

# L'ÉTAT QUÉBÉCOIS EN PERSPECTIVE

## L'état de santé de la population

L'Observatoire de l'administration publique, automne 2006

### TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>1. DES MESURES GLOBALES DE L'ÉTAT DE SANTÉ</b> .....	<b>2</b>
1.1 L'espérance de vie .....	2
1.1.1 L'espérance de vie à la naissance au Québec et au Canada entre 1979 et 2001 .....	3
1.1.2 L'espérance de vie à la naissance, le Québec comparé avec certains pays de l'OCDE .....	3
1.1.3 L'espérance de vie selon le sexe à 65 ans .....	4
1.1.4 L'espérance de vie à 65 ans selon le sexe sans limitation d'activité.....	5
1.2 La mortalité infantile .....	5
1.2.1 Comparaison interprovinciale.....	6
1.2.2 Comparaison internationale.....	6
<b>2. L'IMPORTANCE DU MODE DE VIE</b> .....	<b>7</b>
2.1 La consommation d'alcool.....	8
2.2 Le tabagisme.....	9
2.3 L'obésité.....	10
2.3.1 Quelques chiffres.....	10
2.3.2 Précisions méthodologiques .....	10
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>12</b>

## INTRODUCTION

L'étude de l'état de santé de la population est un préliminaire nécessaire à l'analyse des politiques de santé. L'état de santé de la population peut être considéré comme l'extrant des systèmes de santé dans la mesure où ils ont pour raison d'être d'améliorer les caractéristiques sanitaires des populations qu'ils couvrent, de réduire la prévalence des pathologies et l'existence de facteurs de risque.

Dans les pays développés, cette affirmation est toutefois à nuancer. En effet, les enquêtes statistiques tendent à démontrer que « la santé des populations des pays développés est influencée davantage par les déterminants socio-économiques et les modes de vie que par les soins eux-mêmes »<sup>1</sup>. Ainsi selon le modèle de Dever<sup>2</sup> qui distinguent quatre groupes de facteurs déterminants de la santé, la part imputable au système de soins est la plus faible (11 %). Le style de vie (43 %), les facteurs biologiques et génétiques (27 %) et la qualité de l'environnement (19 %) ont une influence plus marquée que les politiques de protection du risque maladie. Cet état de fait milite pour l'intégration des préoccupations de protection du risque maladie dans l'ensemble des politiques publiques connexes telles que l'éducation, l'alimentation, le logement, la réglementation du travail, la politique de revenus, autrement dit pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de santé publique<sup>3</sup>. Les actions horizontales des systèmes de santé ne sont donc pas les seules responsables des résultats mesurés par les indicateurs suivants.

### 1. DES MESURES GLOBALES DE L'ÉTAT DE SANTÉ

#### 1.1 L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance, c'est-à-dire le nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre, à partir de la naissance, est le plus commun des indicateurs de l'état de santé de la population et de développement humain<sup>4</sup>. Cet indicateur connaît plusieurs déclinaisons afin de rendre compte de divers paramètres qui en complexifient l'interprétation :

- l'espérance de vie en santé est une mesure partielle de la qualité de vie;
- l'espérance de vie à 65 ans neutralise l'impact de la mortalité infantile;
- l'espérance de vie selon le sexe souligne les différences homme-femme.

---

<sup>1</sup> OCDE, Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2005, p. 10.

<sup>2</sup> G.E. DEVER, « An epidemiological model for health policy », Social Indicators Research, 1976, p. 453-466, cité dans LE FAOU A.-L., Les systèmes de santé en questions, Ellipses, 2003, p.9-10.

<sup>3</sup> « To be effective, public health needs to: be population based; emphasize collective responsibility for health, its protection and disease prevention; recognize the key role of the state, linked to a concern for the underlying socio-economic and wider determinants of health, as well as disease; have a multidisciplinary basis, which incorporates quantitative as well as qualitative methods; emphasize partnerships with all of those who contribute to the health of the population, including individuals, communities, voluntary groups and the business sector ». S. Griffiths, T. Jewell, P. Donnelly, « Public health in practice: the three domains of public health », Public Health, vol. 119, Issue 10, October 2005, p. 907-913.

