



N° 82-003-XPB au catalogue

Rapports sur la santé

Automne 1996 Volume 8 N° 2

- La démence
- Le tabac et la scolarité
- Les infirmiers
- Le cancer du sein
- Les mariages



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada



Statistique Canada
Division des statistiques sur la santé

Rapports sur la santé

Automne 1996 Volume 8 N° 2

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 1996

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Novembre 1996

Prix : Canada : 34 \$ l'exemplaire, 112 \$ par année
États-Unis : 41 \$ US l'exemplaire, 135 \$ US par année
Autres pays : 48 \$ US l'exemplaire, 157 \$ US par année

N° 82-003-XPB au catalogue, vol. 8, n° 2
Périodicité : trimestrielle
ISSN 0840-6529

Ottawa

Note de reconnaissance

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

Des données sous plusieurs formes. . .

Statistique Canada diffuse les données sous formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes. Les données sont disponibles sur disque compact, disquette, imprimé d'ordinateur, microfiche et microfilm et bande magnétique. Des cartes et d'autres documents de référence géographiques sont disponibles pour certaines sortes de données. L'accès direct à des données agrégées est possible par le truchement de CANSIM, la base de données ordiolingue et le système d'extraction de Statistique Canada.

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet de cette publication ou de statistiques et services connexes doit être adressée à l' :

Unité des Services à la clientèle personnalisés
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6 (téléphone : 1-613-951-1746) ou au centre de consultation de Statistique Canada à :

Halifax	1-902-426-5331	Régina	1-306-780-5405
Montréal	1-514-283-5725	Edmonton	1-403-495-3027
Ottawa	1-613-951-8116	Calgary	1-403-292-6717
Toronto	1-416-973-6586	Vancouver	1-604-666-3691
Winnipeg	1-204-983-4020		

Vous pouvez également visiter notre site sur le W3: <http://www.statcan.ca>

Un service d'appel interurbain sans frais est offert, dans toutes les provinces et dans les territoires, **aux utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locale** des centres régionaux de consultation.

Service national de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Service national du numéro sans frais pour commander seulement (Canada et États-Unis)	1-800-267-6677

Comment commander les publications

On peut se procurer cette publication et les autres publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés et des autres librairies locales, par l'entremise des bureaux locaux de Statistique Canada, ou en écrivant à la Division du marketing, Vente et service, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Téléphone: 1-613-951-7277
Télécopieur: 1-613-951-1584
Toronto, carte de crédit seulement 1-416-973-8018

Normes de service au public

Afin de maintenir la qualité du service au public, Statistique Canada observe des normes établies en matière de produits et de services statistiques, de diffusion d'information statistique, de services à recouvrement des coûts et de services aux répondants. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec le Centre de consultation régional de Statistique Canada le plus près de chez vous.

SIGNES CONVENTIONNELS

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada:

- .. nombres non disponibles
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- néant ou zéro
- nombres infimes
- ^P nombres provisoires
- ^r nombres corrigés
- x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique relatives au secret

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'"American National Standard for Information Sciences" - "Permanence of Paper for Printed Library Materials", ANSI X39.48 - 1984.



Au sujet des Rapports sur la santé

Rédactrice en chef :

Jane Gentleman

Rédacteurs :

Mary Sue Devereaux

Jason Siroonian

Rédactrice adjointe :

Hélène Aylwin

Directrice de production :

Renée Bourbonnais

Production et composition :

Bernie Edwards

Agnes Jones

Carmen Lacroix

Vérification des données :

Dan Lucas

Tannys Scott

Rédacteurs associés :

Owen Adams

Gary Catlin

Arun Chockalingham

Gerry Hill

Elizabeth Lin

Deborah Sunter

Eugene Vayda

Kathryn Wilkins

Comité directeur de la Division des statistiques sur la santé pour la recherche et l'analyse :

Janet Hagey, présidente

Rosemary Campbell

Gary Catlin

Martha Fair

Jane Gentleman

Cyril Nair

Les *Rapports sur la santé* sont produits tous les trimestres par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Ils s'adressent à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Ils visent à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de la santé de la population et le système de soins de santé. Ils traitent de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

Les *Rapports sur la santé* contiennent des *Travaux de recherche*, des *Rapports* et des *Données disponibles*. Les *Travaux de recherche* présentent des analyses approfondies et sont soumis à un examen anonyme par des pairs. Les *Rapports* consistent dans des articles descriptifs, souvent fondés sur des publications ou des produits statistiques nouvellement parus. Les *Travaux de recherche* et les *Rapports* sont répertoriés dans Index Medicus et Medline. Les *Données disponibles* sont des résumés de données récentes sur la santé produites par la Division des statistiques sur la santé ou d'autres organismes.

Les formalités de commande se trouvent sous la rubrique **Pour commander les publications**. D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 18^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa (Ontario), Canada K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-8553. Télécopieur : (613) 951-0792. Courrier électronique : healthreports@statcan.ca.

Table des matières

	Page
Travaux de recherche	
Démence chez les personnes âgées <i>Gerry Hill, William Forbes, Jean-Marie Berthelot, Joan Lindsay, Ian McDowell</i>	7
Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité <i>Wayne Millar</i>	13
 <i>Rapports</i>	
Infirmiers autorisés, 1995 <i>Richard Trudeau</i>	23
Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer <i>Leslie A. Gaudette, Carol Silberberger, Chris A. Altmayer, Ru-Nie Gao</i>	31
Vingt ans de mariages <i>François Nault</i>	41
 <i>Données disponibles</i>	
Avortements thérapeutiques, 1994	51
Statistique annuelle et indicateurs des hôpitaux, 1993-1994	52
 <i>Estimations postcensitaires de la population</i>	54
 <i>Pour commander les publications</i>	55

Démence chez les personnes âgées

Gerry Hill, William Forbes, Jean-Marie Berthelot, Joan Lindsay et Ian McDowell*

Résumé

La prévalence de la démence augmente considérablement avec l'âge et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La maladie d'Alzheimer, la forme la plus courante de démence, affecte une plus forte proportion de femmes que d'hommes. En moyenne, les femmes atteintes de démence survivent plus longtemps à la maladie et sont plus susceptibles d'être placées en établissement que les hommes dans le même état.

Dans le présent article, on étudie les taux comparatifs de démence chez les hommes et chez les femmes de 65 ans et plus. Les données sont tirées de l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada (ESVC) de 1991, projet mené de concert par le Département d'épidémiologie et de médecine communautaire de l'Université d'Ottawa et le Laboratoire de lutte contre la maladie du gouvernement fédéral. On a combiné les estimations de l'espérance de vie calculées par Statistique Canada aux données de l'ESVC pour estimer les proportions moyennes de vie vécues par les personnes âgées, atteintes ou non de démence, dans la collectivité et en établissement.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer, santé mentale, espérance de vie, vieillissement

Vivre vieux c'est peut-être une bénédiction, mais un certain nombre de troubles ont tendance à se manifester avec l'âge. La démence, état qui inclut la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire et diverses maladies plus rares, est une des conséquences possibles liées au vieillissement. «La démence est un syndrome clinique

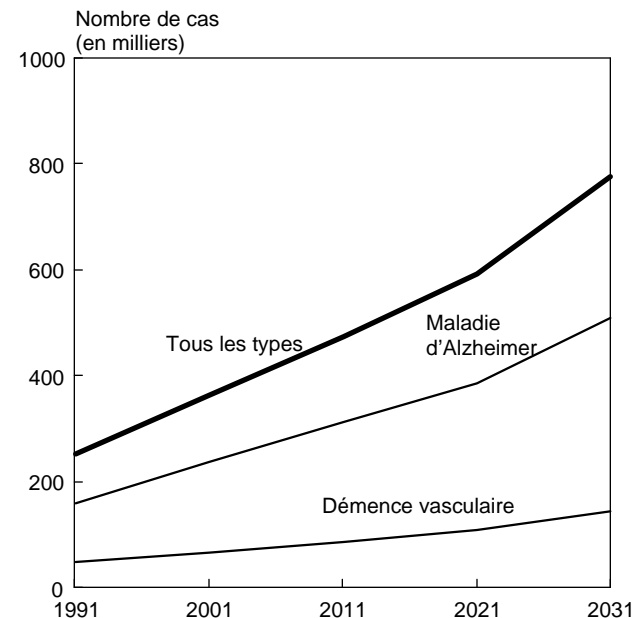
* Gerry Hill (613-951-4113) et Jean-Marie Berthelot (613-951-3760) font partie de la Division des études sociales et économiques de Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. William Forbes et Ian McDowell travaillent pour le Département d'épidémiologie et de médecine communautaire de l'Université d'Ottawa. Joan Lindsay fait partie du Bureau du cancer du Laboratoire de lutte contre la maladie, à Ottawa.

caractérisé par une altération progressive des facultés cognitives et affectives suffisamment grave pour perturber le fonctionnement quotidien et diminuer la qualité de la vie» (voir encadrés «Méthodologie» et «Types de démence»)¹.

La démence deviendra vraisemblablement un problème de santé de plus en plus préoccupant au Canada (graphique 1). En raison de l'allongement de l'espérance de vie, conjugué à une baisse de fécondité, la proportion des personnes âgées dans la population ne cesse de croître. Les auteurs du présent article étudient la démence dans le contexte de l'espérance de vie des hommes et des femmes de 65 ans et plus, vivant dans la collectivité ou en établissement. Les

Graphique 1

Prévalence projetée de la démence, Canada, 1991 à 2031



Source : Adapté de «Canadian Study of Health and Aging: Study methods and prevalence of dementia»

Méthodologie

Source des données

L'étude sur la santé et le vieillissement au Canada (ESVC) est un projet collectif du Département d'épidémiologie et de médecine communautaire de l'Université d'Ottawa et du Laboratoire de lutte contre la maladie du gouvernement fédéral. Le groupe de travail chargé de l'ESVC a effectué une étude sur les personnes âgées dans 18 centres répartis dans tout le Canada, à l'exception du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest, des réserves indiennes et des bases militaires. La première phase a eu lieu de février 1991 à mai 1992. Un échantillon représentatif de personnes de 65 ans et plus a été choisi de façon aléatoire, 14 091 vivant dans la collectivité et 1 586, en établissement. Les taux de participation à l'ESVC sont de 72 % (9 008) pour les personnes vivant dans la collectivité et de 82 % (1 255) pour celles placées en établissement. Il est probable que la prévalence de la démence soit plus forte chez les personnes qui n'ont pas participé à l'étude.

Cette étude vise notamment à déterminer la prévalence de la démence dans les deux populations susmentionnées. Les personnes qui vivent dans la collectivité ont été interviewées à leur domicile et soumises à un test psychométrique simple en vue de déceler des signes vraisemblables de démence. Aux personnes qui n'ont pas réussi le test ainsi qu'à celles placées en établissement, on a offert de passer un examen clinique normalisé en vue de les classer en quatre catégories, à savoir les personnes non démentes, celles atteintes de la maladie d'Alzheimer, celles atteintes de démence vasculaire et celles souffrant d'un autre type de démence.

Techniques d'analyse

Les taux comparatifs de prévalence ont été calculés en prenant pour référence les chiffres de population du Recensement de 1991. En vue d'estimer les années de vie durant lesquelles la population cible est ou n'est pas touchée par la démence, et vit dans la collectivité ou en établissement, on a calculé les taux de prévalence corrigés selon l'âge par la méthode directe, en prenant pour référence la population visée par les tables de survie³. Par exemple, les espérances de vie de cohortes hypothétiques de 100 000 hommes et femmes de 65 ans ont été divisées en trois groupes : le nombre d'années vécues de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et, de 85 ans et plus. Pour calculer le nombre prévu d'années vécues des membres de ces cohortes atteints de la maladie d'Alzheimer, mais vivraient dans la collectivité, on a multiplié le pourcentage, selon le groupe d'âge, de personnes atteintes de la maladie et vivant dans la collectivité par l'espérance de vie du groupe d'âge en question. On a ensuite fait le total des résultats obtenus.

Limites

Il n'existe aucun test permettant de dépister de façon certaine la démence ou d'en déterminer le type du vivant d'une personne. Donc, les données se fondent sur des jugements cliniques et, bien qu'on ait établi des critères en vue de normaliser dans la mesure du possible ces jugements, il se peut que le diagnostic soit erroné dans certains cas. Quoique très répandue dans le présent contexte et dans des contextes similaires, la méthode consistant à convertir les taux de prévalence selon l'âge en espérance de vie n'est valide que si les taux d'incidence de la démence selon l'âge, les taux de placement en établissement et les taux de mortalité demeurent constants dans le temps.

données sont tirées de l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada (ESVC) de 1991².

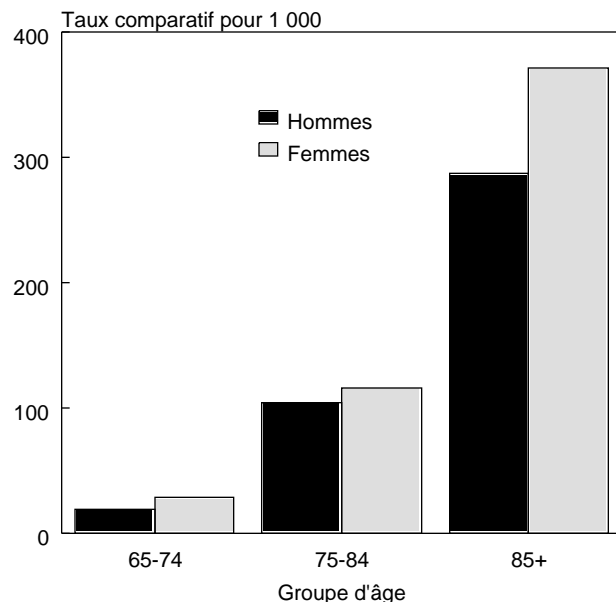
La démence se manifeste chez le tiers des personnes de 85 ans et plus

En 1991, un peu plus d'un quart de million (252 600) de Canadiens âgés étaient atteints d'une forme ou d'une autre de démence. Pratiquement les deux tiers (64 %) souffraient de la maladie d'Alzheimer, et le reste, en proportions pratiquement égales, de démence vasculaire (19 %) et d'autres formes de démence (17 %).

Comme les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes, la majorité des personnes âgées atteintes de démence sont évidemment des femmes (68 %). Toutefois, même lorsqu'on étudie les taux, on constate que la proportion des femmes atteintes est plus élevée. La prévalence de la démence est d'autant plus forte que la population observée est âgée et c'est chez les personnes les plus âgées que l'écart entre les sexes est le plus important. Par exemple, dans le groupe des 65 à 74 ans, le taux est de 28 cas pour 1 000 chez les femmes et de 19 pour 1 000 hommes

Graphique 2

Taux de démence, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1991



Source : Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994

(graphique 2). En revanche, pour le groupe des 85 ans et plus, les taux sont de 371 et 287 cas pour 1 000, respectivement.

La maladie d'Alzheimer est plus courante chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, 69 % des femmes atteintes de démence souffrent de cette maladie, comparativement à 53 % des hommes (graphique 3). Par contre, une plus forte proportion d'hommes que de femmes sont atteints de démence vasculaire (30 % par opposition à 14 %).

Les femmes vivent plus longtemps, mais portent un plus lourd fardeau

Les auteurs ont combiné les estimations de l'espérance de vie calculées par Statistique Canada aux données de l'ESVC pour estimer les proportions moyennes de vie vécues par les personnes âgées qui souffrent ou non de démence dans la collectivité et en établissement. Ces statistiques, qui sont des moyennes, ne reflètent pas la probabilité qu'une personne soit dans cet état particulier un jour ou l'autre. Qui plus est, il est

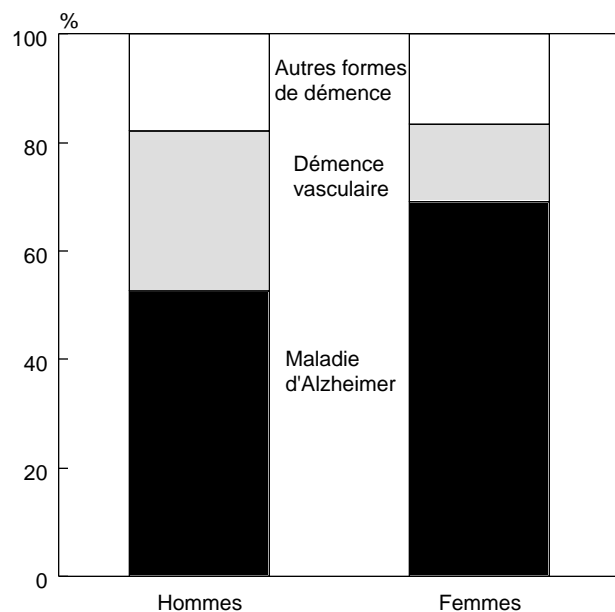
peu probable qu'une même personne souffre des quatre types de démence.

En 1990-1992, à l'âge de 65 ans, l'espérance de vie était de 20,0 ans pour les femmes et de 15,8 ans pour les hommes (tableau 1). En moyenne, les personnes âgées vivent la majorité de ces années dans la collectivité, sans souffrir de démence. De façon spécifique, les femmes âgées échappent à la démence pendant 88 % de leur espérance de vie, vivant 16,6 de ces années dans la collectivité et 0,9 en établissement. Les hommes âgés, quant à eux, échappent à la démence pendant 92 % de leur espérance de vie et passent 14,1 de ces années dans la collectivité et 0,4 en établissement.

Les années restantes (2,4 pour les femmes et 1,2 pour les hommes), sont vécues sous le joug de la démence et représentent une plus forte proportion de l'espérance de vie des femmes (12 %) que des hommes (8 %) âgés.

Graphique 3

Population de 65 ans et plus souffrant de démence, selon le type de démence et le sexe, Canada, 1991



Source : *Canadian Study on Health and Aging Working Group, 1994*

Nota : *Établi d'après des taux comparatifs.*

Types de démence

Les auteurs d'un rapport de synthèse publié dans le *New England Journal of Medicine* ont étudié les types courants de démence¹. Les descriptions présentées ici reposent sur cet article.

La maladie d'Alzheimer, la forme de démence la plus courante au Canada, est une affection dégénérative primaire du cerveau. L'affaiblissement de la mémoire, surtout la perte de la mémoire à court terme, en est la principale manifestation cognitive. Habituellement, l'état du malade s'aggrave progressivement, avec parfois de brefs plateaux. L'apparition de troubles du langage, particulièrement la difficulté à nommer les personnes et les choses (anomie), est un des symptômes de la maladie. En raison d'une réduction complexe du contrôle visuo-moteur, les victimes ont de la difficulté à reconnaître les personnes ou sont sujettes à des perceptions erronées, telles que le fait de confondre un arbuste avec une personne.

La démence vasculaire, quant à elle, est une déficience cognitive permanente causée par une maladie cérébrovasculaire (telle qu'un accident vasculaire cérébral). L'évolution de la maladie est variable. La vitesse et la gravité de l'affaiblissement des facultés dépendent de la maladie cérébrovasculaire sous-jacente et de la réponse du malade au traitement. Les signes de démence vasculaire incluent des perturbations motrices similaires aux symptômes de la maladie de Parkinson. Selon certains, l'altération de la démarche coutumière du malade serait un indicateur précoce de la démence vasculaire.

Tableau 1

Espérance de vie à 65 ans, selon l'existence de la démence, le lieu de résidence et le sexe, Canada, 1991

	Hommes		Femmes	
	Années	%	Années	%
Total	15,8	100	20,0	100
<i>Personnes non démentes</i>	14,6	92	17,5	88
<i>Vivant :</i>				
Dans la collectivité	14,1	90	16,6	83
En établissement	0,4	3	0,9	5
<i>Personnes démentes</i>	1,2	8	2,4	12
<i>Vivant :</i>				
Dans la collectivité	0,7	4	1,0	5
En établissement	0,6	4	1,4	7

Source : *Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994*

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total.

Le placement en établissement pour cause de démence est plus probable pour les femmes que pour les hommes

Comme on peut s'y attendre, la démence entraîne une incapacité et le placement subséquent en établissement⁴. En 1991, environ la moitié (51 %) des personnes démentes vivait en établissement. Le fait qu'une personne souffrant de démence vive soit dans la collectivité soit en établissement dépend, en partie, de la disponibilité de prestataires de soins. À cet égard, ce sont les femmes qui sont les moins protégées. Puisqu'en moyenne les épouses survivent à leur mari, la probabilité d'avoir auprès de soi un conjoint qui prodigue des soins en cas de maladie est beaucoup plus faible pour les femmes que pour les hommes du troisième âge⁵. «Dans le cas des couples âgés, les conjoints peuvent ordinairement compter l'un sur l'autre et ils reçoivent donc généralement moins d'aide d'autres sources... toutefois, la disparition d'un des conjoints rend l'autre très vulnérable⁶.» En 1991, 54 % des femmes démentes vivaient en établissement, comparativement à 44 % des hommes dans la même situation.

Les femmes âgées atteintes de démence courent non seulement un risque plus élevé de vivre en établissement, mais, en général, passent aussi dans ces établissements un plus grand nombre d'années que les hommes atteints de troubles similaires. Durant la période où les femmes âgées sont atteintes de démence, elles passent en moyenne 1,4 année en établissement, comparativement à 0,6 année seulement pour les hommes. Donc, les femmes atteintes passent en établissement une plus grande proportion de leurs années de démence (58 %) que les hommes (50 %).

Conclusion

La démence affecte non seulement les personnes atteintes, mais aussi les personnes qui prennent soin d'elles⁵. Avec le vieillissement de la population, on assistera vraisemblablement à une augmentation de la prévalence de la démence et des demandes qui pèsent sur les prestataires de soins.

Remerciements

L'étude sur la santé et le vieillissement au Canada est financée par la Direction des aînés et aînées grâce à des fonds administrés par le Programme national de recherches et de développement en matière de santé (projet 6606-3954-MC[S]). La première phase de l'étude a été effectuée par 51 enquêteurs répartis dans 18 centres, sous la direction d'un groupe d'experts américains. L'étude a été coordonnée par une équipe dirigée par Barbara Helliwell. Nous remercions chaleureusement toutes ces personnes de leur contribution.

Références

1. D.S. Geldmacher et P.J. Whitehouse, «Evaluation of dementia», *The New England Journal of Medicine*, 335(5), 1996, p. 330-336.
2. Canadian Study of Health and Aging Working Group, «Canadian Study of Health and Aging: Study Methods and Prevalence of Dementia», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 150, 1994, p. 899-913.
3. D.F. Sullivan, «A single index of mortality and morbidity», *HMSA Health Reports*, 86, 1971, p. 347-354.
4. P. Tully et C. Mohl, «Résidents âgés des établissements de santé», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1996, p. 27-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

5. J.F. Gentleman et E. Park, «Différences d'âge dans les couples mariés et qui divorcent», *Rapports sur la santé*, 6(2) novembre 1994, p. 225-240 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. J. Hagey, «Aide à domicile : le soutien aux Canadiens âgés», *Tendances sociales canadiennes*, 14, automne 1989, p. 22-24 (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue).

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité

Wayne J. Millar*

Résumé

Entre 1977 et 1994, le taux de tabagisme a diminué chez les hommes et les femmes. Cette baisse a toutefois été plus prononcée chez les hommes. Par ailleurs, bien qu'une diminution ait été observée à tous les niveaux de scolarité, c'est chez les personnes ayant au plus terminé des études secondaires qu'elle a été la plus faible, et plus particulièrement chez les femmes, relativement peu nombreuses à avoir cessé de fumer. Parmi les anciens fumeurs, la plupart ont invoqué des raisons de santé pour expliquer leur renoncement au tabac.

Les fumeurs de faible niveau de scolarité ont indiqué rencontrer moins de restrictions touchant l'usage du tabac que les personnes de niveau de scolarité supérieur. Tous les fumeurs ont indiqué que les médias étaient leur principale source d'information sur le tabagisme bien que, là aussi, des différences ressortent. Ainsi, les fumeurs de faible niveau de scolarité ont cité cette source moins souvent que les fumeurs plus instruits et ils ont été proportionnellement beaucoup moins nombreux à tirer leur information de livres, de dépliants ou de magazines. En outre, les fumeurs de faible niveau de scolarité étaient moins nombreux à se rappeler les avertissements imprimés sur les paquets de cigarettes concernant l'espérance de vie et les maladies cardiaques.

Si on se fie aux variations observées dans la diminution de l'usage du tabac, les programmes de promotion de la santé et d'abandon du tabac devraient être conçus en fonction du sexe et du niveau de scolarité du groupe visé.

Nous avons étudié les différences entre les taux de tabagisme chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon le niveau de scolarité, à partir de certaines données d'enquêtes sur la santé, réalisées entre 1977 et 1994. Nous avons utilisé des données provenant d'un supplément

financé par Santé Canada à l'Enquête nationale sur la santé de la population pour étudier d'autres aspects du tabagisme, notamment les tentatives faites en vue de réduire la consommation de tabac ou pour cesser de fumer, les sources d'information sur la santé, la connaissance des avertissements sur les paquets de cigarettes et l'exposition à des restrictions touchant l'usage du tabac.

Mots-clés : consommation de cigarettes, cesser de fumer, niveau de scolarité, tabac, promotion de la santé, médias

Bien que l'usage du tabac ait dans l'ensemble diminué au Canada au cours des dernières décennies, certains fumeurs se sont montrés particulièrement réfractaires à suivre cette tendance. Ainsi, les taux de tabagisme ont tendance à être plus élevés chez les personnes de faible niveau de scolarité. Cependant, le taux de tabagisme n'est pas le seul facteur lié à l'usage du tabac qui soit associé au niveau de scolarité. En effet, des facteurs comme le pourcentage des fumeurs qui essaient de réduire ou de cesser leur consommation, les motifs invoqués pour cesser de fumer, ainsi que les sources d'information sur l'usage du tabac varient aussi en fonction du niveau de scolarité.

