

L'espérance de vie des Canadiens

Wayne J. Millar*

Les tables complètes de mortalité officielles de 1990 à 1992 révèlent que, pour les Canadiens, la tendance vers une plus longue espérance de vie se maintient¹ (voir *Tables de mortalité*). L'espérance de vie à la naissance a atteint un sommet sans précédent, soit 80,89 ans pour les femmes et 74,55 ans pour les hommes¹. On attribue les relèvements récents de l'espérance de vie à de nombreux facteurs, notamment au recul de la mortalité infantile, des accidents cérébrovasculaires et cardiovasculaires et des décès résultant d'un accident ou d'une intoxication²⁻⁶.

Différences selon le sexe

De 1951 à 1981, l'espérance de vie à la naissance a augmenté plus rapidement chez les femmes que chez les hommes (graphique 1)^{1,7}. Ainsi, si les personnes de sexe féminin nées en 1951 pouvaient espérer vivre environ 4,5 ans de plus que les membres de l'autre sexe, en 1981, l'écart s'était élargi à 7,12 ans. Dix ans plus tard, l'écart entre les deux sexes s'est rétréci, pour s'établir à 6,36 ans.

La tendance observée est la même à 25 ans, à 45 ans et à 65 ans (tableau 1). À chacun de ces âges, l'écart entre l'espérance de vie des deux sexes augmente entre 1951 et 1981, puis diminue en 1991.

La seule exception à cette tendance est pour les personnes âgées 75 ans et plus en 1991. L'espérance de vie augmente plus rapidement chez les femmes âgées que chez les hommes, si bien qu'à cet âge, l'écart entre les sexes continue de s'élargir durant toute la période. Ainsi, en 1951, les femmes de 75 ans pouvaient espérer vivre 0,89 an de plus que les hommes du même âge (8,76 ans

* Wayne J. Millar (613-951-1631) travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

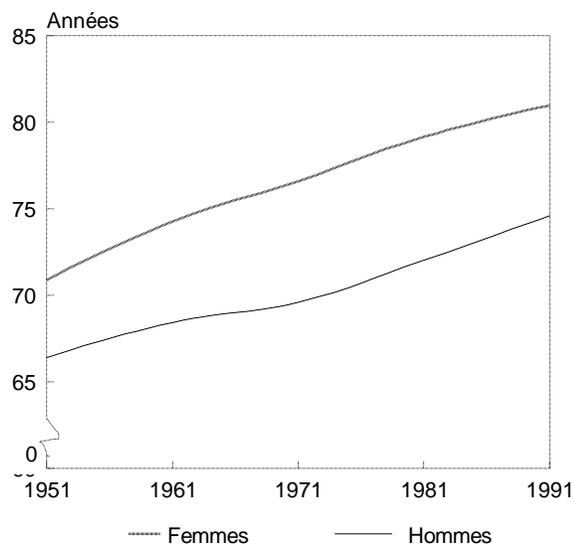
Tables de mortalité

Une table de mortalité est un modèle démographique ou actuariel universellement accepté qui décrit de façon synoptique la mortalité dans une population, pour une année ou une période de temps données. La construction d'une table de mortalité du moment suppose habituellement qu'une cohorte hypothétique de 100 000 personnes, nées au même moment, sont assujetties aux taux de mortalité spécifique selon l'âge et le sexe qui correspond à celui de la population de l'époque.

Statistique Canada prépare des tables de mortalité complètes (pour tous les âges), pour les hommes et les femmes, aux échelons national et provincial, sauf pour l'Île-du-Prince-Édouard, à cause de la petite taille de la population. On élabore aussi des tables de mortalité abrégées (par groupe d'âge de cinq ans) selon le sexe, pour le Canada et les provinces (y compris l'Île-du-Prince-Édouard). Il n'existe pas de tables de mortalité pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, car la population y est trop petite, même si ces régions entrent dans le calcul des taux nationaux.

En règle générale, les tables de mortalité reposent sur le nombre des décès enregistrés au cours de trois années, l'année centrale étant celle d'un recensement (la plus récente remonte à 1991). Dans cet article les tables de mortalité produites depuis 1971 s'appuient sur les estimations de population corrigées en fonction du sous-dénombrement net relevé au recensement et des résidents temporaires^{8,9}. Ces tables de mortalité ont été calculées selon la méthode de Greville¹⁰ (voir **Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalité canadiennes** dans ce numéro). Pour une analyse plus détaillée de la méthode de calcul utilisée pour produire les tables de mortalité officielles de 1990-1992, consulter *Tables de mortalité, Canada et provinces, 1990-1992* (Statistique Canada, n° 84-537 au catalogue).

