



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

1 - Problématique

Les indicateurs de mortalité, tels que l'espérance de vie et les taux de mortalité selon la cause, ont longtemps servi de base pour dresser le portrait de l'état de santé de la population et fixer des priorités en matière de santé. Le recul de la mortalité a engendré une hausse de l'espérance de vie à tous les âges créant ainsi une augmentation de la proportion de personnes âgées. Compte tenu du vieillissement des populations et de ses conséquences sur la santé générale, les gouvernements s'interrogent sur la qualité des années gagnées par la hausse de l'espérance de vie (Robine, Romieu, Cambois, 1999).

Pour répondre à ce besoin, les indicateurs d'espérances de santé ont été créés. En intégrant à la fois des données sur la mortalité et sur différents états de santé, ils renseignent sur la durée et la qualité de vie de la population à travers le temps, et servent de base pour comparer les niveaux de santé entre différentes populations ou sous-groupes de la population (Last, 2004). Ils constituent une mesure globale de l'état de santé de la population.

Que signifie « espérance de santé »?

« L'« espérance de vie en santé » ou l'« espérance de santé » est un terme générique, employé pour désigner tous les indicateurs qui s'expriment en termes d'espérance de vie dans un état de santé défini » (Robine, 1996). On retrouve dans la littérature plusieurs vocables pour les désigner tels que l'espérance de vie sans incapacité (Pampalon et collab, 2001), l'espérance de vie sans dépendance (Pampalon et collab, 2001, Martel et Bélanger, 1999), l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (MSSS, 2004), l'espérance de vie en bonne santé (Wilkins et Adams, 1983, INSPQ et collab, 2006), et bien d'autres encore. À titre indicatif, si l'espérance de vie à la naissance est de 80 ans et que l'espérance de santé est chiffrée à 70 ans, ces résultats signifient qu'à la naissance, une personne peut espérer vivre 80 ans mais en santé jusqu'à 70 ans. Selon le concept de santé utilisé, cette personne vivra donc environ 10 ans en présence d'une forme d'incapacité, de dépendance ou de limitations d'activités.

Les définitions de l'état de santé utilisées dans les calculs peuvent différer selon le cadre conceptuel et la source de données auxquels l'auteur se réfère. Par exemple, l'espérance de vie sans dépendance de Pampalon et collab, (2001) et de Martel et Bélanger (1999) portent le même nom, mais utilisent des sources de données et des définitions de dépendance différentes. Il importe donc de porter attention à ces nuances méthodologiques avant d'employer les espérances de santé, en particulier lors de comparaison entre différentes mesures. Pour plus d'informations sur la méthodologie, veuillez consulter la section sur les [méthodes de calculs](#).

Espérance de vie et espérance de santé

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Quels sont les principaux déterminants des espérances de santé?

La littérature sur les espérances de santé ne traite pas directement des déterminants des espérances de santé. Cependant, comme l'indicateur intègre des données sur la mortalité et la santé, leurs déterminants vont influencer les niveaux d'espérances de santé. L'analyse de la mortalité et celle de la santé ont par ailleurs plusieurs déterminants en commun, dont les facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux. Aux fins de cette fiche, nous allons présenter des déterminants spécifiques à la santé mais qui affectent à la fois les niveaux de santé et de mortalité des espérances de santé.

Parmi les sources qui documentent les déterminants de la santé, on peut citer à titre d'exemple : le rapport de la [Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé](#), la rubrique « [Qu'est-ce qui détermine la santé](#) » du site internet de l'Agence de la santé publique du Canada ou encore, plus près de nous, le « [Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion](#) », document préparé par le comité ministériel du Plan d'implantation du cadre d'orientation en surveillance (MSSS, 2010).

Le tableau ci-dessous identifie quelques-uns des déterminants de la santé influençant de près les niveaux d'espérances de santé. Nous présentons pour chacun d'eux quelques études qui ont révélé des différences en termes d'années de vie et de santé (MSSS, 2010). Pour plus d'information, cliquez sur les catégories du tableau.

<i>Champs</i>	Catégories	Sous catégories
<i>Caractéristiques individuelles</i>	Caractéristiques biologiques et génétiques	Age, Sexe, Origine ethnique
	Habitudes de vie et comportements	Usage du tabac
	Caractéristiques socioéconomiques	Scolarité, Revenu, Occupation
<i>État de santé de la population</i>	État de santé globale	Maladies chroniques
<i>Milieus de vie</i>	Communauté locale et voisinage	Indices de défavorisation et de revenu

Adapté du Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion, MSSS, 2010



Espérance de vie et espérance de santé



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Quels sont les enjeux liés aux espérances de santé?

L'une des utilités des espérances de santé est d'évaluer la qualité des années gagnées par la hausse de l'espérance de vie. En estimant les gains en années de vie et en années de santé, les espérances de santé permettent de déterminer si le vieillissement des populations, engendrent une compression, une expansion ou une stagnation des problèmes de santé dans la population. Ces informations sont utiles pour mieux saisir les enjeux liés à la qualité de vie des personnes vieillissantes et adapter les services qui leur sont destinés. Nous présentons brièvement dans cette section des enjeux liés aux espérances de santé et au vieillissement des populations pour les individus et la pour société.

Pour l'individu

Le vieillissement des populations s'accompagne d'une hausse de différents problèmes de santé et de conditions chroniques. L'impact des maladies sera vécu différemment d'un individu à l'autre selon l'environnement dans lequel il évolue. La [Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé](#) réalisée par l'OMS en 2001 (OMS – CIF) aborde cette question en considérant à la fois les caractéristiques individuelles et sociales du handicap et de la santé.

Tout comme la durée de vie, la qualité de vie peut également s'améliorer. La création des aides techniques, l'amélioration des connaissances médicales et un environnement physique adapté aux besoins spécifiques des personnes âgées peuvent amoindrir l'effet des incapacités et des dépendances associées au vieillissement.