Comme le tabagisme est une des causes les plus importantes – mais également évitable – de maladie et de décès, les facteurs qui influent sur les taux de tabagisme ont des répercussions sur les programmes de santé publique et les dépenses consacrées aux soins de santé^{1,2}. Dans le présent article, nous utilisons les données du supplément à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, qui a été financé par Santé Canada, pour montrer qu'un large éventail de comportements et d'attitudes liés à l'usage du tabac sont également associés au niveau de scolarité (voir encadrés «*Méthodologie*» et «*Questions supplémentaires de Santé Canada*»).

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

Méthodologie

Source des données

Les tendances indiquées concernant les taux de tabagisme sont basées sur les données obtenues d'un certain nombre d'enquêtes réalisées entre 1977 et 1994, à savoir : les suppléments sur l'usage du tabac à l'Enquête sur la population active (1977, 1979, 1981, 1983, 1986), l'Enquête santé Canada 1978-1979, l'Enquête promotion santé Canada de 1985 et de 1990, l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues de 1989, l'Enquête sociale générale de 1991, et l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 (voir l'Annexe)³⁻¹².

Les données détaillées sur les comportements et les attitudes liés à l'usage du tabac sont basées sur l'information recueillie lors de l'enquête supplémentaire financée par Santé Canada, dans le cadre de l'ENSP. Pour cette enquête supplémentaire, l'échantillon était composé de 13 400 personnes, dont 12 010 étaient âgées de 20 ans et plus. Le taux de réponse chez les personnes admissibles dans les ménages était de 90,6 %.

Toutes les estimations ont été pondérées pour être représentatives de la population au moment de l'enquête, et ce, afin que l'échantillon puisse s'appliquer à l'ensemble de la population du Canada. Pour chacune de ces enquêtes, on a utilisé un important échantillon; les variances associées aux estimations ont donc tendance à être faibles.

Techniques d'analyse

Comme dans la présente analyse on étudie les liens qui existent entre l'usage du tabac et le niveau de scolarité, on ne tiendra compte que de la population âgée de 20 ans et plus – un âge où la plupart des personnes qui deviendront fumeurs, ou qui le sont déjà, ont terminé leurs études secondaires. En raison des différences importantes qui existent dans les distributions par âge des populations dans les différents groupes de niveau de scolarité, on a calculé les taux de tabagisme comparatifs sur la base de la population totale du Canada en 1994.

Nous avons étudié les variations des taux comparatifs annuels en calculant la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) pour les taux enregistrés entre 1977 et 1994. La VAMP correspond à $(e^{\beta} - 1)100$, où β est la pente d'une régression des taux logarithmiques de la période.

Les données de la série chronologique proviennent de différentes enquêtes. Dans la présente analyse, nous avons tenté dans la mesure du possible d'établir des catégories selon le niveau de scolarité qui coïncident avec la classification utilisée dans l'Enquête sur la population active. Comme il a été impossible de calculer la population ayant terminé des études primaires pour l'Enquête santé Canada, nous avons exclu les données de cette enquête de l'analyse de régression pour le niveau primaire.

Les fumeurs ont été définis comme étant des personnes qui fumaient des cigarettes tous les jours ou à l'occasion, au moment de chaque enquête.

Limites

Comme les données sont basées sur des enquêtes transversales, les comportements constatés dans l'usage du tabac peuvent refléter des différences entre les cohortes, les groupes d'âge ou les sexes.

Durant les enquêtes supplémentaires à l'Enquête sur la population active, on a autorisé les réponses par procuration. On a toutefois cherché à réduire cette pratique lors des enquêtes récentes. Ainsi, dans le cadre de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues et de l'Enquête promotion santé de 1990, les réponses par procuration n'ont pas été autorisées. Pour ce qui est de l'Enquête sociale générale de 1991, les réponses par procuration n'ont été permises que dans les cas où la personne choisie était soit trop malade pour participer, soit incapable de s'exprimer dans une des deux langues officielles – il y a eu peu de réponses par personne interposée. Enfin, même si les réponses par procuration ont été permises dans une certaine mesure lors de l'ENSP de 1994-1995, on ne les a pas autorisées pour les modules portant sur les comportements préventifs en matière de santé.

L'effet des réponses par procuration sur les taux de tabagisme dépend de la proportion des réponses qui sont approximatives et du degré de divergence entre les réponses par personne interposée et les réponses fournies par le sujet lui-même sur l'usage du tabac. Bien qu'il soit impossible de déterminer l'effet de la réponse par procuration sur les taux de tabagisme calculés durant les premières années de la série chronologique, un tel système de déclaration a tendance à poser davantage de problèmes lorsqu'il s'agit d'estimer l'usage du tabac chez les adolescents¹³. Cependant, comme la présente analyse porte uniquement sur les personnes âgées de 20 ans et plus, il se peut que le biais introduit par la réponse par procuration ait été réduit au minimum.

Diminution du taux de tabagisme

De 1977 à 1994, les taux de tabagisme ont diminué chez les hommes et les femmes de 20 ans et plus, la réduction étant toutefois plus prononcée chez les hommes (tableau 1). Durant cette période, le pourcentage comparatif des hommes qui fumaient des cigarettes tous les jours ou à l'occasion est passé de 46 % à 33 %, soit une variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) de -2,22 %. La réduction chez les femmes a été plus lente, les taux comparatifs passant de 35 % à 29 % (VAMP de -1,05 %). En dépit de la baisse plus marquée, les taux de tabagisme des hommes sont demeurés supérieurs à ceux des

Tableau 1

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) du taux de tabagisme, selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 1977 à 1994

Niveau de scolarité	Taux de tabagisme		VAMP du taux, de 1977 à 1994
	1977	1994	
	%		%
Les deux sexes	40	31	-1,66
Ayant au plus des études primaires	44	37	-0,70
Ayant fait ou terminé des études secondaires	43	38	-0,88
Études postsecondaires non terminées	37	31	-1,20
Certificat/diplôme	36	30	-1,20
Diplôme universitaire	27	16	-2,81
Hommes	46	33	-2,22
Ayant au plus des études primaires	54	47	-0,93
Ayant fait ou terminé des études secondaires	50	40	-1,47
Études postsecondaires non terminées	39	34	-1,43
Certificat/diplôme	37	31	-1,58
Diplôme universitaire	28	18	-2,48
Femmes	35	29	-1,05
Ayant au plus des études primaires	33	30	-0,21
Ayant fait ou terminé des études secondaires	38	36	-0,31
Études postsecondaires non terminées	34	29	-0,73
Certificat/diplôme	35	29	-0,97
Diplôme universitaire	27	14	-3,18

Source : *Suppléments sur l'usage du tabac à l'Enquête sur la population active, Enquête santé Canada, l'Enquête promotion santé Canada, Enquête sociale générale, Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, Enquête nationale sur la santé de la population*

Nota : Basé sur les taux comparatifs normalisés, population âgée de 20 ans et plus ; données de 1977, 1978-1979, 1979, 1981, 1983, 1985, 1986, 1989, 1990, 1991, 1994-1995.

femmes, même si l'écart s'est réduit de 11 à 4 points de pourcentage.

Les personnes dont le niveau de scolarité est moins élevé sont en général proportionnellement plus nombreuses à fumer. De plus, bien que le taux de tabagisme ait diminué chez les hommes et les femmes pour tous les niveaux de scolarité, le rythme auquel s'est produite cette baisse a varié. Chez les hommes, par exemple, l'usage du tabac a diminué à tous les niveaux de scolarité. Chez les femmes, par contre, la baisse a touché principalement les titulaires d'un diplôme universitaire, où la baisse de la VAMP (-3,18 %) a été plus forte que dans tout autre groupe.

Enquête nationale sur la santé de la population : questions supplémentaires de Santé Canada

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 contenait une série de questions supplémentaires sur la santé et les soins de santé, à la demande de Santé Canada. Parmi celles-ci figuraient un certain nombre de questions ouvertes sur le tabagisme et l'usage du tabac.

Toutes les personnes interrogées, fumeurs et non-fumeurs, ont eu à répondre à la question suivante : «Quelles sont vos plus importantes sources d'information sur les dangers pour la santé que présente l'usage du tabac?» Les personnes interrogées pouvaient indiquer plus d'une source qui ont toutes été notées par l'intervieweur.

La question suivante a également été posée à toutes les personnes interrogées : «Avez-vous déjà vu des avertissements au sujet des dangers pour la santé sur les paquets de cigarettes?» À ceux qui ont répondu oui, on a ensuite demandé : «Quels sont les avertissements au sujet des dangers pour la santé que vous avez vus?» L'intervieweur a noté tous les messages dont se rappelait le répondant.

Aux anciens fumeurs, on a demandé : «Pourquoi avez-vous cessé de fumer?» Tous les motifs mentionnés par les personnes interrogées ont été notés par l'intervieweur.

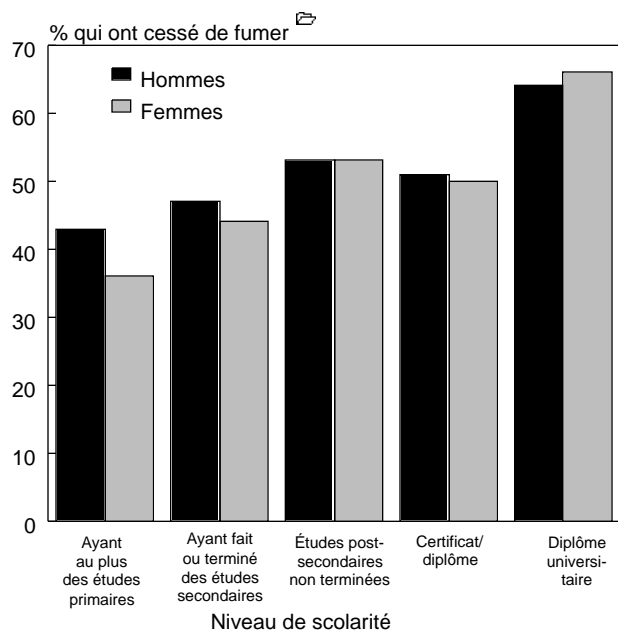
Aux personnes qui fumaient encore, on a demandé : «Avez-vous essayé de cesser de fumer au cours des 12 derniers mois?» et «Fumez-vous maintenant moins qu'il y a 12 mois?» Elles ont eu également à préciser les endroits où l'usage du tabac leur était interdit : «De nos jours, il y a beaucoup de restrictions concernant les endroits où il est permis de fumer. Durant vos activités quotidiennes, où existe-t-il des restrictions qui vous empêchent de fumer?» Les intervieweurs ont noté tous les endroits mentionnés par les personnes interrogées.

Toujours chez les femmes, on a constaté les plus faibles diminutions des taux de tabagisme dans les deux groupes où le niveau de scolarité était le plus faible. Parmi les femmes ayant au plus terminé des études primaires, la VAMP a été de -0,21 %, comparativement à -0,31 % chez celles ayant fait ou terminé des études secondaires. En fait, les taux de tabagisme les plus élevés ont été enregistrés chez les femmes ayant fait ou terminé des études secondaires (38 % en 1977 et 36 % en 1994). De même, les hommes ayant les taux de tabagisme les plus élevés ont été ceux dont les études se limitaient au niveau primaire et ceux dont on a constaté la plus faible diminution des taux.

Les variations observées depuis le milieu des années 1970 dans la baisse du tabagisme ont intensifié l'écart qui existe entre les taux de tabagisme par niveau de scolarité. Chez les hommes, par exemple, l'écart entre les taux maximal et minimal s'est accru de 26 à 29 points de pourcentage, et chez les femmes, il a doublé, passant de 11 à 22 points de pourcentage. Ce profil

Graphique 1

Anciens fumeurs, selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 1994-1995



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Basé sur la population âgée de 20 ans et plus. Les pourcentages sont normalisés selon l'âge.

† Pourcentage d'anciens fumeurs chez les personnes ayant déjà fumé.

n'est pas unique au Canada et on a constaté dans d'autres pays que les personnes moins scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses à fumer que les autres plus scolarisées^{14,15}.

Abandon du tabac

La diminution des taux de tabagisme au fil des ans est le résultat de deux phénomènes : moins de gens se mettent à fumer et d'autres cessent de fumer. Dans le cas présent, la réduction observée depuis 1977 est en grande partie attribuable à des personnes qui ont cessé de fumer. En 1994, environ la moitié de la population âgée de 20 ans et plus qui avait déjà fumé avait cessé, soit 50 % des femmes et 52 % des hommes. Les pourcentages d'anciens fumeurs reflètent le profil de la baisse observée selon le niveau de scolarité. Les fumeurs qui n'ont pas fait d'études postsecondaires, et plus particulièrement les femmes, ont été les plus réfractaires à l'idée de cesser de fumer (graphique 1). Parmi les personnes ayant déjà fumé, seulement 36 % des femmes et 43 % des hommes qui ont terminé au plus des études primaires avaient cessé de fumer en 1994; parmi les personnes ayant fait ou terminé des études secondaires les proportions étaient respectivement de 44 % et 47 %. À l'autre extrémité, 66 % des femmes et 64 % des hommes ayant un diplôme universitaire avaient cessé de fumer.

La principale raison avancée pour cesser de fumer, qui a été mentionnée par 51 % des hommes et 44 % des femmes, a été les inquiétudes ressenties au sujet des effets futurs sur la santé (tableau 2). Le coût venait loin derrière (13 % des hommes et 12 % des femmes). Parmi les raisons mentionnées pour cesser de fumer, aucune tendance nette ne se dégage du niveau de scolarité, bien que, parmi les personnes interrogées les plus scolarisées, les anciens fumeurs aient été en général proportionnellement plus nombreux à indiquer que leur décision avait notamment été influencée par des pressions sociales et familiales.

Restrictions

L'usage du tabac étant restreint ou interdit dans plusieurs endroits, on peut s'attendre à une diminution de sa prévalence. Ainsi, même si peu d'anciens

fumeurs ont indiqué que les restrictions touchant l'usage du tabac les avaient influencés dans leur décision d'arrêter de fumer, on a constaté dans des recherches antérieures que, lorsque des restrictions sont introduites dans un milieu de travail, le nombre de cigarettes consommées chaque jour diminue¹⁶. Selon l'ENSP, le degré de restrictions touchant l'usage du tabac varie selon le niveau de scolarité du fumeur : un pourcentage plus élevé de fumeurs scolarisés ont déclaré des restrictions, cette situation tenant peut-être au fait que les fumeurs de plus faible niveau de scolarité sont moins susceptibles de se trouver dans des situations où il est interdit de fumer. Aussi, les différences liées à l'usage du tabac peuvent, dans une certaine mesure, être associées à des facteurs environnementaux.

Les restrictions sur l'usage du tabac qui ont été les plus souvent mentionnées sont celles qui s'appliquent aux endroits publics (62 %) – dans ce cas, on a constaté peu de différences selon le niveau de scolarité (tableau 3). En revanche, les interdictions en milieu de travail, elles aussi relativement fréquentes, ont varié selon le niveau de scolarité : 38 % des fumeurs ayant terminé au plus des études primaires ont indiqué que l'usage du tabac était restreint au travail, comparativement à 48 % des fumeurs titulaires d'un diplôme universitaire. Cela est peut-être dû au fait que les personnes plus scolarisées, qui travaillent dans des bureaux, sont moins susceptibles de pouvoir fumer au travail que les personnes moins scolarisées, qui travaillent à l'extérieur – par exemple dans l'industrie de la construction ou le secteur des transports¹⁷.

Les restrictions touchant l'usage du tabac s'étendent même aux contacts avec les amis et la famille et, dans ce dernier cas, le lien avec le niveau de scolarité était encore plus grand. À titre d'exemple, seulement 10 % des fumeurs ayant terminé au plus des études primaires ont dit être restreints dans leur usage du tabac à la maison ou chez leurs amis. Parmi les titulaires de diplôme universitaire, la proportion a atteint environ 27 %. En outre, les restrictions durant le transport, mentionnées par une forte proportion de fumeurs ayant fait des études universitaires, pourraient résulter du fait que ces personnes ont à voyager dans des véhicules privés qui appartiennent à des amis ou à des membres de leur famille et à l'intérieur desquels il

leur est interdit de fumer. Ces profils sont conformes à la tendance observée chez les anciens fumeurs plus scolarisés, qui ont reconnu avoir été influencés dans leur décision de cesser de fumer par les pressions sociales et familiales.

Tableau 2

Raisons indiquées par les anciens fumeurs pour arrêter de fumer, selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 1994-1995

Raisons de cesser de fumer [†]	Niveau de scolarité					
	Total	Ayant au plus des études primaires	Ayant fait ou terminé des études secondaires	Études postsecondaires non terminées	Certi-fical/ diplôme	Diplôme universitaire
Les deux sexes						
en milliers						
Anciens fumeurs [‡]	6 651	544	2 272	1 704	1 164	948
%						
Santé future	48	47	46	46	48	53
Coût	12	12	13	12	15	10
Problèmes de santé actuels	11	9	11	12	12	12
Pressions sociales/familiales	10	6	8	10	9	14
Conseil du médecin	6	5	6	5	4	3
Restrictions	2	–	1	2	2	2
Hommes						
en milliers						
Anciens fumeurs [‡]	3 647	343	1 254	877	612	548
%						
Santé future	51	50	51	48	51	56
Coût	13	13	11	14	17	11
Problèmes de santé actuels	12	8	13	13	10	11
Pressions sociales/familiales	10	2	8	11	9	14
Conseil du médecin	6	6	7	5	6	3
Restrictions	2	–	1	2	2	2
Femmes						
en milliers						
Anciennes fumeuses [‡]	3 003	201	1 017	828	552	400
%						
Santé future	44	43	41	43	45	47
Coût	12	10	15	10	14	8
Problèmes de santé actuels	11	10	8	10	13	13
Grossesse	11	3	13	13	11	8
Pressions sociales/familiales	11	13	9	10	10	14
Conseil du médecin	5	2	5	5	2	3
Restrictions	1	–	2	1	2	1

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Basé sur la population âgée de 20 ans et plus. Comme les populations estimatives d'hommes et de femmes ont été arrondies de façon indépendante au millier le plus proche, la somme de ces populations peut ne pas correspondre aux estimations pour les deux sexes. Les pourcentages sont normalisés selon l'âge.

[†] Les personnes interrogées pouvaient indiquer plus d'une raison.

[‡] La somme des rangées ne correspond pas au total, parce que certaines personnes interrogées n'ont pas indiqué leur niveau de scolarité.

Faire passer le message

La publicité dans les médias est un important volet de la stratégie nationale antitabac. De fait, la majorité des fumeurs tirent leur information sur le tabagisme et l'usage du tabac des médias (tableau 4). Plus de la moitié des fumeurs, hommes et femmes, ont déclaré obtenir cette information de la télévision, de la radio ou des journaux. La deuxième source la plus souvent mentionnée a été les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé.

Tableau 3

Endroits où l'usage du tabac est restreint, selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 1994-1995

Endroits où l'usage du tabac est restreint	Niveau de scolarité					
	Total	Ayant au plus des études primaires	Ayant fait ou terminé des études secondaires	Études postsecondaires non terminées	Certificat/diplôme	Diplôme universitaire
Les deux sexes						
en milliers						
Fumeurs actuels [†]	6 316	406	2 519	1 674	1 180	528
%						
Endroits publics	62	60	61	62	65	61
Travail [‡]	52	38	52	56	44	48
Chez les amis	22	10	22	23	22	27
Dans les transports	21	11	20	23	18	31
Activités sportives	18	16	15	24	20	25
À la maison	14	10	11	14	16	25
Hommes						
en milliers						
Fumeurs actuels [†]	3 306	237	1 274	858	622	308
%						
Endroits publics	59	54	58	59	63	59
Travail [‡]	49	42	49	51	40	47
Dans les transports	20	13	19	24	13	31
Chez les amis	19	10	21	21	17	22
Activités sportives	18	19	15	24	17	25
À la maison	16	11	13	16	19	25
Femmes						
en milliers						
Fumeuses actuelles [‡]	3 010	168	1 245	816	558	220
%						
Endroits public	65	69	64	65	66	64
Travail [‡]	55	33	55	61	49	50
Chez les amis	25	10	24	26	27	35
Dans le transport	22	7	21	22	23	32
Activités sportives	18	11	14	25	22	24
À la maison	12	7	9	13	14	23

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995
 Nota : Basé sur la population âgée de 20 ans et plus. Comme les populations estimatives d'hommes et de femmes ont été arrondies de façon indépendante au millier le plus proche, la somme de ces populations peut ne pas correspondre aux estimations pour les deux sexes. Les pourcentages sont normalisés selon l'âge.

[†] La somme des rangées ne correspond pas au total, parce que certaines personnes interrogées n'ont pas indiqué leur niveau de scolarité.

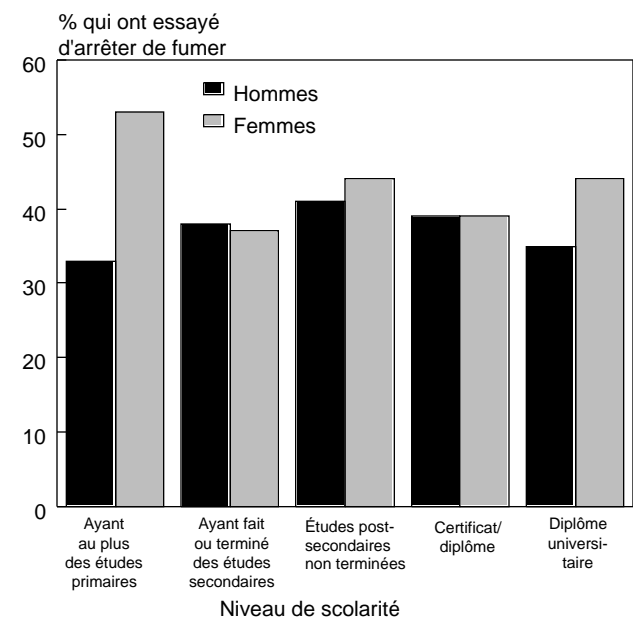
[‡] Basé sur les fumeurs occupés qui travaillent.

Cependant, même si les médias ont été la principale source d'information sur le tabagisme pour l'ensemble des fumeurs, on a constaté des différences selon le niveau de scolarité. Ainsi, les personnes moins scolarisées ont été proportionnellement les moins nombreuses à citer les médias. Ce groupe de fumeurs a également eu tendance à mentionner moins souvent que les autres groupes les dépliants, les livres ou les magazines. En revanche, les professionnels de la santé ont été d'importantes sources d'information sur le tabagisme pour ce groupe de fumeurs, mais leur influence relative a diminué auprès des fumeurs plus scolarisés.

Il est une source d'information qui passe difficilement inaperçue aux yeux des fumeurs; il s'agit des avertissements au sujet des dangers pour la santé qui figurent sur les paquets de cigarettes. Fait peu surprenant, presque tous les fumeurs ont dit avoir vu ces messages (tableau 5). La faculté pour le fumeur de se rappeler le contenu exact du message a toutefois varié selon le niveau de scolarité des personnes

Graphique 2

Fumeurs ayant essayé de cesser de fumer au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 1994-1995



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Basé sur la population âgée de 20 ans et plus. Les pourcentages sont normalisés selon l'âge.

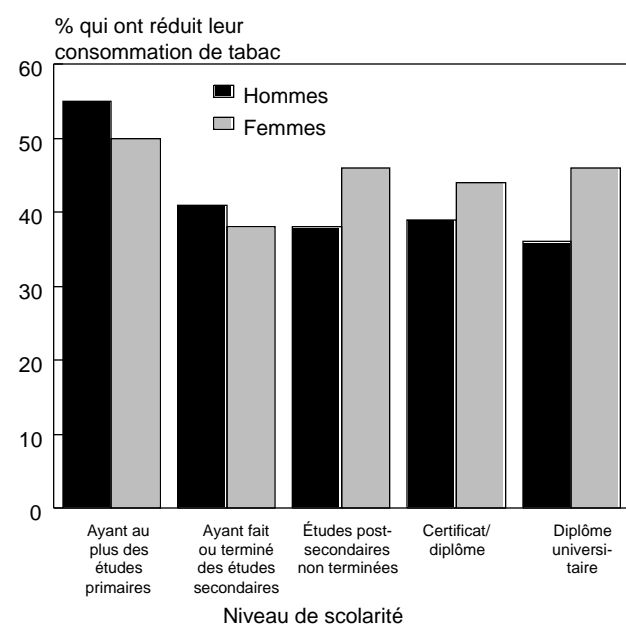
interrogées. Par exemple, un pourcentage comparativement faible de femmes de faible niveau de scolarité ont dit avoir vu les messages sur la relation qui existe entre l'usage du tabac et l'espérance de vie, les maladies cardiaques ou la grossesse.

Efforts visant à cesser ou à réduire la consommation de tabac

Selon certaines données provenant de l'ENSP, les messages antitabac retiennent l'attention. Une proportion substantielle de fumeurs avaient essayé de cesser de fumer durant l'année précédant leur interview, soit 39 % des hommes et 42 % des femmes. Une proportion presque égale (39 % des hommes et 41 % des femmes) ont indiqué fumer moins qu'ils ne fumaient 12 mois auparavant. Là encore, toutefois, des pourcentages relativement faibles de fumeurs, parmi les groupes qui ont les taux de tabagisme les plus élevés (en l'occurrence les femmes ayant fait ou terminé des études secondaires), avaient essayé de

Graphique 3

Fumeurs ayant réduit leur consommation de tabac au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 1994-1995



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Basé sur la population âgée de 20 ans et plus. Les pourcentages sont normalisés selon l'âge.

cesser de fumer (37 %) ou de réduire leur consommation (38 %) (graphiques 2 et 3).

