

L'espérance de vie sans dépendance au Canada

par Laurent Martel et Alain Bélanger

En 1901, une femme née au Canada pouvait espérer vivre en moyenne jusqu'à 50 ans et un homme, jusqu'à 47 ans. À cette époque, seulement 44 % des femmes et 38 % des hommes atteignaient l'âge de 65 ans. La minorité qui y parvenait pouvait espérer vivre environ 10 autres années.

Près d'un siècle plus tard, la situation a bien changé. Grâce à l'introduction des programmes de santé publique et aux nouvelles connaissances et interventions médicales (notamment la vaccination), les maladies infectieuses et parasitaires qui étaient répandues au Canada au début des années 1900 sont devenues pratiquement inexistantes. Aujourd'hui, un garçon peut espérer, à sa naissance, vivre en moyenne 75,7 ans, alors que cette moyenne est de 81,4 ans pour une fille¹. Plus de 80 % des hommes et près de 90 % des femmes franchissent le cap des 65 ans. Comme le fait d'atteindre l'âge de la retraite est devenu un phénomène courant, une nouvelle phase — « le troisième âge » — fait désormais partie du cycle de vie de la majeure partie de la population. Cette période, qui est vécue en bonne santé, sans obligations de travail, peut être

vouée à l'accomplissement de buts personnels. C'est seulement au « quatrième âge » qu'une personne voit sa santé se détériorer à tel point que ses activités sont limitées.

Cet accroissement de la longévité prévue est certes encourageant sur le plan personnel, mais il soulève des préoccupations sur le plan social, notamment en ce qui concerne la fécondité en dessous du taux de remplacement², alors que la proportion des personnes âgées est en pleine croissance par rapport à l'ensemble de la population. Les autorités en matière de santé appréhendent déjà une hausse considérable des coûts des soins de santé et des services connexes, lorsque l'état de santé de ces personnes âgées commencera à se détériorer. Cependant, ce n'est pas avant 2011 que commencera vraiment à s'accélérer le vieillissement de

Le présent article s'inspire de l'étude « Une analyse de l'évolution de l'espérance de vie sans dépendance au Canada entre 1986 et 1996 », qui a été publiée dans le *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1998-1999*, produit n° 91-209-XPB au catalogue de Statistique Canada.

la population canadienne, alors que les premières personnes de la génération du baby-boom atteindront l'âge de 65 ans.

Le présent article s'appuie sur la mesure de l'espérance de vie sans dépendance pour déterminer si les années supplémentaires de vie qui ont été gagnées au cours de la dernière décennie sont des années vécues en bonne santé. On y définit quatre différents états de santé — sans

1. Estimations pour 1996. *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003-XPB au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 3, hiver 1999.

2. La fécondité en dessous du taux de remplacement (nombre d'enfants nécessaires pour maintenir le taux de population actuel) est de 2,1 enfants par femme. En 1998, le taux de fécondité du Canada était inférieur à 1,6 enfant par femme.

Les données sur lesquelles repose le présent article proviennent de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991, ainsi que de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997. L'ESLA a été réalisée afin de constituer une base de données nationale sur les incapacités et de recueillir des données sur la nature et la gravité des incapacités, les obstacles aux activités de la vie quotidienne, l'utilisation des appareils fonctionnels et les besoins dans ce domaine, ainsi que sur les frais occasionnés par l'incapacité. L'ENSP de 1996-1997 avait pour but de recueillir de l'information sur l'état de santé des Canadiens; cette enquête comportait des questions détaillées sur divers sujets tels que l'état de santé, les limitations d'activités, la présence de problèmes de santé chroniques, la consultation de professionnels de la santé, la consommation de médicaments, ainsi que le bien-être mental et psychologique.

Espérance de vie : Nombre prévu d'années de vie qui restent, selon les conditions de mortalité actuelles.

Espérance de vie sans dépendance : Nombre prévu d'années de vie sans dépendance, selon les conditions de mortalité et de morbidité actuelles. Cet indicateur est calculé en multipliant la prévalence de chaque état de santé dans la population par le nombre d'années-personnes d'après les tables de survie¹.

