

## Chapitre 4

# La mortalité

---

Selon des données encore provisoires, le nombre de décès augmente de 1 % en 2004 (55 300) comparativement à 2003 (54 600), nombre encore inférieur à celui de 2002 (55 700). Le taux de mortalité, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de décès et la population, est de 7,3 ‰ en 2004 comme en 2002. D'autres mesures plus précises de la mortalité sont présentées ici, soit l'espérance de vie, le taux de mortalité infantile, les taux par âge et les principales causes de décès. De courtes sections traitent des décès causés par le sida et par la bactérie *C. difficile*, des années de vie perdues imputables aux décès précoces, de la mortalité infantile et de l'espérance de vie au sein des régions administratives; en outre, nous abordons brièvement la mortalité périnatale.

Comme les données de 2003 et de 2004 ne sont pas encore définitives, les décès « estimés » ont été répartis au prorata des décès connus. Dans le cas de certains tableaux plus complexes ou pour lesquels la qualité des données était moindre, la répartition n'a pas été faite. La version finale des tableaux sera mise à jour sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec dès qu'elle sera disponible.

Rappelons la publication, l'an dernier, d'un important chapitre de Rochon (2004) sur la mortalité et la morbidité, dans un ouvrage consacré principalement aux personnes âgées selon la perspective par génération (Gauthier et collab., 2004). Ce texte présente notamment l'évolution de certaines des principales causes de décès selon les générations au cours des années 1971-1996.

### L'espérance de vie

Pendant la période 2002-2004, l'espérance de vie à la naissance, ou la durée de vie moyenne, est de 77,2 ans chez les hommes et de 82,4 ans chez les femmes, en regard de 74,6 et de 81,0 ans en 1995-1997, et de 73,7 et de 80,8 ans en 1990-1992 (tableau 4.1). Pour ce qui est des deux sexes réunis, l'espérance de vie est de 79,9 ans en 2002-2004. Les périodes de trois ans réduisent les fluctuations aléatoires dans le calcul des taux. L'augmentation de la durée de vie moyenne depuis 1995-1997, soit une période de sept années, continue d'être plus forte chez les hommes (2,6 ans) que chez les femmes (1,4 an), si bien que l'écart entre les sexes diminue. La vie moyenne des femmes compte maintenant 5,2 années de plus que celle des hommes, en regard de 7,1 années en 1990-1992 et de 6,4 années en 1995-1997.

La figure 4.1 présente l'évolution de la vie moyenne depuis 1951. L'espérance de vie n'était alors que de 64,4 ans chez les hommes et de 68,6 ans chez les femmes. Il est intéressant de noter l'écart de 4,2 ans entre la vie moyenne des hommes et des femmes à cette époque en regard de celui de 7,7 ans en 1980-1982, et de l'écart plus faible de 5,2 ans en 2001-2003.

L'âge de 65 ans marque souvent la fin de la vie active, et l'espérance de vie à cet âge constitue un indicateur du nombre d'années de vie passées à la retraite. En 2002-2004, l'espérance de vie à 65 ans atteint 17,0 ans chez les hommes et 20,7 ans chez les femmes. L'inégalité que présentent les

Tableau 4.1

**Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1980-1982 à 2002-2004**

Âge et sexe	1980-1982	1985-1987	1990-1992	1995-1997	2000-2002 <sup>r</sup>	2002-2004 <sup>p</sup>	Variation entre			
							1980-1982 et 1985-1987	1985-1987 et 1990-1992	1990-1992 et 1995-1997	1995-1997 et 2002-2004 <sup>p</sup>
années										
<b>À la naissance</b>										
Sexe masculin	71,18	72,16	73,69	74,60	76,29	77,20	0,98	1,53	0,91	2,60
Sexe féminin	78,87	79,65	80,84	80,99	81,88	82,36	0,78	1,19	0,15	1,37
Écart	7,69	7,49	7,15	6,39	5,59	5,16	-0,20	-0,34	-0,76	-1,23
Sexes réunis	74,97	75,90	77,32	77,87	79,18	79,89	0,93	1,42	0,55	2,02
<b>À 65 ans</b>										
Sexe masculin	14,08	14,22	15,20	15,46	16,48	16,97	0,14	0,98	0,26	1,51
Sexe féminin	18,70	19,00	19,86	19,77	20,36	20,73	0,30	0,86	-0,09	0,96
Écart	4,62	4,78	4,66	4,31	3,88	3,76	0,16	-0,12	-0,35	-0,55
Sexes réunis	16,53	16,78	17,74	17,83	18,62	19,05	0,25	0,96	0,09	1,22

Source : Institut de la statistique du Québec.

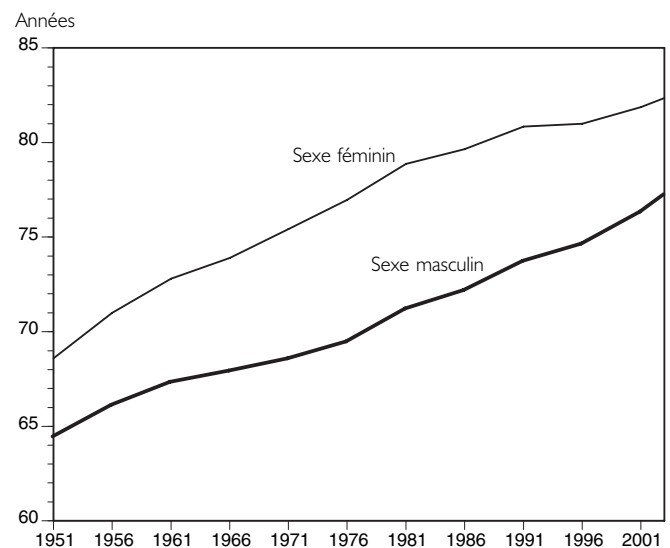
Ce tableau et ses mises à jour sont sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec.

sexes à cet égard est très importante, les femmes de 65 ans pouvant s'attendre à vivre 3,8 ans de plus que les hommes du même âge. Au cours des années 1980-1982, l'espérance de vie à 65 ans était de 14,1 ans chez les hommes et de 18,7 ans chez les femmes.

Le tableau 4.2 permet quelques comparaisons internationales de l'espérance de vie. Les Japonais jouissent de la vie moyenne la plus élevée : les hommes ont une vie moyenne de 78,4 ans en 2003 et les femmes, de 85,3 ans. L'avance des Japonais est relativement récente puisqu'en 1961, l'espérance de vie au Québec dépassait celle du Japon (respectivement de 67,3 et de 72,8 ans pour les hommes et les femmes au Québec en regard de 65,9 et de 70,7 ans au Japon).

L'espérance de vie des hommes au Québec est inférieure à la moyenne canadienne en 2002, mais celle des femmes est semblable. La vie moyenne au Québec est cependant supérieure à celle qu'on connaît aux États-Unis et dans de nombreux pays européens. La surmortalité masculine est encore plus forte en France, où l'écart entre la durée de vie moyenne des hommes et celle des femmes atteint 7,0 ans en regard de 5,2 ans au Québec. L'espérance de vie des Russes a diminué il y a quelques années, et l'écart entre les sexes atteint 13,1 ans en 2002.

Figure 4.1

**Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1950-1952 à 2002-2004**

Sources : Statistique Canada (1951-1966).  
Institut de la statistique du Québec (1971-2002).

Figure 4.2

### Taux de mortalité infantile selon le sexe, Québec, 1961-2004



Source : Tableau 308.

## La mortalité infantile

Le nombre provisoire d'enfants morts avant leur premier anniversaire s'élève à 314 en 2004 et à 295 en 2003, ce qui représente des taux de mortalité infantile de 4,2 ‰ (pour 1 000 naissances) en 2004 et de 4,0 ‰ en 2003. Les taux, qui ont chuté de façon importante, continuent à baisser, mais faiblement, malgré quelques variations aléatoires dues aux petits nombres en cause. Ils atteignaient 5,9 ‰ en 1991 et 8,3 ‰ en 1981, soit le double du taux actuel (figure 4.2).

Depuis 2003, les garçons et les filles connaissent des taux semblables, à 4 ‰, mais il s'agit probablement d'un résultat aberrant dû aux données provisoires. On observe habituellement une surmortalité masculine assez importante dès la naissance. Cet écart à un âge aussi jeune indique que l'inégalité des sexes quant à la mortalité tient en bonne partie à des facteurs biologiques, et non seulement sociaux, comme pourraient le laisser croire les facteurs de comportement observés aux âges plus avancés.

Notons qu'un certain nombre de décès infantiles résultent de naissances de très faible poids; ainsi, en 2003 et en 2004, on compte 74 et 79 décès infantiles de bébés de moins de 500 grammes, selon des données provisoires. En ne tenant pas compte de ces décès, le taux de mortalité infantile serait en 2004 de 3,2 ‰ au lieu de 4,2 ‰. Ajoutons qu'un petit nombre de décès infantiles sont le résultat d'une interruption volontaire de grossesse, soit 9 en 2003 et 11 en 2004.

Tableau 4.2

### Espérance de vie à la naissance selon le sexe, quelques États

État	Année	Hommes	Femmes
Québec	2002-2004 <sup>P</sup>	77,2	82,4
Québec	2001-2003 <sup>P</sup>	76,8	82,1
Canada	2002	77,2	82,1
Ontario	2002	77,7	82,2
France	2003	75,9	82,9
Suède	2002	77,9	82,4
Japon	2003	78,4	85,3
Russie	2002	58,8	71,9
États-Unis	2003	74,8	80,1

Sources : Institut de la statistique du Québec.  
Statistique Canada, données pour le Canada et l'Ontario  
Sites Web.

Tableau 4.3

### Taux de mortalité infantile, quelques États

État	Année	Taux ‰
Québec	2004 <sup>P</sup>	4,2
Canada	2002	5,4
Ontario	2002	5,3
France	2004	3,9
Japon	2003	3,0
Suède	2003	3,1
Russie	2002	13,3
États-Unis	2003	6,9

Sources : Institut de la statistique du Québec.  
Statistique Canada, données pour le Canada et l'Ontario.  
Sites Web.

Une quinzaine de pays ont maintenant des taux de mortalité infantile inférieurs à 5 ‰, les plus faibles étant ceux du Japon et de la Suède, soit 3,0 ‰ et 3,1 ‰ respectivement en 2003 (tableau 4.3). La comparaison internationale et dans le temps des taux de mortalité infantile est délicate. L'enregistrement des bébés de très faible poids, des décès infantiles et des mortinaissances n'est plus fait aujourd'hui comme il y a 10 ou 15 ans, et les critères varient d'un pays à l'autre (Blondel, 2000; Joseph et Kramer, 1996; Gissler et collab., 1994). Il n'en reste pas moins que l'avance de quelques pays est importante, particulièrement celle du Japon et des pays nordiques européens.

