

Évolution de la mortalité évitable dans Lanaudière

Différences selon le sexe

Octobre 2015

Patrick Bellehumeur
Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Québec 

Conception, analyse et rédaction

Patrick Bellehumeur

Conception des figures et traitement des données

Geneviève Marquis

Sous la direction de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

Élizabeth Cadieux

Christine Garand

André Guillemette

Louise Lemire

Geneviève Marquis

Josée Payette

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez contacter :

Patrick Bellehumeur au 450 759-1157, sans frais au 1 800 668-9229, poste 4324 ou patrick.bellehumeur@ssss.gouv.qc.ca

La version électronique de ce document est disponible au www.santelanaudiere.qc.ca/sylia sous l'onglet *Nos publications*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

BELLEHUMEUR, Patrick. *Évolution de la mortalité évitable dans Lanaudière. Différences selon le sexe*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, octobre 2015, 20 pages.

Source de l'image : iStockphoto

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2015

Dépôt légal

Quatrième trimestre 2015

ISBN : 978-2-550-74077-3 (imprimé)

978-2-550-74078-0 (en ligne)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

INTRODUCTION

Bien que l'espérance de vie ait connu une importante augmentation dans les dernières années, un bon nombre de décès surviennent encore avant l'âge de 75 ans. Durant la période 2007-2011, 6 995 Lanaudoises et Lanaudois sont décédés avant cet âge, ce qui correspond à 47 % de l'ensemble des décès. En plus, une part importante de ces décès est potentiellement évitable parce qu'ils sont liés à des comportements et des pratiques considérés à risque.

Ce fascicule trace l'évolution de la mortalité évitable entre les périodes 2000-2004 et 2007-2011 dans Lanaudière et ses deux territoires de réseau local de services (RLS). La mortalité évitable est un indicateur qui raffine l'analyse de la mortalité générale. Pour une série de causes de décès évitables, il illustre les gains et les reculs qu'ont connus les Lanaudoises et les Lanaudois ces dernières années.

Comme le rapporte l'*Institut canadien d'information sur la santé* (ICIS), la mortalité prématurée et notamment la mortalité évitable, est un indicateur utile et pertinent en santé publique, car il sert « 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 » (ICIS, 2013, p. 3). Ce document se veut donc un outil permettant d'aider à la réflexion des différents décideurs, gestionnaires, planificateurs et intervenants du réseau de la santé, des services sociaux et même du réseau intersectoriel qui travaillent tous dans le même but : maintenir et améliorer la santé de la population.

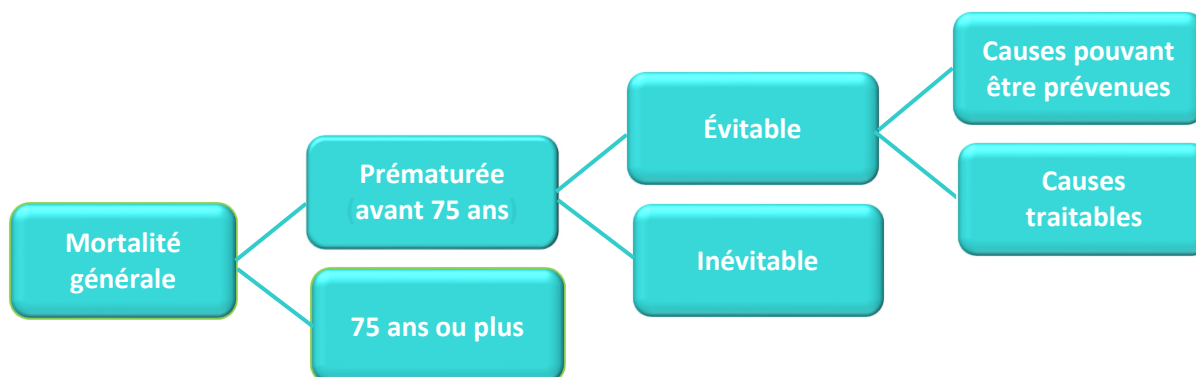
MÉTHODOLOGIE

Concepts

La mortalité générale peut-être subdivisée en deux catégories distinctes : les décès à 75 ans et plus et les décès prématurés (avant 75 ans). Cette dernière catégorie peut être scindée en deux groupes : la mortalité inévitable¹ et la mortalité évitable. Les décès évitables correspondent à ceux qui auraient pu être « prévenus grâce à la mise en place de programmes et de politiques de santé publique en vue de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé ou de réduire les facteurs de risque contribuant à la mauvaise santé, ou encore par le traitement des maladies existantes » (ICIS, 2013, p. 3). En d'autres termes, les décès prématurés ne devraient pas se produire si la mise en place de pratiques et de programmes de prévention ainsi que des politiques de santé publique est appropriée ou que les soins de santé sont opportuns et efficaces (Page et autres, 2006; Tobias et Jackson, 2001; Rutstein et autres, 1976). En considérant ces éléments, les décès évitables peuvent à leur tour être séparés en deux types : la mortalité de causes pouvant être prévenues et la mortalité dont la cause est traitable.

¹ Correspond à la mortalité hors du contrôle du réseau de la santé.

Concepts théoriques de la mortalité prématurée et évitable



Source : Adapté de Tobias, 2009.

La **mortalité de causes pouvant être prévenues** désigne les décès qui peuvent être évités en empêchant l'apparition de la maladie. « Elle comprend les décès attribuables en grande partie à des facteurs modifiables, tels que le tabagisme (p. ex. le cancer du poumon) ou la consommation abusive d'alcool (p. ex. la cirrhose du foie), et les 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, 2013, p. 5).

La **mortalité de causes traitables** englobe les décès pour lesquels un dépistage, une détection précoce, une intervention médicale ou un traitement approprié réussissent habituellement à éradiquer la maladie, à empêcher ou à retarder le décès (le cancer du sein ou l'appendicite, par exemple).

« 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, 2013, p. 7).

Les causes de décès considérés évitables peuvent varier d'une source à l'autre. Dans ce document, la liste de l'ICIS a été privilégiée. Elle comporte 79 causes de décès².

Limites

La mortalité évitable tient compte des décès avant l'âge de 75 ans. Cette limite d'âge étant arbitraire, plusieurs chercheurs se questionnent sur la validité de cette limite (Chentir, 2014). Avec l'augmentation de l'espérance de vie dans les dernières années, est-ce toujours pertinent de considérer seulement les décès avant cet âge? Est-ce que la limite ne devrait pas plutôt se situer à la valeur de l'espérance de vie à la naissance?

D'autre part, la sélection des causes de décès évitables n'est pas uniforme d'un pays à l'autre. La liste de l'ICIS est celle généralement utilisée au Canada. Les résultats auraient pu être différents si une autre liste avait été utilisée.

² Cette liste est disponible en annexe.

Comparaisons

Pour apprécier les changements observés en ce qui concerne la mortalité évitable, des comparaisons entre 2000-2004 et 2007-2011 ont été réalisées. Des taux de mortalité évitable ont donc été calculés. Dans le but d'éliminer l'effet de l'âge entre les deux périodes, des taux ajustés ont été privilégiés. Ceux-ci permettent de rendre compte des changements réels observés dans le temps.

