

**ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ÉVITABLE AU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN
(2000 À 2014)**

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

Septembre 2017

ANALYSE ET RÉDACTION

René Lapierre, agent de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique

RÉVISION DU CONTENU

Emmanuelle Arth, agente de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique

Ann Bergeron, médecin-conseil responsable en surveillance de l'état de santé de la population, Direction de santé publique

Fabien Tremblay, agent de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique

TRAITEMENT DES DONNÉES

Maxime Lévesque, analyste en informatique, Direction de santé publique

RELECTURE

Audrey Bolduc, adjointe à la direction, Direction de santé publique

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean à l'adresse suivante : www.santesaglac.com

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN (version PDF) : 978-2-550-78396-1

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Gouvernement du Québec, 2017

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6	ANALYSE PAR SOUS-RÉGION	27
MÉTHODOLOGIE.....	7	La population masculine	27
L'approche conceptuelle	7	La population féminine	29
Le choix des causes de décès évitables	8	DISCUSSION ET CONCLUSION	30
Le traitement des données.....	8	Comparaison avec d'autres études similaires.....	30
Les comparaisons temporelles	8	Le lien avec les facteurs de risque et les environnements favorable	31
LA MORTALITÉ ÉVITABLE PENDANT LA PÉRIODE 2010-2014.....	9	L'évolution future de la mortalité évitable	32
Des différences hommes / femmes importantes.....	9	Des écarts toujours présents.....	33
Les principales causes de décès évitables chez les hommes	10	Réduction de la mortalité prématurée et qualité de vie	33
Les principales causes de décès évitables chez les femmes	11	Les limites méthodologiques.....	34
ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ÉVITABLE SELON LE SEXE.....	12	BIBLIOGRAPHIE.....	35
La mortalité évitable attribuable aux cancers.....	14	Annexe 1 : Liste des causes de décès pour l'indicateur de mortalité évitable.....	37
La mortalité évitable attribuable aux maladies cardiovasculaires	16		
La mortalité évitable attribuable aux traumatismes non intentionnels et au suicide.....	18		
La mortalité évitable attribuable aux maladies respiratoires	20		
ANALYSE PAR GROUPES D'ÂGE	22		
Les 0-4 ans	22		
Les 5-14 ans	22		
Les 15-24 ans	23		
Les 25-44 ans	24		
Les 45-64 ans	24		
Les 65-74 ans	25		
En bref	26		

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Répartition de la mortalité évitable chez les hommes selon la cause de décès, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2010-2014.....	10	Tableau 7 :	Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux maladies respiratoires évitables selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014.....	21
Tableau 2 :	Répartition de la mortalité évitable chez les femmes selon la cause de décès, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2010-2014.....	11	Tableau 8 :	Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 0 à 4 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014	22
Tableau 3 :	Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux causes de décès évitables selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014.....	13	Tableau 9 :	Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 5 à 14 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014	23
Tableau 4 :	Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux cancers évitables selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014.....	15	Tableau 10 :	Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 15 à 24 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014.....	23
Tableau 5 :	Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux maladies cardiovasculaires évitables selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014	17	Tableau 11 :	Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 25 à 44 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014.....	24
Tableau 6 :	Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux traumatismes non intentionnels (TNI) évitables selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014	19	Tableau 12 :	Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 45 à 64 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014.....	25
			Tableau 13 :	Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 65 à 74 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014.....	25

Tableau 14 : Évolution de la mortalité évitable, hommes de moins de 75 ans, sous-régions du Saguenay et du Lac-Sain-Jean, 2000-2004 et 2010-2014.....	28
---	----

Tableau 15 : Évolution de la mortalité évitable, femmes de moins de 75 ans, sous-régions du Saguenay et du Lac-Sain-Jean, 2000-2004 et 2010-2014.....	29
---	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre général pour l'analyse des indicateurs de mortalité prématurée	7
---	---

Figure 2 : Répartition de la mortalité globale selon le caractère prématuré et évitable du décès, Saguenay–Lac-Saint-Jean, sexes réunis, 2010-214	9
---	---

Figure 3a : Taux ajusté de mortalité pour l'ensemble des causes évitables, hommes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014	12
---	----

Figure 3b : Taux ajusté de mortalité pour l'ensemble des causes évitables, hommes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014	12
---	----

Figure 4a : Taux ajusté de mortalité pour les principaux cancers évitables, hommes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014	14
--	----

Figure 4b : Taux ajusté de mortalité pour les principaux cancers évitables, femmes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014.....	14
---	----

Figure 5a : Taux ajusté de mortalité pour les principales maladies cardiovasculaires évitables, hommes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014.....	16
---	----

Figure 5b : Taux ajusté de mortalité pour les principales maladies cardiovasculaires évitables, femmes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014.....	16
---	----

Figure 6a : Taux ajusté de mortalité pour les traumatismes non intentionnels (TNI) et le suicide, hommes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014.....	18
---	----

Figure 6b : Taux ajusté de mortalité pour les traumatismes non intentionnels (TNI) et le suicide, femmes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 200-2004 à 2010-2014.....	18
--	----

Figure 7a : Taux ajusté de mortalité attribuable aux maladies respiratoires, hommes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014.....	20
--	----

Figure 7b : Taux ajusté de mortalité attribuable aux maladies respiratoires, femmes, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014.....	20
--	----

INTRODUCTION

« Il faut bien mourir de quelque chose ». Cette phrase, souvent entendue, souligne le caractère inéluctable du décès. Cependant, la hausse continue de l'espérance de vie dans les sociétés occidentales démontre bien qu'il est possible de repousser de plus en plus loin ce moment fatidique.

Le concept de mortalité prématurée découle, en quelque sorte, de cette prémisse. Dans les sociétés occidentales, ce concept réfère généralement aux décès qui surviennent avant l'âge de 75 ans.

Les indicateurs de mortalité prématurée sont utiles et pertinents en santé publique, notamment parce qu'une part importante de la mortalité prématurée est considérée comme évitable. Dans cette optique, ces indicateurs permettent de mesurer le chemin parcouru en ce qui a trait à l'objectif de réduire la mortalité évitable. Ils servent aussi « à orienter les initiatives de promotion de la santé, de prévention des maladies et d'établissement de politiques, en plus d'indiquer les secteurs auxquels apporter des améliorations afin de réduire la mortalité » (Institut canadien d'information sur la santé, 2012 : 3).

Ainsi, mesurer les gains ou les reculs réalisés en ce qui a trait à la mortalité évitable, à la fois globalement, mais aussi pour les principales causes de décès et certains sous-groupes de la population, permet d'évaluer dans quelle mesure, en tant que société, nous avons su mettre en place des conditions favorables à la santé : création d'environnements sains et sécuritaires, accès à des soins de santé et des traitements plus efficaces, prise en charge adéquate des problèmes, etc.

En ce sens, le présent document vise à alimenter la réflexion des décideurs, gestionnaires et intervenants du réseau quant à l'objectif général de maintien et d'amélioration de l'état de santé de notre population, objectif auquel la réduction de la mortalité prématurée et évitable contribue.

Le document aborde, en premier lieu, les aspects méthodologiques de la démarche. Les résultats sont ensuite présentés en traçant d'abord un portrait de la mortalité évitable pour la période la plus récente disponible (2010-2014), séparément pour les hommes et les femmes. L'évolution observée depuis la période 2000-2004 est ensuite décrite. Suit une analyse de la mortalité évitable et de son évolution pour les principaux groupes d'âges et les deux sous-régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le document se termine par une discussion concernant les principaux constats tirés de l'analyse des données.

MÉTHODOLOGIE

L'approche conceptuelle

L'approche conceptuelle utilisée dans ce document reprend intégralement celle développée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en collaboration avec Statistique Canada, pour l'analyse de la mortalité dite évitable (ICIS, 2012).

Le concept de mortalité prématurée implique que l'on considère comme prématurés les décès qui surviennent avant un certain âge. L'âge habituellement retenu tient compte en principe de l'espérance de vie. « À l'introduction du concept, l'âge maximal pour qu'un décès soit considéré comme prématuré était de 65 ans. Puis, l'espérance de vie ayant augmenté dans les pays développés, l'âge maximal de 75 ans a été établi. Aujourd'hui, cet âge est encore en vigueur, mais on le considère encore comme arbitraire, puisque certains décès chez les personnes de plus de 75 ans pourraient être évités. » (ICIS, 2012 : 7).

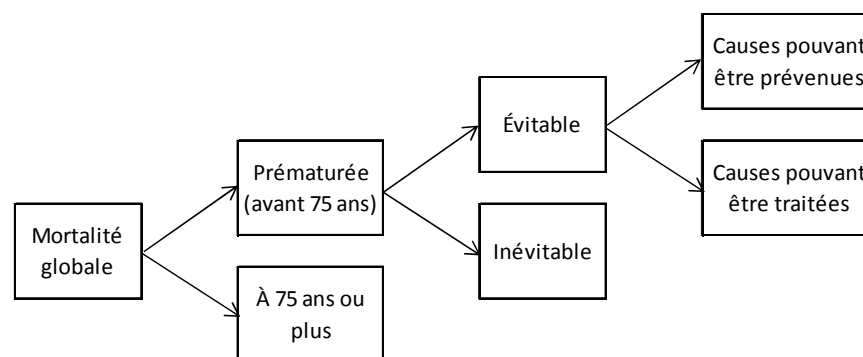
La mortalité prématurée, donc celle qui survient avant l'âge de 75 ans, se subdivise en deux groupes : la mortalité dite évitable et la mortalité inévitable (figure 1).

« La mortalité évitable désigne les décès prématurés qui ne devraient pas se produire avec la prestation de soins de santé opportuns et efficaces ou la mise en place de pratiques, de programmes et de politiques de santé publique appropriés. Ce concept repose sur l'idée qu'il est possible d'éviter certains décès soit en prévenant l'apparition de la maladie [...], soit en prévenant ou en retardant le décès après l'évolution de la maladie. » (ICIS, 2012 : 3).

« La mortalité évitable se limite donc aux causes de décès pour lesquelles les mécanismes de réduction de la mortalité sont connus, ce qui accroît « l'exploitabilité » de la mesure par rapport à une mesure globale de la mortalité prématurée. » (ICIS, 2012 : 4).

La mortalité évitable a été subdivisée en deux groupes distincts, selon que la cause de décès peut être prévenue ou traitée.

Figure 1
Cadre général pour l'analyse des indicateurs de mortalité prématurée



Source : Institut canadien d'information sur la santé (2012), adapté de Tobias (2009).

La mortalité de causes pouvant être prévenues comprend les décès attribuables à des maladies dont les facteurs de risque modifiables sont importants et bien établis, tels le cancer du poumon (tabagisme) ou la cirrhose du foie (consommation abusive d'alcool). Ce sont donc des décès que l'on peut éviter en empêchant l'apparition d'une maladie.

Ce groupe comprend aussi des décès que l'on peut prévenir par des interventions efficaces en santé publique, comme la vaccination, ou les dispositions législatives en matière de sécurité routière (limitation de la vitesse, port de la ceinture de sécurité, des casques de moto, etc.) (ICIS, 2012 : 5).

La mortalité attribuable à des causes traitables comprend les décès prématurés qu'il serait possible de prévenir grâce au dépistage précoce et à un traitement réussi à l'aide d'une prestation de soins de santé opportuns et efficaces. À titre d'exemple, le dépistage précoce du cancer du sein ou le traitement approprié de l'appendicite réussissent habituellement à empêcher le décès ou à le retarder considérablement.

La distinction entre causes pouvant être prévenues et causes traitables n'est cependant pas toujours facile à faire. Enfin, la mortalité inévitable réfère, quant à elle, aux causes de décès qui ne peuvent être ni prévenues ni traitées, étant hors du contrôle du système de santé (Castelli et Nizolova, 2011).

Le choix des causes de décès évitables

Pour élaborer sa liste des causes de décès évitables, l'ICIS s'est inspiré des travaux de recherche réalisés au cours des 30 dernières années et des listes élaborées en Australie et au Royaume-Uni. Par la suite, « après un examen minutieux des motifs d'inclusion de chaque trouble médical, et après une évaluation par des experts, une liste de mortalité évitable a été dressée pour le Canada comprenant les troubles médicaux pour lesquels le décès a été jugé potentiellement évitable par la prévention ou le traitement [...]. Dans les cas où il était évident que la prévention et le traitement pouvaient tous deux contribuer à éviter la mortalité, la priorité a été accordée à la prévention. Des exceptions ont

été faites lorsqu'un précédent existait dans les ouvrages spécialisés (c'est-à-dire que les décès attribuables à une cardiopathie ischémique, à un accident vasculaire cérébral ou au diabète ont été divisés moitié-moitié) » (ICIS, 2012 : 7). Ce sont les seules causes de décès pour lesquelles on a considéré que la mortalité était évitable à la fois par la prévention et le traitement.

Le traitement des données

Les données utilisées pour l'analyse ont été extraites du fichier des décès, une des composantes du *Registre des événements démographiques* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les données ont été traitées par la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. La liste des causes de décès évitables développée par l'ICIS, présentée à l'annexe 1, a été utilisée dans tout le processus de traitement et d'analyse des données.

Les comparaisons temporelles

Pour l'analyse des changements temporels, des taux de mortalité prématurée ont été calculés pour chacune des trois périodes quinquennales étudiées. Afin d'éliminer l'effet du changement de la structure d'âges de la population régionale au fil de ces années, des taux ajustés selon l'âge ont été utilisés. La population de référence pour l'ajustement de ces taux est la population québécoise de 2001, sexes réunis, âgée de moins de 75 ans¹.

Pour vérifier si la différence observée entre les taux de mortalité évitable pour deux périodes données est significative sur le plan

1. Plus précisément, les groupes d'âges suivants : 0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64 et 65-74 ans.

statistique, un test statistique Z de la différence du logarithme népérien des taux de mortalité ajustés a été utilisé (Institut national de santé publique du Québec, 2013). Le même test a été utilisé pour la comparaison des deux sous-régions.