<sup>4</sup> La plupart des définitions des indicateurs utilisés dans cette fiche proviennent du site de Statistique Canada consacré aux indicateurs de la santé comparables 2004 : [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index_f.htm)

De plus, certaines données présentées dans ce document sont extraites de la banque de données ESTAT, sous-produit de CANSIM. Pour en savoir plus, visitez : [http://www.statcan.ca/francais/Estat/intro\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/Estat/intro_f.htm)

### 1.1.1 L'espérance de vie à la naissance au Québec et au Canada entre 1979 et 2001

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, PROVINCES, CANADA, 1979-2001											
Année	Qc	TNL	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	CAN
1979	74,1	75,4	75,4	74,2	74,3	75,3	75,3	76,0	75,2	75,6	74,9
1980	74,5	74,8	75,9	74,2	74,5	75,5	75,4	75,9	75,1	76,0	75,2
1985	75,8	75,6	76,4	75,4	76,3	76,7	76,4	76,7	76,7	77,3	76,4
1990	77,1	76,1	76,6	76,7	77,3	77,9	77,5	78,0	77,9	78,1	77,6
1995	77,7	77,2	77,4	77,8	77,7	78,4	77,6	78,1	78,5	78,9	78,2
2000	79,2	77,3	78,2	78,6	78,8	79,5	78,1	78,6	79,5	80,5	79,4
2001	79,4	78,1	78,9	78,9	79,0	79,9	78,6	79,2	79,7	80,4	79,6

Source : Statistique Canada, ESTAT, Tableau 102-0025 et Tableau 102-0125.

En 2001, il y avait peu d'écart entre les provinces en ce qui concerne cet indicateur. L'espérance de vie des québécois est très proche de l'espérance de l'ensemble des canadiens. L'écart entre les données pour le Canada et pour le Québec, qui diminue nettement entre 1979 et 2001, met en évidence une tendance au rattrapage de l'espérance de vie des Québécois par rapport à l'espérance de vie moyenne au Canada. Sur la période, elle a cru de 5,3 ans au Québec et seulement de 4,7 ans au Canada.

### 1.1.2 L'espérance de vie à la naissance, le Québec comparé avec certains pays de l'OCDE

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, QUÉBEC, PAYS SÉLECTIONNÉS DE L'OCDE, 1960-2003						
	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Japon	67,8	72,0	76,1	78,9	81,2	81,8
Suisse	71,6	73,8	76,2	77,4	79,8	80,4 <sup>1</sup>
Australie	70,9	70,8	74,6	77,0	79,3	80,3
Suède	73,1	74,7	75,8	77,6	79,7	80,2
Canada	71,3 <sup>1</sup>	72,9 <sup>1</sup>	75,3	77,6	79,3	79,7 <sup>1</sup>
Québec	ND	ND	74,6	77,1	79,1	ND
France	70,3	72,2	74,3	76,9	79,0	79,4
Royaume-Uni	70,8	71,9	73,2	75,7	77,9	78,5
Allemagne	69,6	70,4	72,9	75,2	78,0	78,4
Belgique	70,6	71,0	73,4	76,1	77,7	78,1 <sup>1</sup>
États-Unis	69,9	70,9	73,7	75,3	76,8	77,2 <sup>1</sup>

Source : ECO-SANTÉ OCDE 2005, octobre 2005

N. B. : Les données pour le Québec sont calculées par inférence avec celles d'ESTAT.

Définitions, Sources et Méthodes par pays : [www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/111000.html](http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/111000.html)

NOTES :

- 1 et - 1 indiquent que la donnée est pour 1 année(s) précédente(s) ou suivante(s)
- L'espérance de vie est calculée selon des méthodologies qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences méthodologiques peuvent affecter la comparabilité des estimations notifiées par les pays.
- Pour 22 pays européens, la base de données Eurostat NewCronos est la principale source de données à partir de 1985.

À l'exclusion du Canada, les neuf pays de l'OCDE du tableau ci-dessus ont été choisis en raison soit de leur taille démographique et économique comparable (Suisse, Suède, Belgique) soit de leur proximité d'un modèle idéal-typique de système de santé.

Les données de l'OCDE et de Statistique Canada sont très proches. Par inférence entre ces deux sources, le Québec occupe une position moyenne supérieure entre le groupe des pays ayant l'espérance de vie la plus longue (80 ans et plus) et ceux ayant une espérance de vie inférieure à la médiane de l'OCDE (78,5 ans en 2003). Le Japon enregistre l'espérance de vie la plus élevée, avec 81,8 ans, suivi de l'Islande, l'Espagne, la Suisse et l'Australie avec des espérances de vie de 80 ans et plus en 2003.