Pour vérifier s'il existe ou non une différence significative sur le plan statistique entre les taux de mortalité évitable pour les deux périodes, un test statistique Z de la différence du logarithme népérien des taux de mortalité ajustés a été utilisé (INSPQ, 2013)³.

Pour faciliter la compréhension, des écarts entre 2000-2004 et 2007-2011 ont été calculés. Un écart négatif et significatif correspond à une amélioration de la situation entre les périodes étudiées. À l'inverse, un écart positif et significatif montre une détérioration de la situation.

RÉPARTITION DE LA MORTALITÉ ÉVITABLE CHEZ LES FEMMES

En 2007-2011, 7 222 Lanaudoises sont décédées. De ce nombre, 2 807 sont mortes avant qu'elles n'atteignent l'âge de 75 ans. C'est donc dire que durant cette période, 39 % des décès de Lanaudoises sont prématurés. Parmi eux, 2 023 étaient potentiellement évitables. Près de trois décès évitables sur dix sont causés par le cancer du poumon⁴. Viennent ensuite, dans l'ordre, la tumeur maligne du sein et la cardiopathie ischémique, avec respectivement 12 % et 10 % des décès évitables. D'ailleurs, ces trois causes de décès évitables, qui comptent pour plus de la moitié de ces décès, étaient déjà les plus importantes en 2000-2004 (données non présentées).

Des 2 023 décès évitables en 2007-2011, 62 % résultent de causes pouvant être prévenues. Ces 1 263 décès pourraient potentiellement être évités en modifiant certains comportements associés à des facteurs de risque. Près d'un décès de cause pouvant être prévenue sur deux est attribuable au cancer du poumon. Cette cause se classe loin devant la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et la cardiopathie ischémique qui représentent respectivement 10 % et 8 % des causes de décès pouvant être prévenues.

Répartition de la mortalité évitable chez les femmes selon la cause de décès et le type, 2007-2011, Lanaudière (N et %)

Causes de décès évitables	Ensemble des décès évitables		Causes pouvant être prévenues		Causes traitables	
	N	%	N	%	N	%
Cancer du poumon	611	30,2	611	48,4	na	na
Tumeur maligne du sein	245	12,1	na	na	245	32,2
Cardiopathie ischémique	192	9,5	96	7,6	96	12,6
Cancer colorectal	120	5,9	na	na	120	15,8
MPOC	120	5,9	120	9,5	na	na
Maladies cérébrovasculaires	77	3,8	39	3,0	39	5,1
Suicide et blessures auto-infligées	60	3,0	60	4,8	na	na
Diabète sucré	60	3,0	30	2,4	30	3,9
Autres	538	26,6	307	24,3	231	30,4
Total	2 023	100,0	1 263	100,0	761	100,0

na : Non applicable.

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique.

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Source : MSSS, Fichier des décès, 2007 à 2011.

³ Des tests unilatéraux, plutôt que bilatéraux, ont été privilégiés pour obtenir les causes connaissant une diminution ou une augmentation de la mortalité. L'hypothèse repose sur le fait que le taux de mortalité évitable, peu importe la cause, a connu une baisse entre 2000-2004 et 2007-2011.

⁴ Afin d'alléger le texte, l'expression « cancer du poumon » est utilisée pour désigner le « cancer de la trachée, des bronches et du poumon ».

Les causes traitables sont responsables de 38 % des décès évitables (761 décès sur 2 023). Avec le tiers des décès évitables qui sont de causes traitables, la tumeur maligne du sein est la plus importante. Le cancer colorectal et les cardiopathies ischémiques suivent dans l'ordre avec 16 % et 13 % des cas.

La distribution des causes évoque l'apport important du cancer du poumon et de la tumeur maligne du sein dans les décès potentiellement évitables. La première est une cause pouvant être prévenue tandis que la deuxième est traitable par un dépistage précoce et un traitement approprié.

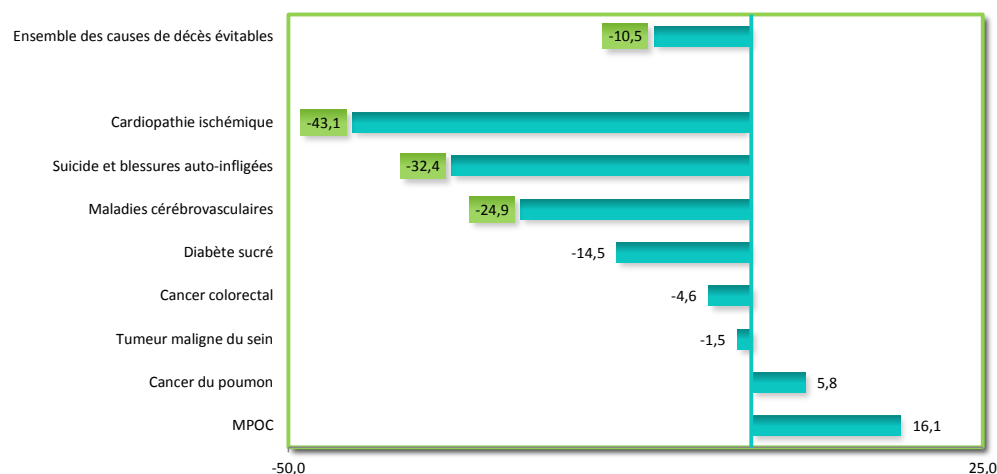
CHANGEMENTS TEMPORELS CHEZ LES LANAUDOISES

Entre 2000-2004 et 2007-2011, le taux de mortalité évitable global a baissé de 11 % chez les Lanaudoises. C'est donc dire que celles-ci ont connu une diminution de la mortalité évitable durant cette période. Cette amélioration semble être autant attribuable aux causes pouvant être prévenues qu'à celles pouvant être traitées. En effet, dans les deux cas, une diminution de près de 10 % est observée.

Le gain le plus important de la mortalité évitable chez les Lanaudoises concerne la cardiopathie ischémique avec une diminution de 43 %. « Il a été prouvé que la prise en charge des facteurs de risque modifiables de maladies cardiovasculaires, tels que le tabagisme, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'hypertension, l'obésité et la faible activité physique, réduit les risques de cardiopathie ischémique » (ICIS, 2013, p.15). De plus, des modifications importantes aux traitements pharmaceutiques ont contribué à réduire la mortalité liée à la cardiopathie ischémique dans les dernières décennies (Capewell et O'Flaherty, 2008).

Parmi les causes regroupant le plus grand nombre de décès, il faut souligner la baisse de la mortalité évitable par suicide et blessures auto-infligées (- 32 %) et par maladies cérébrovasculaires (-25 %).

Écarts relatifs de mortalité évitable chez les femmes selon la cause, Lanaudière, 2000-2004 et 2007-2011 (%)



■ Diminution significative du taux ajusté de mortalité évitable entre 2000-2004 et 2007-2011.

■ Augmentation significative du taux ajusté de mortalité évitable entre 2000-2004 et 2007-2011.

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique.

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2004 et 2007 à 2011.

Statistique Canada, Estimation de la population au 1^{er} juillet, 1996 à 2014. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec, février 2015.