État de santé : État de santé d'une personne en fonction de son degré de dépendance à l'égard de l'aide qu'elle reçoit des autres. Quatre états de santé ont été définis aux fins de la présente étude :

Sans dépendance/bonne santé : Inclut les personnes qui déclarent ne pas avoir besoin d'aide, sauf peut-être pour les travaux ménagers lourds.

Dépendance modérée : Inclut les personnes qui ont besoin d'aide pour préparer les repas, faire des courses ou des travaux ménagers quotidiens.

Dépendance grave : Inclut les personnes qui ont besoin d'un niveau élevé d'aide, notamment pour se déplacer ou pour leurs soins personnels.

Dépendance qui nécessite un placement en établissement : Inclut les personnes qui vivent dans un établissement où elles peuvent recevoir les soins spécialisés dont elles ont besoin, étant donné le très grand niveau d'aide qu'elles requièrent. (Le nombre de personnes vivant dans un établissement de santé a été estimé à partir des recensements des années correspondantes.)

Mortalité : Action de la mort sur la population.

Morbidité : Action de la maladie sur la population.

1. Selon la méthode décrite par D.F. Sullivan, « A Single Index of Mortality and Morbidity », *HSMHA, Health Reports*, vol. 86, 1971, p. 347 à 354.

Vivre plus longtemps ne signifie pas nécessairement vivre en bonne santé

Bien que l'espérance de vie n'ait cessé d'augmenter tout au long du XX^e siècle, cette prolongation ne s'est pas nécessairement accompagnée d'une hausse similaire de l'espérance de vie en santé. L'espérance de vie étant un indicateur de la mortalité, il est devenu courant de lier l'augmentation de l'espérance de vie à l'amélioration de l'état de santé d'une population. Or, cette association positive implicite entre la mortalité et la morbidité — c'est-à-dire l'allégation voulant que les personnes vivent plus longtemps parce qu'elles sont en meilleure santé — est loin d'être certaine. En effet, selon la théorie de « l'expansion de la morbidité »³, les maladies dégénératives ou chroniques qui frappent les personnes âgées continueront d'être répandues, et les progrès de la médecine et de la technologie feront en sorte que les personnes âgées vivront plus longtemps dans un état d'invalidité ou de dépendance. Cette hypothèse laisse donc entrevoir que la prolongation de la longévité pourrait de plus en plus être synonyme d'augmentation du nombre d'années de vie caractérisées par une détérioration de la santé physique ou mentale.

À cette hypothèse s'oppose la théorie de la « durée de vie limite », selon laquelle il existe une limite déterminée à l'espérance de vie et qu'il ne sera jamais possible de la prolonger bien au-delà de 85 ans. Or, si la prolongation de la durée de vie en

3. L.M. Verbrugge, « Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons », *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, vol. 62, n° 3, 1984, p. 475 à 519; E.M. Crimmins, « Are Americans Healthier as Well as Longer-Lived? », *Journal of Insurance Medicine*, vol. 22, n° 2, 1990, p. 89 à 92; S.J. Olshansky, M.A. Rudberg, B.A. Carnes, C.K. Cassel et J.A. Brody, « Trading Off Longer Life for Worsening Health », *Journal of Aging and Health*, vol. 3, n° 2, 1991, p. 194 à 216.

dépendance, dépendance modérée, dépendance grave et en établissement — et on estime le nombre d'années que

les personnes âgées au Canada peuvent s'attendre à vivre dans chacune des catégories de ces états de santé.

général est vraiment limitée, alors tout progrès réalisé dans l'avenir consisterait principalement en une diminution du nombre de maladies. Les tenants de cette hypothèse croient que l'on peut aspirer à une meilleure qualité de vie durant le « troisième âge » en adoptant un mode de vie sain, par exemple en ne fumant pas et en faisant régulièrement de l'activité physique, ce qui pourrait retarder, voire prévenir, l'apparition de maladies chroniques. En d'autres mots, même si les gens ne vivront pas beaucoup plus longtemps qu'aujourd'hui, ils vivront plus longtemps en bonne santé⁴.

Amélioration de l'espérance de vie sans dépendance

Au Canada, les taux de mortalité chez les jeunes enfants, les jeunes et les adultes actifs ont atteint des niveaux qui pourront difficilement diminuer davantage. Il est donc fort probable que l'amélioration future de l'espérance de vie résultera des progrès qui seront faits durant l'étape de la vieillesse. De fait, des gains considérables ont été réalisés à ce sujet en une seule décennie.