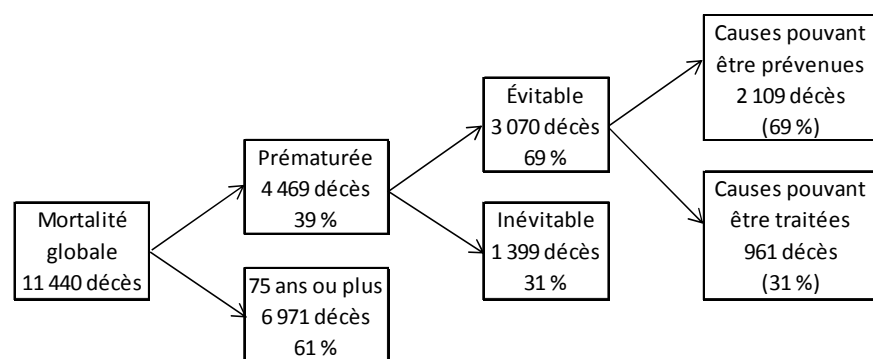
LA MORTALITÉ ÉVITABLE PENDANT LA PÉRIODE 2010-2014

Au cours de la période 2010-2014, 11 440 décès ont été enregistrés parmi les résidents du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Parmi ceux-ci, 4 469, soit 39 %, sont survenus prématurément, c’est-à-dire avant que les personnes n’aient atteint 75 ans.

Parmi ces 4 469 décès prématurés, 3 070, soit un peu plus des deux tiers (69 %), étaient potentiellement évitables.

Enfin, parmi ces 3 070 décès évitables, 69 % étaient attribuables à des causes pouvant être prévenues et 31 % étaient dus à des causes pouvant être traitées (figure 2).

Figure 2
Répartition de la mortalité globale selon le caractère prématuré et évitable du décès, Saguenay–Lac-Saint-Jean, sexes réunis, 2010-2014



Source : Registre des événements démographiques du Québec, fichier des décès.

Des différences hommes/femmes importantes

Ce portrait d’ensemble diffère toutefois selon le sexe. La proportion des décès qui sont prématurés est nettement moins élevée chez les femmes (31 %) que chez les hommes (47 %). En d’autres termes, chez les femmes, près d’un décès sur trois est prématuré alors que chez les hommes, c’est plutôt près d’un décès sur deux qui l’est. Le même type d’écart a été observé dans l’analyse réalisée par l’ICIS où le taux de mortalité prématurée en 2008 était 1,6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (ICIS, 2012 : 8), ainsi que dans une analyse similaire qui concernait la région de Lanaudière (Bellehumeur, 2015a).

Cet écart est cohérent avec le fait que l’espérance de vie à la naissance et l’espérance de vie à 65 ans sont toutes deux plus élevées chez les femmes que chez les hommes. À titre d’exemple, pour la période 2008-2012, l’espérance de vie à la naissance des femmes de la région était de 83 ans, soit 4 ans de plus que chez les hommes (79 ans). Un écart à peu près similaire s’observait pour les personnes qui avaient atteint 65 ans. Dans ce cas, on estimait qu’une femme pouvait vivre encore 21 ans, soit jusqu’à 86 ans, comparativement à 18 ans pour un homme (soit jusqu’à 83 ans). Conséquemment, chez les femmes, une proportion plus élevée de décès survient à un âge avancé (75 ans et plus), réduisant d’autant la proportion de décès survenant prématurément. Chez les hommes, c’est exactement l’inverse que l’on observe.

Les principales causes de décès évitables chez les hommes

Parmi les 2 655 décès prématurés recensés chez les hommes de la région, 1 848, soit 70 %, sont considérés comme étant évitables. La majorité de ces décès évitables (72 %) sont attribuables à des causes pouvant être prévenues, le reste (28 %) étant dû à des causes pouvant être traitées (tableau 1).

Les deux principales causes de décès évitables chez les hommes sont le cancer du poumon, responsable de 22 % des décès évitables, et la cardiopathie ischémique (17 %). Viennent ensuite le suicide et les blessures auto-infligées, le cancer colorectal, les accidents de transport, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et les maladies cérébrovasculaires (tableau 1). Ces sept causes sont responsables des deux tiers (66 %) des décès évitables et de 68 % des décès évitables dus à des causes pouvant être prévenues.

En ce qui a trait aux décès attribuables à des maladies pouvant être traitées, 73 % de ceux-ci sont dus à l'une des cinq causes suivantes : la cardiopathie ischémique, le cancer colorectal, les maladies cérébrovasculaires, la pneumonie et le cancer de la vessie.

Tableau 1
Répartition de la mortalité évitable chez les hommes selon la cause de décès
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2010-2014

Causes de décès évitables	Ensemble des décès évitables		Causes pouvant être prévenues		Causes pouvant être traitées	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cancer du poumon	405	21,9	405	30,4	na	
Cardiopathie ischémique	315	17,0	158	11,8	157	30,5
Suicide et blessures auto-infligées	121	6,5	121	9,1	na	
Cancer colorectal	112	6,1	na		112	21,7
Accidents de transports	98	5,3	98	7,4	na	
MPOC	96	5,2	96	7,2	na	
Maladies cérébrovasculaires	67	3,6	34	2,5	33	6,4
Maladies liées à la consommation d'alcool ¹	51	2,8	51	3,8	na	
Cancer de l'estomac	45	2,4	45	3,4	na	
Pneumonie	36	1,9	na		36	7,0
Cancer de la vessie	36	1,9	na		36	7,0
Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	34	1,8	34	2,6	na	
Maladie chronique du foie ²	33	1,8	33	2,5	na	
Maladies du poumon dues à des agents externes	30	1,6	30	2,3	na	
Cancer de l'œsophage	29	1,6	29	2,2	na	
Cancer du foie	28	1,5	28	2,1	na	
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	27	1,5	14	1,0	13	2,5
Diabète sucré	27	1,5	14	1,0	13	2,5
Autres causes externes de blessure accidentelle	26	1,4	26	2,0	na	
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	24	1,3	na		24	4,7
Autres	208	11,3	119	8,9	91	17,7
TOTAL	1 848	100,0	1 333	72,1	515	27,9

Source : Registre des événements démographiques du Québec, fichier des décès.

1. À l'exception des causes externes (ex : accidents de transports).

2. À l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool.

na : non applicable.

Les principales causes de décès évitables chez les femmes

Parmi les 1 814 décès prématurés recensés chez les femmes de la région, un peu plus des deux tiers (67 %) sont considérés comme étant évitables. La majorité de ces décès évitables (64 %) sont dus à des causes pouvant être prévenues, le reste, soit 36 %, étant attribuable à des causes pouvant être traitées (tableau 2).

Les décès dus à des causes pouvant être traitées constituent une part plus importante de la mortalité évitable chez les femmes que chez les hommes. Cela s'explique en bonne partie par la mortalité attribuable au cancer du sein, qui représente 11 % des décès évitables chez les femmes. Or, ce type de cancer ne peut être prévenu, mais seulement traité.

Les deux principales causes de décès évitables chez les femmes sont les cancers du poumon, à l'origine de 26 % des décès évitables, et le cancer du sein (12 %). Viennent ensuite la cardiopathie ischémique, la MPOC, le cancer colorectal, les maladies cérébrovasculaires ainsi que le suicide et les blessures auto-infligées. Ces sept causes sont responsables de 67 % des décès évitables et de 67 % des décès évitables dus à des causes pouvant être prévenues.

Parmi les causes pouvant être traitées, quatre d'entre elles sont responsables de 66 % des décès évitables : le cancer du sein, la cardiopathie ischémique, le cancer colorectal et les maladies cérébrovasculaires.

Tableau 2

Répartition de la mortalité évitable chez les femmes selon la cause de décès Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2010-2014

Causes de décès évitables	Ensemble des décès évitables		Causes pouvant être prévenues		Causes pouvant être traitées	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cancer du poumon	318	26,0	318	41,0	na	
Cancer du sein	142	11,6	na		142	31,8
Cardiopathie ischémique	92	7,5	46	5,9	46	10,3
MPOC	82	6,7	82	10,6	na	
Cancer colorectal	77	6,3	na		77	17,3
Maladies cérébrovasculaires	60	4,9	30	3,9	30	6,7
Suicide et blessures auto-infligées	45	3,7	45	5,8	na	
Accidents de transports	34	2,8	34	4,4	na	
Cancer de l'estomac	25	2,0	25	3,2	na	
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	20	1,6	10	1,3	10	2,2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	19	1,6	na		19	4,3
Cancer du foie	19	1,6	19	2,4	na	
Thrombo-embolie veineuse	18	1,5	18	2,3	na	
Maladies liées à la consommation d'alcool ¹	16	1,3	16	2,1	na	
Diabète sucré	16	1,3	8	1,0	8	1,8
Maladie chronique du foie ²	16	1,3	16	2,1	na	
Cancer de la vessie	16	1,3	na		16	3,6
Anévrisme aortique	16	1,3	16	2,1	na	
Autres causes externes de blessure accidentelle	16	1,3	16	2,1	na	
Autres	175	14,3	77	9,9	98	22,0
TOTAL	1 222	100,0	776	63,5	446	36,5

Source : Registre des événements démographiques du Québec, fichier des décès.

1. À l'exception des causes externes (ex : accidents de transports).

2. À l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool.

na : non applicable.

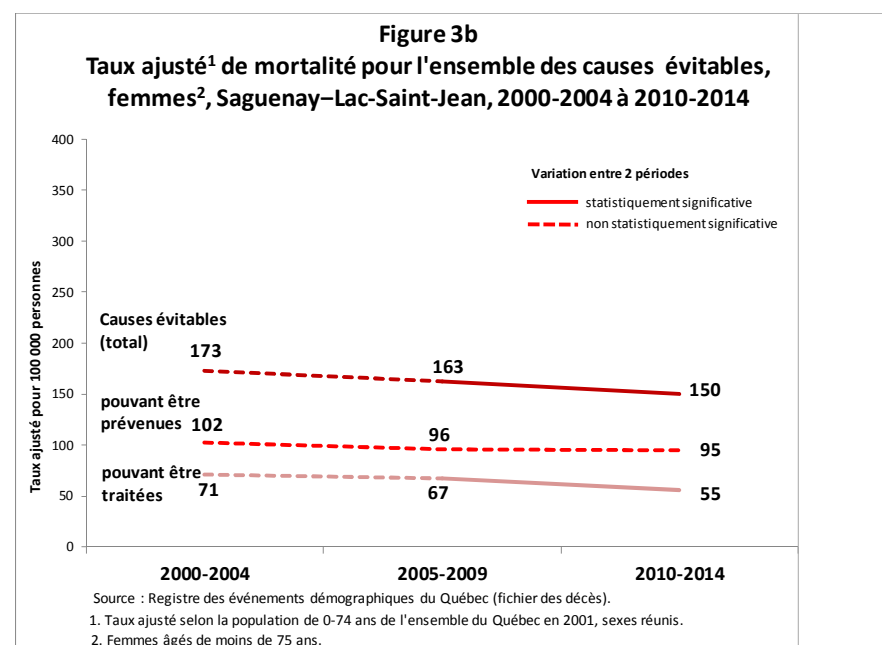
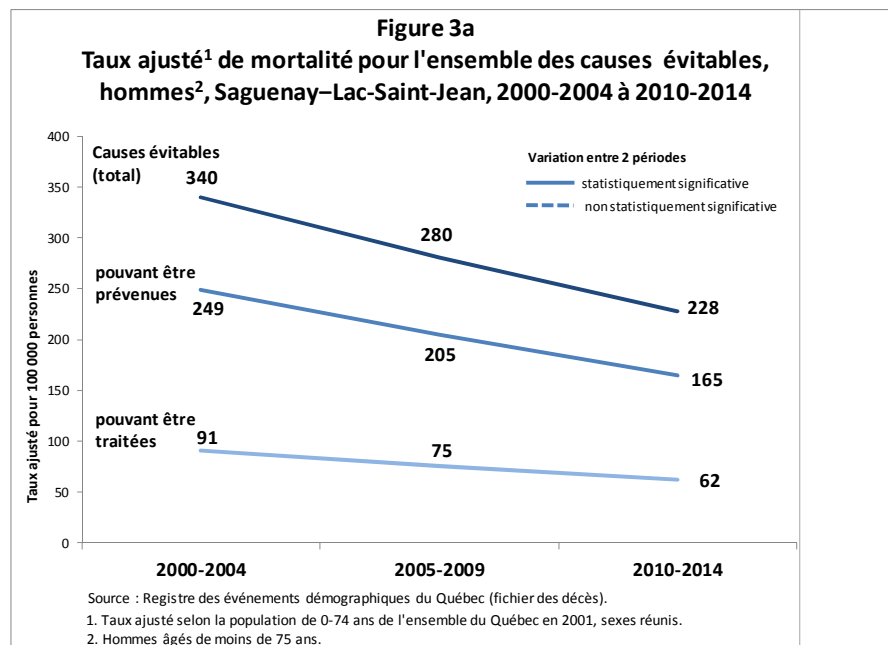
ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ÉVITABLE SELON LE SEXE

Le nombre de décès prématurés évitables a diminué constamment depuis le début du siècle. Pendant la période 2010-2014, on a recensé 436 décès prématurés évitables de moins qu'au cours de la période 2000-2004. Il s'agit d'une réduction de 12 %, alors que la population âgée de moins de 75 ans voyait ses effectifs réduits de 4 %.

Dans le cas du taux ajusté de mortalité, qui permet de voir quelle aurait été l'évolution de la mortalité évitable si la structure d'âges de la population était demeurée la même, la baisse est encore plus marquée et atteint 26 %. Une réduction d'ampleur similaire a été observée pour les taux ajustés de mortalité attribuable aux causes pouvant être prévenues (-25 %) et aux causes pouvant être traitées (-27 %). Toutes ces réductions sont statistiquement significatives.

La baisse de la mortalité prématurée évitable a toutefois été plus accentuée chez les hommes : depuis 2000-2004, le nombre de décès évitables a été réduit de 19 %, le taux brut de mortalité évitable, de 16 %.

Pour le taux ajusté de mortalité évitable, la réduction, statistiquement significative, a atteint 33 %, le taux passant de 340 à 228 décès pour 100 000 personnes (figure 3a). Une réduction d'ampleur à peu près similaire et statistiquement significative a été observée tant pour les taux ajustés de mortalité attribuable aux causes pouvant être prévenues (-34 %) que pour celle due aux causes traitables (-27 %) (figure 3a).



En comparaison, les réductions observées chez les femmes ont été nettement moindres : 1 % pour les décès, 4 % pour le taux brut. De plus, le taux ajusté de mortalité pour l'ensemble des causes évitables n'est réduit que de 13 %, passant de 173 à 150 décès pour 100 000 personnes (figure 3b).