À l'inverse, la mortalité par cancer du poumon et par MPOC semble connaître une augmentation entre 2000-2004 et 2007-2011. Leurs taux de mortalité évitable ont augmenté respectivement de 6 % et de 16 % chez les Lanaudoises. Ces résultats sont fort possiblement liés au tabagisme. La diminution du taux de tabagisme chez les femmes est relativement récente (comparativement aux hommes). Or, « étant donné que la période d'induction entre la consommation de tabac et le développement du cancer du poumon varie de 16 à 26 ans (21 ans en moyenne) (Peace, 1985), les effets de la diminution du tabagisme sur la population ne peuvent être observés immédiatement » (ICIS, 2013, p. 18). Considérant cet élément, il faudrait s'attendre à ce qu'une baisse soit observée, si l'exercice de comparaison du taux de mortalité évitable par cancer du poumon est reproduit dans le futur.

Par ailleurs, il n'y a pas de changement entre 2000-2004 et 2007-2011 pour ce qui est de la mortalité évitable par cancer du sein. L'instauration depuis 1998 du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) pour les femmes de 50 à 69 ans ne semble pas avoir contribué à faire diminuer significativement les décès avant 75 ans au cours des dernières années. Durant les mêmes

périodes, le taux moyen de participation est pourtant passé de 46 % à 57 % (INSPQ, 2015). Est-ce que le taux de participation demeure encore trop bas pour pouvoir faire diminuer la mortalité avant 75 ans? Bien que non recommandé, ne faudrait-il pas envisager le dépistage pour certaines femmes de moins de 50 ans (celles avec des antécédents familiaux par exemple)? Il faut garder à l'esprit que « lorsque le cancer du sein est dépisté et traité au stade 1 (le premier des quatre stades du cancer), le taux relatif de survie sur cinq ans est de 100 %; s'il est dépisté au stade 4, ce taux chute à 19,9 % » (ICIS, 2013, p. 26).

Au Québec, il est probable que les gains effectués en ce qui concerne la mortalité évitable par cancer du sein ont eu lieu dans les années 90. Comme le rapporte Chentir, « on observait déjà une légère baisse des taux de mortalité par cancer du sein depuis les années 1975 chez les femmes de moins de 75 ans. Mais une baisse plus marquée a été enregistrée depuis les années 1990. Cette baisse s'expliquerait vraisemblablement par l'amélioration des traitements dispensés aux femmes atteintes d'un cancer du sein ou encore par la croissance au recours à la mammographie comme moyen de dépistage » (Chentir, 2014, p. 62-63).

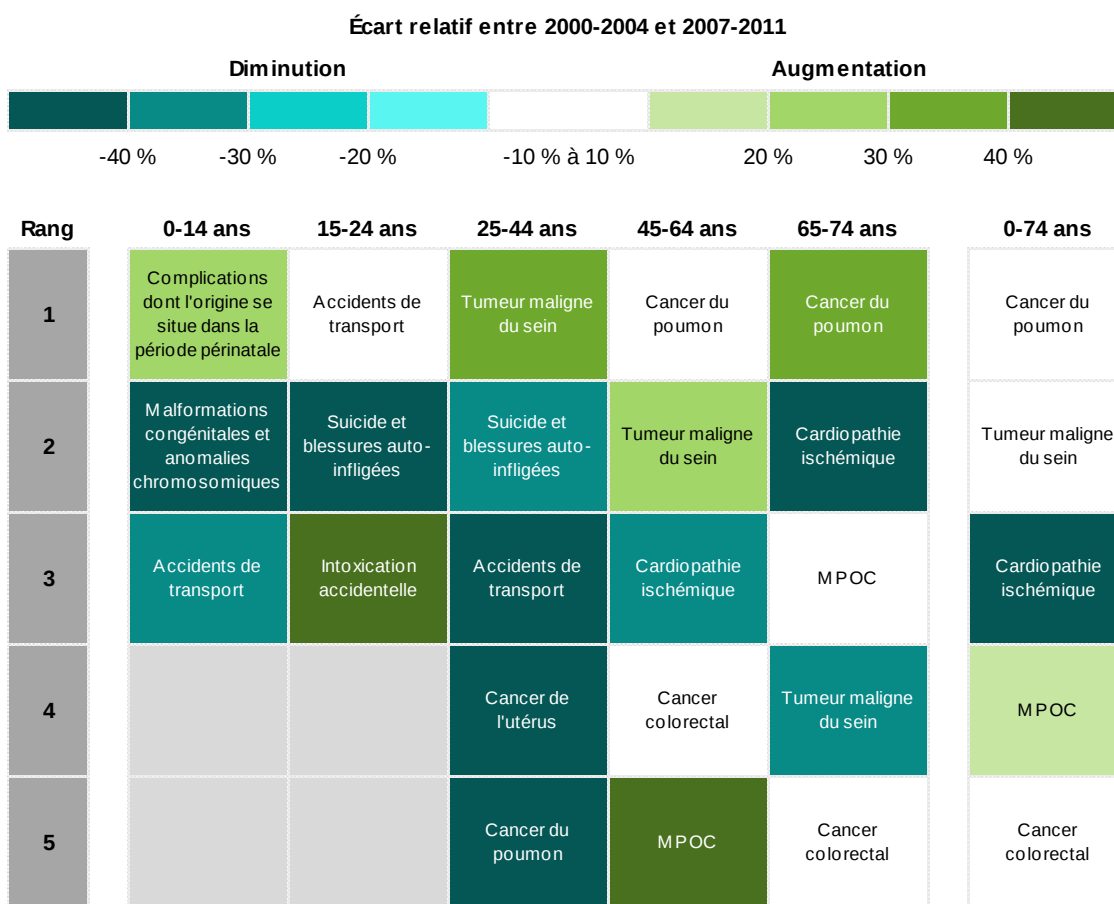
VARIATIONS SELON LE GROUPE D'ÂGE

Les changements temporels selon la cause et le groupe d'âge permettent d'expliquer davantage les constats évoqués dans la section précédente. Le cas de la tumeur maligne du sein est plutôt intéressant. Durant les périodes 2000-2004 et 2007-2011, le taux de mortalité de cette cause de décès évitable a augmenté de façon importante pour le groupe d'âge des 25-44 ans et, dans une moindre mesure, chez les 45-64 ans. À l'inverse, chez les femmes de 65-74 ans, un gain a été réalisé. Les interventions et le dépistage précoce pour enrayer la tumeur maligne du sein semblent donc donner des résultats chez ce dernier groupe d'âge, mais être moins efficaces ou moins répandus chez les Lanaudoises plus jeunes.

Un peu dans le même ordre d'idées, une augmentation de la mortalité chez les 45-64 ans est observée pour la MPOC, alors qu'elle est restée stable chez les 65-74 ans.

D'autre part, certaines causes comme la cardiopathie ischémique ou le suicide et blessures auto-infligées ont connu un recul de la mortalité pour l'ensemble des groupes d'âge. La prévention et l'amélioration des techniques médicales semblent donc bénéficier à l'ensemble des femmes.

Causes principales de décès chez les femmes selon le groupe d'âge, écart relatif entre les taux ajustés de mortalité, Lanaudière, 2000-2004 et 2007-2011 (%)



MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique.

Notes : La couleur des cellules représente une comparaison des taux ajustés de mortalité entre les périodes 2000-2004 et 2007-2011.

