Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois

INDICATEURS ET TENDANCES

Québec

Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois

INDICATEURS ET TENDANCES

Septembre 2002

Santé et Services sociaux Québec

Édition : **Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Ce document est disponible à la section **documentation,** sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-39829-7

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

02-412-01

REMERCIEMENTS

Le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux du Québec tient à exprimer sa grande reconnaissance aux personnes qui ont contribué à mener à terme cette publication, que ce soit à titre de gestionnaire, de responsable de projet, d'analyste, de producteur de données, de rédacteur, de correcteur, de spécialiste de l'édition ou d'employée de secrétariat. Quels que soient leur milieu de travail et leurs fonctions, elles sont très nombreuses à avoir généreusement fait bénéficier cet ouvrage de leur expertise. Que chacune d'entre elles sache bien que ma profonde gratitude lui est acquise. En particulier, je tiens à mentionner les personnes suivantes :

Jacinthe	Aubin	Johanne	Labbé
Jimmy	Baulne	Laval	Laurent
Michel	Beaupré	Rabia	Louchini
Danielle	Bégin	Pierre	Martin
François	Béland	Sylvie	Montreuil
Clermont	Bouchard	Andrée	Morin
Caroline	Boucher	Sandra	Panos
May	Clarkson	Pierre	Patry
Michel	Clavet	Gilles	Pelletier
Monique	Douville-Fradet	Lucille	Pica
François	Dumont	Jacques	Piché
Lise	Dunnigan	Alain	Saucier
Lisette	Dupuis	Marc-André	St-Pierre
Valérie	Émond	Johanne	Tardif
Jean	Houde	Pierre	Tousignant

Des équipes de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistiques Canada ont également participé au projet en offrant des méthodologies et des données comparatives.

MOT DU MINISTRE

Nous cherchons tous à mieux connaître l'impact de nos programmes sur la santé de la population et leur capacité à remplir avec succès la mission qui est la leur, et ce, malgré les contraintes auxquelles notre système fait face.

Aussi, j'ai grand plaisir à vous offrir le document intitulé *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois : Indicateurs et tendances.*

Cette publication du ministère de la Santé et des Services sociaux veut, d'une part, donner aux Québécois une vision juste de la qualité de leur santé en général, et de son évolution au cours des dernières années, et d'autre part, les informer sur l'efficacité avec laquelle le système de services répond à leurs besoins. Son originalité est de présenter plusieurs éléments de comparaison avec les provinces canadiennes, en s'appuyant sur des éléments d'information mutuellement acceptés.

Ainsi, la publication devrait permettre à la population québécoise de mieux se situer par rapport à ses voisins au regard de son niveau de santé et de la qualité des services qui lui sont offerts. De plus, le document devrait faire connaître l'ampleur du chemin parcouru jusqu'à maintenant sur ce chapitre, et mettre en lumière les secteurs où nous devrons consacrer davantage d'efforts au cours des prochaines années.

Si le Ministre est responsable du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé et du bien-être des Québécois, il est également appelé à faire rapport à la population sur la performance globale du système de services qui sous-tend cette mission. Aujourd'hui, et probablement encore plus dans l'avenir, le Ministère, dans un perpétuel souci de transparence, entend s'acquitter avec constance et rigueur de cette responsabilité.

François Legault
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux

DÉCLARATION DE LA DIRECTION

Le *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois – Indicateurs et tendances* fait suite à un engagement énoncé dans le *Communiqué sur la Santé* émis par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux, suite à une rencontre tenue en septembre 2000. Selon les termes du communiqué, il a été convenu d'un commun accord que chaque gouvernement devait publier, en septembre 2002, un rapport comptant, à l'origine, quatorze domaines d'indicateurs mutuellement acceptés liés au secteur de la santé. Le rapport québécois présente des analyses pour treize d'entre eux dont deux selon des sources et définitions différentes propres au Québec et il couvre quarante-sept des indicateurs mutuellement agréés.

La préparation et la présentation des renseignements contenus dans ce rapport sont sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministère est responsable de la fidélité de l'image donnée de la situation par suite de l'engagement énoncé dans le *Communiqué sur la santé* émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres. Tous les indicateurs de santé faisant l'objet du rapport reflètent les faits et respectent les diagnostics médicaux faits par les professionnels de la santé.

En outre, le ministère assume une responsabilité à l'égard des informations produites par des organismes externes incorporées au rapport. Cette responsabilité consiste, premièrement, à s'assurer de la fiabilité des fichiers de données qu'il procure à ces organismes, deuxièmement, à s'assurer de la vraisemblance des résultats que ces derniers lui transmettent, et troisièmement, à fournir les explications nécessaires sur les résultats obtenus. Par ailleurs, ces organismes externes ont la responsabilité de traiter les informations transmises au ministère selon les modalités convenues.

L'objectif du ministère de la Santé et des Services sociaux est de maintenir, en collaboration avec d'autres organismes, les systèmes d'information requis et les mesures de contrôle adéquates de manière à s'assurer que les indicateurs présentés par le Québec soient fiables.

Le vérificateur général du Québec a procédé à une vérification des indicateurs de santé présentés à l'annexe 4.2 *« Informations vérifiées par le vérificateur général du Québec selon les exigences requises concernant les indicateurs mutuellement agréés par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux »* pour donner suite à un décret du gouvernement du Québec. Son rapport de vérification est joint à ce document. Le vérificateur général n'a pas été en mesure d'émettre une opinion pour douze indicateurs.

Nous nous proposons de poursuivre nos travaux afin de nous assurer d'avoir les systèmes et contrôles adéquats pour nous permettre d'accroître la fiabilité des données et de rendre compte à la population.

À notre avis, les informations présentées dans la publication, en considérant les commentaires du vérificateur général du Québec dans son rapport de vérification, sont fiables et présentent une image fidèle de la situation.

Pierre Gabrièle
Sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

PRÉAMBULE

L'ORIGINE DU PROJET

Le 11 septembre 2000, à Ottawa, le premier ministre du Québec a pris part à une rencontre réunissant l'ensemble des premiers ministres canadiens, afin d'échanger sur le secteur névralgique de la santé. Ces discussions ont permis d'établir un consensus autour de plusieurs éléments fondamentaux de ce vaste univers, tout en respectant le champ de compétences de chaque gouvernement.

Ainsi, les premiers ministres se sont entendus sur une vision commune en ce qui regarde la santé : faire en sorte que la population dispose de services de santé financés par les fonds publics, que ces services offrent des soins de qualité et qu'ils fassent la promotion de la santé et du bien-être des personnes de manière efficiente et équitable.

Dans cette optique, ils ont reconnu que les principaux objectifs d'un système de santé devraient être : de préserver, de protéger et d'améliorer la santé de la population ; de s'assurer que les gens aient accès, dans des délais raisonnables, à une gamme de services de santé appropriés, intégrés et efficaces, et ce, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer ; et d'assurer la pérennité du système de santé de façon à garantir la disponibilité des services dans l'avenir en tenant compte de l'évolution prévisible des besoins.

Pour atteindre ces objectifs, les premiers ministres ont engagé leurs gouvernements à respecter certains principes de base, dont les grands principes fondamentaux qui, depuis 1970, ont toujours constitué les véritables piliers des systèmes de santé canadiens, à savoir : l'universalité des services, c'est-à-dire rendre les services accessibles à tous sans discrimination ; l'équité des services, c'est-à-dire partager équitablement les coûts en corrigeant les inégalités, compte tenu des besoins et des disparités de la richesse ; le caractère public des services, c'est-à-dire offrir des services gérés et financés par l'État ; et, l'adaptation continue des services, c'est-à-dire veiller à en conserver la souplesse et la flexibilité.

En se fondant sur ces principes, et sur certaines initiatives locales déjà en cours de réalisation, les premiers ministres ont établi un plan d'action visant le renouvellement des systèmes de soins de santé. Ce plan s'articule autour de priorités devant permettre à chaque gouvernement d'assumer ses propres responsabilités en cette matière de façon plus efficace. Parmi celles-ci, on peut mentionner l'amélioration des soins de santé de base, l'intensification des investissements dans les soins à domicile et les soins communautaires, l'optimisation du nombre de médecins, d'infirmières et des autres professionnels de la santé, l'élaboration de stratégies pour évaluer le rapport coûts-bénéfices des médicaments d'ordonnance, le développement des dossiers de santé électroniques et l'utilisation accrue des technologies du type « télésanté », ainsi que le renforcement des investissements et des engagements dans le domaine de la promotion de la santé et du mieux-être.

Outre leur volonté manifeste d'agir dans le sens de ces priorités, les premiers ministres ont réaffirmé l'importance d'être imputables devant leur population, c'est-à-dire de lui rendre des comptes d'une façon récurrente, en publiant des rapports publics clairs, validés par une tierce partie indépendante, sur le niveau de santé qui prévaut au sein de la population et sur le rendement des services de santé qui lui sont offerts. Ces rapports doivent, entre autres, permettre de savoir où on en est quant à la poursuite des buts et des objectifs fixés, aider les personnes, les gouvernements et les fournisseurs de soins de santé à faire des choix plus éclairés et, permettre à la population de mieux comprendre comment les services de santé sont utilisés et quels en sont les résultats.

C'est ainsi que les premiers ministres ont demandé à leur ministre de la santé respectif, d'une part, de prévoir la diffusion régulière, par chaque gouvernement, de rapports sur le rendement du système de santé et sur les progrès réalisés dans l'atteinte des priorités communément établies, et d'autre part, de collaborer à la conception d'un cadre complet, incluant des indicateurs comparables mutuellement acceptés, en fonction duquel les gouvernements pourront commencer à rendre compte de leurs activités

d'ici septembre 2002. Ces indicateurs comparables porteront sur la santé de la population et la qualité du système de services.

LE RAPPORT QUÉBÉCOIS

Dans la foulée des engagements du premier ministre du Québec, ce rapport, dont la valeur ajoutée se situe pour une bonne part au plan de l'information comparative, devient un élément additionnel significatif parmi ceux qui constituent l'essence même de la reddition de comptes à la population dans le secteur sociosanitaire. Il vient donc s'ajouter au Rapport annuel de gestion du Ministère, dont on publiera le premier numéro en 2002, ainsi qu'aux divers rapports statistiques récurrents (ex. : Statistiques annuelles de la RAMQ, Le portrait de santé : le Québec et ses régions, etc.) produits par le Ministère ou ses organismes, et aux documents thématiques ou de référence (ex. : Le système de santé et de services sociaux du Québec : Une image chiffrée) publiés régulièrement au Ministère.

