

La distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé : composantes, méthodes de calcul et résultats pour le Québec, 1978

Russell Wilkins

Volume 11, Number 2, août 1982

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/600876ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/600876ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Wilkins, R. (1982). La distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé : composantes, méthodes de calcul et résultats pour le Québec, 1978. *Cahiers québécois de démographie*, 11(2), 253–274.
<https://doi.org/10.7202/600876ar>

Article abstract

Nous présentons ici un indice synthétique de l'état de santé qui tient compte à la fois de la mortalité et de la morbidité dans une population. Le calcul de cet indice est relativement facile car il ne s'agit que d'un prolongement des méthodes classiques en démographie. Dans le cas présent, les données sur l'incapacité (restrictions quelconques sur le plan des activités habituelles) proviennent de l'Enquête Santé Canada, de même que des établissements hospitaliers de soins prolongés et des centres d'accueil. La distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé est d'un grand intérêt. Elle démontre, par exemple, qu'à la naissance, au Québec, les incapacités majeures et mineures retranchent de la vie moyenne environ neuf années chez les hommes et quatorze années chez les femmes. D'autres analyses sont présentées, désagrégées par âge et par région.

Russell WILKINS*: LA DISTRIBUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE PARMIS LES DIFFÉRENTS ÉTATS DE SANTÉ: COMPOSANTES, MÉTHODES DE CALCUL ET RÉSULTATS POUR LE QUÉBEC, 1978.

(Communication présentée au 50e congrès de l'ACFAS,
section de démographie, mai 1982)

RÉSUMÉ

Nous présentons ici un indice synthétique de l'état de santé qui tient compte à la fois de la mortalité et de la morbidité dans une population. Le calcul de cet indice est relativement facile car il ne s'agit que d'un prolongement des méthodes classiques en démographie. Dans le cas présent, les données sur l'incapacité (restrictions quelconques sur le plan des activités habituelles) proviennent de l'Enquête Santé Canada, de même que des établissements hospitaliers de soins prolongés et des centres d'accueil. La distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé est d'un grand intérêt. Elle démontre, par exemple, qu'à la naissance, au Québec, les incapacités majeures et mineures retranchent de la vie moyenne environ neuf années chez les hommes et quatorze années chez les femmes. D'autres analyses sont présentées, désagrégées par âge et par région.

* Institut de recherches politiques, 2149 rue Mackay, Montréal, QC, H3G 2J2.

**LA DISTRIBUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE
PARMI LES DIFFÉRENTS ÉTATS DE SANTÉ:
COMPOSANTES, MÉTHODES DE CALCUL
ET RÉSULTATS POUR LE QUÉBEC, 1978**

Russell WILKINS*

Communication présentée au 50e congrès de l'ACFAS,
section de démographie, mai 1982

Diderot vers la fin de sa vie était conscient, en faisant ses projets d'avenir, de la nécessité de retrancher de son espérance de vie les années perdues par incapacité: "J'ai peut-être encore une dizaine d'années au fond de mon sac. De ces dix années, les fluxions, les rhumatismes et le reste de cette famille incommode en prendront deux ou trois". Il définissait ainsi le principe d'un indice unique reflétant à la fois la mortalité et l'incapacité, préconisé par bon nombre d'experts actuels (Goldberg et al., 1979).

Au fur et à mesure que la population vieillit et que la médecine progresse, les maladies chroniques deviennent plus fréquentes (Lefebvre et al., 1979; Colvez et Blanchet, 1981). Il est donc de plus en plus im-

* Institut de recherches politiques, 2149 rue Mackay, Montréal, QC, H3G 2J2.

portant de tenir compte, non seulement de la durée de vie, mais aussi de sa qualité, lorsqu'il est question d'évaluer l'état de santé d'une population (O.C.D.E., 1976; Goldberg et al., 1979; O.C.D.E., 1982).

Un indice synthétique de l'état de santé devrait tenir compte à la fois de la mortalité et de la morbidité. Pour ce faire, il s'avère utile de formuler l'indice en se basant sur des tables de mortalité auxquelles sont ajoutées des tables d'incapacité. Ceci permet de retrancher de l'espérance de vie simple, les années de vie passées en état d'incapacité plus ou moins grave. Plusieurs auteurs ont déjà décrit de tels indices: Sanders (1964), Sullivan (1971), Berg (1973), et Chen et al. (1975). Au Québec, Colvez (1979) a démontré comment l'indice de Sullivan pourrait servir dans une réorientation des politiques sanitaires. Cette technique fait ressortir l'importance des années de vie perdues à cause de maladies chroniques ainsi que celles perdues à cause de la mortalité.

1. Composantes et méthodes de calcul

L'Enquête Santé Canada de 1978-1979 (Enquête Santé Canada, 1981) a recueilli des données portant sur 32 000 personnes à travers le Canada, dont environ 6 000 vivaient au Québec. Une section de l'enquête (la section I du questionnaire rempli par l'interviewer) portait sur les journées d'incapacité à court terme, y compris celles passées à l'hôpital. Une autre section (la section V du même questionnaire) portait sur les personnes en état d'incapacité à long terme. Ici, l'incapacité était définie en termes d'une restriction quelconque sur le plan des activités habituelles.

A partir des résultats de l'Enquête Santé Canada, la Division de la santé de Statistique Canada nous a fourni des totalisations spéciales portant sur les incapacités à court et à long termes, celles-ci étant désagrégées selon le groupe d'âge et le sexe. De plus, les incapacités à long terme étaient désagrégées selon le degré d'incapacité¹.