Enfin, la mortalité attribuable à des causes pouvant être prévenues a diminué de 7 % chez les femmes, mais la baisse n'est pas statistiquement significative. Par contre, la mortalité due à des causes pouvant être traitées a été réduite de 22 % (figure 3b).

Conséquence de cette évolution différente, l'écart entre hommes et femmes a été réduit. Alors que le taux ajusté de mortalité évitable était deux fois plus élevé (+96 %) chez les hommes que chez les femmes en 2000-2004, cet écart n'était plus que de 51 % pour la période la plus récente (tableau 3). Conséquemment, la part des décès masculins dans l'ensemble des décès prématurés évitables est passée de 65 % pendant la période 2000-2004 à 60 % pour la période 2010-2014.

Fait à noter, la réduction de l'écart a été plus accentuée pour les causes de décès pouvant être prévenues, le ratio hommes/femmes étant passé de 2,44 à 1,74. Par ailleurs, l'écart en ce qui a trait aux causes pouvant être traitées était, au départ, moins prononcé (ratio de 1,28 pour la période 2000-2004). Mais il a aussi été réduit, le ratio se situant à 1,13 pour la période 2010-2014 (tableau 3).

Tous ces indicateurs soulignent une nette amélioration de la situation chez les hommes, dont les taux de mortalité pour la plupart des causes étaient en général plus élevés que chez les femmes. Il n'en demeure pas moins que les réductions observées chez les femmes sont de moindre ampleur, et pour une, non statistiquement significative.

Tableau 3

Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux causes de décès évitables selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

Causes de décès évitables		2000-2004			2010-2014			Variation du taux ajusté (%)
		Nombre de décès	Taux ajusté ¹	Ratio H / F ²	Nombre de décès	Taux ajusté ¹	Ratio H / F ²	
Total	Hommes	2270	340,1	1,96	1848	227,6	1,51	-33,1 ↓
	Femmes	1236	173,2		1222	150,4		-13,2 ↓
Causes pouvant être prévenues	Hommes	1672	248,8	2,44	1333	165	1,74	-33,6 ↓
	Femmes	728	102,0		776	95		-6,9 n.s.
Causes pouvant être traitées	Hommes	598	91,3	1,28	515	62,4	1,13	-31,7 ↓
	Femmes	508	71,2		446	55,4		-22,2 ↓

1. Taux pour 100 000 personnes, ajusté selon l'âge (0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 ans) de la population québécoise de moins de 75 ans, sexes réunis, en 2001.

2. Ratio hommes/femmes : taux ajusté des hommes/taux ajusté des femmes.

n.s. : la variation du taux entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative au seuil de 0,05.

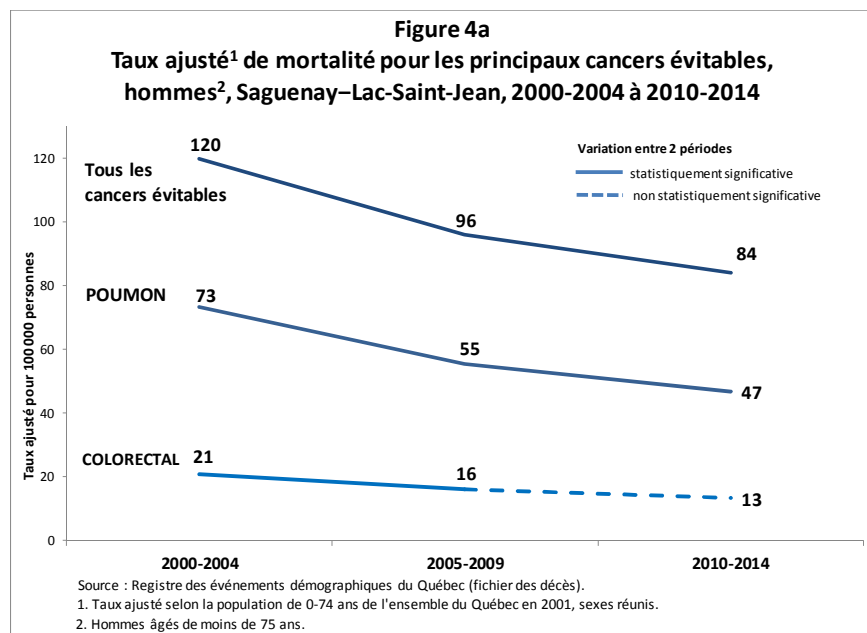
↓ indique une baisse significative du taux ajusté.

Une analyse de l'évolution de la mortalité évitable attribuable aux principales causes de décès devrait permettre de mieux comprendre cette évolution différenciée selon le sexe.

La mortalité évitable attribuable aux cancers

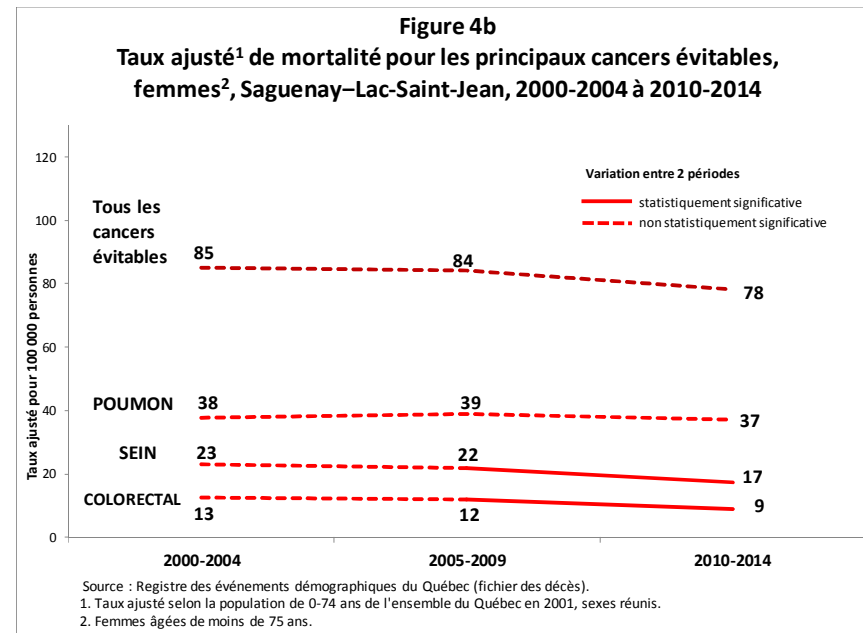
Cette évolution différente chez les deux sexes s'explique en partie par l'évolution de la mortalité prématurée attribuable à l'ensemble des cancers et aux principaux d'entre eux, où l'on constate des différences importantes entre hommes et femmes.

La mortalité évitable attribuable aux cancers a diminué constamment chez les hommes depuis 2000-2004. Sur l'ensemble de la période étudiée, le taux ajusté pour l'ensemble des cancers évitables a été réduit de 30 %, passant de 120 à 84 pour 100 000 personnes. La baisse atteint 36 % pour le cancer du poumon, 37 % pour le cancer colorectal (figure 4a et tableau 4). Toutes ces réductions sont statistiquement significatives.



Pendant ce temps, le taux ajusté de mortalité pour l'ensemble des cancers évitables diminue de 8 % chez les femmes, passant de 85 à 78 pour 100 000 personnes. La baisse n'est cependant pas statistiquement significative. De plus, pour le cancer du poumon, le taux demeure à peu près stable (-1,5 %) (figure 4b et tableau 4). Par contre, des gains importants et statistiquement significatifs sont observés pour la mortalité attribuable au cancer du sein, le taux ajusté diminuant de 24 % pendant cette période, ainsi que pour le cancer colorectal (-29 %).

La mortalité attribuable aux cancers ayant diminué plus fortement chez les hommes, l'écart entre les deux sexes a été d'autant réduit. Alors que la mortalité prématurée évitable due à l'ensemble des cancers était 41 % plus élevée chez les hommes au départ (2000-2004), l'écart n'est plus que de 7 % pour la période 2010-2014.



La réduction de l'écart a été encore plus accentuée pour la mortalité attribuable au cancer du poumon. Alors que celle-ci était deux fois plus élevée chez les hommes pour la période 2000-2004 (ratio de 1,94), l'écart a été réduit à 26 % pour la période 2010-2014. Enfin, des gains plus modestes ont été observés pour le cancer colorectal, le ratio hommes/femmes passant de 1,65 à 1,48.

On note aussi quelques écarts en ce qui a trait à l'évolution de la mortalité évitable attribuable aux autres sites de cancer. Ainsi, globalement, pour l'ensemble des cancers autres que poumon, sein et colorectal, le taux ajusté diminue légèrement chez les hommes et augmente chez les femmes (tableau 4, catégorie « Autres cancers évitables »).

Cette tendance générale, même si elle n'est pas statistiquement significative, est en lien avec les différences que l'on observe pour plusieurs sites spécifiques. Ainsi, pour les cancers de l'estomac et du foie, la tendance est à la baisse chez les hommes et à la hausse chez les femmes.

Pour les cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, le cancer de l'œsophage ainsi que le cancer de la vessie, trois cancers associés au tabagisme, le taux ajusté augmente, mais la hausse est toujours plus faible chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 4
Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux cancers évitables selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

Cancers évitables		2000-2004		2010-2014		Variation du taux ajusté (%)	
		Nombre de décès	Taux ajusté ¹	Nombre de décès	Taux ajusté ¹		
Total	Hommes	789	119,6	718	84,1	-29,7	↓
	Femmes	610	85,0	654	78,3	-7,8	n.s.
Poumon	Hommes	487	73,1	405	46,8	-36,0	↓
	Femmes	270	37,6	318	37,0	-1,5	n.s.
Colorectal	Hommes	139	20,9	112	13,2	-36,6	↓
	Femmes	93	12,7	77	9,0	-29,2	↓
Sein	Femmes	164	23,0	142	17,4	-24,3	↓
Autres cancers évitables ²	Hommes	173	25,7	204	24,1	-6,3	n.s.
	Femmes	84	11,8	124	15,0	27,1	n.s.
Estomac	Hommes	38	5,7	45	5,3	-7,5	n.s.
	Femmes	20	2,7	25	2,8	4,2	n.s.
Foie	Hommes	29	4,3	28	3,4	-21,0	n.s.
	Femmes	11	1,5	19	2,3	48,5	n.s.
Vessie	Hommes	24	3,7	36	4,1	12,9	n.s.
	Femmes	9	1,3	16	1,9	54,6	n.s.
Lèvre, cavité buccale et pharynx	Hommes	24	3,6	34	3,9	10,1	n.s.
	Femmes	5	0,7	10	1,3	77,8	n.s.
Œsophage	Hommes	23	3,4	29	3,4	1,8	n.s.
	Femmes	2	0,3	6	0,7	114,4	n.s.
Peau (mélanome)		14	1,0	23	1,5	43,2	n.s.
Peau (non mélanome)		5	0,4	5	0,3	-17,7	n.s.
Leucémie ³		6	1,3	1	0,7	-42,8	n.s.
Utérus		12	1,6	15	1,7	2,3	n.s.
Col de l'utérus		9	1,3	11	1,6	22,7	n.s.
Testicules		6	0,8	0	0,0	-100,0	
Thyroïde		4	0,3	8	0,5	67,7	n.s.
Maladie de Hodgkin		4	0,3	3	0,2	-24,7	n.s.

1. Taux pour 100 000 personnes, ajusté selon l'âge (0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 ans) de la population québécoise de moins de 75 ans, sexes réunis, en 2001.

2. Ensemble des cancers autres que poumon, colorectal et sein.

3. Population de moins de 45 ans seulement.

n.s. : la variation du taux entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative au seuil de 0,05.

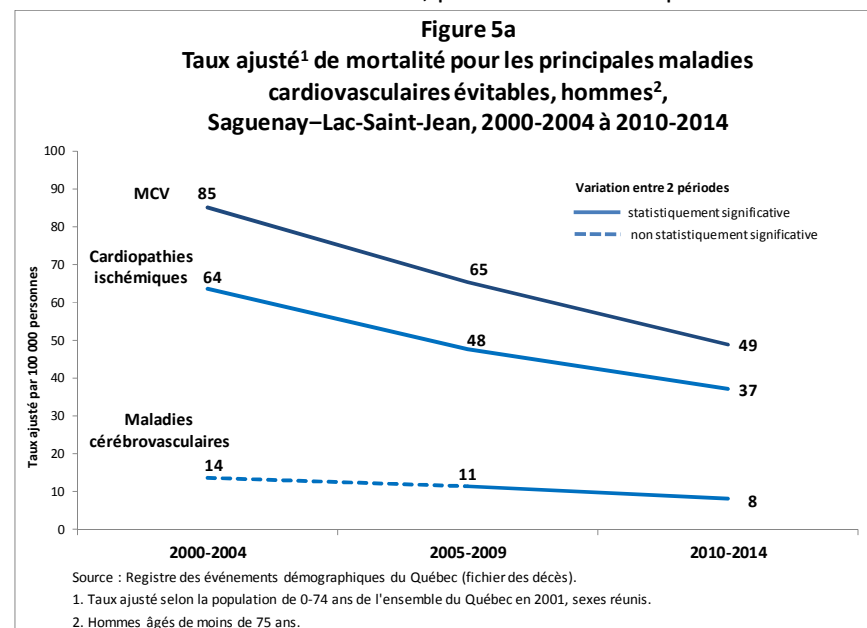
↓ indique une baisse significative du taux ajusté.

La mortalité évitable attribuable aux maladies cardiovasculaires

Contrairement à ce qui a été observé pour le cancer, la mortalité évitable attribuable aux maladies cardiovasculaires évolue à peu près de la même façon chez les deux sexes.