Enfin, même si, en termes de contenu, les deux rapports peuvent être complémentaires à plusieurs égards, ce rapport sur la santé et le rendement du système est complètement distinct du rapport périodique sur l'état de santé de la population québécoise qui sera publié en vertu de la *Loi sur la santé publique du Québec.*

Depuis plusieurs années, le gouvernement québécois consent des efforts et pose des gestes en vue, d'une part, d'accroître l'imputabilité de l'administration publique envers les citoyens et les citoyennes du Québec, et d'autre part, de respecter toujours davantage le principe de transparence dans la gestion des fonds publics. Il ne fait aucun doute que ce rapport se situe dans cette lignée.

En quelque sorte, ce document vient en complément, premièrement, au Rapport de la Commission Clair qui, dans sa première recommandation, propose au gouvernement du Québec de reconnaître sa responsabilité et son imputabilité globale face à la santé de la population, deuxièmement, à la *Loi sur l'administration publique* (projet de loi n^{o} 82, 2000, chapitre 8) qui, en vue d'affirmer la priorité accordée à la qualité des services aux citoyens, instaure un nouveau cadre de gestion de l'Administration gouvernementale axé sur l'atteinte de résultats, le respect du principe de transparence et l'imputabilité accrue de l'Administration devant l'Assemblée nationale, et troisièmement, au Plan stratégique 2001-2004 du Ministère qui, en plus d'être porteur d'une vision du système sociosanitaire québécois pour les années à venir, énonce des orientations visant, entre autres, l'amélioration de l'accessibilité aux services et de la continuité des soins, ainsi qu'une imputabilité plus affirmée entre le Ministère, les régies régionales et les établissements du réseau.

- ***Précisions sur le contenu du rapport***

Dans ce rapport, les indicateurs sont regroupés en deux grandes catégories, soit ceux liés à la santé de la population et ceux qui touchent la qualité générale du système de services. Dans certains cas, l'analyse regroupe plusieurs indicateurs ; il s'agit de situations où ceux-ci sont liés ou connexes.

Bien que tout ait été mis en œuvre afin de fournir le rapport le plus complet possible, le Québec n'a pu produire d'analyse pour les 67 indicateurs proposés dans le *Plan pour un rapport fédéral-provincial-territorial sur 14 domaines d'indicateurs*, mais plutôt pour 47 d'entre eux. Parmi les 14 domaines d'indicateurs prévus originalement, 13 ont été traités, celui sur les taux de réadmission à l'hôpital n'ayant pu l'être de façon satisfaisante. Les indicateurs, ou des indicateurs comparables, n'ont pas été produits, lorsque les informations pertinentes n'étaient pas disponibles, ou parce que le Québec n'a pas participé à l'enquête de Statistique Canada sur l'accès aux soins de santé. Les justifications nécessaires accompagnent chaque cas où les analyses n'ont pu être livrées. À l'exception des domaines d'indicateur « Les délais d'attente pour accéder aux services médicaux et hospitaliers » et « L'accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour et 7 jours par semaine », de même que du taux de

prématurité dans le domaine « Le faible poids à la naissance », tous les indicateurs présentés dans ce document ont été mutuellement agréés par les ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Le chapitre portant sur les délais d'attente devait comporter huit indicateurs, soit *les délais d'attente pour une chirurgie cardiaque, les délais d'attente pour une arthroplastie complète de la hanche ou du genou (2 indicateurs), les délais d'attente pour une radiothérapie (2 indicateurs)* et *les délais d'attente déclarés pour les services des spécialistes, les tests de diagnostic et les chirurgies (3 indicateurs).* Les cinq premiers indicateurs n'ont pu être produits parce qu'il n'y a pas présentement de système uniformisé permettant de recueillir l'information sur les délais d'attente. Bien que des données sur l'accessibilité aux services soient recueillies, celles-ci ne permettent pas de connaître la situation réelle, étant donné leur caractère fragmentaire. Le projet SGAS (Système de gestion de l'accès aux services médicaux et chirurgicaux), actuellement en expérimentation, pourrait permettre de combler cette lacune. Si les essais sont concluants, les délais d'attente pourraient être calculés dès que le déploiement sera complété. Les trois derniers indicateurs sont basés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ; ils proviennent d'un supplément à cette enquête (cycle 2000-2001), supplément auquel le Québec n'a pas participé. L'indicateur « *Les délais d'attente pour les personnes ayant utilisé les services médicaux et hospitaliers* » présenté dans ce domaine ne fait pas partie des indicateurs mutuellement agréés par la Conférence des sous-ministres de la santé.

Le chapitre ayant trait aux services à domicile comprenait trois indicateurs dont le premier *Proportion (%) d'inscriptions en services à domicile* n'a pas été analysé. Au Québec, ce sont les CLSC qui offrent les services à domicile financés en tout ou en partie par le gouvernement. Depuis le 1er avril 2000, le système Intégration-CLSC (I-CLSC) permet de recueillir des informations sur les services offerts par l'ensemble des CLSC du Québec, à l'exception des régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. L'information recueillie par I-CLSC permet, notamment, de connaître le nombre de personnes recevant des services à domicile et leur répartition selon le sexe et l'âge, ainsi que la nature des services fournis. Ceci inclut, entre autres, les soins infirmiers, les services de réadaptation de base, l'aide à domicile et les services de répit, dépannage et gardiennage. Les données colligées pour l'année financière 2000-2001, soit la première année du système I-CLSC, ont permis de valider la qualité des informations véhiculées par la banque. Les données de 2001-2002 seront les premières qui pourront être utilisées aux fins du calcul d'indicateurs.

Parmi les indicateurs de surveillance et de protection de la santé publique, seul le *taux d'incidence du VIH* n'a pu être présenté. Ce n'est que depuis le 18 avril 2002 que cette infection doit être déclarée au Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), ce qui permettra éventuellement le calcul de son taux d'incidence.

Des 14 indicateurs du chapitre où sont présentés les changements affectant l'espérance de vie, quatre n'ont pu être analysés. Il s'agit du *taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde*, du *taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire-cérébral*, du *taux de survie relative dans les 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde* et du *taux de survie relative dans les 180 jours suivant un accident vasculaire cérébral*. En ce qui concerne le chapitre sur les taux de réadmission à l'hôpital, aucun des deux indicateurs prévus, soit le *taux de réadmission pour un infarctus aigu du myocarde* et le *taux de réadmission pour une pneumonie*, n'a pu être analysé. Au Québec, l'information nécessaire pour produire ces six indicateurs provient du système MED-ÉCHO (Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle HOspitalière), qui est la source d'information sur les données hospitalières ; il fut le premier système au Canada permettant de recueillir ces informations. La DAD's, la « Discharge Abstract Database », est le système utilisé par la plupart des provinces canadiennes. Les informations provenant de MED-ÉCHO diffèrent quelque peu de celles provenant de la DAD's. Ainsi, dans MED-ÉCHO, le diagnostic principal est défini comme l'affection ayant nécessité la plupart des ressources médicales durant le séjour, alors que dans la DAD's, le diagnostic principal est celui qui a le plus contribué à la durée d'hospitalisation. Il est également impossible de

savoir, à partir du système MED-ÉCHO, si un problème de santé s'est déclaré avant ou pendant l'hospitalisation.

Or, certaines de ces informations sont nécessaires au calcul des taux de mortalité, de survie ou de réadmission. Des travaux conjoints entre le Ministère et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), responsables de la production de ces indicateurs, ont été entrepris afin, d'une part, d'estimer la variation des taux due à l'absence de ces variables, et d'autre part, de rendre comparables les indicateurs produits pour le Québec et ceux produits pour les provinces canadiennes. Les pourcentages de variation résultant des modifications aux méthodes de calcul diffèrent selon les indicateurs. Les travaux seront poursuivis afin de minimiser ces écarts et ainsi éventuellement produire les indicateurs les plus comparables possibles.

- ***Vérification par une tierce partie***

Enfin, le rapport québécois devait être validé par une tierce partie indépendante ; ici, c'est le Vérificateur général du Québec qui a assumé cette responsabilité. Sa vérification porte uniquement sur l'annexe 4.2 : *Informations vérifiées par le vérificateur général selon les exigences requises concernant les indicateurs mutuellement agréés par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux.*

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE **1**

La santé de la population 1
La qualité des services offerts 5
Une perspective 8

ANALYSE DES RÉSULTATS PAR INDICATEUR **11**

1. L'ESPÉRANCE DE VIE 13
   1.1 L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans 14
   1.2 L'espérance de vie sans incapacité à la naissance et à 65 ans 21

2. LA MORTALITÉ INFANTILE 29
   2.1 Le taux de mortalité infantile 30

3. LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE 35
   3.1 Le taux d'insuffisance de poids à la naissance et le taux de prématurité 36

4. LA PERCEPTION DU NIVEAU DE SANTÉ 41
   4.1 La proportion de la population déclarant posséder une excellente ou une très bonne santé 42

5. LES CHANGEMENTS AFFECTANT L'ESPÉRANCE DE VIE 47
   5.1 Le taux ajusté de mortalité selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral 49
   5.2 La probabilité de survie relative après cinq ans pour les cas de cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum 58

6. L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE 63
   6.1 Le taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche ou du genou 64

7. LA RÉDUCTION DU FARDEAU DES MALADIES, DES AFFECTIONS ET DES BLESSURES 69
   7.1 Le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum 72
   7.2 Les années potentielles de vie perdues selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral et traumatisme 78
   7.3 Le taux d'incidence de certaines maladies évitables par vaccination – Infections « invasives » à méningocoque, rougeole et infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B (*Hib*) pour les enfants âgés de moins de 5 ans 90
   7.4 Le taux ajusté de prévalence du diabète 96

8. LES DÉLAIS D'ATTENTE POUR ACCÉDER AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS 101
8.1 Les délais d'attente pour les personnes ayant utilisé les services médicaux et hospitaliers 102

9. LA SATISFACTION DES PATIENTS 107
9.1 Le taux de satisfaction des patients 108

10. L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE, 24 HEURES PAR JOUR ET 7 JOURS PAR SEMAINE 115
10.1 La proportion de la population ayant accès aux services de santé de première ligne au moment voulu 116

11. LES SERVICES À DOMICILE ET LES SOINS AMBULATOIRES 121
11.1 Le pourcentage estimé de la population recevant des services à domicile 122
11.2 Le taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires 127