En 1986, un homme de 65 ans pouvait espérer vivre en moyenne 15 années de plus, dont 80 % (soit 12 ans) sans dépendance. De son côté, une femme de 65 ans pouvait s'attendre à vivre encore 19,4 ans, dont 66 % (12,7 ans) en bonne santé.

En 1996, l'espérance de vie d'un homme de 65 ans avait augmenté de 1,1 an, et ce dernier pouvait espérer vivre la majeure partie de cette durée supplémentaire (0,7 an) sans dépendance. Chez les femmes de 65 ans,

4. J.F. Fries, « Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity », *New England Journal of Medicine*, vol. 303, n° 3, 1983, p. 130 à 135; « The Compression of Morbidity », *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, vol. 61, n° 3, 1989, p. 397 à 419; « The Compression of Morbidity: Near or Far? », *Milbank Quarterly*, vol. 67, n° 2, p. 208 à 232.



L'espérance de vie sans dépendance à 65 ans s'est améliorée pour les hommes et les femmes

	Hommes			Femmes		
	Espérance de vie	Espérance de vie sans dépendance	Années prévues avec dépendance	Espérance de vie	Espérance de vie sans dépendance	Années prévues avec dépendance
Années de vie qui restent						
65 ans						
1986	15,0	12,0	3,0	19,4	12,7	6,7
1991	15,8	12,2	3,6	20,0	12,8	7,2
1996	16,1	12,7	3,4	20,0	13,5	6,5
Pourcentage des années restantes						
65 ans						
1986	100,0	80,0	20,0	100,0	65,8	34,2
1991	100,0	77,3	22,7	100,0	64,3	35,7
1996	100,0	78,8	21,2	100,0	67,6	32,4

Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section de l'analyse et de la recherche.



Conserver son autonomie dans une société vieillissante

Le fait d'aider les personnes à demeurer autonomes durant la vieillesse est sans doute la stratégie la plus efficace à adopter face au double défi que présentent le vieillissement de la population et les contraintes financières dans les services de santé. Cependant, les politiques de la santé axées sur un tel principe doivent s'appuyer sur une bonne compréhension des déterminants de la dépendance. L'Enquête nationale sur la santé de la population est une enquête longitudinale menée par Statistique Canada, qui permet aux chercheurs d'établir des liens de cause à effet entre l'état de santé d'une personne et son degré de dépendance, et qui contribue ainsi à l'approfondissement des connaissances dans ce domaine. De nouvelles études indiquent, par exemple, que certaines maladies chroniques (comme le diabète), un faible revenu, un faible niveau de scolarité et le fait d'avoir un excédent de poids ou d'être obèse augmentent la probabilité de devenir dépendant plus tard dans la vie¹. D'autres facteurs, comme la consommation de tabac ou le fait d'avoir souffert d'un accident vasculaire cérébral, présentent un double danger : de tels facteurs peuvent non seulement accroître la probabilité qu'une personne perde son autonomie, mais aussi réduire la chance que cette personne retrouve son autonomie plus tard.

Il semble presque certain que de saines habitudes de vie — non seulement au moment de la retraite, mais aussi tout au long de la vie — contribuent au maintien de l'autonomie des personnes âgées. À cet égard, il est fort probable que les personnes âgées de demain resteront autonomes plus longtemps que celles d'aujourd'hui, ayant été informées plus tôt sur les moyens à prendre pour conserver leur santé.

1. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, « Risk factors associated with transitions between functional states: Some results from the NPHS longitudinal panel », 2000. Document présenté à l'occasion de la 12^e conférence REVES sur l'espérance de vie en santé intitulée Linking Policy and Science, tenue à Los Angeles, du 20 au 22 mars 2000.