Les couleurs turquoise et verte correspondent respectivement à une baisse ou à une hausse de la mortalité.

Plus la couleur est foncée, plus le changement est marqué dans le temps.

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2004 et 2007 à 2011.

Statistique Canada, Estimation de la population au 1^{er} juillet, 1996 à 2014. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec, février 2015.

CAUSES EN AUGMENTATION ET EN DIMINUTION

Certaines causes n'ont peut-être pas entraîné un grand nombre de décès évitables, mais demeurent toutefois préoccupantes. Entre 2000-2004 et 2007-2011 chez les Lanaudoises, quatre causes se distinguent par une augmentation significative de leur taux de mortalité. La sepsie⁵, le cancer de la vessie, les maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas ainsi que l'épilepsie semblent être des causes de décès en augmentation. Une attention particulière devrait être portée à l'égard de ces causes de décès évitables.

À l'inverse, trois causes de décès ont connu un recul de leur mortalité évitable. Ces causes sont le cancer de l'estomac, l'anévrisme aortique et les autres troubles respiratoires⁶.

Les particularités des femmes de Lanaudière-Nord

Parmi les causes de décès évitables les plus importantes, les femmes de Lanaudière-Nord ont connu un recul de 40 % de la mortalité évitable par cardiopathie ischémique. Une baisse de la mortalité a aussi été observée pour les décès par accidents de transport et par pneumonie, où les nombres de décès avant 75 ans sont respectivement de 35 et 13 en 2007-2011 (par rapport à 48 et 20 en 2000-2004).

Les femmes de Lanaudière-Nord font cependant moins bonne figure en ce qui concerne le cancer du poumon. En effet, la mortalité évitable par cancer du poumon a augmenté de 16 % durant la période étudiée. Ce constat n'est guère surprenant puisqu'elles maintiennent un taux de tabagisme plus élevé que celui des Québécoises. En 2008, le taux de tabagisme atteint 32 % chez elles, alors qu'il tourne autour de 22 % chez les Québécoises (Lemire et autres, 2012). Finalement, le nombre de décès causés par l'épilepsie est aussi en hausse, passant d'un à sept durant la période.

Les particularités des femmes de Lanaudière-Sud

Parmi les causes de décès évitables, deux enregistrent un net recul chez les femmes de Lanaudière-Sud. La mortalité par cardiopathie ischémique a baissé de 43 % et celle par suicide et blessures auto-infligées a diminué de 51 %. Une diminution de la mortalité, quoique plus modeste, est aussi observée pour les accidents de transport, le cancer de l'estomac, l'anévrisme aortique et les autres troubles respiratoires.

À l'inverse, la mortalité causée par la sepsie a augmenté de façon significative, passant d'un décès en 2000-2004 à 16 en 2007-2011. Même constat pour les maladies liées à la consommation d'alcool où les décès sont passés de trois à 17.

Causes de décès évitables dont le taux ajusté de mortalité a connu des changements significatifs entre 2000-2004 et 2007-2011 chez les femmes, Lanaudière

Lanaudière-Nord	Lanaudière-Sud	Lanaudière
Causes en augmentation		
▪ Cancer du poumon ▪ Épilepsie	▪ Maladies liées à la consommation d'alcool, à l'exception des causes externes ▪ Sepsie	▪ Cancer de la vessie ▪ Épilepsie ▪ Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas ▪ Sepsie
Causes en diminution		
▪ Accidents de transport ▪ Cardiopathie ischémique ▪ Pneumonie	▪ Ensemble des causes ▪ Accidents de transport ▪ Anévrisme aortique ▪ Autres troubles respiratoires ▪ Cancer de l'estomac ▪ Cardiopathie ischémique ▪ Suicide et blessures auto-infligées	▪ Ensemble des causes ▪ Accidents de transport ▪ Anévrisme aortique ▪ Autres troubles respiratoires ▪ Cancer de l'estomac ▪ Cardiopathie ischémique ▪ Maladies cérébrovasculaires ▪ Suicide et blessures auto-infligées

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2004 et 2007 à 2011.

Statistique Canada, Estimation de la population au 1^{er} juillet, 1996 à 2014. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec, février 2015.

⁵ Mieux connue sous l'appellation septicémie, une sepsie est définie comme l'ensemble des symptômes générés par l'organisme en réponse à une inflammation systémique.

⁶ Cette cause comprend, entre autres, les affections des bronches non classées, le collapsus pulmonaire, l'emphysème interstitiel, l'emphysème compensateur et les maladies du diaphragme.

RÉPARTITION DE LA MORTALITÉ ÉVITABLE CHEZ LES HOMMES

Durant la période 2007-2011, 7 757 Lanaudois sont décédés. Parmi ces décès, 4 188 sont survenus avant l'âge de 75 ans. C'est 54 % des décès de Lanaudois qui sont donc prématurés. De ces décès prématurés, 3 101 sont potentiellement évitables. Tout comme chez les femmes, le cancer du poumon apparaît en tête de liste de la mortalité évitable des hommes avec un peu moins du quart des décès. Cette cause est suivie par la cardiopathie ischémique, avec 17 %, et le suicide et les blessures auto-infligées, responsables de 9 % des décès évitables. À elles seules, ces trois causes comptent

pour 50 % des décès pouvant être évités. Elles étaient aussi les plus importantes en 2000-2004 (données non présentées).

Parmi l'ensemble des décès évitables, 2 268 ont des causes pouvant être prévenues. En d'autres termes, 73 % des décès évitables pourraient ne pas avoir lieu en modifiant certains comportements reliés à des facteurs de risque. Les trois principales causes de ce type de décès sont les mêmes que le trio de tête des décès évitables, soit le cancer du poumon, la cardiopathie ischémique et le suicide et les blessures auto-infligées.

Répartition de la mortalité évitable chez les hommes selon la cause de décès et le type, 2007-2011, Lanaudière (N et %)

Causes de décès évitables	Ensemble des décès évitables		Causes pouvant être prévenues		Causes traitables	
	N	%	N	%	N	%
Cancer du poumon	722	23,3	722	31,8	na	na
Cardiopathie ischémique	533	17,2	267	11,8	267	32,0
Suicide et blessures auto-infligées	274	8,8	274	12,1	na	na
Cancer colorectal	198	6,4	na	na	198	23,8
Accidents de transport	157	5,1	157	6,9	na	na
Diabète sucré	104	3,4	52	2,3	52	6,2
Maladies cérébrovasculaires	100	3,2	50	2,2	50	6,0
MPOC	100	3,2	100	4,4	na	na
Autres	913	29,4	647	28,5	267	32,0
Total	3 101	100,0	2 268	100,0	833	100,0

na : Non applicable.

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique.

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Source : MSSS, Fichier des décès, 2007 à 2011.

Les causes traitables correspondent pour leur part à 27 % des décès évitables en 2007-2011 (833 sur 3 101). Les décès par cardiopathie ischémique (32 %) et le cancer colorectal (24 %) se démarquent particulièrement.

La distribution fait ressortir l'importance relative des causes pouvant être prévenues chez les hommes. Alors qu'elles représentent 62 % des décès du côté des Lanaudoises, elles atteignent 73 % chez les Lanaudois. Ce constat rend bien compte de la surmortalité évitable masculine reliée en grande partie à des comportements associés à des facteurs de risque modifiables.