### 1.1.3 L'espérance de vie selon le sexe à 65 ans

ESPÉRANCE DE VIE SELON LE SEXE À 65 ANS, PROVINCES, CANADA, 1991-2002								
	1991		1996		2001		2002	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Québec	19,9	15,1	19,9	15,6	20,4	16,6	20,5	16,6
TNL	18,5	15	19,3	15,2	19,5	15,2	19,3	15,8
Î.-P.-E.	19,8	14,3	19,3	14,6	21	16,4	19,5	16,3
N.-É.	19,7	15,3	19,6	15,5	19,8	16,4	20	16,4
N.-B.	20,2	15,5	19,9	15,6	20,3	16,4	20,2	16,6
Ont.	19,7	15,8	19,9	16,1	20,4	17,3	20,6	17,5
Man.	19,9	16	19,9	16,3	20,6	16,8	20,4	16,9
Sask.	20,7	16,4	20,7	16,6	21	17,1	21,2	16,8
Alb.	20,3	16,2	20,3	16,6	21,1	17,5	20,8	17,6
C.-B.	20,4	16,6	20,4	16,9	21,2	17,9	21,1	18,2
Canada	19,9	15,8	20	16,1	20,6	17,1	20,6	17,2

Source : Statistique Canada, ESTAT, Tableau 102-0511, au 5 juillet 2005.

ESPÉRANCE DE VIE SELON LE SEXE À 65 ANS, PAYS SÉLECTIONNÉES DE L'OCDE, 1960-2002														
	1960		1970		1980		1990		1995		2000		2002	
	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.
Allemagne	14,6	12,4	15	12	16,7	13	17,6	14	18,5	14,7	19,4	15,7		
Australie	15,6	12,5	15,6	11,9	17,9	13,7	19	15,2	19,5	15,7	20,4	16,9	20,8	17,4
Belgique	14,8	12,4	15,3	12,1	16,9	13	18,5	14,3	19,1	14,8	19,5	15,5	19,7	15,8
Canada	16,1*	13,5*	17,5**	13,7**	18,9	14,5	19,9	15,7	20	16	20,4	16,8	20,6	17,2
États-Unis	15,8	12,8	17	13,1	18,3	14,1	18,9	15,1	18,9	15,6	19,2	16,3	19,5	16,6
France	15,6	12,5	16,8	13	18,2	13,6	19,8	15,5	20,6	16,1	21,2	16,7		
Japon	14,1	11,6	15,3	12,5	17,7	14,6	20	16,2	20,9	16,5	22,4	17,5	23	18
Royaume-Uni	15,1	11,9	16	12	16,6	12,6	17,9	14	18,2	14,6	18,9	15,7	19,1	16,1
Suède	15,3	13,7	16,8	14,2	17,9	14,3	19	15,3	19,6	16	20	16,7	20	16,9
Suisse					18,3 ***	14,6 ***	19,4	15,3	20,2	16,1	20,7	16,9	21	17,4

\* 1961 \*\* 1971 \*\*\* 1982

Copyright ECO-SANTÉ OCDE 2005, Juin 05

En 2002, l'espérance de vie des québécoises après 65 ans était de 20,5 années. Elle est proche de l'espérance de vie moyenne au Canada des femmes de plus de 65 ans. En ce qui concerne l'espérance de vie des hommes, on remarque une différence notable (1,6 année) entre celle des Britanno-colombiens et des Québécois de plus de 65 ans. Par ailleurs, il faut noter que dans l'ensemble des provinces canadiennes, hormis Terre-Neuve-et-Labrador, cet indicateur s'est nettement amélioré entre 1996 et 2001.

En termes de comparaison internationale, le Canada occupe une situation médiane parmi les autres pays sélectionnés de l'OCDE. Depuis les années 1980, il se démarque toutefois de la plupart des pays de l'OCDE sélectionnés en raison d'une atténuation plus sensible des écarts d'espérance de vie entre les sexes.