12. LA SURVEILLANCE ET LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE 133
12.1 Le taux d'incidence de la tuberculose, ...135
12.2 Le taux d'incidence des infections à *Escherichia coli* producteurs de vérotoxines 140
12.3 Le taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* 145
12.4 L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement chez les non-fumeurs 150

13. LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES 155
13.1 Le taux de tabagisme chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans 157
13.2 La proportion de personnes pratiquant une activité physique de loisir 164
13.3 Le niveau de l'indice de masse corporelle 169
13.4 Le taux de vaccination contre l'*influenza* chez les personnes âgées de 65 ans ou plus 175

GLOSSAIRE 181

ANNEXES 189
Annexe 1 : Annexe technique 191
Annexe 2 : Indicateurs ajustés 213
Annexe 3 : Intervalles de confiance 215
Annexe 4 : Vérification du vérificateur général du Québec 217
4.1 Rapport du vérificateur 217
4.2 Informations vérifiées par le vérificateur général selon les exigences requises concernant les indicateurs mutuellement agréés par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux 221

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.2.1 : Espérance de vie sans incapacité à la naissance, Québec et provinces canadiennes, 1996 25

Tableau 1.2.2 : Espérance de vie sans incapacité à 65 ans, Québec et provinces canadiennes, 1996 26

Tableau 4.1.1 : Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2000-2001 44

Tableau 5.1.1 : Taux ajusté de mortalité selon la cause et le sexe, Québec, 1980 et 1999 51

Tableau 5.2.1 : Probabilité de survie relative après cinq ans pour les cas de cancer de la prostate, du sein, du poumon et du côlon-rectum déclarés en 1992, selon le sexe et le grouped'âge, au Québec 60

Tableau 5.2.2 : Probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer de la prostate et de cancer du sein déclarés en 1992, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes.....61

Tableau 5.2.3 : Probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer du poumon et du côlon-rectum déclarés en 1992, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes.....62

Tableau 6.1.1 : Taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche, Québec et provinces canadiennes, 1995-1996 à 1999-2000.....67

Tableau 6.1.2 : Taux ajusté d'arthroplastie complète du genou pour 100 000 personnes, Québec et provinces canadiennes, 1995-1996 à 1999-2000.....68

Tableau 7.1.1 : Variation du taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, selon le sexe, Québec, 1978 et 1997 74

Tableau 7.2.1 : Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) pour 100 000 personnes, selon la cause et le sexe, Québec, 1990 et 1999.....80

Tableau 7.4.1 : Taux ajusté de prévalence (prévalence relative ajustée) du diabète chez les personnes âgées de 20 ans ou plus, selon le sexe, Québec, 1997-1998 à 1999-2000 (données provisoires).....98

Tableau 8.1.1 : Proportion des consultations avec rendez-vous parmi l'ensemble des consultations, et proportion des consultations avec rendez-vous selon le temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation auprès d'un médecin, au cours d'une période de deux semaines précédant l'enquête, selon la catégorie de médecin et le lieu de la consultation, Québec, 1998.....104

Tableau 8.1.2 : Répartition en pourcentage des personnes qui jugent « acceptable », « un peu long » ou « trop long » le délai d'attente entre le moment où elles ont pris rendez-vous avec leur médecin et le moment de la consultation, selon la durée du délai et la catégorie de médecin, Québec, 1998.....105

Tableau 8.1.3 : Proportion des personnes traitées en chirurgie d'un jour ou admises pour une hospitalisation, selon le délai d'attente et l'appréciation du temps d'attente, Québec, 1998 106

Tableau 9.1.1 : Proportion des usagers qui se disent « très satisfaits » ou « assez satisfaits » de la façon dont les soins leur ont été donnés, selon le type de soins reçus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001.....112

Tableau 9.1.2 : Proportion des usagers qui évaluent la qualité des soins « excellente » ou « bonne », selon le type de soins reçus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001 113

Tableau 10.1.1 : Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, l'âge, la langue maternelle et l'âge du plus jeune enfant dans le ménage, Québec, 1998 118

Tableau 10.1.2 : Taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC par tranche de 1 000 personnes et proportion d'appels ayant obtenu la communication avec l'infirmière en moins de 4 minutes, selon la région sosiosanitaire, Québec, 2000-2001 119

Tableau 11.2.1 : Taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires, Québec et provinces canadiennes, 1995-1996 à 1999-2000 130

Tableau 12.4.1 : Exposition à la fumée du tabac chaque jour ou presque au cours du dernier mois précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe, population de non-fumeurs âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2000-2001 151

Tableau 13.1.1 : Taux de tabagisme selon le sexe et l'âge, population âgée de 12 à 19 ans et de 12 ans ou plus, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001 160

Tableau 13.2.1 : Niveau d'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2000-2001 166

Tableau 13.2.2 : Niveau d'activité physique de loisir, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001 167

Tableau 13.3.1 : Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population âgée de 20 à 64 ans, Québec, 2000-2001 171

Tableau 13.4.1 : Taux de vaccination contre la grippe selon le sexe, l'âge et la couverture, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, 2000-2001 177

Tableau 13.4.2 : Taux de vaccination contre la grippe selon la couverture, population âgée de 65 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001 178

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1.1 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1979 à 1999 15

Figure 1.1.2 : Espérance de vie à la naissance selon le quintile (groupe de 20 %) de défavorisation économique et sociale et le sexe, Québec, 1996-1998 16

Figure 1.1.3 : Évolution de l'espérance de vie à 65 ans selon le sexe, Québec, 1979 à 1999 17

Figure 1.1.4 : Espérance de vie à la naissance, Québec et provinces canadiennes, 1999 17

Figure 1.1.5 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 18

Figure 1.1.6 : Espérance de vie à 65 ans, Québec et provinces canadiennes, 1999 18

Figure 1.1.7 : Espérance de vie à 65 ans selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 19

Figure 1.1.8 : Gain d'espérance de vie à la naissance et à 65 ans, Québec et provinces canadiennes, pour la période 1979-1999 19

Figure 1.2.1 : Espérance de vie sans incapacité à la naissance selon le sexe, Québec, 1996 23

Figure 1.2.2 : Espérance de vie sans incapacité à la naissance selon le quintile (groupe de 20 %) de défavorisation économique et sociale et le sexe, Québec, 1996-1998 23

Figure 1.2.3 : Espérance de vie sans incapacité à 65 ans selon le sexe, Québec, 1996 24

Figure 2.1.1 : Évolution du taux de mortalité infantile selon le sexe, Québec, 1979 à 1999 32

Figure 2.1.2 : Taux de mortalité infantile selon le poids à la naissance, Québec, 1997-1998 32

Figure 2.1.3 : Taux de mortalité infantile, Québec et provinces canadiennes, 1999 33

Figure 3.1.1 : Évolution du taux d'insuffisance de poids à la naissance selon le sexe et évolution du taux de prématurité, Québec, 1979 à 1999 38

Figure 3.1.2 : Taux de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance, selon le niveau de scolarité de la mère, Québec, 1998 39

Figure 3.1.3 : Taux d'insuffisance de poids à la naissance, Québec et provinces canadiennes, 1999 39

Figure 4.1.1 : Perception de l'état de santé, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001 43

Figure 4.1.2 : Perception de l'état de santé, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001 45

Figure 5.1.1 : Évolution du taux ajusté de mortalité due à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999 51

Figure 5.1.2 : Évolution du taux ajusté de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999 52

Figure 5.1.3 : Évolution du taux ajusté de mortalité due au cancer du poumon, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999 53

Figure 5.1.4 : Évolution du taux ajusté de mortalité due au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999 53

Figure 5.1.5 : Évolution du taux ajusté de mortalité due au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec, 1980 à 1999 54

Figure 5.1.6 : Taux ajusté de mortalité due à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 55

Figure 5.1.7 : Taux ajusté de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 55

Figure 5.1.8 : Taux ajusté de mortalité due au cancer du poumon, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 56

Figure 5.1.9 : Taux ajusté de mortalité due au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 56

Figure 5.1.10 : Taux ajusté de mortalité due au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec et provinces canadiennes, 1999 57

Figure 6.1.1 : Évolution du taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche, selon le sexe, Québec, 1995-1996 à 1999-2000 65

Figure 6.1.2 : Évolution du taux ajusté d'arthroplastie complète du genou, selon le sexe, Québec, 1995-1996 à 1999-2000 66

Figure 7.1.1 : Évolution du taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, du côlon-rectum et du poumon, chez les hommes, Québec, 1978 à 1997 74

Figure 7.1.2 : Évolution du taux ajusté d'incidence du cancer du sein, du côlon-rectum et du poumon, chez les femmes, Québec, 1978 à 1997 75

Figure 7.1.3 : Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon et du côlon-rectum, chez les hommes, Québec et provinces canadiennes, 1997 76

Figure 7.1.4 : Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon et du côlon-rectum, chez les femmes, Québec et provinces canadiennes, 1997 76

Figure 7.1.5 : Taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, Québec et provinces canadiennes, 1997 77

Figure 7.1.6 : Taux ajusté d'incidence du cancer du sein, Québec et provinces canadiennes, 1997 77

Figure 7.2.1 : Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux blessures accidentelles, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999 80

Figure 7.2.2 : Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999 81

Figure 7.2.3 : Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999 82

Figure 7.2.4 : Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999 82

Figure 7.2.5 : Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du poumon, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999 83

Figure 7.2.6 : Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999 84

Figure 7.2.7 : Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec, 1990 à 1999 84

Figure 7.2.8 : Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux blessures accidentelles, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 85

Figure 7.2.9 : Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 85

Figure 7.2.10 : Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 86

Figure 7.2.11 : Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 86

Figure 7.2.12 : Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du poumon, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 87

Figure 7.2.13 : Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999 88

Figure 7.2.14 : Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec et provinces canadiennes, 1999 88

Figure 7.3.1 : Évolution du taux d'incidence des cas déclarés d'infections « invasives » à méningocoque, chez les jeunes âgés de moins de 20 ans, selon le sérogroupe, Québec, 1990 à 2001 92

Figure 7.3.2 : Évolution du nombre de cas déclarés de rougeole, Québec, 1961 à 2001 93

Figure 7.3.3 : Évolution du taux d'incidence des infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B *(Hib),* déclarées chez les enfants âgés de moins de 5 ans, et taux d'incidence des cas de rougeole déclarés, Québec, 1990 à 2001 93

Figure 7.3.4 : Taux d'incidence des infections « invasives » à méningocoque, déclarées chez les jeunes âgés de moins de 20 ans, Québec et provinces canadiennes, 2001 94

