

L'étude canadienne de suivi de la mortalité à partir du recensement, 1991 à 2001: appariements probabilistes au service de la connaissance des inégalités de santé

Présenté par : **Russell Wilkins**, Statistique Canada

Résumé effectué par : **Annie Benoit**, étudiante à la maîtrise, Université de Sherbrooke

La question de recherche de cette étude est : quels sont les facteurs associés aux inégalités socioéconomiques de mortalité au Canada? Pour cette étude, des données du recensement de 1991, de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) ainsi que de la base de données de mortalité (BDCM) pour la période 1991 à 2001 ont été fusionnées. Afin d'obtenir un nombre suffisant de variables pour rendre possible ce jumelage de bases et de s'assurer que le couplage des données a bien été réalisé, l'appariement avec des données des déclarations d'impôts de 1990-1991 (code postal, sexe, date de naissance, état civil) a été effectué. En conséquence de la nature de l'étude et des données requises, cette étude a reçu une révision éthique et un examen par des pairs exhaustifs, une douzaine de groupes ayant participé à son évaluation.

Une contrainte de cette recherche est liée au fait que les non-répondants au recensement, les gens de moins de 25 ans, ceux qui n'avaient pas complété leur déclaration d'impôt en 1990-1991 ou qui étaient hébergés en établissement étaient exclus au départ. Aussi, des informations sur la santé et les facteurs de risques liés aux comportements qui auraient été pertinents de considérer n'étaient pas disponibles.

Sur les 2 735 152 personnes qui ont rempli le questionnaire complet du recensement de 1991 (15% de la population adulte), 76% étaient admissibles et 260 820 décès ont été dénombrés. L'espérance de vie restante à 25 ans était moins élevée pour les hommes et pour les répondants des quintiles de revenus plus faibles (selon le revenu familial et le revenu du voisinage).

Toutes causes de mortalité confondues, une association entre la mortalité et le niveau de scolarité a été notée : par exemple, le risque relatif de mortalité des hommes ne possédant pas un diplôme de niveau secondaire différait de ceux ayant un grade universitaire (RR = 1.75). De plus, ce risque était plus marqué chez les hommes de moins de 55 ans. Ce même profil entre la mortalité et la scolarité a été identifié chez les femmes, et le niveau de scolarité influençait la mortalité de façon similaire pour les 2 sexes. De plus, lorsque comparées aux individus possédant un grade universitaire, les deux causes les plus élevées de mortalité excédentaire chez ceux ne possédant pas un diplôme d'études secondaires étaient d'ordre circulatoire (plus élevé chez les femmes) suivi par les cancers (pas de différence entre les sexes).

La mortalité en fonction de la profession (ajusté pour l'âge) a été étudiée. Ainsi, un niveau de compétence plus élevé était associé à un risque relatif de mortalité inférieur (la catégorie de référence étant les professionnels). Le risque relatif de mortalité était le plus élevé pour les personnes non occupées (RR = 2.3 chez les hommes et 1.9 chez les femmes) et chez le personnel non spécialisé (hommes : RR = 1.7 ; femmes : RR = 1.5).

La grande contribution de ce projet a été de créer la possibilité d'étudier des sous-groupes moins souvent représentés puisqu'un grand échantillon était disponible. Ainsi, en tenant compte de l'âge, les chercheurs ont identifié que le risque relatif de mortalité était plus faible chez l'ensemble des minorités visibles que chez les « Blancs », et cet effet protecteur était le plus fort chez le groupe provenant de l'Amérique latine (RR = 0.5). D'autre part, la probabilité de survie au-delà de 25 ans chez les hommes et les femmes vivant une situation de précarité au niveau du logement ainsi que chez les itinérants se trouve en dessous de celle des individus du quintile le plus pauvre, et parmi ce sous-groupe, la consommation d'alcool a été identifiée comme le déterminant majeur.

En offrant la possibilité d'étudier des groupes restreints possédant des caractéristiques moins fréquentes, ce projet d'envergure permet la réalisation de nombreux autres projets portant sur les inégalités de la santé en fonction de variables telles que la scolarité, la profession, l'appartenance ethnique, le statut d'autochtone, la langue ou le logement. Le jumelage de ces différentes sources de données a donc contribué à améliorer la compréhension de l'influence d'inégalités socioéconomiques sur la santé et la mortalité de la population canadienne.