#### 1.1.4 L'espérance de vie à 65 ans selon le sexe sans limitation d'activité

ESPÉRANCE DE VIE SANS LIMITATION D'ACTIVITÉ À 65 ANS SELON LE SEXE, PROVINCES, CANADA, 1996 ET 2001						
	1996		2001		% variation	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Québec	13,4	11,5	14,8	12,8	10,4	11,3
TNL	12	10,2	13,6	12,3	13,3	20,6
Î.-P.-E.	12,4	9,8	15,5	12,3	25,0	25,5
N.-É.	11,2	9	14,4	11,8	28,6	31,1
N.-B.	11,6	9,6	14,6	12,6	25,9	31,3
Ont.	11,9	10,6	13,9	12,7	16,8	19,8
Man.	12,2	10,6	14,3	12,2	17,2	15,1
Sask.	12,7	11,2	14,6	12,5	15,0	11,6
Alb.	11,7	10,8	14	12,6	19,7	16,7
C.-B.	12,6	11,5	15,1	13,3	19,8	15,7
Canada	12,4	10,9	14,4	12,7	16,1	16,5

Sources : Statistique Canada, ESTAT, Tableaux 102-0019 et 102-0121

Les Québécoises et les Québécois avaient en 2001 une espérance de vie sans limitation d'activité légèrement supérieure à celle respective des Canadiennes et des Canadiens. Cela induit qu'il y a au Québec une pression moindre que dans les autres provinces pour se doter de services sociaux et de santé consécutifs à la perte d'autonomie des personnes âgées.

Un phénomène de rattrapage des provinces autres que le Québec est toutefois manifeste entre 1996 et 2001. Si en 1996 le Québec était la province où l'on vivait le plus longtemps sans limitation d'activité après 65 ans, c'était en 2001 la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard qui occupaient cette position.

#### 1.2 La mortalité infantile

Exprimée par un taux, le nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie pour 1 000 naissances vivantes pour l'année en question, la mortalité infantile donne une indication non seulement de la santé infantile, mais aussi du bien-être d'une société dans la mesure où elle reflète notamment l'efficacité du système de santé et l'effet des conditions sociales et économiques sur la santé de la mère et de l'enfant, de même que des facteurs sociaux plus généraux comme l'éducation de la mère, le tabagisme et la privation relative.

### 1.2.1 Comparaison interprovinciale

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE POUR 1000 NAISSANCES VIVANTES, PROVINCES, CANADA, 1979-2001						
	1979	1985	1990	1995	2000	2001
Québec	10,5	7,3	6,2	5,5	4,7	4,7
TNL	10,7	10,8	9,2	7,9	4,9	4,9
Î.-P.-É.	10,9	4,0	6,0	4,6	3,5	7,2
N.-É.	11,9	7,9	6,3	4,8	4,9	5,6
N.-B.	11,4	9,6	7,2	4,8	3,5	4,3
Ont.	10,3	7,3	6,3	5,9	5,6	5,4
Man.	13,0	9,9	8,0	7,6	6,5	7,0
Sask.	11,4	11,0	7,6	9,1	6,8	5,5
Alb.	11,4	8,0	8,0	7,0	6,6	5,6
C.-B.	11,3	8,1	7,5	6,0	3,7	4,1
Canada	10,9	7,9	6,8	6,1	5,3	5,2

Source : Statistique Canada, ESTAT, Tableau 102-0030.

Toutes les provinces canadiennes ont connu une amélioration notable de leurs taux de décès avant un an. Ces taux ont été dans la plupart des provinces diminués de 50 % et plus. Au sein de cet ensemble, le Québec présente continûment les taux parmi les plus faibles.

### 1.2.2 Comparaison internationale

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (DÉCÈS POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES), QUÉBEC, PAYS DE L'OCDE SÉLECTIONNÉES, 1960-2003											
Année	Japon	Suède	France	Allema- gne	Belgi- que	Québec	Suisse	Australie	Royaume- Uni	Canada	États- Unis
1960	30,7	16,6	27,5	35,0	23,9	ND	21,1	20,2	22,5	27,3	26,0
1965	18,5	13,3	22,0	24,1	23,7	ND	17,8	18,5	19,6	23,6	24,7
1970	13,1	11,0	18,2	22,5	21,1	ND	15,1	17,9	18,5	18,8	20,0
1975	10,0	8,6	13,8	18,9	16,1	ND	10,7	14,3	18,9	14,3	16,1
1980	7,5	6,9	10,0	12,4	12,1	9,8	9,1	10,7	13,9	10,4	12,6
1985	5,5	6,8	8,3	9,1	9,8	7,4	6,9	9,9	11,1	8,0	10,6
1990	4,6	6,0	7,3	7,0	8,0	6,2	6,8	8,2	7,9	6,8	9,2
1995	4,3	4,2	4,9	5,3	6,1	5,4	5,0	5,7	6,2	6,0	7,6
2000	3,2	3,4	4,4	4,4	4,8	4,7	4,9	5,2	5,6	5,3	6,9
2001	3,1	3,7	4,5	4,3	4,5	4,7	5,0	5,3	5,5	5,2	6,8
2002	3,0	3,3	4,1	4,2	4,4	ND	4,5	5,0	5,2	5,4	7,0
2003	3,0	3,1	3,9	4,2	4,3	ND	4,3	4,8	5,3	5,4 <sup>-1</sup>	7,0 <sup>-1</sup>