Figure 7.3.5 : Évolution du taux d'incidence des infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B, déclarées chez les enfants âgés de moins de 5 ans, Québec et Canada, 1990 à 2001 95

Figure 7.3.6 : Évolution du taux d'incidence des cas déclarés de rougeole, Québec et Canada, 1980 à 2001 95

Figure 7.4.1 : Prévalence relative du diabète chez les hommes et les femmes âgés de 20 ans ou plus, selon le groupe d'âge, Québec, 1999-2000 99

Figure 9.1.1 : Proportion des usagers qui se disent « très satisfaits » ou « assez satisfaits » de la façon dont les soins de santé leur ont été donnés, selon le type de soins et le sexe, Québec, 2000-2001 109

Figure 9.1.2 : Proportion des usagers qui se disent « très satisfaits » ou « assez satisfaits », selon le type de soins et le groupe d'âge, Québec, 2000-2001 110

Figure 9.1.3 : Proportion des usagers qui évaluent la qualité des soins « excellente » ou « bonne », selon le type de soins reçus et le sexe, Québec, 2000-2001 110

Figure 9.1.4 : Proportion des usagers qui évaluent la qualité des soins « excellente » ou « bonne », selon le type de soins reçus et le groupe d'âge, Québec, 2000-2001....111

Figure 10.1.1 : Taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC et évolution de la proportion d'appels ayant obtenu la communication avec l'infirmière en moins de 4 minutes, Québec, 1997-1998 à 2000-2001....119

Figure 11.1.1 : Proportion de la population québécoise ayant eu recours aux services à domicile au cours des douze derniers mois lors de l'enquête, selon l'âge et le sexe, 2000-2001 124

Figure 11.1.2 : Taux comparatif du recours aux services à domicile au cours des douze derniers mois lors de l'enquête, chez la population âgée de 18 ans ou plus, de 65 ans ou plus et de 75 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001....125

Figure 11.1.3 : Taux comparatif du recours aux services à domicile au cours des douze derniers mois lors de l'enquête, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001....125

Figure 11.2.1 : Taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires, selon le sexe, Québec, 1995-1996 à 1999-2000 128

Figure 11.2.2 : Taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires, Québec et provinces canadiennes, 1999-2000 130

Figure 12.1.1 : Évolution du nombre de cas déclarés de tuberculose, Québec, 1937 à 2001 136

Figure 12.1.2 : Taux d'incidence de la tuberculose, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2001 137

Figure 12.1.3 : Taux d'incidence de la tuberculose, Québec et provinces canadiennes, 2000 138

Figure 12.1.4 : Évolution du taux d'incidence de la tuberculose, Québec et Canada, 1990 à 2000....138

Figure 12.2.1 : Évolution du taux ajusté d'incidence des infections à *Escherichia coli O157*, Québec, 1990 à 2001 141

Figure 12.2.2 : Taux d'incidence des infections à *Escherichia coli O157*, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2001....142

Figure 12.2.3 : Taux d'incidence des infections à *Escherichia coli,* producteurs de vérotoxines, Québec et provinces canadiennes, 2001 143

Figure 12.2.4 : Évolution du taux d'incidence des infections à *Escherichia coli* producteurs de vérotoxines, Québec et Canada, 1991 à 2001 143

Figure 12.3.1 : Évolution du taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* pour le groupe d'âge 15 à 24 ans, selon le sexe, Québec, 1990 à 2001....146

Figure 12.3.2 : Taux d'incidence spécifique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2001....147

Figure 12.3.3 : Taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, Québec et provinces canadiennes, 2001....148

Figure 12.3.4 : Évolution du taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, Québec et Canada, 1995 à 2001....148

Figure 12.4.1 : Exposition à la fumée de tabac chaque jour ou presque au cours du dernier mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, population de non-fumeurs âgée de 12 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001....152

Figure 13.1.1 : Proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels chez la population âgée de 12 à 19 ans, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001....161

Figure 13.2.1 : Niveau d'activité physique de loisir, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001....165

Figure 13.3.1 : Proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, population âgée de 20 à 64 ans, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001....170

Figure 13.3.2 : Proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, population âgée de 20 à 64 ans, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001....172

Figure 13.4.1 : Taux de vaccination contre la grippe selon la couverture, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, 1996-1997 et 2000-2001....176

SYNTHÈSE

C'est un euphémisme de dire que le secteur de la santé est vaste et complexe, d'autant plus qu'au Québec, on y intègre le secteur des services sociaux avec toutes ses clientèles, ses problématiques et ses intervenants. Comme toutes les sociétés avancées, celle du Québec consacre d'importantes ressources à ce secteur prioritaire.

De multiples acteurs y jouent un rôle avec un intérêt commun, la santé et le bien-être de la population, mais aussi parfois avec des divergences quant aux moyens à prendre pour atteindre les objectifs qui y sont rattachés. De plus, les personnes responsables de son administration font face à de multiples contraintes, tant au plan budgétaire que sur le chapitre de l'organisation des services. Ils sont ainsi placés devant une réalité qui les force à faire des arbitrages et à rechercher des équilibres entre la nécessité de répondre à de larges besoins qui sont en perpétuelle évolution, l'aptitude du système à gérer les services avec efficacité et efficience et les limites à la capacité de payer des citoyens.

Si les responsables de la gestion du système s'emploient à en améliorer toutes les facettes, tant au quotidien qu'à moyen et long termes, ils tiennent également à informer celles et ceux qui sont à la fois les bénéficiaires et les bailleurs de fonds de ce système, sur sa capacité à produire les résultats attendus. C'est donc sur deux aspects fondamentaux du domaine sociosanitaire que l'on tient, ici, à rendre des comptes, soit la santé de la population et la qualité générale des services de santé qui lui sont offerts.

LA SANTÉ DE LA POPULATION

L'un des grands objectifs du système de santé et de services sociaux du Québec est d'améliorer la santé et le bien-être de la population, en faisant en sorte de réduire et de corriger les problèmes sociaux et de santé qui l'affligent. On doit donc considérer les ressources consacrées aux services sociosanitaires non seulement en fonction de leur disponibilité, de leur utilisation et de leur coût, mais également en fonction du potentiel d'amélioration de la santé et du bien-être, c'est-à-dire au regard de la qualité des résultats obtenus. Ainsi, est mise en exergue la nécessité de proposer aux gens les meilleurs services pour les aider à accéder à une plus grande qualité de vie, d'abord en ajoutant des années à la vie et de la santé aux années, puis en réduisant la souffrance et les périodes d'incapacité. À cet égard, le système de santé et de bien-être doit donc produire de bons résultats.

- ***Alors, à l'aube du troisième millénaire, qu'en est-il de la santé des Québécoises et des Québécois ? Quelle perception en ont-ils ?***

Au Québec, selon des données d'enquêtes, près de neuf personnes sur dix considèrent jouir d'une bonne, d'une très bonne ou d'une excellente santé. En fait, plus de six personnes sur dix affirment être en très bonne ou en excellente santé. À peine une personne sur dix déclare souffrir d'une mauvaise ou d'une santé passable, soit l'une des deux plus faibles proportions à l'échelle canadienne.

Cette perception n'est sans doute pas étrangère au fait qu'en comparaison avec les provinces canadiennes, l'espérance de vie à la naissance, au Québec, est l'une de celles qui ont le plus progressé, au cours des vingt dernières années. Actuellement, au sein de la population québécoise, une femme vit, en moyenne 81,5 ans, alors qu'un homme peut atteindre 75,4 ans. De plus, à partir du moment où ils ont atteint 65 ans, c'est respectivement 20,2 et 15,9 ans qu'une Québécoise et qu'un Québécois peuvent espérer ajouter au reste de leur vie.

Mais, une espérance de vie élevée, qu'elle soit à la naissance ou à 65 ans, n'est pas nécessairement garante d'une meilleure santé. À cet égard, l'espérance de vie sans incapacité, du fait qu'elle intègre le

concept de qualité de vie, donne un éclairage plus juste. Or, en 1996, que ce soit à la naissance ou à 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité de la population québécoise est la plus élevée au Canada, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes.

- ***Mais quels sont les facteurs qui viennent souvent exercer une pression négative sur la santé de la population, ou même, dans certains cas, la détériorer ?***

Dans la société québécoise, comme ailleurs, on n'échappe pas à des situations constituant un risque réel pour la santé des gens. Certaines problématiques socio-économiques, telles la pauvreté et la sous-scolarisation, sont souvent associées à ces situations. Par exemple, chez les jeunes filles monoparentales sous-scolarisées et vivant dans la prauvreté, on observe une plus grande incidence, d'abord, de l'insuffisance de poids à la naissance, et, dans une certaine mesure, également de la prématurité des nouveau-nés.

Mais, au Québec, l'insuffisance de poids à la naissance est en net repli. En 1961, 8,3 % des bébés québécois étaient de poids insuffisant, c'est-à-dire entre 500 et 2 500 grammes à la naissance ; aujourd'hui, cette proportion est réduite à 5,7 %. La prématurité des nouveau-nés, quant à elle, est en hausse ; le taux est passé de 5,6 % en 1981 à 7,5 % en 1998. Par contre, cette augmentation trouve son origine essentiellement dans les quatre facteurs suivants : l'augmentation du nombre de naissances multiples ; la plus grande fréquence des grossesses à un âge plus avancé ; la réduction du nombre de mortinaissances ; et, l'évolution de la pratique obstétricale.

Parmi les comportements les plus problématiques, on retrouve le tabagisme. Des chiffres récents nous apprennent que plus du tiers des non-fumeurs québécois âgés de 12 ans ou plus sont exposés à la fumée de tabac chaque jour ou presque ; si l'on ne considère que les jeunes non-fumeurs âgés de 12 à 19 ans, on atteint une proportion de 50 %.

Cependant, depuis le milieu des années 1990, on note un net recul du taux de fumeurs parmi les adultes âgés de 20 à 44 ans. Au cours de cette période, on remarque également une augmentation sensible du nombre de personnes ayant cessé de fumer parmi la population québécoise âgée de 12 ans ou plus. Par contre, malgré certaines améliorations constatées récemment, le taux de fumeurs parmi les jeunes âgés de 12 à 19 ans, surtout chez les jeunes filles, demeure très préoccupant ; à 27 %, c'est-à-dire 29 % pour les filles et 24 % pour les garçons, il est l'un des plus élevés au plan canadien.

