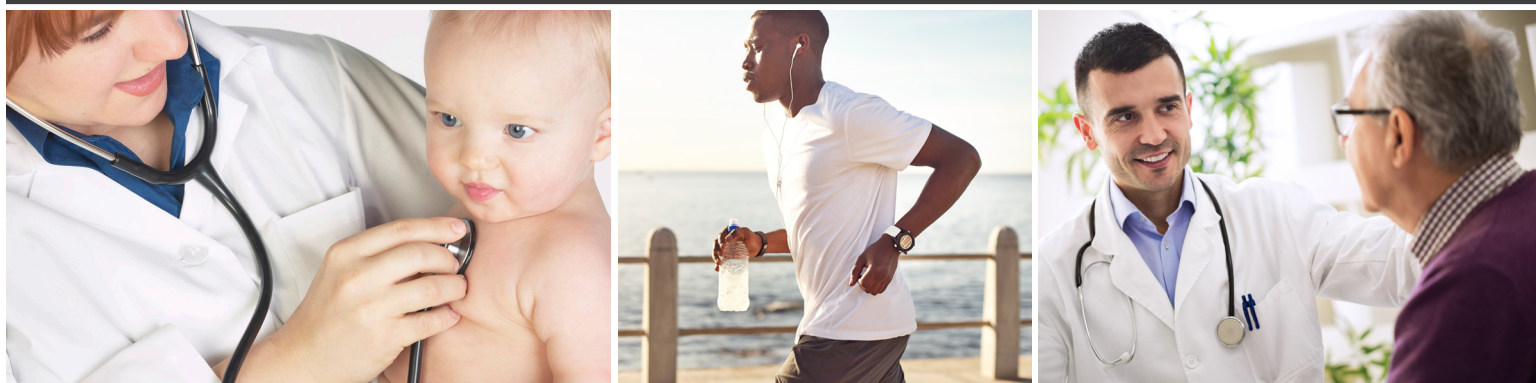


QUEL EST L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS?

ANALYSE DES TENDANCES RELATIVES À LA SANTÉ
DES CANADIENS DU POINT DE VUE DES MODES
DE VIE SAINS ET DES MALADIES CHRONIQUES



PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

—Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

HOW HEALTHY ARE CANADIANS?

A Trend Analysis of the Health of Canadians from a Healthy Living and Chronic Disease Perspective

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2016

Date de publication : décembre 2016

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

IMPRIMÉ

Cat. : HP40-167/2016F

ISBN : 978-0-660-06584-7

Pub. : 160197

PDF

Cat. : HP40-167/2016F-PDF

ISBN : 978-0-660-06583-0

QUEL EST L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS?

ANALYSE DES TENDANCES RELATIVES À LA SANTÉ
DES CANADIENS DU POINT DE VUE DES MODES DE VIE SAINS
ET DES MALADIES CHRONIQUES

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	3
PRINCIPALES CONSTATATIONS	6
COMPORTEMENTS À RISQUE	6
Tabagisme	6
Inactivité physique	7
Comportements sédentaires	8
Mauvaise alimentation	9
Consommation nocive d'alcool	10
Comparaison des comportements à risque et des conditions à risque	11
CONDITIONS À RISQUE	13
Obésité	13
Hypertension	14
MALADIES CHRONIQUES	15
Maladies cardiovasculaires	15
Cardiopathie ischémique	15
Accident vasculaire cérébral (AVC)	16
Cancer	17
Maladies respiratoires chroniques	18
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	18
Asthme	19
Diabète	20
Troubles anxieux et de l'humeur (utilisation des services de santé)	21
Comparaison des maladies et des conditions à risque	22
MULTIMORBIDITÉ ASSOCIÉE AUX MALADIES CHRONIQUES	24
Multimorbidité	24
Comorbidité des troubles anxieux et de l'humeur	25
AUTRES INDICATEURS DE LA SANTÉ	26
Vaccination contre la grippe	26
Mortalité néonatale et infantile	27
Mortalité prématurée	28
Espérance de vie et espérance de vie ajustée en fonction de la santé	29
COMPARAISONS INTERNATIONALES	31
CONCLUSIONS	33
NOTES SUR LA MÉTHODOLOGIE	34
COLLABORATEURS	35
RÉFÉRENCES	36

SOMMAIRE

Une bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et personnel, ainsi qu'une dimension importante de la qualité de vie. Les citoyens en bonne santé et productifs réduisent le fardeau qui pèse sur le système de santé et contribuent à une économie forte.

En règle générale, le Canada est un pays en santé. Au cours des dernières décennies, le taux de mortalité global et l'espérance de vie se sont considérablement améliorés et, en général, le Canada se compare bien aux autres pays développés. Néanmoins, le pays continue d'être confronté à des défis importants de santé publique liés à la prévention des maladies chroniques. Les maladies chroniques majeures, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, sont responsables de 65 % de l'ensemble des décès au Canada chaque année et sont les principales causes de décès dans le monde. De plus, à l'échelle mondiale, la dépression et les troubles anxieux sont, respectivement, les deuxième et huitième causes d'années de vie perdues en raison d'une invalidité.

La présente analyse des tendances nous permet d'examiner les dix à quinze dernières années de données disponibles sur les facteurs de risque clés, les maladies chroniques majeures et les troubles anxieux et de l'humeur, de même que l'espérance de vie globale, et de nous poser la question fondamentale suivante : *Quel est l'état de santé des Canadiens?*

LA BONNE NOUVELLE : LES CANADIENS VIVENT PLUS LONGTEMPS

- Au Canada, tant l'espérance de vie (EV) que l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)^a ont augmenté de façon constante dans la dernière décennie, et l'écart entre les hommes et les femmes se rétrécit.
- Les taux globaux de mortalité et de mortalité prématurée, en particulier ceux des maladies cardiovasculaires, continuent de diminuer à un rythme soutenu.
- La baisse des taux d'incidence^b des maladies cardiovasculaires et de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est liée à la diminution marquée des taux de tabagisme au Canada dans tous les groupes d'âge. Les taux de tabagisme ont poursuivi leur déclin dans les dix dernières années, surtout chez les jeunes Canadiens âgés de 15 à 24 ans.
- Parmi les États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada se situe dans les deux premiers tiers des pays performants pour la plupart des indicateurs.

^a L'EVAS représente le nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne ou pleine santé.

^b L'incidence est le nombre de nouveaux cas de maladie ou de caractéristiques au sein d'une population au cours d'une période donnée. Les tendances relatives aux taux d'incidence révélées par le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) reflètent peut-être un changement réel de l'état de santé de la population, mais elles peuvent également refléter l'évolution des méthodes de collecte de données, des systèmes de classification ou codification, des pratiques médicales, des modes de paiement, etc.

SUJETS DE PRÉOCCUPATION

Répercussions sur la santé d'une population vieillissante

- Près d'un Canadien sur six (5,8 millions) est âgé de 65 ans ou plus, et ce groupe d'âge croît quatre fois plus vite que l'ensemble de la population.
- Plus d'un adulte canadien sur cinq vit avec une des maladies chroniques suivantes : les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques ou le diabète.
- Un adulte canadien de 20 ans et plus sur 25 a déclaré être atteint simultanément d'un trouble anxieux ou de l'humeur et d'au moins une des quatre maladies chroniques majeures.
- Les taux de prévalence^c des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires chroniques ont augmenté depuis 2000, une indication que davantage de Canadiens vivent avec ces maladies chaque année.
- En 2011/2012, environ 2,3 millions de Canadiens vivaient avec une cardiopathie ischémique, presque 2 millions de Canadiens étaient atteints d'une MPOC et approximativement 700 000 Canadiens vivaient avec les conséquences d'un accident vasculaire cérébral (AVC).
- Le cancer est la première cause de décès. En 2009, plus de 800 000 Canadiens avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des dix années précédentes, et presque 90 % des cas de cancer nouvellement diagnostiqués au pays étaient âgés de 50 ans ou plus.
- De plus, des inégalités au niveau de la prévalence des maladies chroniques parmi certains sous-groupes existent.

La prévalence des facteurs de risque associés aux maladies chroniques évitables reste élevée au Canada

- Au Canada, environ quatre adultes sur cinq présentent au moins un facteur de risque modifiable de maladie chronique (tabagisme, inactivité physique, mauvaise alimentation et consommation nocive d'alcool autodéclarés).
- Les taux d'inactivité physique, de comportements sédentaires et d'obésité demeurent élevés, en particulier chez les enfants et les jeunes.
- En fait, plus de 90 % des enfants au Canada ne respectent pas les directives actuelles en matière d'activité physique.
- Le Canada se classe parmi les pires pays de l'OCDE en ce qui concerne les taux d'obésité chez l'adulte.

Les conséquences des taux de diabète de type 2

- Environ 2,7 millions de Canadiens vivent maintenant avec le diabète (types 1 et 2 combinés^d). Parmi les maladies étudiées, le diabète connaît la deuxième plus grande croissance en pourcentage annuel depuis 2000/2001.

^c Le taux de prévalence est la proportion de personnes dans une population qui présente une maladie ou une caractéristique particulière à un moment précis ou pendant une période donnée.

^d Les pratiques de codification des maladies n'ont pas permis d'établir une distinction entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2.

- L'augmentation du taux de prévalence du diabète est probablement attribuable aux taux élevés d'obésité et d'embonpoint dans la population canadienne, de même qu'au vieillissement de celle-ci¹.
- Le nombre de cas prévalents de diabète diagnostiqué devrait dépasser les quatre millions de personnes d'ici 2020².

Bien que les tendances montrent une baisse importante de la mortalité au Canada, elles soulignent également une hausse du fardeau global de la maladie. Si les Canadiens vivent plus longtemps, il est important qu'ils puissent le faire en bonne santé. Le présent rapport sur les tendances fournit des renseignements clés qui contribueront à éclairer les décisions relatives aux politiques et aux programmes en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques.

INTRODUCTION

Il existe bien des façons d'étudier la santé d'une population. Le fait de mettre l'accent sur les modes de vie sains, les maladies chroniques — principalement les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète — et les facteurs de risque qui y sont liés, offre une perspective qui est particulièrement pertinente pour la santé publique, puisque ces affections représentent les principales causes de décès et qu'elles pourraient en grande partie être évitées. La plupart des décès prématurés sont liés à des facteurs de risque courants, à savoir le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et la consommation nocive d'alcool. La lutte contre ces facteurs de risque et l'amélioration de la prise en charge de ces maladies et affections chroniques constituent le fondement du *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)³.

Au Canada, quatre adultes sur cinq présentent au moins un facteur de risque modifiable, et une personne sur cinq vit avec au moins une des maladies chroniques majeures suivantes : les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Chaque année, les deux tiers des décès sont causés par ces maladies chroniques majeures. En outre, les troubles anxieux et de l'humeur sont également répandus chez les Canadiens et représentent la première cause d'invalidité chez les adultes en âge de travailler. Ces maladies chroniques, de même que les troubles anxieux et de l'humeur, sont à l'origine d'environ le tiers des dépenses directes en soins de santé au pays^{4e}.

Le présent rapport de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) vise à déterminer l'état de santé des Canadiens. À cette fin, nous avons vérifié si des progrès avaient été réalisés au cours des dix ou quinze dernières années en ce qui concerne les principaux indicateurs de la santé.

Ce rapport s'articule en grande partie autour des quatre maladies chroniques « physiques » majeures mentionnées dans le *Plan d'action mondial de l'OMS*, de quatre facteurs de risque (le tabagisme, l'inactivité physique, la mauvaise alimentation et la consommation nocive d'alcool)

^e Les coûts directs des maladies et affections chroniques sur le plan des soins de santé englobent ceux du cancer, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires chroniques, du diabète et des troubles anxieux et de l'humeur. Sont exclus tous les coûts directs des soins de santé associés à d'autres maladies non transmissibles importantes, comme les autres affections neuropsychiatriques, les maladies musculo-squelettiques et les affections digestives, de même que les coûts découlant de blessures, d'affections maternelles et périnatales et d'anomalies congénitales.

et de deux conditions à risque (l'obésité et l'hypertension). À ces éléments, nous avons ajouté les troubles anxieux et de l'humeur (mesurés par l'utilisation des services de santé) en raison de leur impact considérable sur la santé de la population en âge de travailler. La multimorbidité (c.-à-d. la coexistence d'au moins deux des quatre maladies chroniques « physiques » majeures ou la présence de troubles anxieux et de l'humeur en concomitance avec l'une des quatre maladies chroniques « physiques » majeures), un phénomène relativement courant chez les personnes âgées, a également été examinée. En outre, plusieurs indicateurs internationaux de santé importants sont inclus : mortalité néonatale et infantile, mortalité prématurée, espérance de vie (EV) et espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS). Enfin, puisque les personnes qui vivent avec une maladie chronique sont particulièrement touchées par les infections grippales, le rapport fournit également des renseignements sur la couverture vaccinale contre la grippe chez cette population. Voir le tableau 1 pour obtenir un aperçu.

Lorsque cela est possible, ce rapport met l'accent sur les tendances de la prévalence et de l'incidence au Canada — à partir de 2000 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle des données étaient disponibles — et présente d'autres comparaisons selon le sexe, le groupe d'âge et la région géographique (c. à d. provinces et territoires). Un petit nombre d'indicateurs internationaux sélectionnés ont été examinés afin de comparer la santé des Canadiens à celle d'autres pays; ces indicateurs sont mis en contexte dans le rapport de l'OCDE.

Remarque : L'examen d'autres maladies chroniques majeures, comme les affections musculo-squelettiques, les maladies neurodégénératives et les troubles du développement, déborde du cadre du présent rapport. Ces affections, bien qu'elles contribuent énormément à la morbidité et à la mortalité dans la population, ont été étudiées dans d'autres rapports. Pour de plus amples renseignements sur ces affections, il est possible de consulter les sites suivants :

Établir les connexions : Mieux comprendre les affections neurologiques au Canada

www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cd-mc/mc-ec/assets/pdf/mc-ec-fra.pdf

Vivre avec l'arthrite au Canada : Un défi de santé personnel et de santé publique

www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritis-arthrite/lwaic-vaaac-10/pdf/arthritis-2010-fra.pdf

TABLEAU 1. DOMAINES D'INTÉRÊT PARTICULIER ET INDICATEURS CONNEXES

DOMAINES D'INTÉRÊT	COMPORTEMENTS À RISQUE	INDICATEURS CONNEXES	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme • Inactivité physique • Comportements sédentaires • Mauvaise alimentation • Consommation nocive d'alcool
	CONDITIONS À RISQUE		<ul style="list-style-type: none"> • Obésité • Hypertension
	MALADIES CHRONIQUES		<ul style="list-style-type: none"> • Maladies cardiovasculaires (cardiopathie et accident vasculaire cérébral) • Cancer • Maladies respiratoires chroniques (asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique) • Diabète • Troubles anxieux et de l'humeur (utilisation des services de santé)
	MULTIMORBIDITÉ ASSOCIÉE AUX MALADIES CHRONIQUES		<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'au moins deux des quatre maladies chroniques majeures • Trouble anxieux et de l'humeur en concomitance avec au moins une des quatre maladies chroniques majeures
	AUTRES INDICATEURS DE LA SANTÉ		<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination contre la grippe • Mortalité néonatale et infantile • Mortalité prématurée • Espérance de vie et espérance de vie ajustée en fonction de la santé

Note technique : Les taux de prévalence et d'incidence présentés sont habituellement les taux bruts, sauf lorsqu'on compare les tendances au fil du temps et les taux dans les provinces et les territoires : on utilise alors les taux normalisés selon l'âge. La normalisation selon l'âge tient compte des différences dans la structure d'âge de la population (p. ex. la répartition de la population par groupes d'âge). Par conséquent, les taux bruts et normalisés selon l'âge seront probablement légèrement différents. Dans ce rapport, la population de référence utilisée pour la normalisation selon l'âge correspond à la population type du Canada recensée en 2011. Bien que les taux normalisés selon l'âge permettent d'établir des comparaisons, ce sont des taux artificiels fondés sur une population stationnaire.

