

Rapports sur la santé

Décomposition de la baisse de l'espérance de vie à la naissance selon la cause de décès pendant la pandémie de COVID-19 au Canada

par Ashraf Sirag, Mohan Kumar et Owen Phillips

Date de diffusion : le 21 octobre 2026



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

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

Note de reconnaissance

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

Publication autorisée par la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2026

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Décomposition de la baisse de l'espérance de vie à la naissance selon la cause de décès pendant la pandémie de COVID-19 au Canada

par Ashraf Sirag, Mohan Kumar et Owen Phillips 

DOI : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202601000001-fra>

Résumé

Contexte : L'espérance de vie à la naissance a augmenté dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques ainsi que dans le monde entier au cours des dernières décennies, plus particulièrement jusqu'en 2019. Cependant, cette tendance a été perturbée par la pandémie de COVID-19, qui a entraîné une baisse marquée de l'espérance de vie au Canada et dans de nombreux autres pays. Peu d'études à ce jour ont porté sur la décomposition de l'écart observé dans l'espérance de vie selon la cause de décès pendant la pandémie dans un contexte canadien.

Données et méthodes : Le nombre de décès provient de la Base canadienne de données de l'état civil — Décès. Les tables de mortalité ont été créées à l'aide de la méthode de Chiang. La méthode d'Arriaga pour décomposer un écart dans l'espérance de vie a été appliquée au moyen d'une comparaison des tables de mortalité des périodes de 2017 à 2019 et de 2020 à 2022 selon la province et le sexe.

Résultats : La COVID-19 est le principal facteur ayant contribué à la baisse de l'espérance de vie au Canada observée de la période allant de 2017 à 2019 à celle allant de 2020 à 2022. Elle est à l'origine d'une diminution de 0,46 de l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes. Les décès liés aux opioïdes, un autre facteur important de la baisse de l'espérance de vie, ont réduit celle-ci de 0,22 an pour les deux sexes. En revanche, les cancers ont contribué à une légère augmentation (+0,17 an) de l'espérance de vie d'une période à l'étude à l'autre.

Interprétation : Bien que la COVID-19 ait été la principale force motrice de la baisse de l'espérance de vie pendant la pandémie au Canada, l'augmentation du nombre de décès liés aux opioïdes, découlant potentiellement des effets indirects de la pandémie, a également joué un rôle important dans la baisse notable de l'espérance de vie. On pourra parvenir à une meilleure compréhension des répercussions indirectes de la pandémie de COVID-19 sur le taux de mortalité, y compris des méfaits liés à la consommation et à l'abus de substances, lorsque plus de renseignements sur les causes et les circonstances des décès seront disponibles.

Mots-clés : espérance de vie, COVID-19, cause de décès, toxicité des drogues

Auteurs

Ashraf Sirag et Owen Phillips travaillent au Centre de données sur la santé de la population de Statistique Canada. Mohan Kumar travaille au Centre de la statistique et des partenariats autochtones de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- L'espérance de vie a commencé à diminuer de manière constante pour la première fois depuis des décennies pendant la pandémie de COVID-19 au Canada.
- Le taux de mortalité lié aux opioïdes a également commencé à augmenter au cours de cette période.

Ce qu'apporte l'étude

- Cette étude vise à quantifier, en nombre d'années, la contribution de chaque cause de décès à la baisse de l'espérance de vie au Canada selon la province et le sexe.
- La COVID-19 est le principal facteur responsable du recul de l'espérance de vie au Canada, bien que les décès liés aux opioïdes soient également un facteur important à ce chapitre.
- On ne peut savoir dans quelle mesure les décès liés aux opioïdes ont contribué à la baisse de l'espérance de vie si l'on ne détient pas de données plus récentes sur les causes de décès.

Introduction

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance, en supposant que les conditions de mortalité propres à l'âge demeurent constantes. En général, on observe une tendance à la hausse de l'espérance de vie à la naissance dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques depuis les années 1970, le taux de mortalité ayant diminué grâce à l'amélioration des soins de santé, de la prévention des maladies et des conditions socioéconomiques¹. Par ailleurs, l'espérance de vie de la population mondiale a aussi augmenté de manière considérable de 2000 à 2019 en raison de la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile². Cependant, la pandémie de COVID-19 a inversé ces tendances dans le monde entier au cours des dernières années^{2, 3}. Le Canada n'a pas fait exception; de 2019 à 2022, le pays a enregistré un recul de l'espérance de vie à la naissance, qui est passée de 82,30 ans à 81,34 ans⁴.

Les forces motrices de la baisse marquée de l'espérance de vie observée pendant la pandémie restent à examiner. On sait que le virus de la COVID-19 était associé à un risque accru de mortalité chez les personnes présentant certaines comorbidités; 90 % des décès déclarés ayant été causés par la COVID-19 touchaient des personnes atteintes d'autres problèmes de santé comme le diabète, des maladies cardiovasculaires, l'obésité et des maladies respiratoires chroniques^{5, 6}. Peu d'études^{7, 8} à ce jour ont visé à quantifier l'incidence de la COVID-19 et des comorbidités connexes sur l'espérance de vie dans le contexte canadien. Outre les effets directs de la pandémie, les effets indirects, par exemple les perturbations des soins de santé, ont retardé certaines interventions ou le dépistage de cancers, de maladies cardiovasculaires et d'infections. Les effets indirects n'ont pas non plus été bien explorés au chapitre de l'espérance de vie⁹⁻¹¹.

La crise des opioïdes sévissant à l'heure actuelle, qui a entraîné une augmentation importante du taux de mortalité lié aux opioïdes depuis 2016¹², a largement contribué à la stagnation de l'espérance de vie au Canada avant la pandémie¹³. La crise s'est aggravée pendant la pandémie; les décès liés aux opioïdes ont plus que doublé pour passer de 3 007 en 2019 à 6 222 en 2021¹⁴. Des mesures de santé publique, telles que la distanciation physique et l'isolement, ont perturbé l'accès aux services essentiels de réduction des méfaits et aux programmes de traitement, ce qui a accentué les difficultés éprouvées par les personnes aux prises avec des troubles liés à la consommation de substances ou des problèmes

de santé mentale¹⁵. L'incidence des décès liés aux opioïdes sur l'espérance de vie au Canada a été documentée avant la pandémie. Cependant, l'effet des causes de décès autres que la COVID-19 sur l'espérance de vie pendant la pandémie n'a pas été largement étudié.

La présente étude avait pour objectif de cerner et de quantifier les causes de décès ayant contribué à la baisse de l'espérance de vie à la naissance pendant la pandémie de COVID-19. En outre, les causes de décès qui ont contribué de manière positive à l'espérance de vie au cours de cette période ont été examinées à des fins contextuelles. Pour ce faire, l'écart dans l'espérance de vie selon la cause de décès a été décomposé de la période précédant la pandémie à la période pandémique à l'aide de la méthode d'Arriaga¹⁶. Les résultats selon la province et le sexe à la naissance ont aussi été étudiés, puisqu'il est peu probable que la COVID-19, les décès liés aux opioïdes et les autres causes de décès pertinentes aient entraîné les mêmes répercussions sur l'espérance de vie à la naissance dans tous les groupes démographiques.