Outre le tabagisme, la sédentarité constitue également un facteur de risque fort important pour la santé. Ainsi, la pratique d'une activité physique de loisir joue un rôle de protection important en ce qui concerne le maintien, l'amélioration et même le recouvrement de la santé. Au Québec, la pratique d'une activité physique de loisir a progressé de façon significative, depuis le milieu des années 1990. Actuellement, parmi la population québécoise âgée de 12 ans ou plus, quatre personnes sur dix se déclarent physiquement actives, et même près de six sur dix quand on considère uniquement les jeunes âgés de 12 à 19 ans.

Enfin, en 2000-2001, 52 % des Québécois âgés de 20 à 64 ans et 36 % des Québécoises du même âge présente un excès de poids, soit 44 % de l'ensemble des adultes de ce groupe d'âge. Malgré l'augmentation observée depuis les années 1980, il faut noter qu'il s'agit de la 2^{e} plus faible proportion comparée à celles observées dans les provinces canadiennes.

- ***Par conséquent, qu'en est-il de l'incidence et de la prévalence des maladies ?***

Parmi les maladies qui affligent la population, le cancer est certainement l'une de celles qui frappent le plus l'imaginaire collectif. Son degré de gravité, la lourdeur de ses traitements et son issue incertaine

dans bien des cas, concourent à la peur qu'elle suscite, tant pour ceux qui en souffrent que pour leur entourage.

Au Québec, le sein, chez la femme, et le poumon, chez l'homme, sont encore les sièges de cancer où l'on observe les taux d'incidence les plus élevés, avec respectivement, 98,8 nouveaux cas pour 100 000 femmes et 103,4 nouveaux cas pour 100 000 hommes, en 1997. Toutefois, la hausse de l'incidence du cancer du sein observée depuis le début des années 1990 est essentiellement due à une détection à un stade plus précoce de la maladie ; la mise en place, en 1998, du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, devrait contribuer à maintenir, et même à accentuer, cette tendance. Par contre, c'est l'incidence du cancer du poumon chez la femme qui montre la plus forte hausse, soit un taux 2,7 fois plus élevé aujourd'hui qu'il y a vingt ans.

Comparativement aux provinces canadiennes, le taux ajusté d'incidence du cancer du sein des Québécoises est parmi les plus faibles. Cependant, en ce qui concerne le cancer du poumon chez l'homme, le Québec montre le taux ajusté le plus élevé à l'échelle canadienne, reflet d'une forte consommation de tabac depuis plusieurs décennies.

Certaines maladies infectieuses, autrefois relativement fréquentes au sein de la population, comme c'est le cas notamment de la tuberculose, des infections à *Escherichia coli* (*E. coli*) producteurs de vérotoxines et de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, sont en nette régression, au Québec.

En 1937, on comptait près de 3 000 cas répertoriés de tuberculose, au Québec. Mais, à partir de 1945, notamment avec l'arrivée du vaccin BCG en 1949, le problème a fortement régressé, de sorte qu'en 2001, seulement 262 cas ont été diagnostiqués. Actuellement, au Québec, on observe donc un taux ajusté d'incidence de la tuberculose de 3,5 cas pour 100 000 personnes, plus élevé chez les hommes (4,0) que chez les femmes (3,2). Par contre, une analyse régionale nous dévoile des taux beaucoup plus hauts dans les régions à forte densité d'autochtones, dans le Nord du Québec, ainsi qu'à Montréal où demeure la majeure partie de la population immigrante. Il faut cependant noter qu'à 3,5 pour 100 000, le taux observé au Québec est parmi les plus bas à l'échelle canadienne.

Les infections à *E. coli* producteurs de vérotoxines s'attaquent surtout aux jeunes âgés de moins de 20 ans, en particulier aux enfants de 5 ans ou moins. Le taux d'incidence québécois de cette maladie est actuellement de 4 cas pour 100 000 personnes.

Depuis 1998, le taux ajusté d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* a chuté, au Québec. Actuellement, il se situe à 143 cas pour 100 000 personnes, l'un des plus bas comparé aux provinces canadiennes. Cette maladie touche particulièrement les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans (721 cas pour 100 000 personnes). De plus, un dépistage systématique, en raison des risques élevés de complications graves lors d'une grossesse, amène un taux d'incidence très élevé chez les femmes (1 161 cas pour 100 000 femmes).

Enfin, parmi les maladies les plus répandues, on trouve le diabète, un problème de santé en nette augmentation, au Québec comme ailleurs. Cette maladie est aujourd'hui considérée comme l'un des problèmes de santé publique parmi les plus importants. Sa prévalence augmentant avec l'âge, le problème ne peut que prendre de l'ampleur, compte tenu du vieillissement de la population québécoise. Actuellement, le taux ajusté de prévalence du diabète atteint près de 5 %. Chez les hommes âgés de 75 à 79 ans, il culmine à 19,1 %, alors que c'est chez les femmes âgées de 80 à 84 ans que le taux atteint un sommet, soit 16,4 %. Pour tous les groupes d'âge, sauf chez celui des 20 à 39 ans, le taux masculin est plus élevé que celui observé chez les femmes. De plus, la prévalence du diabète est sans aucun doute sous-estimée, car bon nombre de personnes en souffrent sans qu'on l'ait encore diagnostiqué.

- ***Et la mortalité, où en est-on ?***

Le recul de l'insuffisance de poids à la naissance et, surtout, les efforts consacrés à la survie des nouveau-nés prématurés ou souffrant de malformations, sont les principaux facteurs à l'origine de la baisse spectaculaire de la mortalité infantile, au Québec, depuis vingt ans. En fait, le taux de mortalité infantile est passé de 10,4 décès pour 1 000 naissances vivantes, en 1979, à 4,0 pour 1 000, en 1999, l'un des trois meilleurs taux parmi ceux affichés dans les provinces canadiennes.

Pour ce qui est de la mortalité générale, parmi les principales causes, on retrouve encore les maladies cardiovasculaires et les cancers.

Bien que la mortalité due à un infarctus aigu du myocarde et à un accident vasculaire cérébral aient diminué de moitié au cours des vingt dernières années, les maladies cardiovasculaires constituent encore aujourd'hui la principale cause de mortalité, au Québec. Les progrès constants réalisés sur les chapitres de la prévention, du diagnostic, du traitement, de la réadaptation et des thérapies de récupération fonctionnelle, concourent de façon importante à l'amélioration remarquable de la survie liée à ce type de maladie. Le Québec se situe au 1er rang parmi l'ensemble canadien, avec le taux de mortalité due à un accident vasculaire cérébral le moins élevé. Par contre, à l'instar des provinces de l'Est, il montre un taux de mortalité due à un infarctus aigu du myocarde supérieur à ceux observés à l'ouest de la rivière Outaouais.

L'augmentation du tabagisme chez la femme s'est traduite par une hausse importante de la mortalité féminine due au cancer du poumon, au cours des deux dernières décennies. En fait, depuis 1980, le taux ajusté de mortalité due à cette cause a plus que doublé. Chez l'homme, un meilleur traitement de la maladie et le recours de plus en plus répandu à des techniques de détection précoce, bien qu'elles soient encore sujettes à controverses, ont sans doute contribué à réduire la mortalité due au cancer de la prostate, depuis le début des années 1990.

Comparé aux provinces, le Québec côtoie les meilleures avec l'un des taux ajusté de mortalité due au cancer de la prostate parmi les plus bas, mais il se situe au milieu du peloton, en ce qui concerne la mortalité due au cancer du sein. Quant au cancer du poumon et au cancer du côlon-rectum, le Québec affiche des taux ajusté parmi les plus élevés au Canada, et ce, tant chez la femme que chez l'homme.

Les années potentielles de vie perdues (APVP) témoignent de la prévention des décès chez les personnes les plus jeunes. Il s'agit d'un indicateur de succès des programmes de prévention des décès prématurés. On obtient une mesure du nombre d'APVP, en comptabilisant, le nombre d'années entre l'âge de la personne au moment de son décès et un âge référence, ici, 75 ans.

Règle générale, les taux bruts d'APVP sont beaucoup plus élevés chez les Québécois que chez les Québécoises, et ce, quelque soit la cause de mortalité considérée, sauf le cancer du sein évidemment. En 1990, au Québec, le taux brut d'APVP le plus élevé, tant chez l'homme que chez la femme, a été généré par les blessures accidentelles, soit 1 441,6 APVP pour 100 000 hommes et 466,2 pour 100 000 femmes. Dix ans plus tard, ce sont le suicide chez l'homme, avec 1 218,3 APVP pour 100 000, et le cancer du poumon chez la femme, avec 457,1 APVP pour 100 000, qui donnent lieu aux taux d'APVP les plus élevés. D'ailleurs, parmi les principales causes de mortalité prématurée, le suicide, pour les deux sexes, et le cancer du poumon, chez la femme, sont les seules a générer des taux d'APVP à la hausse.

À l'échelle canadienne, le Québec affiche des taux d'APVP causées par les blessures accidentelles parmi les plus faibles et il se situe dans le milieu du peloton pour ceux liés au cancer du sein et de la prostate. En revanche, en ce qui concerne les autres principales causes de mortalité, le Québec présente l'un des taux les plus élevés.

LA QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS

Le second des grands objectifs poursuivis par le système sociosanitaire québécois est d'offrir aux individus l'accès à des services efficaces, continus et de qualité. Au regard de cet objectif, les attentes de la population sont aujourd'hui très élevées, forçant le système à constamment améliorer sa performance. Ainsi, l'utilisateur de services s'estimera satisfait si l'on a répondu rapidement à son besoin, en appliquant la solution appropriée, tout en faisant preuve de sollicitude à son endroit ; c'est le concept de réactivité développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Par conséquent, la population s'attend à ce que le système rende facilement accessibles les services de base, minimise les délais d'attente à certains services névralgiques (ex. : urgences, chirurgie), dispose de ressources humaines et matérielles adéquates, et mette l'accent sur les services de promotion de la santé et de prévention.

- ***Alors, qu'en est-il de l'accès aux services ?***

L'un des bons moyens mis en oeuvre pour rencontrer les attentes de la population, en termes d'accès rapide aux ressources dans le secteur de la santé, est sans aucun doute le service Info-Santé CLSC. Depuis 1995, celui-ci est implanté dans tout le Québec, sauf dans les régions nordiques. C'est donc dire que 99 % de la population québécoise a accès à ce service 24 heures par jour et sept jours sur sept. Selon plusieurs enquêtes et sondages menés depuis son implantation, 95 % des personnes ayant fait appel à ce service considèrent que Info-Santé CLSC leur a permis de résoudre le problème soumis à l'infirmière en poste. On estime que dans 30 à 40 % des cas, un appel à Info-Santé CLSC permet d'éviter une consultation médicale, que ce soit à l'urgence ou ailleurs. Actuellement, huit appels sur dix placés au service Info-Santé CLSC obtiennent une réponse en moins de quatre minutes ; en 1997-1998, cette proportion était d'environ six appels sur dix.