Définitions, Sources et Méthodes par pays: [www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/113010.html](http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/113010.html)

Copyright ECO-SANTÉ OCDE 2005, octobre 2005

N. B. : Les données pour le Québec sont calculées par inférence avec celles d'ESTAT.

**Note** : -1 indique que la donnée est pour 1 année précédente.

Le taux de mortalité infantile a nettement diminué entre 1960 et 2003 dans les pays industrialisés grâce à l'élimination des causes traditionnelles de décès consécutive à un meilleur suivi gynécologique et obstétrique. Ainsi, entre 1970 et 2003, la médiane de l'OCDE est passée de 20,1 décès pour 1000 naissances à 4,5. Depuis les années 1980, les progrès de la néonatalogie et l'amélioration de l'organisation des soins, en termes de continuité et d'orientation, sont responsables de la majorité des gains réalisés en matière de mortalité infantile<sup>5</sup>.

Dans les pays industrialisés, un taux de mortalité infantile inférieur à 4 pour 1000 est considéré comme exceptionnellement bon. Le Québec est proche de ce niveau avec un taux de mortalité infantile de 4,7 en 2001. Toutefois, parmi les systèmes de santé les plus performants, les différences entre les politiques d'enregistrement des naissances peuvent biaiser les analyses comparées relatives à la mortalité au cours de la première année de vie<sup>6</sup>. Ainsi, aux États-Unis, au Canada et au Québec, la politique suit la définition d'une naissance vivante de l'OMS<sup>7</sup>, alors que dans d'autres pays, les grands prématurés ne sont pas systématiquement enregistrés<sup>8</sup>.

Le ralentissement de la diminution de ces taux depuis 1990 est lié en partie à la croissance de la proportion de nourrissons ayant un faible poids à la naissance<sup>9</sup> (moins de 2500 grammes). L'insuffisance pondérale à la naissance faisant croître les risques de décès et de mauvaise santé, elle est appréhendée depuis 1990 comme le principal facteur de risque associé à la mortalité infantile. Au cours de la période de 1997 à 1999, les enfants nés vivants et pesant moins de 1 000 g représentaient 40 % de tous les cas de mortalité infantile<sup>10</sup>. L'augmentation du nombre de naissances multiples, consécutive de la généralisation des traitements contre la stérilité, et au report de l'âge de procréer, expliquent en partie la croissance des nourrissons ayant un faible poids à la naissance. Par ailleurs, malgré l'amélioration à l'accessibilité des soins et les efforts dans le domaine de la prévention, le retard de croissance intra-utérin est souvent imputable à la persistance de facteurs de risque (malnutrition, alcoolisme, tabagisme) chez les futures mères pauvres et peu scolarisées.

## 2. L'IMPORTANCE DU MODE DE VIE

Comme mentionné en introduction, le style de vie est le principal groupe de facteurs déterminant de la santé. La consommation d'alcool, le tabagisme et l'obésité ont été choisis au sein de ce groupe en raison de l'existence de données comparables. La qualité de l'alimentation et l'activité physique sont aussi des composantes importantes de ce groupe de facteurs mais plus difficilement mesurables et incidemment comparables.

---

<sup>5</sup> Il faut aussi noter que durant cette période le taux de fécondité moyen de l'OCDE est passé de 2,7 à 1,6.

<sup>6</sup> Pour en savoir plus, lire Système canadien de surveillance périnatale, *Le Rapport sur la santé périnatale au Canada*, 2003, p. XXVI et s. Lire aussi Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Le Québec comparé : indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques*, 1995, p. 117.