Par contre, un autre groupe de femmes, où le taux de tabagisme était également élevé (un petit nombre ayant au plus terminé des études primaires), a été celui

Tableau 4

Sources d'information des fumeurs sur l'usage du tabac[†], selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 1994-1995

Sources d'information	Niveau de scolarité					
	Total	Ayant au plus des études primaires	Ayant fait ou terminé des études secondaires	Études postsecondaires non terminées	Certificat/diplôme	Diplôme universitaire
Les deux sexes						
Fumeurs actuels [‡]	6 316	406	2 519	1 674	1 180	528
	%					
Télévision/radio/journaux	57	55	55	59	59	68
Professionnels de la santé	32	43	33	33	28	26
Dépliants/magazines/livres	32	30	30	32	36	45
Famille	16	15	16	16	14	15
Ami(e)s	10	6	11	10	9	10
Hommes						
Fumeurs actuels [‡]	3 306	237	1 274	858	622	308
	%					
Télévision/radio/journaux	58	58	57	60	57	68
Professionnels de la santé	27	48	27	28	18	23
Dépliants/magazines/livres	28	30	26	29	26	45
Famille	17	16	17	15	14	16
Ami(e)s	10	6	12	10	7	8
Femmes						
Fumeuses actuelles [‡]	3 010	168	1 245	816	558	220
	%					
Télévision/radio/journaux	57	51	53	58	62	67
Professionnels de la santé	38	35	39	38	37	28
Dépliants/magazines/livres	37	30	34	35	45	44
Famille	15	13	14	17	13	14
Ami(e)s	10	6	10	9	11	12

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Basé sur la population âgée de 20 ans et plus. Comme les populations estimatives d'hommes et de femmes ont été arrondies de façon indépendante au millier le plus proche, la somme de ces populations peut ne pas correspondre aux estimations pour les deux sexes. Les pourcentages sont normalisés selon l'âge.

[†] Les personnes interrogées pouvaient indiquer plus d'une source.

[‡] La somme des rangées ne correspond pas au total, parce que certaines personnes interrogées n'ont pas indiqué leur niveau de scolarité.

qui, proportionnellement, a été le plus nombreux à essayer de cesser de fumer (53 %) ou de réduire sa consommation de tabac (50 %).

Chez les hommes, ceux qui ont été proportionnellement les moins nombreux à essayer d'arrêter de fumer (33 %) ont été ceux qui avaient au plus terminé des études primaires et qui avaient le taux de tabagisme le plus élevé. Cependant, de tous les fumeurs de sexe masculin, ils ont été proportionnellement les plus nombreux à mentionner avoir réduit leur consommation (55 %).

Répercussions

La diminution du taux de tabagisme observée depuis 1977 ne s'est pas manifestée également dans tous les groupes, et les fumeurs de faible niveau de scolarité, notamment les femmes, ont été particulièrement réfractaires à suivre cette tendance. Cependant, même parmi ces groupes, on constate dans les résultats de l'ENSP un certain désir de cesser de fumer, puisqu'un nombre considérable de personnes ont indiqué avoir tenté de cesser ou de réduire leur consommation au cours de l'année précédente. Ces fumeurs pourraient toutefois trouver particulièrement difficile d'arrêter de fumer, car ils sont

Tableau 5

Connaissance par les fumeurs des avertissements au sujet de la santé sur les paquets de cigarettes, selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 1994-1995

Messages sur la santé sur les paquets de cigarettes [†]	Niveau de scolarité					
	Total	Ayant au plus des études primaires	Ayant fait ou terminé des études secondaires	Études post-secondaires non terminées	Certificat/diplôme	Diplôme universitaire
en milliers						
Les deux sexes						
Fumeurs actuels [‡]	6 316	406	2 519	1 674	1 180	528
			%			
Ont vu les messages	98	94	98	99	98	99
L'usage du tabac pendant la grossesse peut nuire à votre bébé	72	62	70	76	74	77
L'usage du tabac est la principale cause de cancer du poumon	69	71	70	68	67	72
L'usage du tabac est une des principales causes de maladie cardiaque	49	47	50	50	54	51
L'usage du tabac réduit l'espérance de vie	46	44	44	50	43	54
en milliers						
Hommes						
Fumeurs actuels [‡]	3 306	237	1 274	858	622	308
			%			
Ont vu les messages	98	93	97	99	98	98
L'usage du tabac pendant la grossesse peut nuire à votre bébé	67	59	66	70	70	74
L'usage du tabac est la principale cause de cancer du poumon	70	77	71	67	66	73
L'usage du tabac est une des principales causes de maladie cardiaque	49	56	50	45	46	47
L'usage du tabac réduit l'espérance de vie	45	48	43	46	42	56
en milliers						
Femmes						
Fumeuses actuelles [‡]	3 010	168	1 245	816	558	220
			%			
Ont vu les messages	98	95	98	99	99	99
L'usage du tabac pendant la grossesse peut nuire à votre bébé	76	66	73	82	76	84
L'usage du tabac est la principale cause de cancer du poumon	69	64	70	70	67	73
L'usage du tabac est une des principales causes de maladie cardiaque	50	35	51	55	44	54
L'usage du tabac réduit l'espérance de vie	48	38	45	53	45	54

Source : L'enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Basé sur la population âgée de 20 ans et plus. Comme les populations estimatives d'hommes et de femmes ont été arrondies de façon indépendante au millier le plus proche, la somme de ces populations peut ne pas correspondre aux estimations pour les deux sexes. Les pourcentages sont normalisés selon l'âge.

[†] Basé sur les fumeurs qui ont vu les messages sur la santé.

[‡] La somme des rangées ne correspond pas au total, parce que certaines personnes interrogées n'ont pas indiqué leur niveau de scolarité.

plus susceptibles de vivre dans des milieux où l'usage du tabac n'est pas interdit.

D'après les variations constatées dans la diminution de l'usage du tabac, les programmes de promotion de la santé et d'abandon du tabac devraient tenir compte du sexe et du niveau de scolarité de la population visée. Ainsi, il faudrait préconiser des approches différentes pour rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité, ce qui pourrait signifier notamment la conception de messages axés sur les questions liées à l'usage du tabac qui préoccupent le plus ces fumeurs et l'utilisation des voies de communication les plus susceptibles d'exercer une influence sur ces fumeurs.

Les préoccupations en matière de santé constituent la principale raison qui amène les gens à cesser de fumer. Cependant, les fumeurs les plus réfractaires ont été proportionnellement moins nombreux que les autres fumeurs à se rappeler les mises en garde sur les paquets de cigarettes concernant les liens entre l'usage du tabac et les maladies cardiaques, l'espérance de vie ainsi que les dangers potentiels pour le bébé, dans le cas des femmes enceintes.

Bien que la télévision, la radio et les journaux constituent la principale source d'information sur l'usage du tabac, le pourcentage des fumeurs de faible niveau de scolarité qui ont indiqué tirer leur information des médias est plus faible. Ces fumeurs ont également été proportionnellement moins nombreux à consulter des dépliants, des magazines ou des livres à ce sujet.

En revanche, une forte proportion d'entre eux ont indiqué les professionnels de la santé comme sources d'information sur l'usage du tabac. De plus, une faible proportion d'anciens fumeurs ont indiqué avoir cessé de fumer, notamment sur la recommandation de leur médecin. Le fait que la plupart des gens, en particulier les femmes, consultent un médecin régulièrement, cela donne à la profession médicale l'occasion d'intervenir¹⁸. En 1994-1995, 87 % des fumeuses et 84 % des fumeurs avaient consulté un médecin au cours de l'année précédente, les fumeurs n'ayant pas terminé leurs études secondaires étant proportionnellement plus nombreux que les titulaires d'un diplôme universitaire à avoir consulté un médecin au moins six fois.

Les restrictions touchant l'usage du tabac dans divers lieux ont également un effet sur la prévalence de cette habitude. D'une part, les taux élevés de tabagisme chez les personnes de faible niveau de scolarité pourraient être associés au milieu de vie – à la maison, au travail et avec les amis – où fumer n'est ni restreint ni interdit. D'autre part, les faibles taux chez les personnes plus scolarisées pourraient être liés aux restrictions auxquelles ils ont à faire face. Le succès des tentatives entreprises pour cesser de fumer varie également selon le niveau de scolarité et vient dans une certaine mesure appuyer l'idée voulant que l'aménagement de lieux non-fumeurs pourrait avoir un effet.

Bien sûr, le tableau que nous avons présenté ici de l'usage du tabac est incomplet puisque, à l'âge de 20 ans, la plupart des personnes qui veulent fumer ont déjà commencé à le faire et que la majeure partie des campagnes antitabac visent à dissuader les jeunes de commencer à fumer. Les études sur l'usage du tabac par les jeunes de moins de 20 ans, en particulier les études longitudinales qui seront rendues possibles grâce à l'ENSP, pourraient apporter des précisions sur les facteurs qui amènent les gens à commencer à fumer et à cesser de fumer¹⁹.

Références

1. R. Peto, A.D. Lopez, J. Boreham, et al., «Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national statistics», *Lancet*, 339, 1992, p. 1268-1278.
2. U.S. Department of Health and Human Services, *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*, A Report of the Surgeon General, Rockville, Maryland, U.S., Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1989.
3. Santé et Bien-être social Canada, *L'usage du tabac au Canada, 1965 à 1979*, Ottawa, Direction de la promotion sur la santé, Santé et bien-être Social Canada, 1980.
4. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête santé Canada*, hors série, n° 82-538F au catalogue, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1981.
5. W.J. Millar, *L'usage du tabac chez les Canadiens en 1981* (Santé et Bien-être social Canada, n° H39-66/1983F au catalogue) Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1983.
6. T. Stephens, L. Pederson et J.S. Hill, *Smoking, physical activity and health*, publié sous la direction de W.F. Forbes, R.C. Frecker, D. Nostbakken, Proceedings of the Fifth World Conference on Smoking and Health, Ottawa, Canadian Council on Smoking, vol. 1, 1983.

7. Statistique Canada, *Santé et soutien social 1985*, n° 11-612 au catalogue, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1987.
8. W.J. Millar, *L'usage du tabac au Canada en 1986*, (Santé et Bien-être social Canada, n° H39-66/1988F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, Canada, 1988.
9. M. Eliany et J.R. Courtemanche (dir.), *L'usage du tabac au Canada - un rapport de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (1989)*, (Santé et Bien-être social Canada, n° H39-240/1992F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1992.
10. T. Stephens et D. Fowler-Graham (dir.), *Enquête promotion santé Canada, 1990 : rapport technique*, Santé et Bien-être social Canada, n° H39-263/2-1990F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1993.
11. W.J. Millar, *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, (Statistique Canada, n° 11-612F, vol.8 au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1994.
12. J.L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p.31-42, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. W.J. Millar, «Smoking prevalence among Canadian adolescents: A comparison of survey estimates», *Canadian Journal of Public Health*, 76, 1985, p. 33-37.
14. J.P. Pierce, M.C. Fiore, T.E. Novotny et al., «Trends in cigarette smoking in the United States: Educational differences are increasing», *Journal of the American Medical Association*, 261(1), 1989, p.1156-1160.
15. K. Bjartveit et P.M. Lochsen, «Less smoking among the well-educated», *World Smoking Health*, 4(1), 1979, p. 27-30.
16. W.J. Millar, « Evaluation of the impact of smoking restrictions in a government setting», *Canadian Journal of Public Health*, 79(5), 1988, p. 379-382.
17. W.J. Millar et L.M. Bisch, «Smoking in the workplace 1986: Labour Force Survey Estimates», *Canadian Journal of Public Health*, 80(4), 1989, p. 261-265.
18. F. Bass, « Mobilizing physicians to conduct clinical intervention in tobacco use through a medical association program: 5 years' experience in British Columbia», *Journal de l'association médicale canadienne*, 154(2), 1996, p. 159-164.
19. C. Mills, T. Stephens et K. Wilkins, «Summary report of the workshop on data for monitoring tobacco use», *Les maladies chroniques au Canada*, 15(3), 1994, p. 105-110.

Annexe

Taille des échantillons d'enquête parmi la population âgée de 20 ans et plus, selon le niveau de scolarité, Canada

Date de l'enquête	Enquête [†]	Niveau de scolarité					
		Total	Ayant au plus des études primaires	Ayant fait ou terminé des études secondaires	Études post-secondaires non terminées	Certificat/diplôme	Diplôme universitaire
1977	EPA	34 170	9 983	15 022	2 793	3 761	2 611
1978-1979 [‡]	ESC	20 157	..	14 967	1 581	1 997	1 611
1979	EPA	33 709	9 403	15 859	2 197	3 542	2 708
1981	EPA	34 209	8 779	16 357	2 461	3 683	2 929
1983	EPA	33 924	8 358	15 882	2 735	3 959	2 990
1985	EPSC	10 188	1 060	5 411	1 168	1 146	1 403
1986	EPA	27 709	5 966	13 126	2 343	3 576	2 698
1989	ENAD	10 659	1 216	5 341	1 240	1 286	1 576
1990	EPSC	12 236	1 362	5 973	1 416	1 621	1 864
1991	ESG	11 008	1 346	4 372	1 653	2 168	1 469
1994-1995	ENSP	12 010	1 033	4 266	2 975	2 112	1 624

[†] EPA - L'Enquête sur la population active, ESC - Enquête santé Canada, EPSC - l'Enquête promotion santé Canada, ESG - Enquête sociale générale ENAD - Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, ENSP - Enquête nationale sur la santé de la population (questions supplémentaires - Santé Canada).

[‡] Impossible de calculer la population ayant terminé des études primaires.

Infirmiers autorisés, 1995

Richard Trudeau*

Résumé

Les infirmiers autorisés constituent une petite minorité au Canada, mais leur nombre a augmenté considérablement ces dix dernières années. En effet, entre 1985 et 1995, la proportion d'hommes parmi le personnel infirmier autorisé est passée d'un peu plus de 2 % à presque 4 %. La proportion d'infirmiers est particulièrement forte au Québec, où elle s'est établie à 8 % en 1995. Les infirmiers sont plus nombreux dans certains domaines de la profession, comme les services de psychiatrie, les soins intensifs, les soins d'urgence et l'administration. En revanche, on a engagé assez peu d'infirmiers autorisés pour prodiguer des soins à la mère et au nouveau-né, des soins pédiatriques ou des soins communautaires. L'augmentation de l'effectif masculin dans les programmes de sciences infirmières des collèges et universités donne à penser que la représentation des hommes dans cette profession continuera d'augmenter. L'étalement de la courbe vers les âges plus avancés pourrait indiquer que certains hommes choisissent la profession d'infirmier comme deuxième carrière. En outre, un déplacement de la courbe de répartition des infirmiers selon l'âge laisse supposer que les hommes qui s'engagent dans la profession ont tendance à y rester.

La présente analyse des caractéristiques démographiques et d'emploi des infirmiers repose sur des données enregistrées annuellement dans la base de données sur les infirmiers et infirmières autorisés tenue à jour par Statistique Canada. Les chiffres concernant les effectifs des programmes d'études en sciences infirmières et l'obtention de diplômes sont collectés par Statistique Canada dans le cadre des enquêtes annuelles.

* Richard Trudeau (613-951-8388) fait partie de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. L'article s'inspire de la publication intitulée *Personnel infirmier au Canada, 1995 : Infirmier(ère)s autorisé(e)s*, (Statistique Canada, n° 83-243 au catalogue). Pour se la procurer, consulter la rubrique *Pour commander les publications à la page 55*.

Mots-clés : infirmiers, soins infirmiers, formation en sciences infirmières, personnel infirmier des hôpitaux

Au cours des dix dernières années, les femmes ont fait des percées importantes dans beaucoup de professions qui, autrefois, étaient l'apanage des hommes, notamment la médecine. Par exemple, de nos jours, 26 % des médecins et chirurgiens sont des femmes, comparativement à 17 % en 1985¹. Par contre, le mouvement des hommes vers la profession infirmière s'est fait, au mieux, de façon progressive. La profession infirmière demeure l'un des domaines où la prédominance féminine est la plus forte, les infirmiers autorisés n'y représentant qu'une très faible minorité. Le personnel infirmier du Canada comptait plus d'un quart de million de personnes en 1995, dont à peine plus de 10 000 hommes.

On a recensé, en 1995, 262 400 infirmiers et infirmières autorisés, ce qui représente une légère baisse par rapport à l'année précédente (264 932), et la première baisse depuis 1979. Pourtant, le nombre d'infirmiers autorisés continue d'augmenter progressivement.

Dans le présent article, on étudie les caractéristiques démographiques et d'emploi des infirmiers autorisés au Canada. (Les infirmiers et infirmières autorisés sont des personnes qui ont terminé avec succès un programme approuvé de formation en sciences infirmières et qui, après avoir satisfait à des critères préétablis, sont couramment autorisées dans l'une des provinces. Parmi les critères figurent l'obtention d'un diplôme décerné par une école de sciences infirmières approuvée, la réussite de l'examen écrit de certification des infirmiers et infirmières, ainsi que l'attestation de compétences dans le domaine des soins infirmiers

Méthodologie

Source des données

La plupart des données exposées dans le présent article sont tirées de la base de données sur les infirmiers et infirmières autorisés tenue à jour par Statistique Canada². Les décisions quant à la collecte des données, aux modifications du contenu et aux données de sortie sont prises conjointement par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, les autorités provinciales et/ou territoriales qui réglementent la profession infirmière et Statistique Canada. À compter de 1996, la base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés sera tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Les autorités provinciales qui réglementent la profession sont chargées de la collecte des données. Celle-ci a lieu chaque année durant la période d'inscription et s'étend aux infirmiers et aux infirmières qui font une demande d'autorisation pour la première fois, à ceux et celles qui demandent le renouvellement de leur autorisation dans la même province, à ceux et celles qui ont déménagé et demandent l'autorisation dans une autre province ainsi qu'à ceux et celles qui sont immigrants et qui demandent l'autorisation au Canada pour la première fois. Les données sont tirées des formulaires provinciaux et/ou territoriaux de demande d'autorisation (de licence) et de renouvellement d'autorisation. Neuf associations provinciales et le Yukon collectent leurs propres données, et transmettent les enregistrements non vérifiés à Statistique Canada. Les associations de l'Île-du-Prince-Édouard et des Territoires du Nord-Ouest envoient leurs documents d'autorisation à Statistique Canada par l'entremise de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Les variables pour lesquelles des données sont recueillies incluent l'âge, le sexe, le niveau de formation à l'entrée dans la profession, l'année de l'obtention du diplôme, la province où a été obtenu le diplôme, la situation professionnelle, la situation concernant l'emploi à plein temps ou à temps partiel, le nombre d'heures travaillées au cours des 12 derniers mois, le lieu de travail, le type d'employeur, le domaine principal de responsabilité et le type de poste.

Étant donné le taux de réponses élevé (plus de 95 % dans chaque province et territoire), on n'a entrepris aucune pondération pour tenir compte de la non-réponse totale. En outre, plutôt que d'attribuer des valeurs pour remplacer les données manquantes, on inclut dans tous les tableaux la catégorie «non précisé».

Les données sur l'effectif des programmes de sciences infirmières des universités et sur les diplômes décernés sont tirées des enquêtes annuelles effectuées auprès de ces établissements par la Division de l'éducation, de la culture et du tourisme de Statistique Canada. Les données des collèges communautaires sont transmises par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Limites

Comme les infirmiers et infirmières peuvent être autorisés dans plus d'une province ou territoire, il est nécessaire de tenir compte des autorisations multiples pour établir le nombre exact d'infirmiers et infirmières autorisés. Pour réduire le nombre d'autorisations multiples dues aux déplacements entre les provinces, qui se font ordinairement en été, on limite la collecte des données aux quatre premiers mois de l'année d'autorisation de chaque province ou territoire. Comme 95 % des autorisations ont lieu au cours des premiers mois de l'année, cette méthode n'élimine pas un nombre significatif d'autorisations.

Malgré ces précautions, il subsiste certains cas d'autorisations multiples, c'est-à-dire des cas où des infirmiers ou des infirmières ont des autorisations d'exercer dans plus d'une province ou

territoire. La plupart de ces inscriptions multiples sont repérées en appariant la province de travail ou de résidence à la province d'autorisation.

Cette façon d'éliminer les autorisations multiples associées aux déplacements interprovinciaux peut néanmoins être une source d'erreurs. Ainsi, on ne pourrait déceler l'autorisation en double qui se produirait lorsqu'un infirmier ou une infirmière qui vit et qui est autorisé dans une province au début de l'année déménage trois mois plus tard et obtient une autorisation dans cette nouvelle province. Par ailleurs, un infirmier ou une infirmière qui ne travaille pas en sciences infirmières et qui est autorisé à exercer dans une province autre que sa province de résidence pourrait être considéré comme un cas d'autorisation en double. De même, un petit nombre d'infirmiers ou d'infirmières qui travaillent dans une province autre que leur province d'autorisation seraient considérés, faussement, comme des cas d'autorisation en double.

On trouve des erreurs de saisie de données dans un petit nombre d'enregistrements de chaque province et territoire. Toutefois, dans quelque province ou territoire que ce soit, pour toute variable, le taux estimé d'erreur est inférieur à 1 %.

Ces dernières années, les documents concernant l'octroi de licence transmis par l'Île-du-Prince-Édouard ne contenaient pas de données sur le sexe. Par conséquent, pour le personnel infirmier de cette province, on détermine cette variable d'après le nom de la personne ou par comparaison avec un document antérieur précisant le sexe. Si aucune de ces méthodes ne permet d'établir le sexe, on tient pour acquis que la personne en question est une femme. Comme l'Île-du-Prince-Édouard ne compte que 0,5 % des infirmiers et infirmières du Canada, l'incidence de cette démarche sur les résultats globaux est faible.

Définition de la situation professionnelle

La classification des emplois à plein temps et à temps partiel de l'Enquête sur la population active (EPA) est objective et ne permet aucune définition personnelle³. On y définit ce qu'est un emploi à plein temps et un emploi à temps partiel sur la base du nombre total d'heures de travail habituellement consacrées par semaine à un *emploi principal* ou à un *emploi unique*. Les personnes qui ont travaillé durant la semaine de référence (c'est-à-dire la semaine précédant l'EPA) et qui consacrent habituellement moins de 30 heures par semaine à leur emploi principal ou unique sont considérées comme des travailleurs à temps partiel et celles qui y consacrent au moins 30 heures par semaine, comme des travailleurs à plein temps.

Pour la plupart des autorités provinciales ou territoriales qui participent à la collecte annuelle des données sur les infirmiers et infirmières autorisés, la définition de l'emploi à plein temps ou à temps partiel est subjective. Les personnes interrogées qui cochent la case «travail à plein temps» sur le formulaire de demande d'autorisation sont considérées comme des travailleurs à plein temps et celles qui cochent la case «temps partiel» sont considérées comme des travailleurs à temps partiel, indépendamment du nombre d'heures travaillées. Seuls la Nouvelle-Écosse, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest définissent le travail à plein temps comme un travail dans le domaine des sciences infirmières d'une durée moyenne d'au moins 30 heures par semaine. Néanmoins, selon les données déjà étudiées, il ressort que les déclarations faites par chaque personne interrogée concernant le travail à temps partiel correspondent à ce qu'on obtiendrait si on posait une question avec 30 heures de travail pour point de démarcation.

et dans l'une ou les deux langues officielles.) L'analyse repose sur des données collectées annuellement et rassemblées dans la base de données sur le personnel infirmier de Statistique Canada (voir encadré «*Méthodologie*»). Ces données proviennent des formulaires de demande d'autorisation ou de renouvellement que remplissent chaque année les infirmiers et infirmières et qui contiennent des renseignements sur l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la situation professionnelle, le type de poste et le champ de responsabilité.

Une minorité qui prend de l'importance

Si les femmes qui choisissent les professions habituellement exercées par les hommes sont motivées par l'espoir d'améliorer leur situation sociale et économique, les hommes qui envisagent une carrière dans un domaine où les femmes prédominent ne peuvent s'attendre à ce type de gratification. Pourtant, malgré les obstacles auxquels ils se heurtent, un nombre faible, mais croissant, d'hommes s'orientent vers la profession infirmière.

Bien que peu nombreuse en nombre absolu, la population d'infirmiers autorisés a augmenté considérablement au cours des dix dernières années. En 1985, il y avait 5 449 infirmiers au Canada contre 10 035 en 1995, une hausse de 84 %. Durant la même période, le nombre d'infirmières n'a augmenté que de 13 %. De ce fait, les infirmiers représentaient 3,8 % du personnel infirmier autorisé en 1995, comparativement à 2,4 % en 1985 (tableau 1).

Dans une certaine mesure, les chiffres nationaux, fortement biaisés par la situation au Québec, sont trompeurs (tableau 2). En 1995, les infirmiers autorisés du Québec représentaient 7,9 % du personnel infirmier autorisé de la province et 51 % de l'ensemble des infirmiers autorisés du Canada. Dans les autres provinces, le pourcentage d'infirmiers autorisés ne dépassait pas 3,4 %. (Dans les Territoires du Nord-Ouest, les hommes représentent un pourcentage relativement élevé (6,4 %) du personnel infirmier autorisé, mais leur nombre réel est faible.) La forte proportion d'infirmiers au Québec n'est pas un fait nouveau. Il y a dix ans, le Québec avait déjà le plus

haut pourcentage d'infirmiers (5,3 %) au pays et comptait 53,5 % des infirmiers autorisés du Canada.

Situation professionnelle

Le profil d'emploi des infirmiers diffère quelque peu de celui de leurs homologues féminins. En 1995, un pourcentage légèrement plus élevé d'infirmiers autorisés (92 %) que d'infirmières autorisées (89 %) travaillait dans le domaine des sciences infirmières.