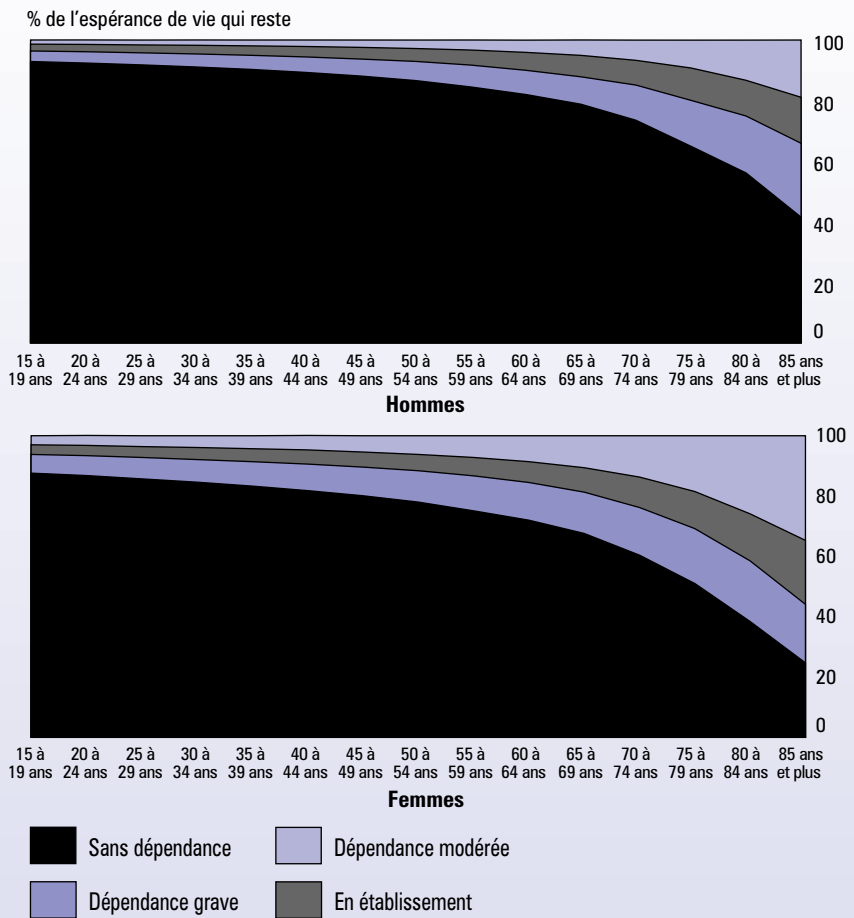
l'espérance de vie globale s'est peu améliorée (0,6 an), probablement parce que leur espérance de vie était déjà élevée, mais les femmes ont néanmoins gagné 0,8 année de vie supplémentaire en bonne santé durant cette décennie.

Les changements quant à l'espérance de vie sans dépendance observés entre 1986 et 1996 laissent croire qu'il sera de plus en plus difficile de faire régresser le taux de mortalité chez les femmes, mais que des gains seront toujours possibles en ce qui a trait à l'amélioration de l'état de santé. Pour les hommes, par contre, chez qui l'espérance de vie est plus courte, on peut probablement s'attendre à des améliorations à la fois de la mortalité et de la morbidité. De plus, les résultats semblent également indiquer que le « troisième âge » diffère sensiblement chez les hommes et les femmes.

Les femmes âgées sont en moins bonne santé

Pour chaque groupe d'âge, il est possible de calculer la proportion des années de vie restantes qui seront vécues sans dépendance ou avec une dépendance modérée, une dépendance grave ou une dépendance qui nécessite un placement en établissement⁵. En 1996, par exemple, les hommes de 65 à 69 ans pouvaient s'attendre à vivre encore 16 ans, dont la majeure partie (12,7 ans) sans dépendance. Ces hommes vivraient également 1,5 an avec une dépendance modérée, ayant besoin d'aide pour exécuter des tâches telles que préparer les repas et faire les courses, 1,1 an avec une dépendance grave (ayant besoin d'aide pour se déplacer ou les soins personnels) et 0,8 an dans un établissement. Dans le même groupe d'âge, les femmes ont une espérance de vie de 20 ans, dont la majeure partie (13,5 ans) sans dépendance; cependant, elles vivront aussi respectivement 2,7 ans, 1,6 ans et 2,1 ans dans un état de dépendance croissant.

C'est toutefois l'espérance de vie sans dépendance des personnes très



Sources : Calculs des auteurs fondés sur l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 de Statistique Canada et sur les tables de survie de la Division de la démographie.