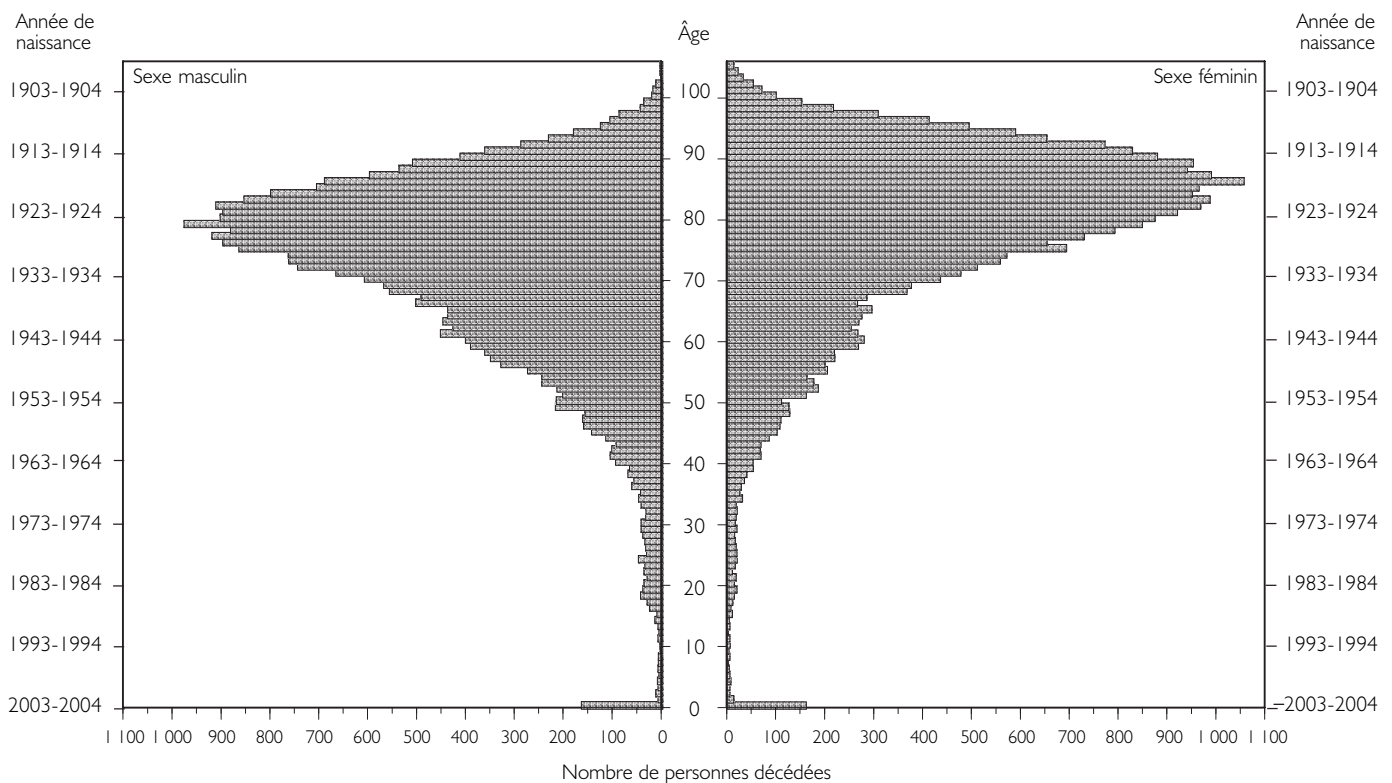
La section qui apparaît en fin de chapitre et qui traite des mortinaissances et de la mortalité périnatale et néonatale comporte d'autres données sur la mortalité infantile.

### La mortalité par âge

La forte majorité des personnes décédées sont des personnes âgées, comme la figure 4.3 permet de le constater. En 2004, la proportion des personnes de 65 ans et plus est de 83 % chez les femmes décédées et de 73 % chez les hommes. Sauf chez les moins de un an, il y a très peu de décès chez les jeunes. Jusqu'aux âges très avancés, il y a toujours beaucoup plus de décès d'hommes que de femmes; on en compte 1,6 fois plus chez les hommes que chez les femmes parmi les personnes décédées de moins de 65 ans. L'effectif des âges est évidemment un facteur du nombre de décès, et le calcul des taux et des quotients permet de comparer plus exactement les conditions de mortalité.

La figure 4.4 illustre les quotients de mortalité tirés de la table de mortalité de 2002-2004. Ces quotients expriment

Figure 4.3  
**Structure par sexe et âge de la population décédée en 2004<sup>a</sup>, Québec**

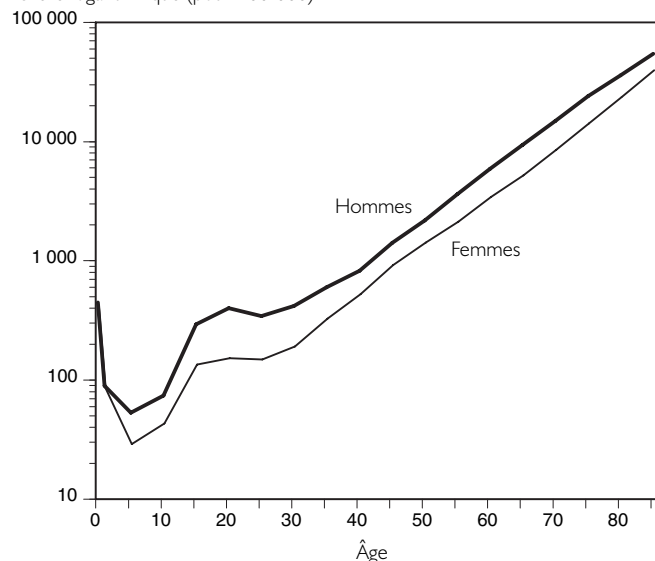


Source : Institut de la statistique du Québec.

Figure 4.4

### Quotient de mortalité selon l'âge et le sexe, Québec, 2002-2004<sup>P</sup>

Échelle logarithmique (pour 100 000)



Source : Tableau 307. La table est abrégée.

la probabilité à un anniversaire  $x$  de décéder avant l'anniversaire  $x + 5$ , sauf à la naissance et au premier anniversaire, où il s'agit de la probabilité de décéder avant le premier et le cinquième anniversaire.

On observe la mortalité la plus faible autour de l'âge de 10 ans; le quotient se situe à 0,5 ‰ chez les garçons entre 5 et 10 ans et à 0,3 ‰ chez les filles entre les mêmes anniversaires. La mortalité augmente régulièrement avec l'âge. La mortalité due aux causes externes autour de 20 ans provoque une hausse particulière dans les courbes, importante surtout en ce qui concerne le sexe masculin. Entre 20 et 25 ans, les hommes meurent deux fois et demie plus que les femmes, leur quotient se situant à 3,9 ‰ en regard de 1,5 ‰ chez les femmes.

Le tableau 4.4 résume l'évolution de la mortalité entre 1985-1987 et 2002-2004 en présentant les probabilités de décéder par grand intervalle d'âge. En général, la mortalité a baissé davantage pendant la deuxième moitié des années 1990 que pendant la première moitié. Entre 75 et 90 ans, la surmortalité masculine atteint 27 % selon la table de 2002-2004; la probabilité chez les hommes de 75 ans de décéder avant leur 90<sup>e</sup> anniversaire est de 771 ‰ en regard de 606 ‰ chez les femmes.

Tableau 4.4

### Évolution des probabilités de décéder de certains intervalles d'âge<sup>1</sup> selon le sexe, Québec, 1985-1987, 1990-1992, 1995-1997, 2000-2002 et 2002-2004

Intervalle entre anniversaires	Sexe masculin					Sexe féminin				
	Probabilité de décéder					Probabilité de décéder				
	1985-1987	1990-1992	1995-1997	2000-2002 <sup>r</sup>	2002-2004	1985-1987	1990-1992	1995-1997	2000-2002 <sup>r</sup>	2002-2004 <sup>p</sup>
	‰									
0-1	8,1	6,5	5,7	5,3	4,4	6,2	5,2	4,6	4,2	4,2
1-15	5,3	4,1	3,3	2,4	2,1	3,8	2,9	2,7	1,8	1,6
15-45	47,3	43,1	40,4	33,1	28,0	19,3	18,8	18,4	16,4	14,7
45-75	476,5	419,9	388,7	341,4	321,0	263,3	234,0	226,1	207,0	199,3
75-90	847,2	816,9	817,0	784,3	771,2	695,5	639,4	646,6	615,8	606,1

1. Il s'agit des probabilités, par exemple pour l'intervalle 15-45, de décéder entre le 15<sup>e</sup> et le 45<sup>e</sup> anniversaire (pour les survivants au 15<sup>e</sup> anniversaire).

Source : Institut de la statistique du Québec.

## Les causes de décès

Les causes de décès sont codées depuis 2000 selon la dixième version de la Classification internationale des maladies (CIM10). La neuvième version était utilisée depuis 1979. Une nouvelle classification était nécessaire pour tenir compte des progrès dans le domaine de la terminologie médicale et de l'étiologie. Il faut ajouter, par exemple, de nouvelles maladies comme l'infection au VIH qui était inconnue à l'époque. La CIM10 est beaucoup plus détaillée que la CIM9; elle comprend environ 8 000 catégories au lieu de 5 000. Certaines règles de codification et d'interprétation de la cause initiale de décès ont aussi été modifiées. Cette nouvelle classification amène également des changements de terminologie mais, surtout, de nouveaux regroupements de causes qui rendent la comparaison historique parfois difficile. Aux États-Unis, on a fait une étude de comparabilité des causes de décès en codant un important échantillon de causes de l'année 1999 selon les deux classifications. En effet : « For some leading causes (e.g., Septicemia, Influenza and pneumonia, Alzheimer's disease, and Nephritis, nephrotic syndrome and nephrosis), the discontinuity in trend is substantial » (Anderson et collab., 2001 : 1). Nous renvoyons à cette étude le lecteur qui désirerait des explications détaillées.

Au tableau 4,5, nous comparons les résultats de certains regroupements de causes de décès relativement à l'ensemble des âges et aux années 1999 (codées avec la CIM9) ainsi que de 2000 à 2003 (codées avec la CIM10). Les données de 2003 sont encore provisoires. Il ne s'agit pas nécessairement des mêmes regroupements, mais plutôt des groupes que nous utilisons et de ceux qui les remplacent selon la CIM10, qui en sont évidemment aussi près que possible; par exemple, nous retenons la catégorie « maladie alcoolique du foie » (code K70 et 221 décès en 2000) au lieu de « cirrhose du foie » (code 571 et 583 décès en 1999), et on ne pourra donc pas comparer ces groupes. Dans le premier groupe de causes du tableau 4,5 – les maladies infectieuses et parasitaires qui conservent pourtant le même nom –, on observe une augmentation importante entre 1999 et 2000. Cette augmentation est probablement due aux changements dans les tables de décision; ainsi, si l'on trouve dans un bulletin de décès les causes « pneumonie et septicémie » selon la CIM10, ce décès sera classé parmi les septicémies, donc dans le groupe des maladies infectieuses,

tandis que, selon la CIM9, il aurait été classé avec les pneumonies. D'ailleurs, le groupe des pneumonies s'appelle maintenant « pneumopathies » et son importance diminue beaucoup. En fait, la classification des maladies de l'appareil respiratoire est assez profondément bouleversée. Même des causes qui ne semblaient pas très compliquées connaissent des changements importants. Par exemple, le nombre de décès dus aux chutes diminue énormément. Dans la CIM9, les « fractures sans causes précisées » (code E887) qui ont entraîné 460 décès en 1999, très majoritairement chez les personnes âgées, sont incluses dans la catégorie des chutes accidentelles dans la CIM9, mais elles n'en font plus partie dans la nouvelle classification. Les décès par suicide sont maintenant appelés « décès par lésions auto-infligées », mais nous utilisons quand même l'expression « suicide ». Leur nombre diminue beaucoup entre 1999 et 2000; en théorie, la correspondance des codes devrait être parfaite, c'est-à-dire que la codification des suicides devrait être la même. Il s'agit donc d'une diminution du nombre de suicides, et les données de 2001 et de 2002 sont très proches de celles de 2000.

