1	2.3	2.0	1.9	1.7

Source: Section des dépenses des familles, Division du revenu et des dépenses des consommateurs, **Statistique Canada**.

[10] *Dépenses familiales au Canada, 1972-1978,* **Statistique Canada**, Ottawa.

[11] *Revenu des médecins au Canada,* **Santé et Bien-être social Canada**, Ottawa, 1980.

[12] Malgré le fait qu'elles présentent des lacunes et qu'elles ne sont pas appropriées pour des analyses détaillées nécessitant un degré élevé de précision, les données du tableau 94 donnent une image suffisamment fiable des niveaux relatifs de revenu pour des années en particulier ainsi que, des changements dans ces revenus. De plus amples renseignements peuvent être obtenus auprès de la Division de l'information sur la santé, **Santé et Bien-être social Canada**.

En 1978, les avocats et les comptables ont gagné en moyenne $41,992 et $36,351. Les infirmières de service général travaillant dans les hôpitaux publics, dont les revenus ont augmenté de 177% entre 1968 et 1978, ont gagné en moyenne $15,307 en 1978[13].

[13] *Traitements annuels du personnel infirmier des hôpitaux, 1968-1978*, **Statistique Canada**, Ottawa, 1968-1978.

TABLEAU 95. Revenu de certaines catégories de professionnels de la santé, Canada, 1968-1978

	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Médecins[1]	28,283	31,384	33,905	38,730	39,396	40,798	41,721	43,774	46,757	49,814	52,499
Dentistes[1]	19,336	20,932	21,926	24,892	27,006	29,723	33,174	38,245	41,569	42,653	46,173
Infirmières (autorisées, service général dans les hôpitaux publics)[2]	5,532	--	6,488	--	7,583	--	8,888	--	12,874	--	15,307
Avocats et notaires[1]	22,057	24,256	25,213	26,282	28,521	33,683	38,811	39,031	41,734	41,055	41,865
Comptables[1]	15,964	17,053	18,137	17,455	18,845	25,412	28,215	32,056	33,746	35,264	36,351

Sources:
[1] Division de l'information sur la santé, **Santé et Bien-être social Canada**.
[2] Traitements annuels du personnel infirmier des hôpitaux, 1968-1978, Section de la statistique de la main-d'œuvre sanitaire, Division de la santé, **Statistique Canada**.