1. Les résultats de l'enquête sont maintenant disponibles sous forme de bande magnétique à usage public.

Nous avons retenu l'ensemble des données portant sur les incapacités à long terme. Nous avons aussi retenu les journées d'incapacité à court terme parmi les personnes libres de toute incapacité à long terme: chez les personnes atteintes à la fois d'incapacités à court et à long termes, nous n'avons retenu que les journées d'incapacité à long terme afin d'éviter tout dédoublement de compte. De cette façon, une personne grippée et souffrante d'arthrite n'est retenue que pour son incapacité à long terme (l'arthrite).

L'Enquête Santé Canada ne nous renseigne pas sur les incapacités des personnes dont le lieu de résidence habituelle est une institution. Pour combler ce vide, nous avons calculé le nombre et la distribution par âge et par sexe des personnes hospitalisées dans des hôpitaux de soins prolongés (y compris les unités à long terme des hôpitaux généraux), dans des hôpitaux pour malades mentaux ou dans des centres d'accueil.

Les déclarations annuelles des établissements hospitaliers (Statistique Canada, 1981a) fournissent le nombre de journées de soins reçus dans des unités de longue durée. Ces unités existent également dans des hôpitaux généraux ainsi que dans des hôpitaux de soins prolongés. Nous avons réparti le chiffre global selon la distribution par âge et par sexe qui provient des fiches d'entrée/sortie des patients d'hôpitaux de soins prolongés (totalisations spéciales fournies par la Division de la santé de Statistique Canada). Les déclarations annuelles des hôpitaux pour malades mentaux (Statistique Canada, 1981b) fournissent le nombre de journées d'hospitalisation reçues en ce genre d'établissement. Nous avons réparti ce chiffre global selon la distribution par âge et par sexe, tel qu'il apparaît sur les fiches d'entrée/sortie des hôpitaux pour malades mentaux (totalisations spéciales fournies par la Division de la santé de Statistique Canada).

Les rapports annuels des établissements de soins spéciaux (foyers pour personnes âgées et pour personnes souffrant d'un handicap ou d'une incapacité mentale) contiennent le nombre et la distribution par âge et par sexe des personnes résidant dans les centres d'accueil au Québec

(Statistique Canada, 1980b). Pour les autres provinces du Canada, les données publiées sont loin d'être aussi complètes, il a fallu faire des estimations à partir de rapports reçus de deux tiers seulement de ces établissements. De tous les centres d'accueil au Québec, nous n'avons retenu pour fins d'analyse que ceux où la majorité des pensionnaires y demeuraient longtemps. Parmi ceux-ci, nous avons exclu les pensionnaires classés "autosuffisants", puisque dans leur cas, du moins, le fait d'être hébergé par une institution n'implique pas nécessairement une incapacité.

Les plus récentes tables de mortalité pour le Canada et ses régions sont celles de la période 1975-1977 (Statistique Canada, 1979). Afin de tenir compte de l'évolution de la mortalité entre 1976 et 1978, nous avons calculé des tables de mortalité abrégées selon le sexe et par région pour la période 1977-1979 inclusivement. Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode de Silins et Zayachowski (1966) et les estimations de la population pour le mois de juin 1978 (Statistique Canada, 1980a).

Une fois que tous les taux de morbidité et de mortalité par groupe d'âge et par sexe sont connus, le calcul de nos indices est relativement facile car il ne s'agit que d'un prolongement des méthodes classiques en démographie. Le tableau 1 présente un exemple de calcul de la vie moyenne en état d'incapacité selon que ces années sont vécues dans une institution ou dans un ménage privé. Les taux de morbidité en institution (RINST) sont basés sur la population totale; on applique ces taux aux années-personnes de vie (la colonne LL de la table de mortalité) afin d'obtenir les années-personnes vécues en institution (LLINST). Le total des années-personnes de vie en institution (TINST) divisé par le nombre de survivants (L) donne l'espérance de vie en institution (EINST).

Les taux de morbidité dérivés de l'Enquête Santé Canada (RHHD) sont basés sur la population vivant hors institution; on applique ces taux aux années-personnes de vie après avoir soustrait les années-personnes vécues en institution ($LLREM = LL - LLINST$). Le résultat (LLHHD) est le nombre d'années-personnes vécues hors institution mais avec une restriction quelconque sur le plan des activités habituelles. Le total des

Tableau 1

Calcul de l'espérance de vie en état d'incapacité^a selon que l'incapacité est vécue en institution^b ou en ménage privé^c, selon l'âge, sexe masculin, Québec

A: En institution

Âge X	Survivants L	Années-personnes de vie LL	Taux d'institu- tionalisation RINST	Années-personnes de vie en institution LLINST	Total des années-personnes de vie en institution TINST	Espérance de vie en institution EINST
0	100 000	1 475 118	0,00205	3 016	64 213	0,6
15	97 936	972 129	0,00172	1 673	61 197	0,6
25	96 317	1 891 514	0,00144	2 729	59 524	0,6
45	92 054	1 673 476	0,00515	8 618	56 795	0,6
65	69 596	953 305	0,05033	48 177	48 177	0,7

B: En ménage privé

Âge X	Survivants L	Années-personnes moins celles vécues en institution LLREM	Taux d'incapacité en ménage privé RHHD	Années-personnes d'incapacité vécues hors institution LLHHD	Total des années-personnes d'incapacité vécues hors institution THHD	Espérance de vie hors institution mais avec incapacité EHHD
0	100 000	1 472 102	0,04969	73 147	857 685	8,6
15	97 936	970 456	0,05257	51 013	784 538	8,0
25	96 317	1 888 785	0,04765	89 996	733 525	7,6
45	92 054	1 664 858	0,21262	353 978	643 529	7,0
65	69 596	905 128	0,31990	289 551	289 551	4,2

Sources: Adams et Wilkins, 1981.