<sup>7</sup> Soit « l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, un produit de la conception qui respire ou manifeste tout autre signe de vie », *ibid.*

<sup>8</sup> En 1992, au Québec les nouveau-nés de 26 semaines et moins avaient 300 fois plus de risque de décéder au cours de leur quatre premières semaines de vie que ceux nés à terme, dans Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op.cit.*

<sup>9</sup> OCDE, *Panorama de la santé 2005*, Tableau A.1.20, p. 123.

<sup>10</sup> Système canadien de surveillance périnatale, *op. cit.*

## 2.1 La consommation d'alcool

La lutte contre la sur consommation d'alcool a été l'un des principaux chevaux de bataille des systèmes de santé publique des pays occidentaux au cours du XX<sup>ème</sup> siècle. Au Canada, la consommation d'alcool per capita ne figure plus parmi les indicateurs de référence choisis par l'Institut canadien d'information sur la santé pour évaluer les déterminants non médicaux de la santé<sup>11</sup>. Conséquemment, des données comparables relatives à ce problème sanitaire et social existent sur le long terme au sein de l'OCDE mais pas parmi les enquêtes provinciales constitutives des indicateurs comparables dans le domaine de la santé<sup>12</sup>.

CONSUMMATION D'ALCOOL, NOMBRES DE LITRES PURS PAR PERSONNE (DE PLUS DE 15 ANS), PAYS SÉLECTIONNÉS DE L'OCDE, 1970-2002											
Année	Australie	Canada	Dane- mark	Fin- lande	France	Japon	Espa- gne	Suède	Suisse	Royaume- Uni	États- Unis
1970	11,6	8,8	8,6	5,8	22,3	6,9	16,1	7,2	14,2	7,1	9,5
1975	12,9	10,9	11,5	8	22,1	7,6	19,5	7,6	13,7	9	10,2
1980	12,9	10,7	11,7	7,9	20,6	8,1	18,4	6,7	13,5	9,4	10,5
1985	11,7	9,8	12,3	8	18	8,6	15,1	6,1	13,5	9,3	9,9
1990	10,5	7,4	11,7	9,5	16,5	8,9	13,5	6,4	12,9	9,8	9,3
1995	9,6	7,4	12,1	8,3	15,7	8,6	11,4	6,2	11,4	9,4	8,1
2000	10,1	7,7	11,5	8,6	14,4	8,2	11,5	6,2	11,2	10,4	8,3
2002	9,8	7,8	11,2	9,2	14,8	ND	11,2	6,9	10,8	11,1	8,3

Copyright ECO-SANTÉ OCDE 2005, juin 2005

ND : non disponible

Malgré les précautions nécessaires à l'interprétation de ces données<sup>13</sup>, l'étude de l'OCDE positionne le Canada comme faisant partie des pays ayant le niveau de consommation d'alcool le plus bas. Il a suivi par ailleurs la tendance générale à la diminution de la consommation depuis 1980 et 1995. Toutefois, on remarque que depuis 1995, la consommation d'alcool croit de nouveau au Québec et au Canada, ce que les études spécialisées notent également<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> ICIS, STATCAN, *Indicateurs de santé 2005*. L'évolution inverse prévaut en ce qui concerne l'obésité : indicateur inexistant des enquêtes sanitaires jusqu'en 1980, les données relatives au poids connaissent une nette augmentation depuis le début des années 1990.

<sup>12</sup> Voir ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, novembre 2005.

<sup>13</sup> Cet indicateur ne renseigne ni sur les habitudes de consommation ni sur l'âge des consommateurs. De plus, des problèmes de comparabilité existent concernant la conversion des données relatives à la consommation totale d'alcool en consommation d'alcool pur par habitant.

<sup>14</sup> Institut national de la santé publique du Québec, *Consommation d'alcool au Québec et pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec*, Mise à jour avril 2005, p. 5.



## 2.2 Le tabagisme

Les méfaits de la consommation de tabac sur la santé (problèmes respiratoires, cardiaques, cancers) sont largement publicisés depuis une vingtaine d'années. Les niveaux de consommation ont diminué dans tous les pays de l'OCDE entre 1980 et 2003.

Comme le montre le tableau suivant, le Canada est le pays qui a connu la plus nette diminution, passant de 32,8 % de la population de plus de 15 ans fumant quotidiennement en 1981 à seulement 17 % en 2003, la part la plus faible au sein de l'OCDE.