La comparaison des causes de décès codés avec la nouvelle classification et ceux de la CIM9 est donc délicate. Cependant, la comparaison du nombre de décès dus à certaines causes durant deux ou trois années consécutives peut montrer des variations ou des fluctuations importantes. Ainsi, le nombre de décès dus au cancer du poumon diminue de 4 959 en 1999 à 4 730 en 2000, et il augmente de 5 % en 2001, à 4 972, et encore de 8 % en 2002, jusqu'à 5 368; les données de 2003 sont encore provisoires. Le cas des décès dus aux accidents de véhicule à moteur est intéressant : le nombre est semblable en 1999 et en 2000 (729 et 747), et on observe une baisse de 19 % en 2001 (605 décès). Toutefois, le nombre augmente de 21 % en 2002, soit 730 décès, puis il baisse de 10 % en 2003, selon des données encore provisoires. C'est donc l'année 2001 qui est exceptionnellement basse. L'exemple des décès par accident de véhicule à moteur montre qu'on peut trouver d'importantes variations annuelles, de l'ordre de 15 % à 20 %, sans devoir conclure à des changements de tendance, qu'il vaut mieux dégager à partir de moyennes établies sur quelques années.

Tableau 4.5

### Comparaison des décès selon les principaux groupes de causes selon la CIM9 en 1999 et la CIM10 en 2000-2003, Québec

Groupes de causes CIM9	Code CIM9	Décès		Groupes de causes CIM10	Code CIM10	Décès			
		1999				2000 <sup>r</sup>	2001 <sup>r</sup>	2002 <sup>r</sup>	2003 <sup>p</sup>
<b>Toutes causes</b>		<b>54 749</b>		<b>Toutes causes</b>		<b>53 287</b>	<b>54 372</b>	<b>55 748</b>	<b>54 692</b>
Maladies infectieuses et parasitaires	001-139	476		Maladies infectieuses et parasitaires	A00-B99	727	759	868	1 093
Sida	042-044	125		Maladies dues au VIH	B20-B24	124	109	127	128
Tumeurs	140-239	16 630		Tumeurs	C00-D48	17 007	17 574	17 903	17 633
Appareil digestif et péritoine	150-159	4 517		Organes digestifs	C15-C26	4 440	4 409	4 608	4 505
Estomac	151	603		Estomac	C16	573	514	572	542
Côlon	153	1 501		Côlon	C18	1 544	1 519	1 607	1 571
Rectum, anus	154	498		Rectum, anus et jonction recto-sigmoïdienne	C19-C21	447	482	513	477
Pancréas	157	805		Pancréas	C25	852	834	855	891
Trachée, bronches, poumon	162	4 959		Trachée, bronches, poumon	C33-C34	4 731	4 972	5 368	5 323
Peau	172-173	215		Peau	C43-C44	187	194	196	171
Sein	174-175	1 254		Sein	C50	1 279	1 352	1 308	1 274
Organes génitaux-urinaires	179-189	2 208		Organes génitaux et voies urinaires	C51-C68	2 100	2 166	2 244	2 189
Col de l'utérus	180	91		Col de l'utérus	C53	79	66	79	61
Ovaire	183.0	327		Ovaire	C56	300	304	379	325
Prostate	185	789		Prostate	C61	816	809	795	768
Vessie	188	364		Vessie	C67	350	375	365	386
Encéphale	191	446		Méninges et cerveau	C70-C71	445	431	424	416
Tissus lymphatiques <sup>1</sup>	200-208	1 404		Tissus lymphoïde, <sup>1</sup>	C81-C96	1 419	1 492	1 469	1 516
Leucémie	204-208	476		Leucémie	C91-C95	469	533	502	567
Tumeurs, autres		1 627		Tumeurs, autres		2 406	2 558	2 286	2 239
Diabète sucré	250	1 581		Diabète sucré	E10-E14	1 642	1 767	1 834	1 690
Système nerveux et organes des sens	320-389	1 885		Système nerveux	G00-G99	2 650	3 043	3 209	3 101
Maladie d'Alzheimer	331.0	755		Maladie d'Alzheimer	G30	1 441	1 692	1 796	1 749
Appareil circulatoire	390-459	18 195		Appareil circulatoire	I00-I99	16 726	16 476	16 326	15 930
Maladies hypertensives	401-405	311		Maladies hypertensives	I10-I15	400	369	359	339
Cardiopathies ischémiques	410-414	10 235		Cardiopathies ischémiques	I20-I25	9 533	9 222	9 101	9 004
Infarctus aigu du myocarde	410	5 926		Infarctus aigu du myocarde	I21-I22	5 497	5 224	5 169	5 129
Maladies vasculaires cérébrales	430-438	3 168		Maladies cérébrovasculaires	I60-I69	3 011	3 060	2 999	2 855
Artères, artérioles, capillaires	440-448	1 007		Artères, artérioles, capillaires	I70-I79	855	910	851	825
Athérosclérose	440	191		Athérosclérose	I70	211	209	165	147
Appareil circulatoire, autres		3 474		Appareil circulatoire, autres		2 927	2 915	3 016	2 907
Appareil respiratoire	460-519	5 449		Appareil respiratoire	J00-J99	4 163	4 250	4 467	4 415
Grippe	487	130		Grippe	J10-J11	79	20	49	15
Pneumonie	480-486	1 486		Pneumopathies	J12-J18	692	741	772	756
Bronchite, emphysème, asthme	490-493	666		Voies respiratoires inférieures <sup>2</sup>	J40-J47	2 681	2 753	2 798	2 740
Appareil respiratoire, autres		3 167		Appareil respiratoire, autres		711	736	848	904
Appareil digestif	520-579	2 020		Appareil digestif	K00-K93	1 863	1 877	2 070	2 041
Cirrhose du foie	571	583		Maladie alcoolique du foie	K70	222	223	261	248
Organes génito-urinaires	580-629	953		Appareil génito-urinaire	N00-N99	1 034	1 112	1 224	1 116
Néphrite, syndrome néphrotique	580-589	759		Insuffisance rénale	N17-N19	828	872	974	892
Affections périnatales	760-779	164		Affections périnatales	P00-P96	182	208	206	185
Anomalies congénitales	740-759	169		Malformations congénitales <sup>3</sup>	Q00-Q99	186	183	162	179
Symptômes et états morbides <sup>2</sup>	780-799	228		Symptômes, signes <sup>4</sup>	R00-R99	481	386	411	414
Traumatismes et empoisonnements	E800-E999	3 877		Causes externes	V01-Y98	3 519	3 419	3 594	3 385
Accidents de véhicules à moteur <sup>3</sup>	E810-E819	729		Accidents de véhicules à moteur	V02-V05	747	605	730	653
Chutes	E880-E888	648		Chutes	W00-W19	211	254	244	266
Noyades	E910	81		Noyade et submersion accidentelles	W65-W74	56	49	61	47
Accidents provoqués par le feu	E890-E899	69		Exposition à la fumée, au feu et aux flammes	X00-X09	52	53	37	39
Suicides	E950-E959	1 610		Lésions auto-infligées (suicides)	X60-X84, Y87.0	1 325	1 334	1 342	1 233
Homicides	E960-E969	132		Agressions (homicides)	X85-Y09, Y87.1	133	129	107	84
Traumatismes et empoi., autres		608		Causes externes, autres		995	995	1 073	1 063
Autres		3 122		Autres		3 107	3 318	3 474	3 510

1. Et hématopoïétiques.

2. Symptômes et états morbides mal définis.

3. Et anomalies de la circulation impliquant des véhicules à moteur.

1. Hématopoïétique et apparentés.

2. Principalement bronchite, emphysème et asthme

3. Et anomalies chromosomiques

4. Et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs.

5. Et V09.0, V09.2, V12-V14, V19.0-V19.2, V19.4-V19.6, V20-V79, V80.3-V80.5, V81.0-V81.1, V82.0-V82.1, V83-V86, V87.0-V87.8, V88.0-V88.8, V89.0 et V89.2.

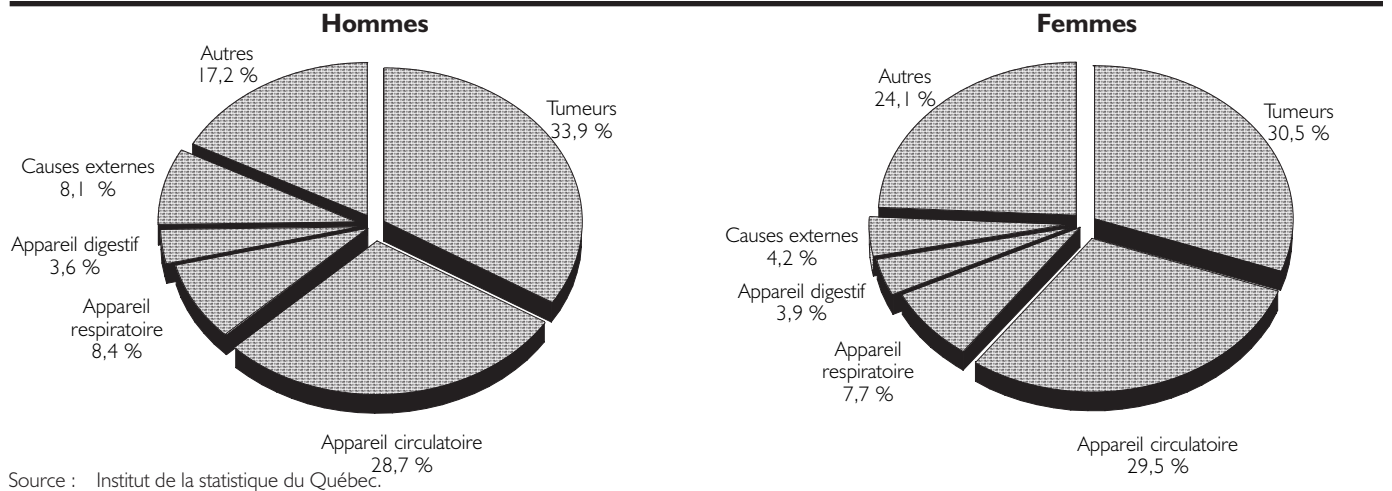
Source : Institut de la statistique du Québec.