CHANGEMENTS TEMPORELS CHEZ LES LANAUDOIS

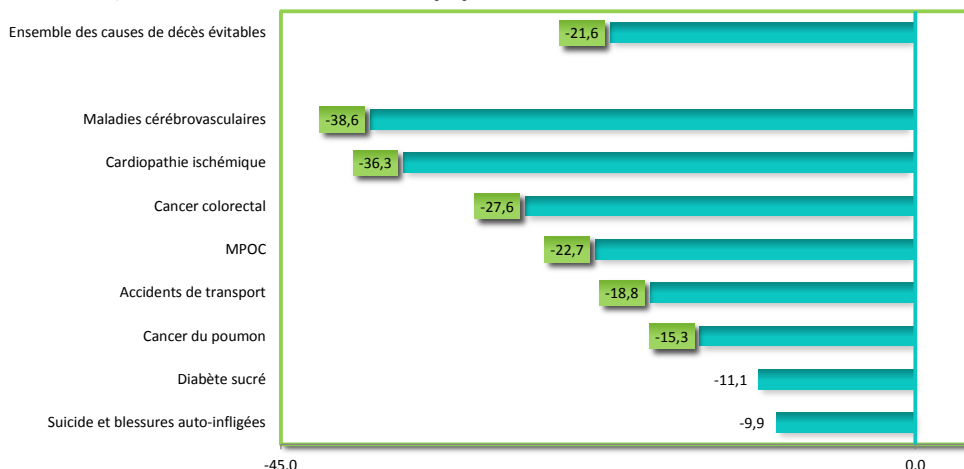
Entre 2000-2004 et 2007-2011, le taux de mortalité pour l'ensemble des causes évitables a baissé de 22 % chez les Lanaudois. Cette amélioration semble être un peu plus importante du côté des décès de causes traitables. La diminution de la mortalité due à ce type de cause est de 26 %. Pour ce qui est des causes de décès pouvant être prévenues, la mortalité a plutôt baissé de 20 %.

Parmi les huit causes où le nombre de décès évitables est le plus élevé, six ont connu un recul significatif de la mortalité chez les hommes. La diminution du taux de mortalité est particulièrement élevée pour les maladies cérébrovasculaires, la cardiopathie ischémique et le cancer colorectal avec respectivement une baisse de 39 %, 36 % et 28 %. Il est intéressant de constater que ces causes font partie, entièrement ou partiellement, des causes traitables. Il faut croire que l'avancement des traitements et le dépistage, pour ce qui est du cancer colorectal notamment, ont porté fruit. Comme les maladies cérébrovasculaires et la cardiopathie ischémique sont aussi des composantes en lien avec les causes pouvant être prévenues, la réduction des facteurs de risque semble aussi avoir joué un rôle positif.

Les décès évitables par accidents de transport (accidents de la route, motoneiges, véhicules tout-terrain, etc.) ont aussi baissé de façon significative chez les hommes. Durant les périodes 2000-2004 et 2007-2011, la mortalité évitable a reculé de 19 %. Les gains sont cependant encore plus marqués du côté des Lanaudoises pour lesquelles la diminution de la mortalité atteint 42 % (données non présentées). Les différentes campagnes de prévention de la sécurité routière (vitesse au volant, conduite en état d'ébriété) semblent avoir fait leurs preuves considérant la baisse importante de la mortalité. Néanmoins, à la lumière des résultats, l'impact de celle-ci semble être beaucoup plus prononcé chez les Lanaudoises.

La mortalité par suicide et blessures auto-infligées et celle par diabète sucré semblent aussi être à la baisse. Une différence significative entre les taux de mortalité des deux périodes considérées ne peut cependant être confirmée.

Écarts relatifs de mortalité évitable chez les hommes selon la cause principale de décès, 2000-2004 et 2007-2011 (%)



■ Diminution significative du taux ajusté de mortalité évitable entre 2000-2004 et 2007-2011.

■ Augmentation significative du taux ajusté de mortalité évitable entre 2000-2004 et 2007-2011.

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique.

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2004 et 2007 à 2011.

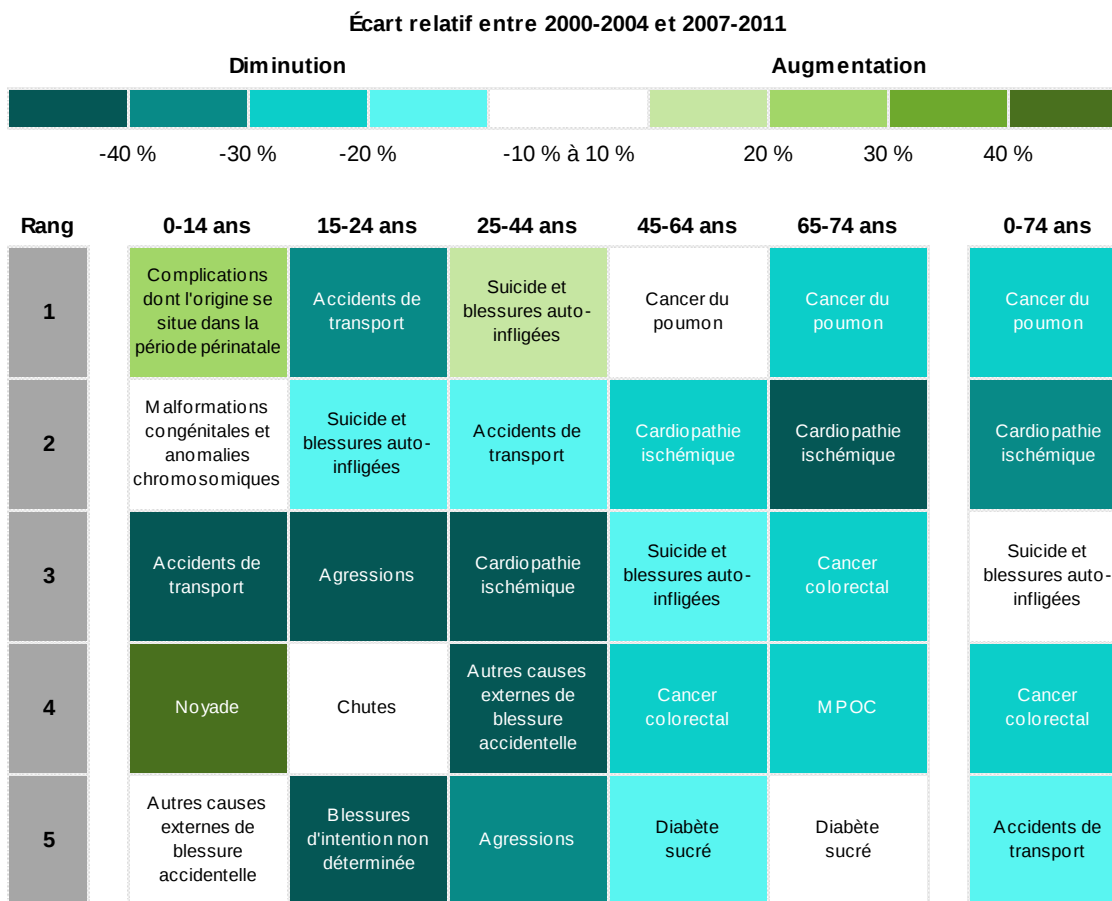
Statistique Canada, Estimation de la population au 1^{er} juillet, 1996 à 2014. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec, février 2015.