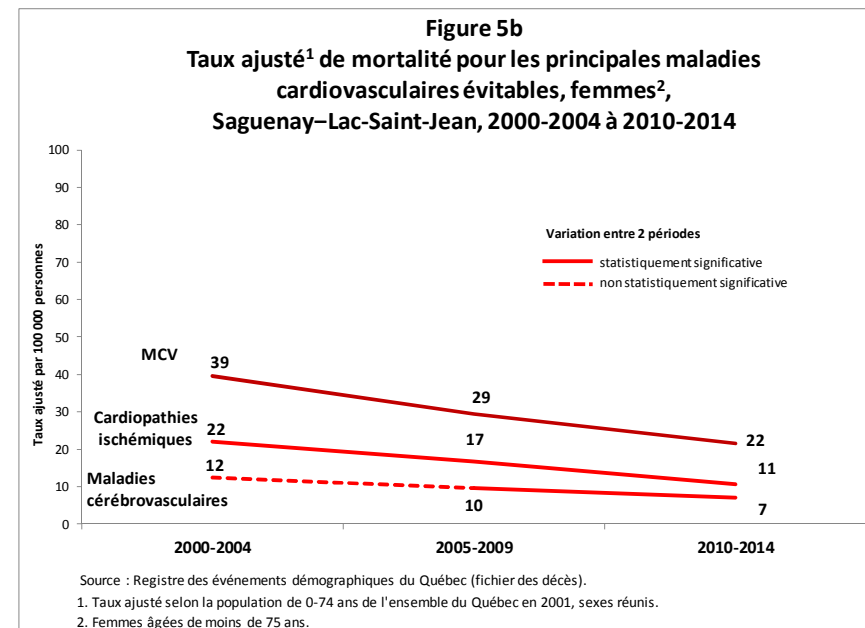
Le taux ajusté de mortalité pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires diminue de 43 % chez les hommes, passant de 85 à 49 décès pour 100 000 personnes (figure 5a et tableau 5). Pendant ce temps, le taux est réduit de 45 % chez les femmes, passant de 39 à 22 décès pour 100 000 (figure 5b et tableau 5).

Les réductions observées pour les cardiopathies ischémiques sont cependant un peu plus accentuées chez les femmes. Dans leur cas, la réduction atteint 52 %, le taux étant réduit de moitié, passant de 22 à 11 décès pour 100 000 personnes. Pendant ce temps, le taux ajusté chez les hommes diminue de 42 %, passant de 64 à 37 pour 100 000.



Dans le cas des maladies vasculaires cérébrales, la réduction observée est à peu de choses près comparable : elle est de 43 % chez les femmes et de 40 % chez les hommes.

Les diminutions constatées pour les maladies cardiovasculaires sont plus prononcées que dans le cas du cancer. Cela peut être attribuable au fait que pour les deux principales maladies cardiovasculaires, soit les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales, la diminution de la mortalité peut être réalisée à la fois par la prévention et le traitement. Ce n'est pas le cas pour les cancers, chacun d'entre eux pouvant être soit traité, soit prévenu, mais aucun ne pouvant à la fois être évité par la prévention et le traitement.



La mortalité a aussi été réduite pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires évitables autres que celles mentionnées précédemment, soit les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales.

Ainsi, pour l'ensemble de ces causes évitables, le taux ajusté diminue chez les deux sexes (tableau 5, catégorie « Autres maladies cardiovasculaires »). La baisse atteint 53 % chez les hommes et est statistiquement significative. Chez les femmes, elle est de moindre ampleur (-23 %) et n'est pas significative statistiquement.

Chez les hommes, on observe aussi une réduction significative du taux ajusté de décès dû à un anévrisme aortique, de l'ordre de 53 %. En contrepartie, chez les femmes, une baisse significative du taux ajusté de décès par cardiopathie rhumatismale est constatée (-93 %). Par contre, en ce qui a trait aux décès attribuables à une thrombo-embolie veineuse, la tendance est à la hausse, tant chez les hommes que chez les femmes.

Pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires, le taux de mortalité évitable demeure toujours environ deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. L'écart s'est cependant accru dans le cas des cardiopathies ischémiques, le ratio hommes/femmes passant de 2,9 à 3,5 entre les deux périodes. Pour l'ensemble des autres maladies cardiovasculaires, il a été réduit, le taux masculin étant maintenant équivalent au taux féminin.

Tableau 5
Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux maladies cardiovasculaires évitables selon le sexe Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

Maladies évitables		2000-2004		2010-2014		Variation du taux ajusté (%)	
		Nombre de décès	Taux ajusté ¹	Nombre de décès	Taux ajusté ¹		
Total	Hommes	571	85,1	414	48,9	-42,6	↓
	Femmes	290	39,5	187	21,6	-45,4	↓
Cardiopathies ischémiques	Hommes	429	63,7	315	37,0	-41,8	↓
	Femmes	162	22,0	92	10,6	-52,0	↓
Maladies vasculaires cérébrales	Hommes	89	13,6	67	8,1	-39,9	↓
	Femmes	90	12,3	60	7,0	-43,1	↓
Autres maladies cardiovasculaires ²	Hommes	53	8,0	32	3,8	-52,8	↓
	Femmes	38	5,2	35	4,0	-22,7	n.s.
Anévrisme aortique	Hommes	31	4,7	19	2,2	-53,4	↓
	Femmes	12	1,6	16	1,8	11,9	n.s.
Thrombo-embolie veineuse	Hommes	8	1,2	11	1,3	11,3	n.s.
	Femmes	12	1,6	18	2,1	29,5	n.s.
Cardiopathie rhumatismale	Hommes	3	0,5	2	0,2	-50,3	n.s.
	Femmes	11	1,5	1	0,1	-93,0	↓
Autre athérosclérose	Hommes	11	1,6	0	0,0	-100,0	n.s.
	Femmes	3	0,4	0	0,0	-100,0	n.s.
Maladies hypertensives	Hommes	0	0,0	0	0,0		
	Femmes	0	0	0	0		

1. Taux pour 100 000 personnes, ajusté selon l'âge (0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 ans) de la population québécoise de moins de 75 ans, sexes réunis, en 2001.

2. Ensemble des maladies cardiovasculaire autres que cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales.

n.s. : la variation du taux entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative au seuil de 0,05.

↓ indique une baisse significative du taux ajusté.

La mortalité évitable attribuable aux traumatismes non intentionnels et au suicide

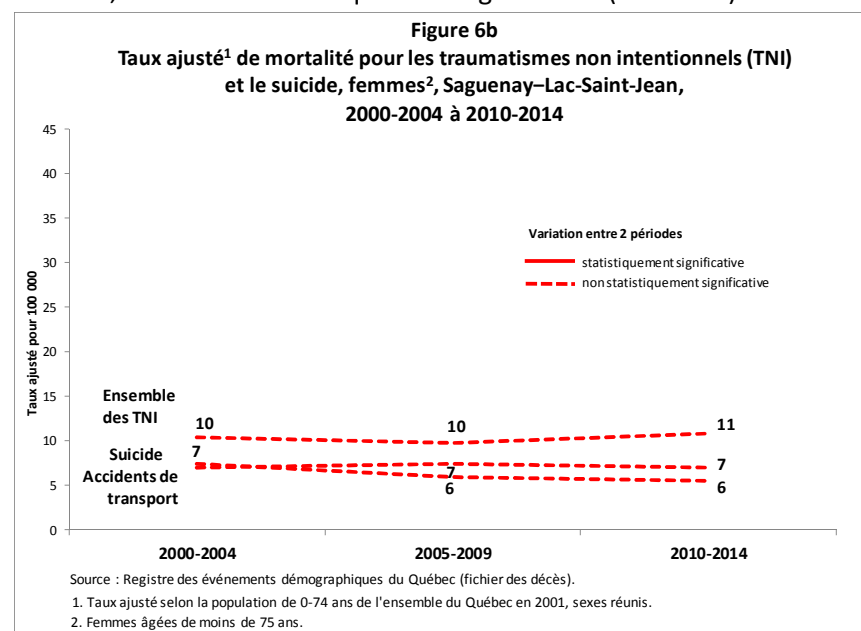
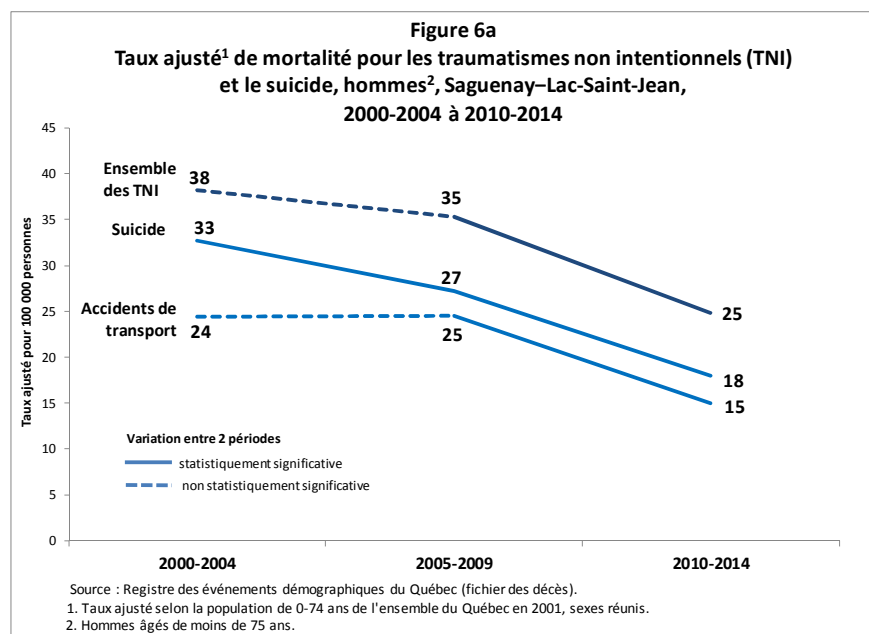
Pendant la période à l'étude, la mortalité évitable attribuable aux traumatismes non intentionnels (TNI) a diminué de 35 % chez les hommes, passant de 38 à 25 décès pour 100 000 personnes (figure 6a et tableau 6). Pendant ce temps, elle est demeurée à peu près stable chez les femmes (+4 %, non significatif) se situant entre 10 et 11 décès pour 100 000 (figure 6b).

En ce qui a trait aux accidents de transport, qui constitue la première cause de décès par traumatisme non intentionnel, il y a eu une réduction du taux ajusté de mortalité chez les deux sexes. Cependant, la baisse est statistiquement significative et plus prononcée chez les hommes (-39 %), le taux étant passé de 24 à 15 décès pour 100 000 personnes.

Chez les femmes, le taux ajusté a été réduit de 7,4 à 5,6 décès pour 100 000 personnes. Cette baisse, de l'ordre de 25 %, n'est cependant pas statistiquement significative.

Enfin, en ce qui a trait au suicide, la situation a évolué à aussi de façon plus favorable chez les hommes : le taux ajusté a chuté de 45 %, passant de 38 à 25 décès pour 100 000 personnes. Pendant ce temps, il est demeuré stable à 7 décès pour 100 000 chez les femmes.

La mortalité attribuable aux autres causes de traumatismes non intentionnels a évolué sensiblement de la même façon. Globalement, pour l'ensemble des cinq autres TNI, le taux ajusté est passé de 14 à 10 décès pour 100 000 personnes chez les hommes (tableau 6, catégorie « Autres TNI »). Cette réduction de 29 % est statistiquement significative. Pendant ce temps, chez les femmes, le taux ajusté augmentait de 75 %, passant de 3,0 à 5,2 décès pour 100 000, une hausse statistiquement significative (tableau 6).



Un constat à peu près similaire s'applique à deux causes de traumatismes non intentionnels : la catégorie « autres causes externes de blessure » et les chutes accidentelles. Dans les deux cas, chez les hommes, la baisse du taux ajusté est statistiquement significative, les réductions observées étant respectivement de 45 % et 54 %. Chez les femmes, le taux est à la hausse, mais celle-ci n'est pas significative au plan statistique.

Compte tenu de l'évolution plus favorable de la situation chez les hommes, l'écart entre les deux sexes a été réduit. Ainsi, le taux de mortalité évitable pour l'ensemble des traumatismes non intentionnels était près de quatre fois plus élevé chez les hommes en 2000-2004 (ratio de 3,7). Dix ans plus tard, il est un peu plus du double (ratio de 2,3). L'écart a été réduit, mais dans une moindre mesure, pour les accidents de transport, le ratio hommes/femmes passant de 3,3 à 2,7. Enfin, pour l'ensemble des autres TNI, la différence de taux a diminué substantiellement, le ratio passant de 4,6 à 1,9.

Tableau 6
Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux traumatismes non intentionnels (TNI) évitables selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

		2000-2004		2010-2014		Variation	
		Nombre de décès	Taux ajusté ¹	Nombre de décès	Taux ajusté ¹	du taux ajusté (%)	
Total	Hommes	261	38,2	169	24,8	-35,1	↓
	Femmes	70	10,4	73	10,8	4,1	n.s.
Accidents de transport	Hommes	168	24,4	98	14,9	-38,7	↓
	Femmes	49	7,4	34	5,6	-24,6	n.s.
Autres TNI ²	Hommes	93	13,8	71	9,9	-28,7	↓
	Femmes	21	3,0	39	5,2	75,1	↑
Autres causes externes de blessure	Hommes	43	6,5	26	3,6	-45,1	↓
	Femmes	10	1,4	16	2,1	52,0	n.s.
Chûtes	Hommes	19	2,8	11	1,3	-54,1	↓
	Femmes	4	0,6	8	0,9	62,8	n.s.
Noyades	Hommes	13	1,9	9	1,5	-21,7	n.s.
	Femmes	1	0,1	2	0,3	128,3	n.s.
Feu et flammes	Hommes	6	0,9	6	0,9	-0,6	n.s.
	Femmes	1	0,1	4	0,6	313,1	n.s.
Intoxication	Hommes	12	1,8	19	2,7	49,3	n.s.
	Femmes	5	0,8	9	1,3	72,3	n.s.

1. Taux pour 100 000 personnes, ajusté selon l'âge (0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 ans) de la population québécoise de moins de 75 ans, sexes réunis, en 2001.

2. Ensemble des traumatismes non intentionnels évitables autres qu'accidents de transport.
n.s. : la variation du taux entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative au seuil de 0,05.

↓ ou ↑ indique une baisse ou une hausse significative du taux ajusté.