âgées, c'est-à-dire des personnes de 85 ans et plus, qui, à l'heure actuelle, préoccupe surtout les décideurs et le système de santé. Ce groupe d'âge est en effet celui qui affiche la croissance la plus rapide parmi la population des personnes âgées (leur nombre a presque triplé depuis 1971, pour atteindre 380 000 en 1998)⁶ et qui est le plus susceptible de souffrir de problèmes de santé. Les estimations de l'espérance de vie selon l'état de santé montrent que les hommes de 85 ans et plus passeront un peu plus de 40 % des 3,7 années de vie qui leur restent sans dépendance. Cependant, il en va tout autrement des femmes très âgées, qui ne peuvent espérer vivre que le

5. Même si les personnes avec une dépendance modérée ou grave vivent toujours dans un ménage privé, elles dépendent d'autres personnes pour effectuer certaines tâches de la vie quotidienne ou pour les aider dans ces tâches. Une telle dépendance peut occasionner des coûts considérables — en temps ou en argent — pour les membres du réseau de soutien informel (membres de la famille, amis et voisins) ou pour le système de santé (par exemple, soins à domicile, organismes bénévoles).
6. Selon les projections de Statistique Canada, le nombre de Canadiens âgés de 85 ans et plus atteindra 1,6 million en 2041, ce qui représentera 4 % de la population totale. C. Lindsay, « Les aînés : un groupe diversifié qui vieillit bien », *Tendances sociales canadiennes*, printemps 1999.

quart seulement (1,1 année sur 4,3) des années de vie qui leur restent sans dépendance et qui passeront la majeure partie des années qui leur restent (1,5 année) dans un établissement de soins de santé.

Ce paradoxe s'explique par la nature des maladies qui frappent les hommes, lesquels sont en général plus susceptibles de souffrir de maladies aiguës qui entraînent un décès assez rapidement, comme les cardiopathies. Les femmes, par contre, sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de maladies chroniques comme l'arthrite, le rhumatisme et l'hypertension, qui sont des maladies débilantes mais non fatales, et qui ont pour effet de prolonger le nombre d'années vécues en mauvaise santé⁷.

Vers une compression de la morbidité au Canada?

Depuis quelques années, on constate que l'augmentation de l'espérance de vie progresse moins rapidement, ce ralentissement s'étant amorcé en 1981 chez les femmes et en 1991 chez les hommes. Ce phénomène signifie-t-il, comme le croient certains chercheurs, que nous sommes sur le point d'atteindre la limite de l'espérance de vie chez l'être humain? Bien que certaines données appuient cette hypothèse, les recherches actuellement en cours sur le génome humain et les mécanismes du vieillissement cellulaire semblent être celles qui pourraient le plus mener à une progression de l'espérance de vie. Cependant, il n'est pas nécessairement souhaitable de vivre plus longtemps si cela ne s'accompagne pas d'une hausse équivalente du nombre d'années de vie en bonne santé.

7. L. Verbrugge, « Gender, aging and health », *Aging and health: Perspectives on gender, race, ethnicity, and class*, publié sous la direction de K.S. Mackides, Newbury Park, Sage, 1989, p. 23 à 78.

Les indicateurs d'espérance de vie en santé, comme la mesure de l'espérance de vie sans dépendance utilisée pour la présente étude, permettent l'évaluation de la qualité de vie d'une population par rapport à son état de santé. De tels indicateurs sont des compléments essentiels aux discussions sur l'espérance de vie et devraient s'avérer des outils extrêmement utiles pour les décideurs désireux d'établir des politiques de la santé efficaces. Tout indique que les Canadiens ont non

seulement prolongé leur durée de vie de plusieurs années, mais qu'ils ont aussi gagné des années en meilleure santé.

TSC

Laurent Martel est analyste et **Alain Bélanger** est coordonnateur de la recherche à la Division de la démographie de Statistique Canada.

N O U V E L L E P A R U T I O N

LES FEMMES AU CANADA

2 0 0 0

Les femmes au Canada 2000 dresse un portrait comparatif entre les sexes de la population canadienne au moment où nous franchissons le nouveau millénaire. Ce rapport d'environ 320 pages, qui renferme plus de 100 tableaux et 50 graphiques, présente un large éventail de sujets importants pour les Canadiennes, notamment le revenu, la santé, le niveau de scolarité, l'emploi, les heures de travail non rémunérées ainsi que les activités bénévoles.