VARIATIONS SELON LE GROUPE D'ÂGE

Les changements temporels selon la cause et le groupe d'âge démontrent l'amélioration de la mortalité évitable. La mortalité par cancer, accidents de transport et cardiopathie ischémique a connu un recul, peu importe le groupe d'âge étudié.

Le suicide et les blessures auto-infligées ont connu une diminution du taux de mortalité chez les Lanaudois de 15-24 ans et de 45-64 ans alors qu'une augmentation est observée chez les 25-44 ans. À la lumière de cette différence, est-ce que les campagnes de prévention devraient cibler encore plus ce dernier groupe d'âge?

Causes principales de décès chez les hommes selon le groupe d'âge, écart relatif entre les taux ajustés de mortalité, Lanaudière, 2000-2004 et 2007-2011 (%)



MPOC: Maladie pulmonaire obstructive chronique.

Notes : La couleur des cellules représente une comparaison des taux ajustés de mortalité entre les périodes 2000-2004 et 2007-2011.

Les couleurs turquoise et vert correspondent respectivement à une baisse ou à une hausse de la mortalité.

Plus la couleur est foncée, plus le changement est marqué dans le temps.

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2004 et 2007 à 2011.

Statistique Canada, Estimation de la population au 1^{er} juillet, 1996 à 2014. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec, février 2015.

CAUSES EN AUGMENTATION ET EN DIMINUTION

L'amélioration des taux de mortalité évitable n'est pas strictement réservée aux grandes causes de décès. Pas moins de douze autres causes ont connu un recul significatif de mortalité. Elles sont principalement répertoriées parmi les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et les blessures intentionnelles ou non.

Chez les Lanaudois, seul l'entérite et autres maladies diarrhéiques ont connu une augmentation significative de la mortalité évitable entre 2000-2004 et 2007-2011. Durant cette période, le nombre de décès est passé de huit à 23.

Causes de décès évitables ayant connu des changements significatifs chez les hommes entre 2000-2004 et 2007-2011, Lanaudière

Lanaudière-Nord	Lanaudière-Sud	Lanaudière
Causes en augmentation		
▪ Intoxication accidentelle		▪ Entérite et autres maladies diarrhéiques
Causes en diminution		
▪ Ensemble des causes ▪ Autres causes externes de blessure accidentelle ▪ Blessures d'intention non déterminée ▪ Cancer colorectal ▪ Cancer du poumon ▪ Cardiopathie ischémique ▪ Maladies cérébrovasculaires ▪ Maladies du poumon dues à des agents externes	▪ Ensemble des causes ▪ Accidents de transport ▪ Agressions ▪ Anévrisme aortique ▪ Cancer colorectal ▪ Cancer du poumon ▪ Cardiopathie ischémique ▪ Cardiopathie rhumatismale ▪ Maladies cérébrovasculaires ▪ MPOC ▪ Suicide et blessures auto-infligées	▪ Ensemble des causes ▪ Accidents de transport ▪ Agressions ▪ Anévrisme aortique ▪ Autres causes externes de blessure accidentelle ▪ Blessure d'intention non déterminée ▪ Cancer colorectal ▪ Cancer de l'estomac ▪ Cancer du foie ▪ Cancer du poumon ▪ Cardiopathie ischémique ▪ Cardiopathie rhumatismale ▪ Maladies cérébrovasculaires ▪ Maladies du poumon dues à des agents externes ▪ Maladies hypertensives ▪ MPOC ▪ Thrombo-embolie veineuse

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2004 et 2007 à 2011.

Statistique Canada, Estimation de la population au 1^{er} juillet, 1996 à 2014. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec, février 2015.

Les particularités des hommes de Lanaudière-Nord

Le taux de mortalité évitable a baissé de 18 % durant la période étudiée chez les hommes de Lanaudière-Nord. Quatre des principales causes de décès évitables ont connu des baisses significatives. Il s'agit des maladies cérébrovasculaires, avec une chute de 36 %, de la cardiopathie ischémique avec un recul de 31 %, du cancer colorectal (22 %), et finalement, du cancer du poumon (13 %).

Des gains ont aussi été notés pour les maladies du poumon dues à des agents externes, la catégorie « autres causes externes de blessure accidentelle » ainsi que les blessures d'intention non déterminée.

À l'inverse, l'intoxication accidentelle est une cause de mortalité qui a pris de l'ampleur. Le nombre de décès a doublé passant de 14 en 2000-2004, à 28 en 2007-2011.

Les particularités des hommes de Lanaudière-Sud

Avec une baisse de 24 % de la mortalité, les hommes de Lanaudière-Sud ont aussi eu des gains en ce qui concerne les décès évitables. Pour sept des huit principales causes de décès, une amélioration significative est confirmée. Les gains les plus appréciables sont observés du côté des maladies cérébrovasculaires (41 %), de la cardiopathie ischémique (40 %) et du cancer colorectal (36 %). Une baisse est aussi confirmée pour les accidents de transport, la MPOC et le suicide et les blessures auto-infligées.

Trois autres causes de décès moins répandues ont aussi chuté significativement. C'est le cas des agressions où le nombre de décès est passé de onze à cinq, de l'anévrisme aortique (de 22 à 16 décès entre 2000-2004 et 2007-2011) et de la cardiopathie rhumatismale (de six à aucun décès).

DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES

Parmi l'ensemble des décès évitables, 61 % d'entre eux se produisent chez les hommes. Les écarts entre les sexes montrent une surmortalité masculine pour la grande majorité des causes, et ce, peu importe le groupe d'âge. Celle-ci est particulièrement importante lorsqu'il est question des suicides et des blessures auto-infligées ainsi que de la cardiopathie ischémique. Elles sont au moins deux, voire quatre fois plus importantes chez les hommes qu'elles ne le sont chez les femmes.

L'écart relatif entre les femmes et les hommes est faible pour ce qui est du cancer du poumon et de la MPOC. Ces deux derniers constats sont étroitement associés au tabagisme dans la région.

Ces résultats montrent que malgré des gains plus significatifs du côté des Lanaudois que des Lanaudoises, la mortalité évitable demeure majoritairement une problématique masculine.

Causes principales de décès selon le groupe d'âge, écart relatif entre les sexes des taux ajustés de mortalité, Lanaudière, 2007-2011

Écart relatif entre les femmes et les hommes

Surmortalité féminine

Surmortalité masculine

4,00

3,00

2,00

1,00 à 1,20

2,00

3,00

4,00

Rang	0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	0-74 ans
1	Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	Accidents de transport	Suicide et blessures auto-infligées	Cancer du poumon	Cancer du poumon	Cancer du poumon
2	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Suicide et blessures auto-infligées	Accidents de transport	Cardiopathie ischémique	Cardiopathie ischémique	Cardiopathie ischémique
3	Noyade	Intoxication accidentelle	Tumeur maligne du sein	Tumeur maligne du sein	Cancer colorectal	Suicide et blessures auto-infligées
4	Accidents de transport	Autres causes externes de blessure accidentelle	Cardiopathie ischémique	Suicide et blessures auto-infligées	MPOC	Cancer colorectal
5	Suicide et blessures auto-infligées	Agressions	Intoxication accidentelle	Cancer colorectal	Tumeur maligne du sein	MPOC

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique.