Pour la société

Le vieillissement des populations aura des conséquences sur la planification des services de santé tant en matière d'organisation que de coûts associés. La hausse du nombre de personnes âgées aura une incidence sur les besoins de santé notamment dans les secteurs des services à domicile, des soins aux bénéficiaires et des soins continus en centre hospitalier (Choinière, 2009). La dimension sociale des conséquences du vieillissement soulève également la question des conditions facilitantes ou limitatives de l'environnement sur la réalisation des activités quotidiennes et la participation à la vie sociale.

2 - Indicateurs de santé et de bien-être

Nous avons sélectionné quelques-unes des estimations d'espérances de santé réalisées au Québec, dans les provinces canadiennes et à l'échelle internationale pour évaluer l'état de santé de la population et la comparer d'une région à l'autre. Pour mieux comprendre les aspects méthodologiques qui différencient chacune de ces mesures, nous vous suggérons de lire la section sur les [méthodes de calculs](#).

Espérance de vie et espérance de santé


[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Situation actuelle


Pour le Québec

La première espérance de santé calculée au Québec a été produite à partir de l'*Enquête sociale générale* (ESG) (1978-79). [L'espérance de vie en bonne santé](#) montrait que les hommes au Québec pouvaient espérer vivre jusqu'à 60,4 ans sans incapacité et les femmes, jusqu'à 63,1 ans (Wilkins et Adams, 1983). Les espérances de vie étaient respectivement de 69,7 ans et de 77,6 ans. On démontrait alors que les femmes pouvaient espérer vivre plus longtemps, mais également un plus grand nombre d'années avec une forme d'incapacité.

À partir des données de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* (EQLA) de 1998, Pampalon et collab., (2001) présentent une [espérance de vie sans incapacité et sans incapacité modérée ou grave](#) et une espérance de vie [sans désavantage et sans dépendance](#). En 1998, l'espérance de vie à la naissance était de 74,7 ans chez les hommes et de 81,2 ans chez les femmes. Les hommes pouvaient espérer vivre en moyenne 13,0 années en présence d'incapacité dont 5,4 ans avec incapacité modérée ou grave alors que chez les femmes, ces années de mauvaise santé se chiffraient respectivement à 17,2 ans et 8,7 ans. Les femmes vivent pendant un plus grand nombre d'années avec un problème de santé et avec un problème de santé grave. La mesure d'espérance de vie sans désavantage de 64,5 ans pour les hommes et de 66,6 ans chez les femmes, de même que la mesure d'espérance de vie sans dépendance de 69,4 ans chez les hommes et 70,6 ans chez les femmes traduisent également cette tendance.

En 2005, [l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé](#) (EVAS) calculée à partir de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) , indique que les hommes, au Québec, peuvent espérer vivre jusqu'à 69,6 ans en santé et les femmes, jusqu'à 72,2 ans. L'espérance de vie des hommes étant de 77,0 ans, 7,4 années sont vécues avec un problème de santé. Chez les femmes, dont l'espérance de vie atteint 82,3 ans, on compte 10,1 ans de mauvaise santé.

En somme, ces trois indicateurs d'espérance de santé montrent que les femmes vivent plus longtemps, mais également plus longtemps en mauvaise santé, et ce, de 1978 à 2005.

Les caractéristiques socioéconomiques influencent également la durée et la qualité de vie comme l'a démontré Pampalon (2002) en croisant l'indice de défavorisation à l'espérance de vie sans incapacité. Au Québec, chez les hommes, [l'espérance de vie sans incapacité](#) selon le [quintile de défavorisation](#)  indique que les personnes se situant dans le quintile plus favorisé matériellement et socialement peuvent espérer vivre près de 15 années de plus en santé que les personnes les moins favorisées, soit 68,0 ans pour les plus favorisés et 53,7 ans pour les moins favorisés. Chez les femmes, les valeurs oscillent respectivement entre 72,4 ans et 58,7 ans (Pampalon, 2002).





Espérance de vie et espérance de santé








[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)



À l'échelle régionale

En 2003, des écarts de santé entre les régions sociosanitaires ont été chiffrés à près de dix ans. Chez les hommes, [l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé](#) (EVAS) révèle que les résidents des régions de Laval (72,2 ans) et de la Capitale-Nationale (70,7 ans) peuvent espérer vivre plus longtemps en santé que les Québécois des autres RSS . Chez les femmes, les mêmes régions se distinguent soit Laval (75,0 ans) et la Capitale-Nationale (74,5 ans) . La valeur moyenne de l'ensemble du Québec s'établit à 69,2 ans chez les hommes et à 72,8 ans chez les femmes. L'EVAS des hommes de la région Terres-Cries-de-la-Baie-James affiche des résultats significativement moins élevés que la moyenne québécoise (64,2 ans).



À l'échelle locale

Au niveau des réseaux locaux de services (RLS), des [espérances de vie sans incapacité et sans incapacité fréquente](#)  ont été calculées à partir des données du recensement de 2001. Ce découpage montre également des écarts importants entre les RLS. En 2001, l'espérance de vie sans incapacité chez les hommes  oscille, selon le RLS, entre 51,1 ans (Nunavik) et 68,6 ans (Pierrefonds - Lac Saint-Louis) et chez les femmes  entre 56,7 ans (Nunavik) et 71,7 ans (Îles-de-la-Madeleine). On observe des écarts similaires pour l'espérance de vie sans incapacité fréquente : soit des estimations variant entre 55,7 ans (Nunavik) et 74,1 ans (Côte-des-Neiges - Métro - Parc-Extension) chez les hommes  et entre 62,0 ans (Nunavik) et 76,7 ans (Montmagny-L'Islet) chez les femmes .