Données et méthodes

Sources de données

Les données utilisées dans la présente analyse comprennent tous les décès survenus au Canada de 2017 à 2022 et ont été tirées de la Base canadienne de données de l'état civil — Décès (BCDECD). La cause initiale de décès a été définie à l'aide de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e édition (CIM-10). Les groupes des causes initiales de décès ont été créés en fonction des 53 principales causes de décès actuellement publiées par Statistique Canada. Ces groupes, qui ont subi des modifications mineures¹⁷, se trouvent dans le tableau 1 de l'annexe. La première modification a été l'agrégation de la maladie d'Alzheimer et de la démence. L'exception la plus notable concerne la catégorisation des décès liés aux opioïdes. Celle-ci reposait en outre sur plusieurs données en ce qui a trait aux causes de décès, lesquelles précisait le type de substance ayant joué un rôle dans ce dernier. Cette modification s'explique par le fait que les codes des causes initiales de décès ne permettent pas d'isoler les décès liés aux opioïdes. Enfin, la catégorie « autres causes de mortalité mal définies et non précisées » (R99) de la CIM-10 a également été ajoutée en sus des regroupements traditionnels. L'imputation de la cause du décès a été effectuée pour les cas R99 de la BCDECD pour lesquels on retrouvait un cas correspondant dans la Base canadienne de données des coroners et des médecins légistes (BCDCML). Un suicide et un homicide soupçonnés d'être la cause du décès dans la BCDCML ont été attribués respectivement aux groupes « lésions auto-infligées (suicide) » et « agressions (homicide) », au lieu de recevoir le code R99. Les estimations de population sur lesquelles sont fondés les calculs de l'espérance de vie ont été tirées des estimations démographiques de mi-année de Statistique Canada¹⁸.

Tables de mortalité

Les estimations de l'espérance de vie à la naissance proviennent des tables de mortalité complètes calculées à l'aide des méthodes décrites par Chiang (1961)^{19,20}. Les tables de mortalité s'appuyaient sur des groupes d'âge d'une seule année, et les groupes d'âge ouverts étaient fixés à 100 ans ou plus. Le nombre de décès et les estimations de population ont été agrégés sur deux périodes distinctes, soit de 2017 à 2019 et de 2020 à 2022, pour former respectivement une période précédant la pandémie et une période pandémique. Des estimations ont été produites pour chacune des provinces canadiennes selon le sexe à la naissance. Les territoires ont été exclus de la désagrégation infranationale en raison de la petite taille de leur population. L'écart dans l'espérance de vie a été calculé en soustrayant les estimations de l'espérance de vie à la naissance obtenues aux deux moments temporels. Ensuite, des

intervalles de confiance (IC) de 95 % ont été calculés pour les estimations de l'écart dans l'espérance de vie en additionnant les variances associées aux deux estimations de l'espérance de vie, en supposant des variances indépendantes⁸.

Décomposition de l'écart dans l'espérance de vie

L'écart dans l'espérance de vie observé de la période précédant la pandémie à la période pandémique a été décomposé à l'aide de la méthode d'Arriaga (1984)¹⁶. Bien que diverses méthodes de décomposition de l'espérance de vie existent, par exemple celles de Pollard (1982) et de Lopez et Ruzicka (1977), elles ont toutes donné lieu à des résultats comparables²¹. En résumé, la méthode d'Arriaga consiste d'abord à décomposer l'écart dans l'espérance de vie par groupe d'âge. Pour ce faire, on quantifie puis on additionne les effets directs et indirects ainsi que les effets d'interaction, qui sont les trois façons dont un groupe d'âge peut contribuer à un écart dans l'espérance de vie. Ce calcul permet ainsi d'obtenir le nombre net d'années équivalant à la contribution de chaque groupe d'âge quant à la variation dans l'espérance de vie¹⁶. Les contributions propres à l'âge sont ensuite réparties selon la cause du décès. On suppose que les variations de l'espérance de vie attribuables à un groupe d'âge donné, pour une cause de décès particulière, sont directement proportionnelles aux variations du taux global de mortalité pour ce même groupe d'âge, qui peuvent être attribuées à une variation de la mortalité pour cette cause de décès. Autrement dit, à un âge donné, une variation de la mortalité pour une cause de décès donnée entraîne un changement du taux global de mortalité qui mène ensuite à une variation directe de l'espérance de vie^{22, 23}. Les contributions propres à l'âge et à la cause de l'écart dans l'espérance de vie sont ensuite additionnées par cause de décès afin de fournir la contribution nette à l'écart dans l'espérance de vie (en nombre d'années) de chaque cause de décès.

Résultats

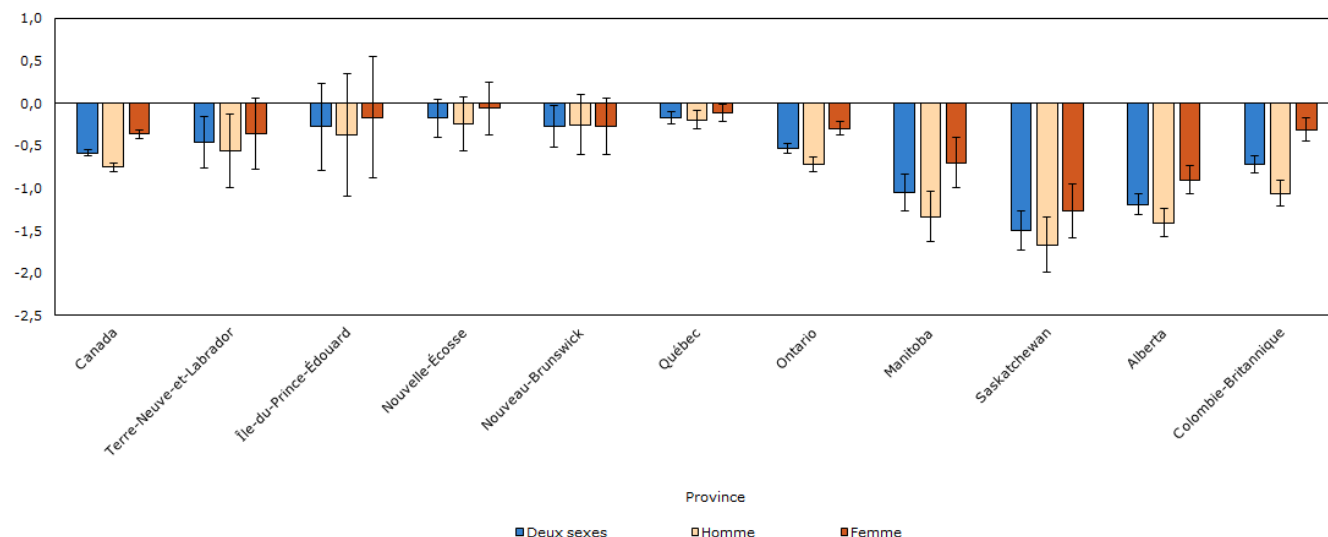
Écart dans l'espérance de vie, selon la province et le sexe

À l'échelle nationale, l'espérance de vie à la naissance a diminué de 0,58 an (IC de 95 % : 0,55 à 0,62) de la période allant de 2017 à 2019 à celle allant de 2020 à 2022 pour les deux sexes. L'espérance de vie a également affiché un recul dans toutes les provinces. Une diminution de l'espérance de vie d'une plus grande ampleur a été observée dans les provinces des Prairies (Manitoba, Saskatchewan et Alberta) et en Colombie-Britannique, comparativement à d'autres provinces; la baisse enregistrée allait de 0,72 an (IC de 95 % : 0,62 à 0,82) en Colombie-Britannique à 1,50 an (IC de 95 % : 1,27 à 1,73) en Saskatchewan pour les deux sexes (graphique 1). Les provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick) ont enregistré certaines des plus faibles baisses par rapport aux autres provinces. La diminution de l'espérance de vie des hommes semblait plus importante que celle des femmes, dans toutes les provinces, à l'exception du Nouveau-Brunswick.