(Produit n° 89-503-XPF au catalogue/45 \$CAN plus taxes en vigueur ou frais de port)

Pour commander :

par téléphone, au 1 800 267-6677
par télécopieur, au 1 800 889-9734
par courriel, à l'adresse order@statcan.ca

INDICATEURS SOCIAUX

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ÉCONOMIE								
<i>Variation annuelle en %</i>								
Produit intérieur brut	2,2	3,8	5,9	5,2	3,3	4,8	2,5	6,0
Traitements, salaires	2,3	1,8	2,6	3,4	2,4	5,8	4,0	4,5
Dépenses au poste des biens et services ¹	1,8	1,8	3,1	2,1	2,5	4,2	2,8	3,2
Indice des prix à la consommation	1,5	1,8	0,2	2,2	1,6	1,6	0,9	1,7
Taux d'épargne (%)	10,7	8,0	7,0	7,1	4,5	2,0	2,2	1,1
Taux préférentiel	7,48	5,94	6,88	8,65	6,06	4,96	6,60	6,44
Taux hypothécaire sur 5 ans	9,51	8,78	9,53	9,16	7,93	7,07	6,93	7,56
Taux de change (dollar US)	1,209	1,290	1,366	1,372	1,364	1,385	1,483	1,486
ENVIRONNEMENT								
Nombre de jours où des particules sont en suspension dans l'air en quantité supérieure aux objectifs (moyenne canadienne)	6,6	6,1	--	--	--	--	--	--
Nombre d'heures où l'ozone de la basse atmosphère est en quantité supérieure aux objectifs (moyenne canadienne)	4,9	3,1	6,5	--	--	--	--	--
Nombre de jours par année où la qualité de l'air est cotée « pauvre »								--
RMR de Toronto	9	12	14	14	--	--	--	--
RMR de Montréal	6	3	3	5	--	--	--	--
RMR de Vancouver	--	--	1	--	--	--	--	--
Milliards de passagers dans les transports en commun	1,41	1,38	1,35	1,39	1,37	1,4	1,43	--
% des terres agricoles de catégorie 1 utilisées par région urbaine	--	--	--	--	11,2	--	--	--
JUSTICE								
Taux pour 100 000 habitants ²								
Infractions totales au <i>Code criminel</i>	10 036	9 531	9 114	8 993	8 914	8 448	8 102	--
Infractions contre les biens	5 902	5 571	5 250	5 283	5 264	4 864	4 541	--
Crimes de violence	1 084	1 081	1 046	1 007	1 000	990	975	--
Autres infractions au <i>Code criminel</i>	3 051	2 879	2 817	2 702	2 650	2 594	2 586	--
Moyenne des jours pour le traitement des causes par les tribunaux								
Adultes	--	--	135	141	148	157	150	--
Jeunes ³	101	112	111	118	117	105	--	--
Durée moyenne des peines par cause								
Adultes (jours d'emprisonnement)	--	--	125	132	137	142	137	--
Jeunes (jours de garde en milieu ouvert et en milieu fermé)	92	92	88	82	79	74	--	--
SOCIÉTÉ								
Taux de participation aux élections fédérales	--	69,6	--	--	--	67,0	--	--
% des personnes admissibles nées à l'étranger et ayant la citoyenneté	--	--	--	--	83	--	--	--
Participation aux établissements du patrimoine (en milliers) ⁴	108 836	108 174	111 221	--	112 965	--	114 064	--
Dépenses gouvernementales au poste de la culture et du patrimoine (en millions de dollars) ⁵	4 759	--	4 608	--	4 378	4 253	--	--
% assistant à des services religieux au moins plusieurs fois par année	56	52	54	--	50	--	54	--
% des déclarants qui font des dons de charité	29	28	27	51	27	26	26	--
Montant moyen des dons de charité (dollars courants)	586	610	634	647	728	808	860	--

-- Données non disponibles.

1. Données en dollars de 1992.

2. Taux révisés selon les estimations de la population mises à jour.

3. Exclut l'Alberta.

4. Inclut seulement les établissements sans but lucratif offrant des services d'enseignement ou d'interprétation : parcs naturels, sites historiques, musées, archives et autres établissements.

5. Exclut les transferts intergouvernementaux. Données en dollars de 1987.