Dispenser les services directement au lieu de résidence du bénéficiaire est également un excellent moyen de répondre à la population au plan de l'accès. Au Québec, les services à domicile sont essentiellement utilisés par les personnes âgées de 65 ans ou plus, sauf pour les clientèles souffrant d'un handicap physique ou intellectuel, où l'utilisation de tels services s'étend sur à peu près tous les groupes d'âge. À partir de 65 ans, et surtout chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, leur utilisation est en forte croissance. Depuis 1997-1998, l'utilisation des services à domicile par la population âgée de 18 ans ou plus a fait un bond de 35 %. Actuellement, près de deux personnes âgées de 75 ans ou plus sur dix ont recours aux services à domicile, au Québec, une utilisation parmi les plus élevées, pour cette clientèle, à l'échelle canadienne.

Au cours des années 1990, au Québec, on a assisté à une diminution du nombre de lits consacrés aux soins généraux et spécialisés, généralement désignés sous le vocable *lits de soins de courte durée*, ainsi qu'à une réduction de la durée des séjours hospitaliers liés à ce type de soins. Ces deux phénomènes ont dû s'accompagner d'une augmentation, non seulement des services rendus au domicile du bénéficiaire, mais également de ceux offerts sur une base ambulatoire, tels les services de chirurgie d'un jour, par exemple.

Par conséquent, l'analyse de l'évolution du taux ajusté d'admission dans les hôpitaux de soins de courte durée, pour des problèmes de santé où des soins ambulatoires peuvent prévenir ou réduire le recours à l'hospitalisation, devient, en quelque sorte, une façon intéressante de vérifier le degré d'accessibilité aux services ambulatoires. Alors, si ce taux est à la baisse, cela signifie que l'accès avec services ambulatoires augmente et que la tendance à rapprocher les services de l'utilisateur s'accentue.

Le taux québécois ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires n'a cessé de diminuer, depuis le milieu des années 1990. Actuellement, le taux ajusté se situe à 355 admissions pour 100 000 personnes, soit une baisse de 20 % par rapport à celui observé en 1995-1996. Le taux ajusté est plus élevé chez les Québécois (382 pour 100 000 hommes) que chez

les Québécoises (326 pour 100 000 femmes). Même si, dans l'ensemble canadien, l'on observe une baisse généralisée du taux ajusté d'hospitalisation pour ce genre de problèmes de santé, il n'en demeure pas moins que le Québec occupe le 2e rang parmi les taux les plus bas.

Mais, là où l'on peut véritablement qualifier l'accès aux services de santé, c'est quand la population s'exprime sur les délais d'attente avant d'obtenir les services dont elle a besoin.

Ainsi, lors d'une enquête menée au Québec, en 1998, la population a pu dévoiler son degré de satisfaction face aux délais d'attente pour certaines catégories de services, à savoir : les consultations auprès des médecins généralistes et spécialistes, les inscriptions en chirurgie d'un jour et les admissions à l'hôpital.

Or, selon l'opinion exprimée par les utilisateurs de ces services, près de neuf personnes sur dix se disent satisfaites des délais d'attente pour l'obtention d'une consultation auprès d'un médecin généraliste. En ce qui concerne les consultations obtenues auprès d'un médecin spécialiste, les délais d'attente satisfont les utilisateurs huit fois sur dix.

Pour ce qui est des personnes traitées en chirurgie d'un jour, les délais d'attente rencontrent les exigences de trois utilisateurs sur quatre. Le taux de satisfaction en ce qui a trait aux admissions à l'hôpital est beaucoup plus élevé, se situant à près de 86 %.

Par conséquent, en général, une portion plutôt restreinte des utilisateurs de services considèrent les délais d'attente, pour ces catégories de services, un peu ou trop longs.

- ***Et, que peut-on dire de l'efficacité des services ?***

L'une des façons de porter un jugement sur l'efficacité des services, que ce soit au plan du diagnostic ou à celui du traitement, est d'étudier la survie suite à des maladies graves, tel le cancer.

La probabilité de survie relative au cancer après cinq ans est influencé, d'une part, par la gravité ou le stade du cancer au moment du diagnostic, et d'autre part, par l'efficacité des traitements appliqués après le diagnostic. Cette probabilité varie énormément selon le siège de cancer et l'âge de la personne affectée au moment du diagnostic. Au Québec, la probabilité de survie relative au cancer cinq ans après le premier diagnostic est de 17 % pour le cancer du poumon et de 53 % pour celui du côlon-rectum. En ce qui concerne le cancer du sein, la probabilité de survie après cinq ans se situe à 79 %, tout comme celle observée pour le cancer de la prostate.

Dans l'ensemble canadien, le Québec montre la meilleure probabilité de survie relative après cinq ans, en ce qui concerne le cancer du poumon chez l'homme, et il occupe le 2e rang en ce qui regarde celui diagnostiqué chez la femme.

Au fil des années, les arthroplasties complètes de la hanche ou du genou sont devenues des solutions de choix pour traiter les problèmes articulaires sévères dus à l'arthrose. Ainsi, parmi les indicateurs permettant de mesurer l'amélioration de la qualité de vie, les taux d'arthroplastie complète de la hanche ou du genou sont loin d'être dénués d'intérêt. Par exemple, selon une étude réalisée en Colombie-Britannique, plus de 94 % des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ont constaté une diminution significative de la douleur et de la rigidité, ainsi qu'une amélioration sensible du fonctionnement et de la mobilité.

En les comparant à ce que l'on observe à l'étranger et dans les provinces canadiennes, les taux québécois apparaissent nettement trop bas. En 1999-2000, on a comptabilisé quelque 3 000 arthroplasties complètes de la hanche et environ 2 800 arthroplasties complètes du genou, au

Québec, pour des taux ajustés respectifs de 36 et de 34 interventions pour 100 000 personnes ; ces taux sont deux fois moins élevés que les taux les plus hauts observés au Canada. Or, rien ne peut laisser croire que, sur ce chapitre, les besoins soient moins grands au Québec qu'ailleurs.

L'étendue des programmes de vaccination, au sein des groupes à risque, constitue également un bon moyen de tester l'efficacité des services de santé, cette fois, du côté de la prévention.

Par exemple, parmi la population québécoise âgée de 65 ans ou plus, près de six personnes sur dix affirment, en 2000-2001, avoir reçu le vaccin contre la grippe, soit deux fois plus qu'en 1996-1997. Si l'on considère uniquement les gens âgés de 75 ans ou plus, ce sont près de sept personnes sur dix qui ont reçu ce vaccin au cours de l'année, soit une proportion supérieure à ce qui était prévu dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2000*. Par contre, à l'échelle canadienne, le Québec affiche l'une des plus fortes proportions de personnes âgées de 65 ans ou plus n'ayant jamais été vaccinées contre la grippe, avec un peu plus de 30 %, en 2000-2001.

La vaccination permet également d'éviter des maladies qui s'attaquent, plus particulièrement, aux jeunes enfants, aux adolescents ainsi qu'aux jeunes adultes âgés de moins de 20 ans. C'est le cas, en particulier, des infections « invasives » à méningocoque du sérogroupe C, de la rougeole et des infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B. Ces trois maladies ont pu être combattues avec beaucoup de succès, soit grâce à des campagnes massives de vaccination, comme pour la première, soit par l'introduction du vaccin dans le calendrier régulier de vaccination, comme dans le cas des deux autres.

Les infections « invasives » à méningocoque sont parmi les causes les plus fréquentes de méningites chez les jeunes enfants. Deux campagnes massives de vaccination de la clientèle cible, l'une en 1993 et l'autre en 2001, ont permis, à toute fin pratique, d'éliminer la maladie. Lors des années inter-épidémiques, l'épidémiologie des infections « invasives » à méningocoque observée au Québec est essentiellement la même que celle constatée au Canada. Par contre, en 2001, avec une activité épidémique importante, le Québec présente l'un des taux d'incidence de cette maladie parmi les plus élevés, comparé aux provinces.

Au Québec, avant que l'on introduise le vaccin contre la rougeole, cette maladie, très contagieuse et très fréquente chez les plus jeunes, prenait des proportions d'épidémie environ tous les cinq ans. Or, depuis que l'on a introduit une seconde dose de vaccin dans le calendrier régulier de vaccination, en 1996, la rougeole a pratiquement été éliminée au sein de la population québécoise. En fait, à partir de ce moment, les seules personnes diagnostiquées avaient contracté la maladie à l'étranger. Par exemple, en 2000, les 30 cas recensés étaient dus à l'introduction d'une souche européenne dans une petite communauté non vaccinée en raison de convictions religieuses. Au cours des années 1990, les taux d'incidence de la rougeole ont été beaucoup plus élevés au Canada qu'au Québec. Cependant, à la fin de la décennie 1990, on a atteint le stade d'élimination de la rougeole, tant au Canada qu'au Québec.

Avant l'introduction de la vaccination, les infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B (*Hib*) étaient la cause la plus fréquente de méningite et d'épiglottite chez les tout jeunes enfants, au Québec ; on estimait la mortalité entre 3 et 8 %. Près de 10 % des enfants diagnostiqués restaient avec des problèmes neurologiques chroniques, et un autre 10 % étaient atteints d'un déficit auditif pouvant aller jusqu'à la surdité. L'introduction du vaccin dans le calendrier régulier de vaccination, en 1992, a permis une chute spectaculaire du nombre de cas chez les enfants âgés de moins de 5 ans. En fait, entre 1995 et 1999 inclusivement, un seul échec vaccinal a été constaté après l'administration des quatre doses recommandées du vaccin. Jusqu'en 1994, le taux québécois d'incidence des infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B, chez les enfants âgés de moins de 5 ans était systématiquement plus élevé que le taux canadien. Depuis ce temps, l'introduction du vaccin dans le calendrier régulier, tant au Québec que dans les provinces canadiennes, a provoqué une chute

spectaculaire des taux d'incidence de cette maladie, de sorte qu'ils sont actuellement très bas partout au Canada.

- ***Et la population, qu'en pense-t-elle ?***

Parmi les indicateurs permettant de juger la qualité des services de santé, l'expression du degré de satisfaction envers les soins reçus, ainsi que l'estimation du niveau de qualité des services, et ce, par les personnes mêmes qui les reçoivent, sont ceux qui demeurent sans l'ombre d'un doute les plus probants.