Graphique 1

Écart dans l'espérance de vie à la naissance de la période allant de 2017 à 2019 à celle allant de 2020 à 2022, selon la province et le sexe, avec intervalles de confiance de 95 %

écart dans l'espérance de vie (en nombre d'années)

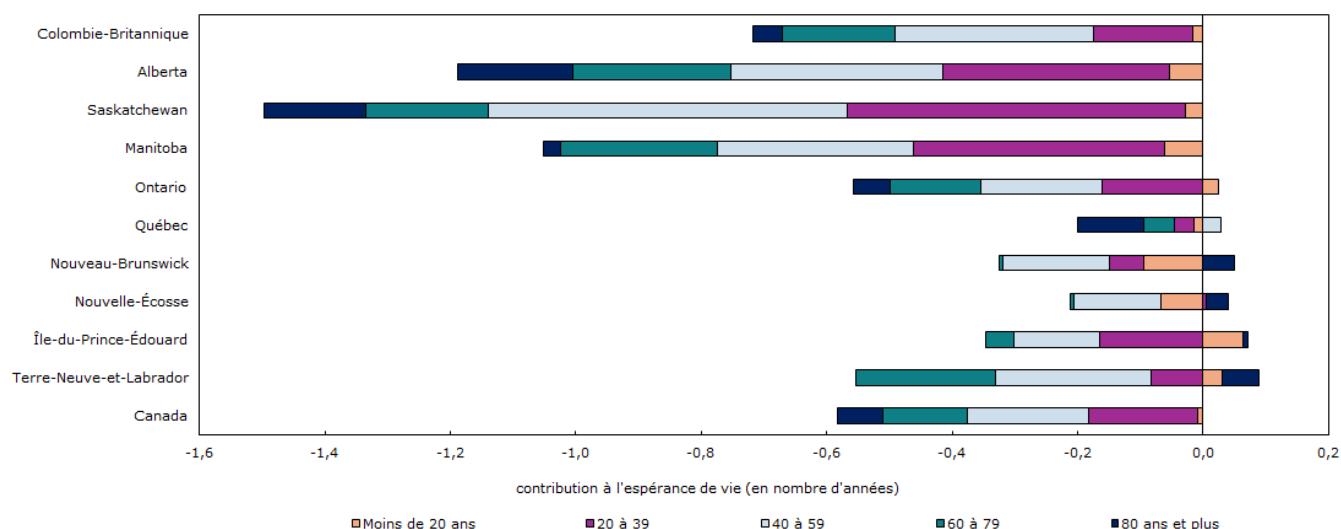


Source : Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil — Décès, février 2025.

Écart dans l'espérance de vie, selon l'âge

Les contributions de l'âge à l'écart dans l'espérance de vie ont été agrégées au moyen de cinq groupes de catégories d'âge de 20 ans, à l'exception des personnes de moins de 20 ans, lesquelles formaient le premier groupe, et des personnes de 80 ans et plus, lesquelles formaient le dernier groupe, comme l'indique le graphique 2. À l'échelle nationale, la tranche d'âge des personnes de 40 à 59 ans, qui a réduit l'espérance de vie de 0,19 an, a affiché la plus forte contribution négative à l'écart dans l'espérance de vie. Venait ensuite la tranche des personnes de 20 à 39 ans, qui a diminué l'espérance de vie de 0,17 an. L'Ontario, la Colombie-Britannique et les provinces des Prairies ont affiché des contributions majoritairement proportionnelles pour ce qui est de l'âge au Canada. Cependant, le Québec et les provinces de l'Atlantique ont enregistré une tendance générale moins constante, certains groupes plus âgés ayant contribué à une augmentation de l'espérance de vie dans les provinces de l'Atlantique.

Graphique 2
Écart dans l'espérance de vie à la naissance de la période allant de 2017 à 2019 à celle allant de 2020 à 2022, selon le groupe d'âge et la province



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil — Décès, février 2025.

Écart dans l'espérance de vie, selon la cause

La COVID-19 est le principal facteur ayant contribué à la baisse de l'espérance de vie observée au Canada de la période allant de 2017 à 2019 à celle allant de 2020 à 2022. Elle a réduit l'espérance de vie à la naissance de 0,46 an pour les deux sexes. Le graphique 3 montre que les principaux facteurs ayant contribué à la baisse de l'espérance de vie après la COVID-19 sont les autres causes de mortalité mal définies et non précisées ainsi que les décès liés aux opioïdes, qui ont fait reculer l'espérance de vie de 0,23 an et de 0,21 an, respectivement. À des fins contextuelles, les autres causes de mortalité mal définies et non précisées sont principalement des cas pour lesquels le décès fait l'objet d'une enquête (voir la section sur les limites pour obtenir de plus amples renseignements).

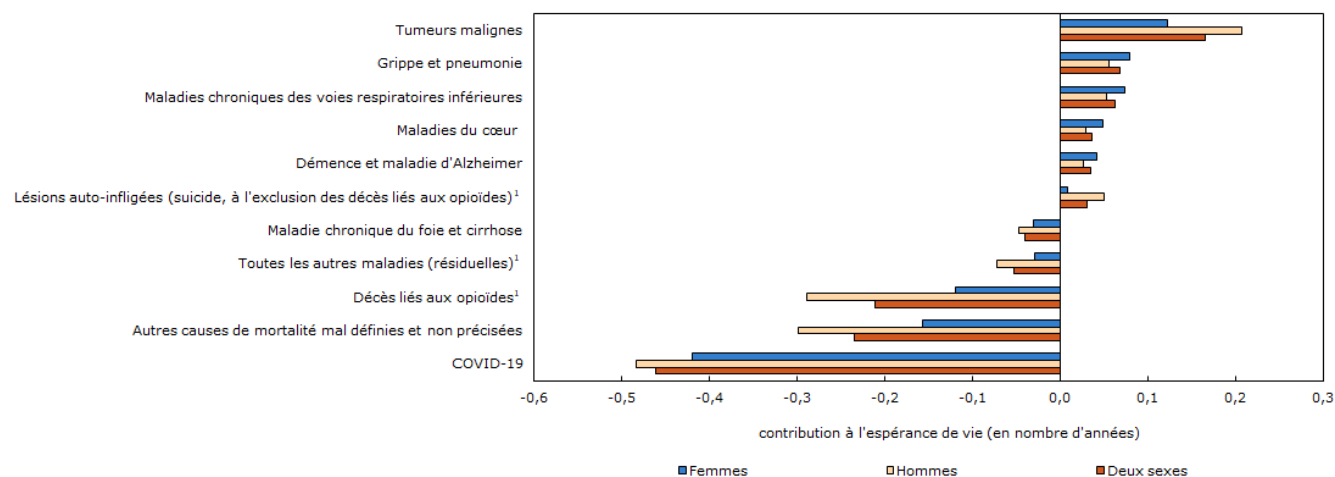
En revanche, les causes initiales de décès ayant contribué à une augmentation de l'espérance de vie sont les tumeurs malignes (+0,17 an), la grippe et les pneumonies (+0,07 an), ainsi que les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (+0,06 an). Bien qu'ils ne soient pas indiqués dans le graphique 3, les cancers du poumon, des bronches et de la trachée sont les principaux facteurs ayant contribué à une hausse de l'espérance de vie pour ce qui est des personnes atteintes d'un cancer; cela se traduit par une augmentation de 0,09 an de l'espérance de vie.