Tableau 1

Infirmier(ère)s autorisé(e)s, selon le sexe, Canada, 1985 à 1995

	Les deux sexes	Hommes	Femmes	
			% du total	
1985	229 345	5 449	2,4	223 896
1986	236 993	5 959	2,5	231 034
1987	241 759	6 346	2,6	235 413
1988	249 673	6 903	2,8	242 770
1989	252 189	7 316	2,9	244 873
1990	256 145	7 992	3,1	248 153
1991	262 288	8 595	3,3	253 693
1992	263 683	9 017	3,4	254 666
1993	264 339	9 621	3,6	254 718
1994	264 932	9 883	3,7	255 049
1995	262 400	10 035	3,8	252 365

Source : n° 83-243 au catalogue et Division des statistiques sur la santé

Tableau 2

Infirmier(ère)s autorisé(e)s, selon le sexe et la province d'autorisation, 1995

	Les deux sexes	Hommes	Femmes	
			% du total	
Canada	262 400	10 035	3,8	252 365
Terre-Neuve	5 647	158	2,8	5 489
Île-du-Prince-Édouard	1 233	8	0,6	1 225
Nouvelle-Écosse	9 324	180	1,9	9 144
Nouveau-Brunswick	8 405	235	2,8	8 170
Québec	64 855	5 101	7,9	59 754
Ontario	98 295	2 338	2,4	95 957
Manitoba	10 386	357	3,4	10 029
Saskatchewan	8 844	155	1,8	8 689
Alberta	23 594	465	2,0	23 129
Columbia-Britannique	31 004	993	3,2	30 011
Yukon	223	7	3,1	216
Territoires du Nord-Ouest	590	38	6,4	552

Source : n° 83-243 au catalogue

Le nombre relativement élevé d'infirmières à la retraite qui conservent leur autorisation pourrait toutefois expliquer cet écart. La majorité (86 %) des infirmiers et infirmières autorisés qui n'étaient ni employés en sciences infirmières ni à la recherche d'un emploi résidaient en Ontario, province qui, contrairement aux autres, permet aux infirmiers et infirmières à la retraite de conserver leur autorisation.

Un écart plus prononcé entre les caractéristiques d'emploi des infirmiers et infirmières diplômés se voit dans les proportions travaillant à temps partiel. En 1995, le taux d'emploi à temps partiel en sciences infirmières s'établissait à 23 % pour les hommes, soit la moitié du taux observé pour les femmes (44 %). Néanmoins, ces chiffres sont nettement supérieurs aux taux d'emploi à temps partiel enregistrés pour la popu-

lation active dans son ensemble. En effet, en 1995, 11 % des hommes et 28 % des femmes qui travaillaient avaient un emploi à temps partiel³.

Les infirmiers et les infirmières autorisés ont tendance à travailler dans des domaines distincts. De façon plus précise, le pourcentage des hommes qui travaillent dans les unités de soins infirmiers psychiatriques est élevé. En 1995, presque 16 % des infirmiers (comparativement à moins de 5 % des infirmières) travaillaient essentiellement dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale (tableau 3). La proportion des infirmiers qui travaillent dans des domaines comme les soins intensifs, les soins d'urgence et l'administration est également élevée. En revanche, peu d'infirmiers travaillent dans les domaines des soins pédiatriques, des soins à la mère et au nouveau-né, et les soins de santé communautaire.

Cette répartition des responsabilités reflète des tendances anciennes⁴. Pendant de nombreuses années, la majorité des écoles de sciences infirmières qui acceptaient des hommes étaient rattachées à des hôpitaux psychiatriques, la conviction étant que les hommes sont plus aptes que les femmes à faire face aux exigences physiques inhérentes à la prestation de soins aux malades mentaux. Jusqu'aux années 1960 et 1970, les hommes inscrits à un programme d'études en sciences infirmières n'avaient pas le droit de suivre les cours d'obstétrique et de gynécologie. En outre, les infirmières ont opposé une certaine résistance au recrutement d'infirmiers dans les maternités, même après que ces cours ont fait partie intégrante de leur programme d'études. La tendance consistait à affecter principalement les infirmiers aux services de psychiatrie et de soins intensifs.

Il n'est donc pas surprenant de trouver un pourcentage beaucoup plus fort d'infirmiers que d'infirmières employés dans les hôpitaux psychiatriques ou dans les centres de santé mentale. En 1995, 12 % des infirmiers autorisés travaillaient dans ce type d'établissements, comparativement à 3 % des infirmières (tableau 4). En revanche, les infirmiers étaient, toutes proportions gardées, beaucoup moins nombreux que les infirmières dans les organismes de santé communautaire, les établissements

Tableau 3

Domaines de responsabilité des infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant en sciences infirmières, selon le sexe, Canada, 1995

	Infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant en sciences infirmières		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les domaines	232 869	9 247	223 622
	%	%	%
	100,0	100,0	100,0
Soins médicaux/chirurgicaux	19,2	16,7	19,3
Soins psychiatriques/de santé mentale	5,0	15,6	4,6
Soins gériatriques/gérontologiques	10,6	9,1	10,7
Soins intensifs	7,0	8,1	7,0
Soins infirmiers dans plusieurs domaines cliniques	6,5	8,0	6,5
Soins d'urgence	4,3	6,5	4,3
Autres soins aux patients	8,6	6,4	8,7
Administration	4,0	5,8	4,0
Salle d'opération	3,8	3,3	3,8
Éducation	2,8	1,9	2,9
Soins à domicile	3,5	1,6	3,6
Soins de santé communautaire	4,7	1,4	4,9
Soins de santé au travail	1,4	1,3	1,4
Soins ambulatoires	1,5	1,3	1,6
Soins pédiatriques	3,2	1,1	3,3
Soins à la mère/au nouveau-né	5,9	0,4	6,1
Recherche	0,5	0,2	0,5
Non précisé	7,2	11,4	7,0

Source : n° 83-243 au catalogue

d'enseignement, les services de soins à domicile ou les cabinets de médecin. Cependant, dans l'ensemble, les hôpitaux généraux, qui employaient 53 % des infirmiers et 58 % des infirmières, étaient de loin le principal employeur.

Dans les hôpitaux, 10 % des infirmiers occupaient des postes administratifs en 1995, comparativement à 7 % des infirmières (directeur(trice)s/directeur(trice)s adjoint(e)s, surveillant(e)s, infirmier(ère)s-chef). Ces chiffres, qui témoignent d'une diminution de l'écart entre les proportions des infirmiers et des infirmières affectées à l'administration, reflètent l'évolution de la répartition des types d'emploi du personnel infirmier des hôpitaux au cours des dix dernières années. En 1995, plus de 14 fois plus d'infirmiers et d'infirmières étaient affectés aux services de soins directs aux patients qu'aux services administratifs, tandis qu'en 1985, le ratio du personnel infirmier affecté était d'environ 7 à 1. Cette même année, 27 % des infirmiers et 14 % des infirmières occupaient un poste administratif.

Formation

L'effectif des écoles de sciences infirmières et le nombre de diplômés sont les signes avant-coureurs du profil qu'aura la profession dans le futur. Or, la proportion d'hommes parmi les étudiants et les diplômés en sciences infirmières des collèges communautaires et des universités du Canada ne cesse de croître^{5,6}.

De 1984-1985 à 1993-1994, la composante masculine de l'effectif à plein temps des programmes de sciences infirmières des collèges communautaires a grimpé, passant de 8 % à 12 %. La proportion des hommes diplômés en sciences infirmières et qui sortent des collèges communautaires, quoique plus faible, était également en hausse, passant de 6 % en 1984-1985 à 9 % en 1991-1992.

Les hommes ne sont pas autant représentés dans les programmes de sciences infirmières des universités que dans ceux des collèges communautaires, mais la tendance est similaire. En 1984-1985, les hommes représentaient 4 % des étudiants à plein temps du programme de premier cycle de sciences infirmières; en 1993-1994, la proportion avait doublé pour atteindre 8 %. La proportion d'hommes dans l'effectif à temps

partiel des programmes de sciences infirmières est demeurée assez stable, oscillant entre 5 % et 6 %. Entre 1984 et 1993, le pourcentage de baccalauréats en sciences infirmières décernés aux hommes a augmenté lentement, passant de 3 % à 5 %.

Il existe également, au Québec, un parallèle entre le pourcentage élevé d'infirmiers autorisés et l'effectif masculin des programmes d'études en sciences infirmières. Par exemple, en 1993-1994, 16 % des étudiants inscrits à plein temps aux programmes de sciences infirmières des Cégeps du Québec étaient des hommes, tout comme 13 % de l'effectif à plein temps des programmes de premier cycle de sciences infirmières des universités québécoises. Cette année-là, ces hommes représentaient 43 % et 30 %, respectivement, des hommes inscrits à plein temps aux programmes d'études en sciences infirmières collégiales et universitaires au Canada.

Tableau 4

Employeurs des infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant en sciences infirmières, selon le sexe, Canada, 1995

	Infirmier(ère)s autorisé(e) travaillant en sciences infirmières		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les employeurs	232 869	9 247	223 622
	%	%	%
	100,0	100,0	100,0
Hôpital général	57,6	52,7	57,8
Hôpital psychiatrique/centre de santé mentale	3,0	12,1	2,6
Maison de soins infirmiers	10,5	8,9	10,5
Organisme de santé communautaire	5,9	3,2	6,0
Centre de réadaptation/de convalescence	1,7	1,9	1,7
Association/gouvernement	1,2	1,8	1,2
Établissement d'enseignement	2,5	1,7	2,5
Entreprise/industrie/santé au travail	1,0	1,1	1,0
Soins à domicile	3,7	1,1	3,9
Organisme privé de soins infirmiers/soins privés	0,7	0,8	0,7
À son compte	0,6	0,7	0,6
Poste infirmier	0,3	0,6	0,3
Cabinet de médecin/unité de médecine familiale	2,5	0,2	2,6
Autre	3,2	2,9	3,2
Non précisé	5,7	10,4	5,5

Source : n° 83-243 au catalogue

Tableau 5

Niveau le plus élevé de formation en sciences infirmières des infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant en sciences infirmières, à l'entrée dans la profession et en 1995, selon le sexe, Canada, 1995

Niveau le plus élevé de formation en sciences infirmières	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	À l'entrée	En 1995	À l'entrée	En 1995	À l'entrée	En 1995
	%					
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Diplôme	90,9	80,5	93,3	82,6	90,9	80,4
Baccalauréat	8,9	17,9	6,5	16,0	9,0	18,0
Maîtrise ou doctorat	--	1,5	--	1,3	--	1,5

Source : n° 83-243 au catalogue

Nota : Le niveau de formation n'a pas été précisé par 10 % des infirmiers et 5 % des infirmières travaillant en sciences infirmières.

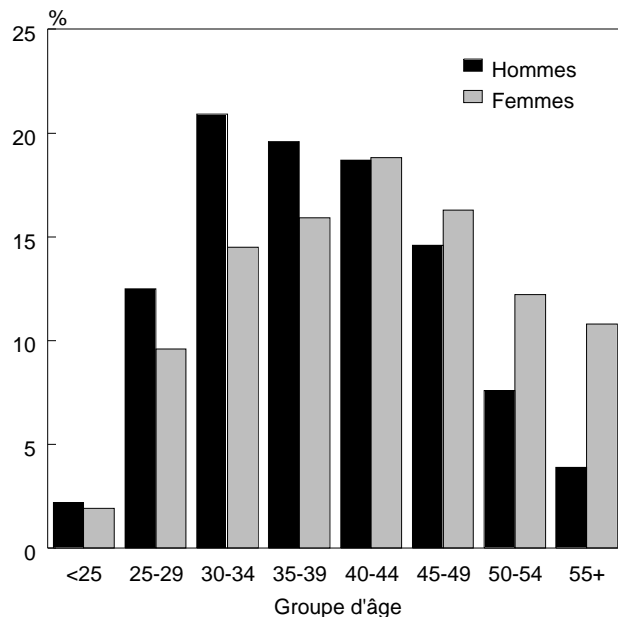
Les titres de compétence des infirmiers et des infirmières reflètent le fait que les hommes sont moins nombreux dans les programmes universitaires que dans les programmes collégiaux. Parmi les infirmiers et infirmières autorisés en 1995 travaillant dans le domaine des sciences infirmières qui ont déclaré leur niveau de scolarité, un plus faible pourcentage d'hommes (17 %) que de femmes (20 %) se sont dits titulaires d'un diplôme universitaire en sciences infirmières (tableau 5). Cependant, toutes proportions gardées, autant d'infirmiers que d'infirmières ont acquis une formation supplémentaire après avoir débuté dans la profession. Ainsi, à leurs débuts, 7 % des infirmiers et 9 % des infirmières seulement avaient obtenu un diplôme universitaire en sciences infirmières.

Population plus jeune, mais vieillissante

Les infirmiers sont, en général, un peu plus jeunes que leurs homologues féminins. En 1995, l'âge médian des infirmiers exerçants était de 37 ans, par rapport à 41 pour les infirmières. Plus de la moitié (55 %) des infirmiers autorisés avaient moins de 40 ans, comparativement à 42 % pour les infirmières (graphique 1).

Graphique 1

Répartition par âge des infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant en sciences infirmières, selon le sexe, Canada, 1995

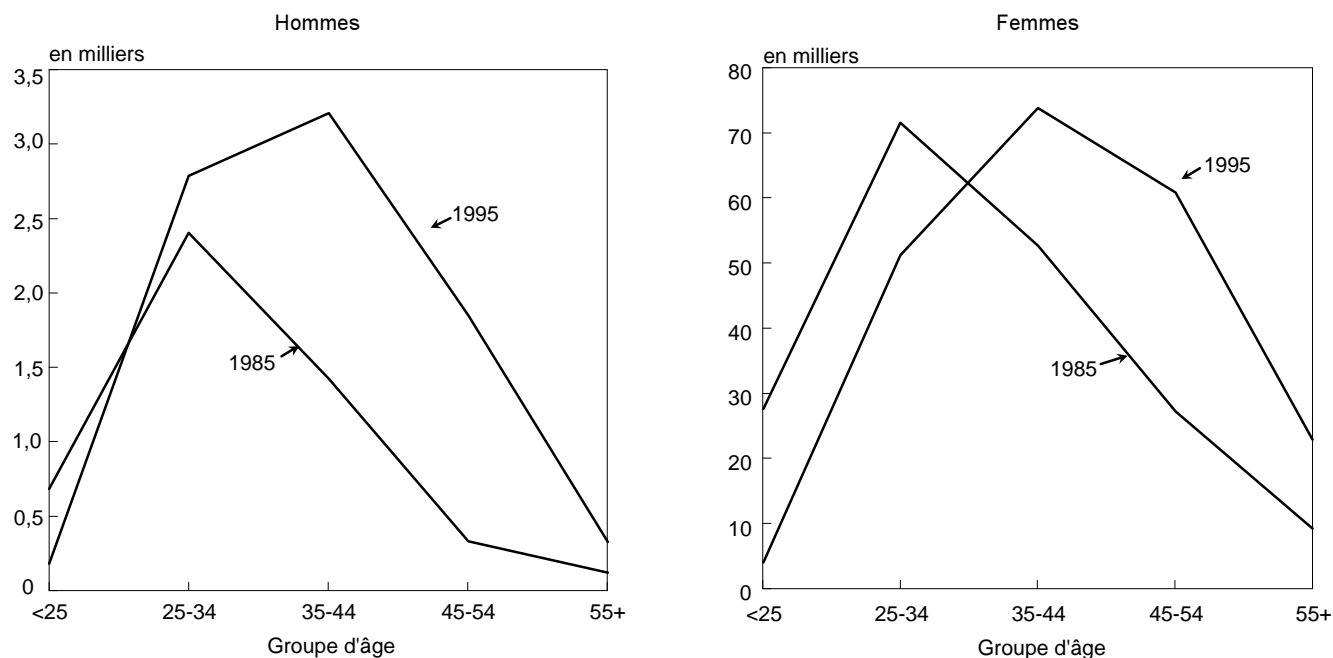


Source : n° 83-243 au catalogue

Cependant, la population d'infirmiers et d'infirmières vieillit (graphique 2). Entre 1985 et 1995, la courbe de répartition tant des infirmiers que des infirmières selon l'âge a subi un déplacement, de sorte que le groupe le plus important est maintenant celui des 35 à 44 ans au lieu de celui des 25 à 34 ans. Dans le cas des femmes, cette constatation reflète surtout le fait que la cohorte d'infirmières qui avaient de 25 à 34 ans en 1985 se classait dans la tranche des 35 à 44 ans en 1995. En effet, en 1995, il y avait seulement 3 % plus d'infirmières de 35 à 44 ans que d'infirmières de 25 à 34 ans en 1985. Par contre, dans le cas des hommes, il y avait 34 % plus d'infirmiers dans le groupe des 35 à 44 ans en 1995 que celui observé dans le groupe des 25 à 34 ans en 1985. Ces chiffres donnent à penser qu'un nombre important d'hommes commencent dans la profession d'infirmier alors qu'ils sont dans la trentaine, peut-être à titre de deuxième carrière. Ils laissent aussi à penser qu'une forte proportion des infirmiers et des infirmières exerçant en 1985 faisaient toujours partie de la profession en 1995.

Graphique 2

Répartition par âge des infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant en sciences infirmières, selon le sexe, Canada, 1985 et 1995



Source : n° 83-243 au catalogue et la Division des statistiques sur la santé

En parallèle, le nombre d'infirmiers et d'infirmières de moins de 25 ans a beaucoup diminué et la décroissance de la population des jeunes ne suffit pas à expliquer cette chute. La diminution du nombre d'infirmiers et d'infirmières de moins de 25 ans pourrait indiquer que les femmes et les hommes débutent dans la profession plus tard qu'auparavant. Cette situation pourrait s'expliquer, du moins en partie, par le fait qu'une proportion croissante d'infirmiers et d'infirmières font des études universitaires plutôt que collégiales. Entre 1985 et 1991, le pourcentage de toutes les personnes terminant leurs études en sciences infirmières qui ont obtenu un diplôme universitaire est passé de 22 % à 28 %.

Coup d'oeil sur l'avenir

L'augmentation du nombre d'hommes qui s'inscrivent aux programmes d'études en sciences infirmières et de ceux qui obtiennent leur diplôme indique que les rangs des infirmiers autorisés grossiront dans un avenir rapproché. Par ailleurs, le fait de savoir qu'une carrière en sciences infirmières est une option viable pour les

hommes pourrait aussi contribuer à grossir ces rangs. Autrefois la rémunération assez médiocre dissuadait les hommes de choisir la profession d'infirmier. Ce facteur économique n'existe plus depuis que les membres de la profession se sont syndiqués⁴. La rémunération du personnel infirmier est maintenant beaucoup plus élevée que par le passé. Cependant, les compressions budgétaires dans le secteur de la prestation des soins de santé, notamment dans les hôpitaux, pourraient décourager certains hommes qui, dans d'autres circonstances, auraient envisagé une carrière en sciences infirmières.

Références

1. Institut canadien de l'information sur la santé, *The Supply and Distribution of Physicians, Canada, selected years, 1961 to 1995*. Ottawa, Institut canadien de l'information sur la santé, 1996.
2. Statistique Canada, *Personnel infirmier au Canada 1995 : infirmier(ère)s autorisé(e)s*, n° 83-243 au catalogue, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1996.

3. Statistique Canada, *Moyennes annuelles de la population active, 1995*, n° 71-220 au catalogue, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1996.
4. J. MacPhail, «Men in nursing», publié sous la direction de J.R. Kerr et J. MacPhail, *Canadian Nursing: Issues and Perspectives*, 3^e révision, Toronto, Mosby, 1991.
5. Statistique Canada, *L'éducation au Canada : revue statistique pour 1988-1989*, n° 81-229 au catalogue, Ottawa, Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1990.
6. Statistique Canada, *L'éducation au Canada, 1995*, n° 81-229 au catalogue, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1996.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer

Leslie A. Gaudette, Carol Silberberger, Chris A. Altmayer, Ru-Nie Gao *

Résumé

Le cancer du sein est la principale forme de cancer diagnostiqué chez les Canadiennes (si l'on exclut le cancer non mélanique de la peau); il représente en effet 30 % environ de tous les nouveaux cas de cancer. Les taux d'incidence commencent à augmenter après l'âge de 30 ans, mais c'est chez les femmes de 60 ans et plus qu'ils sont les plus élevés. Depuis 1969, les taux d'incidence de ce cancer augmentent à un rythme lent mais constant au Canada, la hausse la plus rapide étant là encore observée chez les femmes de 50 ans et plus. Les taux au Canada figurent parmi les plus élevés au monde; le Canada vient ainsi au deuxième rang, n'étant devancé que par les États-Unis.

Après des décennies marquées de peu de changements, les taux de mortalité par le cancer du sein pour tous les groupes d'âge combinés ont légèrement diminué depuis 1990. Même si la baisse n'est pas considérable, elle est néanmoins statistiquement significative et en accord avec les diminutions similaires enregistrées au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie.

Les taux de survie au cancer du sein sont relativement plus favorables que ceux associés à d'autres formes de cancer et, fait peu surprenant, ils sont meilleurs chez les femmes plus jeunes et celles dont le cancer est détecté à un stade précoce. Ces données sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer et l'état civil.

* Leslie Gaudette (613-951-1740) et Ru-Nie Gao (613-951-1763) travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, à Ottawa K1A 0T6. Carol Silberberger, étudiante à l'Université de Victoria, et Chris Altmayer, étudiant à l'Université de Waterloo, travaillaient à la Division des statistiques sur la santé dans le cadre d'un programme d'alternance travail-études. L'article est une mise à jour des données présentées au Forum national sur le cancer du sein, qui s'est tenu à Montréal du 14 au 16 novembre 1993. Des données publiées dans les Statistiques canadiennes sur le cancer 1993 et 1996 et d'autres sources ont également été adaptées et incluses.

Les données sur le cancer du sein, qui sont présentées ici, sont tirées du Registre canadien du cancer, du Système national de déclaration des cas de cancer et des données sur la mortalité des statistiques de l'état civil; toutes ces données sont mises à jour par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada.

Mots-clés : néoplasmes mammaires, facteurs de risque, taux de survie, comparaisons internationales

Le cancer du sein est un des problèmes de santé les plus graves qui touchent les Canadiennes. Environ une femme sur neuf risque d'en être atteinte à une période ou l'autre de sa vie^{1,a}. Bien que les taux d'incidence soient plus élevés chez les femmes âgées, le cancer du sein peut se manifester chez des femmes dans la fleur de l'âge et à une période où leurs responsabilités professionnelles et familiales sont à leur maximum. En 1993, le cancer du sein a été la principale cause de décès chez les femmes âgées de 35 à 49 ans².

Environ une femme sur 25 décèdera du cancer du sein. Lorsqu'on considère l'ensemble des âges, le cancer du sein constitue la quatrième cause de décès chez les femmes (5 %), après les cardiopathies ischémiques (21 %), les accidents vasculaires cérébraux (9 %) et le cancer du poumon (5,4 %)².

Le cancer du sein est beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. En 1991, par exemple, pour 140 cas environ de cancer du sein déclarés chez des femmes, un seul était diagnostiqué chez un homme³.

^a Bien que plus souvent diagnostiqué que le cancer du sein, le cancer non mélanique de la peau a été exclu de cette analyse, car les rapports sur ce type de cancers de la peau sont incomplets et ces cancers sont rarement mortels.

Il s'est avéré difficile de maîtriser l'effet du cancer du sein. En effet, peu de facteurs de risque pouvant faire l'objet de mesures préventives ont été identifiés jusqu'ici et les progrès réalisés dans le traitement de cette maladie semblent avoir eu peu d'influence sur la mortalité dans son ensemble⁴.

Le présent article décrit les tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par cette maladie, établies à partir des données extraites du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, ainsi que des données sur la mortalité des statistiques de l'état civil; toutes ces données sont mises à jour par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada (voir encadré «*Méthodologie*»).

Forme prédominante de cancer chez la femme

Le cancer du sein est de loin la principale forme de cancer diagnostiqué chez les Canadiennes, et il représente environ 30 % de tous les nouveaux cas déclarés (tableau 1). Entre 1969 et 1996, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués a plus que doublé, passant de 6 900 à un nombre estimé de 18 600 (graphique 1). Cette hausse est toutefois attribuable en majeure partie à des changements démographiques, puisque, comparativement, les taux d'incidence comparatifs du cancer du sein n'ont augmenté que lentement durant cette période, passant de 78 à environ 107 pour 100 000 (graphique 2).

Méthodologie

Source des données

La présente analyse est basée sur l'information extraite du Registre canadien du cancer (RCC) (1992) et du Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC) (1969 à 1991), ainsi que sur les données sur la mortalité des statistiques de l'état civil (1969 à 1994); toutes ces données sont mises à jour par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada^{2,3,5}. Depuis l'année de collecte de données 1992 — année la plus récente pour laquelle des données sur l'incidence du cancer sont disponibles — le RCC a remplacé le SNDCC. Ces deux registres sont des systèmes basés sur un échantillon stratifié représentatif et ils portent sur l'ensemble de la population du Canada. On y recueille l'information sur chaque cas de cancer, à partir des données obtenues des registres provinciaux et territoriaux du cancer³.

On a utilisé les données extraites du Registre du cancer de la Saskatchewan et du Registre du cancer du sein du Nord de l'Alberta pour calculer les taux de survie selon l'âge au moment du diagnostic et selon le stade du cancer.