Notes : La couleur des cellules représente une comparaison des taux ajustés de mortalité entre les périodes 2000-2004 et 2007-2011.

Les couleurs turquoise et verte correspondent respectivement à une baisse et à une hausse de la mortalité.

Plus la couleur est foncée, plus le changement est marqué dans le temps.

La tumeur maligne du sein ne fait pas l'objet de comparaison entre les sexes.

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2004 et 2007 à 2011.

Statistique Canada, Estimation de la population au 1^{er} juillet, 1996 à 2014. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec, février 2015.

DISCUSSION

Le concept de mortalité évitable est un indicateur permettant d'apprécier, dans une certaine mesure, le rendement du système de santé et les impacts des politiques publiques qui le soutiennent. De plus, il permet d'évaluer l'ampleur des gains réalisés au cours des dernières années ainsi que les problématiques qui mériteront une attention particulière dans les prochaines années.

En 2007-2011, 6 995 personnes sont décédées avant l'âge de 75 ans, ce qui correspond à 47 % de l'ensemble des décès lanaudois. De ce nombre, 5 124 sont des décès potentiellement évitables.

Cet indicateur rend aussi compte des gains potentiels en matière de mortalité que pourrait connaître la population lanaudoise. Dans un monde où la mortalité évitable aurait été complètement éliminée, l'espérance de vie des Lanaudoises en 2007-2011 pourrait passer de 82,7 ans à 86,6 ans, pour une augmentation de 3,9 ans. Environ 2,4 années de gains possibles auraient été attribuables aux causes pouvant être prévenues et 1,4 an aux causes traitables. Chez les Lanaudois, elle pourrait augmenter de 5,4 années, passant de 78,7 ans à 84,0 ans. Pour ceux-ci, quatre ans pourraient être gagnés en éliminant les causes pouvant être prévenues et 1,2 an pour les causes traitables⁷.

Tant chez les Lanaudoises que chez les Lanaudois, les gains potentiels provenant de l'élimination des causes de mortalité pouvant être prévenues sont beaucoup plus importants que ceux provenant des causes traitables. Ce résultat milite en faveur de la prévention et de la réduction des facteurs de risque individuels et collectifs, puisqu'il s'agit de la stratégie la plus profitable pour faire diminuer la mortalité évitable.

Les résultats suggèrent qu'il serait peut-être plus avantageux de miser sur l'atténuation des facteurs de risque (diminution du tabagisme, augmentation de l'activité physique, meilleure alimentation) plutôt que sur le progrès des traitements médicaux ou sur le dépistage précoce pour faire diminuer la mortalité évitable. Or, dans Lanaudière, comme ailleurs, la prévalence de ces facteurs de risque ou de ces comportements modifiables est étroitement liée au statut socioéconomique (Lemire et Garand, 2010). Ce dernier compte pour beaucoup dans les écarts de santé et de mortalité, ce qui se traduit par des inégalités sociales de santé (ISS).

Il s'agit donc d'agir efficacement sur les déterminants qui influencent plus en amont les conditions de vie des personnes dès la petite enfance et tout au long de la vie. Les efforts combinés des différents acteurs, qu'ils soient du réseau de la santé et des services sociaux que de l'intersectoriel, s'avèrent une condition gagnante pour améliorer la santé de la population.

⁷ La somme peut ne pas correspondre en raison des arrondis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CAPEWELL, Simon et, Martin O'FLAHERTY. What Explains Declining Coronary Mortality? Lessons and Warnings, *Heart*, volume 94, numéro 9, 2008, p. 1 105-1 108.

CHENTIR, Atika. *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 (ICIS). *Indicateurs de santé 2012*, Ottawa, ICIS, 2013, 132 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Portail de l'Infocentre. *Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, fiche mise à jour en juin 2015. (site Web consulté en août 2015 au www.infocentre.inspq.quebec.ca/)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) en collaboration avec le Groupe de travail des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique. *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, 2013, 139 pages.

LEMIRE, Louise, et Christine GARAND (coll.). *Les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Les maladies chroniques dans Lanaudière*. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 40 pages.

LEMIRE, Louise, Geneviève MARQUIS et Sarah MONETTE (coll.). *Le tabagisme dans les deux territoires de RLS de Lanaudière, Quelques résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, Service de prévention et de promotion, 2012, 32 p.

PAGE, Anthea, Martin TOBIAS, John GLOVER, Craig WRIGHT, Diana HETZEL et Elizabeth FISHER, *Australian and New Zealand Atlas of Avoidable Mortality*, Adélaïde (Australie), Public Health Information Development Unit, Université d'Adélaïde, 2006, 246 p.

PEACE, L. R. A Time Correlation Between Cigarette Smoking and Lung Cancer, *The Statistician*, volume 34, numéro 4, 1985, p. 371-381.

RUTSTEIN, David D., William BERENBERG, Thomas C. CHALMERS, Charles G. CHILD et autres. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method, *The New England Journal of Medicine*, volume 294, numéro 11, 1976, p. 582-588.

SCHOENBAUM, Stephen C., Cathy SCHOEN, Jennifer L. NICHOLSON et Joel C. CANTOR. Mortality Amenable to Health Care in the United States: The Roles of Demographics and Health Systems Performance, *Journal of Public Health Policy*, volume 32, numéro 4, 2011, p. 407-429.

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

TOBIAS, Martin, et Gary JACKSON. Avoidable Mortality in New Zealand, 1981-97, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, volume 25, numéro 1, 2001, p. 12-20.

ANNEXE

Taux de mortalité évitable selon la cause de décès et le sexe, Lanaudière, 2000-2004 et 2007-2011 (taux ajusté pour 100 000 personnes)