Statistique Canada, 1980a, 1980b, 1981a, 1981b.

Compilations spéciales faites à partir de l'enquête Santé Canada et des fiches d'entrée/sortie des patients d'hôpitaux de soins prolongés et d'hôpitaux pour malades mentaux.

Notes: a) Ici, l'incapacité est définie en termes d'une restriction quelconque sur le plan des activités.

b) Y compris en centres d'accueil d'hébergement, en hôpitaux pour malades mentaux et en centres hospitaliers de soins prolongés.

c) Y compris incapable de faire son activité principale, limité dans son activité principale, limité dans d'autres activités ou incapacité à court terme seulement.

années-personnes d'incapacité vécues hors institution (THHD) est divisé par le nombre de survivants (L) pour obtenir l'espérance de vie hors institution, mais limitée sur le plan des activités (EHHD).

Nous avons également calculé la distribution de l'espérance de vie parmi six états de santé: en institution à long terme (INST); en ménage privé mais avec incapacité de faire son activité principale, que ce soit un travail, une activité ménagère ou des études (CDMAJ); limité sur le plan de l'activité principale (RMAJ); limité sur le plan d'autres activités à l'exception de l'activité principale (MINOR); incapacité à court terme seulement (OSTD); pas d'incapacité (NODIS).

Afin de faciliter les comparaisons entre sexes, régions et groupes d'âge, nous avons aussi calculé un indice (QAL) qui résume en un seul chiffre la distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé. Cet indice, l'espérance de vie ajustée pour tenir compte de la perte de qualité de vie due aux incapacités, est la somme de l'espérance de vie pour chaque état de santé pondérée par le poids attribué à chaque état. Ici, nous avons attribué, de façon plus ou moins arbitraire, le poids suivant à chaque état de santé: INST = 0,4; CDMAJ = 0,5; RMAJ = 0,6; MINOR = 0,7; OSTD = 0,5; NODIS = 1,0.

2. Résultats

Le tableau 2 présente la distribution de la population par état de santé. En 1978, au Québec, moins de 1% de la population vivait en institution, tandis que 11,6% de la population, quoique vivant hors institution, souffrait d'une restriction quelconque sur le plan des activités. Les restrictions à court terme (seulement) étaient de peu d'importance par rapport à celles dues à des problèmes chroniques.

Pour le Québec et les autres régions du Canada, le tableau 3 présente la distribution de la population hébergée en institution selon le genre d'établissement. Le taux global était semblable pour toutes les régions. Néanmoins, par rapport à leurs voisins Canadiens, les Québécois vivant en institution étaient beaucoup plus susceptibles d'être hébergés

Tableau 2
Distribution de la population parmi les différents
états de santé, selon le sexe, Québec, 1978

État de santé	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	N	%	N	%	N	%
Restriction quelconque	321 000	(10,4)	456 000	(14,4)	777 000	(12,4)
<u>en institution (à long terme)</u>	18 000	(0,6)	31 000	(1,0)	50 000	(0,8)
. centres hospitaliers	8 720	(0,3)	15 230	(0,5)	24 550	(0,4)
. centres d'accueil	9 200	(0,3)	16 000	(0,5)	25 000	(0,4)
<u>en ménage privé</u>	303 000	(9,8)	425 000	(13,4)	727 000	(11,6)
. pas capable de faire son activité principale	102 000	(3,3)	22 000	(0,7)	124 000	(2,0)
. limité dans son activité principale	132 000	(4,3)	279 000	(8,8)	411 000	(6,6)
. limité dans d'autres activités	35 000	(1,1)	63 000	(2,0)	97 000	(1,5)
. limité à court terme seulement	34 000	(1,1)	61 000	(1,9)	95 000	(1,5)
Sans restriction sur le plan des activités	2 780 000	(89,6)	2 716 000	(85,6)	5 496 000	(87,6)
Population	3 101 000	(100,0)	3 172 000	(100,0)	6 273 000	(100,0)

Sources: Statistique Canada, 1980a, 1980b, 1981a, 1981b.

Compilations spéciales faites à partir de l'enquête Santé Canada et des fiches d'entrée/sortie des patients d'hôpitaux de soins prolongés et d'hôpitaux pour malades mentaux.

Tableau 3
Distribution de la population hébergée en institution selon le genre
d'établissement, sexes réunis, Canada et régions, 1978

Région	Centres hospitaliers %	Centres d'accueil %	Ensemble des établissements %	N	Taux ^a (‰)
Atlantique	14,0	86,0	100,0	18 000	8,1
Québec	49,1	50,9	100,0	49 000	9,0
Ontario	18,3	81,7	100,0	82 000	9,4
Prairies	19,7	80,3	100,0	41 000	9,8
Colombie-Britannique	33,0	67,0	100,0	24 000	8,4
Canada	26,9	73,1	100,0	214 000	9,1

Sources: Voir sous le tableau 2.

Note: a) Taux par millier de population normalisés par rapport à la structure d'âge canadienne de 1978. Les taux bruts étaient de 8,1, 7,8, 9,6, 10,1 et 9,3 respectivement dans chaque région d'est en ouest.

dans des centres hospitaliers de soins prolongés et beaucoup moins susceptibles à l'être dans des centres d'accueil.

La figure 1 présente les taux d'incapacité par groupe d'âge, selon la sévérité de restrictions sur le plan des activités. Les taux d'incapacité en institution étaient minimes jusqu'aux âges de 65 ans et plus. Par contre, les taux d'incapacité hors institution dépassaient 20% de la population dès le groupe 45-64 ans.