À l'échelle des provinces canadiennes

Le Québec enregistre pour les femmes  la valeur [d'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé](#) (EVAS) la plus élevée (72,7 ans) en 2005. Chez les hommes  du Québec (69,6 ans) l'EVAS se situe au deuxième rang des provinces canadiennes après la Colombie-Britannique (69,8 ans). Les estimations les plus faibles sont enregistrées dans les provinces de l'Atlantique, soit en Nouvelle-Écosse (70,3 ans) pour les femmes et à Terre-Neuve-et-Labrador (66,4 ans) pour les hommes.

À l'échelle internationale

L'OMS a utilisé une espérance de vie en santé [Healthy life expectancy](#) (HALE)  permettant de comparer les rangs de 193 pays en 2007. L'indicateur  montre que les écarts de santé à l'échelle internationale se chiffrent à près de 40 ans. Sexes réunis, l'espérance de santé en Sierra Léone s'établit à 35 ans alors que les Japonais peuvent espérer vivre en santé jusqu'à 76,0 ans. En général, le HALE des pays regroupés dans la région africaine montre les valeurs les moins

Espérance de vie et espérance de santé

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

élevées avoisinant les 45,0 ans. Les régions des Amériques, de l'Europe et du Pacifique Ouest montrent des valeurs semblables, en moyenne 67,0 ans pour les sexes réunis.

Le Canada se positionne favorablement au sein de ce classement avec une espérance de santé de 73,0 ans. Ce résultat est comparable à celui de la France et devance quelque peu celui des États-Unis d'Amérique qui affichent quant à eux un HALE de 70,0 ans (OMS, 2009).

Méthode de calcul

Valeurs de référence

Espérance de santé moyenne au Québec et espérance de santé maximale selon différentes géographies et le sexe

	Nom de l'espérance de santé	Hommes (Années)	Femmes (Années)
Pour le Québec (2005)	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS)	69,6	72,2
Parmi toutes les provinces canadiennes (2003)	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS)	69,8 (Colombie-Britannique)	72,7 (Québec)
Parmi toutes les régions sociosanitaires (2000 - 2004)	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS)	72,2 (Laval)	75,0 (Laval)
Parmi tous les CSSS (2001)	Espérance de vie sans incapacité	68,6 (RLS Côtes-des-Neiges – Metro – Parc- Extension)	74,1 (RLS Côtes-des-Neiges – Metro – Parc-Extension)
	Espérance de vie sans incapacité fréquente	71,7 (RLS des Iles-de-la- Madeleine)	76,7 (RLS de Montmagny - L'Islet)
Parmi certain pays développés (2000)	HALE de l'OMS	74,0 (Japon)	78,0 (Japon)
Pour l'indice de défavorisation (1996-1998)	Espérance de vie sans incapacité selon le quintile de défavorisation (le plus favorisé)	68,0	72,4
	Espérance de vie sans incapacité selon le quintile de défavorisation (le plus défavorisé)	53,7	58,7

Sources : Santéscope, Pampalon (2002), OMS (2009a).



Espérance de vie et espérance de santé



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Liste des tableaux et des graphiques

Évolution pour le Québec

- [Espérance de vie à la naissance totale et ajustée en fonction de l'état de santé selon le sexe, Québec, 2005](#)

Variations régionales et locales

- [Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, femmes, régions et Québec, 2003;](#)
- [Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, hommes, régions et Québec, 2003](#)
- [Espérances de vie sans incapacité et sans incapacité fréquente, à la naissance, selon le sexe, RLS, 2001](#)
- [Espérance de vie sans incapacité fréquente, par RLS du Québec, hommes, 2001](#)
- [Espérance de vie sans incapacité fréquente, par RLS du Québec, femmes, 2001](#)
- [Espérance de vie sans incapacité fréquente, par RLS du Québec, sexes réunis, 2001](#)
- [Espérance de vie sans incapacité, par RLS du Québec, hommes, 2001](#)
- [Espérance de vie sans incapacité, par RLS du Québec, femmes, 2001](#)
- [Espérance de vie sans incapacité, par RLS du Québec, sexes réunis, 2001](#)

Comparaisons canadiennes et internationales

- [Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, hommes, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2005](#)
- [Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, femmes, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2005](#)
- [Espérance de vie ajustée sur la santé à la naissance, pays et régions sélectionnés, 2007](#)
- [Healthy life expectancy, 2007](#)

Variations selon l'indice de défavorisation

- [Espérance de vie sans incapacité selon le quintile de défavorisation, Québec, 1996-1998](#)

3 - Programmes et interventions

Il n'existe pas à notre connaissance de programme qui cible spécifiquement l'amélioration de l'espérance de santé. Cependant un ensemble de programmes et d'interventions visant à améliorer l'état de santé des populations y contribuent. Dans une même perspective, les progrès médicaux, l'amélioration des conditions d'hygiène et de vie et l'adoption de saines habitudes de vie peuvent influencer à la hausse l'espérance de vie et de santé des populations.

Espérance de vie et espérance de santé

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Au Québec

L'ensemble des objectifs de santé publique énoncés dans le [Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 \(PNSP\)](#) et dans sa [mise à jour en 2008](#) constitue des cibles d'actions pour l'amélioration de la durée et de la qualité de vie des Québécois. En particulier les énoncés liés à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques.

Le Québec a fixé des objectifs de réduction de l'incidence, de la mortalité et de la morbidité liés à certaines maladies chroniques dont les maladies vasculaires cérébrales (MVC), les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme, le cancer, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose et les maladies buccodentaires. Pour y parvenir, des objectifs clairs ont été formulés :

- Réduire la mortalité par cancer du sein de 25% chez les femmes de 50 à 69 ans;
- Réduire de 30% les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- Réduire de 40% les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme;
- Réduire de 30% l'incidence du diabète de type 2 (de 40% dans les populations autochtones);
- Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28% à 22% et celle de l'obésité de 13% à 10% chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents;
- Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus;
- Réduire de 40% le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans;
- Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus.