PRINCIPALES CONSTATATIONS

COMPO RTEMENTS À RISQUE

Tabagisme

Plus d'un Canadien sur six (17,9 %, ou plus de 5 millions) âgé de 12 ans et plus déclare fumer quotidiennement ou occasionnellement (2014, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC]).

Le tabagisme est lié à un grand nombre de maladies et d'affections chroniques, notamment les maladies respiratoires chroniques, les maladies cardiovasculaires et de nombreux types de cancers. Il est associé à des effets négatifs sur pratiquement tous les organes du corps et à un déclin de l'état de santé global. Même si le Canada a connu une baisse considérable du taux de tabagisme au cours des dernières décennies, ce dernier demeure le principal facteur de risque de décès évitable^{5,6}.

Tendance – Depuis 2001, on observe une diminution significative du taux normalisé selon l'âge (TNA) de fumeurs quotidiens ou occasionnels, qui est passé de 25,1 %^{TNA} en 2001 à 17,8 %^{TNA} en 2014, ce qui représente une diminution annuelle de 2,1 %.

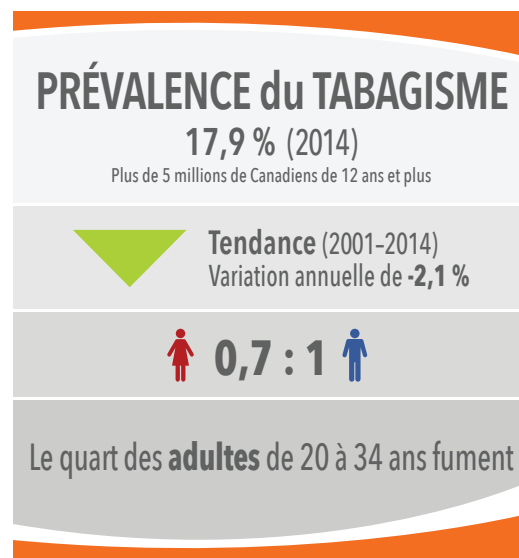
La proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels a diminué dans tous les groupes d'âge, mais ce sont les groupes d'âge plus jeunes (12 à 19 ans et 20 à 34 ans) qui ont connu la baisse la plus marquée.

TABAGISME EN 2014 SELON :

Sexe – En 2014, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à fumer quotidiennement ou occasionnellement, soit 21,1 % contre 14,8 % (différence statistiquement significative).

Âge – 7,8 % des jeunes (12 à 19 ans) ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement. Les taux étaient les plus élevés chez les jeunes adultes de 20 à 34 ans (24,3 %). Chez les adultes de 35 à 64 ans, les taux de tabagisme sont stables, autour de 20 %. La proportion d'adultes plus âgés qui déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement est nettement plus faible : 10,5 % chez les 65 à 79 ans et 4,6 % chez les 80 ans et plus.

Région géographique – La Colombie-Britannique présente le taux normalisé selon l'âge le plus bas du pays (14,4 %)^{TNA}, tandis qu'à Terre Neuve et Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, les pourcentages



Légende concernant la tendance : ▼ diminue ▲ augmente ≈ est stable ou fluctue

de fumeurs quotidiens et occasionnels étaient tous supérieurs d'au moins 20 % à la moyenne nationale. L'écart est le plus marqué dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, où la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels est presque deux fois supérieure à la moyenne canadienne et plus de trois fois supérieure à la moyenne canadienne, respectivement.

Inactivité physique

Plus des trois quarts (77,8 %, ou 20,1 millions) des adultes canadiens de 18 ans et plus et 90,7 % des enfants et des jeunes de 5 à 17 ans ne respectent pas les *Directives canadiennes en matière d'activité physique* (2012-2013, Enquête canadienne sur les mesures de la santé [ECMS]).

L'inactivité physique a été ciblée comme étant une préoccupation importante en santé publique pour les Canadiens de tout âge. Selon l'OMS, il s'agit du quatrième facteur de risque de mortalité en importance dans le monde, en plus d'être associé à un certain nombre de maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète⁷.

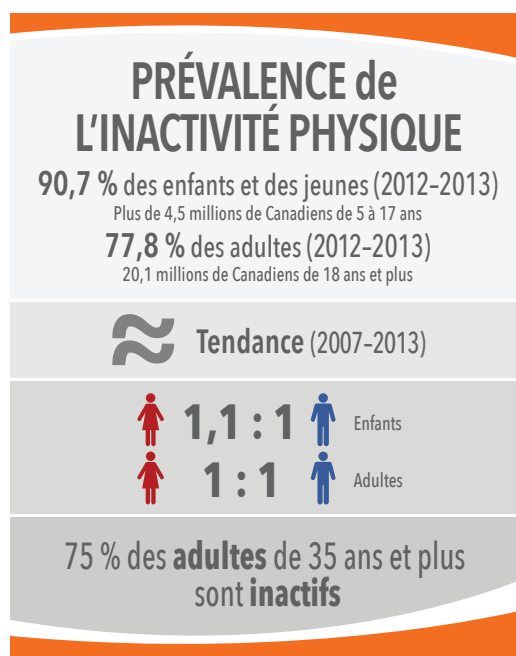
On recommande aux enfants et aux jeunes de faire au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par jour. Pour les adultes, on recommande 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par semaine, par périodes d'au moins 10 minutes⁸.

Tendances – La proportion d'enfants qui ne font pas 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par jour n'a pas beaucoup changé depuis 2007-2009, période où les données tirées d'accéléromètres ont été examinées (90,9 %^{TNA} en 2012-2013). Les données de podomètres utilisées pour suivre les cibles fédérales, provinciales et territoriales en matière d'activité physique au cours de la dernière décennie (2005-2015) n'ont révélé aucun changement dans la proportion d'enfants et de jeunes qui respectent les recommandations, mais ont démontré une baisse légère, quoique statistiquement significative, du nombre moyen de pas effectués [EAPJC].

D'après les données tirées d'accéléromètres, la proportion d'adultes qui ne suivent pas les directives n'a pas énormément changé depuis les dernières années : 82,9 %^{TNA} (2007-2009), 86,6 %^{TNA} (2009-2011) et 78,2 %^{TNA} (2012-2013). D'après les données autodéclarées recueillies dans la dernière décennie (2005-2015), il y a eu une augmentation faible, mais statistiquement significative, de la proportion d'adultes ayant déclaré être actifs ou modérément actifs [ESCC].

INACTIVITÉ PHYSIQUE EN 2012-2013 SELON :

Sexe – Une proportion significativement plus élevée de filles (94,1 %) que de garçons (87,4 %) n'atteint pas le niveau d'activité recommandé



par les directives. Le pourcentage d'hommes et de femmes qui ne font pas suffisamment d'activité physique selon les directives ne diffère pas de façon significative : il est de 76,5 % pour les hommes et de 79,1 % pour les femmes.

Âge – Les données les plus récentes montrent que la proportion des enfants de 5 à 11 ans dont le niveau d'activité physique n'est pas conforme aux directives est de 86,5 %, alors qu'elle grimpe à 95,0 % chez les jeunes de 12 à 17 ans. Chez les adultes, le taux de conformité aux directives diminue en général avec l'âge. Une plus grande proportion d'adultes plus jeunes (18 à 34 ans) atteint la cible recommandée en matière d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par rapport aux adultes plus âgés. Plus de quatre adultes sur cinq de 35 ans ou plus sont inactifs, soit 82,0 % des 35 à 49 ans, 83,3 % des 50 à 64 ans et 88,2 % des adultes de 65 ans et plus.

Comportements sédentaires

La moitié (51,8 % ou 2,54 millions) des enfants et des jeunes (5 à 17 ans) ne respectent pas les *Directives canadiennes en matière de comportements sédentaires* (2012-2013, ECMS).

La sédentarité est un problème de santé publique relativement nouveau. Les comportements sédentaires, généralement caractérisés par de longues périodes passées en position assise, par exemple à regarder la télévision, à jouer à des jeux vidéo passifs et à utiliser un ordinateur, ont été associés à des risques pour la santé, notamment l'obésité et le déclin de la condition physique. Tout porte à croire que cette association est indépendante de l'activité physique. La Société canadienne de physiologie de l'exercice, avec l'appui de l'ASPC, a publié en 2011 les premières directives canadiennes en matière de comportements sédentaires fondées sur des données probantes⁹. Ces directives recommandent de limiter le temps de loisir passé devant un écran à un maximum de deux heures par jour pour les enfants et les jeunes.

En 2012-2013, 51,8 % des enfants et des jeunes âgés de 5 à 17 ans ne respectaient pas les *Directives canadiennes en matière de comportements sédentaires*. Cette tendance est stable depuis 2007-2009 avec 48,7 % ne respectant pas ces directives en 2007-2009 et 49,6 % en 2009-2011. Toutefois, depuis 2007, le temps que les enfants consacrent à des activités sédentaires est demeuré stable, soit environ 8,5 heures par jour.

COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES EN 2012-2013 SELON :

Sexe – En 2012-2013, 49,8 % des filles et 53,8 % des garçons ne respectaient pas les Directives. Cette différence n'était pas statistiquement significative.



Âge – Les jeunes enfants consacrent moins de temps à des activités sédentaires que les enfants et les jeunes plus âgés : 7,4 heures/jour chez les enfants de 5 à 9 ans, comparativement à 8,8 heures/jour chez ceux âgés de 10 à 14 ans et 9,5 heures/jour chez ceux âgés de 15 à 17 ans. Compte tenu de l'évolution rapide de la technologie, de l'utilisation croissante d'Internet et de la popularité des médias sociaux, on peut s'attendre à ce que l'élaboration de mesures uniformes pour surveiller les tendances en matière de comportements sédentaires devienne une priorité de santé publique à court et à moyen terme au Canada.

Mauvaise alimentation

Plus de la moitié (60,3 %, ou 17,1 millions) des Canadiens de 12 ans et plus consomment des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour (2014, ESCC).

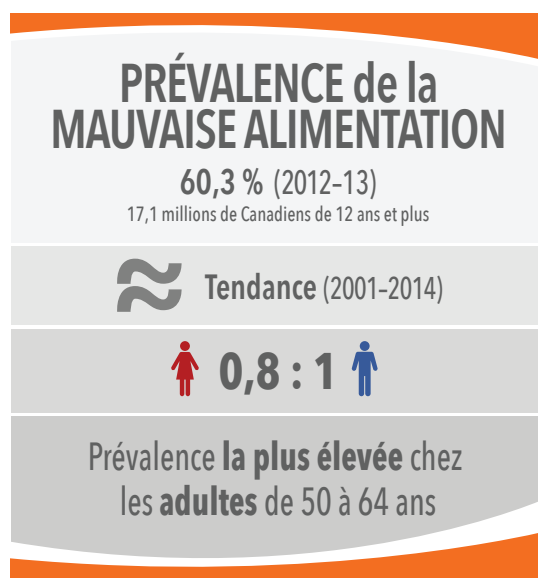
Les fruits et les légumes sont des composantes importantes d'une saine alimentation. La consommation quotidienne de fruits et de légumes peut réduire le risque de maladies cardiovasculaires et de certains types de cancer, ainsi que le risque de mortalité toutes causes confondues, en particulier la mortalité cardiovasculaire^{10,11}. Le *Guide alimentaire canadien* recommande de consommer au moins 7 à 10 portions de légumes et de fruits par jour pour les adultes et 4 à 8 portions pour les enfants et les jeunes¹². Les personnes qui n'atteignent pas le seuil minimal de cinq portions de fruits et de légumes par jour^f sont considérées comme ayant une « mauvaise alimentation »¹³.

Tendance – En 2001, 62,0 %^{TNA} des Canadiens de 12 ans et plus ont consommé des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour. Ce pourcentage a chuté pour s'établir à 54,3 %^{TNA} en 2009 et a augmenté depuis pour atteindre le taux actuel de 60,2 %^{TNA} (2014) (taux normalisés selon l'âge). Même si on a enregistré une baisse annuelle de 1,4 % entre 2001 et 2009, celle-ci a été malheureusement suivie d'une hausse annuelle de 1,8 % entre 2009 et 2014.

MAUVAISE ALIMENTATION EN 2014 SELON :

Sexe – Les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à consommer des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour (67,6 % contre 53,3 %).

Âge – La mauvaise alimentation varie d'un groupe d'âge à l'autre : elle passe de 56,4 % chez les jeunes de 12 à 19 ans à 63,6 % chez les adultes de 50 à 64 ans, suivie d'une baisse dans les groupes plus âgés.



^f Les questions de l'enquête qui évaluent le nombre de fois que les répondants consomment des fruits et des légumes dans une journée ont été validées, et les réponses ont servi de « variables de substitution » pour une saine alimentation.

Région géographique – À Terre-Neuve-et-Labrador et au Nunavut, la proportion de Canadiens qui consomment des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour a surpassé la moyenne nationale de plus de 20 %, à savoir 74,1 %^{TNA} et 76,6 %^{TNA} respectivement.

Consommation nocive d'alcool

Un Canadien sur six (15,7 %) de 15 ans et plus dépasse les limites recommandées dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque (2013, Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues [ESCCAD]).

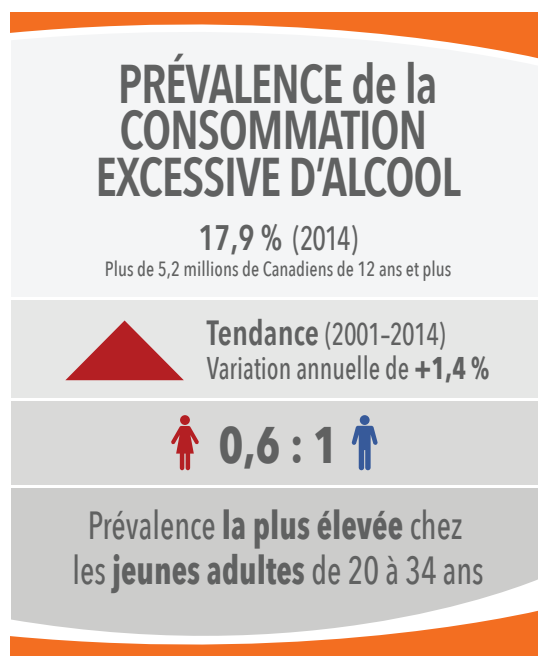
Plus d'un Canadien sur six (17,9 %, ou plus de 5,2 millions) de 12 ans et plus déclare avoir consommé de l'alcool de façon excessive en une même occasion, au moins une fois par mois au cours de l'année précédente [2014, ESCC].