CONSOMMATION DE TABAC (POURCENTAGE DE LA POPULATION ÉTANT FUMEURS QUOTIDIENS), PAYS SÉLECTIONNÉS DE L'OCDE, 1980-2003						
Pays	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Australie	36		28,6 (1989)	24,1		19,8 (2001)
Canada	32,8 (1981)	30,4	28,2	24,5 (1996)	19,8	17
Danemark	50,5	46,5	44,5	35,5	30,5	28
Finlande	26,1	22,8	25,9	24	23,4	22,2
France	30		30	29	27	28,6 (2002)
Japon	42,3	39,2	37,4	37	32,9	30,3
Espagne		41	35,9 (1989)	33,7		28,1
Suède	32,4	28,5	25,8	22,8	18,9	17,5
Suisse			28,2 (1992)			26,8 (2002)
Royaume-Uni	39		30	28 (1996)	27	26
États-Unis	33,5	30,1	25,6	20,1	19,1	17,5

Copyright ECO-SANTÉ OCDE 2005, juin 2005

CATÉGORIES DE TABAGISME ET NOMBRE MOYEN DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR, 15 ANS ET PLUS, PROVINCES, CANADA, 2004											
Catégories	Qc	TNL	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	CAN
Fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels) (%)	22	22	21	20	24	19	21	22	20	15	20
Anciens fumeurs (%)	31	36	33	32	28	23	23	26	23	22	26
N'ont jamais fumé (%)	47	42	46	48	47	59	56	53	57	63	55
Nombre moyen de cigarettes fumées par jour <sup>1</sup>	15,5	14,6	16,1	14,9	16,7	15,4	14,9	13,9	14,4	14,5	15,2

<sup>1</sup> Concerne uniquement les personnes qui fument quotidiennement.

Source : Santé Canada, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2004.

La proportion de fumeurs au Québec est supérieure à la moyenne canadienne en 2004. Toutefois, les anciens fumeurs sont plus nombreux au Québec que dans les provinces du centre et de l'ouest du Canada, c'est-à-dire que la prévalence de la consommation diminue plus vite au Québec que dans ces provinces.

## 2.3 L'obésité

Selon [l'Organisation mondiale de la santé](#) (OMS), une épidémie d'obésité sévit dans tous les pays industrialisés, mais également dans les pays en voie de développement où la prévalence de l'obésité dépasse même celle de la malnutrition. Bien que l'ampleur de cette épidémie varie grandement selon les pays, la propagation est rapide au sein de l'OCDE. Étant un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, hypertension notamment), on évalue qu'entre 2 et 3,5 % des dépenses de santé au Canada sont engendrées par les problèmes de surcharge pondérale<sup>15</sup>.

### 2.3.1 Quelques chiffres

- Selon une étude de 1999 citée par l'Institut canadien d'information sur la santé<sup>16</sup>, les taux d'obésité des hommes canadiens seraient passés de 20 % à 30 % entre 1989 et 1999, soit une augmentation de 50 % de la prévalence de l'obésité.
- Selon Passeportsante.net, au Canada, la prévalence de l'obésité est passée de 5,6 % en 1985 à 14,9 % en 2003. On remarque une certaine discordance entre ces deux dernières mesures, ce qui souligne l'importance d'utiliser des définitions communes pour comparer les taux nationaux de prévalence de l'obésité.
- Au Québec, l'obésité morbide a triplé entre 1979 et 2004<sup>17</sup>.
- Aux États-Unis, en 2004, le tiers des adultes était obèse et un autre tiers faisait de l'embonpoint<sup>18</sup>.

### 2.3.2 Précisions méthodologiques

Avant de comparer les taux de prévalence, il est nécessaire de savoir comment est calculée l'obésité. L'IMC est reconnu par l'OMS comme la mesure étalon de l'obésité.

CLASSIFICATION DU RISQUE POUR LA SANTÉ EN FONCTION DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)		
Classification	Catégorie de l'IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Risque de développer des problèmes de santé
Poids insuffisant	< 18,5	Accru
Poids normal	18,5 - 24,9	Moindre
Excès de poids	25,0 - 29,9	Accru
Obésité, classe I	30,0 - 34,9	Élevé
Obésité, classe II	35,0 - 39,9	Très élevé
Obésité, classe III	>= 40,0	Extrêmement élevé

Source : Santé Canada,

[http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi\\_chart\\_java-graph\\_imc\\_java\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_java-graph_imc_java_f.html)

<sup>15</sup> OCDE, *op cit*.