Techniques d'analyse

À cause des retards dans la compilation et le traitement des données sur l'incidence du cancer, les estimations pour les années récentes ont été obtenues par modélisation des données sur l'incidence et la mortalité par cancer, selon la province, pour certains sièges de cancer. Ainsi, on a utilisé les données de 1984 à 1991

ou 1992 pour estimer l'incidence pour 1993 à 1996, celles de 1984 à 1993 pour calculer les estimations de la mortalité pour 1994 à 1996. Pour plus d'information à ce sujet, veuillez consulter les *Statistiques canadiennes sur le cancer 1996*¹.

La variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence du cancer du sein et de mortalité par cancer du sein a été calculée dans le temps pour permettre l'analyse. Cette variation s'exprime par l'équation $(e^{\theta} - 1) 100$, θ étant la pente d'une régression de taux logarithmiques dans le temps.

Nous utilisons dans cet article des taux comparatifs basés sur la population du Canada de 1991, afin de tenir compte des changements dans la structure par âge de la population qui se sont produits au fil des ans. On a corrigé les estimations démographiques pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement.

La survie observée a été calculée à partir de la courbe de survie Kaplan-Meier. Les données obtenues du Registre du cancer du sein du Nord de l'Alberta et du Registre du cancer de la Saskatchewan ont été regroupées. Les données simples calculées pour chacun des deux registres se sont révélées comparables à une variable de Wilcoxon ($p = 0,2361$), d'après une comparaison visuelle et les résultats du test du khi carré. La période de suivi s'est échelonnée du 1^{er} janvier 1980 au 31 décembre 1990.

Le vieillissement est le plus important facteur de risque du cancer du sein (voir encadré «**Facteurs de risque**»). Les taux d'incidence augmentent rapidement à partir de l'âge de 30 ans jusqu'à l'âge de 70 ans, se stabilisent pour enfin diminuer après 84 ans (graphique 3).

Stabilité des taux d'incidence chez les femmes plus jeunes

Le public est de plus en plus conscient de la possibilité que le cancer du sein se manifeste chez des femmes relativement jeunes et certains craignent que l'incidence de la maladie soit en hausse chez les femmes dans la quarantaine. De fait, parmi les femmes âgées de 40 à 49 ans, le cancer du sein est le cancer le plus répandu; en 1992, on a enregistré environ 2 684 nouveaux cas, soit le tiers de tous les cas de cancer diagnostiqués dans ce groupe d'âge. Cependant, bien que le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chez les femmes âgées de 40 à 49 ait augmenté de 65 %

Tableau 1

Nombre estimé de nouveaux cas et de décès, selon le siège du cancer, chez les femmes, Canada, 1996

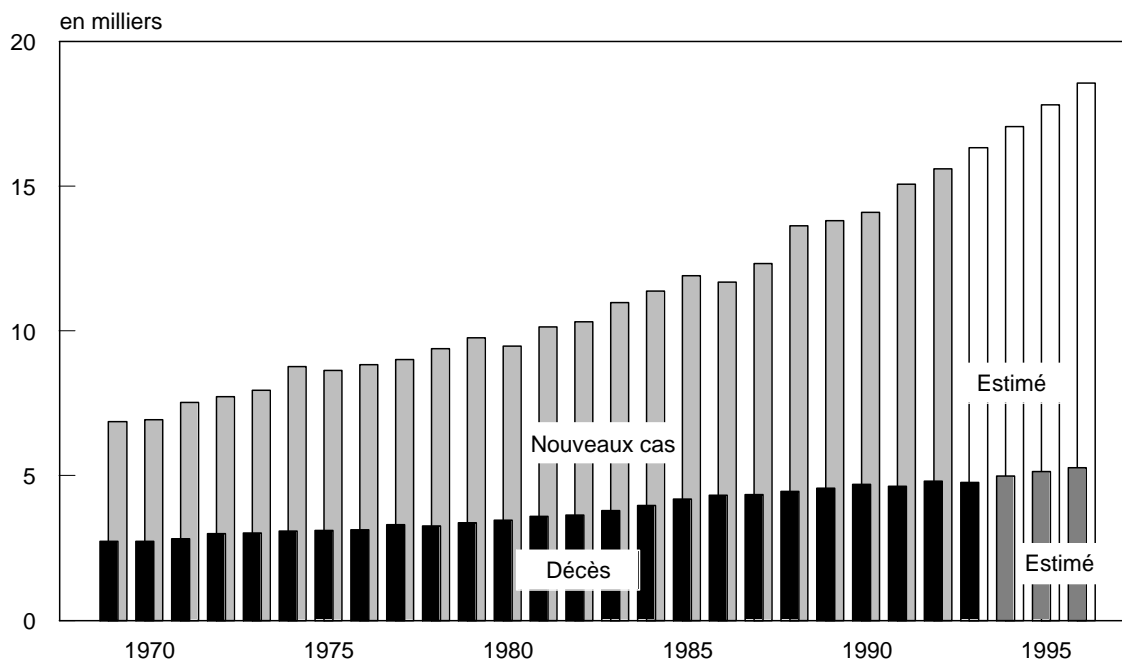
Site	Nouveaux cas	Décès
Tous les cancers	60 600	28 200
Sein	18 600	5 300
Poumon	7 600	6 000
Colo-rectal	7 500	2 900
Corps de l'utérus	3 000	620
Lymphome non hodgkinien	2 400	1 100
Ovaire	2 100	1 350
Pancréas	1 550	1 500
Rein	1 550	520
Leucémie	1 450	910
Mélanome	1 450	250
Tous les autres sièges	13 400	7 750

Source : Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1996*

Nota : Exclut les cancers non mélaniques de la peau.

Graphique 1

Nombre de nouveaux cas de cancer du sein et de décès par ce cancer, chez les femmes, Canada, 1969 à 1996



Source : Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer et la Division des statistiques sur la santé

Facteurs de risque

Au cours des 50 dernières années, de nombreuses études ont été menées pour tenter de déterminer les facteurs de risque du cancer du sein. Malgré ces efforts, seuls 55 % des nouveaux cas qui se déclarent peuvent être expliqués par des facteurs de risque connus⁶. En outre, la plupart des facteurs de risque identifiés ne se prêtent pas à des mesures de prévention⁶.

Parmi les facteurs de risque connus et associés à un risque relatif élevé de cancer du sein, mentionnons : l'âge, le pays de naissance, les antécédents familiaux de cancer du sein ainsi que les pathologies mammaires prolifératives bénignes confirmées par biopsie⁷. Les facteurs de risque que l'on sait, associés à un risque modéré incluent un certain nombre de facteurs liés à l'état hormonal et au mode de vie, entre autres, le statut socioéconomique, l'obésité et la religion⁷. Parmi les facteurs liés à l'état hormonal, l'âge à la première grossesse à terme est le facteur qui présente un des risques relatifs les plus forts.

Dans un grand nombre d'études, on a associé un risque accru à un quatrième groupe de facteurs; le niveau

d'association demeure toutefois incertain⁷. Bon nombre de ces facteurs font soit intervenir une exposition à des hormones soit ils influent sur cette exposition; notons, par exemple, la prise de contraceptifs oraux, l'oestrogénothérapie substitutive et le nombre d'enfants. En ce qui a trait à l'allaitement prolongé, reconnu pour réduire les risques dans certaines populations, il pourrait expliquer tout au moins en partie les risques réduits chez les femmes inuit. Enfin, bien que le régime alimentaire soit depuis longtemps mis en cause, toute association marquée entre le cancer du sein et certaines composantes précises du régime alimentaire reste à confirmer⁶⁻⁷.

Récemment, certains chercheurs ont formulé l'hypothèse que la plupart des facteurs de risque pouvaient être expliqués en fonction soit du nombre de cellules mammaires potentiellement sensibles, soit de la sensibilité de ces cellules à développer un cancer du sein à différentes étapes de la vie de la femme⁸.

Dans l'ensemble, peu de facteurs de risque pourraient théoriquement être modifiés pour contribuer à la prévention primaire de la maladie. La prévention secondaire par le dépistage du cancer du sein semble offrir les meilleures chances de contrôler la maladie⁷.

Facteurs de risque pour le cancer du sein chez la femme

Facteur	Groupe à haut risque	Groupe à faible risque
<i>Risque relatif élevé (> 4,0)</i>		
Âge	Âgée	Jeune
Pays de naissance	Amérique du nord, Europe du nord	Asie, Afrique
Antécédents familiaux (mère et sœur avec cancer du sein)	Oui	Non
<i>Risque relatif modéré (2,1-4,0)</i>		
Antécédents de cancer dans un sein	Oui	Non
Antécédents familiaux (mère ou sœur avec cancer du sein)	Oui	Non
Maladie proliférative bénigne confirmée par biopsie	Oui	Non
Radiographie pulmonaire (doses modérées à fortes)	Oui	Non
<i>Risque relatif mineur (1,1-2,0)</i>		
Statut socioéconomique	Élevé	Faible
État matrimonial	Célibataire	Non-célibataire
Lieu de résidence	Urbain	Rural
Religion	Juive	Adventiste du septième jour, Mormon
Âge à la première grossesse à terme	≥ 30 ans	<20 ans
Âge à l'apparition des premières règles	≤ 11 ans	≥15 ans
Âge à la ménopause	≥ 55 ans	<45 ans
Obésité		
Cancer du sein ≥50 ans	Obèse	Mince
Cancer du sein < 50 ans	Mince	Obèse

Source : D'après J.L. Kelsey, *Breast cancer epidemiology : Summary and future directions*, *Epidemiologic Reviews*, 15(1), 1993, p. 256-263

entre 1982 et 1992, les taux d'incidence sont demeurés relativement stables. Le nombre accru de cancers du sein diagnostiqués dans ce groupe d'âge s'explique entièrement par l'arrivée des baby-boomers dans le groupe des 40 ans et plus, une tendance qu'on a également observée aux États-Unis^{9,10}.

Chez les femmes âgées de 60 à 79 ans, par contre, les taux d'incidence ont augmenté de façon notable, passant de 2,5 % à 3 % par an (graphique 4). En raison de l'augmentation rapide de l'incidence du cancer du sein chez les femmes de 70 à 79 ans, le taux dans ce groupe d'âge est maintenant supérieur à celui chez les femmes de 80 ans et plus (graphique 5). Cette hausse observée chez les femmes de 70 à 79 ans pourrait être le résultat du dépistage accru par mammographie ou des changements dans les habitudes de procréation parmi les cohortes. (Les femmes âgées de 80 ans durant les années 1990 ont commencé à avoir des enfants avant les années 1930, soit avant la baisse du taux de natalité observée durant la crise de 1929. À partir des années 1930 à 1945 l'âge moyen à la naissance du premier enfant a augmenté — un facteur de risque bien connu du cancer du sein.)

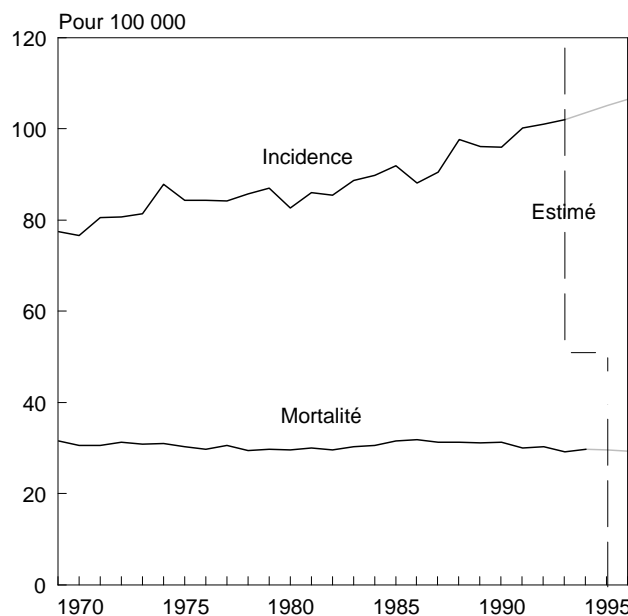
Légère baisse du taux de mortalité

Entre 1969 et 1996, le nombre de décès dus au cancer du sein est passé de 2 750 à environ 5 300 (graphique 1). Quant aux taux de mortalités ils sont demeurés relativement stables de 1969 à 1990, soit d'environ 30 à 32 pour 100 000 femmes (graphique 2). Entre 1990 et 1993, le taux a ensuite baissé, passant de 31 à 29 pour 100 000 femmes, le plus faible taux déclaré depuis 1950. Bien que peu importante, cette baisse est néanmoins statistiquement significative ($p < 0,05$) et elle est généralement comparable aux baisses observées aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie¹¹⁻¹⁵.

Chez les femmes âgées de 30 à 59 ans les taux de mortalité de cancer du sein ont diminué d'environ 1 % à 2 % par année depuis 1984. Cependant, chez les femmes âgées de 60 à 69 ans, les tendances de mortalité par cancer du sein ont changé brusquement en 1990 (graphique 6). En effet, après une hausse constante pendant de nombreuses années, les taux

Graphique 2

Taux comparatifs d'incidence du cancer du sein et de mortalité par ce cancer, chez les femmes, Canada, 1969 à 1996

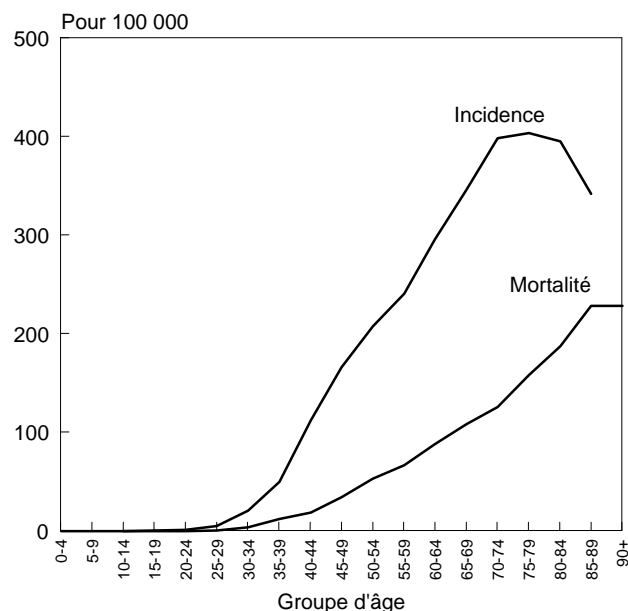


Source : Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer et Division des statistiques sur la santé

Nota : Taux comparatifs basés sur la population du Canada de 1991 et corrigés pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement.

Graphique 3

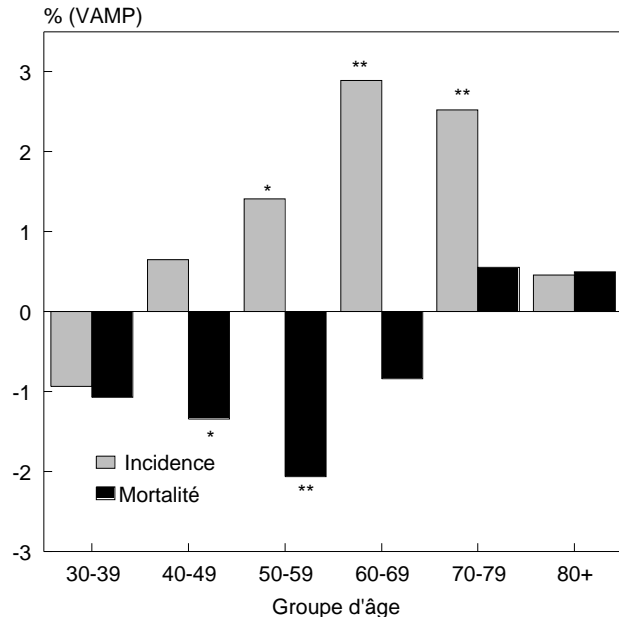
Taux d'incidence du cancer du sein et de mortalité par ce cancer, selon le groupe d'âge, chez les femmes, Canada, 1992



Source : Registre canadien du cancer et Division des statistiques sur la santé

Graphique 4

Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence du cancer du sein (1984 à 1991) et de mortalité par ce cancer (1984 à 1993), selon le groupe d'âge, chez les femmes âgées de 30 ans et plus, Canada



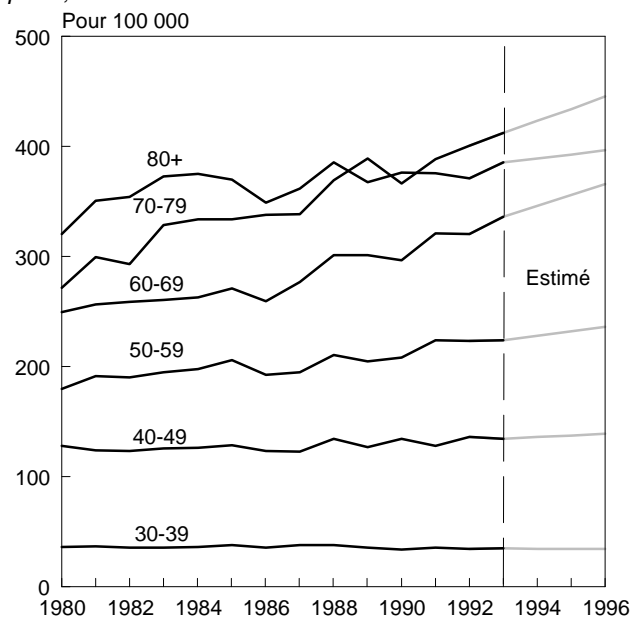
Source : Division des statistiques sur la santé

* Différence significative par rapport à zéro ($p < 0,05$).

** Différence significative par rapport à zéro ($p < 0,01$).

Graphique 5

Taux d'incidence du cancer du sein, selon le groupe d'âge, chez les femmes âgées de 30 ans et plus, Canada 1980 à 1996



Source : Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer

ont chuté de près de 15 % entre 1990 et 1993. Chez les femmes de 70 ans et plus, toutefois, les taux demeurent assez stables depuis 1984.

La diminution de la mortalité par cancer dans l'ensemble des femmes est due en grande partie aux changements des tendances dans ce groupe d'âge (60 à 69 ans). Le recul de la mortalité observée depuis 1990 chez les femmes de ce groupe d'âge est une conséquence logique des antécédents de procréation de cette génération¹⁵. En d'autres termes, ces femmes ont eu tendance à devenir mères plus tôt que les femmes des cohortes qui les ont précédées. Une première grossesse à terme à un jeune âge réduit les risques relatifs de cancer du sein. Toutefois, les diminutions de la mortalité pour ce groupe d'âge et pour d'autres peuvent aussi être dues à d'autres facteurs, par exemple le dépistage plus précoce grâce à la mammographie, ou les effets du traitement^{12,13,15}.

Situation dans l'ensemble du Canada

De façon générale, il y a eu convergence des taux provinciaux d'incidence du cancer du sein. Cependant, même si le gradient prononcé habituel, qui était caractérisé par une diminution des taux de l'Ouest vers l'Est, a en grande partie disparu¹⁶, les taux demeurent relativement élevés en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse et faibles au Québec, à Terre-Neuve, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest (tableau 2). Par contre, les taux de mortalité affichent une légère pente d'est en ouest, les taux étant inférieurs à la moyenne en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba.

Les taux d'incidence plus élevés que l'on remarque actuellement dans les provinces situées à l'est de l'Ontario pourraient, en partie, être imputables à l'amélioration des techniques d'enregistrement des cas de cancer³. En outre, comme certaines femmes sont atteintes de plus d'un cancer primitif du sein, on pourrait expliquer certaines différences interprovinciales par les différences qui existent entre les règles utilisées par chaque registre pour comptabiliser ces cancers primitifs multiples.

Cependant, les profils changeants de l'âge de la mère à la naissance du premier enfant, ainsi que l'usage plus répandu de la mammographie pour étudier les problèmes mammaires, pourraient également expliquer les différences provinciales dans les taux d'incidence du cancer du sein. On croit également que des facteurs socioéconomiques expliqueraient, du moins en partie, les faibles taux d'incidence à Terre-Neuve. Les facteurs socio-économiques peuvent être liés à d'autres facteurs de risque tels que la diète, l'âge à l'apparition des premières règles et l'âge de la mère à la naissance du premier enfant (voir encadré «*Comparaisons internationales*»).

Faible taux chez les femmes inuit

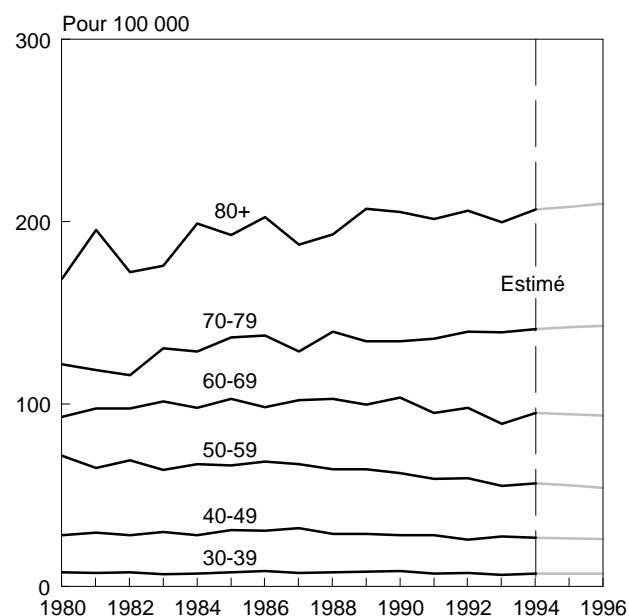
Les faibles taux d'incidence du cancer du sein dans les Territoires du Nord-Ouest expriment principalement les très faibles taux parmi la population inuit. De 1969 à 1988, le taux de cancer du sein chez les femmes inuit des Territoires du Nord-Ouest ne correspondait qu'à un dixième de la moyenne canadienne¹⁷. Cependant, selon des rapports isolés, cette tendance est en voie de changer, puisqu'on a déclaré davantage de cancers du sein depuis 1988 qu'au cours des 20 années antérieures. Chez les femmes inuit du Nord du Québec et du Labrador, les taux de cancer du sein sont environ la moitié du taux canadien, mais il est difficile de tirer des conclusions de cette observation étant donné le peu de personnes concernées¹⁸. Enfin, les taux pour l'ensemble de la population inuit du Canada, qui correspondent à un cinquième de la moyenne nationale, sont en général plus faibles que ceux de la population inuit de l'Alaska ou du Groenland, ce qui semble indiquer que les facteurs de risque du cancer du sein ont été introduits plus tard chez les Inuit du Canada^{17,19}.

Taux de survie favorable

Les taux de survie au cancer du sein sont plus favorables que ceux associés à la plupart des autres formes de cancer^{20,21}. Selon les données tirées des registres du cancer de l'Alberta et de la Saskatchewan, près de 70 % des femmes chez qui un cancer du sein est diagnostiqué peuvent espérer vivre au moins cinq années encore et environ 50 % peuvent espérer vivre

Graphique 6

Taux de mortalité par cancer du sein, selon le groupe d'âge, chez les femmes âgées de 30 ans et plus, Canada, 1980-1996



Source : Division des statistiques sur la santé

Tableau 2

Taux comparatifs d'incidence du cancer du sein (1989-1991) et de mortalité par ce cancer (1991-1993), chez les femmes, Canada, provinces et territoires

	Taux comparatif d'incidence	Intervalle de confiance à 95 %	Taux comparatif de mortalité	Intervalle de confiance à 95 %
Pour 100 000				
Canada	97,6	96,7 - 98,5	29,9	29,4 - 30,4
T.-N.	80,0**	73,7 - 86,3	29,1	25,4 - 32,9
Î.-P.-É.	102,2	88,4-116,0	25,4	18,7 - 32,0
N.-É.	102,3*	97,1-107,4	32,9*	30,1 - 35,7
N.-B.	95,1	89,5-100,7	29,0	26,0 - 32,0
QC	91,2**	89,4 - 92,9	31,6**	30,6 - 32,6
Ont.	98,1	96,6 - 99,6	30,6*	29,7 - 31,4
Man.	104,7**	99,9-109,4	27,5*	25,2 - 29,9
Sask.	102,7*	97,7-107,7	27,0*	24,5 - 29,4
Alb.	97,7	94,4-101,1	29,9	28,1 - 31,7
C.-B.	106,8**	104,0-109,5	26,0**	24,7 - 27,3
Yuk.	68,8	35,1-102,5	18,8	0,6 - 37,0
T. N.-O.	67,1*	38,3 - 96,0	37,1	13,0 - 61,3

Source : Division des statistiques sur la santé

Nota : Taux comparatifs basés sur la population du Canada de 1991 et corrigés pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement.

* Différence significative par rapport au taux national ($p < 0,05$).

** Différence significative par rapport au taux national ($p < 0,01$).

au moins 10 ans. Les taux de survie varient considérablement selon l'âge, les femmes plus jeunes étant proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les plus âgées à vivre 10 ans après le diagnostic (tableau 3). Cela s'explique en partie du fait que ces statistiques sont basées sur les taux de survie observés et que les femmes plus âgées sont davantage susceptibles de décéder des suites d'autres causes.

On a fait toutefois un constat moins encourageant : alors que les taux de survie pour la plupart des types de cancer se stabilisent après cinq ans, ceux associés

au cancer du sein continuent de régresser²⁰. Aussi faut-il maintenir une vigilance constante pendant de nombreuses années après le diagnostic afin de pouvoir lutter efficacement contre le cancer du sein.

La survie est également fortement tributaire du stade auquel le cancer est diagnostiqué. Les femmes chez qui le diagnostic est posé lorsque le cancer se limite au sein et qu'il fait moins de 2 cm (stade I) vivent en moyenne beaucoup plus longtemps que celles chez qui on décèle des métastases dans d'autres organes au moment du diagnostic (stade IV) (graphique 7).