La figure 2 présente les taux d'incapacité dans chaque région du Canada, après normalisation par rapport à la structure d'âge canadienne. Chez les hommes, les Québécois affichaient des taux élevés dans les deux catégories les plus sévères (INST et CDMAJ). Par contre, ils affichaient les plus bas taux au Canada si l'on tient compte à la fois de toutes les catégories d'incapacité. Chez les femmes, le taux global d'incapacité était aussi élevé au Québec qu'en Ontario, mais le pourcentage des femmes en institution ou incapable de faire leur activité principale était plus bas au Québec.

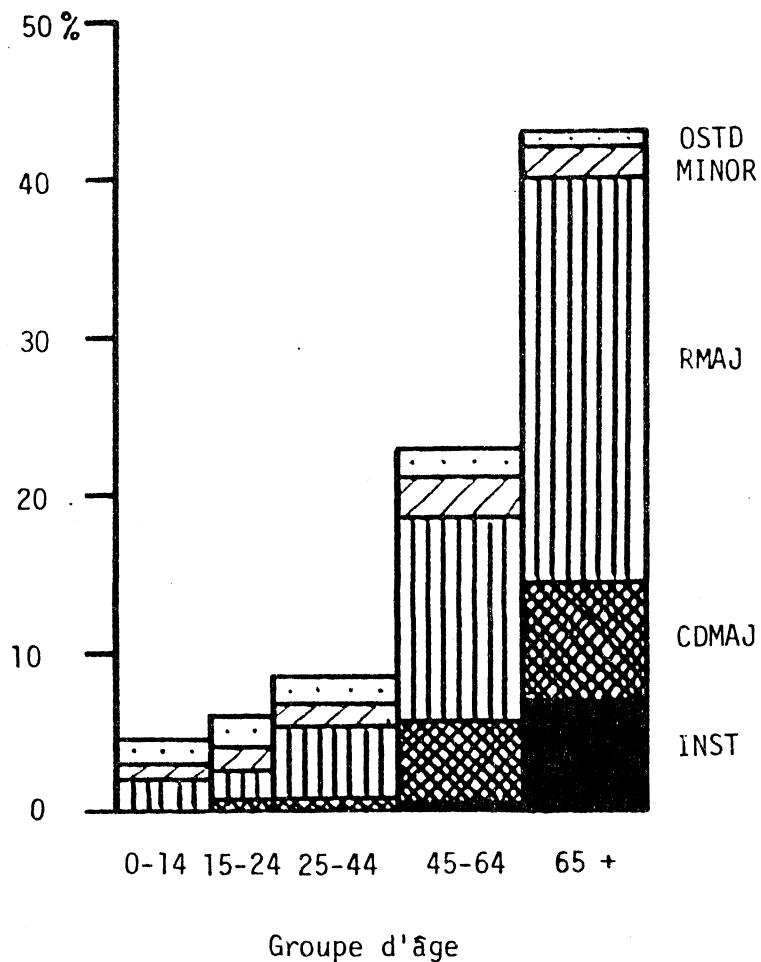
L'état de santé d'une population ne dépend pas uniquement de ses taux de morbidité, ni d'ailleurs uniquement de ses taux de mortalité; il dépend plutôt de l'interaction entre les deux types de taux. L'état de santé s'évalue donc en termes de durée et de qualité de vie.

La figure 3 et le tableau 4 présentent une façon d'intégrer les taux de morbidité avec les taux de mortalité, par le calcul de la vie moyenne en plusieurs états de santé. On remarque que les incapacités retranchaient de la vie moyenne environ 9 ans chez les hommes et 14 ans chez les femmes.

La figure 4 et le tableau 5 présentent la distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé à certains âges chez les deux sexes. Lorsqu'on avance en âge, les années de vie sans incapacité diminuaient beaucoup plus vite que ne le faisaient les années d'incapacité. Néanmoins, même à l'âge de 65 ans, notre indice synthétique (espérance de vie ajustée pour tenir compte de la perte de qualité de vie

Figure 1

Restrictions dans les activités selon la sévérité de la restriction, par groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 1978 (par rapport à la population totale)



Sources: Voir sous le tableau 2.

Légendes: INST: en institution à long terme.