D'autres objectifs du PNSP ciblent plus directement l'adoption de saines habitudes de vie.

- Augmenter la proportion de personnes qui rencontrent les recommandations du Guide alimentaire canadien concernant la consommation des quatre groupes alimentaires;
- Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3350 mg pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge;
- Augmenter de 5% la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;
- Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13% et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16%.

D'autres objectifs ciblent également certains facteurs environnementaux et individuels dont :

- Développement et mise en œuvre d'une politique québécoise en alimentation et nutrition;



Espérance de vie et espérance de santé



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

- Inspection quant au respect des mesures contenues dans la Loi sur le tabac, soit celles qui restreignent l'usage du tabac dans la plupart des lieux publics, celles ayant trait à la vente des produits du tabac ainsi que celles portant sur l'emballage, la promotion, la publicité et l'étalage des produits du tabac.

D'autres objectifs de santé publique et programmes sont cités dans la fiche sur les incapacités, les limitations d'activités, la santé fonctionnelle et les handicaps.

Autres provinces

Sur le plan canadien, à notre connaissance, il n'y a pas de programme spécifique à l'espérance de santé, mais un peu comme le PNSP, l'Agence de la santé publique du Canada propose maints programmes de prévention et de dépistage.

Autres pays

Ailleurs dans le monde, à l'instar du PNSP, on recense certains programmes qui ciblent des actions sur l'ensemble des principaux déterminants de la santé des populations.

Un programme danois intitulé [Increasing life expectancy through prevention](#) fait la promotion de saines habitudes de vie, en particulier, celles liées au tabagisme, à la consommation d'alcool, à la nutrition et à l'activité physique.

L'objectif principal du programme estonien [National Population Health Strategy \(Cure for All\)](#) est d'augmenter la durée de vie en santé de la population par la réduction de la mortalité prématurée et la réduction de l'apparition de maladies. Cinq sections thématiques ont été retenues :

- Inclusion sociale et égalité des chances (equal opportunities);
- Développement des jeunes et des enfants (Secure development of youth and children);
- Environnement sain – vie personnelle-travail-étude;
- Saines habitudes de vie;
- Développement d'un système de soins de santé.

Parmi les objectifs soulevés dans l'acte français [Public Health Act passing and implementation](#) on peut noter l'importance accordée à la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, la France vise l'augmentation de l'espérance de santé des personnes dans les groupes les moins favorisés et la réduction des écarts entre les groupes les plus favorisés et les moins favorisés. Pour cet objectif, la lutte contre les inégalités sociales se fera en partie en veillant à l'égalité de l'accès aux soins de santé et à l'état de santé.

4 - Pratiques régionales et locales

On retrouvera dans cette section des publications régionales et locales en lien avec cette thématique.

5 - Références

Références citées

- [Allard, Y. E., Berthelot, J.-M. et R. Wilkins. \(2004\). « Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone ». *Statistique Canada, Rapports sur la santé*, vol. 15 no 1, pp. 55-66, 82-003 au catalogue.](#)
- [Cambois, E., A. Désesquelles et J.-F. Ravaud. \(2003\). « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap ». *Population et Société. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques*, no 386, janvier, 4 p.](#)
- [Cambois, E., J.M. Robine et M. D. Hayward. \(2001\). "Social Inequality in Disability-Free Life Expectancy in the French Male Population, 1980-1991". *Demography*, vol. 38, no 4 \(novembre\), p. 513-524.](#)
- [Choinière, R. \(2009\). « Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec ». *Mémoire de maîtrise, Montréal, Université McGill*, 63 p.](#)
- [Crimmins, E.M. et Y. Saito. \(2001\). "Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970–1990: gender, racial, and educational differences". *Social Science & Medicine*, vol. 52, no 11 \(juin\), pp. 1629-1641.](#)
- [Émond, A. et C. Davely. \(1992\). « Utilité d'un indicateur d'espérance de vie en bonne santé pour le Québec ». In Robine, J.M., Blanchet, M. et J.E. Dowd. « Espérances de santé ». *INSERM, Paris*, p. 293-297.](#)
- [Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. \(2006\). « Portrait de santé du Québec et ses régions 2006 : Les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population ». Québec, Gouvernement du Québec. 659 p.](#)
- [Last, J. M. \(2004\). « Dictionnaire d'épidémiologie ». 4^e Édition, Paris, Edisem. 306 p.](#)
- [Martel, S. et R. Choinière. \(2007\). « Une estimation du fardeau de différentes maladies chroniques à partir de l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé » *Institut national de santé publique du Québec*, 31 p.](#)
- [Martel L., A. Bélanger et J.-M. Berthelot. \(2000\). « L'effet du tabagisme sur l'espérance de vie sans incapacité au Canada ». *Rapport sur l'état de la population du Canada. Ottawa, ministre de l'Industrie \(Statistique Canada, no 91-209-XPE\)*.](#)
- [Martel, L. et A. Bélanger. \(1999\). « Une analyse de l'évolution de l'espérance de vie sans dépendance au Canada entre 1986 et 1996 ». *Rapport de l'état de santé de la population*](#)

Espérance de vie et espérance de santé



[Problématique / Indicateurs de santé et de bien être / Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales / Références / Informations complémentaires](#)