En ce qui concerne les différences de l'espérance de vie entre les sexes, on observe de légers écarts entre les hommes et les femmes en ce qui a trait aux facteurs ayant eu un effet positif. Ce n'est toutefois pas le cas pour les lésions auto-infligées (suicide), dont la contribution positive est plus importante chez les hommes (voir la section sur les limites pour obtenir plus de renseignements). Pour ce qui est des facteurs ayant eu un effet négatif sur l'espérance de vie, la COVID-19 a entraîné un léger écart entre les sexes. Les décès liés aux opioïdes et les autres causes de mortalité mal définies et non précisées ont quant à eux contribué à des réductions bien plus importantes de l'espérance de vie chez les hommes (0,29 et 0,30 an, respectivement) que chez les femmes (0,12 et 0,16 an, respectivement).

Graphique 3

Facteurs contribuant à l'écart dans l'espérance de vie à la naissance qui figurent parmi les principales causes de décès de la période allant de 2017 à 2019 à celle allant de 2020 à 2022, selon le sexe, Canada

Cause initiale de décès



1. Indique une cause de décès pour laquelle il pourrait y avoir encore un nombre important de cas en cours d'enquête qui sont actuellement classés parmi les autres causes de mortalité mal définies et non précisées (voir la section sur les limites pour obtenir plus de renseignements).

Notes : Les décès liés aux opioïdes comprennent les cas pour lesquels les opioïdes faisaient partie des facteurs ayant contribué au décès. Les opioïdes prévalent sur la cause initiale de décès indiquée. Seules les causes de décès dont la contribution à l'espérance de vie est supérieure à 0,01 an ou inférieure à -0,01 an sont indiquées à la figure 3, bien que les résultats complets pour les 53 principales causes de décès soient disponibles en annexe (tableau 1).

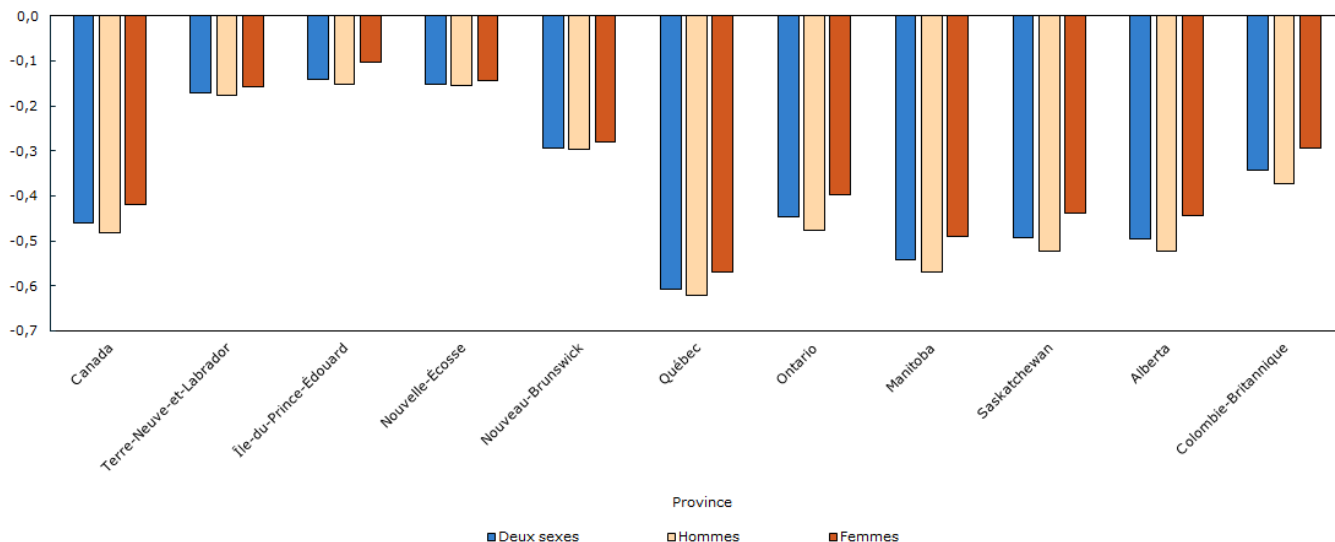
Source : Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil — Décès, février 2025.

En ce qui concerne les provinces, la contribution de la COVID-19 au recul de l'espérance de vie était plus importante au Québec, où elle a entraîné une réduction de 0,61 an à ce chapitre pour les deux sexes, comme le montre le graphique 4. Dans l'ensemble, les contributions de la COVID-19 étaient relativement semblables aux estimations nationales dans les provinces des Prairies, en Colombie-Britannique et en Ontario, la baisse variant de 0,34 an en Colombie-Britannique à 0,54 an au Manitoba. On observe, pour les provinces de l'Atlantique, des contributions moindres de la COVID-19, la diminution allant de 0,14 an à l'Île-du-Prince-Édouard à 0,30 an au Nouveau-Brunswick. Les diverses provinces ont enregistré de faibles écarts entre les sexes quant aux contributions à l'espérance de vie attribuables à la COVID-19, celles-ci étant légèrement plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

Graphique 4

Contribution de la COVID-19 à l'écart dans l'espérance de vie à la naissance de la période allant de 2017 à 2019 à celle allant de 2020 à 2022, selon la province et le sexe

contribution à l'espérance de vie (en nombre d'années)