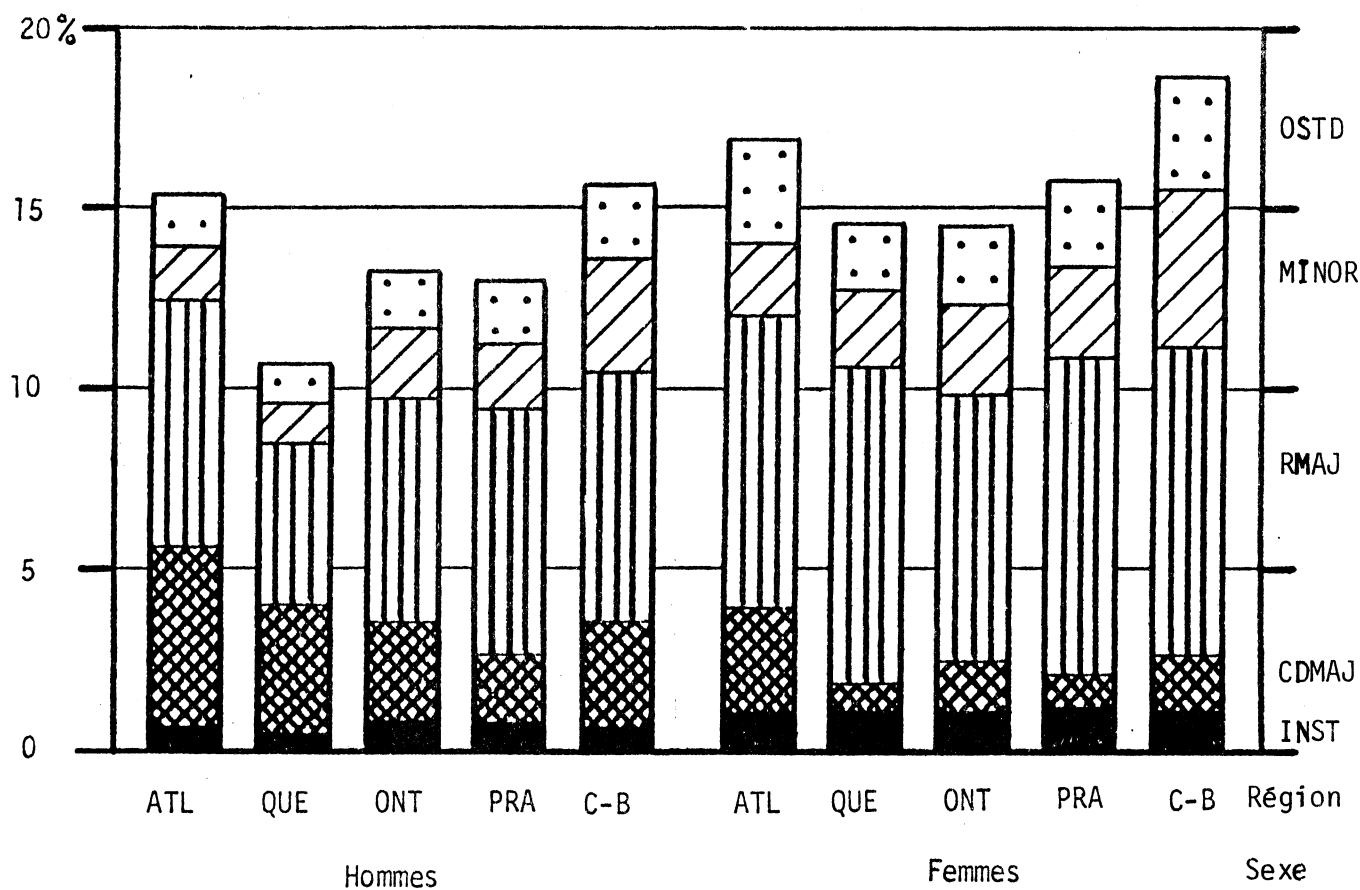
CDMAJ: incapacité de faire son activité principale.

RMAJ: limité sur le plan de l'activité principale.

MINOR: limité dans d'autres activités (sauf activité principale).

OSTD: incapacité à court terme seulement.

Figure 2
Restrictions dans des activités selon la sévérité
de la restriction, par sexe et par région,
Canada, 1978 (taux normalisés)



Source: R. Wilkins et O.B. Adams (1983a).

Légendes: Voir sous la figure 1.

ATL: Provinces de l'Atlantique

QUE: Québec

ONT: Ontario

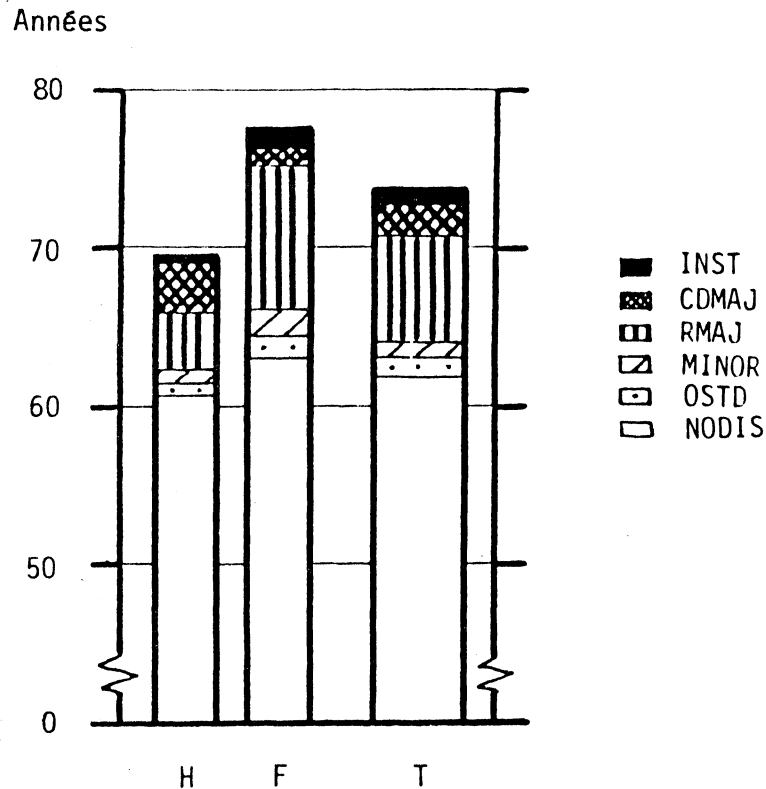
PRA: Provinces des Prairies

CB: Colombie-Britannique

due aux incapacités) était toujours égal ou supérieur à 80% de l'espérance de vie totale restant. Ceci valait également pour les hommes que pour les femmes.

Figure 3

Distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé, selon le sexe, Québec, 1978 (années à la naissance)



Sources: Voir sous le tableau 1.

Légendes: Voir sous la figure 1.

NODIS: aucune incapacité.