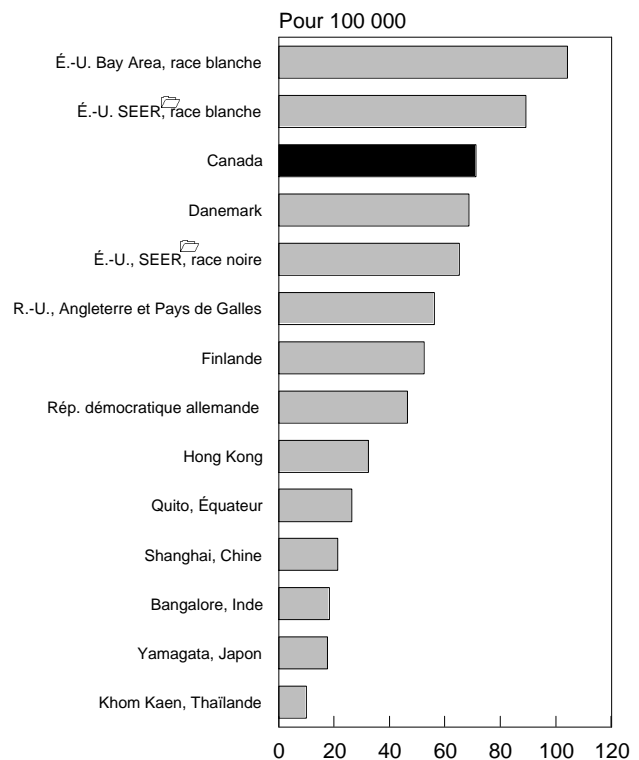
Comparaisons internationales

Selon les données disponibles les plus récentes dont on dispose, les taux d'incidence du cancer du sein au Canada sont parmi les plus élevés au monde, le Canada n'étant devancé à ce chapitre que par les États-Unis²². Le cancer du sein est assurément une maladie occidentale, les taux au Canada étant tout juste supérieurs à ceux des pays de l'Europe de l'Ouest. À l'opposé, les taux sont très faibles dans la plupart des populations asiatiques et africaines, bien qu'ils aient augmenté considérablement ces dernières années dans les pays asiatiques²³. Cependant, lorsque des femmes en provenance de ces régions émigrent aux États-Unis, on observe alors une augmentation des taux de cancer du sein chez leurs filles et petites-filles, et plus particulièrement chez celles qui naissent aux États-Unis ou qui y ont émigré en bas âge. Ces résultats semblent indiquer, non seulement que les facteurs de risque sociaux et environnementaux pour le cancer du sein sont plus importants que les facteurs de risque génétiques, mais également qu'ils peuvent changer assez rapidement et être accompagnés de hausses tout aussi rapides des risques de cancer du sein⁷.

Le milieu des années 1980, les taux d'incidence du cancer du sein et de mortalité par cette maladie au Canada ont suivi de près ceux des États-Unis²⁰. Au Canada, les taux d'incidence comparatifs ont généralement augmenté jusqu'en 1988, puis ils ont plafonné en 1989 et 1990, pour ensuite atteindre des niveaux encore plus élevés en 1991 et 1992. Aux États-Unis, par contre, le taux a culminé en 1987, puis il a diminué durant les deux années qui ont suivi et il a ensuite augmenté lentement conformément à la tendance observée avant 1986⁹. Cette hausse considérable des taux américains jusqu'en 1987 s'explique en grande partie par le diagnostic de tumeurs plus petites, à un stade précoce et elle a été attribuée au dépistage précoce des cas de cancer du sein par la mammographie¹⁰. D'autres recherches devront être effectuées pour déterminer si les changements observés au Canada peuvent eux aussi être attribués au dépistage.

Depuis 1990, les taux de mortalité par cancer du sein ont légèrement diminué au Canada. Bien que cette baisse ne soit pas considérable, elle est en accord avec des diminutions un peu plus marquées enregistrées aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Dans ces pays, les taux ont diminué principalement chez les femmes de moins de 60 ans, sauf en Australie, où cette tendance n'a pas encore été confirmée. Enfin, on croit peu probable que les diminutions constatées au Royaume-Uni soient dues au dépistage et on les attribue plutôt à une amélioration dans la prise en charge et le traitement des cas, pouvant être reliée à l'usage répandu du tamoxifène à la fin des années 1980^{12,14}.

Taux d'incidence annuel du cancer du sein chez les femmes, au Canada, dans certains pays et parmi les populations des registres, 1983 à 1987



Source : D.M. Parkin, C.S. Muir, S.L. Whelan et al., *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VI*

Nota : Taux comparatifs par rapport à la population mondiale.
 † Le programme américain, *The Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) couvre environ 10 % de la population des États-Unis.*

Tableau 3

Survie sur dix ans après un diagnostic de cancer du sein, selon le groupe d'âge, nord de l'Alberta et Saskatchewan, 1980-1990

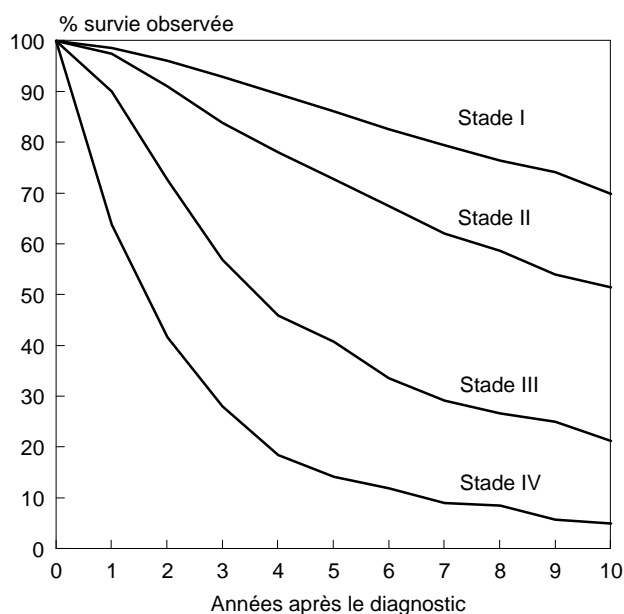
Années après diagnostic	Tous les âges	Groupe d'âge			
		40-49	50-59	60-69	70+
taux de survie (%)					
1	94	98	97	94	90
2	87	92	90	87	81
3	80	86	83	81	71
4	74	81	78	75	64
5	69	77	74	71	58
6	64	74	70	66	51
7	60	72	68	61	44
8	57	69	65	59	39
9	54	67	62	55	35
10	51	66	59	50	32

Source : Northern Alberta Breast Registry, Saskatchewan Cancer Registry

Nota : Les taux sont calculés sur la base des taux de survie observés. Les taux de survie ne sont pas présentés pour les femmes de moins de 40 ans, étant donné le petit nombre de cas.

Graphique 7

Taux de survie sur dix ans après un diagnostic de cancer du sein, selon le stade du cancer, chez les femmes, nord de l'Alberta et Saskatchewan, 1980-1990



Source : Northern Alberta Breast Registry, Saskatchewan Cancer Registry

Nota : Les taux sont calculés d'après les taux de survie observés.

Étant donné l'incidence élevée du cancer du sein et du taux de survie relativement long, plus de 80 000 Canadiennes chez qui un cancer du sein a été diagnostiqué vivent encore aujourd'hui²¹. Comme ces femmes ont tendance à être plus jeunes que les personnes qui ont survécu à la plupart des autres types de cancer, il n'est peut-être pas surprenant que ces femmes exigent que l'on accorde une plus grande priorité à la lutte contre cette maladie.

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier Marek Wysocki, qui a calculé les variations annuelles moyennes en pourcentage et les niveaux de signification pour les différences interprovinciales des taux d'incidence et de mortalité, Karla Nobrega pour les calculs des taux de survie, ainsi que Jane Gentleman et Judy Lee pour leurs précieux commentaires. Nous voulons également exprimer notre reconnaissance aux registres du cancer et aux registraires de l'état civil des provinces et territoires qui ont communiqué à Statistique Canada les données sur l'incidence et la mortalité. Nous tenons tout particulièrement à remercier Diane Robson du Registre du cancer de la Saskatchewan et Heather Bryant du Registre du cancer de l'Alberta, pour les données qui ont servi à calculer les taux de survie.

Références

1. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1996*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1996.
2. Statistique Canada, *Les principales causes de décès à différents âges, 1993*, Ottawa, Statistique Canada, 1996.
3. Statistique Canada, *Le cancer au Canada 1991*, n° 82-218 au catalogue, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1995.
4. A.B. Miller, «Mammography: Reviewing the evidence», *Canadian Family Physician*, 39, 1993, p. 85-90.
5. Statistique Canada, *Mortalité - Liste sommaire des causes, 1994*, *Statistiques de l'État civil*, n° 82-209-XPB au catalogue, Ministère de l'Industrie, Ottawa, 1996.
6. L.A. Brinton, «Ways that women may possibly reduce their risk of breast cancer», *Journal of the National Cancer Institute*, 86(18), 1994, p. 1371-1372.

7. J.L. Kelsey, «Breast cancer epidemiology: Summary and future directions», *Epidemiologic Reviews*, 15(1), 1993, p.256-263.
8. B. MacMahon, «A biological framework for the risk factors for breast cancer», *Advances in Oncology*, 10(4), 1994, p. 3-9.
9. B.A. Miller, L.A. Goecker Ries, B.F. Hankey et al., (dir.) SEER *Cancer Statistics Review: 1973-1990*, Bethesda, Maryland, National Cancer Institute, 1993.
10. B.A. Miller, E.J. Feuer et B.F. Hankey, «Recent incidence trends for breast cancer in women and the relevance of early detection: An update», *CA-A Cancer Journal for Clinicians*, 43(1), 1993, p. 27-41.
11. P. Jelfs, M. Coates, G. Giles et al., *Cancer in Australia 1989-1990 (with projections to 1995)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1996.
12. V. Beral, C. Hermon, G. Reeves et al., «Sudden fall in breast cancer death rates in England and Wales [letter]», *Lancet*, 345, 1995, p. 1642-1643.
13. M. Quinn et E. Allen, «Changes in incidence of and mortality from breast cancer in England and Wales since introduction of screening», *British Medical Journal*, 311,1995, p. 1391-1395.
14. R.E. Tarone et K.C. Chu, «Implications of birth cohort patterns in interpreting trends in breast cancer rates», *Journal of the National Cancer Institute*, 84, 1992, p. 1402-1410.
15. R.E. Tarone, K.C. Chu et L.A. Gaudette, «Breast cancer mortality trends in the United States and Canada: Age period-cohort - analyses by region and race», *Journal of the National Cancer Institute*, sous presse.
16. P.R. Band, L.A. Gaudette, G.B. Hill et al., «Développement du registre canadien du cancer : Incidence du cancer au Canada et dans les régions canadiennes , 1969 à 1988», Ottawa, Conseil canadien des registres du cancer, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada,1993.
17. L.A. Gaudette LA, R.N. Gao , S. Freitag et al., «Incidence du cancer selon le groupe ethnique dans les Territoires du Nord-Ouest 1969 - 1988», *Rapports sur la santé*, n° 83-002-XPB au catalogue, 5(1), 1993, p. 23-32.
18. L.A. Gaudette, A.B. Miller, S. Freitage et al., *Cancer patterns in the Inuit of Canada 1970-1984*, Programme national de recherche et de développement en matière de Santé, Santé Canada, Ottawa, subvention n° 6611-1006-55, 1989
19. A.B. Miller et L.A. Gaudette, «Breast Cancer in Circumpolar Inuit», *Acta Oncologica Scandinavia*, 35(5), 1996, p. 577-580.
20. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes du cancer 1993*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1993.
21. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes du cancer 1995*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1995.
22. D.M. Parkin, C.S. Muir, S.L. Whelan et al., *Cancer Incidence in Five Continents, Volume VI*, IARC publication scientifique n° 120, Lyon, France, Agence internationale de recherche sur le cancer, 1992.
23. M.P. Coleman, J. Estève, P. Damiecki et al., *Trends in cancer incidence and mortality*, IARC publication scientifique n° 121, Lyon, France, Agence internationale de recherche sur le cancer, 1993.

Vingt ans de mariages

François Nault*

Résumé

En 1994, au total 159 959 mariages ont été célébrés au Canada, ce qui ne représente qu'une légère hausse par rapport à l'année précédente (159 316). Cette faible augmentation n'a eu aucun effet sur le taux brut de nuptialité, qui est demeuré à 5,5 mariages pour 1 000 habitants. Si l'on fait exception de la brève hausse observée à la fin des années 1980, le taux de nuptialité au Canada n'a cessé de diminuer depuis le début des années 1970. On constate également le même recul lorsqu'on examine les taux ventilés selon l'état matrimonial de l'époux et de l'épouse au moment du mariage (célibataire, divorcé(e) ou veuf(ve)).

Depuis 1974, l'âge moyen des épouses et époux a augmenté d'environ cinq ans, passant respectivement à 30,1 et 32,6 ans. Cependant, la principale tranche d'âge pour le mariage se situe toujours dans la vingtaine. À l'intérieur de cette tranche d'âge, le taux de nuptialité est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, alors que c'est l'inverse qui se produit chez les personnes plus âgées. En outre, la proportion des hommes qui épousent une femme d'au moins dix ans leur cadette augmente avec l'âge.

Le profil des mariages parmi les habitants du Québec diffère de celui des autres Canadiens. Les Québécois sont ainsi proportionnellement beaucoup plus nombreux à rester célibataires ou à vivre en union consensuelle, et ceux qui se marient sont légèrement plus nombreux à divorcer. De plus, les Québécois divorcés ou veufs sont proportionnellement moins nombreux que les autres Canadiens à se remarier.

Le présent article est basé sur les données compilées par Statistique Canada, à partir des formulaires d'enregistrement des mariages fournis par les bureaux de la statistique de l'état civil de chaque province et territoire.

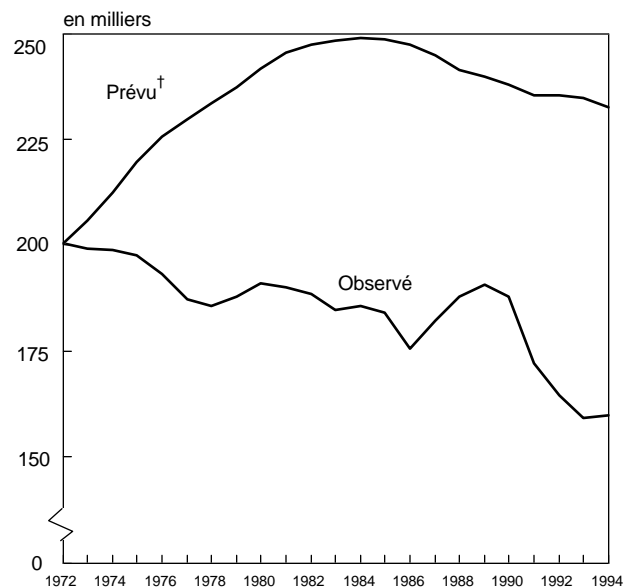
Mots-clés : mariage, divorce, état matrimonial, âge au mariage, union consensuelle

* François Nault (613-951-1764) travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

En 1972, pour la première et unique fois, on a célébré plus de 200 000 mariages au Canada. Au cours de la même année, le taux brut de nuptialité (nombre de mariages pour 1 000 habitants) atteint son niveau le plus élevé depuis la fin des années 1940. L'âge moyen au premier mariage était alors parmi les plus faibles jamais enregistrés, s'établissant à 22,2 ans pour la mariée et à 24,7 ans pour le marié. À cette époque, tout laissait présager un avenir immédiat très favorable pour le mariage. Les membres les plus âgés de la génération des baby-boomers venaient en effet d'entrer dans les tranches d'âge de nuptialité maximale et, si le taux de nuptialité enregistrés en 1972 s'étaient maintenus, le nombre annuel de mariages aurait continué d'augmenter pour atteindre près de 250 000 en 1984. Mais cela ne s'est jamais produit et le taux

Graphique 1

Nombre prévu et observé en mariages, Canada, 1972 à 1994



Source : Nombre observé - n° 84-212 au catalogue ; Nombre prévu - calculs de l'auteur

† D'après les taux de nuptialité par âge de 1972.

de nuptialité a, au contraire, diminué. On a ainsi enregistré 185 600 mariages en 1984, soit un nombre bien inférieur à quoi on se serait attendu si la tendance de 1972 s'était maintenue (graphique 1).

La baisse a été brièvement interrompue à la fin des années 1980, alors qu'il y a eu assouplissement des procédures de divorce, ce qui a permis à un grand nombre de personnes de se remarier plus tôt qu'elles n'auraient pu le faire autrement. Dès 1990 cependant, le nombre de mariages et le taux de nuptialité ont repris leur mouvement à la baisse.

Un certain nombre de facteurs ont été avancés pour expliquer la diminution du nombre de mariages et du

taux de nuptialité au cours des deux dernières décennies : l'évolution des valeurs, qui a rendu plus acceptable le divorce et la naissance d'enfants hors mariage; l'accès répandu à des méthodes de contraception; le nombre croissant de femmes aux études supérieures et sur le marché du travail, et l'autonomie financière que cela a permis; le caractère imprévisible du marché de l'emploi; ainsi que l'arrivée d'une génération désireuse de se réaliser et cherchant à éviter les engagements à long terme¹⁻⁵.

Dans le présent article, nous examinons les tendances nationales et provinciales des vingt dernières années du nombre de mariages et des taux de nuptialité, selon l'âge et l'état matrimonial des

Méthodologie

Source des données

Le présent article est basé sur les données publiées dans *Mariages, 1994* (n° 84-212 au catalogue)⁶. Statistique Canada compile des données annuelles sur les mariages, qui lui proviennent des bureaux de la statistique de l'état civil de chaque province et territoire. L'information recueillie inclut l'âge et l'état matrimonial de la mariée et du marié au moment du mariage, ainsi que la date et le lieu du mariage. Les données sont vérifiées par Statistique Canada pour en assurer la cohérence. En raison des exigences de déclaration prévues par la loi, l'enregistrement des mariages est presque complet. Et, bien que le taux de réponse pour des aspects précis varient selon la province et l'année, le taux de réponse en 1994 pour les variables utilisées dans le présent article a été de 100 %.

Les dénominateurs pour les taux bruts de nuptialité sont les estimations démographiques révisées, qui incluent les résidents non permanents et qui sont corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net au moment du recensement. Depuis 1981, les dénominateurs sont selon l'état matrimonial légal, correspondant à la définition utilisée sur les certificats de l'état civil. Avant 1981, les partenaires vivant en union consensuelle étaient comptés parmi les personnes mariées.

Tables de survie multidimensionnelles

Les données des tables de survie multidimensionnelle utilisées dans le présent article sont basées sur l'information contenue dans le document *Le déclin du mariage au Canada, 1981 à 1991* (n° 84-536 au catalogue)⁷.

Bien que les statistiques annuelles sur les mariages donnent une vue instantanée sur une année donnée et laissent entrevoir les tendances, elles n'apportent pas de réponses à quelques-unes des questions les plus courantes sur le mariage. Combien de personnes ne se marient jamais ? Quelle proportion des mariages se soldent par un divorce ? Combien de personnes divorcées se remarient ?

Idéalement, il faudrait des données longitudinales pour répondre à ces questions, lesquelles données requièrent une

longue période d'observation. Par exemple, pour mesurer la proportion exacte des personnes âgées de 15 ans en 1994 qui ne se marieront jamais, il faudrait suivre toutes ces personnes jusqu'à leur mort. De même, pour déterminer la proportion exacte des mariages célébrés en 1994 qui finiront par un divorce, il faudrait suivre chacun des partenaires jusqu'à leur divorce ou leur décès.

En l'absence de telles données longitudinales, il est possible de calculer les statistiques transversales à partir des taux de nuptialité et de divorce par âge au cours d'une année donnée. Ces statistiques indiquent ce qu'il adviendrait si les taux de nuptialité et de divorce observés à chaque âge, durant une année donnée, s'appliquaient à un groupe de personnes (une cohorte) durant toute leur vie. On utilise la même démarche pour calculer l'espérance de vie et l'indice de fécondité total pour une année donnée. Dans le cas des mariages et des divorces, on peut tirer ces statistiques des tables de survie multidimensionnelles.

Définitions

État matrimonial : État matrimonial légal du marié et de la mariée au moment du mariage. L'union consensuelle n'est pas considérée comme un état matrimonial légal.

Célibataire : Personne qui ne s'est jamais mariée ou dont le mariage a été annulé et qui ne s'est pas remariée.

Marié(e) : Personne légalement mariée, qui n'est pas séparée.

Union consensuelle : Couple qui vit ensemble en tant que mari et femme, sans être marié.

Séparé(e) : Personne légalement mariée, qui ne vit pas avec son (sa) conjoint(e) mais qui n'a pas obtenu son divorce.

Divorcé(e) : Personne qui a obtenu son divorce et qui ne s'est pas remariée.

Veuf(ve) : Personne dont le (la) conjoint(e) est décédé(e) et qui ne s'est pas remariée.

Taux brut de nuptialité : Nombre de mariages pour 1 000 habitants.

Taux de nuptialité par âge, sexe : Nombre de mariages pour 1 000 hommes non mariés ou 1 000 femmes non mariées, appartenant à une catégorie d'âge donnée.

Un revirement temporaire

Après avoir diminué de façon presque constante à partir de 1980, au Canada, le nombre annuel de mariages a commencé à augmenter en 1987. Cette même année, le taux de nuptialité, en baisse depuis plus longtemps encore, a lui aussi augmenté. Le nombre de mariages est demeuré supérieur à 180 000 jusqu'en 1991.

Il semble que la période 1987-1991 réunissait un ensemble unique de conditions favorables pour fonder une famille. L'augmentation du nombre de mariages faisait en effet suite à un accroissement du nombre de divorces, lui-même attribuable à la modification de la Loi de 1985 sur le divorce, qui autorisait une dissolution plus rapide du mariage (après un an de séparation plutôt que trois)⁸. Un grand nombre de ces divorces ont été rapidement suivis d'un remariage. (Entre 1986 et 1987, le taux

de nuptialité parmi les personnes divorcées a grimpé de 67,5 à 72,7 pour 1 000.) Cette hausse du nombre de mariages a également coïncidé avec une reprise dans la construction domiciliaire et, peu après, avec une augmentation des naissances^{9,10}. Chez les femmes les plus âgées de la génération du baby-boom, l'âge de fécondité tirait à sa fin et celles-ci ne pouvaient plus reporter la maternité. Enfin, l'économie redevenait prospère, après la récession du début des années 1980.

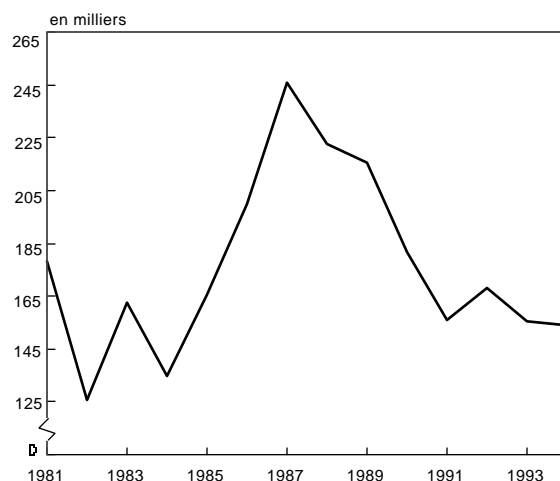
Cependant, il semble aujourd'hui que cette période n'a été qu'un bref revirement d'une tendance générale. Entre 1990 et 1991, période qui a marqué le début d'une autre récession économique, le nombre annuel de mariages a diminué de plus de 15 000; il s'agissait de la plus forte baisse annuelle des deux dernières décennies.

Divorces, Canada, 1981 à 1994



Source : n° 84-213 au catalogue

Mises en chantier de maisons unifamiliales, Canada, 1981 à 1994



Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement, Statistiques du logement au Canada, 1994

Mariages, Canada, 1981 à 1994



Source : n° 84-212 au catalogue

Naissances, Canada, 1981 à 1994



Source : n° 84-210 au catalogue

partenaires au moment du mariage (voir encadré «*Méthodologie*»). Les données proviennent des formulaires sur l'enregistrement des mariages que les bureaux de la statistique de l'état civil de chaque province et territoire fournissent à Statistique Canada.

Légère augmentation en 1994

Après avoir diminué rapidement pendant quatre ans, le nombre de mariages au Canada a légèrement augmenté en 1994 (voir l'*Annexe*). Au total, 159 959 couples se sont mariés en 1994, ce nombre représentant une hausse de 0,4 % par rapport à 1993. Le nombre de mariages demeure cependant bien inférieur au sommet le plus récent (190 640), qui a été atteint en 1989 (voir encadré «*Un revirement temporaire*»). Par ailleurs, la faible reprise observée en 1994 ne s'est pas produite partout et le nombre de mariages a diminué à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Québec, au Manitoba et au

Tableau 1

Taux brut de nuptialité, certains pays, 1975, 1980, 1985, 1990, 1994

Pays	1975	1980	1985	1990	1994
Mariages pour 1 000 habitants					
Canada	8,5	7,8	7,1	6,8	5,5
Australie	7,5	7,4	7,2	6,9	5,8
Belgique	7,3	6,7	5,8	6,5	5,1
Tchécoslovaquie	9,5	7,7	7,7	8,4	..
Danemark	6,3	5,2	5,7	6,1	6,8
République fédérale d'Allemagne	6,3	5,9	6,0	6,6	5,4
Finlande	6,7	6,1	5,3	5,0	4,9
France	7,3	6,2	4,9	5,1	4,4
Grèce	8,4	6,5	6,4	5,9	6,7
Hongrie	9,9	7,5	6,9	6,4	..
Irlande	6,7	6,4	5,2	5,1	4,6
Israël	9,4	7,6	6,9	6,8	..
Italie	6,7	5,7	5,2	5,4	5,0
Japon	8,4	6,6	6,1	5,8	6,3
Mexique	7,8	7,2	6,6	7,5	..
Pays-Bas	7,3	6,4	5,7	6,4	5,4
Nouvelle-Zélande	8,0	7,4	7,6	6,9	6,2
Norvège	6,5	5,4	4,9	5,2	4,8
Pologne	9,7	8,6	7,2	6,7	..
Espagne	7,6	6,8	5,0	5,6	5,0
Suède	5,4	4,5	4,6	4,7	4,9
Suisse	5,5	5,6	6,0	6,9	6,1
Royaume-Uni	7,7	7,5	6,9	6,5	..
États-Unis	9,8	10,4	10,1	9,8	9,1
U.R.S.S.†	10,7	10,3	9,8	8,9	..