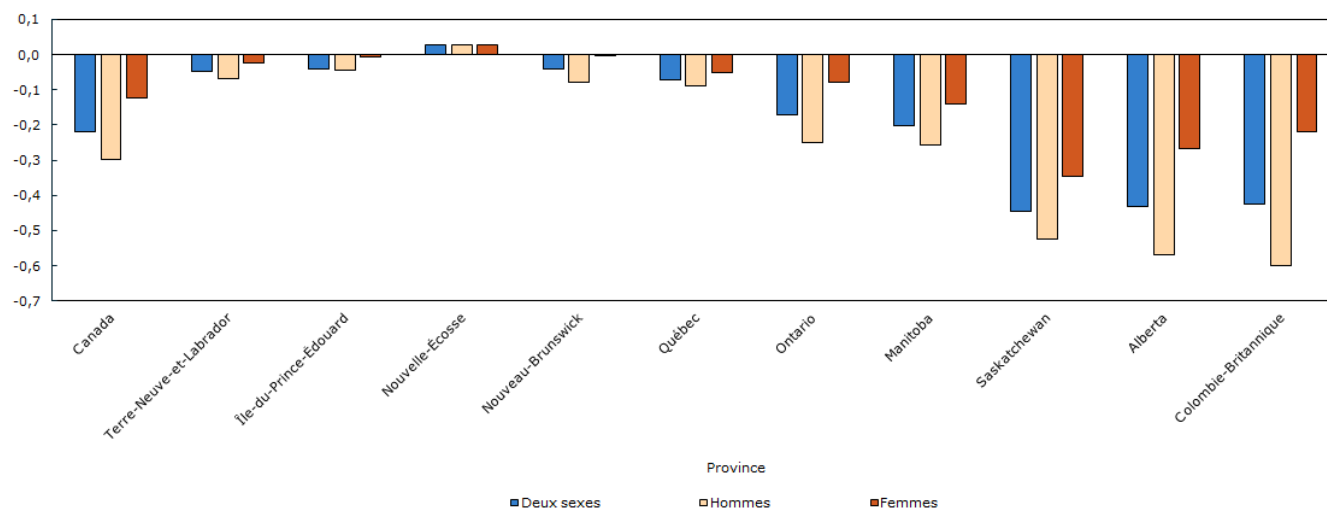
Source : Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil — Décès, février 2025.

Le graphique 5 montre que la contribution des décès liés aux opioïdes à la baisse de l'espérance de vie était la plus faible au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, cette cause de décès ayant contribué à la hausse de l'espérance de vie en Nouvelle-Écosse. Les plus grandes contributions négatives des décès liés aux opioïdes ont été observées en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, qui ont toutes enregistré une réduction de l'espérance de vie de 0,42 à 0,44 an pour les deux sexes. Les disparités entre les sexes quant à la contribution à l'espérance de vie des décès liés aux opioïdes étaient pour la plupart constantes dans l'ensemble des provinces, les plus marquées étant observées en Ontario, en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique. On remarque chez les hommes des contributions négatives constantes à l'espérance de vie attribuables à cette cause de décès qui sont plus importantes que chez les femmes. La plus grande disparité est relevée en Colombie-Britannique, où l'espérance de vie des hommes a affiché une réduction de 0,60 an, comparativement à 0,22 an chez les femmes.

Graphique 5

Contribution des décès liés aux opioïdes à l'écart dans l'espérance de vie à la naissance de la période allant de 2017 à 2019 à celle allant de 2020 à 2022, selon la province et le sexe

contribution à l'espérance de vie (en nombre d'années)



Note : Les décès liés aux opioïdes comprennent les cas pour lesquels les opioïdes font partie des facteurs ayant contribué au décès. Les opioïdes prévalent sur la cause initiale de décès indiquée.

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil — Décès, février 2025.

Discussion

L'espérance de vie au Canada a diminué de 0,96 an de 2019 à 2022, soit pendant la pandémie⁴. Bien qu'il s'agisse d'un phénomène principalement mondial, les répercussions de la pandémie sur l'espérance de vie n'ont pas été ressenties de manière uniforme. Des pays comparables comme l'Angleterre et le Pays de Galles (-0,5 an), la Suède (+0,08 an) et les États-Unis (-1,04 an) ont affiché des variations de l'espérance de vie au cours de la même période²⁴. L'objectif principal de la présente analyse était de cerner les causes de décès ayant contribué à la baisse de l'espérance de vie observée au Canada pendant la pandémie de COVID-19. Les résultats ont montré que la COVID-19 était le principal facteur ayant contribué de manière négative à la baisse de l'espérance de vie, suivie des autres causes de mortalité mal définies et non précisées ainsi que des décès liés aux opioïdes. En outre, les cancers sont les principaux facteurs ayant entraîné une contribution positive à l'espérance de vie au cours de cette période.

Il est bien établi que les décès observés chez les groupes d'âge plus jeunes ont tendance à influencer davantage sur les estimations des tables de mortalité traditionnelles, et sur l'espérance de vie en général,

que ceux recensés chez les groupes plus âgés. Bien que la COVID-19 ait fait 50 322 morts au Canada de 2020 à 2022¹⁷, 80 % des décès qu'elle a causés concernaient des personnes de 70 ans et plus²⁵, ce qui pourrait atténuer ses répercussions sur l'espérance de vie. Cependant, le nombre élevé de décès attribuables à la COVID-19 a été le principal facteur de la baisse de l'espérance de vie durant cette période. Divers facteurs peuvent expliquer les écarts dans la contribution de la COVID-19 à la baisse de l'espérance de vie dans l'ensemble du Canada, ce qui témoigne non seulement des dynamiques pandémiques particulières, comme la densité de population et le nombre de déplacements, mais aussi des mesures de santé publique distinctes mises en œuvre à l'échelle provinciale²⁶. Contrairement au Québec, à l'Ontario et aux provinces des Prairies, les provinces de l'Atlantique ont recensé un moins grand nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 lors de la propagation initiale de la pandémie en raison d'interventions précoces de santé publique et de déplacements restreints²⁷. Ces mesures se sont probablement traduites par des contributions de la COVID-19 relativement plus faibles à l'espérance de vie dans les provinces de l'Atlantique comparativement aux autres provinces.

La COVID-19 touche de manière disproportionnée les personnes âgées présentant de multiples comorbidités. Parmi les comorbidités les plus courantes associées au taux de mortalité de la COVID-19 — chez tous les groupes d'âge et à différents stades de la pandémie — figurent la démence et la maladie d'Alzheimer, les pneumonies et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures^{6, 28}. Compte tenu de la population à risque, il est très probable qu'une certaine proportion de l'écart dans l'espérance de vie estimée attribuable à la COVID-19 s'explique par le déplacement de la mortalité. Il s'agit d'un phénomène selon lequel un grave problème de santé publique entraîne des décès, attribuables à d'autres causes, qui seraient probablement survenus dans un avenir rapproché²⁸. Par exemple, les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sont des comorbidités établies du taux de mortalité liée à la COVID-19²⁸. La MPOC, ainsi que la grippe et les pneumonies ont également contribué positivement à l'écart dans l'espérance de vie pour le Canada, la contribution de la MPOC étant potentiellement liée au déplacement de la mortalité. Cependant, étant donné que la grippe et les pneumonies sont des maladies transmissibles comme la COVID-19, cette diminution résulte probablement de la combinaison du déplacement de mortalité et de la baisse réelle du taux de mortalité découlant des effets indirects des mesures de santé publique prises pour réduire la propagation de la COVID-19²⁹. De manière similaire, la baisse de l'incidence du cancer du poumon et du taux de mortalité qui lui est attribuable ces dernières années, ainsi que l'amélioration du taux de survie, est probablement le principal facteur ayant contribué à l'augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes d'un cancer³⁰. La littérature laisse entendre que les effets indirects de la pandémie ont pu avoir une incidence sur le diagnostic et le traitement du cancer³⁰⁻³², bien que ces répercussions ne soient pas pleinement recensées dans la présente analyse.