Finalement, la figure 5 et le tableau 5 présentent la distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé selon le sexe et selon la région du Canada. Chez les hommes, le Québec passait du dernier rang parmi les cinq régions en termes de l'espérance de vie totale, à la première position en termes de l'espérance de vie sans incapacité. Selon notre indice synthétique (espérance de vie ajustée pour tenir compte de la perte de qualité de vie due aux incapacités), les hommes québécois devançaient nettement ceux des provinces atlantiques.

Tableau 4
Distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé,
selon le sexe, Québec, 1978 (années à la naissance)

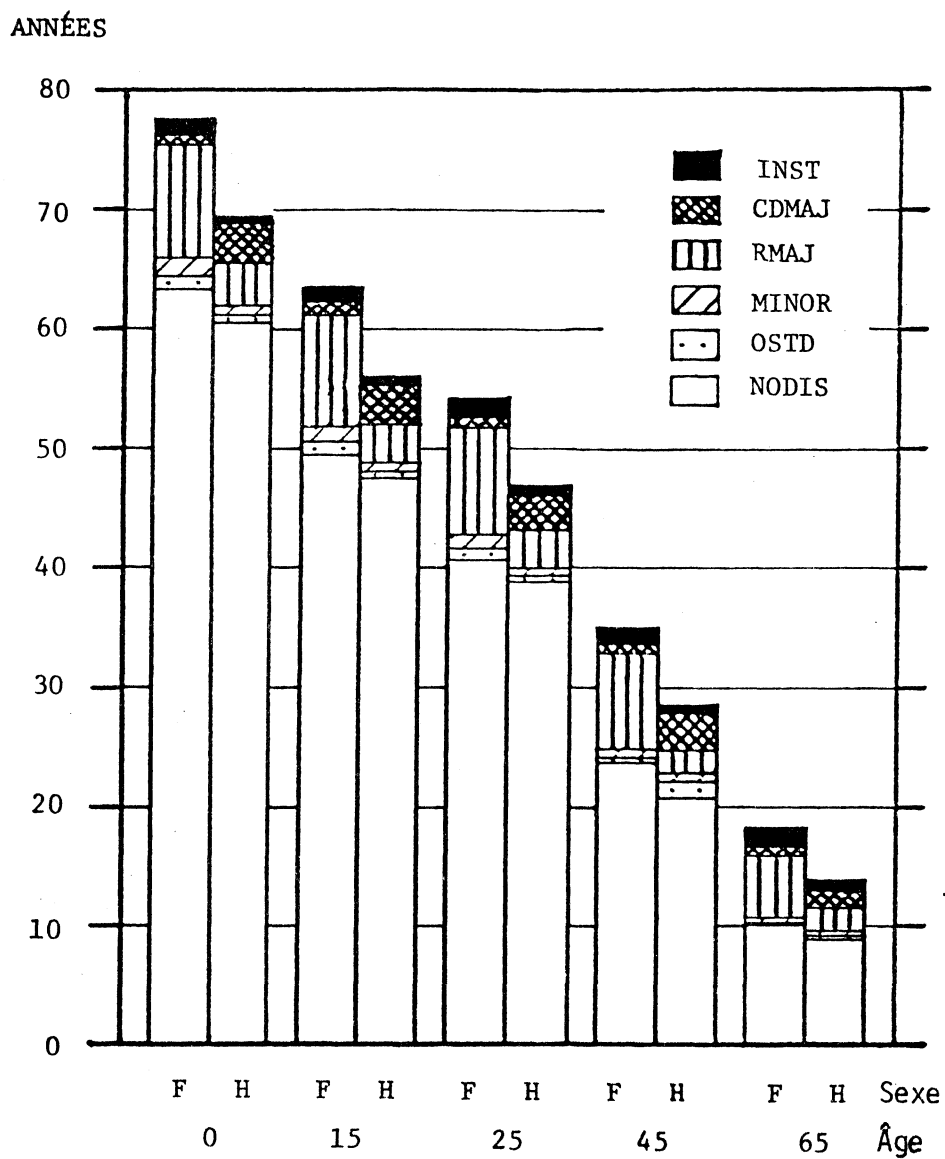
État de santé	Hommes	Femmes	Sexes réunis
En institution	0,6	1,4	1,0
Incapable de faire son activité principale	3,1	0,8	2,0
Limité dans son activité principale	3,8	9,3	6,6
Limité dans d'autres activités	0,9	1,6	1,2
Limité à court terme seulement	0,8	1,4	1,1
Sans restriction sur le plan des activités	60,4	63,1	61,8
Espérance de vie	69,7	77,6	73,6
Espérance de vie ajustée pour la qualité de vie ^a	65,5	71,5	68,5

Sources: Voir sous le tableau 1.

Note: a) Ajustée pour tenir compte de la perte de qualité de vie due aux incapacités.

Figure 4

Distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé, à certains âges, selon le sexe, Québec, 1978



Sources: Voir sous le tableau 1.

Légendes: Voir sous la figure 1.

NODIS: aucune incapacité.