La figure 4.5, qui illustre la répartition des principaux regroupements de causes de décès, permet de constater que les cancers forment, une quatrième année de suite, le groupe le plus important chez les deux sexes réunis et, pour la deuxième fois, le groupe le plus important chez les femmes; en 2003, ils occasionnent 34 % des décès chez les hommes et 31 % chez les femmes. Chez les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire sont responsables de 29 %

des décès en 2003, tandis qu'elles causent 30 % des décès chez les femmes et qu'elles arrivent donc au deuxième rang. Parmi les autres groupes importants, les maladies de l'appareil respiratoire causent 8 % des décès en 2003, les causes externes, 6 %, et les maladies de l'appareil digestif, 4 %.

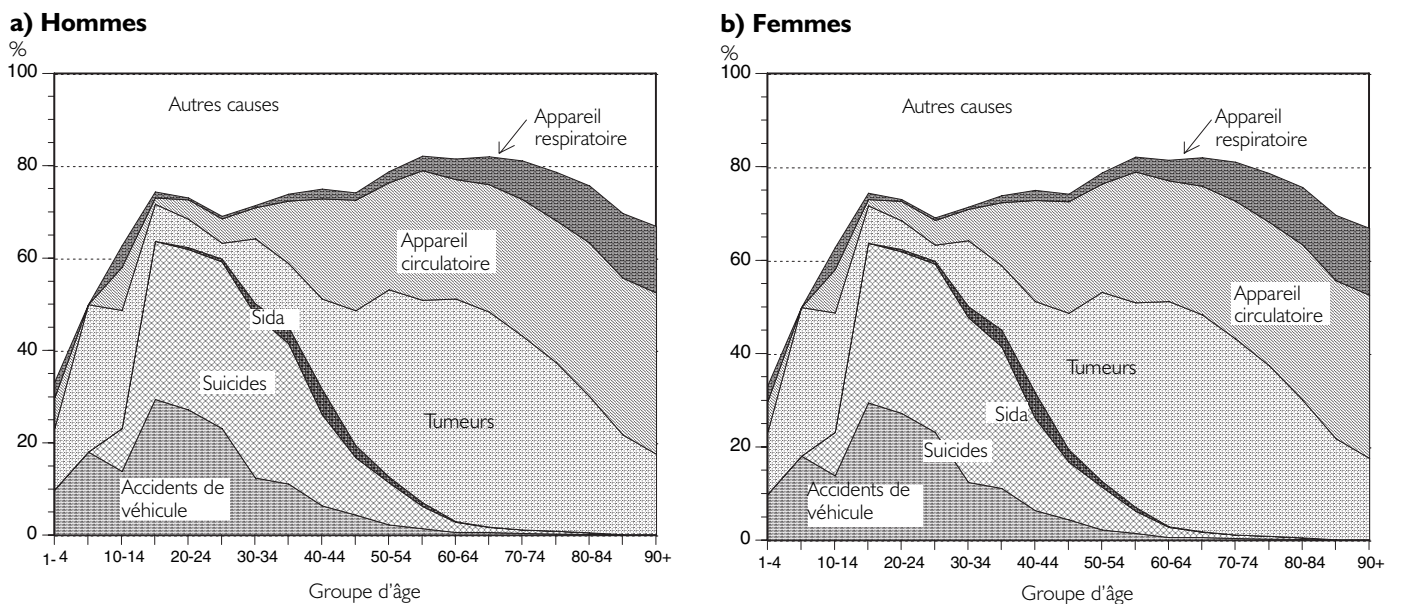
On ne meurt pas des mêmes causes aux différents âges de la vie, et la figure 4.6 montre la répartition de quelques

Figure 4.5  
Répartition des décès selon la cause et le sexe, Québec, 2003<sup>P</sup>



Source : Institut de la statistique du Québec.

Figure 4.6  
Répartition des décès selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003<sup>P</sup>



Source : Institut de la statistique du Québec.

causes ou groupes de causes de décès selon l'âge et le sexe en 2003. Chez les jeunes adultes de 20-24 ans, on note une forte prépondérance des suicides et des accidents de véhicule qui sont responsables respectivement de 35 % et de 27 % des décès chez les hommes. Le sida voit sa part diminuer de 21 % des décès chez les hommes de 30-34 ans en 1995 à 4 % en 2003. Le cancer est responsable de 63 % des décès des femmes de 50-54 ans et les maladies de l'appareil circulatoire, de 13 %; chez les hommes des mêmes âges, les proportions sont de 40 % et de 23 %. Chez les personnes très âgées, les maladies de l'appareil circulatoire arrivent au premier rang des causes de décès, soit 33 % des décès chez les hommes de 80-84 ans et 34 % chez les femmes des mêmes âges.

Les taux de mortalité de 2003 relatifs à certaines causes ou à certains groupes de causes, selon la tranche d'âge (à partir de 25 ans) et selon le sexe, illustrés aux figures 4.7 à 4.12, font l'objet d'une comparaison avec ceux de quelques pays. Tirés de l'*Annuaire de statistiques sanitaires mondiales* de l'Organisation mondiale de la santé (site Web), les taux des pays en question concernent les années 2000-2003. L'augmentation importante des taux avec l'âge justifie l'utili-

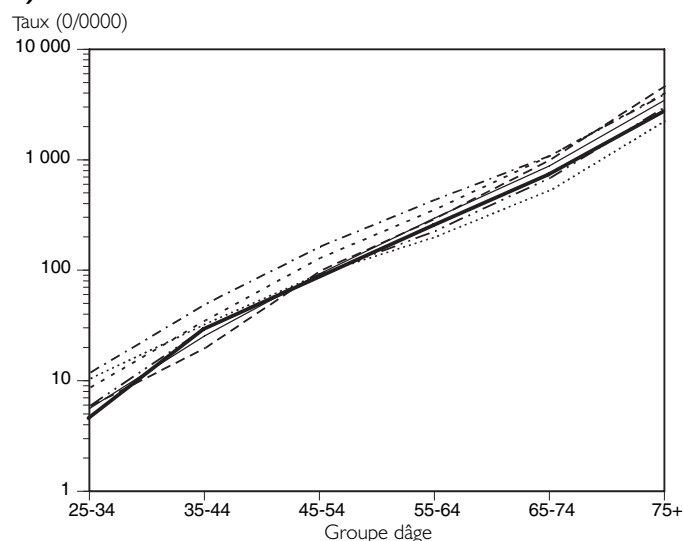
sation d'une échelle logarithmique en ordonnée, sauf pour ce qui est de la figure 4.12. L'Institut national de santé publique du Québec a publié une étude de Choinière (2003), *La mortalité au Québec. Une comparaison internationale*, qui présente l'évolution de la mortalité et de 16 causes ou groupes de causes de décès dans 21 pays entre 1981-1983 et 1996-1998. Le Bureau de surveillance épidémiologique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2001) a publié un rapport intitulé *Surveillance de la mortalité au Québec, 1977-1998*, qui présente des données par cause et par région sociosanitaire. L'Institut national de santé publique du Québec a aussi publié *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions* (Pageau et collab., 2001), qui comprend quelques données sur la mortalité par cause et par région. Enfin, rappelons le chapitre de Rochon (2004) qui traite des causes de décès par génération.

Les maladies de l'appareil circulatoire (principalement les infarctus aigus du myocarde et les maladies cérébrovasculaires) occasionnent 29 % des décès chez les hommes et 30 % chez les femmes en 2003. De beaucoup supérieur et plus précoce chez les hommes, le risque augmente fortement avec l'âge. Cependant, la mortalité due à cette

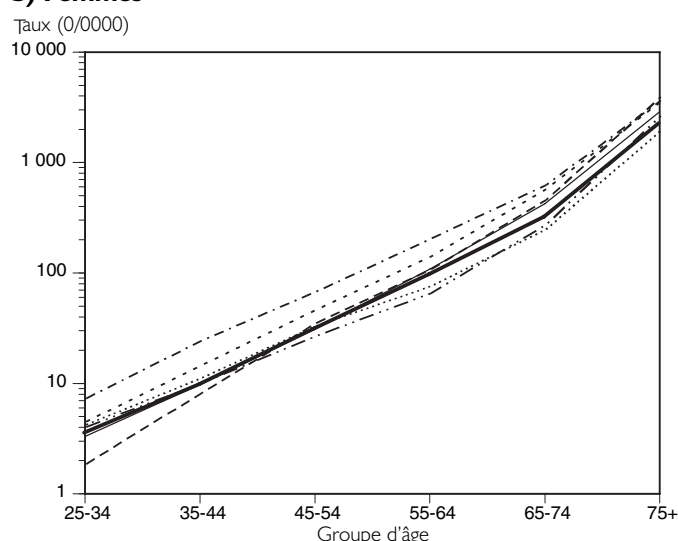
Figure 4.7

### Taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, selon le groupe d'âge et le sexe, comparaisons internationales

#### a) Hommes



#### b) Femmes



— Québec, 2003    - - - - - États-Unis, 2000    - - - - - Royaume-Uni, 2002    - - - - - Suède, 2001  
- - - - - Canada, 2000    - - - - - France, 2000    ········· Japon, 2002

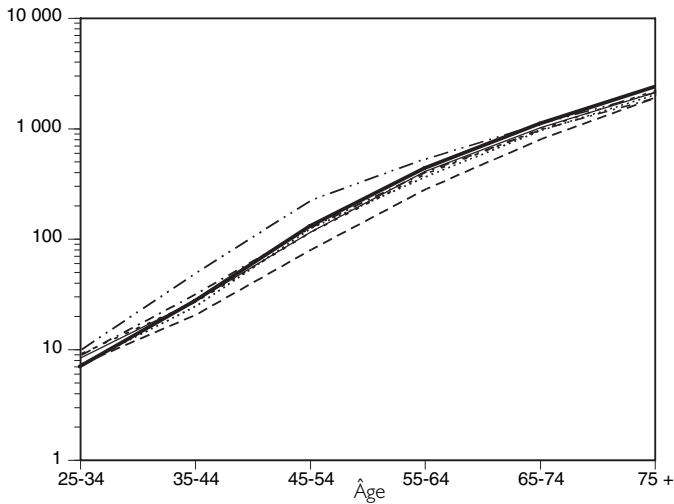
Sources : Organisation mondiale de la santé.  
Institut de la statistique du Québec.