Les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* ont été élaborées en 2011 pour aider les Canadiens à modérer leur consommation d'alcool et à réduire les effets nocifs immédiats et à long terme associés à l'alcool. Les risques immédiats pour la santé sont associés à la consommation excessive d'alcool, qui se caractérise par la prise d'au moins quatre consommations pour les femmes et d'au moins cinq consommations pour les hommes, en une seule occasion. La consommation excessive d'alcool à long terme est liée à un risque accru de maladies chroniques, notamment les maladies hépatiques chroniques, certains cancers, les maladies cardiovasculaires et la mort prématurée¹⁴.

Tendances – Entre 2001 et 2014, la proportion normalisée selon l'âge de Canadiens ayant déclaré une consommation excessive d'alcool est passée de 14,9 %^{TNA} à 17,9 %^{TNA}, ce qui représente une augmentation annuelle de 1,4 %⁹.

CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL (2014) ET RESPECT DES DIRECTIVES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE (2013) SELON :

Sexe – La proportion d'hommes ayant déclaré excéder les directives de consommation d'alcool à faible risque à long terme est supérieure à celle des femmes (18,8 % contre 12,7 %); en ce qui concerne la consommation excessive d'alcool, cette différence est encore plus marquée chez les hommes que chez les femmes (22,6 % contre 13,3 %).



⁹ **REMARQUE** : La définition d'une consommation excessive d'alcool a été modifiée en 2013 pour la rendre conforme aux directives de l'OMS et de Santé Canada. La consommation excessive d'alcool est définie comme le fait de boire cinq verres d'alcool ou plus pour les hommes et quatre verres d'alcool ou plus pour les femmes en une occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année. Bien que cet indicateur reste comparable pour les hommes à l'indicateur de cinq consommations ou plus publié dans les années précédentes, il ne l'est plus pour les femmes.

Âge – Les taux de prévalence de Canadiens qui excèdent les directives de consommation d'alcool à faible risque varient considérablement, allant de 21,8 % chez les 25 à 34 ans à 11,4 % chez les personnes de 50 ans et plus. Ces différences sont statistiquement significatives. De façon similaire, le taux de consommation excessive atteint un sommet chez les jeunes adultes, âgés de 20 à 34 ans (30,6 %), et diminue à mesure qu'augmente l'âge.

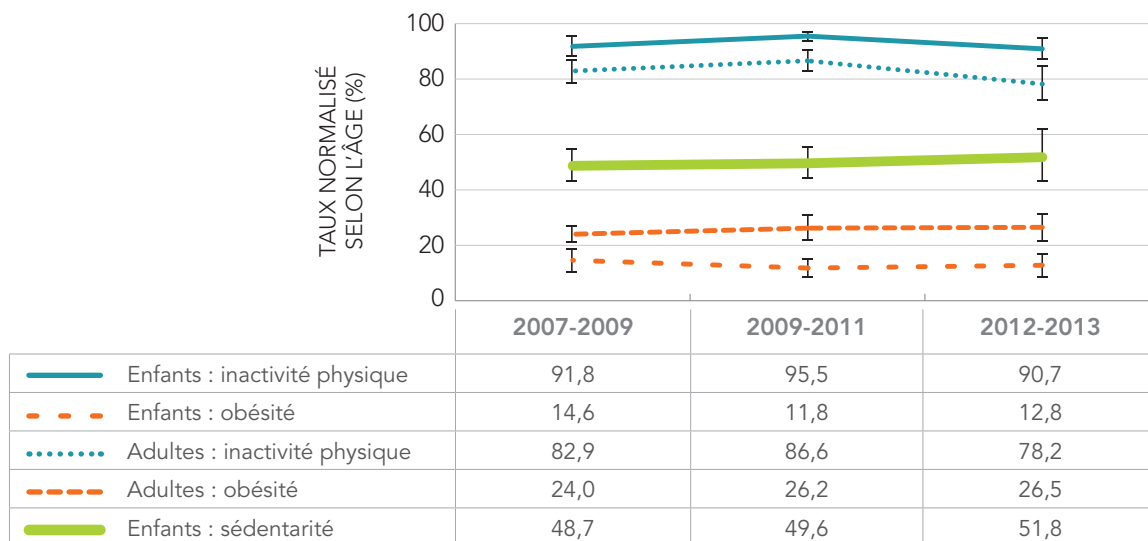
Région géographique – Aucun écart supérieur à 20 % de la moyenne nationale n'a été observé dans le taux de prévalence normalisé selon l'âge du respect des directives de consommation d'alcool à faible risque parmi les provinces (les territoires n'étaient pas inclus dans l' ESCCAD).

Toutefois, comparativement à la moyenne nationale (17,9 %^{TNA}), une plus grande proportion d'individus en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest a déclaré une consommation excessive d'alcool : 21,4 %, 22,6 %, 26,1 %, 26,5 % et 29,3 %^{TNA}, respectivement. Le pourcentage pour le Nunavut n'est pas disponible.

Comparaison des comportements à risque et des conditions à risque

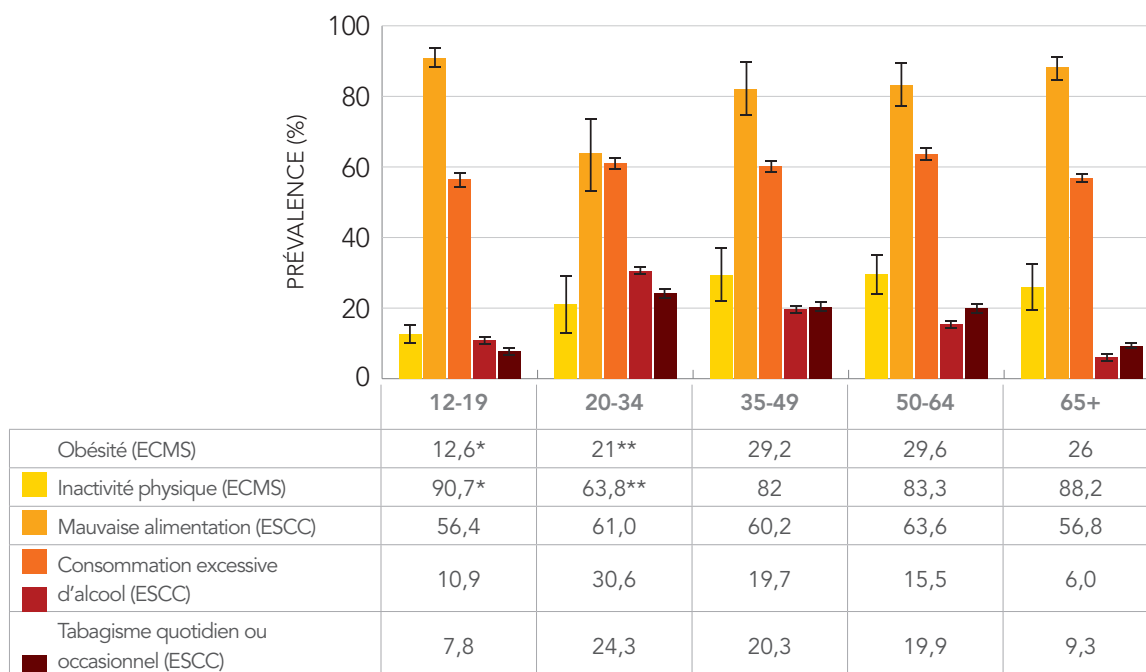
La figure 1 ci-dessous présente les tendances de la prévalence normalisée selon l'âge concernant les principaux comportements et conditions à risque au Canada. Une répartition plus précise des tendances par groupe d'âge est présentée à la figure 2, tandis que la figure 3 montre la répartition en pourcentage des comportements à risque modifiables.

FIGURE 1. TENDANCES DE LA PRÉVALENCE NORMALISÉE SELON L'ÂGE (%) DE LA SÉDENTARITÉ, DE L'INACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS (5 À 17 ANS) ET LES ADULTES (18 ANS ET PLUS) AU CANADA (DE 2007-2009 À 2012-2013)



Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé (2007-2009 à 2012-2013)

FIGURE 2. PRÉVALENCE (%) DE L'OBÉSITÉ, DE L'INACTIVITÉ PHYSIQUE, DE LA MAUVAISE ALIMENTATION, DE LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL ET DU TABAGISME CHEZ LES CANADIENS, SELON LE GROUPE D'ÂGE, CANADA (ECMS 2012-2013, ESCC 2014)



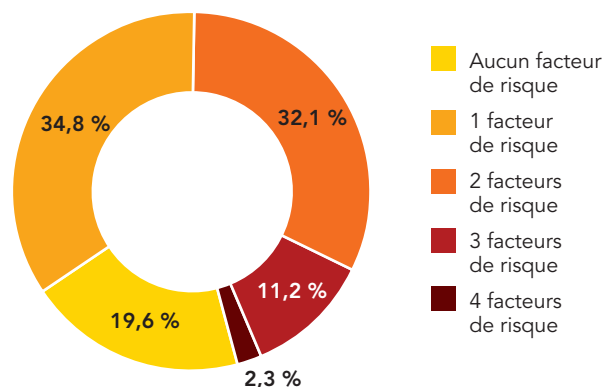
Sources : Enquête canadienne sur les mesures de la santé (2012-2013), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2014)
Remarque : * chez les 5 à 17 ans. ** chez les 18 à 34 ans. Le taux d'obésité pour le groupe d'âge 18 à 34 ans doit être interprété avec prudence, le coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 %.

En 2014, même si 80,4 % des Canadiens de 20 ans et plus ont déclaré au moins un des quatre facteurs de risque principaux, 2,3 % en ont déclaré quatre. Les taux globaux étaient statistiquement plus bas chez les femmes (77,4 %) que chez les hommes (83,7 %). Fait intéressant, la proportion de ceux ayant déclaré au moins un facteur de risque a diminué avec l'âge, passant de 84,4 % chez les 20 à 34 ans à 68,8 % chez les 80 ans et plus.

FIGURE 3. PROPORTION DE LA POPULATION CANADIENNE ÂGÉE DE 20 ANS ET PLUS PRÉSENTANT ENTRE ZÉRO ET QUATRE DES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES*, CANADA (2014)

*Les facteurs de risque englobent les comportements autodéclarés suivants :

- consommation excessive d'alcool;
- tabagisme (quotidien ou occasionnel);
- inactivité physique (auto-déclarée);
- consommation de fruits et de légumes moins de cinq fois par jour



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2014)

CONDITIONS À RISQUE

Obésité

Un adulte sur quatre (26,4 %), **un jeune sur six** âgé de 12 à 17 ans (16,5 %) et **un enfant sur onze** âgé de 5 à 11 ans (8,8 %) sont obèses (ECMS, 2012-2013).

Les personnes obèses sont plus susceptibles d'être atteintes de certaines affections chroniques, notamment d'hypertension, de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, de certains cancers, et même de mourir prématurément¹⁵. L'excès pondéral peut également nuire à la qualité de vie, au rendement scolaire et au potentiel d'apprentissage¹⁶. De plus, le prédicteur le plus important de l'obésité à l'âge adulte est le fait d'être obèse au cours de l'enfance¹⁷. Les taux d'obésité ont grimpé en flèche dans les dernières décennies alors qu'en 1978-1979, seulement 13,8 % des adultes et 6,3 % des enfants et des jeunes étaient obèses^{18,19,20}.

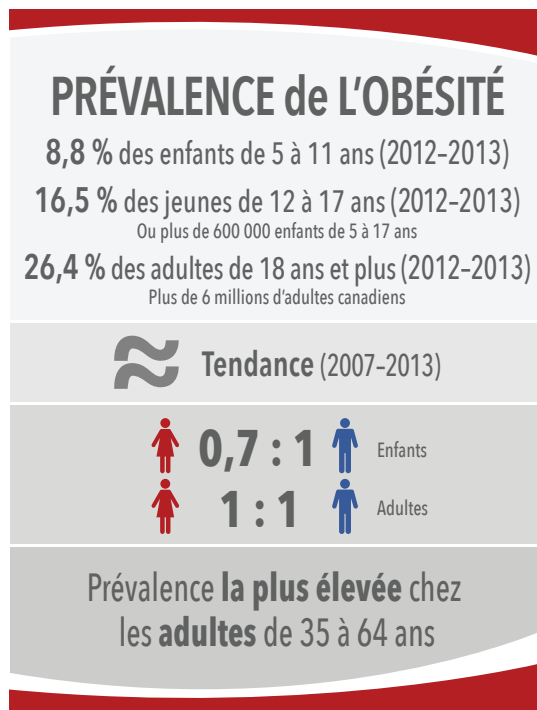
Tendances – Chez les adultes canadiens, aucune différence statistiquement significative dans la prévalence de l'obésité normalisée selon l'âge n'a été observée depuis 2007-2009 : 24,0 %^{TNA} en 2007-2009, 26,2 %^{TNA} en 2009-2011 et 26,5 %^{TNA} en 2012-2013.

Le taux d'obésité chez les enfants et les jeunes a atteint un sommet en 2007-2009 : 14,8 %^{TNA} d'entre eux étaient obèses. Depuis, aucun changement statistiquement significatif n'a été observé.

OBÉSITÉ EN 2012-2013 SELON :

Sexe – Les taux sont similaires chez les hommes (26,5 %) et chez les femmes (26,2 %). Parmi les enfants et les jeunes de 5 à 17 ans, le taux d'obésité est plus élevé chez les garçons (14,6 %) que chez les filles (10,3 %). L'écart n'est toutefois pas significatif sur le plan statistique.

Âge – Chez les adultes, les taux étaient les plus élevés dans les groupes d'âge de 35 à 49 ans et de 50 à 64 ans, c'est-à-dire que 29,2 % et 29,6 % d'entre eux étaient obèses, respectivement.



Hypertension

Environ 6,9 millions (24,9 %) de Canadiens de 20 ans et plus ont reçu un diagnostic d'hypertension (2011/2012, SCSMC).

À l'échelle mondiale, l'hypertension (élévation de la pression artérielle) est l'un des facteurs de risque de décès et d'invalidité les plus importants²¹. Une pression artérielle qui demeure élevée pendant de longues périodes endommage les artères et diminue le flux sanguin vers les organes touchés. Mal maîtrisée ou non traitée, l'hypertension peut causer une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une insuffisance cardiaque, de la démence, une insuffisance rénale et la cécité²². Comme environ 68 % des Canadiens hypertendus parviennent à contrôler leur pression artérielle, en raison surtout de l'utilisation croissante de médicaments, le Canada est ainsi le pays qui enregistre le taux national de contrôle de la pression artérielle déclaré le plus élevé dans le monde^{23,24}. Toutefois, les taux élevés de sédentarité, d'obésité et de consommation de sodium²⁵ risquent d'accroître le fardeau de l'hypertension.

Tendances – La prévalence normalisée selon l'âge de l'hypertension diagnostiquée est passée de 18,0 %^{TNA} en 2000/2001 à 24,4 %^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de 2,8 %.

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge de l'hypertension diagnostiquée est passé de 2 563 cas pour 100 000^{TNA} personnes en 2000/2001 à 1 867 pour 100 000^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une diminution annuelle moyenne de 2,6 %.

HYPERTENSION EN 2011/2012 SELON :

Sexe – Les taux de prévalence étaient similaires chez les femmes (25,6 %) et chez les hommes (24,2 %).