Ils étaient au même niveau que ceux de la Colombie-Britannique où la valeur d'une plus longue vie était compromise par une plus grande inca-

Tableau 5

Espérance de vie, espérance de vie sans incapacité et espérance de vie ajustée pour la qualité, selon le sexe, à certains âges au Québec, 1978, et par région du Canada, 1978 (en années)

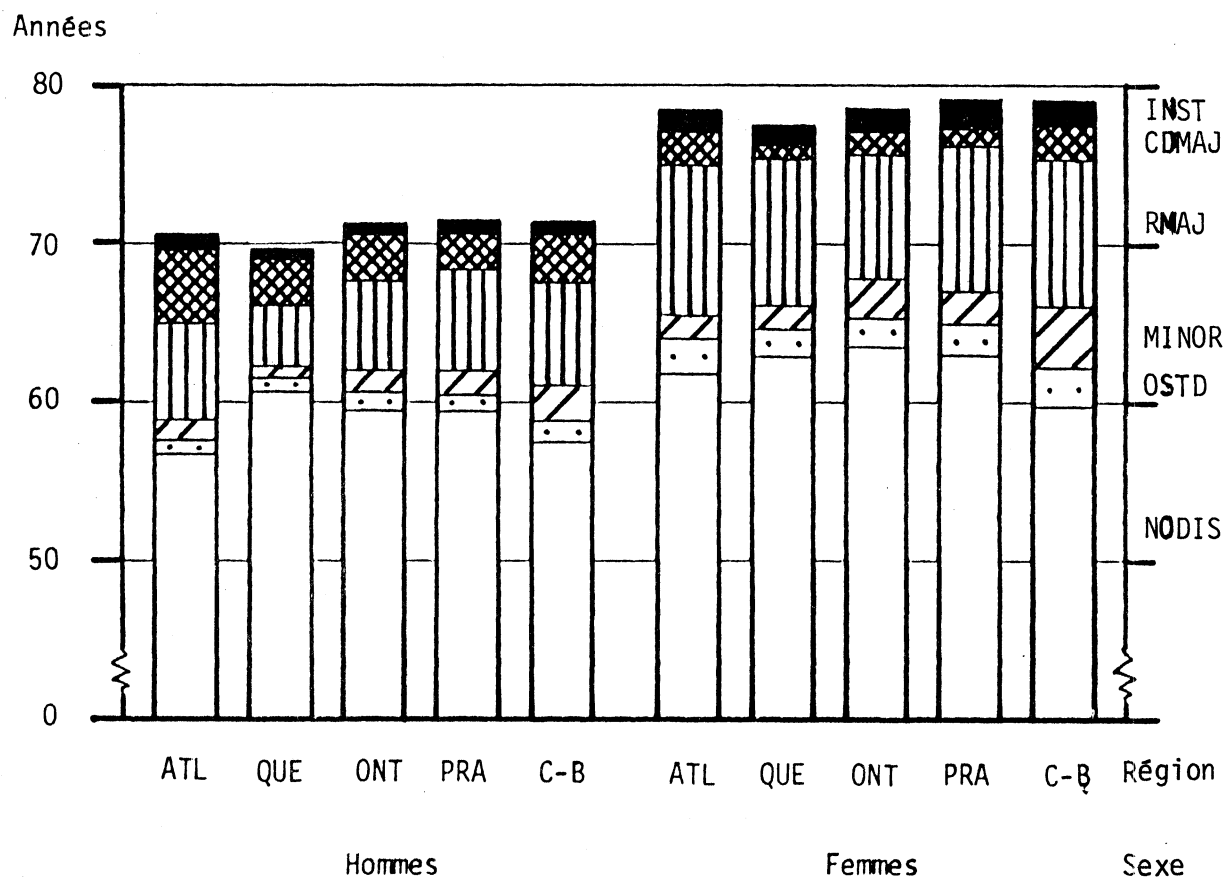
	Espérance de vie			Espérance de vie sans incapacité			Espérance de vie ajustée pour la qualité de vie		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
<u>Âge</u>									
A la naissance	69,7	77,6	73,6	60,4	63,1	61,8	65,5	71,5	68,5
15 ans	56,1	63,8	59,9	47,4	49,6	48,5	52,2	57,8	55,0
25 ans	46,9	54,1	50,5	38,7	40,5	39,6	43,2	48,3	45,8
45 ans	28,5	35,0	31,8	20,9	23,5	22,2	25,1	30,1	27,6
65 ans	13,7	18,1	16,1	8,8	10,1	9,5	11,5	14,5	13,1
<u>Région</u>									
Atlantique	70,5	78,3	74,4	56,7	61,8	59,2	64,4	71,2	67,8
Québec	69,7	77,6	73,6	60,4	63,1	61,8	65,5	71,5	68,5
Ontario	71,2	78,4	74,8	59,5	63,7	61,6	66,1	72,1	69,1
Prairies	71,5	78,9	75,2	59,4	63,0	61,2	66,3	72,1	69,2
Colombie-Britannique	71,5	78,9	75,2	57,4	59,8	58,6	65,5	70,9	68,2
Canada	70,8	78,3	74,6	59,2	62,8	61,0	65,8	71,7	68,7

Sources: Pour le Québec, voir sous le tableau 1.

Pour les régions du Canada, R. Wilkins et O.B. Adams (1983a).

Figure 5

Distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé, selon le sexe, par région, Canada, 1978



Source: R. Wilkins et O.B. Adams (1983a).

Légendes: Voir sous la figure 1.

NODIS: aucune incapacité.

Abréviations: voir sous la figure 2.

pacité. Chez les femmes, les Québécoises se classaient cinquièmes parmi les régions en termes d'espérance de vie simple, deuxièmes en termes d'espérance de vie sans incapacité et troisièmes en termes de notre indice synthétique (QAL).

3. Discussion

Les indices présents ci-haut semblent avoir plusieurs avantages dans l'évaluation de l'état de santé d'une population. Les résultats ajoutent une nouvelle dimension à nos perceptions de la santé des Québécois. Ceci est susceptible de modifier notre évaluation de leur santé et de sa distribution par âge, sexe et région. Néanmoins, toutes nos conclusions restent à confirmer à partir d'enquêtes futures. Il y aurait aussi lieu de repenser le bien-fondé des mesures actuelles d'incapacité basées sur une seule activité principale par personne, plutôt que sur un ensemble d'activités de la vie quotidienne.