On peut se procurer les tables de mortalité abrégées du Canada et des provinces en communiquant avec la Division de la diffusion au (613) 951-1127.

Graphique 1**Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, au Canada, 1951 à 1991**

Source : Division des statistiques sur la santé

Nota : Les estimations reposent sur des tables de mortalité abrégées.

Tableau 1**Surplus d'espérance de vie des femmes à certains âges, au Canada, 1951 à 1991**

Âge	1951	1961	1971	1981	1991
	Années				
À la naissance	4,50	5,82	6,99	7,12	6,36
À 25 ans	3,49	4,90	6,15	6,44	5,90
À 45 ans	3,12	4,34	5,60	5,92	5,31
À 65 ans	1,69	2,55	3,80	4,37	4,18
À 75 ans	0,89	1,29	2,20	2,88	2,90
À 80 ans	0,61	0,77	1,48	2,09	2,17

de l'espérance de vie dans les diverses provinces pourrait résulter de l'implantation d'un régime national de soins de santé ainsi que de l'adoption de politiques socioéconomiques destinées à combattre les disparités provinciales.

Entre 1951 et 1991, le gain le plus appréciable au titre de l'espérance de vie a été noté au Québec (tableau 3). Les Québécois ont ainsi gagné en moyenne 10,86 ans. En 1951, le Québec se caractérisait par l'espérance de vie à la naissance la plus faible du Canada, alors qu'en 1991, il se classait au septième rang des provinces.

Tableau 3

Hausse de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe et la province, au Canada, 1951 à 1991

	Les deux sexes		Hommes
	Années		
Canada	9,29	10,07	8,21
Terre-Neuve	8,70	10,30	7,21
Île-du-Prince-Édouard	5,72	8,10	3,55
Nouvelle-Écosse	7,76	8,63	6,71
Nouveau-Brunswick	9,74	11,06	8,32
Québec	10,86	12,23	9,24
Ontario	8,79	9,08	8,16
Manitoba	7,80	8,66	6,58
Saskatchewan	7,77	8,97	6,26
Alberta	8,27	9,12	7,05
Colombie-Britannique	9,10	9,13	8,51

Source : Statistique Canada, n° 89-506 au catalogue et Division des statistiques sur la santé

Nota : Les estimations reposent sur des tables de mortalité abrégées.

Répercussions sur la santé

Les répercussions d'une hausse de l'espérance de vie ont donné lieu à une véritable polémique chez les chercheurs spécialisés dans la santé. Une plus grande espérance de vie signifie-t-elle une plus longue vie en bonne santé¹¹⁻¹⁴? Certains chercheurs soutiennent qu'un certain mode de vie et des soins médicaux peuvent retarder l'apparition des affections chroniques et que la morbidité associée au vieillissement finira par être confinée à une plus petite partie de la vie. D'autres chercheurs sont moins optimistes et suggèrent qu'une plus longue espérance de vie n'aura d'autre résultat

qu'accroître la prévalence et la durée des maladies chroniques^{12,15,16}.

Par ailleurs, plusieurs chercheurs pensent que le recul du taux de mortalité à un âge donné pourrait être compensé par une modification du taux d'utilisation de certains services de santé^{13,17}. Tout dépend cependant de l'origine du recul des taux de mortalité. Si les Canadiens vivent plus vieux parce qu'ils se portent mieux, les répercussions sur l'utilisation des services hospitaliers ou médicaux ne sera pas la même que si on doit le prolongement de leur vie à une intervention plus intensive des médecins¹⁸.

Implications économiques

Puisque leur vie est plus longue que celle des hommes, les femmes d'un âge avancé dépendent davantage et plus longtemps de sources de revenu extérieures au marché du travail. En outre, elles sont, en général, moins nombreuses à avoir fait partie de la population active ou à toucher une pension de leurs emplois antérieurs. Plus d'hommes âgés que de femmes reçoivent une pension privée, et la pension moyenne tend à être plus élevée pour les hommes que pour les femmes¹⁹. Par conséquent, les femmes âgées ont souvent besoin d'une aide sociale plus substantielle que les hommes, et cela pendant une plus longue période de temps.