Or, au sein de la population québécoise, celles et ceux qui ont bénéficié de soins de santé, que ce soit à l'hôpital, de la part d'un médecin ou en services communautaires, se disent assez satisfaits ou très satisfaits des soins reçus dans une proportion avoisinant les 85 %. Cette proportion dépasse même les 90 % chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, pourtant grands utilisateurs de services de santé. En fait, ce sont les gens âgés de 20 à 44 ans qui montre les taux de satisfaction les moins élevés, soit environ 80 %. En termes de catégories de services, ce sont les soins médicaux, c'est-à-dire ceux reçus d'un médecin, qui récoltent le taux de satisfaction le plus élevé (90 %), alors que les soins hospitaliers s'avèrent les moins satisfaisants (80 %).

En ce qui concerne l'évaluation de la qualité des soins reçus, la situation est à peu de chose près similaire. Ainsi, la population québécoise ayant reçu des soins de santé juge leur qualité « excellente » ou « bonne » dans une proportion de 85 %. Encore une fois, en ce qui concerne l'ensemble des soins, ce sont les clientèles les plus âgées qui jugent la qualité « bonne » ou « excellente » dans la proportion la plus large, soit plus de 90 %. Par ailleurs, pour un type de soins donné, la proportion la plus élevée appartient aux jeunes âgés de 15 à 19 ans ; ils estiment la qualité des soins médicaux reçus « bonne » ou « excellente » dans une proportion de tout près de 97 %.

Que ce soit au plan de la satisfaction exprimée envers les soins reçus ou à celui de l'évaluation de la qualité des soins, les chiffres québécois sont semblables à ceux observés dans les provinces canadiennes, étant notamment parmi les plus élevés pour ce qui est de l'évaluation de la qualité des soins hospitaliers et des soins communautaires.

En définitive, malgré quelques problèmes liés à l'accessibilité, tels les délais d'attente pour obtenir une consultation auprès d'un médecin spécialiste ou un traitement en chirurgie d'un jour, et certaines lacunes au plan de l'efficacité, telle une sous-utilisation de l'arthroplastie pour régler les problèmes articulaires, les services de santé du Québec répondent assurément à la majorité des attentes, et ce, en dépit des contraintes, qu'elles soient budgétaires, de répartition des ressources humaines ou de croissance rapide des besoins, auxquelles ils sont confrontés. Et, cette certitude peut largement s'appuyer sur l'expression de la satisfaction de celles et de ceux qui utilisent ces services, au sein de la population québécoise.

UNE PERSPECTIVE

D'ici dix ans, le gouvernement du Québec aura consacré plus de 200 milliards $ au système de services de santé et de services sociaux, soit bon an mal an plus du tiers de son budget annuel total. C'est 35 cents de chaque dollar budgété qui vont, en 2001-2002, à la mission Santé et Services sociaux. Environ 7,5 % de la richesse collective québécoise, mesurée par le Produit intérieur brut (PIB), sert à financer la partie publique des dépenses encourues pour notre système sociosanitaire.

Quelque 250 000 personnes, professionnels, cadres et syndiqués, y travaillent, soit à temps plein, soit à temps partiel, ce qui représente 7,2 % des emplois disponibles au Québec.

Malgré toutes les ressources humaines impliquées, et toutes les ressources financières investies, dans cette importante mission gouvernementale, et ce, en grande majorité pour les services de santé, des problèmes subsistent, en particulier aux plans de la croissance des coûts dans certains secteurs (ex. : les médicaments) et de l'accessibilité aux services spécialisés (ex. : listes d'attente en chirurgie). Pour une bonne part, ces difficultés prennent leur source dans le vieillissement rapide de la population, essentiellement dû à la conjonction d'un taux de natalité très faible et d'une espérance de vie en constante augmentation, ainsi que dans la « révolution technologique », c'est-à-dire l'amalgame de trois composantes : le développement rapide des technologies de l'information et de la communication ; le développement technologique et la sophistication des équipements médicaux ; et, l'arrivée de nouveaux médicaments suite aux percées de la recherche pharmaceutique.

Ainsi, dans le contexte prévisible des besoins et des ressources, il est clair que l'avenir du système de santé et de services sociaux du Québec, à l'instar de celui de la plupart des pays développés, repose sur un nouvel équilibre à trouver entre l'évolution des besoins, l'aptitude du système à gérer les services et la capacité de payer de la collectivité. Par ailleurs, on sait que cette capacité a des limites ; mais le fait de les reconnaître conduit nécessairement à être efficient, c'est-à-dire à rechercher les meilleurs résultats au meilleur prix, et à être efficace, c'est-à-dire faire les choix et à poser les gestes qui nous permettront d'atteindre cet objectif.

Dans son Plan stratégique 2001-2004, le Ministère s'est donné cinq grandes orientations qui sont les assises de toute sa stratégie : convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs ; améliorer l'accès aux services et assurer l'organisation optimale des ressources ; doter le réseau de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et de méthodes de budgétisation appropriées ; stabiliser le financement des services et la croissance des dépenses ; clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité.

Avec une stratégie appropriée, l'appui de ses nombreux partenaires et l'utilisation judicieuse de tous ses leviers d'intervention, le Ministère entend poursuivre avec succès sa mission, à savoir maintenir, améliorer et rétablir la santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Les efforts actuels ainsi que les réflexions qui se poursuivent, que ce soit au sein du Ministère, avec ses partenaires, ou dans le cadre de débats suscitant la participation de l'ensemble de la population québécoise, visent à rendre le système de santé et de services sociaux du Québec encore plus performant, c'est-à-dire encore mieux outillé pour faire face aux multiples besoins des clientèles variées auxquelles il s'adresse.

Qu'il s'agisse d'une prise de conscience accrue des possibilités d'amélioration du système ou de son adaptation continue à l'évolution de la société, l'optique de ce nouvel équilibre à trouver demeure.

ANALYSE DES RÉSULTATS PAR INDICATEUR

Cette partie du document comprend 25 rapports d'analyse rédigés par des spécialistes retenus dans le cadre du projet. Ceux-ci ont été recrutés au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, à l'Institut national de santé publique du Québec, ainsi qu'à l'Institut de la statistique du Québec.

Les responsables du projet ont fondé leur choix, d'une part, sur le champ d'expertise et les expériences de travail de chacun et chacune, et d'autre part, sur leur connaissance spécifique d'un secteur particulier de l'univers informationnel du domaine de la santé.

Bien que chaque rapport d'analyse soit imprégné du style particulier de chacun des rédacteurs ou de chacune des rédactrices, les responsables du projet ont résolu d'établir une structure de présentation commune, appliquée à chacun des textes livrés, afin d'en faciliter la lecture.

Les rapports d'analyse couvrent des indicateurs regroupés en 13 domaines ; en voici la liste :

1. l'espérance de vie ;
2. la mortalité infantile ;
3. le faible poids à la naissance ;
4. la perception du niveau de santé ;
5. les changements affectant l'espérance de vie ;
6. l'amélioration de la qualité de vie ;
7. la réduction du fardeau des maladies, des affections et des blessures ;
8. les délais d'attente pour accéder aux services médicaux et hospitaliers ;
9. la satisfaction des patients ;
10. l'accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour et 7 jours par semaine ;
11. les services à domicile et les soins ambulatoires ;
12. la surveillance et la protection de la santé publique ;
13. la promotion de la santé et la prévention des maladies.

1. L'ESPÉRANCE DE VIE

FAITS SAILLANTS

L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans

Depuis la fin des années 1970, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de 4,4 ans au sein de la population québécoise, passant de 74,1 en 1979 à 78,5 ans en 1999. Au cours de cette période, les femmes ont réalisé un gain de 3,3 ans comparativement à 5,2 ans pour les hommes, de sorte qu'aujourd'hui, l'espérance de vie des Québécoises se situe à 81,5 ans, alors que celle des Québécois atteint 75,4 ans.

En 1999, au Québec, l'espérance de vie à 65 ans est de 18,2 ans, soit 1,8 an de plus qu'en 1979. En moyenne, les femmes qui atteignent, aujourd'hui, l'âge de 65 ans peuvent espérer vivre encore pendant 20,2 ans, alors que, chez les hommes, cette espérance se situe à 15,9 ans, soit un écart de 4,3 ans en faveur des femmes. Au cours de ces vingt ans, on observe donc un gain de 1,7 an pour les femmes, par rapport à 1,9 an pour les hommes.

Au cours des deux dernières décennies, dans l'ensemble canadien, le Québec montre l'une des meilleures progressions en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance. Actuellement au 5e rang parmi les plus élevées, elle se situe à 1,9 an du 1er rang, pour les hommes, et à 1,1 an, pour les femmes.

En ce qui regarde l'espérance de vie à 65 ans, le Québec présente également l'une des meilleures progressions, depuis vingt ans. En 1999, il se situe au 5e rang, chez les femmes, et à 0,1 an du 5e rang, chez les hommes.

L'espérance de vie sans incapacité à la naissance et à 65 ans

Cependant, l'espérance de vie sans incapacité est un meilleur indice de l'état de santé d'une population, car il intègre le concept de qualité de vie. À la naissance, celle du Québec, en 1996, est de 70,2 ans, c'est-à-dire 72,3 ans pour les femmes et 68,1 ans pour les hommes. À 65 ans, elle atteint 12,5 ans, soit 13,4 ans chez les femmes et 11,5 ans chez les hommes.

À l'échelle canadienne, l'espérance de vie sans incapacité observée au sein de la population québécoise est la plus élevée, et ce, qu'elle soit à la naissance ou à 65 ans, tant chez les femmes que chez les hommes. Cet excellent résultat est expliqué en grande partie par l'observation d'un taux d'incapacité plus bas au Québec qu'ailleurs au Canada.

1.1 L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

L'espérance de vie est utilisée dans plusieurs pays afin de mesurer l'état de santé général de la population, car elle constitue un des principaux indicateurs sociosanitaires des populations. Elle permet de bien saisir la situation sur le chapitre de la mortalité. L'utilisation de cet indicateur présente néanmoins des limites, car l'espérance de vie met l'accent sur la durée de vie sans considérer la qualité des années vécues (réf. 1).

Dans les pays développés, l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et elle est associée à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et un faible niveau de scolarité. C'est au Japon que l'on observe les espérances de vie les plus élevées au monde. En 1997, l'espérance de vie des Japonais était de 80,5 ans (réf. 2). Quant au Canada, il se situait au 5^{e} rang des autres pays développés, membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), derrière le Japon, la Suisse, la Suède et l'Islande (réf. 2).