Âge – En 2011/2012, la prévalence de l'hypertension a augmenté avec l'âge; plus de 70 % des adultes de 65 ans et plus ont été touchés.

Région géographique – En 2011/2012, alors que le taux de prévalence le plus élevé, normalisé selon l'âge, a été observé à Terre-Neuve-et-Labrador (31,1 %^{TNA}), c'est dans les Territoires du Nord-Ouest que la prévalence était la plus faible (22,0 %^{TNA}).



MALADIES CHRONIQUES

Maladies cardiovasculaires

Cardiopathie ischémique

Environ 2,3 millions (8,4 %) de Canadiens de 20 ans et plus ont reçu un diagnostic de cardiopathie ischémique (2011/2012, SCSMC).

Au Canada, les cardiopathies sont la deuxième cause de décès²⁶ après le cancer, et une cause importante d'hospitalisation²⁷. La cardiopathie ischémique est une affection chronique caractérisée par une atteinte du muscle cardiaque ou un fonctionnement inefficace de celui-ci en raison d'un apport sanguin interrompu ou relativement pauvre. C'est également la première cause d'années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée et la deuxième cause d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) en 2013²⁸.

Tendances – Au fil du temps, la prévalence normalisée selon l'âge de la cardiopathie ischémique diagnostiquée a augmenté, passant de 7,2 %^{TNA} en 2000/2001 à 8,3 %^{TNA} en 2006/2007, puis elle demeurée stable par la suite, avec une légère diminution en 2011/2012 pour s'établir à 8,1 %^{TNA}. Il s'agit d'une augmentation annuelle moyenne de 1,0 %.

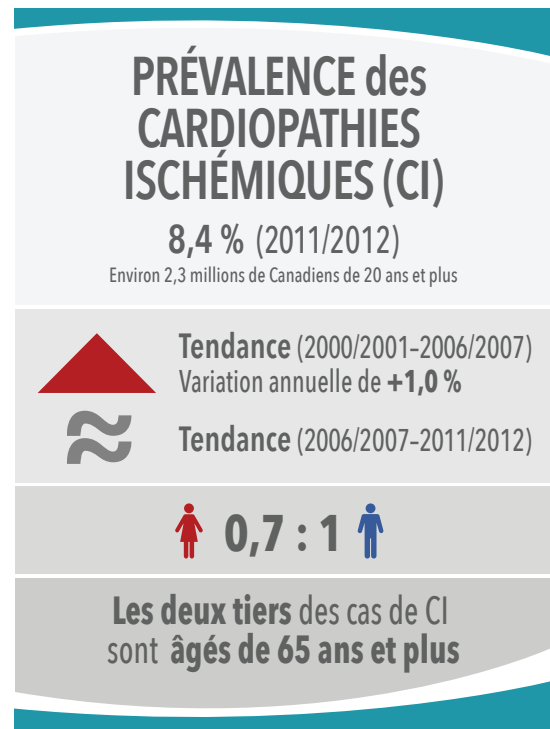
Le taux d'incidence normalisé selon l'âge de la cardiopathie ischémique diagnostiquée est passé de 1 244 cas pour 100 000^{TNA} personnes en 2000/2001 à 709 pour 100 000^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une diminution annuelle moyenne de 5,1 %.

CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE EN 2011/2012 SELON :

Sexe – 9,8 % des hommes de plus de 20 ans avaient reçu un diagnostic de cardiopathie ischémique, tandis que 7,1 % des femmes du même groupe d'âge vivaient avec la même affection.

Âge – La prévalence de la cardiopathie ischémique a augmenté avec l'âge, bien que les hommes présentent des taux plus élevés que les femmes dans tous les groupes d'âge. Dans l'ensemble, plus du quart des Canadiens de 65 ans et plus avaient reçu un diagnostic de cardiopathie ischémique.

Région géographique – En 2011/2012, le Nouveau-Brunswick affichait le plus haut taux de prévalence normalisé selon l'âge de cardiopathie ischémique (9,4 %^{TNA}), tandis que le Nunavut affichait le taux le plus faible (4,6 %^{TNA}).



Accident vasculaire cérébral (AVC)

Environ 700 000 (2,7 %) Canadiens de 20 ans et plus ont reçu un diagnostic d'accident vasculaire cérébral^h (2011/2012, SCSMC).

L'accident vasculaire cérébral (AVC) consiste en un arrêt soudain des fonctions cérébrales causé par l'interruption, dans une partie du cerveau, de l'irrigation sanguine assurant l'apport en oxygène.

Au Canada, l'AVC représente la troisième cause de décès, après le cancer et les maladies du cœur²⁹. Il s'agit aussi de la quatrième cause d'années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée. En 2013³⁰, l'AVC se classait au dixième rang pour les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)ⁱ. Même si les hospitalisations et les décès causés par un AVC sont en constant déclin depuis les dernières décennies, le nombre absolu de personnes qui vivent avec les séquelles d'un AVC va en augmentant³¹. En outre, des études indiquent que le fardeau s'accroît chez les jeunes adultes; le pourcentage de l'ensemble des AVC chez les moins de 55 ans augmente avec le temps et l'âge moyen des personnes atteintes diminue^{32,33}. Par conséquent, le fardeau de l'AVC risque de s'accroître davantage.

Tendances – La prévalence normalisée selon l'âge de l'AVC diagnostiqué est passée de 2,3 %^{TNA} en 2003/2004 à 2,5 %^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de 1,0 %.

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge de l'AVC diagnostiqué est passé de 383 cas pour 100 000^{TNA} personnes en 2003/2004 à 305 pour 100 000^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une diminution annuelle moyenne de 2,6 %.

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL EN 2011/2012 SELON :

Sexe – Les deux sexes étaient touchés de façon égale (2,7 %).

Âge – La prévalence de l'AVC a augmenté avec l'âge, environ 10 % des adultes de 65 ans et plus étant touchés.

Région géographique – Alors que la prévalence la plus élevée a été observée à l'Île-du-Prince-Édouard (3,0 %), c'est à Terre-Neuve-et-Labrador que la prévalence était la plus faible (2,1 %).

PRÉVALENCE des ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

2,7 % (2011/2012)

Environ 700 000 Canadiens de 20 ans et plus



Tendance (2003/2004-2011/2012)
Variation annuelle de **+1,0 %**



1 : 1



Le tiers des cas sont âgés de 80 ans et plus

^h Les données sur les AVC du Yukon et du Nouveau-Brunswick n'étaient pas disponibles.

ⁱ Les AVCI représentent la somme des années de vie potentielle perdues en raison d'une mortalité prématurée et des années de vie vécues avec une incapacité.

Cancer

Plus de 800 000 (2,4 %) Canadiens ont reçu un diagnostic de cancer au cours des dix dernières années et sont encore en vie (2009, RCC).

Le cancer n'est pas une seule maladie, mais un regroupement d'une centaine de maladies. Ses deux caractéristiques principales sont une prolifération incontrôlée des cellules dans le corps humain et la capacité de ces cellules de migrer depuis le foyer d'origine et de se propager vers des sites distants. Malgré les progrès considérables réalisés depuis quelques décennies au chapitre du traitement du cancer et de la survie, le cancer est la première cause de décès au Canada depuis 2006. En 2009, plus de 800 000 (2,4%) Canadiens avaient reçu un diagnostic de cancer dans les dix années précédentes. Le cancer de la prostate, le cancer du sein et le cancer colorectal représentent plus de la moitié de tous les cas prévalents au pays. On prévoit qu'environ deux personnes sur cinq au Canada recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie, et qu'une sur quatre en mourra³⁴.

Tendances – Le taux de prévalence du cancer sur 10 ans, normalisé selon l'âge, a augmenté passant de 2,3 %^{TNA} en 2002 à 2,5 %^{TNA} en 2009, soit une variation du pourcentage annuel de +1,1 %.

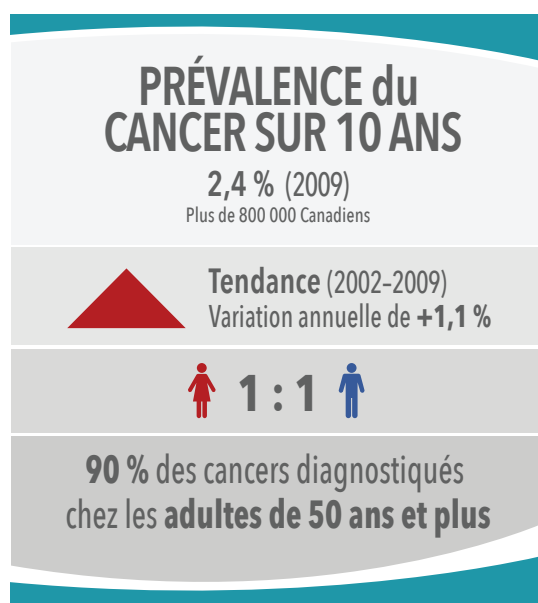
Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer était de 528 cas pour 100 000^{TNA} personnes en 2000 et de 507 pour 100 000^{TNA} en 2013, soit une baisse du pourcentage de 0,3 % par année.

CANCER EN 2009 (POUR LA PRÉVALENCE SUR 10 ANS) ET EN 2013 (POUR LE TAUX D'INCIDENCE) SELON :

Sexe – En 2009, la prévalence sur 10 ans était plus élevée chez les hommes (2,45 %) que chez les femmes (2,40 %). Cette différence est attribuable au taux d'incidence de cancer qui est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2013, le nombre d'hommes ayant reçu un diagnostic de cancer s'élevait à 91 900 (taux d'incidence : 559 pour 100 000) et le nombre de femmes était de 88 600 (taux d'incidence : 472 pour 100 000).

Âge – En 2009, le taux de prévalence sur 10 ans s'établissait à 11,2 % chez les personnes de 80 ans et plus, à 9,5 % chez les 65 à 79 ans, à 3,7 % chez les 50 à 64 ans, à 1,1 % chez les 35 à 49 ans, à 0,3 % chez les 20 à 34 ans et à 0,1 % chez les 0 à 19 ans. En 2010, près de 90 % des nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués chez des Canadiens de plus de 50 ans et 40 % chez des personnes âgées de plus de 70 ans.

Région géographique – Globalement, les taux d'incidence de cancer sont plus élevés dans l'est du Canada et plus faibles dans l'ouest du pays. En 2013, le taux d'incidence le plus faible a été observé au Yukon (397 cas pour 100 000 personnes).



Maladies respiratoires chroniques

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Plus de 1,9 million (9,6 %) de Canadiens de 35 ans et plus sont atteints de la MPOC (2011/2012, SCSMC).

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une affection chronique évolutive caractérisée par l'obstruction graduelle des voies respiratoires, l'essoufflement, la toux et des expectorations. Le tabagisme constitue la principale cause sous-jacente de la MPOC³⁵. L'abandon du tabac est associé à une amélioration de la fonction pulmonaire, à une diminution de la toux et de la production de mucus dans les voies aériennes, ainsi qu'à une baisse de la mortalité attribuable à la MPOC³⁶. La MPOC est la septième cause d'années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée et le neuvième contributeur en importance d'AVCI en 2013³⁷.

Tendances – La prévalence normalisée selon l'âge de la MPOC diagnostiquée est passée de 7,0 %^{TNA} en 2000/2001 à 9,4 %^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une augmentation annuelle de 2,5 %.

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge de la MPOC diagnostiquée est passé de 1 202 cas pour 100 000^{TNA} personnes en 2000/2001 à 915 pour 100 000^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une diminution annuelle de 1,8 %.

MPOC EN 2011/2012 SELON :

Sexe – Les taux de prévalence de la MPOC étaient très similaires chez les hommes (9,6 %) et les femmes (9,5 %) de 35 ans et plus.

Âge – Les taux de prévalence ont augmenté de façon constante, passant de 2,8 % dans le groupe des 35 à 49 ans à 25,4 % dans le groupe des 80 ans et plus.

Région géographique – La prévalence normalisée selon l'âge de la MPOC chez les adultes de 35 ans et plus variait de 8,4 %^{TNA} à l'Île-du-Prince-Édouard à 23,3 %^{TNA} au Nunavut. La Nouvelle-Écosse et les trois territoires affichaient tous des taux supérieurs de plus de 20 % au taux national.



Asthme

Environ 3,8 millions (10,7 %) de Canadiens âgés de un an et plus ont reçu un diagnostic d'asthme posé par un médecin, soit 9,5 % des adultes de 20 ans et plus et 15,3 % des enfants de 1 à 19 ans (2011/2012, SCSMC).

L'asthme est une affection chronique caractérisée par une toux, de l'essoufflement, une oppression thoracique et une respiration sifflante. Les symptômes et les crises d'asthme sont généralement déclenchés par l'exercice, l'exposition à des allergènes ou à des produits irritants, ou encore par des infections respiratoires d'origine virale³⁸. Malgré l'augmentation de l'adhésion aux stratégies de soins appropriées et la sensibilisation aux éléments déclencheurs des crises d'asthme, deux Canadiens atteints d'asthme actif sur trois ne maîtrisent pas bien leur asthme³⁹. En 2003, l'asthme était la dixième cause d'années vécues avec une incapacité⁴⁰.

Tendances – La prévalence normalisée selon l'âge de l'asthme diagnostiqué chez les personnes âgées de un an et plus est passée de 6,5 %^{TNA} en 2000/2001 à 10,8 %^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une augmentation annuelle de 4,4 %.

Toutefois, le taux d'incidence normalisé selon l'âge de l'asthme diagnostiqué chez les personnes âgées de un an et plus est passé de 905 cas pour 100 000^{TNA} personnes en 2000/2001 à 499 pour 100 000^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une diminution annuelle de 5,0 %.

ASTHME EN 2011/2012 SELON LES CRITÈRES SUIVANTS :

Sexe – La prévalence de l'asthme était de 11,3 % chez les femmes et de 10,2 % chez les hommes.

Âge – Les taux de prévalence de l'asthme étaient les plus élevés dans les groupes d'âge de 1 à 19 ans (15,3 %) et de 20 à 34 ans (11,4 %), après quoi ils ont amorcé une baisse jusqu'à 65 ans pour ensuite recommencer à augmenter. Chez les personnes de 80 ans et plus, le taux était de 10,3 %.

Région géographique – La prévalence normalisée selon l'âge de l'asthme diagnostiqué chez les personnes âgées de un an et plus se situait entre 3,8 %^{TNA} au Nunavut et 12,1 %^{TNA} en Ontario. Les trois territoires affichaient tous des taux inférieurs de plus de 20 % au taux national.



Diabète

Plus de 2,7 millions (7,7 %) de Canadiens âgés de un an et plus ont reçu un diagnostic de diabète (type 1 et 2 combinés), soit 9,8 % des adultes de 20 ans et plus et 0,3 % des enfants de 1 à 19 ans (2011/2012, SCSMC).

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque le corps est incapable de sécréter une quantité suffisante d'insuline ou de l'utiliser correctement. Le diabète peut entraîner de nombreuses complications, notamment des maladies cardiovasculaires, une perte de la vision ou la cécité, une insuffisance rénale, des lésions nerveuses, des problèmes durant la grossesse, des maladies buccodentaires et la dépression⁴¹. À l'échelle mondiale, le diabète constitue la dixième cause d'années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée⁴².