Les décès liés aux opioïdes sont le troisième facteur en importance ayant contribué à la baisse de l'espérance de vie au Canada. La mortalité liée aux opioïdes est devenue un problème de plus en plus important au pays au cours de la dernière décennie et s'est aggravée pendant la pandémie¹⁴. Dans l'ensemble, les résultats sont cohérents avec les tendances régionales et les tendances se rapportant aux groupes d'âge en ce qui concerne cette cause de décès au Canada; la Colombie-Britannique, les Prairies et l'Ontario sont les régions les plus touchées¹⁴. La Colombie-Britannique représente la province affichant le plus haut taux de mortalité liée aux opioïdes³³. Elle est également la province pour laquelle on a observé une contribution négative plus importante des décès liés aux opioïdes que des décès en raison de la COVID-19 pour les deux sexes, ce qui est cohérent avec les résultats d'une étude similaire⁷.

Dans le passé, l'espérance de vie à la naissance était traditionnellement plus élevée chez les femmes que chez les hommes au Canada, bien que l'écart ait fluctué au fil du temps³⁴. Le graphique 4 montre les écarts selon le sexe en ce qui concerne l'espérance de vie nette attribuable à une cause précise. Elle indique que l'écart de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes a augmenté pendant la pandémie. À des fins de contexte, l'écart de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes est passé de 4,21 ans en 2019 à 4,48 ans en 2022⁴. La contribution de la COVID-19 et de toutes les autres

causes de décès (résiduels) à l'écart dans l'espérance de vie a révélé des différences modestes entre les hommes et les femmes. Cependant, les décès liés aux opioïdes et à d'autres causes de mortalité mal définies et non précisées présentaient les plus grandes différences pour ce qui est de la contribution à l'espérance de vie entre les sexes. Cette constatation donne à penser que ces deux causes de décès sont les principaux facteurs contribuant à l'écart croissant de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes observé pendant la pandémie.

Bien que la COVID-19 ait été le principal facteur de la baisse de l'espérance de vie pendant la pandémie, il est important de noter les effets indirects ayant potentiellement découlé de cette cause de décès et des mesures de santé publique connexes. Les programmes de soutien et d'atténuation des risques liés aux opioïdes ont été considérablement perturbés pendant la pandémie, ce qui a entraîné une augmentation de la consommation d'opioïdes et un moins grand nombre de mesures de soutien au Canada³⁵. À l'échelle mondiale, les sentiments d'anxiété et d'isolement ont également contribué à l'augmentation de la consommation de substances¹⁴. L'accès insuffisant aux services et l'isolement, combinés à une augmentation de l'approvisionnement en drogues toxiques, ont contribué à expliquer la forte hausse du nombre de décès liés aux opioïdes au Canada pendant la pandémie¹⁴. En outre, comme une proportion importante de décès faisant encore l'objet d'enquêtes sont actuellement classés dans les autres causes de mortalité mal définies et non précisées, la contribution négative des décès liés aux opioïdes à l'espérance de vie est fort probablement plus importante et pourrait potentiellement être comparable à celle de la COVID-19. D'autres recherches sont nécessaires pour comprendre l'incidence directe de la pandémie sur la consommation d'opioïdes et le taux de mortalité connexe au sein de divers groupes démographiques.

Limites

La principale limite liée à la présente étude concerne le processus de transmission des enregistrements de décès des bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil à Statistique Canada, ainsi que leur éventuel enregistrement dans la BCDECD. Même si presque tous les enregistrements sont reçus dans l'année suivant la date du décès, les causes du décès ne sont pas toujours envoyées avec ce premier avis. Les retards peuvent varier considérablement selon la province et le territoire. Environ 82 % des autres causes de mortalité mal définies et non précisées de 2020 à 2022 concernent des cas pour lesquels les résultats de l'enquête du coroner ou le certificat médical indiquant la cause du décès n'ont pas été reçus (ce qui suppose qu'une enquête est probablement en cours). Seule une petite proportion de ces cas sont classés définitivement dans la catégorie des décès de cause inconnue ou mal définie. Outre les retards, il peut aussi y avoir des différences dans la manière dont les décès sont certifiés par les coroners au Canada, notamment dans le cas de la COVID-19. O'Brien et coll. l'expliquent plus en détail⁶.

Cette limite peut donner lieu à une sous-estimation de la contribution à l'espérance de vie des causes de décès nécessitant une enquête par un coroner, telles que les décès liés aux opioïdes, les suicides, les homicides et d'autres types d'accidents. Les enquêtes en cours étaient davantage susceptibles d'être résolues avant la pandémie (2017 à 2019) que pendant la période plus récente de la pandémie (2020 à 2022). Ce biais temporel entraîne une sous-estimation du nombre de décès attribuables à certaines causes ces dernières années, ce qui se traduit par une inflation positive de la contribution à l'écart dans l'espérance de vie pour ces causes de décès. Au fur et à mesure que ces enquêtes en cours seront résolues, la grande contribution négative à la variation dans l'espérance de vie associée à d'autres causes de mortalité mal définies et non précisées sera finalement répartie entre les décès liés aux opioïdes, les suicides, les homicides et d'autres types d'accidents. En l'absence de données plus récentes sur les causes de décès, l'ampleur réelle de la contribution des décès liés aux opioïdes et des suicides à l'espérance de vie demeure inconnue.

La méthode de décomposition d'Arriaga peut sous-estimer les contributions des causes de décès qui touchent principalement les groupes plus âgés en raison des modalités de calcul de la décomposition par âge³⁶. Cependant, les différences globales dans les estimations entre la méthode d'Arriaga et d'autres méthodes, comme celle de Pollard (1982), semblent minimales³⁷.

Conclusion

La décomposition de l'espérance de vie présentée dans cette étude illustre le rôle de la COVID-19 et des décès liés aux opioïdes dans la baisse notable de l'espérance de vie pendant la pandémie et les répercussions différentes selon les sexes et les provinces au Canada. En revanche, les cancers et les causes de décès associées au déplacement de la mortalité attribuable à la COVID-19 comptent parmi les principaux facteurs ayant contribué positivement à l'écart de l'espérance de vie et ont atténué certaines des contributions négatives observées pour d'autres causes. Les variations marquées dans l'espérance de vie attribuables aux décès liés aux opioïdes dans la présente analyse pourraient être associées aux effets indirects de la pandémie, bien que cela ne soit pas facilement mesurable. Des questions subsistent quant à l'ampleur réelle de la contribution des décès liés aux opioïdes, qui auront probablement une incidence négative plus importante sur l'espérance de vie lorsque des données plus récentes seront disponibles.