Sources : Nations Unies, *Annuaire démographique*, 1982, 1986 et 1993, New York et pour les données de 1994, Statistique Canada, n° 91-209F au catalogue

† Fédération russe pour 1990.

Yukon. En outre, cette faible augmentation globale du nombre de mariages n'a pas haussé le taux national de nuptialité qui, en 1994, a été de 5,5 mariages pour 1 000 habitants, soit le même taux qu'en 1993.

En 1994, le taux de nuptialité au Canada a été légèrement supérieur à celui de l'Union européenne (5,2), mais il était bien inférieur au taux enregistré aux États-Unis (9,1).¹¹ Le taux de nuptialité au Canada a également été légèrement inférieur à ceux observés en Australie (5,8), en Nouvelle-Zélande (6,2) et au Japon (6,3) (tableau 1).¹²

Tendances provinciales à long terme

Dans la plupart des provinces, il y a eu moins de mariages en 1994 qu'en 1974. Deux provinces font exception, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Cependant, même dans ces deux provinces, les chiffres de 1994 sont en baisse par rapport aux sommets atteints à la fin des années 1980 et au début des années 1990.

Les tendances du taux brut de nuptialité sont encore plus constantes. Dans chaque province, le taux de 1994 était inférieur à celui de 1974. La baisse a été particulièrement prononcée au Québec, où une forte proportion de couples vivent en union libre. Dans cette province, le taux brut de nuptialité a chuté de 8,2 en 1974 à 3,4 en 1994, et il est actuellement le plus bas au pays (voir encadré «*La situation particulière du Québec*»). À cause de la forte population du Québec, le taux de nuptialité extrêmement bas dans cette province influe sensiblement sur le taux national. En fait, toutes les autres provinces ont eu des taux supérieurs à la moyenne nationale en 1994. À l'Île-du-Prince-Édouard, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, par exemple, les taux ont été supérieurs à 6 mariages pour 1 000 habitants.

Taux de remariage plus élevé chez les personnes divorcées

Les taux bruts de nuptialité, calculés en fonction de la population totale, ne brossent toutefois qu'un tableau partiel de la situation, car toutes les personnes ne sont pas admissibles au mariage. En effet, les personnes déjà mariées et les enfants ne font pas partie de ce

bassin de personnes « susceptibles de se marier ». Aussi, les taux qui tiennent compte de l'âge et de l'état matrimonial révèlent davantage les tendances concernant le mariage.

Durant toute la période 1974-1994, c'est parmi les personnes divorcées qu'on a constaté les taux de nuptialité les plus élevés. Venait ensuite la catégorie des célibataires, puis celle des personnes veuves.

Malgré tout, les taux de nuptialité dans chacun de ces trois groupes ont diminué sensiblement au cours des deux décennies à l'étude (tableau 2).

En 1994, le taux de nuptialité chez les personnes divorcées a été de 41,9 pour 1 000, c'est-à-dire une baisse marquée par rapport à 1974, où il était de 151,6 pour 1 000. Le taux de nuptialité a également diminué parmi les célibataires, passant de 71,4 à 32,4 pour

La situation particulière du Québec

La forte baisse des mariages est en partie attribuable à l'augmentation des unions consensuelles.

Nulle part ailleurs au pays la prévalence des unions consensuelles a été plus élevée qu'au Québec. En 1991, 19 % des couples québécois vivaient en union libre, comparativement à 8 % en 1981. Dans le reste du Canada, les proportions ont également augmenté, mais elles étaient beaucoup plus faibles : 5 % en 1991 par rapport à 3 % en 1981⁷.

Le nombre élevé de couples au Québec qui choisissent l'union libre a intensifié les différences qui existaient déjà entre les habitants du Québec et ceux du reste du Canada, au plan du mariage et du divorce. D'après les taux de nuptialité par âge courants, au Québec, le pourcentage des hommes qui demeureront célibataires a augmenté, passant de 29 % en 1981 à 50 % en 1991; chez les femmes, ces proportions sont passées de 26 % à 44 %. Les pourcentages dans le reste du Canada, sont demeurés bien inférieurs à ceux du Québec, passant de 17 % à 24 % chez les hommes et de 14 % à 18 % chez les femmes.

Durant cette même période, le pourcentage des mariages qui se sont soldés par un divorce a augmenté, passant de 30 % à 35 % au Québec et de 29 % à 30 % dans le reste du Canada ; ces pourcentages sont basés sur les taux de divorce par âge. Le changement le plus marqué concerne le pourcentage des personnes divorcées qui se remarient. Au Québec, ce pourcentage a diminué, passant de 62 % en 1981 à 46 % en 1991 chez les hommes et de 48 % à 34 % chez les femmes. Dans le reste du Canada, la proportion des personnes divorcées sont plus nombreuses à se remarier, mais, là encore, on constate une diminution, le taux passant de 78 % à 69 % chez les hommes et de 69 % à 58 % chez les femmes.

De même, au Québec, le pourcentage de veufs et de veuves qui se remarient a baissé, passant respectivement de 13 % à 7 % et de 5 % à 2 %. Les réductions dans le reste du Canada n'ont pas été aussi fortes, de 17 % à 13 % pour les veufs et de 6 % à 4 % pour les veuves.

À cause de ces tendances, nous observons des différences significatives entre les habitants du Québec et ceux du reste du Canada, pour ce qui est du nombre moyen d'années qu'ils peuvent s'attendre à passer dans chaque état matrimonial. En 1991, par exemple, on prévoyait qu'au Québec, qu'un homme âgé de 15 ans vivrait en moyenne 11 ans de plus célibataire et 14 ans de moins marié que ceux du reste du Canada. Quant

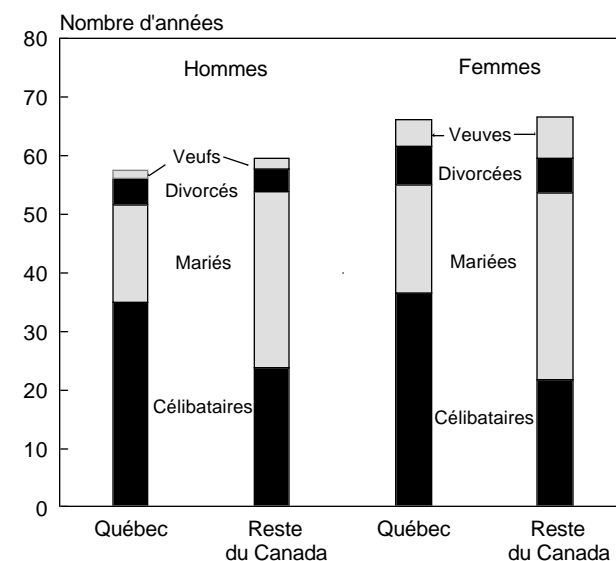
aux femmes, elles seraient célibataires 15 ans de plus et 14 ans de moins mariées que les femmes du reste du Canada. On constate des différences moins prononcées concernant le nombre d'années vécues en état de personne divorcée ou veuve.

L'écart observé dans le nombre d'années de mariage est quelque peu compensé par le nombre d'années vécues en union consensuelle. En 1991, au Québec, les hommes pouvaient s'attendre à vivre 7,9 ans en union consensuelle, comparativement à 3,3 ans pour le reste du Canada. Les chiffres correspondants pour les femmes étaient de 7,7 et 3,1 ans.

En conséquence, l'état matrimonial des habitants du Québec diffère de plus en plus de celui des autres Canadiens.

Une analyse en profondeur du mariage des habitants du Québec et du reste du Canada est présentée dans le document *Le déclin du mariage au Canada, 1981 à 1991* (n° 84-536 au catalogue).

Nombre moyen d'années vécues dans chaque état matrimonial, à 15 ans, selon le sexe, Québec et reste du Canada, 1991



Source : n° 84-536 au catalogue

Tableau 2

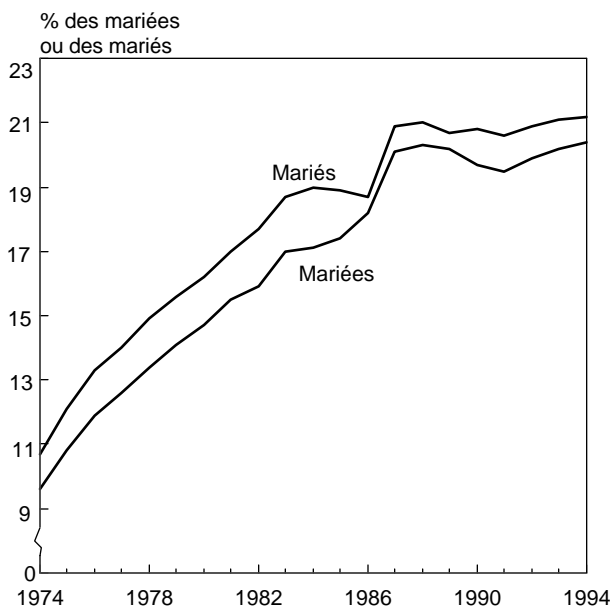
Taux de nuptialité selon l'état matrimonial au moment du mariage, Canada, 1974 à 1994

	État matrimonial au mariage		
	Célibataire	Divorcé(e)	Veuf(ve)
Mariages pour 1 000 personnes de 15 ans et plus			
1974	71,4	151,6	14,2
1975	68,4	148,0	13,5
1976	62,6	135,5	12,5
1977	60,9	123,8	12,1
1978	58,4	114,6	11,3
1979	57,6	106,0	10,8
1980	57,0	97,8	10,5
1981	50,8	93,1	9,9
1982	49,2	87,8	9,0
1983	47,0	84,8	8,5
1984	46,3	80,3	9,2
1985	45,4	74,6	8,3
1986	42,4	67,5	7,8
1987	42,1	72,7	8,9
1988	42,9	70,5	8,2
1989	42,8	66,1	8,3
1990	41,5	60,4	7,5
1991	37,6	51,6	6,9
1992	34,9	47,1	6,6
1993	32,9	43,7	6,2
1994	32,4	41,9	6,2

Source : n° 84-212 au catalogue

Graphique 2

Personnes divorcées en pourcentage des mariées et des mariés, Canada, 1974 à 1994



Source : n° 84-212 au catalogue

1 000. Enfin, chez les personnes les moins susceptibles de se marier, soit les veufs et les veuves, le taux a baissé, passant de 14,2 à 6,2 mariages pour 1 000.

Le taux de nuptialité parmi les personnes célibataires et divorcées a diminué de façon presque soutenue au cours des deux dernières décennies. On a toutefois constaté un léger redressement à la fin des années 1980, à la suite de la modification de la Loi de 1985 sur le divorce. Parmi les personnes divorcées, le redressement du taux de nuptialité a été plus marqué, mais tout aussi bref.

L'effet à long terme de l'assouplissement des procédures de divorce ressort clairement de la distribution des mariages selon l'état matrimonial de la mariée et du marié. Dans 24 % des mariages célébrés en 1994, il s'agissait pour au moins un des partenaires d'un remariage; alors que la proportion était d'environ 14 % en 1974. Ce changement est attribuable entièrement au remariage des personnes divorcées, plutôt qu'à celui des veufs ou des veuves. En effet, 20 % des mariées et 21 % des mariés en 1994 étaient des personnes divorcées, ces proportions étant en hausse par rapport à 1974, où elles étaient respectivement de 10 % et 11 % (graphique 2). La proportion des veufs qui se remarient est demeurée à près de 3 %, alors que la proportion des veuves au moment du mariage a diminué légèrement, passant de 4 % à 3 %.

Report du mariage

Il y a donc moins de gens qui se marient, mais, aussi, les personnes qui se marient aujourd'hui le font à un âge plus avancé. En 1994, l'âge moyen des femmes et des hommes était respectivement de 30,1 ans et de 32,6 ans. Vingt ans plus tôt, les âges correspondants étaient de 24,9 ans et de 27,4 ans.

Évidemment, l'âge varie selon l'état matrimonial des conjoints au moment du mariage. Cependant, même en faisant abstraction de l'état matrimonial, les conjoints étaient plus âgés en 1994 qu'en 1974. Ce sont les personnes les plus jeunes qui se mariaient pour la première fois. En 1994, l'âge moyen au premier mariage était de 26,9 ans pour les femmes et de 28,8

ans pour les hommes par rapport à 22,5 et 24,8 en 1974. Dans le cas des personnes divorcées qui se sont remariées en 1994, l'âge moyen était de 38,6 ans pour les femmes et de 42,1 ans pour les hommes, comparativement à 34,9 ans et 38,4 ans deux décennies plus tôt. Enfin, l'âge moyen des veuves et des veufs qui se sont remariés en 1994 était de 55,2 et 61,4 ans, comparativement à 52,8 et 58,5 ans en 1974.

Qui marie-t-on?

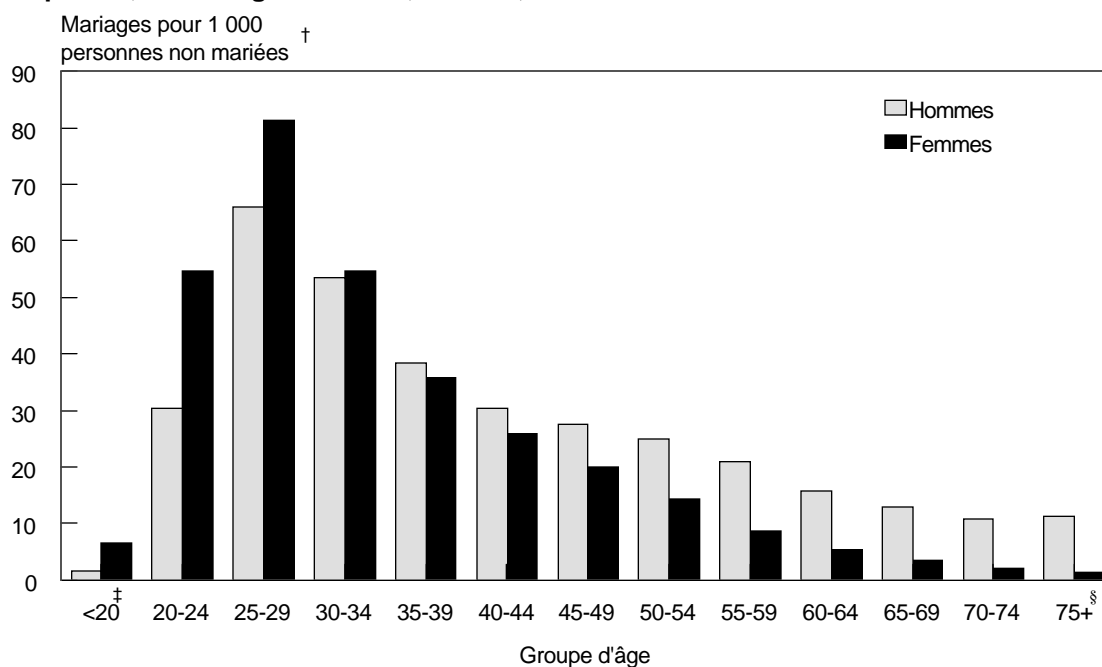
Les gens ont tendance à épouser une personne de même état matrimonial. Cette constatation vaut particulièrement pour les personnes célibataires. En 1994, près de 90 % des femmes et des hommes dont c'était le premier mariage ont épousé des personnes qui, comme elles, n'avaient jamais été mariées. Un peu plus de la moitié des personnes divorcées se sont remariées avec des gens également divorcés, bien qu'environ 40 % aient épousé des célibataires. Les veufs et les veuves qui se sont remariés ont également

eu tendance à se remarier entre eux (44 %), bien qu'une proportion presque égale (39 % des hommes et 37 % des femmes) ait épousé des personnes divorcées.

Chez les personnes des deux sexes, la vingtaine représente la tranche d'âge où l'on se marie le plus. Cependant, le taux de nuptialité pour 1 000 personnes non mariées diffère sensiblement entre les hommes et les femmes, d'un groupe d'âge à un autre (graphique 3). En 1994, les taux de nuptialité culminent entre 25 et 29 ans quoiqu'un large écart existait : 81,4 mariages pour 1 000 femmes non mariées, contre 66,1 pour 1 000 hommes. En fait, jusqu'à l'âge de 35 ans, le taux de nuptialité des femmes est supérieur à celui des hommes. Par la suite, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se marier et l'écart augmente avec l'âge. À titre d'exemple, chez les personnes dans la fin de la cinquantaine, le taux de nuptialité était de 21,0 pour 1 000 hommes non mariés, comparativement à 8,7 pour les femmes.

Graphique 3

Taux de nuptialité, selon l'âge et le sexe, Canada, 1994



Source : n° 84-212 au catalogue

† La population non mariée inclut les personnes célibataires, veuves et divorcées.

‡ Le dénominateur n'inclut que les personnes âgées de 15 à 19 ans.

§ Le dénominateur n'inclut que les personnes âgées de 75 à 79 ans.

Les mariés sont susceptibles d'être plus âgés que leur épouse, en particulier à un âge plus avancé¹³. En 1994, par exemple, 14 % des mariés âgés de 40 à 44 ans ont épousé des femmes d'au moins dix ans leur cadette. La proportion correspondante pour les mariés âgés de 50 à 54 ans était de 25 % et elle était de 33 %, pour les 60 à 64 ans. Inversement, seulement 4 % environ des épouses dans les mêmes groupes d'âge se sont mariées à des hommes au moins dix ans plus jeunes qu'elles.

Quand se marie-t-on?

Le choix de la date du mariage repose à la fois sur des aspects pratiques, des superstitions et des critères romantiques.

Les Canadiens ont tendance à se marier durant l'été, juillet étant le mois où il y a le plus de mariages. Viennent ensuite les mois d'août et de septembre (graphique 4). Le mariage a lieu habituellement le samedi, souvent durant les fins de semaine prolongées. En d'autres termes, les fins de semaine prolongées durant l'été sont des périodes prisées pour les mariages. Ainsi, on constate une augmentation du nombre de mariages durant les fins de semaine qui

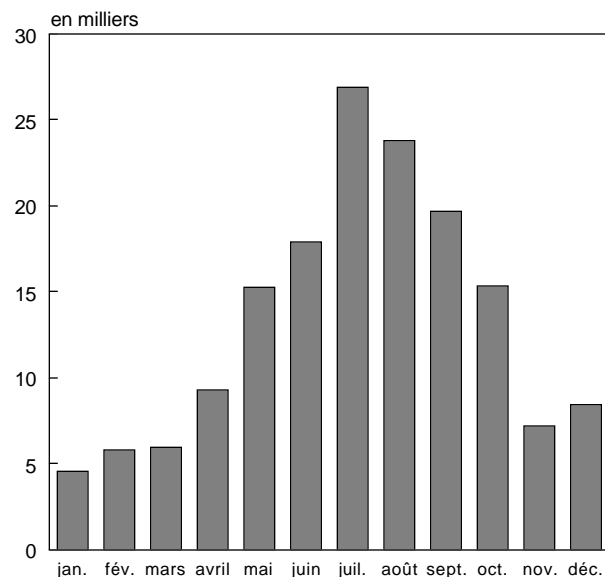
coïncident avec la fête du Canada en juillet, la fête provinciale au mois d'août et la fête du Travail au début de septembre.

En 1994, 70 % des mariages ont eu lieu un samedi et 41 % ont été célébrés durant les 11 semaines qui s'écoulent entre le 18 juin et le 3 septembre. Cette même année, la journée où il y a eu le plus de mariages a été le samedi 20 août; à cette date, qui ne faisait pourtant pas partie d'une fin de semaine prolongée, 5 091 couples ont prononcé leurs vœux. Ce nombre élevé pourrait s'expliquer en partie du fait qu'un nombre anormalement faible de mariages (3 497) avaient été célébrés le samedi d'août précédent — peut-être parce qu'il s'agissait d'un samedi 13.

Outre les mois d'été, un nombre relativement élevé de couples en 1994 se sont mariés le samedi de mai qui précédait le jour de Victoria (3 558), celui qui précédait la fête de l'Action de grâces (3 347) et, dans une moindre mesure, le samedi qui se rapprochait le plus du jour du Souvenir, en novembre (1 325), ainsi que les 17 et 31 décembre (1 146 et 1 013 respectivement). Enfin, bien que cette journée ne tombait pas un samedi, en 1994, un mardi a connu un plus grand nombre de mariages que tout autre mardi de l'année; 527 mariages ont été célébrés à cette date, il s'agit du 14 février.

Graphique 4

Nombre de mariages par mois, Canada, 1994



Source : n° 84-212 au catalogue

Références

1. R. Beaujot, «The family and demographic changes in Canada: Economic and cultural interpretations and solutions», *Journal of Comparative Family Studies*, 21(1), 1990, p. 25-28.
2. L. Bumpass et J.A. Sweet, «The role of cohabitation in declining rate of marriages», *Journal of Marriage and the Family*, 53, 1991, p. 913-927.
3. J. Dumas et Y. Péron, *Mariage et vie conjugale au Canada*, hors série, Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1992 (Statistique Canada, n° 91-534F au catalogue).
4. R. Easterlin et E. Crimmins, «Private materialism, personal self-fulfilment, family life and public interest: The nature, effects and causes of recent changes in the values of American youth», *Public Opinion Quarterly*, 55, 1991, p. 499-533.
5. C. Villeneuve-Gokalp, «Du mariage aux unions sans papiers : histoire récente des transformations conjugales», *Population*, 45(2), 1990, p. 265-298.
6. Statistique Canada, *Mariages 1994*, n° 84-212 au catalogue, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1996.

7. F. Nault et A. Bélanger, *Le déclin du mariage au Canada, 1981 à 1991*, hors série, (Statistique Canada, n° 84-536 XPB au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1996.
8. Statistique Canada, *Divorces 1994*, n° 84-213 au catalogue, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1996.
9. Statistique Canada, *Naissances et décès 1994*, n° 84-210 au catalogue, Ottawa, Ministre de l'industrie, 1996.
10. Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Statistique du logement au Canada*, (n° NH12-1 au catalogue), 1994.
11. J. Dumas et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population au Canada 1995*, Ottawa, Ministre de l'industrie, janvier 1996 (Statistique Canada, n° 92-209F au catalogue).
12. Nations Unies, *Annuaire démographique*, 1982, 1986 et 1993, New York (Nations Unies).
13. J.F. Gentleman et E. Park, «Différence d'âge dans les couples mariés et qui divorcent», *Rapports sur la santé*, 6 (2), 1994, p. 225-240 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Nombre de mariages et taux bruts de nuptialité, Canada, provinces et territoires, 1974 à 1994

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc†	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yuk.	T.N.-O.
Nombre de mariages													
1974	198 824	4 276	990	7 112	6 108	51 532	72 716	9 231	7 988	16 691	21 734	190	256
1975	197 585	4 313	936	7 059	5 945	50 377	72 209	8 915	8 066	17 520	21 824	201	220
1976	193 343	4 171	971	6 690	5 754	50 790	69 364	8 297	7 563	17 752	21 536	192	263
1977	187 344	3 895	892	6 304	5 275	48 171	67 730	8 238	7 237	17 976	21 156	204	266
1978	185 523	3 841	939	6 560	5 310	45 936	67 491	8 232	7 139	18 277	21 388	194	216
1979	187 811	3 737	893	6 920	5 355	46 341	67 980	7 769	7 272	18 999	22 087	181	277
1980	191 069	3 783	939	6 791	5 321	44 848	68 840	7 869	7 561	20 818	23 830	200	269
1981	190 082	3 758	849	6 632	5 108	41 005	70 281	8 123	7 329	21 781	24 699	235	282
1982	188 360	3 764	855	6 486	4 923	38 354	71 595	8 264	7 491	22 312	23 831	225	260
1983	184 675	3 778	937	6 505	5 260	36 144	70 893	8 261	7 504	21 172	23 692	243	286
1984	185 597	3 567	1 057	6 798	5 294	37 433	71 922	8 393	7 213	20 052	23 397	212	259
1985	184 096	3 220	956	6 807	5 312	37 026	72 891	8 296	7 132	19 750	22 292	185	229
1986	175 518	3 421	970	6 445	4 962	33 083	70 839	7 816	6 820	18 896	21 826	183	257
1987	182 151	3 481	924	6 697	4 924	32 616	76 201	7 994	6 853	18 640	23 395	189	237
1988	187 728	3 686	965	6 894	5 292	33 519	78 533	7 908	6 767	19 272	24 461	209	222
1989	190 640	3 905	1 019	6 828	5 254	33 325	80 377	7 800	6 637	19 888	25 170	214	223
1990	187 737	3 791	996	6 386	5 044	32 060	80 097	7 666	6 229	19 806	25 216	218	228
1991	172 251	3 480	876	5 845	4 521	28 922	72 938	7 032	5 923	18 612	23 691	196	215
1992	164 573	3 254	850	5 623	4 313	25 841	70 079	6 899	5 664	17 871	23 749	221	209
1993	159 316	3 163	885	5 403	4 177	25 021	66 575	6 752	5 638	17 860	23 446	180	216
1994	159 959	3 318	850	5 374	4 219	24 985	66 694	6 585	5 689	18 096	23 739	169	241
Mariages pour 1 000 habitants													
1974	8,7	7,8	8,5	8,7	9,2	8,2	8,8	9,0	8,8	9,5	8,9	9,0	6,2
1975	8,5	7,7	7,9	8,5	8,8	7,9	8,7	8,7	8,8	9,7	8,7	9,1	5,1
1976	8,2	7,4	8,2	8,0	8,3	7,9	8,2	8,0	8,1	9,5	8,5	8,5	5,9
1977	7,9	6,9	7,4	7,5	7,6	7,5	7,9	7,9	7,6	9,2	8,2	8,9	5,9
1978	7,7	6,8	7,7	7,8	7,6	7,1	7,8	7,9	7,5	9,0	8,1	8,1	4,7
1979	7,7	6,5	7,2	8,1	7,6	7,1	7,8	7,5	7,6	9,0	8,3	7,5	6,0
1980	7,8	6,6	7,6	7,9	7,5	6,9	7,8	7,6	7,8	9,5	8,6	8,2	5,8
1981	7,6	6,5	6,8	7,7	7,2	6,2	8,0	7,8	7,5	9,5	8,7	9,8	5,9
1982	7,5	6,5	6,9	7,5	6,9	5,8	8,0	7,9	7,6	9,4	8,3	9,1	5,2
1983	7,3	6,5	7,4	7,5	7,3	5,5	7,8	7,8	7,5	8,8	8,1	10,2	5,6
1984	7,2	6,1	8,3	7,7	7,3	5,6	7,8	7,8	7,1	8,4	7,9	8,8	4,9
1985	7,1	5,5	7,5	7,7	7,3	5,5	7,8	7,6	6,9	8,2	7,5	7,5	4,2
1986	6,7	5,9	7,5	7,2	6,8	4,9	7,5	7,1	6,6	7,7	7,2	7,4	4,6
1987	6,9	6,0	7,2	7,5	6,7	4,8	7,9	7,3	6,6	7,6	7,6	7,3	4,3
1988	7,0	6,4	7,4	7,7	7,2	4,9	7,9	7,2	6,6	7,8	7,8	7,8	3,9
1989	7,0	6,8	7,8	7,5	7,1	4,8	7,9	7,1	6,5	7,9	7,8	7,8	3,9
1990	6,8	6,5	7,6	7,0	6,8	4,6	7,7	6,9	6,2	7,7	7,6	7,8	3,8
1991	6,1	6,0	6,7	6,4	6,0	4,1	7,0	6,3	5,9	7,2	7,0	6,7	3,5
1992	5,8	5,6	6,5	6,1	5,7	3,6	6,6	6,2	5,6	6,8	6,8	7,3	3,3
1993	5,5	5,4	6,6	5,8	5,5	3,5	6,2	6,0	5,6	6,6	6,6	5,9	3,4
1994	5,5	5,7	6,3	5,8	5,6	3,4	6,1	5,8	5,6	6,7	6,5	5,7	3,7

Source : n° 84-212 au catalogue

† Chiffres corrigés pour tenir compte du sous-dénombrement au Québec en 1976.