Tendances – La prévalence normalisée selon l'âge du diabète diagnostiqué au Canada est passée de 4,8 %^{TNA} en 2000/2001 à 7,6 %^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de 4,2 %.

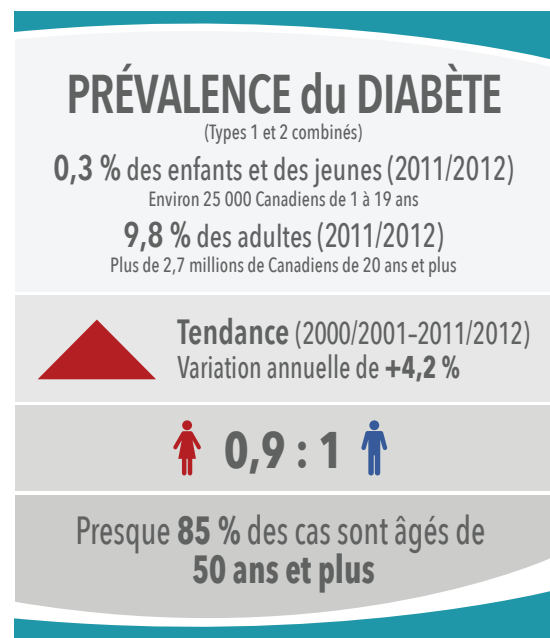
Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du diabète diagnostiqué au Canada est passé de 660 cas pour 100 000^{TNA} personnes en 2000/2001 à un sommet de 761 pour 100 000^{TNA} en 2006/2007, soit une augmentation annuelle moyenne de 2,2 %, avant de chuter par la suite à 662 pour 100 000 en 2011/2012, ce qui représente une diminution annuelle moyenne de 2,2 %.

DIABÈTE EN 2011/2012 SELON :

Sexe – 7,2 % des femmes et 8,3 % des hommes âgés de un an et plus avaient reçu un diagnostic de diabète (type 1 et type 2 combinés) au Canada.

Âge – Les taux de prévalence du diabète augmentaient selon le groupe d'âge, commençant à 0,3 % chez les 1 à 19 ans, pour augmenter lentement à 4,5 % chez les 35 à 49 ans, puis grimper plus fortement, les taux les plus élevés étant observés dans les groupes d'âge de 65 à 79 ans (24,6 %) et de 80 ans et plus (26,1 %).

Région géographique – Même si les taux de prévalence provinciaux et territoriaux du diabète normalisés selon l'âge se situaient entre 6,5 %^{TNA} au Nunavut et 8,9 %^{TNA} au Yukon, l'écart n'était pas supérieur à 20 % par rapport à la moyenne nationale.



⁴¹ Les pratiques de codification des maladies n'ont pas permis d'établir une distinction entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2.

Troubles anxieux et de l'humeur (utilisation des services de santé)

Plus de 3,5 millions (ou 10 %) de Canadiens âgés de un an et plus utilisent des services de santé^k pour des troubles anxieux et de l'humeur chaque année (2011/2012, SCSMC).

Les troubles de l'humeur sont caractérisés par des variations, à la hausse ou à la baisse, de l'humeur de la personne touchée. Quant aux troubles anxieux, ils sont caractérisés par des sentiments extrêmes et persistants d'appréhension, d'anxiété et même de peur. Les troubles anxieux et de l'humeur sont les types de maladies mentales les plus répandus au Canada. En effet, les trois quarts des Canadiens qui en sont atteints utilisent les services de santé⁴³. Ces troubles peuvent toucher tous les aspects de la vie, y compris les relations, les études, le travail et la participation à la vie communautaire. Selon l'étude sur le fardeau mondial des maladies 2010, au Canada, le trouble dépressif majeur était la deuxième cause d'années de vie perdues en raison d'une invalidité, et les troubles anxieux se classaient au huitième rang⁴⁴.

Tendance – La prévalence annuelle normalisée selon l'âge de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur chez les Canadiens âgés de un an et plus est demeurée relativement stable au cours de la période de surveillance, passant de 11,0 %^{TNA} en 2000/2001 à 10,0 %^{TNA} en 2011/2012, ce qui représente une variation annuelle moyenne en pourcentage de -1 %.

UTILISATION DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE 2011/2012 SELON :

Sexe – La prévalence annuelle des personnes ayant recours à des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur était plus élevée chez les femmes (2,2 millions ou 12,6 %) que chez les hommes (1,3 million ou 7,5 %).

Âge – Environ 257 000 (ou 3,4 %) enfants et jeunes Canadiens (1 à 19 ans) ont utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur. La même année, approximativement 3,3 millions d'adultes canadiens (20 ans et plus) ont eu recours à ces services. Parmi les adultes, les taux étaient le plus élevés chez ceux âgés de 35 à 64 ans et diminuaient légèrement au cours de la période de surveillance à mesure que l'âge augmentait.

Région géographique – En 2011/2012, la prévalence annuelle normalisée selon l'âge de l'utilisation des services de santé pour des



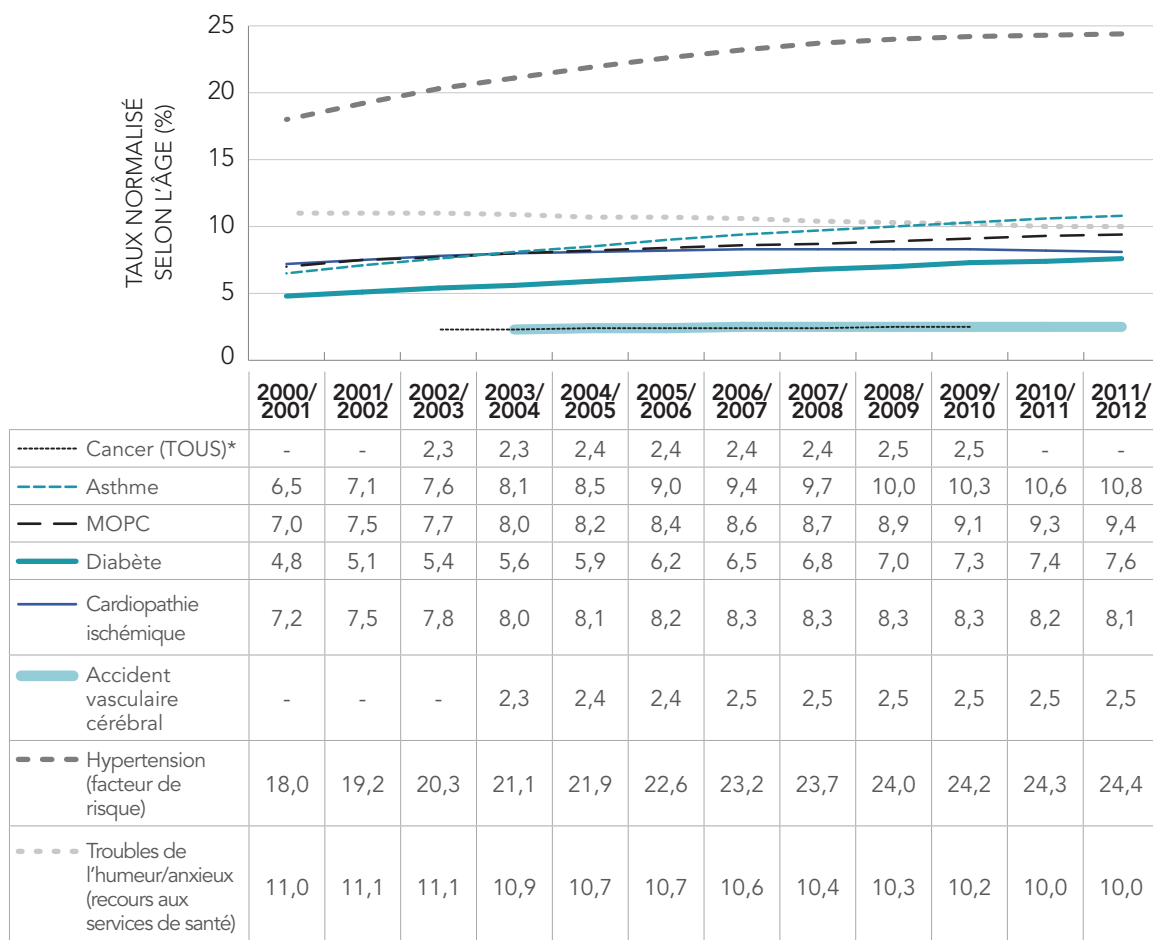
^k Alors que les estimations concernant les troubles anxieux et de l'humeur dans le SCSMC présentées ici représentent la prévalence de l'utilisation des services de santé pour ces troubles, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) mesure la proportion de Canadiens déclarant avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que rapporté récemment dans l'État de santé des Canadiens 2016 : Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique.

troubles anxieux et de l'humeur était la plus forte en Nouvelle-Écosse (12,0 %^{TNA}) et la plus faible au Nunavut (5,1 %^{TNA}). Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut présentaient tous des taux inférieurs de plus de 20 % à la moyenne canadienne.

Comparaison des maladies et des conditions à risque

La figure 4 présente les tendances de la prévalence normalisée selon l'âge concernant les maladies chroniques majeures et les états de santé à risque au Canada. La figure 5 présente une répartition plus précise par groupe d'âge.

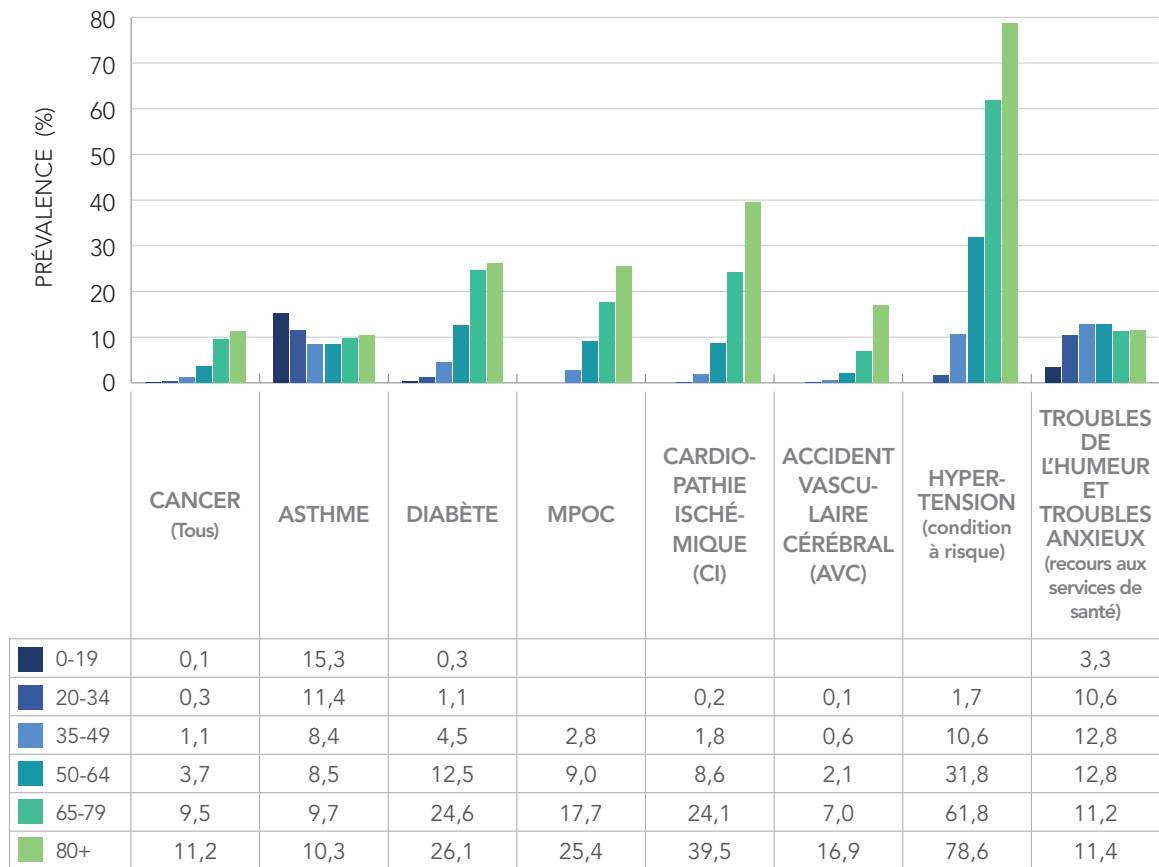
FIGURE 4. TENDANCES DE LA PRÉVALENCE NORMALISÉE SELON L'ÂGE (%) DES MALADIES CHRONIQUES MAJEURES ET LES CONDITIONS À RISQUE CHEZ LES CANADIENS (1 AN ET PLUS), CANADA (2000/2001 À 2011/2012)*



Sources : Registre canadien du cancer 2000-2010; Système canadien de surveillance des maladies chroniques, exercices 2000/2001 à 2011/2012.

Remarque : *Les données sur le cancer sont présentées par année civile; toutes les autres données sont présentées par exercice financier.

FIGURE 5. PRÉVALENCE (%) DES MALADIES CHRONIQUES MAJEURES ET DES CONDITIONS À RISQUE CHEZ LES CANADIENS, SELON LE GROUPE D'ÂGE, CANADA (2011/2012)*



Source : Registre canadien du cancer, Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures (mise à jour de 2015), Système canadien de surveillance des maladies chroniques.

Remarque : *Les données sur le cancer sont présentées par civile (2009); toutes les autres données sont présentées par exercice financier (2011/2012).

MULTIMORBIDITÉ ASSOCIÉE AUX MALADIES CHRONIQUES

Multimorbidité¹

Plus d'un Canadien sur 30 (3,6 % ou plus de 975 000) âgé de 20 ans et plus et **près d'un Canadien sur huit** (11,7 %) âgé de 65 ans et plus présentent au moins deux des quatre maladies chroniques majeures : maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques et diabète (2014, ESCC).

Le fait que certaines personnes peuvent présenter au moins deux maladies ou affections chroniques en concomitance, ce qu'on appelle la multimorbidité, ajoute un degré de complexité à la prévention et à la prise en charge. Ces personnes sont plus susceptibles de ressentir des effets néfastes pour leur santé et ont des besoins accrus de soins de santé^{45,46}.

Tendance : Chez les Canadiens de 65 ans et plus, les taux de prévalence se sont légèrement accrus au cours des dix dernières années pour passer de 10,7 %^{TNA} (2005) à 11,9 %^{TNA} (2014), ce qui représente une augmentation annuelle en pourcentage de 1,5 %.