<sup>16</sup> K. M. FLEGAL, « The Obesity Epidemic in Children and Adults: Current Evidence and Research Issues », *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol. 31, n° 11 (1999), p. 509-514, cite dans [Institut canadien d'information sur la santé, L'obésité et le surpoids au Canada. Une perspective de la santé de la population, août 2004.](#)

<sup>17</sup> Passeport.net, *ibid*.

<sup>18</sup> *Ibid*.

Un obèse est une personne dont l'IMC est supérieur à 30. Toutefois, cet indice donne peu d'indications sur l'état de santé réel puisqu'il ne permet pas de dissocier la masse musculaire de la masse adipeuse. La mesure de l'obésité abdominale et du rapport tour de taille/tour de hanches, avec des normes différenciées selon le sexe, complète les indications de l'IMC.

POPULATION OBÈSE EN POURCENT, PAYS SÉLECTIONNÉS DE L'OCDE, 2003			
Australie	21,7 (1999)	Japon	3,2
Canada	14,3	Nouvelle-Zélande	20,9
Finlande	12,8	Suède	9,7
France	9,4 (2002)	Suisse	7,7 (2002)
Allemagne	12,9	Royaume-Uni	23
Grèce	21,9	États-Unis	30,6 (2002)

Copyright ECO-SANTÉ OCDE 2005, juin 2005

Parmi cette sélection de pays de l'OCDE, on remarque une grande disparité des taux de prévalence de l'obésité, consécutive des habitudes alimentaires et mais aussi de certains facteurs génétiques. Il est à noter cependant que les données pour les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont plus fiables et précises que celles des autres pays. En effet, elles sont fondées sur un examen médical au cours duquel la taille et le poids réels des individus ont été mesurés, alors que les données pour les autres pays de l'OCDE sont basées sur de simples déclarations des répondants, ce qui entraîne généralement une sous-estimation des taux d'obésité<sup>19</sup>.

POPULATION OBÈSE EN POURCENT, PROVINCES, CANADA, 1994-2003					
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2003
Québec	11,1	10,5	11,4	12,5	13,9
TNL	16,5	16,8	19,2	20,2	20,1
Î.-P.-É.	15,4	14,2	15,5	17,4	20,6
N.-É.	16,7	18,9	18,8	20,4	19,8
N.-B.	17,2	17,9	19,2	19,7	20
Ont.	13,3	11,7	14,7	14,7	14,8
Man.	14,9	14,9	17,5	17,2	18
Sask.	16,4	17,3	19	18,5	19,7
Alb.	12	11,4	16	15,5	15,5
C.-B.	10,2	9,9	11,4	11,9	11,6
Canada	12,7	11,9	14,1	14,5	14,9

Source : Statistique Canada, ESTAT, Tableau 105-4009

De 1994-1995 à 2003, le taux de prévalence de l'obésité est entre un point et deux points inférieurs au Québec que dans l'ensemble du Canada.

<sup>19</sup> Eco-Santé OCDE 2005 - Notes par pays – France.

## BIBLIOGRAPHIE

Eco-Santé OCDE 2005.

ICIS, STATCAN, *Indicateurs de santé 2005*.

LE FAOU A.-L., *Les systèmes de santé en questions*, Ellipses, 2003.

OCDE, *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2005*.

Passeportsanté.net : <http://www.passeportsante.net/fr/Accueil/Accueil/Accueil.aspx>

Aucun élément du contenu du présent document ne peut être utilisé, reproduit ou transmis, en totalité ou en partie, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation écrite de L'Observatoire de l'administration publique – ENAP. Pour solliciter cette permission ou pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez vous adresser à [etat.quebecois@enap.ca](mailto:etat.quebecois@enap.ca)

Diffusion autorisée par Les publications du Québec.

Certaines données présentées dans ce document sont issues de Statistique Canada par extraction de la banque de données ESTAT, sous-produit de CANSIM. La publication sur ce site des séries chronologiques de CANSIM est partielle et l'équipe de recherche y a apporté une plus-value par le calcul d'indicateurs. Pour en savoir plus, visitez : <http://www.statcan.gc.ca/estat/intro-fra.htm>

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN 978-2-923008-47-9 (PDF)

© L'Observatoire de l'administration publique-ENAP, 2006