Annexe

Tableau 1 de l'annexe

Contributions nettes à l'espérance de vie des 53 grands groupes de causes de décès, selon le sexe, Canada

Groupe de causes	Code CIM	Contribution à l'espérance de vie (en nombre d'années)		
		Homme	Femme	Deux sexes
Infections à Salmonella	A01-A02	0,0000	0,0000	0,0000
Shigellose et amibiase	A03, A06	-0,0001	0,0001	0,0000
Tuberculose	A16-A19	-0,0005	-0,0019	-0,0012
Scarlatine et érysipèle	A38, A46	0,0000	0,0000	0,0000
Infection à méningocoques	A39	-0,0003	0,0002	0,0000
Sepsie	A40-A41	0,0046	0,0064	0,0055
Syphilis	A50-A53	-0,0004	0,0000	-0,0002
Poliomyélite aiguë	A80	0,0000	0,0000	0,0000
Encéphalite virale transmise par des arthropodes	A83-A84, A85.2	0,0000	-0,0001	0,0000
Rougeole	B05	0,0001	0,0000	0,0001
Hépatite virale	B15-B19	0,0061	0,0043	0,0053
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH]	B20-B24	-0,0001	-0,0002	-0,0002
Malaria	B50-B54	0,0000	0,0000	0,0000
Tumeurs malignes	C00-C97	0,2069	0,1225	0,1658
Tumeurs in situ, tumeurs bénignes et tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	D00-D48	-0,0010	0,0022	0,0004
Anémies	D50-D64	-0,0004	-0,0015	-0,0009
Diabète sucré	E10-E14	-0,0043	-0,0063	-0,0055
Carences nutritionnelles	E40-E64	-0,0014	-0,0016	-0,0015
Méningite	G00, G03	0,0000	0,0011	0,0006
Maladie de Parkinson	G20-G21	-0,0020	-0,0029	-0,0029
Démence et maladie d'Alzheimer	F00-F03, G30	0,0267	0,0422	0,0350
Maladies du cœur	I00-I09, I11, I13, I20-I51	0,0296	0,0485	0,0368
Hypertension artérielle essentielle (primaire) et néphropathie hypertensive	I10, I12, I15	-0,0068	-0,0093	-0,0081
Maladies cérébrovasculaires	I60-I69	0,0182	0,0246	0,0218
Athérosclérose	I70	0,0019	0,0031	0,0025
Anévrisme aortique et dissection	I71	0,0040	0,0037	0,0038
Grippe et pneumonie	J09-J18	0,0556	0,0791	0,0675
Bronchite aiguë et bronchiolite aiguë	J20-J21	0,0009	0,0007	0,0008
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	J40-J47	0,0527	0,0740	0,0629
Pneumoconioses et effets chimiques	J60-J66, J68	0,0002	-0,0004	-0,0001
Pneumopathie due à des substances solides et liquides	J69	-0,0068	-0,0029	-0,0052
Ulcère gastroduodénal	K25-K28	-0,0036	-0,0010	-0,0024
Maladies de l'appendice	K35-K38	-0,0002	0,0001	0,0000
Hernie	K40-K46	-0,0003	-0,0013	-0,0008
Maladie chronique du foie et cirrhose	K70, K73-K74	-0,0471	-0,0306	-0,0397
Cholélithiase et autres maladies de la vésicule biliaire	K80-K82	-0,0035	-0,0008	-0,0023
Néphrite, syndrome néphrotique et néphrose	N00-N07, N17-N19, N25-N27	-0,0088	-0,0055	-0,0076
Infections rénales	N10-N12, N13.6, N15.1	-0,0014	-0,0007	-0,0011
Hyperplasie de la prostate	N40	-0,0020	0,0000	-0,0012
Affections inflammatoires des organes pelviens de la femme	N70-N76	0,0000	-0,0013	-0,0006
Grossesse, accouchement et puerpéralité	O00-O99	0,0000	-0,0004	-0,0002
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	P00-P96	0,0060	0,0029	0,0045
Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques	Q00-Q99	0,0064	0,0062	0,0064
COVID-19	U07.1, U07.2, U10.9	-0,4831	-0,4195	-0,4612
Décès liés aux opioïdes ¹	F11, T401-T404, T406	-0,2892	-0,1188	-0,2106
Accidents (blessures involontaires) ¹	V01-X59, Y85-Y86	0,0272	0,0001	0,0138
Lésions auto-infligées (suicide) ¹	X60-X84, Y87.0	0,0505	0,0085	0,0311
Agression (homicide) ¹	X85-Y09, Y87.1	-0,0104	0,0004	-0,0054
Intervention de la force publique	Y35, Y89.0	0,0002	0,0002	0,0002
Faits de guerre et leurs séquelles	Y36, Y89.1	0,0000	0,0000	0,0000
Complications de soins médicaux et chirurgicaux	U12.9, Y40-Y84, Y88	-0,0025	-0,0012	-0,0019
Autres causes de mortalité mal définies et non précisées	R99	-0,2990	-0,1564	-0,2343
Toutes les autres maladies (résiduelles)	...	-0,0724	-0,0290	-0,0532
... n'ayant pas lieu de figurer				

1. Indique une cause de décès pour laquelle il pourrait y avoir encore un nombre important de cas en cours d'enquête qui sont actuellement classés parmi les autres causes de mortalité mal définies et non précisées (voir la section sur les limites pour obtenir plus de renseignements).

Notes : CIM = Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Les groupes de causes « Agression (homicide) » et « lésions auto-infligées (suicide) » ont fait l'objet d'imputations à partir de la Base canadienne de données des coroners et des médecins légistes dans les cas où la cause initiale n'était pas connue. Les décès liés aux opioïdes comprennent les cas pour lesquels les opioïdes font partie des facteurs ayant contribué au décès. Les opioïdes prévalent sur la cause initiale de décès indiquée.

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil — Décès, février 2025.

Références

1. Raleigh, V.S. (2019). Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvement slowing?, documents de travail de l'OCDE sur la santé, février, vol. 108.
2. Cao, G., Liu, J., Liu, M. et Liang, W. (2023, octobre). Effects of the COVID-19 pandemic on life expectancy at birth at the global, regional, and national levels: A joinpoint time-series analysis, *Journal of Global Health*.
3. Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE). (2024). *Society at a Glance 2024: OECD Social Indicators*, OCDE.
4. Statistique Canada. (2024). [Espérance de vie et autres éléments de la table complète de mortalité, estimations sur un an, Canada, toutes les provinces sauf l'Île-du-Prince-Édouard](https://doi.org/10.25318/1310083701-fra), [en ligne] [cité le 30 octobre 2025]. Accessible à l'adresse : <https://doi.org/10.25318/1310083701-fra>.
5. Ge, E., Li, Y., Wu, S., Candido, E. et Xialin, W. (2021, octobre). Association of pre-existing comorbidities with mortality and disease severity among 167,500 individuals with COVID-19 in Canada: A population-based cohort study, *PLOS One*, vol. 16, no 10.
6. O'Brien, K., St-Jean, M., Wood, P., Willbond, S., Phillips, O., Currie, D. et Turcotte, M. (2020, novembre). COVID-19 death comorbidities in Canada. *StatCan COVID-19: Data to Insights for a Better Canada*.
7. Ye, X., Sevcenco, I., Mercer, R., Ngo, H., Parker, A., Dao, V. et coll. (2025). Changes in life expectancy at birth during the COVID-19 pandemic and contributions by cause of death in British Columbia, Canada, *Health Rep*, vol. 36, no 2, p. 1 à 14.
8. Dion, P. (2021, juin). Reductions in life expectancy directly associated with COVID-19 in 2020, documents démographiques.
9. Ganesh, A., Stang, M. J., McAlister, A. F., Shlakhter, O., Holodinsky, K. J., Mann, B. et coll. (2022, mars). Changes in ischemic stroke presentations, management and outcomes during the first year of the COVID-19 pandemic in Alberta: A population study, *CMAJ*, vol. 194, no 12, p. E444 à E455.
10. Sadana, D., Granton, D., Adhikari, N. K. J., Pinto, R., Murthy, S. et Fowler, R. A. (2024, décembre). Trends in characteristics, interventions, and outcomes of hospitalized patients with COVID-19 in Canada: A multicentre prospective cohort study, *Can J Anaesth*, vol. 71, no 12, p. 1745 à 1754.
11. Farah, E., Ali, R., Tope, P., El-Zein, M. et Franco, E. L. (2021, février). A Review of Canadian Cancer-Related Clinical Practice Guidelines and Resources during the COVID-19 Pandemic, *Current Oncology*, p. 1020 à 1033.
12. Agence de la santé publique du Canada. (2024). [Crise des surdoses au Canada et approvisionnement en drogues illégales toxiques](https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/crises-surdoses-approvisionnement-drogues-illegales-toxiques.html), [en ligne], [cité le 30 octobre 2025]. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/crises-surdoses-approvisionnement-drogues-illegales-toxiques.html>.