Figure 4.8

**Taux de mortalité par tumeurs, selon le groupe d'âge et le sexe, comparaisons internationales**

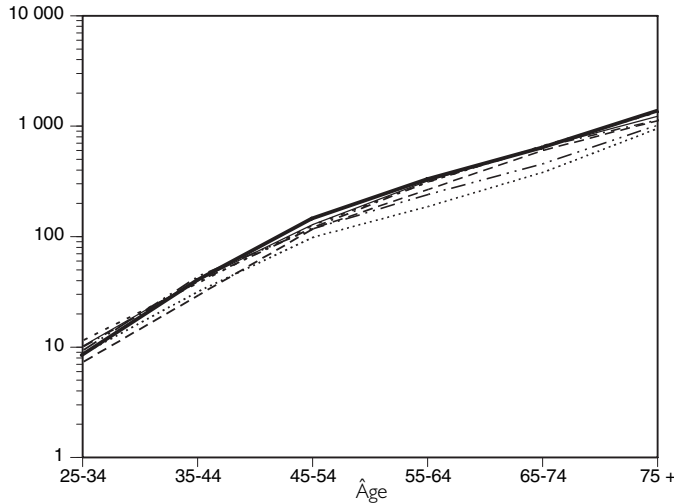
**a) Hommes**

Taux (0/0000)



**b) Femmes**

Taux (0/0000)



— Québec, 2003    - - - - - États-Unis, 2000    ······ Royaume-Uni, 2002    - - - - - Suède, 2001  
 — Canada, 2000    - · - · - France, 2000    ······ Japon, 2002

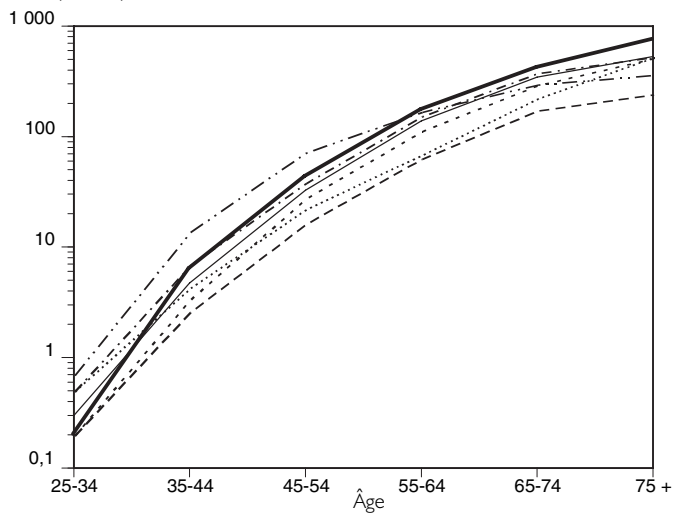
Sources : Organisation mondiale de la santé.  
 Institut de la statistique du Québec.

Figure 4.9

**Taux de mortalité par cancer du poumon, selon le groupe d'âge et le sexe, comparaisons internationales**

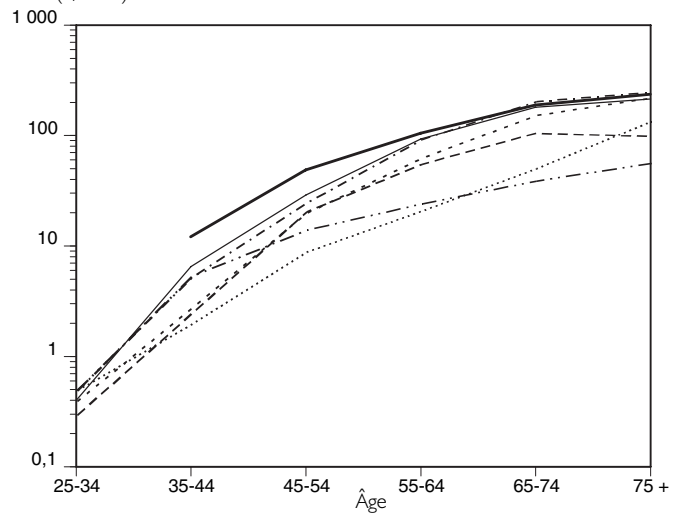
**a) Hommes**

Taux (0/0000)



**b) Femmes**

Taux (0/0000)

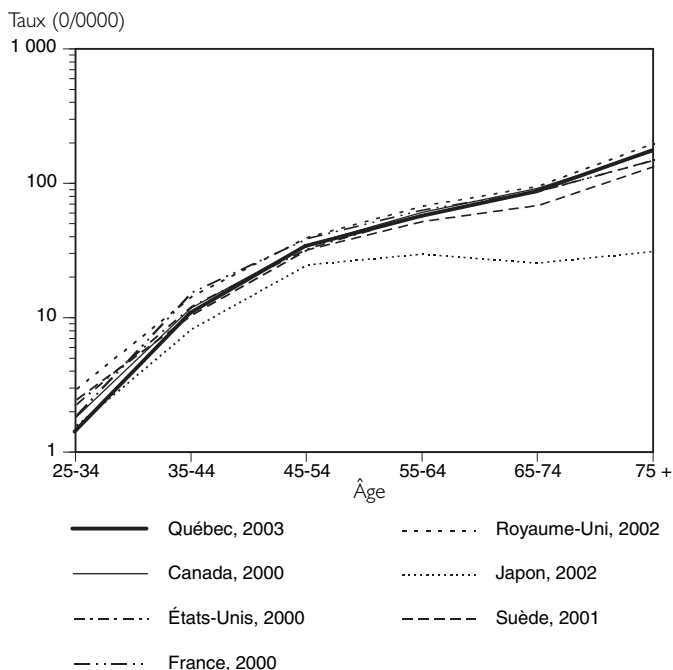


— Québec, 2003    - - - - - États-Unis, 2000    ······ Royaume-Uni, 2002    - - - - - Suède, 2001  
 — Canada, 2000    - · - · - France, 2000    ······ Japon, 2002

Sources : Organisation mondiale de la santé.  
 Institut de la statistique du Québec.

Figure 4.10

### Taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes, selon le groupe d'âge, comparaisons internationales



Sources : Organisation mondiale de la santé.  
Institut de la statistique du Québec.

maladie diminue beaucoup; vers 1971, on enregistrait des taux environ deux fois supérieurs. Dans les pays retenus à la figure 4.7, la France et le Japon affichent des taux de mortalité en général inférieurs à ceux des autres pays. Le taux des hommes de 65-74 ans est, par exemple, de 542 pour 100 000 au Japon en regard de 719 pour 100 000 au Québec, et de 1 119 aux États-Unis ainsi qu'au Royaume-Uni. En 1971, le taux était de 2 373 au Québec, ce qui démontre bien la diminution de ces maladies.

Des principaux cancers entraînant la mort, mentionnons ceux du poumon (5 323 décès en 2003), du sein (1 274), du côlon (1 571), de la prostate (768) et du pancréas (891). Les taux de mortalité augmentent beaucoup avec l'âge, et la surmortalité masculine n'apparaît qu'aux âges avancés. En comparaison avec les taux internationaux, la mortalité due au cancer apparaît plutôt forte au Québec, surtout chez les hommes (figure 4.8).

La figure 4.9 fait ressortir les taux élevés du Québec en ce qui concerne le cancer du poumon (plus précisément de la trachée, des bronches et du poumon), spécialement

chez les hommes. Par exemple, chez les hommes de 65-74 ans, le taux atteint 416 pour 100 000 au Québec, taux le plus élevé parmi les pays retenus, tandis que le plus faible est observé en Suède, soit 174 pour 100 000. On sait que le tabagisme est le principal responsable du cancer du poumon. Par ailleurs, le cancer de la vessie, aussi associé au tabagisme, cause 386 décès en 2003. Le tabagisme diminue chez les hommes, mais il augmente chez les femmes, les jeunes femmes étant maintenant plus nombreuses à fumer que les jeunes hommes. Les taux de mortalité par cancer du poumon ont baissé chez les hommes plus jeunes, et l'importante surmortalité masculine devrait diminuer.

Les Québécoises enregistrent des taux moyens de mortalité par cancer du sein, mais assez élevés chez les personnes âgées (figure 4.10). Les Japonaises ont des taux vraiment différents de ceux que présentent les femmes des autres pays. Chez les femmes de 65-74 ans, par exemple, le taux se situe à 26 pour 100 000 au Japon et à 86 pour 100 000 au Québec, soit un taux trois fois plus élevé.

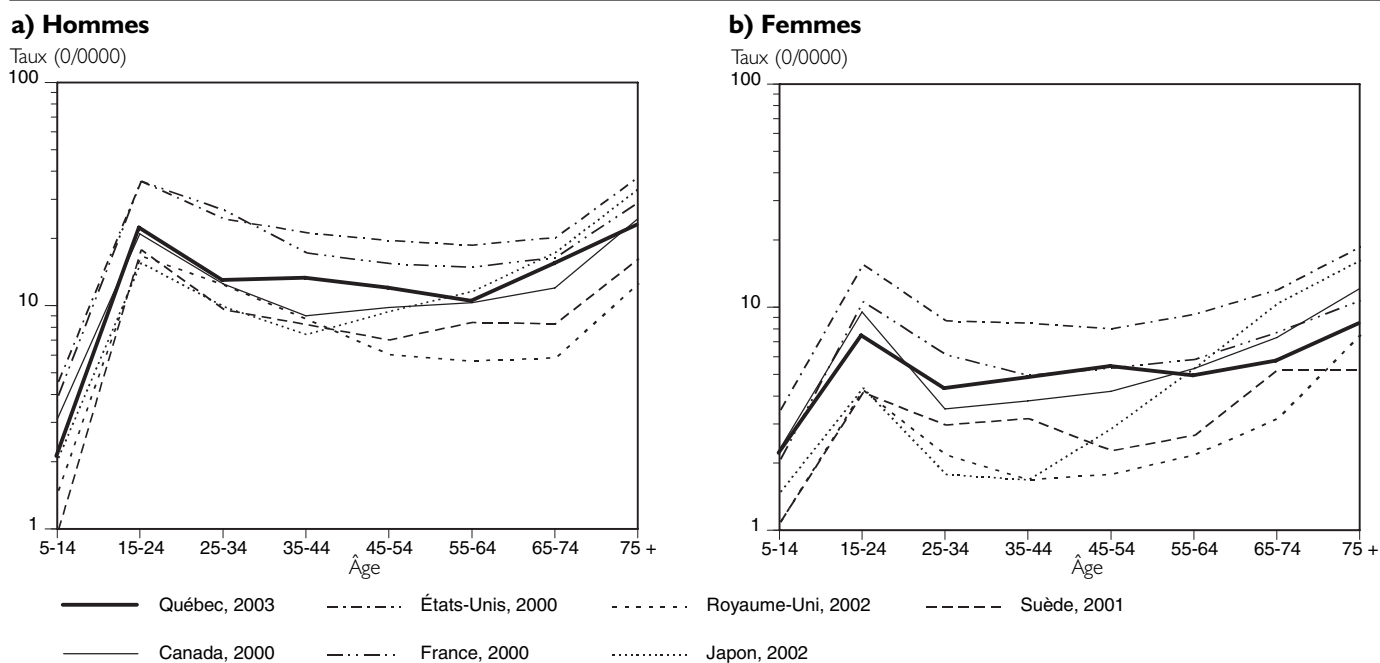
En ce qui concerne les morts violentes ou par causes externes, les causes les plus importantes en 2003, selon des données encore provisoires, sont les suicides (1 233 décès) et les accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur (653 décès). En 2002, on enregistrait 1 342 suicides et 730 décès dus aux accidents de la circulation.

Les taux de mortalité associés aux accidents de la circulation s'avèrent plus élevés chez les 15-24 ans et chez les personnes âgées. Même si, à l'échelle internationale, le Québec affiche des taux plutôt élevés, la figure 4.11 fait ressortir une mortalité due à cette cause encore plus grande aux États-Unis et en France. Ainsi, le taux des hommes de 15-24 ans est de 22 pour 100 000 ici, en regard de 37 aux États-Unis et en France, tandis qu'il n'est que de 16 au Japon. La surmortalité masculine se révèle très forte, à tous les âges; le taux féminin est de 7 pour 100 000 chez les 15-24 ans au Québec en regard de 22 pour 100 000 chez les hommes.