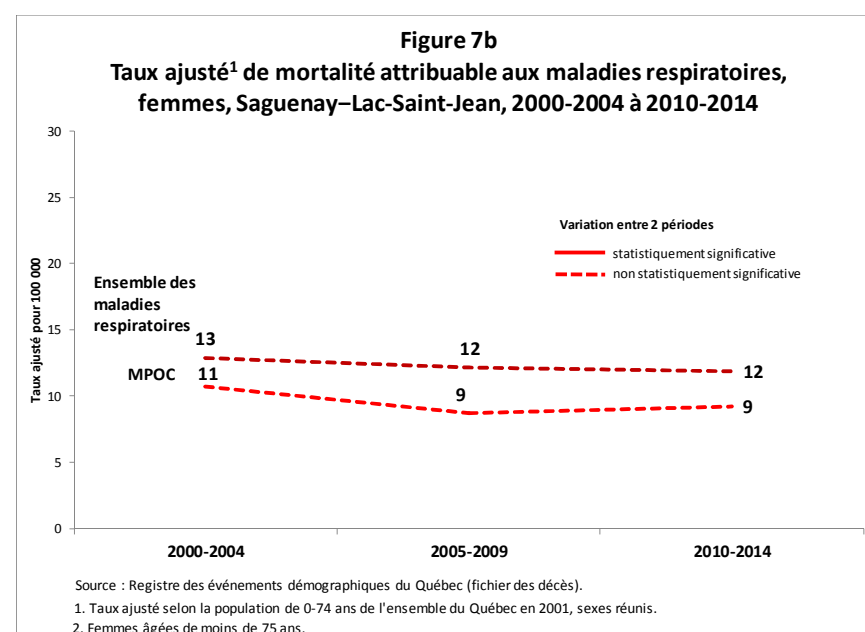
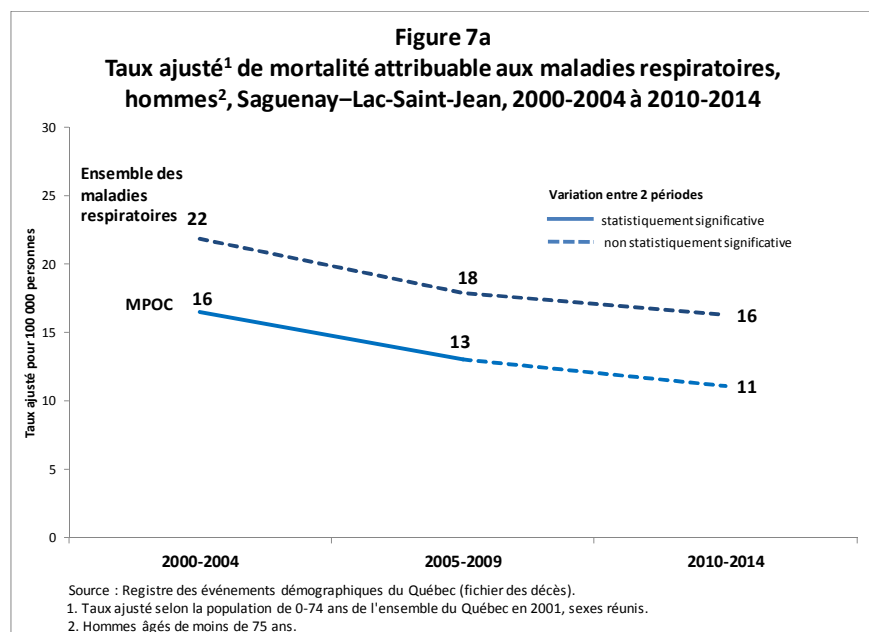
La mortalité évitable attribuable aux maladies respiratoires

Pour l'ensemble des maladies respiratoires évitables, le taux ajusté de mortalité chez les hommes passe de 22 à 16 décès pour 100 000 personnes (figure 7a et tableau 7). Cette réduction de 25 % sur l'ensemble de la période à l'étude est statistiquement significative.

Le constat s'applique aussi à la MPOC. Le taux ajusté diminue, passant de 16 à 11 décès pour 100 000 personnes, une baisse de 33 %.

Chez les femmes, on constate une tendance à la baisse des taux ajustés. Toutefois, les baisses observées sont plus faibles et ne sont pas statistiquement significatives.

Ainsi, le taux ajusté de mortalité due à l'ensemble des maladies respiratoires diminue de 7 %, le taux passant de 13 à 12 pour 100 000 personnes (figure 7b). En ce qui a trait à la MPOC, la réduction est de 14 %, le taux passant de 11 à 9 décès pour 100 000.



Compte tenu de l'évolution plus positive de la situation chez les hommes, l'écart entre les deux sexes a été réduit. Ainsi, le taux de mortalité pour l'ensemble des maladies respiratoires évitables était 1,7 fois plus élevé chez les hommes en 2000-2004. Dix ans plus tard, il est 1,4 fois plus élevé. Le même constat s'applique à la MPOC, le ratio hommes/femmes ayant diminué de 1,5 à 1,2 entre les deux périodes.

Globalement, la mortalité évitable due aux maladies respiratoires autres que la MPOC demeure à peu près stable chez les hommes. Le taux ajusté passe de 5,3 à 5,2 décès pour 100 000 personnes, une baisse non significative de 2 % (tableau 7).

Pendant ce temps, chez les femmes, le taux ajusté augmente de 2,2 à 2,7 pour 100 000, une hausse non significative statistiquement.

Après la MPOC, les maladies du poumon dues à des agents externes constituent la seconde cause de décès évitable parmi les maladies respiratoires. Pour cette affection, le taux ajusté est à la hausse, tant chez les hommes (+7 %) que chez les femmes (+88 %), mais dans les deux cas, la hausse n'est pas statistiquement significative.

Enfin, en ce qui a trait à la catégorie « autres maladies respiratoires », qui regroupe environ une dizaine de maladies diverses (voir note 2, en bas du tableau 7), les taux ajustés sont à la baisse, tant chez les hommes que chez les femmes. Mais là aussi, la variation observée n'est pas statistiquement significative.

Tableau 7
Nombre de décès et taux ajusté de mortalité due aux maladies respiratoires évitables selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

Maladies respiratoires évitables		2000-2004		2010-2014		Variation du taux ajusté (%)
		Nombre de décès	Taux ajusté ¹	Nombre de décès	Taux ajusté ¹	
Total	Hommes	143	21,8	141	16,3	-25,3 ↓
	Femmes	94	12,9	105	11,9	-7,5 n.s.
MPOC	Hommes	107	16,5	96	11,1	-32,7 ↓
	Femmes	79	10,7	82	9,2	-13,8 n.s.
Autres maladies respiratoires ²	Hommes	36	5,3	45	5,2	-2,2 n.s.
	Femmes	15	2,2	23	2,7	23,6 n.s.
Maladies du poumon dues à des agents externes	Hommes					
	Femmes	22	3,2	30	3,5	7,3 n.s.
Toutes autres maladies respiratoires ³	Hommes	6	0,9	15	1,7	88,4 n.s.
	Hommes	14	2,1	15	1,8	-16,4 n.s.
	Femmes	9	1,3	8	1,0	-22,0 n.s.

1. Taux pour 100 000 personnes, ajusté selon l'âge (0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 ans) de la population québécoise de moins de 75 ans, sexes réunis, en 2001.

2. Ensemble des maladies respiratoires évitables autres que la MPOC.

3. Asthme et bronchectasies, infections aiguës des voies respiratoires supérieures et inférieures, syndrome de détresse respiratoire de l'adulte, oedème pulmonaire, abcès du poumon et du médiastin, pyothorax, autres affections pleurales et autres troubles respiratoires.

n.s. : la variation du taux entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative au seuil de 0,05.

↓ indique une baisse significative du taux ajusté.

ANALYSE PAR GROUPES D'ÂGE

La majorité des décès évitables surviennent chez des personnes âgées de 65 à 74 ans (47 % du total) et de 45 à 64 ans (42 %). Chez ces deux groupes d'âges, se concentrent 90 % de la mortalité prématurée évitable.

Le portrait présenté jusqu'à maintenant reflète donc, en très grande partie, ce que l'on observe chez ces deux groupes en ce qui a trait aux principales causes de décès évitables et à leur évolution.

Mais des décès évitables surviennent aussi chez les groupes d'âges plus jeunes. Il est donc important d'en présenter les caractéristiques et d'en suivre l'évolution pour vérifier si des gains ont été faits aussi chez ces groupes.

Les 0-4 ans

Chez les nouveau-nés et les jeunes âgés de moins de 5 ans, on a recensé 63 décès prématurés évitables pendant la période 2010-2014.

Le nombre de décès évitables est demeuré à peu près stable chez les enfants de moins de 5 ans. En 2010-2014, on a recensé 6 décès de plus que pendant la période 2000-2004. Comme la population d'enfants de moins de 5 ans a légèrement augmenté entre-temps (+640 enfants), le taux de mortalité évitable est demeuré à peu près stable (+2 %), passant de 89 à 91 pour 100 000 personnes (tableau 8).

Ces décès évitables sont dus essentiellement à deux causes : des complications dont l'origine se situe dans la période périnatale (35 décès, soit 56 % du total) et des malformations congénitales et anomalies chromosomiques (20 décès, soit 32 % du total) (tableau 8).

Pour ces deux principales causes de décès évitables, le taux de mortalité a peu varié pendant la période à l'étude et les variations observées ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 8

Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 0 à 4 ans, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

	2000-2004		2010-2014			Variation	
	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	% des décès	du taux	%
Causes de décès évitables							
Ensemble des causes	57	88,7	63	90,5	100,0	2,0	n.s.
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	30	46,7	35	50,3	55,6	7,7	n.s.
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	19	29,6	20	28,7	31,7	-2,8	n.s.
Autres causes	8		8		12,7		

Source : Registre des événements démographiques du Québec (fichier des décès).

1. Taux spécifique pour le groupe des 0-4 ans, pour 100 000 personnes.

n.s. : la variation du taux entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative au seuil de 0,05.

Les 5-14 ans

Chez ce groupe d'âges, 24 décès ont eu lieu pendant la période 2010-2014. Le tiers de ces décès sont attribuables aux accidents de transport (8 décès). Les complications dont l'origine se situe dans la période périnatale constituent la seconde cause en importance, étant à l'origine de 7 décès, soit 29 % du total. Enfin, deux noyades et deux suicides ont été recensés (tableau 9).

Depuis 2000-2004, le nombre de décès évitables est demeuré stable chez ce groupe d'âges alors que les effectifs de population ont

fortement diminué (-26 %), le nombre de jeunes de 5-14 ans passant de 34 770 à 25 600. C'est ce qui explique que le taux de mortalité évitable a augmenté de 35 %, une hausse qui n'est toutefois pas statistiquement significative.

Le seul changement significatif concerne les décès attribuables à des complications dont l'origine se situe dans la période périnatale. Ils sont en forte augmentation, puisqu'un seul a été observé en 2000-2004 et aucun en 2005-2009, alors que sept ont été recensés pendant la période la plus récente. Il faut aussi noter la baisse des taux ajustés observée pour les accidents de transport et le suicide, même si les réductions observées ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 9
Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 5 à 14 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

Causes de décès évitables	2000-2004		2010-2014			Variation	
	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	% des décès	du taux %	
Ensemble des causes	24	13,8	24	18,7	100,0	35,3	n.s.
Accidents de transport	12	6,9	8	6,2	33,3	-9,8	n.s.
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	1	0,6	7	5,4	29,2	846,4	↑
Noyade	0	0,0	2	1,6	8,3		
Suicide	3	1,7	2	1,6	8,3	-9,4	n.s.
Autres causes	8		5	5,5	20,8		

Source : Registre des événements démographiques du Québec (fichier des décès).

1. Taux spécifique pour le groupe des 5-14 ans, pour 100 000 personnes.

n.s. : la variation du taux entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative au seuil de 0,05.

↑ indique une hausse significative du taux entre les deux périodes.

Les 15-24 ans

Chez les 15-24 ans, on a recensé 66 décès prématurés évitables pendant la période 2010-2014. Près de la moitié de ces décès (44 %, soit 29 décès), étaient attribuables à des accidents de transport. Le quart de l'ensemble des décès (16 décès, soit 24 %) étaient dus à un suicide (tableau 10). Ces deux causes sont donc à l'origine de 68 % des décès prématurés chez les 15-24 ans. Les autres décès prématurés sont dus à diverses causes, aucune n'apparaissant plus importante que d'autres.

Tableau 10
Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 15 à 24 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

Causes de décès évitables	2000-2004		2010-2014			Variation du taux %
	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	% des décès	
Ensemble des causes	130	63,6	66	39,4	100,0	-38,0 ↓
Accidents de transport	55	26,9	29	17,3	43,9	-35,6 ↓
Suicide	43	21,0	16	9,6	24,2	-54,5 ↓
Autres causes	32		21		31,8	

Source : Registre des événements démographiques du Québec (fichier des décès).

1. Taux spécifique pour le groupe des 15-24 ans, pour 100 000 personnes.

↓ indique une baisse statistiquement significative du taux entre les deux périodes.

Depuis 2000-2004, le nombre de décès évitable a fortement diminué chez ce groupe d'âges. La baisse est due en partie au fait que le nombre de personnes âgées de 15 à 24 ans a diminué fortement entre les deux périodes, passant de 40 900 à 31 785, une réduction de 22 %. Mais le taux spécifique de mortalité évitable a aussi diminué (-38 %) chez les 15-24 ans, passant de 64 à 39 décès pour 100 000 personnes, une réduction statistiquement significative. Ceci indique qu'une proportion plus faible de jeunes âgés de 15 à 24 ans décèdent prématurément. Cette amélioration notable de la situation est attribuable aux réductions

importantes et significatives des taux de décès par suicide (-55 %) et par accidents de transport (-36 %).

Les 25-44 ans

Chez les 25-44 ans, 177 décès prématurés évitables ont été recensés pendant la période 2010-2014. Le suicide constitue la cause la plus fréquente, étant à l'origine de 56 décès, soit 32 % du total. Les accidents de transport suivent avec 36 décès (20 % du total) (tableau 11). Les cardiopathies ischémiques et le cancer du sein ont été responsables respectivement de 10 et 9 décès. La maladie cérébrovasculaire, le cancer du poumon et le cancer colorectal complètent la liste des principales causes de décès évitables chez ce groupe d'âges. Les sept causes de décès mentionnées précédemment expliquent 72 % de l'ensemble des décès évitables chez les 25-44 ans.

Depuis 2000-2004, le nombre de décès évitables chez ce groupe d'âges a fortement diminué. Cette baisse est due en partie à la décroissance démographique observée chez les personnes âgées de 25 à 44 ans : elles étaient 17 000 de moins en 2010-2014, soit une baisse de 22 %. Mais au-delà de cet effet démographique, la mortalité évitable a véritablement diminué chez les 25-44 ans, comme l'indique la réduction de 41 % du taux spécifique pour l'ensemble des décès évitables, qui est passé de 94 à 56 décès pour 100 000 personnes.