- [canadienne 1998-1999, Ottawa, ministre de l'Industrie, p. 164-186 \(Statistique Canada, no 91-209-XPE\).](#)
- [Ministère de la Santé et des Services sociaux. \(2008\). « Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008 ». Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 103 p.](#)
 - [Ministère de la Santé et des Services sociaux. \(2003\). « Programme national de santé publique 2003-2012 ». Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 133 p.](#)
 - [Ministère de la Santé et des Services sociaux. \(2004\). « Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé ». Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 104 p.](#)
 - [Ministère de la Santé et des Services sociaux. \(2010\). « Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion ». Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 35 p.](#)
 - [Murray, C. J. L., J. A. Salomon et C. Mathers. \(2000\). « Examen critique des mesures synthétiques de l'état de santé des populations ». *Bulletin of the World Health Organization*, 78 \(8\), p. 981-994.](#)
 - [Organisation mondiale de la santé. \(2009a\). *Healthy life expectancy, 2007* \(L'onglet 1 de ce fichier xls contient les données du HALE\)](#)
 - [Organisation mondiale de la santé, 2009b.](#)
 - [Organisation mondiale de la santé. \(2001\). « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ». Genève, Suisse, ISBN-13 9789242545425, 307 p.](#)
 - [Pampalon, R., R. Choinière et M. Rochon. \(2001\). « L'espérance de santé au Québec ». In *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998, chapitre 16*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 399-420.](#)
 - [Pampalon, R. \(2002\). « Espérance de santé et défavorisation, 1996-1998 ». Québec : Institut national de santé publique du Québec, 11 p. \[En ligne\]. Page consultée le 26 novembre 2010.](#)
 - [Philibert, M., R. Pampalon et R. Choinière. \(2007\). « L'espérance de santé au Québec : Revue des différentes estimations pour 1986 à 2003 ». Québec : Institut de santé publique du Québec, 23 p.](#)
 - [Robine, J.-M., I. Romieu et E. Cambois. \(1999\). « Les indicateurs d'espérance de santé ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, Recueil d'articles, no.1, p. 107-111.](#)
 - [Robine, J.-M. \(1996\). « Les espérances de vie en santé au service de la mesure de l'état de santé des populations ». *Cahiers québécois de démographie*, 25\(2\), p. 179-210.](#)
 - [Robine, J.-M., D. Bucquet et K. Ritchie. \(1991\). « L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps : vingt ans de calcul ». *Cahiers québécois de démographie*, 20\(2\) : p. 205-235.](#)

Espérance de vie et espérance de santé

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

- [Statistique Canada. \(2009\). Tableau 102-0121 : Espérance de vie en fonction de la santé, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, occasionnel \(années\), CANSIM \(base de données\).](#)
- [Statistique Canada et ICIS. \(2008\). « Indicateurs de la santé 2008 ». Ottawa, ministre de l'industrie, \(Statistique Canada, no 82-221-XIF\).](#)
- [Sullivan. D.F. \(1971\). « A Single Index of Mortality and Morbidity ». *HSMHA Health Report*, 86: 347-354.](#)
- Thuriaux, M. (1992). « L'espérance de vie sans incapacité et la classification internationale des handicaps »: déficiences, incapacités et désavantages – instrument de travail pour l'OMS ». In Robine, J.M., Blanchet, M. et J.E. Dowd. « Espérances de santé ». INSERM, Paris, p. 299-307.
- Van Oyen, H., Bossuyt, N., Deboosere, P. Gadeyne, S., Abatih, E. et S. S. Demarest. (2005). "Differential inequity in health expectancy by region in Belgium". *Soz.-Präventivmed.* 50, p. 301-310.
- Wilkins, R., J. Chen et E. NG. (1994). "Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991". *Advances in health expectancies: Proceeding of 7th Meeting of the International Network on Health Expectancies, sous la dir. de Mathers, C., Maccalum, J., et Robine. J.-M. (REVES).* Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, p.115-132.
- Wilkins, R. et O. B. Adams. (1983) "Healthfulness of Life: A Unified View of Mortality, Institutionalization, and Non-institutionalized Disability in Canada, 1978". *The Institute for Research on Public Policy*, Montréal, p. 151.
- [Zeng, Y., Vaupé, J.W., Xiao, Z., Zhang, C., Liu, Y. \(2001\). « L'enquête sur la longévité en bonne santé: l'espérance de vie sans incapacité des personnes très âgées en Chine ». *Population \(french edition\) : Perspectives biodémographiques de la longévité humaine*, 56^e année, no 1-2, p.109-131.](#)

Recherches documentaires

- PUBMED : [Espérance de santé \(Health expectancy\).](#)
- PUBMED : [Espérance de vie en santé \(Healthy life expectancy\).](#)
- PUBMED : [Espérance de vie ajustée sur la qualité \(Quality-adjusted life years\).](#)
- PUBMED : [Espérance de vie sans incapacité \(Disability-free life expectancy\).](#)

Groupe de discussion

- [Reves : Réseau Espérance de Vie en Santé](#)

Auteure : Karine Garneau

Révision scientifique :

Révision linguistique : Marie-Claire Hevor



Informations complémentaires

Enquêtes transversales

Les enquêtes transversales mesurent un phénomène à un moment précis dans le temps, par exemple l'année de l'enquête. On obtient des prévalences observées à partir de ces données.

Enquêtes longitudinales

Les enquêtes longitudinales mesurent un phénomène dans une cohorte. Les répondants sont interrogés sur le même phénomène à plusieurs reprises dans le temps, au moins à deux reprises, ces données permettent de calculer des taux d'incidence.

Espérance de vie en bonne santé (EVBS)

(Wilkins et Adam, 1983)

L'EVBS définit l'état de santé à partir de six niveaux de gravité créés à l'aide de plusieurs questions contenues dans *l'Enquête sociale générale* (ESC) réalisée en 1978-1979. Les différentes catégories permettant de décrire l'état de santé sont « l'institutionnalisation à long terme », « l'impossibilité de s'adonner à une activité principale », une restriction « mineure » ou « majeure » dans l'activité principale, « l'invalidité à court terme » et « aucune restriction des activités ». La méthode de Sullivan a été utilisée.