Les taux de mortalité par suicide varient peu avec l'âge au Québec, du moins chez les hommes, alors que, dans plusieurs pays, ils augmentent beaucoup aux âges avancés (figure 4.12). Chez les hommes, dans les pays retenus, on trouve ici les taux les plus élevés aux âges plus jeunes, mais les taux des 75 ans et plus se situent parmi les plus faibles. C'est en Hongrie, en Autriche et en France qu'on observe les taux de mortalité les plus élevés, surtout chez les hommes

Figure 4.11

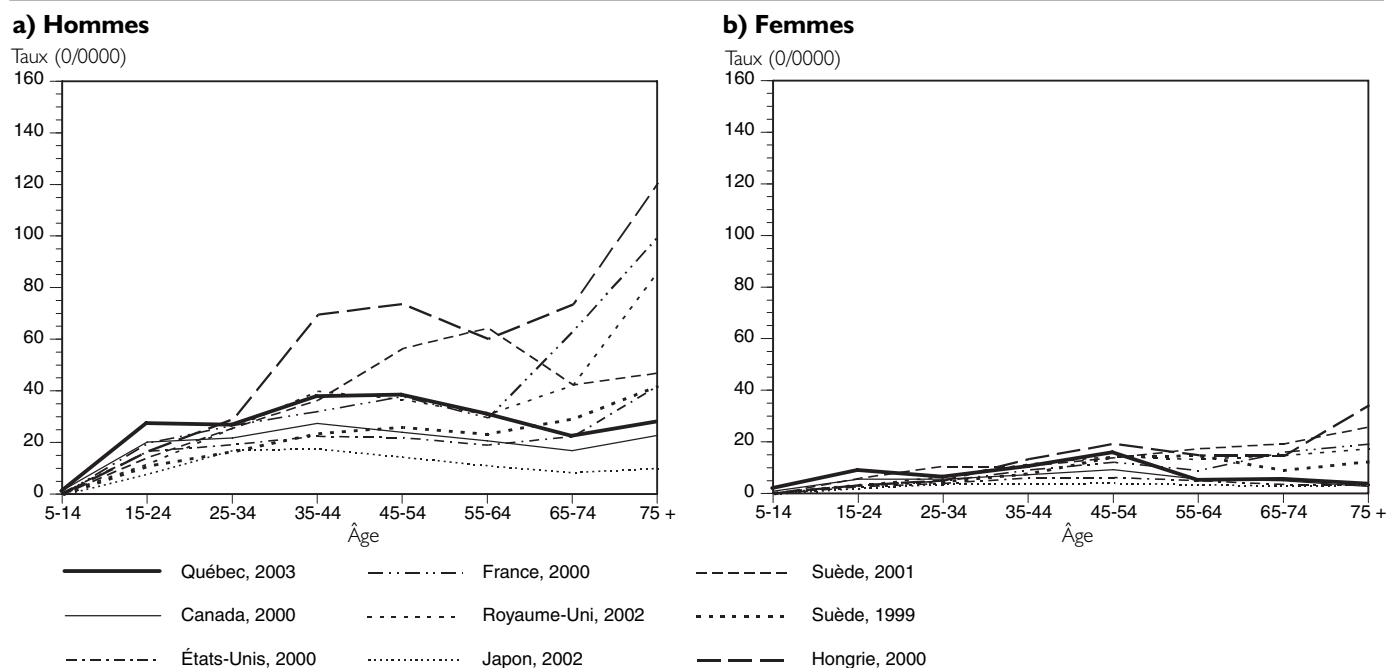
**Taux de mortalité par accidents de la circulation, selon le groupe d'âge et le sexe, comparaisons internationales**



Sources : Organisation mondiale de la santé.  
Institut de la statistique du Québec.

Figure 4.12

**Taux de mortalité par suicide, selon le groupe d'âge et le sexe, comparaisons internationales**



Sources : Organisation mondiale de la santé.  
Institut de la statistique du Québec.

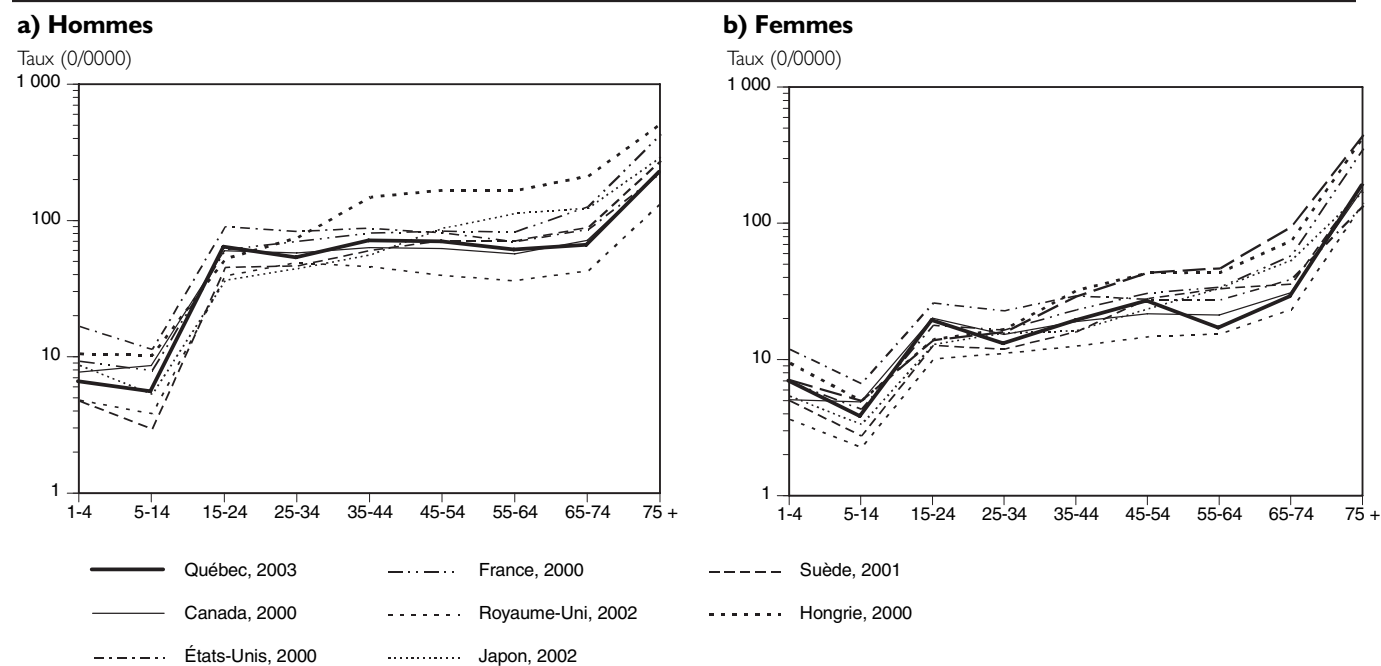
âgés, tandis que, chez les femmes, les Hongroises et les Japonaises âgées se démarquent des femmes des autres pays avec des taux très élevés. On lit souvent que le Québec détient le taux de suicide le plus élevé du monde chez les jeunes hommes; pourtant, dans l'Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, on trouve des taux supérieurs dans plusieurs pays. En Lituanie, le taux de suicide des hommes de 15-24 ans (59 pour 100 000 en 2002) est plus haut que le taux observé ici (27 pour 100 000 en 2003); en Russie, il est de 57 pour 100 000 en 2002 et, en Nouvelle-Zélande, il est de 30 pour 100 000 en 2000. Les pays de l'ex-URSS affichent des taux de mortalité par suicide très élevés. Par ailleurs, aux États-Unis, le taux de mortalité par homicide (21 pour 100 000 en 2002) des hommes de 15-24 ans est plus élevé que le taux par suicide (17 pour 100 000), tandis que, chez les jeunes d'ici, le taux par homicide n'est que de 3 pour 100 000. Il est en fait plus juste de comparer l'ensemble de la mortalité violente (accidents, homicides, noyades, etc.) que seulement les suicides, mais ces derniers attirent davantage l'attention. Chez les jeunes hommes de 25-34 ans, les taux de mortalité par suicide du Québec (26 pour 100 000) sont dépassés par ceux de quelques pays dont la Hongrie (29), la Nouvelle-Zélande (39), la Finlande (38), la Russie (86) et

la Lituanie (85). Certains pays ont des taux très faibles; ainsi, les taux des Grecs de 15-24 ans et de 25-34 ans ne sont que de 3 et de 6 pour 100 000 en 2001. Ce sont les taux les plus faibles d'Europe.

La mortalité par cause externe est parfois qualifiée de mortalité violente. Les taux sont relativement stables dans de nombreux États entre les groupes d'âge 15-25 ans et 75 ans et plus, et ils sont beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes (figure 4.13). Chez les jeunes adultes, le Québec affiche des taux moyens mais, chez les plus vieux, les taux sont parmi les plus faibles des pays retenus. C'est aux États-Unis que les taux de mortalité violente sont les plus forts chez les enfants et les jeunes adultes, mais la Hongrie affiche les taux les plus élevés aux âges plus vieux. C'est au Royaume-Uni que les taux sont en général les plus faibles. Chez les 15-24 ans, le taux est de 63 pour 100 000 chez les hommes au Québec en 2003, comparativement à 92 pour 100 000 aux États-Unis en 2000, 40 pour 100 000 au Royaume-Uni en 2002 et 46 pour 100 000 en Suède en 2001. Les taux féminins des mêmes âges sont de 19 pour 100 000 au Québec, de 26 pour 100 000 aux États-Unis et de 10 pour 100 000 au Royaume-Uni. À ces âges, les taux

Figure 4.13

### Taux de mortalité par cause externe, selon le groupe d'âge et le sexe, comparaisons internationales



Sources : Organisation mondiale de la santé.  
Institut de la statistique du Québec.

masculins sont entre trois et quatre fois plus élevés que les taux féminins dans la plupart des pays. Chez les personnes de 55-64 ans, le taux masculin est de 60 pour 100 000 au Québec, en regard de 115 pour 100 000 au Japon, de 168 pour 100 000 en Hongrie et de 37 pour 100 000 au Royaume-Uni. Chez les femmes, le taux est de 17 pour 100 000 au Québec, de 16 pour 100 000 au Royaume-Uni et de 44 pour 100 000 en Hongrie. La surmortalité masculine est encore très importante à ces âges.

Chez les jeunes de 20-24 ans, la forte majorité des 316 décès de 2003 sont imputables à des morts violentes; les accidents de la circulation sont la cause de 27 % des décès des hommes et de 19 % de ceux des femmes, tandis que les suicides représentent 35 % des décès des hommes et 28 % de ceux des femmes. On peut qualifier la surmortalité masculine de très importante : le taux de mortalité par accident de la circulation chez les hommes (25 pour 100 000) se révèle de beaucoup supérieur à celui que connaissent les femmes (6 pour 100 000); de même, le taux de mortalité par suicide des hommes (32 pour 100 000) est quatre fois plus élevé que celui des femmes (8 pour 100 000).