13. Statistique Canada. (2019). Variation de l'espérance de vie selon certaines causes de décès, 2017, *Le Quotidien*.
14. Ledlie, S., Juurlink, D. N., Tadrous, M., Mamdani, M., Paterson, M. J. et Gomes, T. (2024, avril). Opioid-related deaths between 2019 and 2021 across 9 Canadian provinces and territories, *CMAJ*, vol. 196, no 14, p. E469 à E476.
15. Commission de la santé mentale du Canada. (2022). Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Gros plan sur les régions et les facteurs clés.
16. Arriaga, E. E. (1984, février). Measuring and explaining the change in life expectancies, *Demography*, vol. 21, no 1, p. 83 à 96.
17. Statistique Canada. (2025). [Principales causes de décès, population totale \(normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011\)](https://doi.org/10.25318/1310080101-fra), [en ligne], [cité le 30 octobre 2025]. Accessible à l'adresse : <https://doi.org/10.25318/1310080101-fra>.
18. Statistique Canada. (2024). [Estimations de la population au 1er juillet, par âge et genre](https://doi.org/10.25318/1710000501-fra), [en ligne], [cité le 1er septembre 2025]. Accessible à l'adresse : <https://doi.org/10.25318/1710000501-fra>.
19. Chiang, C. L. (1968). Introduction to stochastic processes in biostatistics, dans *The life table and its construction*, New York, John Wiley & Sons, p. 189 à 214.
20. Newell, C. (1994). Mortality and life tables, dans *Methods and Models in Demography*, New York, John Wiley & Sons, p. 63 à 81.
21. Ponnappalli, K. M. (2005). A comparison of different methods for decomposition of changes in expectation of life at birth and differentials in life expectancy at birth, *Demographic Research*, vol. 12, no 7, p. 141 à 172.
22. Arriaga, E. E. (1995). Changing trends in mortality decline during the last decades, dans Ruzicka, L., Wunsch, G., Kane, P., *Differential mortality: Methodological issues and biosocial factors*, Oxford, Clarendon Press, p. 105 à 129.
23. Preston, S. H., Heuveline, P. et Guillot, M. (2001). *Demography: Measuring and modeling population processes*, Oxford, Blackwell.
24. Polizzi, A., Zhang, L., Timonin, S., Gupta, A., Dowd, J.B., Leon, D.A. et coll. (2025, janvier). Indirect effects of the COVID-19 pandemic: A cause-of-death analysis of life expectancy changes in 24 countries, 2015 to 2022, vol. 4, no 1, p. 508.
25. Agence de la santé publique du Canada. (2024). [Mise à jour sur l'épidémiologie de la COVID-19 : Mise à jour courante](https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/mise-a-jour-courante.html), [en ligne], [cité le 30 octobre 2025]. Accessible à l'adresse : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/mise-a-jour-courante.html>.
26. Bignami, S. (2021, septembre). The Burden of COVID-19 in Canada, *Canaduan Studies in Population*, vol. 48, no 2, p. 123 à 129.

27. Waldner, D., Harrison, R., Johnston, J., Saxinger, L., Webster, D. et Sigil, W. (2021, mai). COVID-19 epidemiology in Canada from January to December 2020: The pre-vaccine era, *Facets*, vol. 6, no 1, p. 760 à 822.
28. Astengo, M., Tassinari, F., Paganino, C., Simonetti, S., Gallo, D., Amicizia, D. et coll. (2022, janvier). Weight of risk factors for mortality and short-term mortality displacement during the COVID-19 pandemic, *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, vol. 62, no 4, p. E864.
29. Chiu, N. C., Chi, H., Tai, Y.L., Peng, C. C., Tseng, C. Y., Chen, C. C. et coll. (2020, août). Impact of wearing masks, hand hygiene, and social distancing on influenza, enterovirus, and all-cause pneumonia during the coronavirus pandemic: Retrospective national epidemiological surveillance study, *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, no 8, p. e21257.
30. Comité consultatif des Statistiques canadiennes sur le cancer en collaboration avec Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. (2025). *Canadian Cancer Statistics 2025*.
31. Richards, M., Anderson, M., Carter, P., Ebert, B. L. et Mossialos, E. (2020, juin). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care, *Nature Cancer*, vol. 1, no 6, p. 565 à 567.
32. Chen-See, S. (2020, juillet). Disruption of cancer care in Canada during COVID-19, *The Lancet Oncology*, vol. 21, no 8, p. e374.
33. Agence de la santé publique du Canada. (2025). [Méfaisits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada](https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/), [en ligne], [cité le 1er septembre 2025]. Accessible à l'adresse : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/>.
34. Decady, Y. et Greenberg, L. (2014, juillet). Quatre-vingt-dix ans de changement dans l'espérance de vie, *Coup d'œil sur la santé*, no 82-624 X au catalogue de Statistique Canada.
35. Hutchinson, M., Lavigne, É. et Patterson, Z. (2023, mai). Opioid use in the era of COVID-19: A multifaceted study of the opioid epidemic in Canada, *Frontiers in Pharmacology*, vol. 14, article 1122441.
36. Auger, N., Feuillet, P.M.S., Lo, E., Barry, A.D. et Harper, S. (2014, mai). Mortality inequality in populations with equal life expectancy: Arriaga's decomposition method in SAS, Stata, and Excel, *Annals of Epidemiology*, vol. 24, no 8, p. 575 à 580.
37. Beltrán-Sánchez, H., Preston, S.H. et Canudas-Romo, V. (2008, juillet). An integrated approach to cause-of-death analysis: Cause-deleted life tables and decompositions of life expectancy, *Demographic Research*, vol. 19, no 25, p. 1323 à 1350.