La tendance se maintiendra-t-elle?

La hausse générale de l'espérance de vie ne durera pas nécessairement indéfiniment. D'autres facteurs comme la détérioration de l'environnement ont un effet nocif sur la santé^{20,21}. Des chercheurs en santé publique ont récemment signalé qu'ils craignent la manifestation de nouvelles viroses ou la réapparition d'anciennes maladies contagieuses, qui pourraient freiner la progression de l'espérance de vie²².

L'espérance de vie actuelle et à venir est associée aux efforts antérieurs et futurs déployés dans le secteur de l'hygiène publique et de la médecine. Les programmes de santé publique relatifs, entre autres, à la lutte contre les maladies infectieuses, à la santé de la mère et de l'enfant, à la prévention des maladies chroniques, à l'hygiène du milieu, à l'éducation et à la nutrition, à la prévention des accidents sont autant de facteurs qui ont concouru à améliorer la longévité et qui continueront de le faire.

Références

1. Statistique Canada. *Tables de mortalité, Canada et provinces, 1990-1992*. (n° 84-537 au catalogue) Ottawa : Ministère de l'Industrie, 1995.
2. Statistique Canada. *Mortalité $\frac{3}{4}$ Liste sommaire des causes, 1991* (n° 84-209 au catalogue) Ottawa : Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1993.
3. Statistique Canada. *Mortalité : liste sommaire des causes*, (n° 84-206 au catalogue) Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services, 1988.
4. Petrasovits, A., Nair, C. Épidémiologie des accidents cérébrovasculaires au Canada. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1994; 6(1) : 39-44.
5. Reeder, B.A., Dagenais, G.R., Johansen, H., et coll. *Cardiovascular disease in Canada 1993*. Ottawa : Fondation des maladies du cœur; 1993.
6. Wilkins, K., Mark, E. Années potentielles de vie perdues, Canada, 1990. *Maladies chroniques au Canada* 1992; 13(6) : 122-127.
7. Nagnur, D. *Longévité et tables de mortalité chronologiques (abrégées) 1921-1981 : Canada et provinces* (Statistique Canada, n° 89-506 au catalogue) Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services, 1986.
8. Statistique Canada. *Estimations intercensitaires révisées de la population et des familles au 1^{er} juillet, 1971-1991* (n° 91-537 au catalogue) Ottawa : Ministère de l'Industrie, 1995.
9. Bender, R. Impact des nouvelles estimations de la population sur les statistiques de la santé et de l'état civil. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1995; 7(1) : 7-20.
10. Greville, T.N.E. Short methods of constructing abridged life tables. *Record of the American Institute of Actuaries* 1943; 32(65) : 29-42, Part 1.
11. Fries, J.F. The compression of morbidity. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1983; 61 : 397-419.
12. Verbrugge, L.M. Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1984; 62 : 475-519.
13. Fuchs, V.R. Though much is taken: Reflections on aging, health and medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1984; 62 : 143-66.
14. Manton, K.G. Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1989; 67 suppl. 2, Pt. 1 : 13-58.
15. Gruenberg, E.M. The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1977; 55 : 3-24.
16. Olshansky, S.J., Rudberg, B.A., Carnes, C.K., et coll. Trading off longer life for worsening health. *Journal of Aging and Health* 1991; 3 : 194-216.
17. Manton, K.G. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1982; 60(2) : 183-245.
18. Johansen, H., Nair, C., Bond, J. Qui va à l'hôpital? Étude des gros consommateurs de soins hospitaliers. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1994; 6(2) : 253-277.
19. Oja, G., Love, R. *Pensions et revenus des personnes âgées au Canada, 1971-1985* (Statistique Canada, n° 13-588 au catalogue n° 2) Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services du Canada; 1988.
20. McNeill, W.H. *Plagues and peoples*. Oxford : Basil Blackwell, 1977.
21. Burnet, M., White, D.O. *Natural history of infectious disease*. 4^e éd. Londres : Cambridge University Press; 1972.
22. Epstein, P.R. Emerging diseases and ecosystem instability : New threats to public health. *American Journal of Public Health* 1995; 85(2) : 168-72.