## Les décès causés par le sida

Parmi les causes de décès, le sida, apparu au début des années 1980, retient souvent l'attention, même s'il ne compte plus que pour 0,2 % des décès depuis 1999. Le nombre provisoire de décès est de 121 en 2004 en regard de 128 en 2003 et de 127 en 2002 (tableau 4.6). L'importante baisse entre 1995 (586 décès) et 1999 (125 décès) résulte de meilleures techniques thérapeutiques qui prolongent la vie des malades, mais le nombre de décès ne varie pas beaucoup depuis 1999. Il est important de noter que le prolongement de la durée de la maladie en fait augmenter la prévalence, qui est fonction du taux de nouvelles infections et de la durée de la maladie.

Cette maladie touche beaucoup plus les hommes que les femmes et, en 2004, elle entraîne le décès de 98 d'entre eux en regard de 23 chez les femmes.

## Les décès causés par la bactérie *C. difficile*

Le *Clostridium difficile*, également appelé *C. difficile*, est une bactérie qui a retenu l'attention de la population ces

dernières années. Le tableau 4.7 présente les décès dont la cause initiale est le *C. difficile* et l'ensemble des décès causés par les maladies infectieuses et parasitaires depuis 2000, catégorie qui comprend aussi les décès dus au sida. Les données de 2003 à 2005 sont encore provisoires.

La croissance du nombre de décès causés par cette maladie est impressionnante : de 151 décès en 2002, on passe à 354 décès en 2003 et à 686 décès en 2004, ce qui amène une croissance de l'ensemble des décès causés par des maladies infectieuses et parasitaires dont le nombre passe de 868 en 2002 à 1 393 en 2004. En 2000, dans les fichiers des décès, il n'y a que 85 décès causés par le *C. difficile*. Il est possible que la notoriété récente de cette maladie ait contribué à une déclaration plus complète de cette cause de décès suite à un plus grand nombre de tests. Dans les six premiers mois de 2005, on compte 341 décès

Tableau 4.6

### Décès causés par le sida selon le sexe, Québec, 1983-2004

Année	Hommes Femmes		Total	Variation	
	n			n	%
1983	2	5	7	...	...
1984	25	3	28	21	...
1985	37	11	48	20	71,4
1986	114	14	128	80	166,7
1987	154	23	177	49	38,3
1988	204	33	237	60	33,9
1989	270	27	297	60	25,3
1990	323	24	347	50	16,8
1991	347	36	383	36	10,4
1992	376	34	410	27	7,0
1993	442	45	487	77	18,8
1994	471	65	536	49	10,1
1995	529	57	586	50	9,3
1996	375	48	423	-163	-27,8
1997	190	34	224	-199	-47,0
1998 <sup>r</sup>	129	21	150	-73	-32,7
1999 <sup>r</sup>	102	23	125	-25	-16,7
2000	96	28	124	-1	-0,8
2001	88	21	109	-15	-12,1
2002	113	14	127	18	16,5
2003 <sup>1</sup>	115	13	128	1	0,8
2004 <sup>1</sup>	98	23	121	-7	-5,5

1. Données provisoires, selon les fichiers au 20 septembre 2005.

Source : Institut de la statistique du Québec.

Tableau 4.7

**Décès causés par la bactérie *C. difficile* et l'ensemble des maladies infectieuses, Québec, 2000-2004**

Année	Maladies infectieuses et parasitaires	
	<i>C. difficile</i>	Ensemble
	n	
2000	85	727
2001	111	759
2002	151	868
2003 <sup>P</sup>	354	1 093
2004 <sup>P</sup>	686	1 393
2004 <sup>P</sup> (janv.-juin)	418	785
2004 <sup>P</sup> (juil.-déc.)	268	608
2005 <sup>P</sup> (janv.-juin)	341	850

Source : Institut de la statistique du Québec.

dus à cette maladie; c'est moins que dans les six premiers mois de 2004 (418 décès), mais plus que dans les derniers six mois de 2004 (268 décès).

La forte majorité des victimes de cette bactérie sont des personnes très âgées; en 2004, un peu plus de 80 % des personnes décédées ont 75 ans et plus. Comme il s'agit de personnes très âgées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes parmi les personnes décédées de cette cause, soit dans une proportion proche de 60 % en 2004.

## Les années de vie perdues

Tout le monde finit par mourir, mais les décès aux jeunes âges ont plus de répercussions sur les années à vivre que les décès aux âges avancés. Le calcul des années potentielles de vie perdues, en donnant plus de poids aux décès précoces, permet d'ajouter un point de vue supplémentaire à l'examen des décès. Les années potentielles de vie perdues peuvent être calculées de plusieurs façons, mais nous avons retenu ici le seuil de 75 ans comme limite. Ainsi, relativement à une personne qui décède à 20 ans (20,5 en moyenne), on estime le nombre d'années potentielles de vie perdues à 54,5 années. Une personne qui décède à 70 ans se voit donc attribuer 4,5 années de vie perdues.

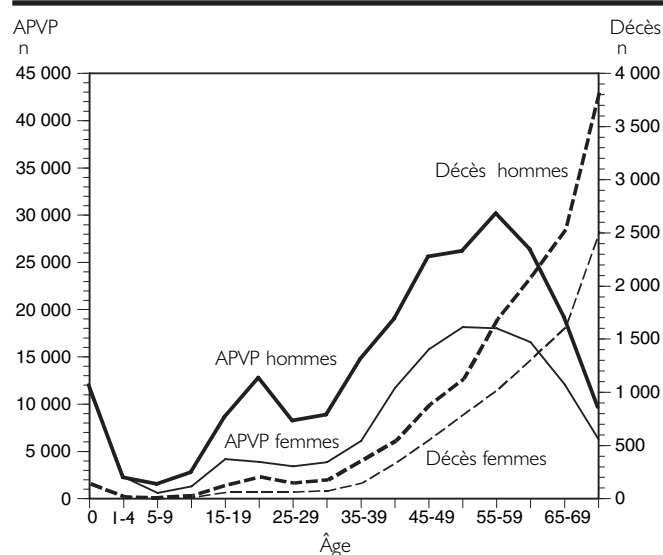
Le nombre d'années potentielles de vie perdues s'élève à 363 000 en 2003 relativement aux 23 000 personnes décédées avant leur 75<sup>e</sup> anniversaire, selon des données provisoires. La figure 4.14 et le tableau 316 présentent la

répartition des décès et des années perdues selon l'âge et le sexe. L'importante surmortalité masculine apparaît dans le nombre d'années perdues des hommes, qui est 1,7 fois plus élevé que celui des femmes. Il y a peu de décès aux jeunes âges, mais le poids des années perdues est plus important. Ainsi, tandis que seulement 1 % des décès avant 75 ans ont lieu à zéro an, on compte 6 % des années perdues dues aux décès survenus à moins de un an. Il n'y a que 157 décès chez les hommes de 25-29 ans, mais 8 200 années perdues. C'est quand même chez les personnes de 55-59 ans que l'on compte le plus grand nombre d'années perdues.

Le principal intérêt des années potentielles de vie perdues réside dans le calcul des années perdues par cause de décès (figure 4.15 et tableau 317) qui permet d'estimer l'incidence démographique de la lutte contre certaines causes. Ainsi, un suicide évité à 20 ans a plus de répercussions sur la population qu'un infarctus évité à 70 ans. Les tumeurs, les causes externes et les maladies de l'appareil circulatoire sont les principales responsables des années de vie perdues, soit des parts respectives de 35 %, de 22 % et de 17 % en 2003. Cependant, la proportion des décès avant 75 ans varie beaucoup selon qu'il s'agit des cancers (43 %), des causes

Figure 4.14

### Années potentielles de vie perdues (APVP) et décès selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2003<sup>P</sup>



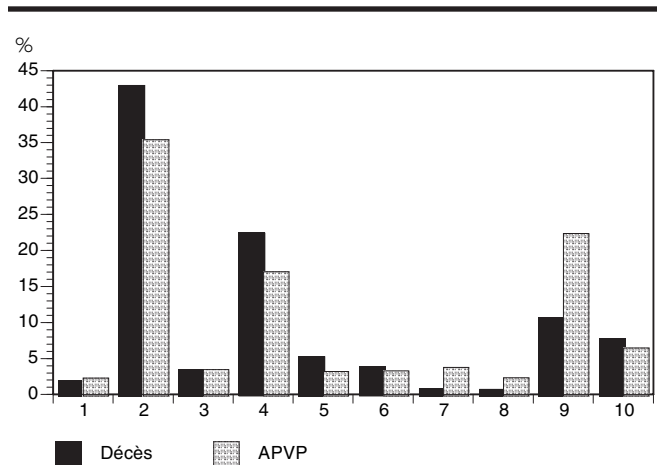
Source : Tableau 316.  
Institut de la statistique du Québec.

externes (11 %) ou des maladies de l'appareil circulatoire (22 %). Les décès par causes externes, qui arrivent à des âges plus jeunes, sont responsables de 33 années perdues en moyenne, en regard de 13 années dans le cas des cancers. En ce qui a trait aux anomalies congénitales et aux affections périnatales, l'écart entre la proportion des décès (1,5 %) et celle des années perdues (6,2 %) est évidemment très élevé.

### La mortalité dans les régions

Pour comparer la mortalité dans les 17 régions, les deux indices retenus sont l'espérance de vie à la naissance (figure 4.16) et le taux de mortalité infantile (figure 4.17). L'espérance de vie couvre une période de trois ans, soit de 2000 à 2002, et le taux de mortalité infantile, une période de cinq ans, soit de 2000 à 2004. Cette façon de faire permet de diminuer les fluctuations aléatoires dues aux petits nombres. Par exemple, dans la région de Laval, qui est quand même assez importante, on compte 10 décès infantiles en 1997, 32 en 1998, 8 en 1999 et 17 en 1999. Malgré cette précaution, il faut être prudent en comparant les régions, puisque certaines comptent de très petites populations et un faible nombre de décès.