La taille de l'échantillon de l'Enquête Santé Canada n'a malheureusement pas permis d'analyses plus détaillées à l'intérieur des provinces ou régions. Ceci demanderait des enquêtes supplémentaires au niveau local, comme ceci a été fait récemment pour les cinq Centres locaux de services communautaires (CLSC) du Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal². Toutefois, l'échantillon de l'Enquête Santé Canada était suffisamment grand pour permettre l'analyse des données selon la taille de la communauté et selon le revenu familial³.

Il serait possible aussi de pousser l'analyse plus loin en ce qui concerne les causes d'incapacité ainsi que les causes de décès. Ceci aurait pour effet de faire ressortir l'importance de certaines maladies chroniques qui ne sont pas nécessairement des causes majeures de décès. En ce sens, Dillard (1983) utilise, en plus des données qui ont servi dans la présente étude, les résultats d'un échantillonnage des résidents des centres hospitaliers de soins prolongés et des centres d'accueil au Québec, enquête qui portait sur les causes des incapacités.

Pendant longtemps l'espérance de vie et d'autres indices basés sur les taux de mortalité ont servi dans l'évaluation de l'état de santé

2. Voir à ce propos l'analyse de Wilkins, 1982.

3. Pour ces résultats, voir les études de Wilkins et Adams (1983a, 1983b).

des populations. Maintenant, d'autres indicateurs basés sur les taux de morbidité sont aussi disponibles. Dans la mesure du possible, il est donc important de se servir de ces deux sortes d'indicateurs en même temps, afin de tenir compte non seulement de la durée de vie mais aussi de sa qualité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADAMS, O.B. et R. WILKINS, 1981, Abridged life tables, Canada and regions, 1977-1979, Ottawa, Statistique Canada, Division de la santé, Section de la recherche et analyse, (non publié).
- BERG, R.L., 1973, "Weighted life expectancy as a health status index", Health Services Research, 8-2 (été): 153-166.
- CHEN, M., J.W. BUSH et D.L. PATRICK, 1975, "Social indicators for health planning and policy analysis", Policy Sciences, 6 (mars): 71-89.
- COLVEZ, A., 1979, Quatre documents sur l'introduction de nouveaux indicateurs de santé pour la planification, Québec, Service des études épidémiologiques, ministère des Affaires sociales, décembre, 120 pages.
- _____ et M. BLANCHET, 1981, "Disability trends in the United States population 1966-1976: Analysis of reported causes", American Journal of Public Health, 71-5 (mai): 464-471.
- DILLARD, S., 1983, Durée ou qualité de la vie?, dossier du Conseil des affaires sociales, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- ENQUÊTE SANTÉ CANADA, 1981, La santé des canadiens. Rapport de l'Enquête Santé Canada, no 82-538F au catalogue, Ottawa, Santé et bien-être social Canada et Statistique Canada, ministère des Approvisionnementnements et Services Canada, 245 pages.
- GOLDBERG, M., W. DAB, J. CHAPERON, R. FUHRER et F. GREMY, 1979, "Indicateurs de santé et 'sanométrie': les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population", Revue d'épidémiologie et de santé publique, 27-1: 51-68 (partie 1) et 27-2: 133-152 (partie 2).
- LEFEBVRE, L.A., Z. ZSIGMOND et M.S. DEVEREAUX, 1979, Hôpitaux: Horizon 2031. Les effets du mouvement de la population sur les besoins en soins hospitaliers, 1967-2031, no 83-520F au catalogue, Ottawa, Statistique Canada, ministère des Approvisionnementnements et Services Canada.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (O.C.D.E.), 1976, Mesure du bien-être social. Progrès accomplis dans l'élaboration des indicateurs sociaux, série "Programme d'élaboration des indicateurs sociaux de l'O.C.D.E.", no 3, Paris, O.C.D.E.
- _____, 1982, La liste O.C.D.E. des indicateurs sociaux, série "Programme d'élaboration d'indicateurs sociaux de l'O.C.D.E.", no 5, Paris, O.C.D.E.

- SANDERS, B.S., 1964, "Measuring community health levels", American Journal of Public Health, 54: 1063-1070.
- SILINS, J. et W. ZAYACHOWSKI, 1966, Canadian Abridged Life Tables, 1961-1963, Health and Welfare Technical Report, no 1, Ottawa, Bureau fédéral de la statistique, Division de la santé et du bien-être social.
- STATISTIQUE CANADA, 1979, Tables de mortalité, Canada et provinces, 1975-1977, no 84-532 au catalogue, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- _____, 1980a, Estimations de la population selon le sexe et l'âge, Canada et provinces, 1er juin 1979, no 91-202 au catalogue, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- _____, 1980b, Tableaux préparés à partir des rapports annuels des établissements de soins spéciaux, 1977-78, hors catalogue, Ottawa, Statistique Canada, Division de la santé.
- _____, 1981a, La statistique annuelle des hôpitaux 1978-79, no 83-232 au catalogue, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- _____, 1981b, La statistique de l'hygiène mentale. Volume III: Installations, services et finances des établissements, no 83-205 au catalogue, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- SULLIVAN, D.F., 1971, "A single index of mortality and morbidity", HSMHA Health Reports, 86-4 (avril): 347-354.
- WILKINS, R., 1982, Health expectancy in the territory of the Montreal General Hospital Department of Community Health, Montréal, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 89 pages.
- _____, et O.B. ADAMS, 1983a, Healthfulness of Life. A Unified View of Mortality, Institutionalization and Non-Institutionalized Disability in Canada, 1978, Technical Report, Montréal, Institut de recherches politiques.
- _____, 1983b, "Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic regional and social dimensions", American Journal of Public Health, 73 (à paraître).