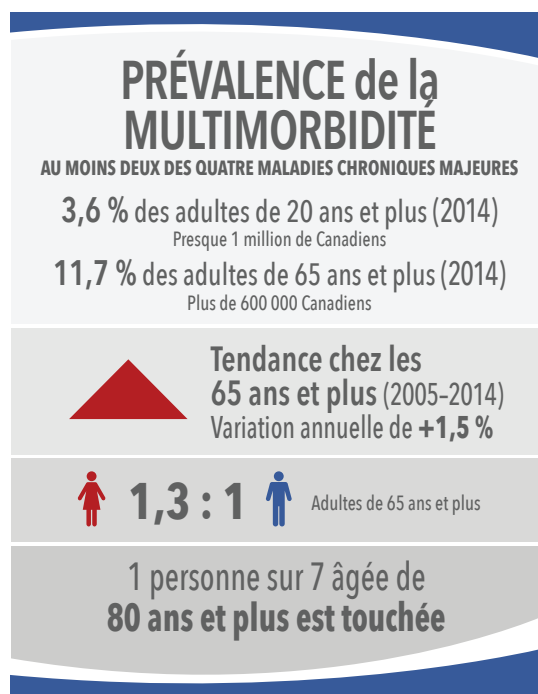
MULTIMORBIDITÉS LIÉES AUX QUATRE MALADIES CHRONIQUES MAJEURES EN 2014 SELON :

Sexe – Les femmes de 65 ans et plus affichaient des taux nettement plus élevés (13,1 %) que les hommes (10,3 %).

Âge – Parmi les adultes canadiens de 20 ans et plus, 3,6 % présentent au moins deux des quatre maladies chroniques « physiques » majeures. Cette proportion augmente radicalement avec l'âge, allant de 0,3 % chez les 20 à 34 ans et de 0,9 % chez les 35 à 49 ans à 3,7 % chez les 50 à 64 ans, 11,0 % chez les 65 à 79 ans et jusqu'à 13,9 % chez ceux âgés de 80 ans et plus.

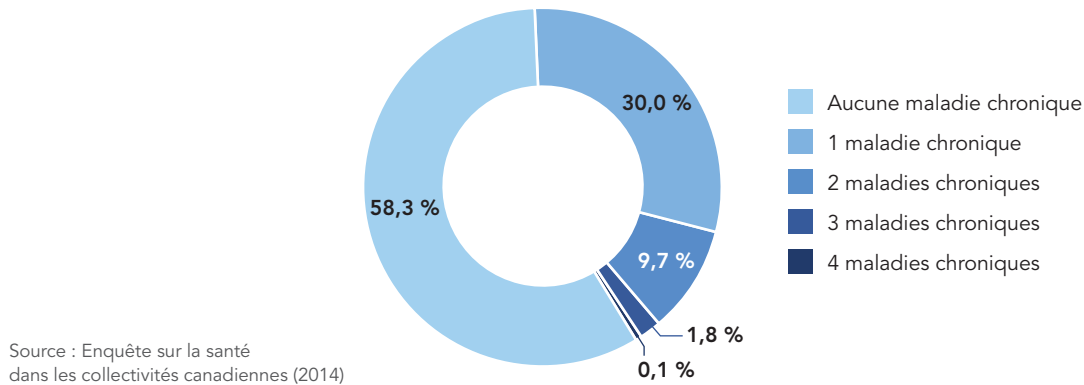
Région géographique – Les taux de prévalence normalisés selon l'âge les plus élevés chez les Canadiens de 65 ans et plus ont été observés au Yukon (14,7 %^{TNA}) et en Alberta (14,4 %^{TNA}); les taux les plus faibles se situaient en Colombie-Britannique (9,5 %^{TNA}) et au Manitoba (8,8 %^{TNA}). Tous ces taux présentent un écart d'au moins 20 % par rapport au taux national.

Voir la figure 6 pour obtenir la répartition selon le nombre de maladies.



¹ Dans le présent rapport, l'indicateur de multimorbidité est fondé sur les données relatives aux maladies chroniques **autodéclarées**. En raison des limites des sources de données, la multimorbidité n'a pu être calculée à l'aide de la même source de données utilisées pour rendre compte de chacune des maladies mentionnées précédemment dans ce rapport.

FIGURE 6. PROPORTION DE CANADIENS DE 65 ANS ET PLUS PRÉSENTANT ENTRE ZÉRO ET QUATRE MALADIES CHRONIQUES MAJEURES AUTO-DÉCLARÉES (MALADIES CARDIOVASCULAIRES, CANCER, MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES, DIABÈTE), CANADA (2014)



Comorbidité des troubles anxieux et de l'humeur avec au moins une des quatre maladies chroniques majeures

Un adulte canadien sur 25 (4,0 %) de 20 ans et plus présente une comorbidité de troubles anxieux et de l'humeur avec au moins une des quatre maladies chroniques majeures (2014, ESCC).

Les troubles anxieux et de l'humeur existent souvent en concomitance avec d'autres maladies ou affections chroniques. De nombreuses associations ont été observées, bien qu'elles demeurent peu comprises. On sait que l'apparition précoce de troubles dépressifs et anxieux est associée à un risque accru de présenter une maladie du cœur, de l'asthme, de l'arthrite, des maux de dos chroniques ou des maux de tête chroniques à l'âge adulte⁴⁷. En outre, les troubles anxieux et de l'humeur peuvent mener à des comportements malsains qui augmentent le risque de développer ou d'aggraver d'autres maladies ou affections chroniques^{48,49}. Par ailleurs, le fait de vivre avec une maladie ou une affection chronique constitue un fardeau qui peut engendrer des troubles dépressifs et anxieux^{50,51,52}.

Tendance – On a observé une forte augmentation de la prévalence des adultes canadiens présentant un trouble anxieux ou de l'humeur en concomitance avec une ou plusieurs maladies chroniques, allant de 2,7 %^{TNA} en 2005 à 3,9 %^{TNA} en 2014, ce qui correspond à une augmentation annuelle en pourcentage de 3,8 %.

COMORBIDITÉ DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR EN 2014 SELON :

Sexe – Les femmes de 20 ans et plus étaient beaucoup plus touchées que les hommes (4,8 % contre 3,1 %).

Age – La prévalence variait entre 2,4 % chez les 20 à 34 ans et 5,8 % chez les 50 à 64 ans.

Région géographique – Les taux de prévalence normalisés selon l'âge les plus élevés ont été observés en Nouvelle-Écosse (5,7 %^{TNA}) et au Nouveau-Brunswick (5,3 %^{TNA}); les taux les plus faibles ont été observés en Colombie-Britannique (3,2 %^{TNA}), en Saskatchewan (3,0 %^{TNA}) et au Manitoba (2,3 %^{TNA}). Ces taux présentaient un écart d'au moins 20 % par rapport à la moyenne nationale. Remarque : Les taux des trois territoires n'ont pu être inclus en raison de la grande variabilité des estimations.

AUTRES INDICATEURS DE LA SANTÉ

Vaccination contre la grippe

Environ la moitié (48,2 %) des Canadiens atteints d'une maladie chronique ont reçu le vaccin antigrippal annuel recommandé (2014, ESCC).

Les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques présentent un risque élevé de complications et de décès associé à l'infection grippale^{53,54}. De plus, l'infection grippale peut exacerber ou aggraver un état pathologique préexistant, en particulier dans le cas des maladies respiratoires chroniques (MPOC et asthme) et des maladies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque et cardiopathie ischémique)⁵⁵. Par conséquent, la vaccination annuelle est la pierre angulaire de la prévention de la grippe et elle agit comme mesure de prévention primaire et secondaire pour ces personnes.

Tendances – Le taux de vaccination chez les personnes atteintes d'au moins une des quatre maladies chroniques majeures a fluctué au cours des dix dernières années, passant d'un sommet de 51,7 % en 2005 à un creux de 40,6 % en 2010.

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE EN 2014 SELON :

Sexe – Même si le taux de vaccination chez les femmes ayant une maladie chronique (50,0 %) était légèrement supérieur à celui des hommes (46,8 %), l'écart n'était pas statistiquement significatif.

Âge – Le taux de vaccination chez les personnes ayant une maladie chronique augmentait généralement avec l'âge, passant de 23,0 % chez les 20 à 34 ans à un sommet de 66,5 % chez les 65 à 79 ans. Plus du quart des enfants et des jeunes (12 à 19 ans) atteints d'une maladie chronique ont été vaccinés.

Région géographique – Les taux se situaient entre 39,4 %^{TNA} au Manitoba et 62,5 %^{TNA} en Nouvelle-Écosse. Seule cette dernière affichait un taux supérieur d'au moins 20 % à la moyenne nationale.



Mortalité néonatale et infantile

Le taux de mortalité infantile chez les naissances vivantes de 500 g ou plus est de **3,9 pour 1 000 naissances vivantes**, alors que le taux de mortalité néonatale est de **2,6 pour 1 000 naissances vivantes** (2010, statistiques de l'état civil).

Le taux de mortalité infantile est un important indicateur de la santé de la population; il attire l'attention du public, car il reflète le développement économique, l'équité sociale et les services de soins de santé au sein d'une population^{56,57}.

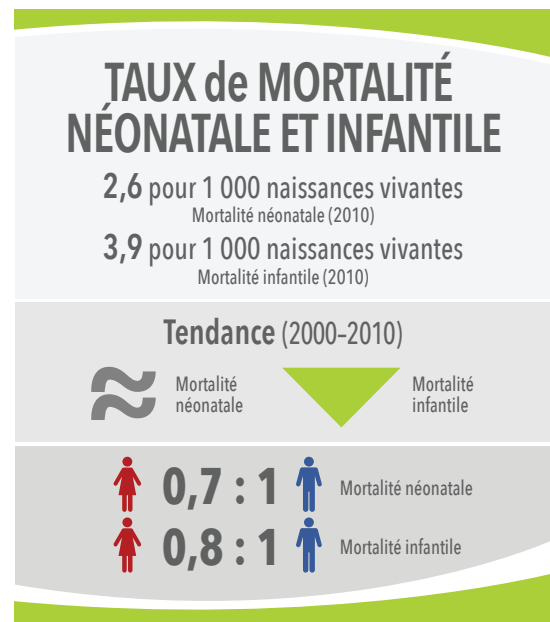
Le taux de mortalité infantile^m correspond au nombre de bébés nés vivants qui décèdent durant leur première année de vie pour 1 000 naissances vivantes, tandis que le taux de mortalité néonatale ne comprennent que les décès qui surviennent dans les 28 jours suivant la naissance⁵⁸. Au Canada, la prématurité, les anomalies congénitales et l'asphyxie sont les principales causes de mortalité infantile.

Tendances – Le taux de mortalité infantile parmi les naissances vivantes de 500 g ou plus a diminué, passant de 4,2 pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 3,9 en 2010. La baisse annuelle moyenne en pourcentage était de 0,8 %. Les taux de mortalité néonatale sont demeurés stables à 2,6 pour 1 000 naissances vivantes, avec de légères fluctuations entre 2000 et 2010.

MORTALITÉ NÉONATALE ET INFANTILE EN 2010 SELON :

Sexe – Le taux de mortalité infantile était de 4,4 pour 1 000 naissances vivantes chez les bébés de sexe masculin et de 3,3 chez ceux de sexe féminin. Le taux de mortalité néonatale était de 3,0 pour 1 000 naissances vivantes chez les nouveau nés de sexe masculin et de 2,2 chez ceux de sexe féminin. À peu près partout dans le monde, la mortalité infantile est plus élevée chez les garçons que chez les filles en raison de la constitution génétique et biologique, les garçons étant généralement plus vulnérables à la maladie et au décès prématuré⁵⁹.

Région géographique – De 2001 à 2010, les taux de mortalité infantile variaient de 2,6 pour 1 000 naissances vivantes à l'Île-du-Prince-Édouard et de 3,2 en Nouvelle-Écosse à 5,1 au Yukon, 5,5 au Manitoba, 5,6 en Saskatchewan, 6,2 dans les Territoires du



^m Les taux de mortalité infantile ont été calculés à l'aide des données des statistiques de l'état civil selon le fichier de données couplées sur les naissances et les décès créé par l'établissement d'un lien entre les inscriptions des naissances vivantes et des décès de nourrissons (à l'exclusion des bébés de moins de 500 g à la naissance). Ces inscriptions couplées sont disponibles pour les naissances jusqu'à 2010. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

Nord-Ouest et 12,2 pour 1 000 naissances vivantes au Nunavut, ce qui représente plus de trois fois la moyenne canadienne. Les taux de mortalité néonatale variaient aussi beaucoup : de 1,8 pour 1 000 naissances vivantes en Nouvelle-Écosse et de 1,9 à l'Île-du-Prince-Édouard à 3,3 en Saskatchewan, 3,5 au Manitoba et dans les Territoires du Nord Ouest et 5,1 pour 1 000 naissances vivantes au Nunavut. Tous ces taux présentent un écart d'au moins 20 % par rapport à la moyenne nationale.

Mortalité prématurée

Si les taux de mortalité actuels se maintiennent, on s'attend à ce que dix pour cent (10,7%) des Canadiens âgés de 30 ans meurent soit d'une maladie cardio-vasculaire, d'un cancer, d'une maladie respiratoire chronique ou du diabète avant leur 70^e anniversaire. (2012, statistiques de l'état civil).

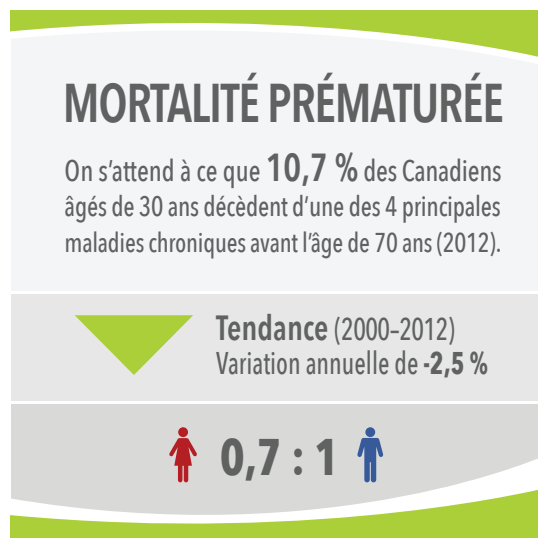
Au Canada, à l'instar des autres pays développés, la plupart des décès se produisent chez la population âgée. Les mesures de mortalité habituelles reflètent donc surtout l'issue des maladies survenant chez les personnes âgées. Par contre, la mortalité prématurée correspond aux décès qui surviennent à un âge plus jeune que prévu et, par conséquent, correspond au potentiel de décès évitables.

À la suite de la *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2011)*, les États membres de l'Assemblée mondiale de la santé ont convenu d'adopter comme cible mondiale une réduction de 25 % d'ici 2025 de la mortalité prématuréeⁿ par maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires chroniques⁶⁰.

Tendances – On a observé une diminution importante de la mortalité prématurée causée par les quatre principales maladies non transmissibles, soit une chute de 14,3 % (2000) à 10,7 % (2012). Cela représente une diminution annuelle en pourcentage de 2,5 %. Cette tendance à la baisse était surtout attribuable à la diminution de la mortalité prématurée causée par les maladies cardiovasculaires et le cancer.

MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN 2012 SELON :

Sexe – La probabilité de mourir entre l'âge de 30 et 69 ans était plus élevée chez les hommes (12,7 %) que chez les femmes (8,8 %), globalement et pour chacune des quatre



ⁿ L'âge prévu au moment du décès a été établi à 70 ans, puisque les décès liés aux maladies chroniques avant 70 ans peuvent être réellement considérés comme des décès prématurés dans presque toutes les régions du monde. La limite d'âge inférieure de 30 ans représente le moment du cycle de vie où le risque de mortalité par les quatre maladies chroniques sélectionnées commence à augmenter dans la plupart des populations à partir de niveaux très faibles à des âges plus jeunes.

principales maladies non transmissibles. Cela était particulièrement vrai pour la probabilité de mourir d'une maladie cardiovasculaire, qui était 2,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Région géographique – La population du Nunavut présentait un taux plus de deux fois supérieur à la moyenne canadienne. Ce territoire affichait un taux de mortalité prématurée très élevé due à une maladie respiratoire chronique (8 fois) et à un cancer (2 fois). En outre, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et Terre-Neuve-et-Labrador présentaient un risque de mortalité prématurée supérieur d'au moins 20 % à celui de l'ensemble du Canada.