Espérance de vie sans incapacité et sans incapacité modérée ou grave (EVSI)

(Pampalon et collab., 2001)

L'EVSI mesurée à partir de *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités* (EQLA) de 1998 traduit l'incapacité selon plusieurs questions portant sur les activités de la vie quotidienne. Le résultat est exprimé selon cinq degrés de sévérité : « sans incapacité », « incapacité légère », « incapacité modérée », « incapacité grave », « en institution ». La méthode de Sullivan a été employée.

Espérance de vie sans désavantage et sans dépendance

(Pampalon et collab., 2001)

L'espérance de vie sans désavantage et sans dépendance a été obtenue à l'aide de plusieurs questions portant sur les activités de la vie quotidienne contenues dans *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités* (EQLA) de 1998. Six niveaux de gravité traduisent l'état de santé soit « sans désavantage », « limitations dans d'autres activités sans dépendance », « limitations dans l'activité principale sans dépendance », « dépendance légère », « dépendance modérée », « dépendance forte ». La méthode de Sullivan a été utilisée.

Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS)

(Santésco - Volet : Évolution pour le Québec)

(Santésco - Volet : Comparaisons canadiennes)

L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé est obtenue à partir de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). L'état de santé est mesuré à l'aide de l'indice de l'état de santé fonctionnelle produit à partir de questions portant sur huit attributs de l'état de santé fonctionnelle. Le

score dérivé varie entre -0,360 (état pire que la pire) et 1 (la santé parfaite). L'espérance de santé est calculée à l'aide d'une méthode de Sullivan modifiée consistant à appliquer aux années vécues de la table de mortalité, les scores d'état de santé.

L'espérance de vie sans incapacité et sans incapacité fréquente (Santéscope - Volet : Atlas par RLS)

Dans le recensement de 2001, le concept d'incapacité est dérivé à partir d'une question portant sur les incapacités et d'une autre portant sur les limitations d'activités. La méthode de Sullivan est employée.

Questions du recensement canadien de 2001 utilisées dans le calcul de cette espérance de santé:

- Avez-vous de la difficulté à entendre, voir, communiquer, marcher, monter un escalier, vous pencher, apprendre ou faire d'autres activités semblables?
- Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé réduit la quantité ou le genre d'activités que cette personne peut faire soit à la maison, soit au travail ou à l'école, soit dans d'autres activités, par exemple dans les déplacements ou les loisirs ?

Healthy life expectancy (HALE)

L'OMS a employé plus de 50 sources de données pour obtenir une estimation de la prévalence des problèmes de santé dans 193 pays. Pour plus d'informations sur la méthode de calcul utilisée pour produire le HALE, veuillez vous référer au site suivant :

http://www.who.int/whosis/indicators/WHS09_IndicatorCompendium_20090701.pdf

L'indice de défavorisation

L'indice de défavorisation est une mesure permettant l'étude des inégalités sociales de santé. L'indice est basé sur six indicateurs répartis selon deux dimensions, l'une matérielle et l'autre sociale. La dimension matérielle reflète les variations de la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, du rapport emploi/population et du revenu moyen personnel. La dimension sociale traduit principalement les variations de la proportion de personnes séparées, veuves ou divorcées, de personnes vivant seules et de familles monoparentales.

La population est répartie en quintiles de défavorisation (groupes de 20 %), du plus favorisé (quintile 1) au plus défavorisé (quintile 5) pour chacune des deux dimensions, puis les deux dimensions sont croisées de manière à identifier à la fois la population la plus favorisée sur l'une et l'autre des dimensions (quintiles 1 et 1) et la population la plus défavorisée sur l'une et l'autre des dimensions (quintiles 5 et 5). Au Québec, chaque quintile de défavorisation compte environ 1 500 000 individus et près de 325 000 personnes se retrouvent dans le groupe des plus défavorisées aux plans matériel et social (Pampalon, 2002).

L'espérance de vie sans incapacité

Le concept d'incapacité retenu dans cet exercice correspond aux conséquences fonctionnelles de la maladie et peut être défini comme la restriction totale ou partielle, depuis au moins six mois, de certaines fonctions telles qu'entendre, parler ou marcher. L'auteur distingue les formes légères, modérées et sévères d'incapacité. *L'Enquête sociale et de santé* et *L'Enquête sur les limitations d'activités du Québec* de 1998 ont été utilisées (Pampalon, 2002).



EVAS selon le tercile de revenu (Statistique Canada 2009) ↷

L'espérance de vie en fonction de la santé est un indicateur plus général que l'espérance de vie parce qu'il introduit le concept de qualité de la vie. L'espérance de vie en fonction de la santé est le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé étant donné les conditions courantes de morbidité et de mortalité. Pour calculer l'espérance de vie en fonction de la santé, on se sert de l'indice d'état de santé (HUI - Health Utility Index) pour attribuer un poids plus élevé aux années vécues en bonne santé qu'à celles vécues en mauvaise santé. Donc, l'espérance de vie en fonction de la santé n'est pas seulement une mesure du nombre d'années de vie, mais aussi une mesure de la qualité de vie.

Le calcul de l'espérance de vie en fonction de la santé selon le tercile de revenu est fondé sur la méthode écologique qui consiste à classer les secteurs de dénombrement par tercile de revenu d'après le revenu du ménage provenant du Recensement de 1996. (Statistique Canada 2009). Le premier tercile correspond au premier tiers des personnes dont le revenu est le plus faible, le second tercile au groupe de revenu intermédiaire et le troisième tercile et tiers des personnes dont le revenu est le plus élevé.