Causes de décès	Codes de la CIM-10	Causes pouvant être prévenues		Femmes		Hommes	
		Causes traitables		2000-2004	2007-2011	2000-2004	2007-2011
Toute causes				216,9	194,2	377,8	296,1
Infections							
Entérite et autres maladies diarrhéiques	A00 à A09	x		1,8	1,3	1,1	2,3
Tuberculose	A16 à A19, B90, J65		x	0,3	na	0,1	na
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, G00.0, G00.1	x		0,4	0,3	0,1	0,6
Infections bactériennes invasives sélectionnées	A38, A48.1, A49.1		x	na	na	na	0,3
Sepsie	A40 (à l'exception de A40.3), A41 (à l'exception de A41.3)		x	1,3	2,5	2,7	2,3
Paludisme	B50 à B54		x	na	na	na	na
Méningite	G00.2,3,8,9		x	na	0,1	0,1	na
Cellulite	A46, L03		x	na	na	na	na
Pneumonie	J12, J15, J16, J18		x	3,5	2,1	4,7	4,9
Infections transmissibles sexuellement, à l'exception du VIH/sida	A50 à A60, A63, A64	x		na	na	na	na
Hépatite virale	B15 à B19	x		0,5	0,2	0,4	0,6
VIH/sida	B20 à B24	x		0,5	0,3	1,6	1,5
Tumeurs							
Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	C00 à C14	x		1,5	1,2	3,9	3,6
Cancer de l'œsophage	C15	x		0,8	1,0	5,9	4,8
Cancer de l'estomac	C16	x		2,5	1,1	7,6	5,6
Cancer colorectal	C18 à C21		x	12,2	11,6	26,4	19,1
Cancer du foie	C22	x		1,8	1,6	5,3	3,5
Cancer du poumon	C33, C34	x		55,4	58,6	82,3	69,8
Cancer de la peau (mélanome)	C43	x		1,0	1,4	2,2	3,0
Cancer de la peau (non-mélanome)	C44	x		0,3	0,3	0,6	0,6
Tumeur maligne du sein	C50		x (femmes seulement)	23,5	23,2	na	na
Cancer du col de l'utérus	C53		x	1,3	1,8	na	na
Cancer de l'utérus	C54, C55		x	3,4	3,9	na	na
Cancer des testicules	C62		x	na	na	0,4	0,1
Cancer de la vessie	C67		x	0,8	2,0	4,1	3,9
Cancer de la thyroïde	C73		x	0,4	0,6	0,1	0,2
Maladie de Hodgkin	C81		x	0,2	0,4	0,2	0,6
Leucémie	C91.0, C91.1, C92.1		x (moins de 45 ans)	0,3	0,3	0,4	0,3
Tumeurs bénignes	D10 à D36		x	na	0,1	0,6	0,5

Suite du tableau

Causes de décès	Codes de la CIM-10	Causes pouvant être prévenues	Causes traitables	Femmes		Hommes	
				2000-2004	2007-2011	2000-2004	2007-2011
Maladies de l'appareil circulatoire							
Cardiopathie rhumatismale	I01, I02, I05 à I09	x		1,0	0,6	1,4	0,2
Maladies hypertensives	I10, I11 à I13, I15		x	0,6	0,3	1,3	0,3
Maladies cérébrovasculaires	I60 à I62, I63 à I64, I67, I69	x (50 %)	x (50 %)	10,0	7,5	15,9	9,7
Cardiopathie ischémique	I20 à I25	x (50 %)	x (50 %)	33,0	18,8	80,2	51,1
Autre athérosclérose	I70, I73.9	x (50 %)	x (50 %)	0,5	0,2	1,1	0,9
Anévrisme aortique	I71	x		2,5	0,7	4,8	2,8
Thrombo-embolie veineuse	I26, I80, I82.9	x		1,2	1,1	2,3	1,1
Maladies de l'appareil respiratoire							
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	J40 à J44	x		10,1	11,8	12,9	10,0
Asthme et bronchectasie	J45, J47		x	0,1	0,4	0,1	0,1
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	J20, J22		x	0,1	0,2	na	na
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	J00 à J06, J30 à J39		x	na	na	0,1	0,1
Maladies du poumon dues à des agents externes	C45, J60 à J64, J66 à J70, J82, J92	x		1,3	1,1	6,5	4,0
Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte	J80		x	0,1	0,2	0,4	0,2
Oedème pulmonaire	J81		x	0,5	0,1	0,5	0,3
Abcès du poumon et du médiastin; pyothorax	J85, J86		x	na	na	0,1	0,6
Autres affections pleurales	J90, J93, J94		x	na	na	0,3	0,2
Autres troubles respiratoires	J98		x	1,1	0,4	0,9	0,3
Maladies de l'appareil digestif							
Ulcère digestif	K25 à K28		x	0,4	0,4	0,6	0,3
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	0,1	0,9	1,4	2,2
Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	K73, K74.0,1,2,6	x		2,4	2,3	4,4	3,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire							
Néphrite et néphrose	N00 à N07		x	na	na	na	na
Insuffisance rénale	N17 à N19		x	3,3	2,1	5,4	4,1
Uropathie obstructive, lithiase urinaire et hyperplasie de la prostate	N13, N20, N21, N23, N35, N40		x	na	0,1	na	0,1
Affections inflammatoires de l'appareil génitourinaire	N34.1, N70 à N73, N75.0, N75.1, N76.4, N76.6		x	na	na	na	na
Affections dues à une tubulopathie	N25		x	na	na	na	na
Infantiles et maternelles							
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	A33	x		3,2	3,1	3,1	2,8
	H31.1, P00 à P96		x				
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Q00 à Q99		x	2,1	1,7	1,8	2,3
Grossesse, accouchement et puerpéralité	O00 à O99		x	0,1	0,2	na	na

Suite du tableau

Causes de décès	Codes de la CIM-10	Causes pouvant être prévenues		Femmes		Hommes	
		Causes traitables		2000-2004	2007-2011	2000-2004	2007-2011
Blessures non intentionnelles							
Accidents de transport	V01 à V99	x		7,6	4,4	17,7	14,4
Chutes	W00 à W19	x		0,7	0,6	2,6	2,5
Autres causes externes de blessure accidentelle	W20 à W64, W75 à W99, X10 à X39, X50 à X59	x		1,1	1,1	4,8	2,8
Noyade	W65 à W74	x		0,1	0,4	1,2	1,0
Feu et flammes	X00 à X09	x		0,5	0,3	0,5	0,6
Intoxication accidentelle	X40 à X49	x		0,9	1,1	2,3	3,6
Blessures d'intention non déterminée							
Blessures d'intention non déterminée	Y10 à Y34	x		0,7	0,8	2,7	1,0
Blessures intentionnelles							
Suicide et blessures auto-infligées	X60 à X84, Y87.0	x		8,2	5,6	27,7	25,0
Agressions	X85 à X99, Y00 à Y09, Y87.1	x		1,0	1,0	2,5	1,5
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, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0	x		1,2	1,9	6,4	6,7
Troubles liés à la consommation de drogues	F11 à F16, F18, F19	x		na	na	0,1	0,3
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques							
Anémie due à une déficience nutritionnelle	D50 à D53	x		na	na	na	na
Affections de la thyroïde	E00 à E07		x	0,4	na	na	0,1
Diabète sucré	E10 à E14	x (50 %)	x (50 %)	6,8	5,8	11,3	10,1
Maladies de la glande surrénale	E24, E25, E27		x	na	na	na	0,1
Anomalies congénitales métaboliques	E74.0, E74.2		x	na	na	na	na
Affections du système nerveux							
Épilepsie	G40, G41		x	0,2	1,1	1,1	0,7
Maladies du système ostéo-articulaire							
Ostéomyélite	M86		x	0,1	0,1	na	0,1
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		0,1	0,1	0,3	0,1
Incidents survenus aux patients au cours d'actes médicaux et chirurgicaux	Y60 à Y66, Y69	x		na	0,1	na	na
Appareils médicaux associés à des incidents adverses au cours d'actes diagnostiques et de leur usage thérapeutique	Y70 à Y82	x		na	na	0,1	na
Actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient	Y83, Y84	x		na	na	0,1	0,1

na : Non applicable puisqu'aucun cas n'a été répertorié.

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2004 et 2007-2001.

Statistique Canada, Estimation de la population au 1^{er} juillet, 1996 à 2014. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec, février 2015.



**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière**

Québec