Espérance de vie et espérance de vie ajustée en fonction de la santé

L'espérance de vie (EV) à la naissance est de 83,0 ans au Canada (2010/2011–2012/2013, SCSMC).

L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS), qui correspond au nombre d'années vécues en « pleine santé », **est de 72,6 ans à la naissance** (2008/2009–2010/2011, SCSMC, ESCC 2009).

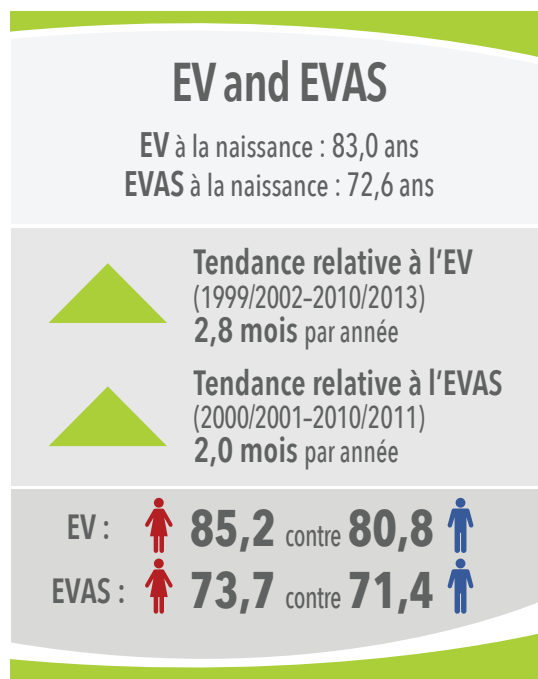
L'espérance de vie (EV) est l'une des mesures les plus couramment utilisées pour établir des comparaisons internationales en matière de santé. L'EV permet de décrire l'état de santé global d'une population; elle correspond au nombre moyen d'années qu'une personne d'un certain âge peut s'attendre à vivre assumant les taux de mortalité actuels⁶¹.

L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est le nombre moyen d'années pendant lesquelles une personne peut espérer vivre en pleine santé, sans maladie ni blessure^{62,63}.

L'EVAS est de plus en plus approuvée et utilisée à l'échelle internationale pour surveiller les répercussions des interventions en santé publique. En 2014, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a fait de l'EVAS l'indicateur d'impact de niveau supérieur pour son Plan stratégique 2014-2019 à l'échelle régionale.

Tendances – Au Canada, l'EV et l'EVAS ont augmenté de façon constante depuis les dix dernières années, avec une baisse de la disparité entre les hommes et les femmes. L'EVAS s'est surtout accrue en raison de la baisse de la mortalité.

De 1999/2000–2001/2002 à 2010/2011–2012/2013, l'EV à la naissance a augmenté à un rythme de 2,8 mois par année civile. De 2000/2001 à 2010/2011, l'EVAS a augmenté de 2,0 mois par année civile.



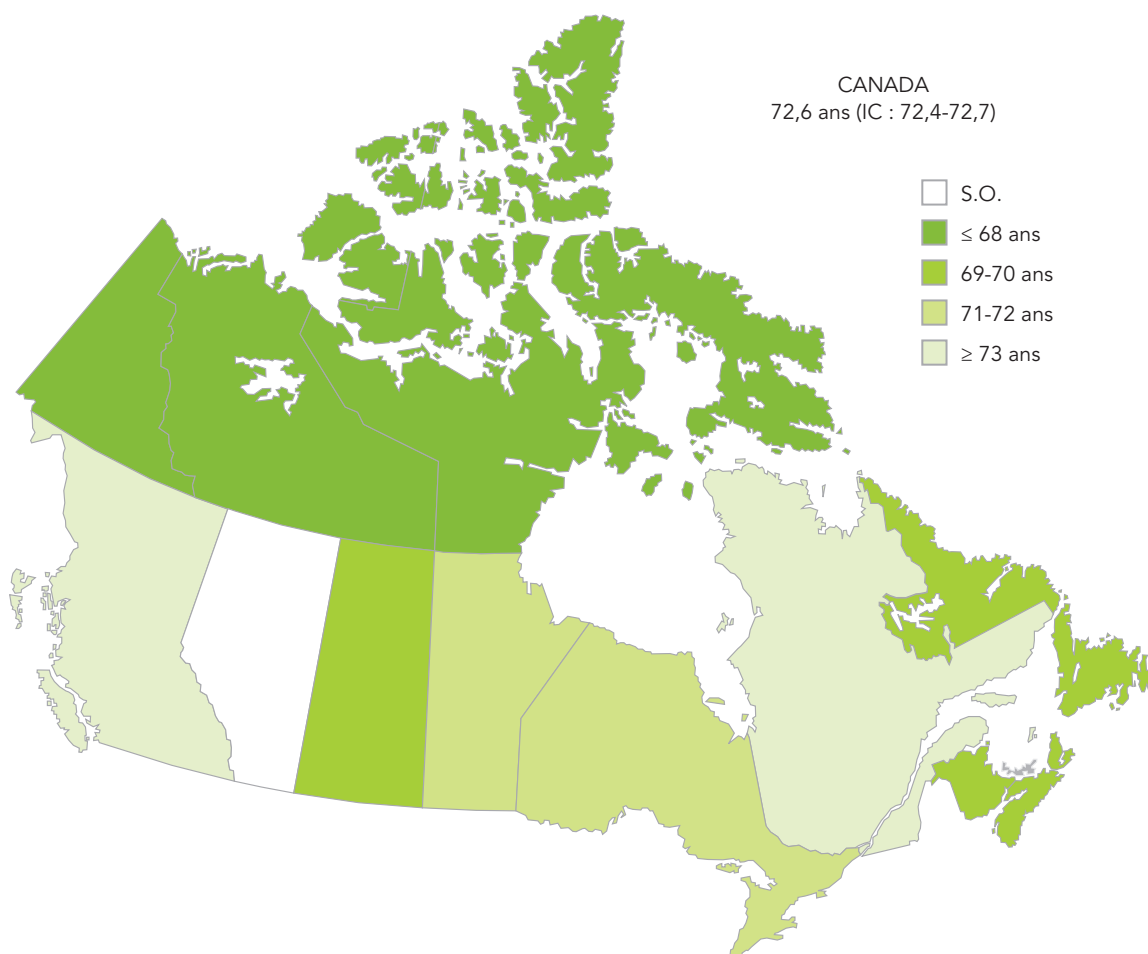
EV (EN 2009/2010–2011/2012) ET EVAS (EN 2008/2009–2010/2011) SELON :

Sexe – Au Canada à l'heure actuelle, les femmes ont une EV à la naissance de 85,2 ans et les hommes, de 80,8 ans.

Lorsqu'on tient compte de la qualité de vie reliée à la santé, les femmes ont une EVAS à la naissance de 73,7 ans et les hommes, de 71,4 ans.

Région géographique – Aucune province ni aucun territoire n'avaient une EV ou une EVAS qui différait de plus de 20 % de la moyenne canadienne. Toutefois, l'EV variait d'un creux de 76,3 ans au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest à un sommet de 83,7 ans en Colombie-Britannique. De même, l'EVAS était le plus faible au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon (66,4 ans), tandis qu'elle était le plus élevée au Québec (73,9 ans). Voir la figure 7 pour obtenir l'EVAS par province et par territoire.

FIGURE 7. ESPÉRANCE DE VIE AJUSTÉE EN FONCTION DE LA SANTÉ (EVAS) PAR PROVINCE ET PAR TERRITOIRE, CANADA* (2008/2009 À 2010/2011)



Source : Système canadien de surveillance des maladies chroniques et ECMS

Note : *Les données ne comprennent pas l'Alberta.



COMPARAISONS INTERNATIONALES

Le Canada se classe parmi les deux premier tiers des pays les plus performants parmi les États membres de l'OCDE pour tous les indicateurs étudiés, à l'exception de la mortalité infantile, de l'obésité chez l'adulte et de l'incidence du cancer (2015, OCDE).



Dans le rapport le plus récent intitulé « *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE* », la performance du Canada en fonction d'un éventail d'indicateurs de la performance de la santé des populations et des systèmes de soins de santé est comparée à celle des 33 autres pays membres de l'OCDE. Les données n'étaient pas toujours disponibles pour la totalité des 34 pays membres; toutefois lorsqu'elles l'étaient, la performance d'au moins dix autres pays partenaires de l'OCDE était également présentée. Cependant, les comparaisons qui suivent n'englobent que les pays membres de l'OCDE⁶⁴.

Il convient de souligner que les indicateurs utilisés dans le rapport de l'OCDE diffèrent souvent de ceux utilisés dans le présent rapport, surtout en raison de la disponibilité des données dans les 34 pays de l'OCDE. Dans ces comparaisons, la performance du Canada varie d'une catégorie d'indicateurs à l'autre.


CLASSEMENT DU CANADA AU CHAPITRE DES COMPORTEMENTS À RISQUE ET DES CONDITIONS À RISQUE

			CANADA (%)	MOYENNE DE L'OCDE (%)
PREMIER TIERS 	Tabagisme quotidien (15 ans et plus)	6 ^e sur 34	14,9	19,7
	Consommation d'alcool - ventes d'alcool (15 ans et plus)	11 ^e sur 34	8 litres par habitant	8,8 litres par habitant
	Alimentation saine (adultes) • Consommation quotidienne de fruits • Consommation quotidienne de légumes	6 ^e sur 29 9 ^e sur 29	69,4 74,0	60,4 65,6
DEUXIÈME TIERS	Embonpoint et obésité – selon l'enquête sur les mesures physiques	21 ^e sur 34	25,0	24,3
	• Garçons • Filles	25 ^e sur 34	24,0	22,1
TROISIÈME TIERS 	Obésité chez l'adulte – IMC > 30 (18 ans et plus)	29 ^e sur 34	25,8	18,9

CLASSEMENT DU CANADA AU CHAPITRE DES MALADIES CHRONIQUES

			CANADA (POUR 100 000 HABITANTS)	MOYENNE DE L'OCDE (POUR 100 000 HABITANTS)
PREMIER TIERS 	Mortalité par maladie cérébrovasculaire	2 ^e sur 34	38 décès	65,8 décès
	Diabète de type 2 – taux d'admission à l'hôpital (15 ans et plus)	10 ^e sur 32	95,3 admissions	149,8 admissions
DEUXIÈME TIERS	Mortalité par cardiopathie ischémique	17 ^e sur 34	95 décès	117,4 décès
TROISIÈME TIERS 	Incidence du cancer	24 ^e sur 34	295,7 cas	270,5 cas

CLASSEMENT DU CANADA AU CHAPITRE DE L'ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL

			CANADA	MOYENNE DE L'OCDE
DEUXIÈME TIERS	Espérance de vie	13 ^e sur 44	81,5 ans*	80,5 ans
TROISIÈME TIERS 	Mortalité infantile	28 ^e sur 34	4,8 décès pour 100 000 ^o naissances vivantes	3,8 décès pour 100 000 naissances vivantes

*L'espérance de vie au Canada est supérieure d'environ trois ans à l'espérance de vie aux États-Unis, mais elle demeure considérablement inférieure à celle des habitants des pays de l'OCDE qui arrivent en tête de liste à ce chapitre (Japon, Espagne et Suisse).

Remarque : Il convient de faire preuve de prudence dans l'interprétation de la performance du Canada en matière de maladies non transmissibles par rapport aux pays ayant des profils démographiques différents, étant donné que l'âge représente un facteur de risque important en soi, et que seuls les taux de mortalité ont été normalisés selon l'âge parmi les pays déclarants.

^o Les comparaisons entre pays de l'OCDE de la mortalité infantile doivent être interprétées avec prudence. Il y a d'énormes différences dans la façon dont les pays enregistrent et déclarent les bébés prématurés et très petits qui pourraient ne pas survivre. Par conséquent, la façon dont les décès de nourrissons sont dénombrés et déclarés peut varier énormément d'un pays à l'autre. Les statistiques de l'état civil du Canada fournies par Statistique Canada comprennent les bébés prématurés très petits qui sont très susceptibles de mourir. En ce qui concerne la comparaison internationale de la mortalité infantile, l'OMS recommande d'inclure les naissances et les décès des bébés de 500 g ou plus ou de 1000 g ou plus. L'exclusion des bébés pesant moins de 500 g à la naissance donne lieu à un classement des pays plus valide lors de comparaisons internationales.

CONCLUSIONS

Cet examen des principaux facteurs de risque, des maladies chroniques majeures et de l'espérance de vie globale dresse un portrait mitigé de la santé des Canadiens.

Les Canadiens vivent plus longtemps que jamais et l'écart de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes se rétrécit. Près d'un Canadien sur six (5,8 millions) est âgé de 65 ans ou plus, et ce groupe d'âge croît quatre fois plus vite que la population générale⁶⁵. En outre, les taux de tabagisme poursuivent leur déclin au pays, et la mortalité causée par des affections chroniques majeures (surtout celles liées aux maladies cardiovasculaires, aux maladies chroniques respiratoires et à certains cancers) a également diminué.

Par contre, les taux élevés d'inactivité physique et de comportements sédentaires, ainsi que les taux d'obésité, particulièrement chez les enfants et les jeunes Canadiens, sont très préoccupants. Même si les Canadiens vivent plus longtemps, il est important qu'ils puissent le faire en bonne santé.

La plupart des maladies chroniques sont évitables. L'OMS estime qu'au moins 80 % des cas de cardiopathie, d'AVC et de diabète et 40 % de tous les cancers peuvent être prévenus⁶⁶. La clé de voûte de la prévention des maladies chroniques consiste en quelques facteurs de risque importants. Il faut s'attaquer aux taux d'embonpoint et d'obésité actuels au Canada, en particulier chez les enfants, les jeunes et les jeunes canadiens. Des maladies et des affections qu'on n'observait auparavant que chez les adultes, telles que l'hypertension et le diabète de type 2, commencent à faire leur apparition chez les jeunes canadiens, résultat fort probable de la hausse de l'obésité. Dans l'ensemble, le diabète constitue une préoccupation majeure en matière de santé publique, puisque le taux de prévalence a fortement augmenté au cours de la dernière décennie.

La plus forte prévalence d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur observée chez les adultes en âge de travailler (35-64 ans) pourrait s'expliquer en partie par les défis particuliers ou uniques auxquels font souvent face ces sous-populations, notamment le stress lié au travail et les difficultés de concilier le travail et la vie personnelle ou familiale⁶⁷.

Les Canadiens doivent aussi devenir plus actifs. L'activité physique permet non seulement d'aider les personnes à gérer leur poids, mais également d'accroître de façon indépendante la sensibilité à l'insuline, de réduire le risque de maladies cardiovasculaires et de certains cancers et d'améliorer le bien-être général.