Déterminants de la santé

Parmi les **caractéristiques individuelles**, l'analyse selon l'âge et le sexe révèle des différences importantes. Ces deux composantes permettent d'observer que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais aussi, plus longtemps en présence d'une forme d'incapacité. Tant le nombre que la sévérité des problèmes de santé augmentent avec l'âge, en particulier chez les femmes (Cambois, Désesquelles, Ravaud, 2003). On remarque également des différences en termes d'années de vie et d'années vécues en santé selon l'origine ethnique. Des écarts d'espérance de vie et d'espérance de santé sont notés au Canada entre les populations autochtones et non autochtones de même qu'aux États-Unis entre les différentes communautés ethniques représentées sur le territoire (Allard et collab., 2004; Crimmins et Saito, 2001). Les non autochtones affichent des espérances de santé plus favorables que les autochtones de même que les caucasiens lorsque comparés aux personnes d'origine afro-américaine.

Du côté des **habitudes de vie**, l'usage du tabac a été utilisé dans le calcul d'espérance de santé. Comparativement aux non-fumeurs, les fumeurs comptent moins d'années de vie et de santé (Martel et collab., 2000).

Plusieurs auteurs ont pu démontrer les relations entre les **caractéristiques socioéconomiques** de différents sous-groupes de la population et les mesures d'espérance de santé. Le revenu, l'occupation, le niveau de scolarité sont autant de caractéristiques socioéconomiques employées pour décrire les disparités de vie et de santé au sein de la population. De façon générale, les personnes les moins favorisées, selon ces attributs, vivent moins longtemps et sont moins en santé que les plus favorisés (Cambois, Robine et Hayward, 2006; Robine, Romieu et Cambois, 1999; Pampalon, 2002; Zeng et collab., 2001; Van Oyen et collab., 2005).

L'**état de santé globale** de la population affecte également les niveaux d'espérance de santé. L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé en l'absence de certaines maladies a permis d'estimer le fardeau associé à des maladies chroniques, telles que les tumeurs malignes, les maladies vasculaires cérébrales, les maladies hypertensives, les troubles mentaux et du comportement et le diabète (Martel et Choinière, 2007). Parmi les principaux résultats, on note que l'élimination des

tumeurs malignes permettrait des gains importants en années de vie et que l'élimination des troubles mentaux et du comportement engendrerait des gains en années de santé.

Finalement, l'analyse des caractéristiques socioéconomiques à l'échelle des **communautés locales** est réalisée à l'aide de différents indices, dont l'indice de défavorisation et l'indice de revenu. Ces indicateurs laissent entrevoir les écarts de santé entre les populations favorisées et défavorisées. Les groupes les plus favorisés présentent généralement une meilleure espérance de santé (Pampalon, 2002; Statistique Canada, 2009).

Espérances de vie sans incapacité et sans incapacité fréquente, à la naissance, selon le sexe, RLS, 2001

	Valeurs inférieures selon le territoire (Années)		Valeurs supérieures selon le territoire (Années)	
Espérance de vie à la naissance				
Hommes	60,1	RSS du Nunavik	80,3	RLS de Pierrefonds - Lac Saint-Louis
Femmes	67,7	RSS du Nunavik	86,8	RLS de Kawawachikamach
Sexes réunis	63,8	RSS du Nunavik	82,4	RLS du Nord de l'île - Saint-Laurent
Espérance de vie sans incapacité				
Hommes	51,1	RSS du Nunavik	68,6	RLS de Côte-des-Neiges - Métro - Parc-Extension
Femmes	56,7	RSS du Nunavik	71,7	RLS des Îles-de-la-Madeleine
Sexes réunis	53,9	RSS du Nunavik	69,6	RLS des Îles-de-la-Madeleine
Espérance de vie sans incapacité fréquente				
Hommes	55,7	RSS du Nunavik	74,1	RLS de Côte-des-Neiges - Métro - Parc-Extension
Femmes	62,0	RSS du Nunavik	76,7	RLS de Montmagny-L'Islet
Sexes réunis	58,8	RSS du Nunavik	75,4	RLS de Côte-des-Neiges - Métro - Parc-Extension

Source : Site Santéscope, 2009.



Espérance de vie ajustée sur la santé à la naissance, pays et régions sélectionnés, 2007

	Hommes (Années)	Femmes (Années)	Sexes réunis (Années)
Valeurs minimum et maximum			
Minimum	34 (Sierra Leone)	36 (Afghanistan)	35 (Sierra Leone)
Maximum	74 (Japon)	78 (Japon)	76 (Japon)
Valeurs moyennes au sein de regroupements régionaux			
Régions africaines	45	46	45
Régions des Amériques	65	69	67
Régions du Sud-Est asiatique	56	57	57
Régions Européennes	64	70	67
Région de la Méditerranée orientale	55	57	56
Région du Pacifique occidental	65	69	67
Estimations selon le groupe de revenu			
Faible revenu	48	49	49
Bas moyen revenu	60	62	61
Haut moyen revenu	58	63	61
Revenu élevé	68	72	70
Pays sélectionnés			
Canada	71	75	73
France	71	76	73
États-Unis d'Amérique	68	72	70

Source : OMS (2009a).

Méthodes de calcul

Sources de données

Le calcul de l'espérance de santé repose sur des données concernant la mortalité et l'état de santé de la population, tant à domicile qu'en établissement de santé.

La composante mortalité permet le calcul de la table de mortalité et des espérances de vie. Les données utilisées pour ces calculs sont le fichier de décès, de naissances et les estimations de population.

L'information sur l'état de santé des personnes à domicile est tirée d'enquêtes et de recensements. Parmi les principales sources, on retrouve *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités* (EQLA) produite pour le Québec en 1998 et différentes enquêtes canadiennes dont *l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités* (ESLA) réalisée en 1986 et 1991 et l'Enquête de santé dans les collectivités

canadiennes (ESCC) produite depuis 2000-2001. Les recensements canadiens de 1996, 2001 et 2006 fournissent également des données sur la qualité de vie à domicile. Chacune de ces sources propose des concepts de santé différents, tels que la dépendance, l'incapacité et les limitations d'activité, qui peuvent être utilisés pour le calcul des espérances de santé.