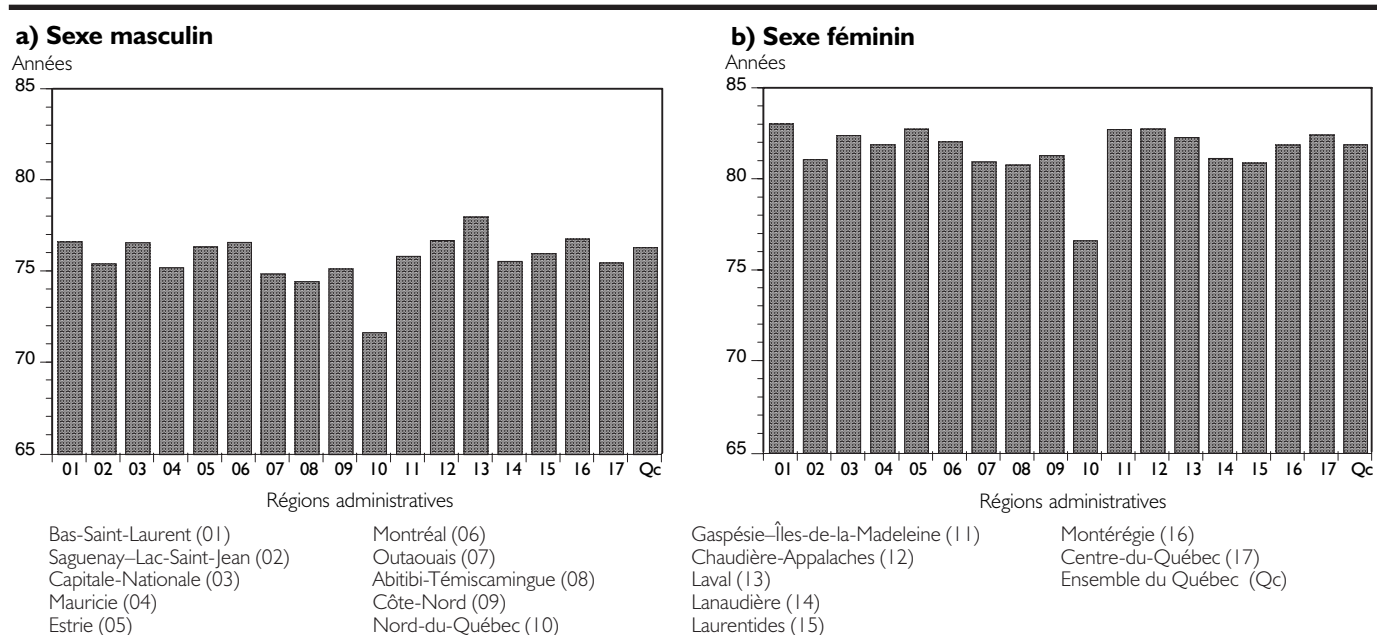
Figure 4.15  
**Répartition des décès (de 0 à 74 ans) et des années potentielles de vie perdues (APVP) selon la cause, Québec, 2003<sup>P</sup>**



- Cause de décès :
- |  |   |
|--|---|
| 1. Maladies infectieuses et parasitaires | 7. Affections périnatales                                 |
| 2. Tumeurs                               | 8. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques |
| 3. Système nerveux                       | 9. Causes externes  |
| 4. Appareil circulatoire                 | 10. Autres  |
| 5. Appareil respiratoire                 |   |
| 6. Appareil digestif                     |   |

Source : Institut de la statistique du Québec.

Figure 4.16  
**Espérance de vie à la naissance selon le sexe, par région administrative, Québec, 2000-2002**

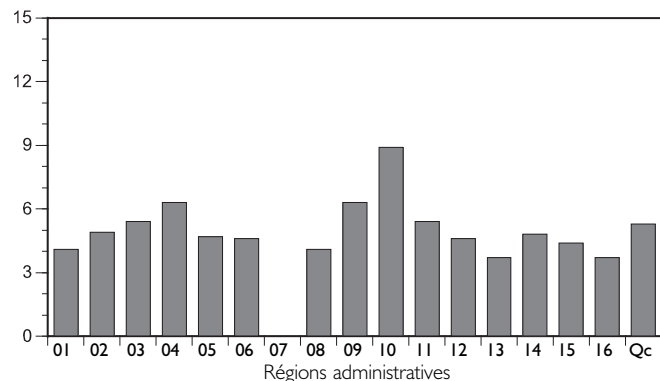


Source : Tableau 306.

Figure 4.17

### Taux de mortalité infantile par région administrative, Québec, 1999-2003<sup>P</sup>

Pour 1 000 naissances



Bas-Saint-Laurent (01)	Nord-du-Québec (10)
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)
Capitale-Nationale (03)	Chaudière-Appalaches (12)
Mauricie-Bois-Francs (04)	Laval (13)
Estrie (05)	Lanaudière (14)
Montréal (06)	Laurentides (15)
Outaouais (07)	Montérégie (16)
Abitibi-Témiscamingue (08)	Ensemble du Québec (Qc)
Côte-Nord (09)	

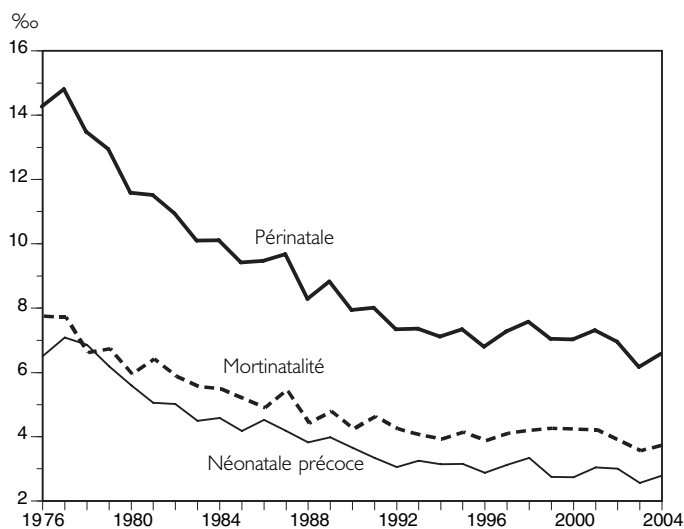
Source : Tableau 309.

Seul le Nord-du-Québec se distingue nettement des autres régions grâce à une espérance de vie de 71,6 ans chez les hommes et de 76,6 ans chez les femmes, en regard de 76,3 ans et de 81,9 ans chez l'ensemble des hommes et des femmes du Québec. Rappelons que cette région ne compte que 40 000 habitants. L'Abitibi-Témiscamingue affiche aussi une espérance de vie bien en dessous de celle des autres régions, soit 74,4 ans chez les hommes et 80,8 ans chez les femmes. Les hommes de Laval jouissent de l'espérance de vie la plus longue, soit 78,0 ans, comme les femmes de la région du Bas-Saint-Laurent qui ont une vie moyenne de 83,0 années.

Le taux de mortalité infantile du Nord-du-Québec chez les enfants nés pendant la période 2000-2004 atteint 8,8 ‰, ce qui est beaucoup plus élevé que le taux de l'ensemble du Québec (4,5 ‰). La région de la Mauricie (6,0 ‰) affiche aussi un taux plus élevé que les autres régions; le plus faible, 3,9 ‰, est observé en Montérégie. Les taux selon le sexe, qui présentent des variations importantes en raison des petits nombres en cause, n'ont pas été retenus à la figure 4.17. Rappelons que les taux de la région de l'Outaouais ne sont pas présentés en raison d'une déclaration encore incomplète des événements (enregistrés en Ontario) en 2003 et en 2004.

Figure 4.18

### Taux de mortinatalité, de mortalité périnatale et de mortalité néonatale précoce, Québec, 1976-2004<sup>P</sup>



Source : Tableau 313.

## Les mortinaissances, la mortalité périnatale et la mortalité néonatale

Une partie des conceptions n'aboutissent pas à des naissances vivantes, mais à des avortements spontanés (fausses couches), particulièrement fréquents au tout début de la grossesse, mais peu connus. On parle de mortinaissance quand le décès intra-utérin survient lorsque le fœtus a atteint un niveau de développement considéré comme viable. Le critère de viabilité retenu depuis quelques années est le poids de 500 grammes. À l'accouchement d'un enfant décédé avant la naissance, il faut produire un bulletin de mortinaissance (Loi sur la protection de la santé publique [L.R.Q., c. P-35]) qui, en fait, est l'intégration sur un même formulaire des bulletins de naissance vivante et de décès.

On enregistre 281 mort-nés en 2004, selon des données encore provisoires. Le nombre de mortinaissances diminue considérablement; en 1980, on en comptait 587 et, en 1990, 421 (tableau 312 en annexe). Le taux de mortinatalité est le rapport entre les mortinaissances et le

total des mortinaissances et des naissances vivantes; il est de 3,8 ‰ en 2004 (figure 4.18). En 1976 et en 1977, le taux était de 7,8 ‰; il est relativement stable depuis le début des années 1990. Il faut mentionner que, lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG), il y a déclaration de mortinaissance quand le fœtus pèse 500 grammes et plus, du moins en théorie. On compte, dans nos fichiers, 26 mortinaissances causées par une IVG en 2003 et 28 en 2004, selon des données encore provisoires. Ces chiffres correspondent à 10 % des mortinaissances en 2003 et en 2004; en ne tenant pas compte de ces cas particuliers, le taux de mortinatalité serait de 3,4 ‰ au lieu de 3,8 ‰ en 2004. Certains pays, les États-Unis par exemple, n'enregistrent pas comme mortinaissances les interruptions volontaires de grossesse de fœtus de 500 grammes et plus.

Quand un enfant vit ne serait-ce que quelques instants, il faut remplir à la fois un bulletin de naissance vivante et un bulletin de décès, sur lequel on indique la durée de vie en minutes, heures et jours dans le cas des décès de bébés de moins de sept jours. Les décès sont très nombreux aux premières heures de la vie : des 314 enfants décédés avant leur premier anniversaire en 2004, 169 n'ont pas vécu une journée entière et 38 autres n'ont pas vécu une semaine. C'est donc 66 % des décès infantiles qui ont lieu pendant la première semaine de vie. Ces décès forment la catégorie appelée « mortalité néonatale précoce ». Comme il y a une certaine parenté entre les mortinaissances et les décès infantiles des premiers jours, l'addition des mortinaissances et des décès de la première semaine forme la catégorie appelée « mortalité périnatale ». Le taux de mortalité périnatale, dont le dénominateur correspond à la somme des mortinaissances et des naissances vivantes, est de 6,6 ‰ en 2004. Le taux ne bouge pas beaucoup depuis une dizaine d'années, mais il était beaucoup plus élevé en 1980 : il atteignait alors 11,6 ‰.

L'évolution, depuis 1976, de la mortalité néonatale précoce, ou de la première semaine de la vie, est présentée à la figure 4.18 et au tableau 313. En 2004, 2,8 enfants sur 1 000 n'atteignent pas sept jours de vie. Ici encore, la mortalité ne bouge pas beaucoup depuis quelques années mais, en 1980, le taux était de 5,6 décès pour 1 000 naissances. La mortalité du premier mois de vie (en fait les 28 premiers jours) s'appelle « mortalité néonatale », dont le taux se situe à 3,5 ‰ en 2004. La mortalité postnéonatale comprend les décès infantiles du 28<sup>e</sup> jour à un an; le taux en est de 0,8 ‰ en 2004. Depuis quelques années, les taux de mortalité infantile n'affichent que de faibles variations; les taux de 2003 et de 2004 paraissent faibles et il faudra attendre les données finales pour s'assurer de leur niveau.

Il y a quelques décennies, on croyait que la mortalité périnatale et néonatale était d'origine avant tout « endogène » et qu'elle résisterait aux progrès médicaux, mais force est de constater que la baisse a été très importante. Toutefois, ces dernières années, elle montre des signes d'essoufflement. Il faut mentionner que les interruptions volontaires de grossesse peuvent contribuer à la diminution de la mortalité infantile en éliminant certains fœtus considérés comme peu viables à la suite de tests. Par ailleurs, les interruptions volontaires de grossesse de fœtus de plus de 500 grammes sont considérées comme des mortinaissances, et elles font donc augmenter les taux de mortinatalité et de périnatalité.

Retenons, en terminant cet examen rapide de la mortalité, le très haut niveau de cancer du poumon chez l'homme, et deux aspects plus positifs : le bas niveau de la mortalité infantile et la baisse des maladies de l'appareil circulatoire.