Les interventions menées auprès des individus (p. ex. habitudes de vie), des communautés (p. ex. environnement bâti) et de la population (p. ex. politiques de santé) sont toutes essentielles pour s'attaquer à ces problèmes de santé publique. Les interventions fondées sur des données probantes et la détermination et la diffusion de pratiques exemplaires visant à prévenir les maladies chroniques et à promouvoir un mode de vie sain demeurent une fonction importante de l'ASPC.

La surveillance est une fonction essentielle en santé publique. Un examen de ces tendances illustre l'importance de poursuivre la surveillance et la nécessité de cerner les nouvelles occasions d'assurer l'évaluation et le suivi de la santé des Canadiens en vue d'orienter les politiques et les pratiques en matière de santé.

NOTES SUR LA MÉTHODOLOGIE

La majorité des données présentées dans ce rapport sont accessibles sur le site du Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures (CIMCB) (<http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdiif/index-fr.aspx>) et de L'infobase des maladies chroniques – Cubes de données (<http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cubes/index-fra.html>).

- Les taux bruts pour le Canada, les provinces et territoires ont été calculés après l'arrondissement aléatoire des chiffres à la dizaine près. Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés à l'aide de chiffres non arrondis. Les chiffres ayant servi au calcul de la prévalence pour le Canada, les provinces et territoires et les groupes d'âge tout au long de la vie ont été arrondis à la centaine près.
- Le recensement de 2011 de la population canadienne a servi au calcul des taux normalisés selon l'âge.
- Tous les écarts soulignés dans ce rapport entre les moyennes provinciales et territoriales et la moyenne nationale étaient supérieurs d'au moins 20 % à la moyenne canadienne, sauf indication contraire.
- Les tendances relatives aux taux d'incidence reflètent peut-être un changement réel de l'état de santé de la population, mais peuvent également être fonction de l'évolution des méthodes de collecte de données, des systèmes de codage et de classification, des pratiques cliniques, des modes de facturation ou autres.

Selon les sources de données, l'année de déclaration est fondée sur l'année civile ou l'exercice financier. Par exemple, 2011/2012 indique un exercice financier, tandis que 2011-2012 indique deux années civiles.

Voici les sources de données utilisées pour établir les estimations sur les maladies chroniques :

- **Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC)** pour la prévalence des maladies diagnostiquées par un médecin, l'utilisation des services de santé pour les troubles anxieux et de l'humeur et l'incidence établie d'après la facturation des médecins et les dossiers d'hospitalisation. Les données provinciales et territoriales ont été envoyées au SCSMC en novembre 2015. Les opinions, les résultats et les conclusions de l'étude n'engagent que les auteurs. Il ne faut pas inférer qu'ils ont été sanctionnés par les provinces et les territoires. Le SCSMC vise actuellement les exercices financiers 1995/1996 à 2011/2012.
- **Le Registre canadien du cancer (RCC)** : 1992 à 2009.
- **L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)** pour la multimorbidité, la comorbidité avec les troubles anxieux et de l'humeur, les maladies cardiovasculaires (cardiopathie et AVC), le cancer, les maladies respiratoires chroniques (asthme et MPOC), le diabète et les troubles anxieux et de l'humeur autodéclarés. Les données de l'ESCC étaient disponibles pour les années 2003, 2005, 2007 et 2008-2014.

Voici les sources de données utilisées pour établir les estimations sur les comportements à risque et les conditions à risque :

- **L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)** pour l'activité physique, les comportements sédentaires et l'obésité. Les données de trois cycles de l'ECMS sont disponibles : 2007-2009, 2009-2011 et 2012-2013.
- **L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)** pour la mauvaise alimentation, le tabagisme et l'alcool (consommation excessive), de même que pour le calcul de la prévalence de maladies chroniques autodéclarées. Les données de l'ESCC étaient disponibles pour les années 2003, 2005, 2007 et 2008-2014.
- **L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)** et **L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)** pour l'alcool (*Directives de consommation d'alcool à faible risque*). Les données tirées de ces enquêtes couvrent la période de 2005 à 2013.

COLLABORATEURS (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Jay Barber	Louise Pelletier (chef d'équipe)
Sharon Bartholomew	Neel Rancourt
Marisol Betancourt	Deepa Rao
Bernard Choi	Karen C Roberts
Paromita Deb-Rinker	Cynthia Robitaille
Alain Demers	Annie J Stewart
Ragen Lane Halley	Ming Su
Lidia Loukine	Wendy Thompson
Wei Luo	Chris Waters
Louise McRae	Peter Walsh
Siobhan O'Donnell	Xiaoquan Yao
Jay Onysko	Dianne Zakaria
Bob McDougall	

RÉFÉRENCES

- (1) Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada; 2011. Accessible à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-fra.php
- (2) Association canadienne du diabète. Diabète : Le Canada à l'heure de la remise en question — Tracer une nouvelle voie. 2011. Accessible à l'adresse : www.diabetes.ca/CDA/media/documents/publications-and-newsletters/advocacy-reports/canada-at-the-tipping-point-french.pdf
- (3) World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, 2013. Accessible à l'adresse : www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- (4) Agence de la santé publique du Canada. Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC). Accessible à l'adresse : <http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/index.php?lang=fra>
- (5) Santé Canada. Le tabagisme et votre corps [Internet]. Ottawa (Ont.), Santé Canada; [modification le 1er nov. 2011; consultation le 17 févr. 2016]. Accessible à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/index-fra.php
- (6) Santé Canada. La stratégie nationale : Aller vers l'avant : rapport d'étape 2006 sur la lutte contre le tabagisme. Accessible à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/prtc-relct-2006/index-fra.php. Consultation : 2 mars 2016.
- (7) Organisation mondiale de la Santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève. Accessible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf
- (8) Tremblay MS, Warburton DE, Janssen I, Paterson DH, Latimer AE, Rhodes RE, Kho ME, Hicks A, LeBlanc AG, Zehr L, Murumets K. New Canadian physical activity guidelines. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 2011 Feb 15;36(1):36-46.
- (9) Tremblay MS, LeBlanc AG, Janssen I, Kho ME, Hicks A, Murumets K, Colley RC, Duggan M. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 2011 Jan;36(1):59-64.
- (10) Joint WHO/FAO Expert Consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2003;916:1-149.
- (11) Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, Hu FB. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*. 2014 Jul 29;349:g4490.
- (12) Santé Canada. Bien manger avec le Guide alimentaire canadien. Accessible à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php
- (13) Garriguet D. La qualité de l'alimentation au Canada. *Rapports sur la santé*. 2009;20(3):43-55.
- (14) Butt P, Beirness D, Gliksman L, Paradis C, Stockwell T. L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque. Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; nov. 2011.

- (15) Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2009 Mar 25;9:88.
- (16) Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, et al. Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood* 2003; 88(9): 748-52.
- (17) Singh AS, Mulder C, Twisk JW, et al. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Review* 2008;9(5):474-88.
- (18) Shields M, Tjepkema M. Tendances de l'obésité chez l'adulte. *Rapports sur la santé*. Août 2006;17(3):57-66.
- (19) Roberts KC, Shields M, de Groh M, Aziz A, Gilbert JA. L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011. *Rapports sur la santé*. 2012 sept; 23(3) :39-43.
- (20) Bancej C, Jayabalasingham B, Wall RW, Rao DP, Do MT, de Groh M, Jayaraman GC. Synthèse portant sur les données probantes – Tendances et projections relatives à l'obésité chez les Canadiens. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2015 sept.; 35(7) : 116-19.
- (21) Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014. Accessible à l'adresse : www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/fr/
- (22) Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014. Accessible à l'adresse : www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/fr/
- (23) Dasgupta K, Quinn RR, Zarnke KB, Rabi DM, Ravani P, Daskalopoulou SS, Rabkin SW, Trudeau L, Feldman RD, Cloutier L, Prebtani A. The 2014 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Journal canadien de cardiologie = Canadian Journal of Cardiology*. 2014 May 31; 30(5) : 485-501.
- (24) Padwal RS, Bienek A, McAlister FA, Campbell NR, Outcomes Research Task Force of the Canadian Hypertension Education Program. Epidemiology of Hypertension in Canada: An Update. *Journal canadien de cardiologie = Canadian Journal of Cardiology*. 2015 août 15.
- (25) Padwal RS, Bienek A, McAlister FA, Campbell NR, Outcomes Research Task Force of the Canadian Hypertension Education Program. Epidemiology of Hypertension in Canada: An Update. *Journal canadien de cardiologie = Canadian Journal of Cardiology*. 2015 août 15.
- (26) Agence de la santé publique du Canada. Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures – Statistiques rapides, édition 2015. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : recherche, politiques et pratiques*. 2015 déc.; 35(10) : 208. Accessible à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/35-10/assets/pdf/ar-03-fra.pdf
- (27) Agence de la santé publique du Canada. Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2009. [Internet]. Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada; 2009. Accessible à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf
- (28) Institute for Health Metrics and Evaluation. Canada. [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. Accessible à l'adresse : www.healthdata.org/canada
- (29) Statistique Canada. Tableau 102-0561 – Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel, CANSIM (base de données). Accessible à l'adresse : www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020561&retrLang=fra&lang=fra. Consultation le 22 févr. 2016.

- (30) Institute for Health Metrics and Evaluation. Overview of Global Burden of Disease. www.healthdata.org/canada
- (31) Agence de la santé publique du Canada. Suivi des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Canada – Faits saillants sur les AVC 2011. [Internet]. Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada; 2011. Accessible à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/sh-fs-2011/index-fra.php
- (32) Krishnamurthi RV, Moran AE, Feigin VL, Barker-Collo S, Norrving B, Mensah GA, Taylor S, Naghavi M, Forouzanfar MH, Nguyen G, Johnson CO. Stroke prevalence, mortality and disability-adjusted life years in adults aged 20-64 years in 1990-2013: data from the global burden of disease 2013 study. *Neuroepidemiology*. 2015 Oct 28;45(3):190-202.
- (33) Kissela BM, Khoury JC, Alwell K, Moomaw CJ, Woo D, Adeoye O, Flaherty ML, Khatri P, Ferioli S, La Rosa FD, Broderick JP. Age at stroke temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. *Neurology*. 2012 Oct 23;79(17):1781-7.
- (34) Société canadienne du cancer, Comité consultatif des Statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2015.
- (35) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Accessible à l'adresse: www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf
- (36) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416, 1990.
- (37) Overview of Global Burden of Disease. Institute for Health Metrics and Evaluation. Accessible à l'adresse: www.healthdata.org/canada
- (38) 2017 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention [accessed 2017 March 16] <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
- (39) Agence de la santé publique du Canada. Faits saillants sur l'asthme : données tirées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada de 2011. [Internet]. ASPC; 2015; [consultation le 17 févr. 2016]. Accessible à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/crd-mrc/asthma_fs_asthme-fra.php
- (40) Institute for Health Metrics and Evaluation Overview of Global Burden of Disease.. Accessible à l'adresse : www.healthdata.org/canada
- (41) Agence de la santé publique du Canada, Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres. Ottawa, 2011. Accessible à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-fra.pdf
- (42) Institute for Health Metrics and Evaluation. Overview of Global Burden of Disease Accessible à l'adresse : www.healthdata.org/canada

- (43) Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016. Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada; 2016. <http://canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mood-anxiety-disorders-2016-troubles-anxieux-humeur/index-fra.php>
- (44) Institute for Health Metrics and Evaluation: GBD Cause Patterns [Internet]. University of Washington; 2014 [released 2013 March; cited 2016 Feb 25]. Accessible à l'adresse : <http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>
- (45) Roberts KC, Rao DP, Bennett TL, Loukine L, Jayaraman GC. Prévalence et profils de la multimorbidité au Canada et déterminants associés, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : recherche, politiques et pratiques. 2015 août 1;35(6).
- (46) Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430-9.
- (47) Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, Haro JM, Lepine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Tachimori H. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Aug;68(8):838-44.
- (48) Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, Haro JM, Lepine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Tachimori H. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Aug;68(8):838-44.
- (49) Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, Nemeroff CB, Bremner JD, Carney RM, Coyne JC, Delong MR. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005 Aug 1;58(3):175-89.
- (50) Gouvernement du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ottawa (Ont.), ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2006.
- (51) Patten SB. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *J Affect Disord*. 2001 Mar;63(1-3):35-41.
- (52) Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*. 2003 Aug 1;54(3):216-26.
- (53) Rothberg MB, Haessler SD, Brown RB. Complications of viral influenza. *The American Journal of Medicine*. 2008 Apr 30;121(4):258-64.
- (54) Schanzer DL, Langley JM, Tam TW. Co-morbidities associated with influenza-attributed mortality, 1994-2000, Canada. *Vaccine*. 2008 Aug 26;26(36):4697-703.
- (55) Bin Seo Y, Suk Choi W, Hyeon Baek J, Lee J, Young Song J, Soo Lee J, Cheong HJ, Joo Kim W. Effectiveness of the influenza vaccine at preventing hospitalization due to acute exacerbation of cardiopulmonary disease in Korea from 2011 to 2012. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2014 Feb 1;10(2):423-7.
- (56) Sachs BP, Fretts RC, Gardner R, Hellerstein S, Wampler NS, Wise PH. The impact of extreme prematurity and congenital anomalies on the interpretation of international comparisons of infant mortality. *Obstet Gynecol*. 1995, 85(6):941-946.

- (57) Howell EM, Blondel B. International infant mortality rates: Bias from reporting differences. *Am J Public Health*. 1994, 84(5):850-852.
- (58) Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada. Édition 2008. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada; 2008.
- (59) Pongou R. Why is infant mortality higher in boys than in girls? A new hypothesis based on preconception environment and evidence from a large sample of twins. *Demography*. 2013, 50(2): 421-444. Organisation mondiale de la Santé. Projet de cadre global mondial de suivi, comprenant des indicateurs, et série de cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les maladies non transmissibles. A/NCD/INF/1 31 octobre 2012. Accessible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ncds/pdf/A_NCD_INF1-fr.pdf
- (60) Organisation mondiale de la Santé. Projet de cadre global mondial de suivi, comprenant des indicateurs, et série de cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les maladies non transmissibles. A/NCD/INF/1 31 octobre 2012 Accessible http://apps.who.int/gb/ncds/pdf/A_NCD_INF1-fr.pdf
- (61) Office of Disease Prevention and Health Promotion. General Health Status [Internet]. Washington (DC): Healthy People 2020; 2014. Accessible à l'adresse : www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/General-Health-Status
- (62) Agence de la santé publique du Canada. L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé au Canada 2012. Ottawa, http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP35-32-2012-fra.pdf
- (63) World Health Organization. Health Status Statistics: Mortality [Internet]. Geneva. 2016. Accessible à l'adresse : www.who.int/healthinfo/statistics/indhale/en/
- (64) OCDE. Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris, Éditions OCDE; 4 nov. 2015. Accessible à l'adresse : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr
- (65) Statistique Canada. Estimations de la population du Canada : âge et sexe, 1er juillet 2015. www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150929/dq150929b-fra.htm
- (66) Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé. Prévention des maladies chroniques: un investissement vital [Internet]. Geneva. 2005.link to: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/
- (67) Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016. Ottawa, 2016. Accessible à l'adresse : <http://canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mood-anxiety-disorders-2016-troubles-anxieux-humeur/alt/mood-anxiety-disorders-2016-troubles-anxieux-humeur-fra.pdf>