Une diminution significative du taux spécifique a aussi été observée pour le suicide (-31 %) et pour les accidents de transport (-33 %). La baisse a été significative aussi, mais encore plus accentuée dans le cas du cancer du poumon (-83 %) et des cardiopathies ischémiques (-55 %). On a aussi observé une baisse du taux de mortalité par cancer du sein, mais non statistiquement significative. Enfin, la mortalité

attribuable à la maladie cérébrovasculaire et au cancer colorectal est demeurée plutôt stable (tableau 11).

Tableau 11

Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 25 à 44 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

Causes de décès évitables	2000-2004		2010-2014			Variation du taux %
	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	% des décès	
Ensemble des causes	366	93,8	177	55,5	100,0	-40,8 ↓
Suicide	99	25,4	56	17,6	31,6	-30,8 ↓
Accidents de transport	66	16,9	36	11,3	20,3	-33,2 ↓
Cancer du poumon	29	7,4	4	1,3	2,3	-83,1 ↓
Cardiopathies ischémiques	27	6,9	10	3,1	5,6	-54,7 ↓
Cancer du sein	15	7,9	9	5,9	5,1	-24,9 n.s.
Maladie cérébrovasculaire	8	2,0	7	2,2	4,0	7,1 n.s.
Cancer colorectal	6	1,5	5	1,6	2,8	2,0 n.s.
Autres causes	116		50		28,2	

Source : Registre des événements démographiques du Québec (fichier des décès).

1. Taux spécifique pour le groupe 25-44 ans, pour 100 000 personnes.

n.s. : la variation du taux entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative au seuil de 0,05.

↓ indique une baisse statistiquement significative du taux entre les deux périodes.

Les 45-64 ans

Chez ce groupe, 1 297 décès évitables ont été recensés pendant la période 2010-2014. Une proportion importante de ces décès (40 %) est attribuable à deux causes : le cancer du poumon (329 décès, 25 % du total) et les cardiopathies ischémiques (180 décès, 14 % du total) (tableau 12).

Malgré une hausse de 14 % du nombre de personnes âgées de 45 à 64 ans depuis 2000-2004, le nombre de décès évitables a diminué dans ce groupe d'âges. Le taux de mortalité évitable a été réduit de 22 %. Pour toutes les principales causes de décès, à l'exception de la MPOC,

les réductions du taux de mortalité ont toutes été statistiquement significatives (tableau 12). Du côté des cancers, des réductions ont été constatées pour le cancer du poumon (-17 %), le cancer du sein (-29 %) et le cancer colorectal (-27 %). Les baisses ont été plus prononcées pour les maladies cardiovasculaires, le taux de mortalité diminuant de 43 % dans le cas des cardiopathies ischémiques et de 35 % pour la maladie vasculaire cérébrale. Des baisses importantes ont aussi été mesurées pour les accidents de transport (-44 %) et le suicide (-36 %).

Tableau 12
Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 45 à 64 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

Causes de décès évitables	2000-2004		2010-2014			Variation du taux %
	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	% des décès	
Ensemble des causes	1431	366,8	1297	286,3	100,0	-21,9 ↓
Cancer du poumon	342	87,7	329	72,6	25,4	-17,2 ↓
Cardiopathies ischémiques	270	69,2	180	39,7	13,9	-42,6 ↓
Cancer colorectal	102	26,1	87	19,2	6,7	-26,5 ↓
Suicide	105	26,9	78	17,2	6,0	-36,0 ↓
Cancer du sein	89	46,1	72	32,6	5,6	-29,3 ↓
Accidents de transport	66	16,9	43	9,5	3,3	-43,9 ↓
MPOC	49	12,6	49	10,8	3,8	-13,9 n.s.
Maladie cérébrovasculaire	58	14,9	44	9,7	3,4	-34,7 ↓
Autres causes	350		415		32,0	

Source : Registre des événements démographiques du Québec (fichier des décès).

1. Taux spécifique pour le groupe 45-64 ans, pour 100 000 personnes.

↓ indique une baisse statistiquement significative du taux entre les deux périodes.

Les 65-74 ans

Chez ce groupe, 1 454 décès évitables ont été recensés pendant la période 2010-2014. Comme chez les 44-64 ans, une proportion importante de ces décès (42 %) est attribuable à deux causes : le cancer du poumon (390 décès, 27 % du total) et les cardiopathies ischémiques (217 décès, 15 % du total) (tableau 13).

Par contre, chez les 65-74 ans, c'est la MPOC qui occupe le 3^e rang avec près de 9 % des décès évitables. Et contrairement à ce que l'on observait chez les 45-64 ans, le suicide et les accidents de transport ne font pas partie des causes les plus fréquentes de mortalité évitable (tableau 12).

Tableau 13
Évolution de la mortalité évitable, population âgée de 65 à 74 ans, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2004 et 2010-2014

Causes de décès évitables	2000-2004		2010-2014			Variation du taux %
	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	Nombre de décès	Taux spécifique ¹	% des décès	
Ensemble des causes	1508	1386,9	1454	1025,5	100,0	-26,1 ↓
Cancer du poumon	386	355,0	390	275,1	26,8	-22,5 ↓
Cardiopathies ischémiques	294	270,4	217	153,0	14,9	-43,4 ↓
MPOC	136	125,1	128	90,3	8,8	-27,8 ↓
Cancer colorectal	124	114,0	97	68,4	6,7	-40,0 ↓
Maladie cérébrovasculaire	111	102,1	75	52,9	5,2	-48,2 ↓
Cancer du sein	60	101,0	60	82,5	4,1	-18,4 ↓
Cancer de l'estomac	29	26,7	41	28,9	2,8	8,4 n.s.
Pneumonie	15	13,8	34	24,0	2,3	73,8 ↑
Autres causes	353		412		28,3	

Source : Registre des événements démographiques du Québec (fichier des décès).

1. Taux spécifique pour le groupe 65-74 ans, pour 100 000 personnes.

n.s. : la variation du taux entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative au seuil de 0,05.

↓ ou ↑ indique une baisse ou une hausse statistiquement significative du taux entre les deux périodes.

Malgré la croissance démographique observée chez ce groupe d'âges, qui a vu ses effectifs augmenter de 6 275 personnes, soit une hausse de 29 %, le nombre de décès évitables a diminué. Le taux de mortalité évitable a fléchi de 26 %, une baisse statistiquement significative (tableau 13).

En ce qui a trait au cancer, des réductions significatives ont été observées pour le cancer du poumon (-23 %), le cancer colorectal (-40 %) et le cancer du sein (-18 %). Par contre, pour le cancer de l'estomac, on note une hausse non significative de 8 %.

La mortalité attribuable aux principales maladies cardiovasculaires est aussi en baisse. Les réductions, statistiquement significatives, sont de 43 % pour les cardiopathies ischémiques et de 48 % dans le cas de la maladie vasculaire cérébrale.

Seul élément négatif dans cette évolution très positive, les décès consécutifs à une pneumonie sont en hausse. Le nombre de décès a plus que doublé et le taux ajusté a augmenté de 74 %, une hausse statistiquement significative.

En bref

En résumé, la mortalité prématurée évitable a diminué chez tous les groupes d'âges, à l'exception des 0-4 ans et des 5-14 ans. Chez ces deux groupes, elle est demeurée à peu près de même ampleur qu'elle était lors de la période 2000-2004.

Chez les autres groupes d'âges, les diminutions les plus accentuées du taux ajusté de mortalité évitable ont été constatées dans le groupe des personnes âgées de 15 à 24 ans (-38 %) et de 25 à 44 ans (-41 %). Les réductions ont été de moindre ampleur chez les 65-74 ans (-26 %) et les 45-64 ans (-22 %).

ANALYSE PAR SOUS-RÉGION

Le territoire sociosanitaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean comporte six réseaux locaux de services (RLS). Trois d’entre eux sont situés dans la sous-région du Saguenay, les trois autres sont localisés dans la sous-région du Lac-Saint-Jean.

Certaines disparités existent entre ces RLS, notamment en ce qui a trait au niveau de scolarité et de revenu, deux déterminants majeurs des habitudes de vie et de l’état de santé. Des écarts sont aussi possibles au niveau de l’accessibilité à certains services de santé, notamment les services plus spécialisés.

Ces différences peuvent théoriquement avoir une influence sur la mortalité évitable et son évolution. De fait, dans l’analyse de la mortalité évitable effectuée dans la région de Lanaudière, des écarts importants entre deux sous-régions avaient été détectés. Les taux de mortalité évitable étaient, pour plusieurs causes de décès, plus élevés dans la sous-région la moins avantagée au plan socioéconomique (Bellehumeur, 2015b). De plus, ces écarts s’étaient amplifiés entre les deux périodes étudiées.

Pour toutes ces raisons, il apparaît pertinent d’analyser la mortalité évitable et son évolution à une échelle territoriale plus fine que l’ensemble de la région. Le découpage territorial privilégié est celui des deux sous-régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Comparativement à un découpage par RLS, cela permet d’avoir un nombre d’événements suffisants pour procéder à l’analyse comparative des causes de décès moins fréquentes. De plus, les deux sous-régions présentent aussi un profil suffisamment contrasté, notamment en ce qui a trait à la scolarisation et au revenu.

La population masculine

Chez les hommes de la région, le taux ajusté de mortalité pour l’ensemble des causes évitables était, pour la période 2000-2004, un peu plus élevé dans la sous-région du Saguenay (347 décès pour 100 000 personnes) que dans celle du Lac-Saint-Jean (330 pour 100 000). La différence n’était cependant pas statistiquement significative (tableau 14, page suivante).

Dix ans plus tard, la situation est à peu près la même, les taux ajustés ayant diminué de façon à peu près similaire dans les deux sous-régions, soit de 34 % au Saguenay et de 32 % au Lac-Saint-Jean.

Pour le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques et le suicide, on n’observe aucun écart significatif entre les deux sous-régions, tant pour la période 2000-2004 que pour la période 2010-2014. Le taux ajusté pour ces causes de décès évitables baisse de façon importante. Pour le suicide, les baisses sont de même ampleur. La baisse observée pour le cancer du poumon apparaît plus accentuée au Saguenay (-39 %) qu’au Lac-Saint-Jean (-32 %), alors que c’est l’inverse pour les cardiopathies ischémiques (-49 % au Lac-Saint-Jean, -37 % au Saguenay).

Pour plusieurs autres causes de décès évitables, des écarts entre les deux sous-régions sont cependant constatés. Ainsi, en 2000-2004, le taux ajusté de mortalité pour le cancer colorectal était significativement plus élevé au Saguenay (25 décès pour 100 000) qu’au Lac-Saint-Jean (15 pour 100 000). Dix ans plus tard, les deux taux sont à peu de choses près équivalents et la différence n’est plus statistiquement significative. Ce rattrapage est dû au fait que la baisse du taux ajusté a été plus marquée au Saguenay (-44 %) qu’au Lac-Saint-Jean (-19 %), où elle a été non statistiquement significative.

Tableau 14
Évolution de la mortalité évitable, hommes de moins de 75 ans, sous-régions du Saguenay et du Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014

Causes de décès		Taux ajusté pour 100 000 ¹		RTS ²	Écart
		Saguenay	Lac-St-Jean		
Ensemble des causes	2000-2004	347,3	330,3	1,05	n.s.
	2010-2014	229,7	224,5	1,02	n.s.
	Variation	-33,9	-32,0		
Cancer du poumon	2000-2004	73,5	72,4	1,02	n.s.
	2010-2014	44,9	49,5	0,91	n.s.
	Variation	-38,9	-31,6		
Cardiopathies ischémiques	2000-2004	62,5	65,3	0,96	n.s.
	2010-2014	39,3	33,6	1,17	n.s.
	Variation	-37,1	-48,5		
Cancer colorectal	2000-2004	24,6	15,4	1,60	(+)
	2010-2014	13,8	12,4	1,11	n.s.
	Variation	-44,1	-19,4		
Suicide	2000-2004	32,0	33,7	0,95	n.s.
	2010-2014	17,9	17,9	1,00	n.s.
	Variation	-44,1	-46,9		
Accidents de transport	2000-2004	18,0	33,9	0,53	(-)
	2010-2014	11,9	19,7	0,61	(-)
	Variation	-33,7	-42,0		
Maladie vasculaire cérébrale	2000-2004	16,1	9,8	1,66	(+)
	2010-2014	8,4	7,7	1,09	n.s.
	Variation	-47,7	-20,9		
MPOC	2000-2004	14,1	20,1	0,70	(-)
	2010-2014	8,2	15,2	0,54	(-)
	Variation	-41,5	-24,1		

Source : Registre des événements démographiques du Québec (fichier des décès).

1. Taux pour 100 000 personnes, ajusté selon l'âge (0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 ans) de la population de moins de 75 ans du Québec en 2001.

2. Rapport de taux standardisé : taux du Saguenay/taux du Lac-Saint-Jean.

(+) ou (-) indique que le taux de la sous-région du Saguenay est significativement plus élevé ou moins élevé que le taux du Lac-Saint-Jean, au seuil de 0,05.

n.s. : l'écart entre les taux n'est pas statistiquement significatif au seuil de 0,05.

Les mêmes constats s'appliquent à la maladie vasculaire cérébrale. En 2000-2004, le taux ajusté était significativement plus élevé au Saguenay (16 décès pour 100 000) qu'au Lac-Saint-Jean (10 pour 100 000). Dix ans plus tard, les taux sont à peu près équivalents en raison d'une baisse plus marquée au Saguenay (-48 %) qu'au Lac-Saint-Jean (-21 %), où elle a été non statistiquement significative.

En contrepartie, le taux ajusté de mortalité était moins élevé au Saguenay pour certaines causes de décès évitables. C'est le cas pour les accidents de transport. En 2000-2004, le taux était de 18 décès pour 100 000 au Saguenay, un taux presque deux fois moins élevé qu'au Lac-Saint-Jean (34 pour 100 000). Une décennie plus tard, l'écart est toujours statistiquement significatif. Il est cependant un peu moins accentué, étant donné que la baisse observée a été un peu plus prononcée au Lac-Saint-Jean (-42 %) qu'au Saguenay (-34 %).