Données disponibles

Avortements thérapeutiques, 1994

En 1994, un nombre record d'avortements soit 106 255 a été pratiqué au Canada, ce qui représente une hausse de 1,8 % par rapport à 1993 (104 403). Il s'agit toutefois du plus faible accroissement annuel depuis 1990. Les hausses annuelles avaient été respectivement de 2,3 % en 1991 et de 7,4 % en 1992.

Le rapport entre le nombre d'avortements et le nombre de naissances vivantes a lui aussi augmenté, mais là encore il s'agit de l'augmentation la plus faible en quatre ans. En 1994, le taux national d'avortements a été de 27,6 avortements pour 100 naissances vivantes, comparativement à 26,9 en 1993. (En 1992, la dernière année pour laquelle les données sont disponibles, le taux aux États-Unis était de 37,9 avortements pour 100 naissances vivantes; bien plus que celui de 25,6 avortements enregistré au Canada en 1992.)

L'augmentation enregistrée en 1994 est attribuable entièrement à la hausse du nombre d'avortements pratiqués en clinique. La proportion des avortements en clinique a augmenté sensiblement au cours des quatre dernières années. Le nombre d'avortements dans les hôpitaux ou les avortements obtenus par des femmes canadiennes aux États-Unis ont en effet tous deux diminué.

Malgré tout, plus des deux tiers de tous les avortements en 1994 ont été pratiqués dans les hôpitaux du Canada. La femme type qui a subi un avortement en milieu hospitalier était âgée de 26 ans, avait déjà accouché et était enceinte de moins de 10 semaines au moment de l'avortement.

En 1994, le nombre d'avortements thérapeutiques dans les hôpitaux canadiens étaient de 71 630, ce qui représente une baisse de 1,1 % par rapport à l'année précédente. Néanmoins, à l'exception de 1993, le nombre annuel enregistré en 1994 est toutefois demeuré supérieur à celui observé depuis 1970.

La moitié des femmes en 1994 qui ont subi un avortement thérapeutique en milieu hospitalier était âgée de 20 à 29 ans, environ un tiers avaient plus de 30 ans et une sur cinq d'entre elles avaient moins de 20 ans.

Entre 1984 et 1994, le pourcentage des avortements en milieu hospitalier a diminué pour les femmes de moins de 20 ans (de 24 % à 20 %); il est demeuré stable chez les femmes de 20 à 29 ans (environ 55 %) et il a augmenté parmi les femmes de 30 à 39 ans (de 19 % à 25 %). Les femmes de 40 ans et plus ont pour leur part représenté une proportion faible mais relativement stable, subissant entre 2 % et 3 % des avortements pratiqués annuellement. La baisse observée parmi les femmes de moins de 20 ans et la hausse parmi les femmes de 30 à 39 ans s'expliquent en partie par l'évolution démographique de la population de moins de 20 ans par rapport à celle des 30 à 39 ans.

Entre 1990 et 1994, le nombre total et les taux annuels d'avortements thérapeutiques ont augmenté, à la suite de l'ouverture de nouvelles cliniques d'avortement dans huit des dix provinces, combinée à l'accroissement du nombre d'avortements dans ces cliniques. L'implantation de ces cliniques a fait suite à la décision rendue en janvier 1988 par la Cour suprême du Canada, qui annulait la loi anti-avortement de 1969. Avant cette décision, les cliniques d'avortement n'existaient qu'au Québec.

En 1994, les cliniques ont déclaré 34 287 avortements, en hausse de 8,8 % par rapport à l'année précédente. Depuis 1990, le nombre d'avortements en clinique a fait un bond de 69 %. Toujours en 1994, (32 %) ont été pratiqués en clinique, comparativement à 22 % en 1990.

Les caractéristiques démographiques des femmes qui ont subi un avortement en clinique ont été dans l'ensemble similaires à celles des femmes ayant subi un avortement dans un hôpital. Cependant, davantage d'avortements en clinique ont été pratiqués très tôt

durant la grossesse ou au milieu de la grossesse. Ainsi, environ 40 % des avortements en clinique ont été pratiqués sur des femmes enceintes de moins de neuf semaines; par comparaison, la proportion des avortements faits dans un hôpital au même stade a été de 36 %. En outre, 17 % des avortements en clinique ont été pratiqués sur des femmes comptant entre 13 et 20 semaines de grossesse, comparativement à un taux de 8 % en milieu hospitalier.

La proportion des avortements pratiqués sur des femmes qui n'avaient jamais accouché a été plus élevée en clinique qu'en milieu hospitalier (50 % contre 58 %) et plus probable qu'elles aient subi au moins un avortement provoqué (40 % contre 29 %).

L'ouverture de cliniques au Canada a contribué à une diminution marquée du nombre d'avortements obtenus par des Canadiennes aux États-Unis. Le nombre enregistré par les États-Unis s'est chiffré à 338 en 1994, le plus bas niveau jamais enregistré et à environ un cinquième de celui enregistré en 1990, qui était de 1 573 avortements.

En revanche, le taux de complications suivant immédiatement l'avortement a diminué de façon substantielle depuis 1975, en raison principalement de l'accroissement de la proportion des avortements précoces, c'est-à-dire des avortements pratiqués à moins de 13 semaines de grossesse.

Des données sur les caractéristiques démographiques et médicales ont été obtenues pour 69 % du nombre total d'avortements pratiqués en 1994 soit, 78 % des avortements en milieu hospitalier et 52 % pratiqués en clinique. Aucune donnée démographique ou médicale n'a été obtenue pour les avortements subis par des Canadiennes aux États-Unis.

La publication *Avortements thérapeutiques* (82-219-XPB, 30 \$) paraîtra bientôt. Voir «*Pour commander les publications*». Pour plus de renseignements, communiquez avec Surinder Wadhwa au (613) 951-3415.

Statistique annuelle et indicateurs des hôpitaux, 1993-1994

Depuis le milieu des années 1980 les hôpitaux généraux de courte durée de façon spectaculaire ont

eu recours aux traitements en consultations externes. En 1993-1994, il y a eu 1,34 consultation externe pour chaque journée d'hospitalisation dans un hôpital général public de soins de courte durée (sans lits de soins de longue durée). Ce qui représente une augmentation par rapport au ratio de 0,95 enregistré en 1986-1987.

Le ratio des consultations externes aux journées d'hospitalisation pour l'ensemble des hôpitaux (avec lits de soins de courte ou de longue durée) a augmenté pendant cette période, passant de 0,62 à 0,86.

En 1993-1994, les hôpitaux ont enregistré un nombre record de 38,3 millions de consultations externes, ce qui représente une hausse de 14 % par rapport à 1986-1987. Le nombre de visites à l'urgence a atteint un sommet en 1990-1991, pour ensuite diminuer de 8 % à 16,0 millions en 1993-1994. Par contre, les visites en consultation externe effectuées dans trois autres catégories de services de soins ambulatoires ont augmenté rapidement depuis 1986-1987. Les visites effectuées dans le cadre de programmes de soins de jour et de nuit ont augmenté de 46 % (pour atteindre 2,7 millions), les visites effectuées pour obtenir des soins chirurgicaux d'un jour ont augmenté de 37 % (pour atteindre 1,8 million), tandis que les visites effectuées dans des cliniques générales ou spécialisées ont progressé de 23 % (pour se chiffrer à 17,8 millions).

La durée du séjour moyen à l'hôpital s'est raccourcie à 13 jours en 1993-1994; il s'agit d'une baisse d'une journée entière depuis le sommet de 14 jours enregistré en 1988-1989. Dans les hôpitaux généraux publics de soins de courte durée (sans lits de soins de longue durée), la moyenne est passée de 8 à 7 jours. Le séjour moyen est également passé de 8 à 7 jours en ce qui concerne les lits de soins de courte durée des hôpitaux généraux publics offrant des soins à court et à long terme. (Les hôpitaux généraux représentent 72 % de l'ensemble des hôpitaux du secteur public.)

Le nombre total de lits d'hôpitaux en service a atteint son maximum en 1986-1987, année pendant laquelle les journées d'hospitalisation ont aussi atteint un sommet. Depuis 1986-1987, les hôpitaux ont réduit de 16 % le nombre de lits en service, ces derniers totalisant 144 200 en 1993-1994. Le nombre de journées d'hospitalisation déclarées a diminué de 18 %

au cours de cette période, pour s'établir à 44,3 millions .

Après de fortes croissances annuelles au cours des années précédentes, les dépenses d'exploitation des hôpitaux du secteur public ont atteint 24,1 milliards de dollars en 1991-1992 et ont augmenté lentement depuis (de moins de 1 %), pour se fixer à 24,3 milliards de dollars en 1993-1994. Ces résultats reposent sur des données transmises par 90 % des 998 hôpitaux du secteur public au Canada, où l'on retrouve 94 % des 166 153 lits autorisés. Les hôpitaux privés et fédéraux, qui représentent à eux seuls 14 % de tous les hôpitaux, mais où on ne retrouve que 4 % de tous les lits, ne sont pas tenus de fournir des renseignements d'ordre financier dans le cadre de la présente enquête.

Les publications *La statistique annuelle des hôpitaux, 1993-1994* (papier: 83-242-XPB, 90 \$; microfiche: 83-242-XMB, 65 \$) et *Indicateurs des hôpitaux, 1993-1994* (papier: 83-246-XPB, 60 \$; microfiche: 83-246-XMB, 45 \$) seront bientôt en vente. Voir «*Pour commander les publications*». Pour plus de renseignements, communiquez avec Patricia Tully au (613) 951-8782.

Estimation postcensitaires de la population

Chaque numéro des *Rapports sur la santé* présente les estimations trimestrielles courantes. Pour les données provisoires de la population du 1^{er} juillet, voir à la page suivante.

Estimations postcensitaires révisées de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 1^{er} juillet 1995

	Canada	T.-N.	Î.-P.É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.-B.	Yuk.	T.N.-O.
en milliers													
Les deux sexes	29 606,1	575,4	136,1	937,8	760,1	7 334,2	11 100,3	1 137,5	1 015,6	2 747,0	3 766,0	30,1	65,8
<1	381,6	6,3	1,7	11,0	8,9	89,1	145,8	16,4	13,9	39,0	47,5	0,5	1,5
1-4	1 606,0	26,9	7,5	47,2	37,5	384,6	608,2	67,1	59,5	164,2	195,0	2,1	6,0
5-9	1 998,5	37,9	10,1	63,0	49,8	453,5	753,4	82,6	80,4	211,5	246,1	2,3	7,8
10-14	2 003,3	44,2	9,9	62,9	52,3	474,6	732,1	80,4	81,4	209,1	248,0	2,4	5,9
15-19	1 979,9	46,5	10,1	64,0	54,5	497,4	712,7	79,0	75,5	192,0	240,9	2,1	5,3
20-24	2 044,0	48,7	10,0	67,9	57,8	477,1	768,4	81,8	68,4	195,6	260,8	2,0	5,5
25-29	2 245,1	46,2	9,7	69,4	57,3	533,6	868,8	82,1	64,5	216,0	289,0	2,3	6,4
30-34	2 675,8	48,0	11,2	82,6	65,7	659,6	1 033,3	96,1	80,5	256,4	332,2	3,3	6,8
35-39	2 602,2	48,2	10,8	80,8	64,0	664,3	961,5	92,8	82,0	259,9	329,4	3,1	5,5
40-44	2 322,8	46,7	9,6	72,1	60,1	598,2	851,0	83,1	72,8	220,0	301,7	2,9	4,5
45-49	2 083,2	41,7	9,6	66,9	55,0	540,4	775,2	73,6	60,3	181,3	273,2	2,5	3,6
50-54	1 595,4	29,9	6,9	51,0	40,4	434,2	589,0	56,6	46,6	132,6	204,4	1,6	2,2
55-59	1 295,2	23,9	5,9	41,4	32,1	338,0	492,0	46,7	41,4	106,3	164,8	0,8	1,7
60-64	1 214,5	20,9	5,4	38,2	29,9	317,5	462,9	44,8	41,2	96,3	155,2	0,8	1,3
65-69	1 119,0	18,8	4,9	34,1	27,7	287,6	430,7	43,1	40,2	85,6	144,8	0,6	0,9
70-74	968,4	15,4	4,4	31,1	25,4	238,4	373,5	40,8	37,1	70,9	130,6	0,4	0,4
75-79	671,0	12,2	3,6	24,7	18,9	161,0	245,9	30,6	30,3	50,4	92,9	0,2	0,3
80-84	456,0	8,0	2,6	16,8	12,8	106,0	167,5	22,2	22,0	33,7	64,2	0,1	0,2
85-89	228,9	3,5	1,3	8,3	6,5	53,3	84,8	11,5	11,5	17,2	30,7	0,1	0,1
90+	115,2	1,7	0,8	4,4	3,3	25,6	43,4	6,1	6,2	9,0	14,6	0,0	0,1
Hommes	14 664,3	288,5	67,2	462,6	376,6	3 614,1	5 481,3	564,1	504,8	1 383,5	1 872,2	15,3	34,1
<1	195,9	3,2	0,9	5,7	4,6	45,7	74,8	8,4	7,2	20,0	24,4	0,2	0,8
1-4	823,3	13,7	3,8	24,3	19,1	197,2	311,9	34,3	30,5	84,3	100,0	1,1	3,0
5-9	1 021,3	19,4	5,2	32,3	25,6	231,8	384,9	42,5	41,0	108,2	125,4	1,2	4,0
10-14	1 023,9	22,4	5,1	31,7	26,7	242,4	374,6	41,4	41,5	107,3	126,6	1,2	3,1
15-19	1 014,8	23,8	5,0	32,6	28,0	254,8	365,9	39,9	38,9	98,3	123,8	1,1	2,6
20-24	1 036,4	25,2	5,1	34,8	29,5	242,5	388,7	42,2	34,5	99,8	130,5	1,0	2,7
25-29	1 133,2	23,6	4,9	35,5	29,0	271,9	434,5	41,8	32,3	109,6	145,8	1,1	3,3
30-34	1 355,9	24,0	5,5	41,6	33,2	336,1	522,9	49,1	40,1	130,7	167,5	1,6	3,5
35-39	1 309,7	24,1	5,3	40,0	31,9	334,9	482,5	47,3	41,8	133,2	164,3	1,4	2,8
40-44	1 159,6	23,5	4,9	35,5	29,9	299,1	420,9	41,4	37,4	112,4	150,8	1,5	2,4
45-49	1 047,3	21,1	4,9	33,7	28,0	270,5	386,8	37,3	30,9	92,4	138,6	1,2	2,0
50-54	799,6	15,3	3,5	25,8	20,5	215,3	293,9	28,4	23,3	67,8	103,6	1,0	1,2
55-59	643,2	12,2	2,9	20,7	16,1	165,5	243,5	23,2	20,6	54,1	83,2	0,5	0,9
60-64	596,8	10,6	2,7	18,6	14,5	152,1	227,0	22,0	20,5	48,5	79,1	0,5	0,7
65-69	527,6	9,1	2,4	15,8	12,8	131,5	203,5	20,2	19,3	41,7	70,4	0,4	0,5
70-74	425,8	7,2	2,1	13,7	11,3	101,7	163,7	17,8	17,0	32,1	58,8	0,2	0,2
75-79	274,9	5,3	1,5	10,2	8,0	62,5	101,0	12,7	13,1	21,3	39,1	0,1	0,1
80-84	170,4	3,2	0,9	6,2	4,9	36,9	62,5	8,5	8,7	13,0	25,4	0,0	0,1
85-89	73,8	1,2	0,4	2,7	2,1	15,7	26,8	3,9	4,2	6,0	10,7	0,0	0,1
90+	30,8	0,5	0,2	1,1	0,9	6,2	11,0	1,6	2,0	2,8	4,4	0,0	0,0
Femmes	14 941,8	286,9	68,9	475,1	383,5	3 720,1	5 619,0	573,4	510,9	1 363,5	1 893,8	14,8	31,7
<1	185,6	3,0	0,8	5,3	4,4	43,4	71,0	8,0	6,7	19,0	23,1	0,2	0,7
1-4	782,7	13,2	3,7	22,9	18,4	187,5	296,3	32,8	29,0	79,9	95,0	1,1	3,0
5-9	977,3	18,5	4,9	30,7	24,3	221,7	368,6	40,1	39,4	103,4	120,8	1,0	3,8
10-14	979,4	21,8	4,9	31,2	25,6	232,3	357,5	39,0	40,0	101,8	121,4	1,2	2,8
15-19	965,1	22,7	5,1	31,3	26,4	242,6	346,8	39,1	36,6	93,6	117,2	1,0	2,7
20-24	1 007,6	23,5	4,9	33,1	28,3	234,6	379,7	39,7	33,9	95,9	130,2	1,0	2,8
25-29	1 111,9	22,6	4,8	33,9	28,3	261,6	434,3	40,3	32,2	106,4	143,2	1,2	3,1
30-34	1 319,9	24,0	5,7	41,0	32,5	323,6	510,4	47,0	40,4	125,7	164,7	1,7	3,3
35-39	1 292,5	24,1	5,5	40,7	32,1	329,4	478,9	45,4	40,2	126,7	165,1	1,7	2,7
40-44	1 163,2	23,2	4,7	36,7	30,2	299,1	430,1	41,7	35,4	107,6	150,9	1,4	2,1
45-49	1 035,9	20,6	4,7	33,2	27,1	269,9	388,4	36,3	29,4	88,9	134,6	1,3	1,5
50-54	795,8	14,6	3,4	25,2	19,9	219,0	295,1	28,2	23,3	64,8	100,8	0,7	1,0
55-59	651,9	11,7	3,0	20,7	16,0	172,5	248,5	23,6	20,9	52,3	81,6	0,4	0,7
60-64	617,7	10,3	2,7	19,6	15,4	165,4	235,9	22,8	20,7	47,8	76,1	0,4	0,6
65-69	591,4	9,7	2,5	18,3	14,9	156,1	227,2	22,9	20,9	43,8	74,4	0,2	0,4
70-74	542,7	8,3	2,4	17,4	14,1	136,7	209,8	23,0	20,0	38,8	71,8	0,2	0,2
75-79	396,1	6,9	2,1	14,4	10,9	98,5	144,9	17,9	17,2	29,1	53,8	0,1	0,1
80-84	285,6	4,8	1,7	10,5	7,9	69,2	105,0	13,7	13,3	20,6	38,8	0,1	0,1
85-89	155,1	2,3	0,9	5,6	4,4	37,7	58,0	7,6	7,3	11,2	20,0	0,0	0,0
90+	84,4	1,1	0,5	3,3	2,4	19,4	32,4	4,5	4,3	6,2	10,2	0,0	0,0

Source : Division de la démographie, section des estimations de population

Nota : Les estimations de la population sont ajustées pour le sous-dénombrement net du recensement et incluent les résidents non-permanents.

Pour commander les publications

Pour obtenir les produits suivants veuillez contacter :

Division du marketing, Ventes et services
 Statistique Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-7277
 1-800-267-6677, appeler sans frais, au Canada
 Télécopieur : (613) 951-1584

Il n'est pas nécessaire de nous faire parvenir une confirmation pour une commande faite par téléphone ou télécopieur.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix		
			Canada	É-U (US \$)	Autres pays (US \$)
Rapports sur la santé					
• par année	82-003	Papier	112 \$	\$135 \$	157 \$
• l'exemplaire			34 \$	41 \$	48 \$
Indicateurs sur la santé					
• premier exemplaire	82-221	Disquette	250 \$		
• l'exemplaire supplémentaire			250 \$		
Avortements thérapeutiques					
Avortements thérapeutiques	82-219	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques	82-550	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Cancer					
Le cancer au Canada	82-218	Papier	25 \$	30 \$	35 \$
Décès					
Mortalité: Liste sommaire des causes	84-209	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
Naissances et décès	84-210	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, 1921-1990	82-548	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes, Canada, 1921-1992	82-549	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Divorce					
Divorces	84-213	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Enquête nationale sur la santé de la population					
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995	82-567	Papier	10 \$	12 \$	14 \$
Espérance de vie					
Tables de mortalité, Canada et provinces, 1990-1992	84-537	Papier	40 \$	48 \$	56 \$

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Établissements de soins de santé					
Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes	83-237	Papier Microfiche	35 \$ 25 \$	42 \$ 30 \$	49 \$ 35 \$
Liste des établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada	83-240	Papier	20 \$	24 \$	28 \$
Hôpitaux					
Indicateurs des hôpitaux	83-246	Papier Microfiche	60 \$ 45 \$	72 \$ 54 \$	84 \$ 63 \$
La statistique annuelle des hôpitaux	83-242	Papier Microfiche	90 \$ 65 \$	108 \$ 78 \$	126 \$ 91 \$
La statistique hospitalière : rapport annuel préliminaire	83-241	Papier Microfiche	30 \$ 25 \$	36 \$ 30 \$	42 \$ 35 \$
Liste des hôpitaux canadiens	83-239	Papier	20 \$	24 \$	28 \$
Hospitalisation					
La morbidité hospitalière et interventions chirurgicales	82-216	Papier Microfiche	40 \$ 35 \$	48 \$ 42 \$	56 \$ 49 \$
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562F	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Hygiène mentale					
La statistique de l'hygiène mentale	83-245	Papier	15 \$	18 \$	21 \$
Mariage					
Certains renseignements sur les mariages contractés, 1921-1990	82-552	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Mariages	84-212	Papier Microfiche	30 \$ 25 \$	36 \$ 30 \$	42 \$ 35 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536	Papier	36 \$	44 \$	51 \$
Naissances					
Naissances et Décès	84-210	Papier Microfiche	35 \$ 25 \$	42 \$ 30 \$	49 \$ 35 \$
Statistiques choisies sur la natalité et la fécondité, Canada, 1921-1991	82-553	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, 1974-1993	82-568	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
Personnel infirmier					
Personnel infirmier au Canada, 1995 : infirmier(ères) autorisé(e)s	82-243	Papier Microfiche	30 \$ 25 \$	36 \$ 30 \$	42 \$ 35 \$
Tuberculose					
La statistique de la tuberculose	82-220	Papier Microfiche	32 \$ 25 \$	39 \$ 30 \$	45 \$ 35 \$

Fichiers microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Les demandes pour les produits de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services à la clientèle personnalisés
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792

	Numéro du produit	Version	Prix			
			Canada	É-U (US \$)	Autres pays (US \$)	
Fichiers microdonnées à grande diffusion	• ASCII	82F0001XDB95001	Disquette	1 300 \$	1 300 \$	1 300 \$
	• ASCII et IVISION	82F0001XCB95001	CD-ROM	1 600 \$	1 600 \$	1 600 \$
Établissements des soins spéciaux	• ASCII	82M0010XDB	Diskette	500 \$	500 \$	500 \$

Totalisations spéciales

Les demandes pour les totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services à la clientèle personnalisés
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792