L'indicateur requière également de l'information sur l'état de santé des personnes en établissement de santé. Toutefois, les enquêtes de santé ne s'adressent généralement pas à cette population. Pour pallier ce manque d'information, les chercheurs utilisent la proportion de personnes en établissement de santé provenant des recensements ou de fichiers institutionnels et doivent émettre des hypothèses quant à leur état de santé. Les chercheurs posent généralement l'hypothèse que les personnes en établissement de santé souffrent de problèmes d'intensité modérée ou grave (Pampalon et collab., 2001; INSPQ et collab., 2006).

Plus d'informations sur les [concepts](#) et les [méthodes de calculs](#) sont présentées dans les sections suivantes.

Concepts utilisés pour évaluer la santé

Les notions de handicap, incapacité, dépendance, désavantage et limitation fonctionnelle sont autant de concepts de santé qu'il est possible d'associer aux espérances de santé. La définition des concepts utilisés pour qualifier l'état de santé s'appuie sur la Classification internationale du fonctionnement (CIF) de l'OMS (OMS, 2001) ou d'autres cadres conceptuels permettant de définir la santé (Philibert et collab., 2007). Dans les faits, les chercheurs doivent composer avec les définitions de l'état de santé proposées par les sources de données disponibles.

À titre indicatif, l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* (EQLA) réalisée en 1998 contient une mesure d'incapacité qui a donné lieu au calcul de l'espérance de vie sans incapacité et selon différents degrés (Pampalon et collab., 2001). L'*Enquête de santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) produite depuis 2000-2001 inclue une mesure de l'état de santé nommée l'indice de l'état de santé fonctionnelle. Cet indice est employé dans le calcul de l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (INSPQ et collab., 2006).

Pour en connaître davantage sur les concepts de santé utilisés au Québec, nous vous suggérons de consulter la [fiche sur les handicaps, les incapacités, les limitations d'activités, et la santé fonctionnelle](#). De plus, un rapport préparé par Philibert et collab. (2007) dresse un portrait exhaustif des différences conceptuelles et méthodologiques des espérances de santé produites pour le Québec entre 1986 et 2003. Le rapport donne à la fois un aperçu des mesures disponibles et de l'utilisation des concepts de santé qui est faite au Québec.

Méthodes de calcul communément utilisées

Trois méthodes de calcul d'espérances de santé sont communément utilisées : la méthode de la table de survie à prévalence observée, la méthode de la table à double extinction et la méthode de la table de survie multi-état (Robine et collab., 1991). Au Québec comme dans la plupart des pays, les espérances de santé sont calculées à l'aide de la première méthode, également appelée la méthode de Sullivan (Sullivan, 1971), car elle nécessite des données de prévalence observée issues [d'enquêtes transversales](#), contrairement aux deux autres méthodes qui utilisent des données d'incidence provenant [d'enquêtes longitudinales](#).



La méthode de Sullivan consiste à appliquer aux années vécues de la table de mortalité les prévalences observées de l'état de santé, ce qui produit des espérances de vie dans les différents états de santé mesurés (Robine et collab., 1991). Pour plus d'information sur la méthode de calcul, veuillez consulter l'annexe 9 du [Portrait de santé du Québec et ses régions, 2006](#).

Comparabilité des indicateurs

Afin de réaliser une comparaison « valide » de deux estimations d'espérances de santé, il est essentiel de s'assurer que les concepts de santé et les méthodes de calculs sont comparables. Il en est de même si l'on souhaite suivre l'évolution des espérances de santé dans le temps. En raison des améliorations constantes apportées aux outils de cueillette et aux plans de sondage, peu d'enquêtes sont effectivement comparables dans le temps.

Au Québec, malgré quelques différences, les données de l'ESLA de 1986 ont été comparées à celles de l'EQLA de 1998 (Pampalon et collab., 2001). À l'échelle canadienne, les données de *l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités* (ESLA) de 1986 ont été comparées à celles de l'ESLA de 1991 (Wilkins et collab., 1994). Les données des éditions 2001 et 2006 de *l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités* (EPLA) peuvent être utilisées aux fins de comparaison dans le temps et entre les régions canadiennes. En ce qui concerne les recensements canadiens, les questions portant sur l'incapacité ont été modifiées en 2001. Ainsi, les données du recensement de 2001 et de 2006 sont comparables dans le temps.

RÉFÉRENCES

- [Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. 2006. « Portrait de santé du Québec et ses régions 2006 : Les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population ». Québec, Gouvernement du Québec. 659 p.](#)
- Organisation mondiale de la santé. 2001. « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ». Genève, Suisse, ISBN-13 9789242545425 p. 307.
- [Pampalon, R., R. Choinière et M. Rochon. 2001. « L'espérance de santé au Québec ». In *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998, chapitre 16*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 399-420.](#)
- [Philibert, M., R. Pampalon et R. Choinière. 2007. « L'espérance de santé au Québec : Revue des différentes estimations pour 1986 à 2003 ». Québec : Institut de santé publique du Québec, 23 p.](#)
- [Robine, J.-M., D. Bucquet et K. Ritchie. 1991. « L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps : vingt ans de calcul ». *Cahiers québécois de démographie*, 20\(2\) : p. 205-235.](#)
- [Statistique Canada et ICIS, 2008. « Indicateurs de la santé 2008 ». Ottawa, ministre de l'industrie, \(Statistique Canada, no 82-221-XIF\).](#)
- Sullivan. D.F. 1971. « A Single Index of Mortality and Morbidity ». *HSMHA Health Report*, 86: 347-354.
- Wilkins, R., J. Chen et E. NG. 1994. « Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991 ». *Advances in health expectancies: Proceeding of 7th Meeting of the International Network on Health Expectancies, sous la dir. de Mathers, C., Maccalum, J., et Robine. J.-M. (REVES)*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, p.115-132.