Le constat diffère un peu dans le cas de la MPOC. En 2000-2004, le taux était de 14 décès pour 100 000 au Saguenay, comparativement à 20 au Lac-Saint-Jean. Mais contrairement à ce que l'on a observé pour les accidents de transport, dix ans plus tard, l'écart entre les deux sous-régions s'est accentué, la diminution du taux ayant été plus marquée au Saguenay (-42 %) qu'au Lac-Saint-Jean (-24 %). De plus, au Lac-Saint-Jean, la diminution n'a pas été statistiquement significative.

Donc, en ce qui a trait à la population masculine, l'évolution de la mortalité évitable semble, à plusieurs égards, avoir été plus positive au Saguenay qu'au Lac-Saint-Jean. Sur une période de dix ans, les écarts défavorables au Saguenay ont été comblés alors que ceux défavorables au Lac-Saint-Jean ont persisté ou ont même été accentués.

La population féminine

Chez les femmes de la région, on observe, de façon générale, moins d'écart entre les sous-régions. De plus, ceux-ci sont de moindre ampleur et aucun n'est statistiquement significatif.

À titre d'exemple, les taux pour la MPOC et les accidents de transport sont à peu près similaires dans les deux sous-régions, tant en 2000-2004 qu'en 2010-2014, et les diminutions de taux observées sont de même ampleur.

Par contre, les baisses observées au Saguenay sont plus accentuées qu'au Lac-Saint-Jean pour l'ensemble des causes de décès évitables (-16 % comparativement à -8 %) (tableau 15). De plus, contrairement au Saguenay, la baisse observée au Lac-Saint-Jean n'est pas statistiquement significative.

Le même constat s'applique au cancer du sein, dont le taux baisse de 32 % au Saguenay et de 9 % au Lac-Saint-Jean, et au cancer colorectal (-37 % au Saguenay contre -13 %). Et pour ces deux cancers, la réduction au Lac-Saint-Jean n'est pas non plus significative statistiquement, contrairement au Saguenay. Pour ces causes de décès, la situation relative du Saguenay s'est améliorée par rapport au Lac-Saint-Jean. Les écarts qui en résultent en 2010-2014 ne sont cependant pas statistiquement significatifs, tout comme en 2000-2004.

Tableau 15

Évolution de la mortalité évitable, femmes de moins de 75 ans, sous-régions du Saguenay et du Lac-Saint-Jean, 2000-2004 à 2010-2014

Causes de décès		Taux ajusté pour 100 000 ¹		RTS ²	Écart
		Saguenay	Lac-St-Jean		
Ensemble des causes	2000-2004	176,2	168,6	1,05	n.s.
	2010-2014	147,8	154,6	0,96	n.s.
	Variation	-16,1	-8,3		
Cancer du poumon	2000-2004	37,7	37,4	1,01	n.s.
	2010-2014	35,9	38,8	0,92	n.s.
	Variation	-4,8	3,8		
Cancer du sein	2000-2004	25,1	19,6	1,28	n.s.
	2010-2014	17,0	17,8	0,96	n.s.
	Variation	-32,1	-9,2		
Cardiopathies ischémiques	2000-2004	20,3	24,8	0,82	n.s.
	2010-2014	10,1	11,2	0,90	n.s.
	Variation	-50,0	-54,7		
Cancer colorectal	2000-2004	13,8	10,8	1,28	n.s.
	2010-2014	8,7	9,4	0,94	n.s.
	Variation	-37,3	-12,8		
Maladie vasculaire cérébrale	2000-2004	12,3	12,4	1,00	n.s.
	2010-2014	6,2	8,3	0,75	n.s.
	Variation	-49,7	-33,1		
MPOC	2000-2004	10,2	11,4	0,89	n.s.
	2010-2014	9,0	9,6	0,94	n.s.
	Variation	-12,0	-16,3		
Accidents de transport	2000-2004	7,3	7,6	0,96	n.s.
	2010-2014	5,5	5,6	0,97	n.s.
	Variation	-25,0	-26,0		

Source : Registre des événements démographiques du Québec (fichier des décès).

1. Taux pour 100 000 personnes, ajusté selon l'âge (0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 ans) de la population de moins de 75 ans du Québec en 2001.

2. Rapport de taux standardisé : taux du Saguenay/taux du Lac-Saint-Jean.

(+) ou (-) indique que le taux de la sous-région du Saguenay est différent du taux du Lac-Saint-Jean, au seuil de 0,05.

n.s. : l'écart entre les taux n'est pas statistiquement significatif au seuil de 0,05.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Comparaison avec d'autres études similaires

Il apparaît pertinent de voir dans quelle mesure les résultats obtenus dans la région se comparent à ceux d'analyses similaires. À plusieurs égards, les résultats sont, de fait, cohérents avec ceux obtenus dans deux analyses récentes basées sur la même méthodologie et une liste identique de causes de décès évitables (ICIS, 2012; Bellehumeur, 2015).

Ainsi, dans la région, parmi l'ensemble des décès recensés pendant la période 2010-2014, 39 % étaient survenus prématurément, soit avant 75 ans. Cette proportion est identique à ce que l'ICIS avait mesuré pour le Canada en 2008 (39 %). Par contre, la proportion de décès prématurés est moins élevée dans la région que dans celle mesurée pour la période 2007-2011 dans Lanaudière (47 %).

Comme dans les deux études mentionnées précédemment, le taux de mortalité prématurée dans la région est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pour la période 2010-2014, il est en fait 1,5 fois plus élevé, un écart similaire à celui observé dans Lanaudière pour la période 2007-2011, mais un peu moins élevé que pour l'ensemble du Canada en 2008 (ratio = 1,6).

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, parmi l'ensemble des décès prématurés recensés de 2010 à 2014, un peu plus des deux tiers (69 %) sont considérés comme évitables. Cette proportion est un peu moins élevée que celle obtenue dans Lanaudière (73 % pour 2007-2011) et dans l'ensemble du Canada en 2008 (72 %).

Parmi les décès évitables au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 69 % sont attribuables à des causes pouvant être prévenues et 31 %, à des causes

pouvant être traitées. Ces proportions sont identiques à celles obtenues dans Lanaudière pour la période 2007-2011. Elles diffèrent toutefois des proportions obtenues pour l'ensemble du Canada en 2008, soit 72 % pour les décès dus à des causes pouvant être prévenues et 28 % pour les causes pouvant être traitées.

Les principales causes de décès évitables sont les mêmes dans les trois études : cancers du poumon, du sein, et colorectal, cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales, MPOC, suicide et accidents de transport. Ces maladies sont globalement à l'origine des deux tiers des décès évitables.

La baisse de 26 % du taux ajusté de mortalité évitable observée dans la région depuis 2000 a été plus marquée que dans Lanaudière (environ 18 %). Cet écart peut être dû au fait que les données couvraient une période de 15 ans dans la région contre 10 ans dans Lanaudière. Ces baisses sont cohérentes avec la tendance à la baisse de la mortalité évitable observée depuis une trentaine d'années. Au Canada, de 1979 à 2008, le taux ajusté de mortalité pour l'ensemble des causes pouvant être prévenues a diminué de 47 % et celui des causes traitables a chuté de 56 % (ICIS, 2012 : 19).

Enfin, dans la région comme dans Lanaudière, la baisse du taux ajusté a été plus accentuée chez les hommes que chez les femmes. Cela a eu pour effet de diminuer la part des décès masculins dans l'ensemble des décès évitables, cette proportion ayant été réduite à environ 60 % dans les deux régions.

Globalement, les résultats obtenus dans la région sont donc tout à fait cohérents avec ceux des deux études mentionnées précédemment.

Le lien avec les facteurs de risque et les environnements favorables

Les principales maladies à l'origine des décès évitables partagent certains points communs : elles sont toutes non transmissibles et peuvent être en grande partie prévenues parce qu'elles sont causées, entre autres, par plusieurs facteurs de risque qui leur sont communs et sur lesquels on peut intervenir : tabagisme, inactivité physique, alimentation inadéquate, consommation excessive d'alcool. Ces facteurs constituent, depuis quelques décennies déjà, une cible de choix pour l'intervention de santé publique.

La baisse substantielle de la mortalité évitable observée dans la région depuis 2000 démontre que les efforts et les stratégies d'intervention préventive peuvent produire des résultats très concrets. La lutte au tabagisme en est une preuve éloquent, d'autant plus que le tabagisme est le facteur de risque qui a le plus d'impact sur la mortalité prématurée (Stringhini et coll., 2017), notamment parce qu'il accroît le risque à la fois pour les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies respiratoires.

Grâce à des interventions soutenues et diversifiées visant le tabagisme, les gouvernements québécois et canadien ainsi que les autorités de santé publique ont créé des environnements sains qui ont contribué largement à la réduction de la prévalence de ce facteur de risque majeur. Cette réduction, observée depuis au moins une trentaine d'années au Canada, a logiquement contribué en bonne partie au recul de la mortalité évitable, notamment à celle due aux cancers, aux maladies respiratoires et cardiovasculaires. Plus récemment, « la diminution de la prévalence du tabagisme a permis de réduire de 34 % le fardeau économique [...] attribuable à ce problème au Canada entre 2000 et 2015 » (Krueger, 2017).

Dans la région, la prévalence du tabagisme est passée, chez les adultes, de 48 % en 1980, à 30 % en 2000 à 19 % en 2012. De plus, chez les jeunes étudiants du secondaire de la région, la proportion de fumeurs est passée de 40 % en 1997 à 11 % en 2010-2011. Ces tendances pourraient aussi contribuer dans le futur à ce que la baisse de la mortalité prématurée, notamment celle due aux cancers associés au tabagisme, se poursuive.

La baisse de la mortalité prématurée attribuable au suicide et aux accidents de transport constitue une preuve supplémentaire que des efforts de prévention diversifiés peuvent porter des fruits. Depuis plusieurs années, le Québec a investi dans la prévention du suicide (campagnes, formations, services, etc.), ce qui a pu contribuer à réduire la mortalité par suicide au cours de la dernière décennie. Des campagnes sociétales contre les excès de vitesse et l'alcool au volant visant un changement des normes sociales ainsi que l'amélioration de la sécurité des véhicules ont contribué à créer un environnement plus sécuritaire. Conséquemment, les taux de décès sur les routes sont en baisse depuis de nombreuses années.

Dans le cas des maladies cardiovasculaires, la réduction de la mortalité évitable a été possible à la fois par des interventions préventives et des améliorations en ce qui a trait à la prise en charge et au traitement. Le cas de l'hypertension artérielle illustre bien ce dernier point. Au Canada, de 1992 à 2009, on a observé une hausse significative des proportions de personnes hypertendues traitées (de 35 % à 79 %) et contrôlées (de 13 % à 65 %). En contrepartie, la proportion de personnes hypertendues qui ne sont pas conscientes de l'être est passée de 43 % à 17 % (McAlister, 2011 : 1007).

Tous ces changements seraient attribuables en bonne partie au Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), implanté en 1999, qui visait une meilleure gestion de l'hypertension. Des hausses substantielles dans le diagnostic et le traitement de l'hypertension ont été observées dans les quatre années suivant l'initiation du programme. Ces hausses se seraient poursuivies jusqu'en 2007 au moins (Campbell, 2009 : 132). Cela a logiquement contribué à la baisse de la mortalité attribuable aux maladies vasculaires cérébrales.

L'évolution future de la mortalité évitable

Au cours de la dernière décennie, la mortalité évitable a été réduite de façon substantielle. La baisse a été plus prononcée chez les hommes, où les taux de mortalité étaient plus élevés que chez les femmes pour la plupart des causes de décès. L'écart entre les deux sexes a été ainsi réduit pour plusieurs causes de décès. On peut se demander si des gains sont encore possibles et si la réduction de la mortalité évitable va se poursuivre au même rythme au cours de la prochaine décennie. Plus précisément, est-ce que l'évolution de la prévalence des principaux facteurs de risque favorisera ou non une telle réduction?

La baisse du tabagisme, qui se poursuit depuis des décennies, continuera à avoir des effets positifs sur la mortalité attribuable aux cancers, et notamment au cancer du poumon. Cela s'explique parce que les taux de mortalité des cancers associés au tabagisme, pour une période donnée, sont le reflet des taux de tabagisme qui prévalaient quelque 20 ans auparavant.

Parmi les facteurs de risque, l'inactivité physique occupe la seconde place en ce qui a trait à la contribution à la mortalité prématurée (Stringhini et coll., 2017). Une baisse de la prévalence de la sédentarité

pourrait donc favoriser une réduction de la mortalité prématurée. Or, chez les adultes de la région, les niveaux d'activité physique stagnent depuis 2000. Le quart des adultes de la région (24 %) sont considérés comme sédentaires en 2013-2014, pratiquant des activités physiques de loisir moins d'une fois par semaine.

Pour d'autres facteurs de risque de mortalité prématurée, la situation s'est détériorée. C'est le cas notamment de l'obésité. Depuis 2000, la proportion des personnes de 18 ans et plus touchées par un excès de poids connaît une progression importante au Canada. Conséquemment, entre 2000 et 2015, « le fardeau économique associé au surpoids a augmenté de 24 % » (Krueger, 2017).

Dans la région, la proportion de la population en surpoids passe de 45 % en 2000 à 57 % en 2012. La prévalence de l'obésité (indice de masse corporelle [IMC] de 30 kg/m² ou plus) augmente de 10 % à 18 % pendant la même période. En contrepartie, la proportion d'adultes affichant un poids normal (IMC de 18,5 à 24,9 kg/m²) a diminué constamment, passant de 52 % en 2000 à 42 % en 2012.

La consommation excessive d'alcool est aussi en hausse depuis 2000, tant dans la région qu'au Québec.

Ces changements en ce qui a trait au poids corporel et à la consommation d'alcool accroissent le risque de développer d'autres problèmes de santé, et notamment le diabète et l'hypertension. La prévalence du diabète est d'ailleurs en augmentation partout en Amérique du Nord. Dans la région, la proportion de la population de 20 ans et plus atteinte de diabète a doublé entre 2000 et 2015, passant de 4,7% à 9,6 %. Pendant la même période, la prévalence de l'hypertension est passée de 18 % à 30 % dans la région.

Le diabète et l'hypertension peuvent cependant être traités. Il est même généralement préférable qu'ils le soient pour éviter les problèmes ou conséquences qui leur sont associés, favorisant ainsi une réduction de la mortalité prématurée. En ce sens, la hausse de la proportion de personnes diagnostiquées et traitées pour ces deux problèmes de santé peut être perçue positivement. Par contre, le risque de surdiagnostic et de surtraitement est toujours possible, notamment dans le cas de l'hypertension artérielle.

Idéalement, pour que la réduction de la mortalité évitable se poursuive, il faudrait pouvoir éviter une hausse des problèmes de santé associés au surpoids, à l'inactivité physique, à la consommation excessive d'alcool, aux mauvaises habitudes alimentaires. Et l'amélioration de la situation relative à ces facteurs de risque passe, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), par la création d'environnements favorables à la santé (OMS, 2013). C'est ce que l'organisme recommande dans le *Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* qui vise à réduire de 25 % la mortalité attribuable à ces maladies d'ici 2025.

Des écarts toujours présents

Les données présentées dans ce document n'ont pu être analysées sous l'angle des facteurs socioéconomiques. On sait par contre que, théoriquement et selon la littérature, il s'agit d'un facteur ayant un impact sur la mortalité prématurée. Dans une méta-analyse regroupant 48 études prospectives incluant à la fois des données sur le statut socioéconomique, les facteurs de risque ciblés par l'OMS et la mortalité, Stringhini et ses collaborateurs ont démontré que le statut socioéconomique avait autant d'impact sur la mortalité prématurée que les facteurs de risque classiques.

Au Canada, l'analyse de la mortalité prématurée de l'ICIS renforce ce constat. « Entre 2005 et 2007, le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues, normalisé selon l'âge, pour les habitants des quartiers défavorisés représentait presque le double de celui observé dans les quartiers les plus aisés. Le taux de mortalité de causes traitables, quant à lui, était 1,6 fois plus élevé. » (ICIS, 2012 : 28).

Enfin, dans une analyse canadienne de la mortalité selon le niveau de scolarité (Tjepkema et coll., 2012), on a démontré que les causes de décès qui contribuent le plus à la surmortalité liée au niveau de scolarité sont, en grande partie, les causes qui contribuent le plus à la mortalité prématurée, soit la cardiopathie ischémique, le cancer du poumon, la MPOC, les maladies vasculaires cérébrales et les traumatismes.

Compte tenu des liens entre le statut socioéconomique et mortalité prématurée, Stringhini suggère de considérer et d'intégrer ce facteur dans les stratégies et les politiques visant la réduction de la mortalité prématurée. En ce sens, des stratégies efficaces de réduction des inégalités sociales de santé pourraient contribuer à la baisse de la mortalité prématurée.

Réduction de la mortalité prématurée et qualité de vie

L'objectif de réduction de la mortalité prématurée est très louable. Mais encore faut-il que les années gagnées soient des années de qualité. La réduction de la mortalité prématurée observée depuis une trentaine d'années s'est-elle accompagnée d'un alourdissement de la condition des personnes qui ont ainsi prolongé leur vie?

L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS) est un indicateur qui permet de répondre en partie à cette question. Il se définit comme le nombre moyen d'années de vie en bonne santé que

devrait connaître une personne, compte tenu de la mortalité et de la morbidité courantes au moment où est établie la mesure.

Utilisant cet indicateur, une étude récente cherchait à évaluer si la proportion de la vie marquée par des problèmes de santé avait augmenté ou diminué au Canada pendant la période 1994-2010 (Steensma et coll., 2017). Les auteurs concluent qu'au Québec, il y a eu augmentation significative de l'EVAS. Ainsi, l'EVAS à la naissance est passée de 69,1 ans en 1994-1995 à 73,6 ans en 2019-2010. Pendant la même période, l'EVAS à 65 ans a progressé de 13,7 ans à 16,6 ans.

Par contre, comme l'espérance de vie a progressé sensiblement au même rythme, « sur le plan de la proportion de la vie marquée par des problèmes de santé, aucun changement notable n'a été observé à la naissance et à 65 ans, dans la majorité des provinces comme à l'échelle nationale, pour la période à l'étude » (Steensma et coll., 2017 : 78).

Les limites méthodologiques

Les résultats présentés dans ce document comportent certaines limites qu'il convient de souligner.

En premier lieu, il est généralement reconnu que les décès de causes potentiellement évitables ne peuvent être tous évités. « Certains décès de causes traitables peuvent être inévitables en raison d'un diagnostic tardif ou de problèmes de santé sous-jacents. De plus, certains décès de causes pouvant être prévenues peuvent résulter d'événements imprévisibles contre lesquels aucune mesure de protection n'aurait pu être prise. » (ICIS, 2012 : 6).

De plus, les impacts des changements éventuels au niveau des facteurs de risque ou des traitements sur la mortalité prématurée peuvent être

variables d'une cause de décès à l'autre. « Par exemple, les effets de l'abandon du tabac sur les maladies cardiovasculaires peuvent se manifester très rapidement à l'échelle de la population, soit dans un délai d'un à deux ans, mais il faut parfois jusqu'à 20 ans pour constater une réelle diminution de la mortalité par cancer du poumon. » (ICIS, 2012 : 6).

Par ailleurs, l'amélioration des traitements ou le développement de nouvelles voies thérapeutiques font que le concept de mortalité évitable peut évoluer au fil du temps. Le cas du VIH/sida le démontre bien. Grâce aux progrès de la recherche et des traitements, cette affection est maintenant considérée comme une cause de décès traitable.

Enfin, pour l'analyse, des données de mortalité provisoires ont été utilisées pour les années 2013 et 2014. Des comparaisons faites entre le fichier provisoire et le fichier fermé de l'année 2011 ont permis de constater que pour notre région, l'utilisation du fichier provisoire ne comportait pas d'inconvénient, la différence du nombre de décès entre les deux fichiers étant très minimes.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2012). *L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé au Canada : Rapport de 2012* Ottawa, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 96 p.

BELLEHUMEUR, P. (2015a). *Évolution de la mortalité évitable dans Lanaudière. Différences selon le sexe*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, octobre 2015, 20 p.

BELLEHUMEUR, P. (2015b). *Mortalité évitable dans Lanaudière. Différences territoriales*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, novembre 2015, 16 p.

CAMPBELL, N.R.C., et coll. (2009). "Increases in Antihypertensive Prescriptions and Reductions in Cardiovascular Events in Canada", *Hypertension*, 2009, vol. 53, p. 128-134.

CASTELLI, A., et O. NIZOLOVA (2011). "Avoidable Mortality: What it Means and How it is Measured", *Center for Health Economics*, Alcuin College, University of York, York, UK.

CHENTIR, A. (2014). *Estimation de la mortalité évitable au Québec de 1981-1985 à 2005-2009*, mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en démographie, Université de Montréal, Montréal, 2014, 97 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2012). *Indicateurs de santé 2012*, Ottawa, 132 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le GROUPE DE TRAVAIL DES INDICATEURS DU PLAN COMMUN DE SURVEILLANCE À L'INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, 2013, 139 p.

KRUEGER, H. (2017). « Le poids de notre nation », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol 37, n° 2, février 2017, p. 39.

McALISTER, F., et coll. (2011). "Changes in the Rates of Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Canada over the past two Decades", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, no 9, p. 1-007-1 013.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL AND INSTITUTE OF MEDICINE (2015). *Measuring the Risks and Causes of Premature Death: Summary of Workshops*. H.G. Rhodes, *Rapporteur*. Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Board on Health Care Services, Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*, 55 p.

SCHROEDER, S. (2007). "We Can Do Better — Improving the Health of the American People", *New England Journal of Medicine*, vol. 357, no 12, sept. 2007, p. 1221-1228.

STEENSMA, C., et coll. (2017). « Portrait de la compression et de l'expansion de la morbidité au Canada : évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé, 1994-2010 », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol. 37, no 3, mars 2017.

STRINGHINI, S., et coll. (2017). "Socioeconomic Status and the 25x25 Risk Factors as Determinants of Premature Mortality: a Multicohort Study and Meta-analysis of 1.7 Million Men and Women", *The Lancet*, publié en ligne le 31 janvier 2017, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7).

TOBIAS, M. (2009). *Amenable Mortality: Concept and Application*, Wellington, Nouvelle-Zélande, Ministry of Health, 2009 (Site Web consulté en juillet 2015 au www.safetyandquality.gov.au).

TJEPKEMA, M., WILKINS, R., LONG, A. (2012). « Mortalité par cause selon le niveau de scolarité au Canada : une étude de suivi sur 16 ans », *Rapports sur la santé*, vol. 23, no 3, septembre 2012, p.3-12.

Annexe 1
Liste des causes de décès pour l'indicateur de mortalité évitable

Source : Institut canadien d'information sur la santé (2012). *Indicateurs de santé 2012*, Ottawa, p. 35-40.

Causes de décès	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
MALADIES INFECTIEUSES			
Entérite et autres maladies diarrhéiques	A00 à A09	x	
Tuberculose	A16 à A19, B90, J65		x
Maladies pouvant être prévenues par un vaccin	A35 à A37, A39 A40.3, A41.3 A49.2, A80 B01, B05, B06 J09 à J11, J13, J14 G00, G00.1	x	
Infections bactériennes invasives sélectionnées	A38 A48.1, A49.1		x
Sepsie	A40 (à l'exception de A40.3) A41 (à l'exception de A41.3)		x
Paludisme	B50 à B54		x
Méningite	G00.2, 3, 8, 9		x
Cellulite	A46, L03		x
Pneumonie	J12, J15, J16, J18		x
Infections transmissibles sexuellement, à l'exception du VIH/sida	A50 à A60, A63, A64	x	
Hépatite virale	B15 à B19	x	
VIH/sida	B20 à B24	x	
TUMEURS			
Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	C00 à C14	x	
Cancer de l'oesophage	C15	x	
Cancer de l'estomac	C16	x	
Cancer colorectal	C18 à C21		x
Cancer du foie	C22	x	
Cancer du poumon	C33, C34	x	
Cancer de la peau (mélanome)	C43	x	
Cancer de la peau (non-mélanome)	C44	x	

Causes de décès	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Tumeur maligne du sein	C50		x (femmes seulement)
Cancer du col de l'utérus	C53		x
Cancer de l'utérus	C54, C55		x
Cancer des testicules	C62		x
Cancer de la vessie	C67		x
Cancer de la thyroïde	C73		x
Maladie de Hodgkin	C81		x
Leucémie	C91.0, C91.1, C92.1		x (< 45 ans)
Tumeurs bénignes	D10 à D36		x
MALADIES CARDIOVASCULAIRES			
Cardiopathie rhumatismale	I01, I02, I05 à I09	x	
Maladies hypertensives	I10, I11 à I13, I15		x
Maladies cérébrovasculaires	I60 à I62 I63 à I64, I67, I69	x (50 %)	x (50 %)
Cardiopathie ischémique	I20 à I25	x (50 %)	x (50 %)
Autre athérosclérose	I70, I73.9	x (50 %)	x (50 %)
Anévrisme aortique	I71	x	
Thrombo-embolie veineuse	I26, I80, I82.9	x	
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE			
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	J40 à J44	x	
Asthme et bronchectasie	J45, J47		x
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	J20, J22		x
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	J00 à J06 J30 à J39		x
Maladies du poumon dues à des agents externes	C45, J60 à J64 J66 à J70, J82, J92	x	
Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte	J80		x

Causes de décès	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Oedème pulmonaire	J81		x
Abcès du poumon et du médiastin; pyothorax	J85, J86		x
Autres affections pleurales	J90, J93, J94		x
Autres troubles respiratoires	J98		x
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF			
Ulcère digestif	K25 à K28		x
Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	K35 à K38, K40 à K46 K80 à K83 K85.0, 1, 3, 8, 9 K86.1, 2, 3, 8, 9		x
Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	K73, K74.0, 1, 2, 6	x	
MALADIES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE			
Néphrite et néphrose	N00 à N07		x
Insuffisance rénale	N17 à N19		x
Uropathie obstructive, lithiase urinaire et hyperplasie de la prostate	N13, N20, N21, N23 N35, N40		x
Affections inflammatoires de l'appareil génito-urinaire	N34.1, N70 à N73 N75.0, N75.1, N76.4 N76.6		x
Affections dues à une tubulopathie	N25		x
MALADIES INFANTILES ET MATERNELLES			
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	A33	x	
	H31.1 P00 à P96		x
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Q00 à Q99		x
Grossesse, accouchement et puerpéralité	000 à 099		x

Causes de décès	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
BLESSURES NON INTENTIONNELLES			x
Accidents de transport	V01 à V99	x	
Chutes	W00 à W19	x	
Autres causes externes de blessure accidentelle	W20 à W64 W75 à W99 X10 à X39, X50 à X59	x	
Noyade	W65 à W74	x	
Feu et flammes	X00, X09	x	
Intoxication accidentelle	X40 à X49	x	
BLESSURES D'INTENTION NON DÉTERMINÉE			
Blessures d'intention non déterminée	Y10 à Y34	x	
BLESSURES INTENTIONNELLES			
Suicides et blessures auto-infligées	X60 à X84, Y87.0	x	
Agressions	X85 à X99 Y00 à Y09, Y87.1	x	
TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES			
Maladies liées à la consommation d'alcool, à l'exception des causes externes	F10, G31.2 G62.1, 142.6, K29.2 K70, K85.2, K86.0	x	
Troubles liés à la consommation de drogues	F11 à F16, F18, F19	x	
MALADIES ENDOCRINIENNES, NUTRITIONNELLES ET MÉTABOLIQUES			
Anémie due à une déficience nutritionnelle	D50 à D53	x	
Affections de la thyroïde	E00 à E07		x
Diabète sucré	E10 à E14	x (50 %)	x (50 %)
Maladies de la glande surrénale	E24, E25, E27		x
Anomalies congénitales métaboliques	E74.0, E74.2		x

Causes de décès	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX			
Épilepsie	G40, G41		x
MALADIES DU SYSTÈME OSTÉO-ARTICULAIRE			
Ostéomyélite	M86		x
EFFETS INDÉSIRABLES DE SOINS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX			
Drogues, médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique	Y40 à Y59	x	
Incidents survenus aux patients au cours d'actes médicaux et chirurgicaux	Y60 à Y66, Y69	x	
Appareils médicaux associés à des incidents adverses au cours d'actes diagnostiques et de leur usage thérapeutique	Y70 à Y82	x	
Actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient	Y83, Y84	x	

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean**

Québec 