Au Québec, comme dans la majorité des pays développés, l'espérance de vie à la naissance a connu des gains appréciables, entre le début des années 1930 et le milieu des années 1950, en raison notamment de l'amélioration des conditions de vie et des progrès de la médecine qui ont entraîné une réduction de la mortalité infantile (réf. 3, 4). Depuis, les gains, même s'ils sont moins élevés qu'auparavant, demeurent importants grâce aux progrès réalisés aux âges avancés (réf. 3, 4). Aujourd'hui, c'est désormais sur les personnes âgées que repose la hausse de la vie moyenne.

- ***Méthodologie***

Définition

L'espérance de vie se définit ainsi : c'est le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre à compter de la naissance ou de 65 ans, en supposant que les taux de décès, selon l'âge et le sexe pour une période d'observation donnée, demeurent constants sa vie durant (réf. 2).

Calcul

L'espérance de vie est estimée à partir d'une table de mortalité qui décrit et résume le nombre de décès et de survivants d'une population (réf. 5). Afin de construire une table de mortalité, on fait évoluer une génération fictive d'individus sur les différents groupes d'âge depuis la naissance (ou l'âge de 65 ans) jusqu'à l'extinction, en les soumettant, à ces divers âges, aux risques de décès par âge observés au cours de l'année ou de la période concernée (réf. 3, 6). Les résultats présentés ci-dessous ont été calculés selon la méthode de Greville (réf. 7) pour les tables de mortalité abrégées, avec groupement de population et taux de décès par groupe d'âge de 5 ans.

Sources des données

Les données sur les naissances proviennent de la Base de données sur les naissances, et celles sur les taux de mortalité proviennent de la Base de données sur les décès, de la Statistique de l'état civil, de Statistique Canada. Ces données sont fournies par chaque province ou territoire. Les données sur les effectifs de population ont été fournies par la Division de la démographie de Statistique Canada.

Les calculs ont été réalisés en excluant certaines données. Les exclusions concernent essentiellement les naissances ou les décès des non-résidents du Canada, ou de personnes dont le territoire de résidence est inconnu.

- ***La situation québécoise***

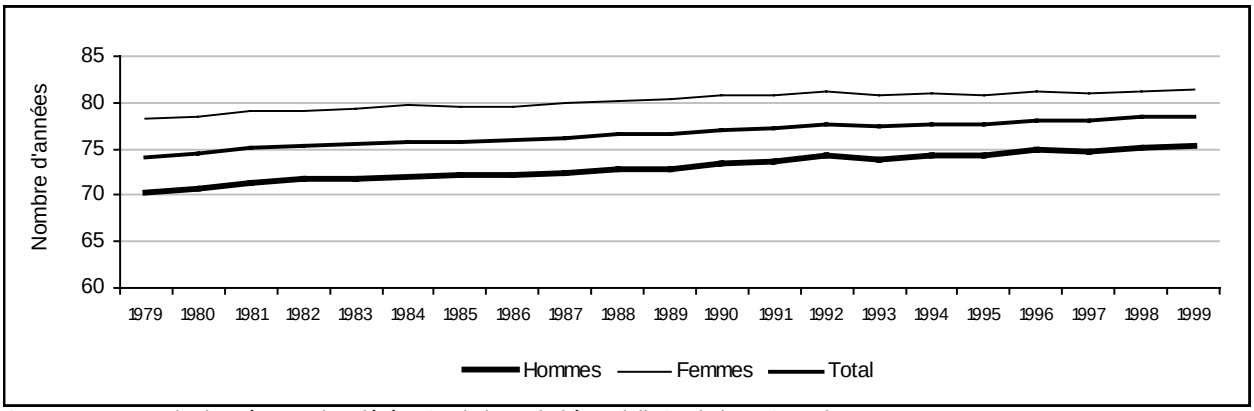
Espérance de vie à la naissance

En vingt ans, l'espérance de vie à la naissance de l'ensemble de la population québécoise a augmenté régulièrement (*cf.* figure 1.1.1). Ainsi, un enfant né en 1999 peut s'attendre à vivre jusqu'à 78,5 ans, soit un gain de 4,4 ans comparativement à l'espérance de vie de 1979 (74,1 ans). Cette hausse de l'espérance de vie a été plus marquée pendant la première décennie que pendant la seconde. Elle s'explique en grande partie par la diminution de la mortalité aux âges avancés. Les gains importants sur le chapitre des décès prématurés dus aux maladies cardio-vasculaires contribuent notamment à expliquer cette hausse (*cf*. section 5.1).

Au Québec, en 1999, l'espérance de vie à la naissance des femmes est plus élevée que celle des hommes (*cf.* figure 1.1.1) Toutefois, de 1979 à 1999, le gain a été plus important chez les hommes que chez les femmes. Chez l'homme, l'espérance de vie à la naissance était de 70,2 ans, en 1979, comparativement à 75,4 ans en 1999, soit un gain de 5,2 ans. Durant la même période, l'espérance de vie à la naissance chez la femme s'est accrue de 3,3 ans, passant de 78,2 à 81,5 ans. Ainsi, l'écart entre l'espérance de vie à la naissance des hommes et celle des femmes s'est rétrécit durant cette période, passant de 8,0 ans en 1979 à 6,1 ans en 1999. Cependant, malgré la diminution de cet écart, l'espérance de vie à la naissance des hommes en 1999 est encore moindre qu'elle ne l'était chez les femmes, il y a 20 ans.

Parmi toutes les causes de mortalité, l'évolution de la mortalité due au cancer du poumon est probablement celle qui explique le plus l'évolution différente de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe (réf. 8). Les taux de mortalité dus au cancer du poumon sont toujours plus élevés chez les hommes, bien qu'ils diminuent depuis la fin des années 1980. Par contre, ils augmentent régulièrement chez les femmes (*cf*. section 5.1).

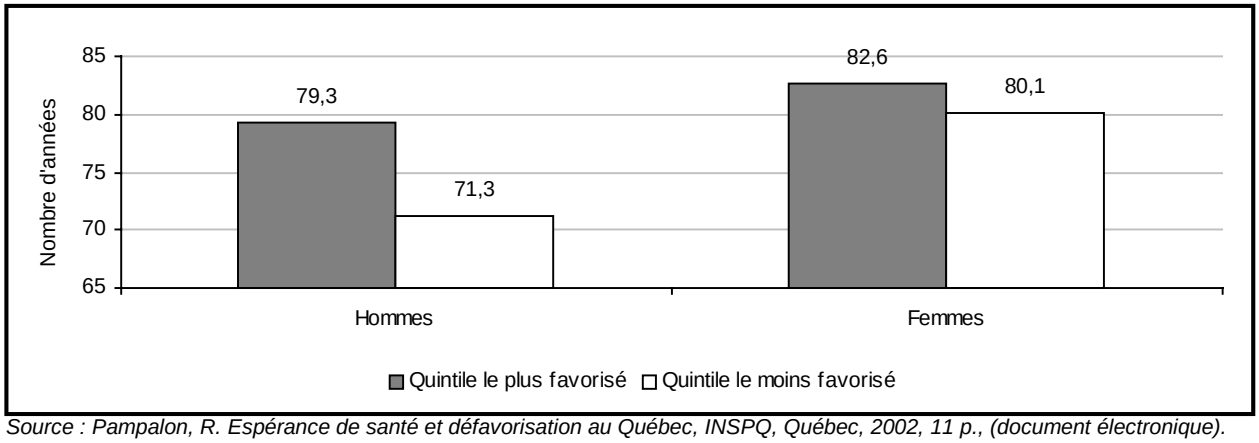
Figure 1.1.1 : **Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1979 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Les résultats d'une étude menée au sein de la vaste majorité de la population, durant la période 1996-1998, montre qu'il existe, au Québec, des inégalités importantes d'espérance de vie à la naissance reliées à la défavorisation économique et sociale (réf. 9)(*cf.* glossaire). Ainsi, l'écart entre l'espérance de vie à la naissance des hommes appartenant au quintile (20 % des hommes) le plus favorisé et celle des hommes appartenant au quintile le moins favorisé est de 8 ans (*cf.* figure 1.1.2). Cet écart est d'un peu moins de 2,5 ans chez les femmes.

Figure 1.1.2 : **Espérance de vie à la naissance selon le quintile (groupe de 20 %) de défavorisation économique et sociale et le sexe, Québec, 1996-1998**



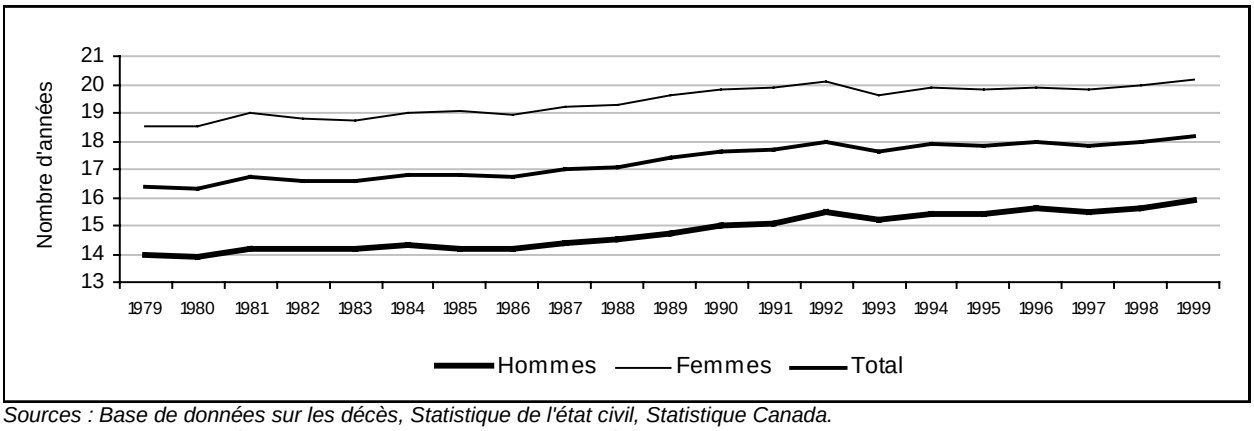
Source : Pampalon, R. Espérance de santé et défavorisation au Québec, INSPQ, Québec, 2002, 11 p., (document électronique). MSSS, juillet 2002.

Espérance de vie à 65 ans

Au Québec, en 1999, un individu âgé de 65 ans peut s'attendre à vivre en moyenne 18,2 années additionnelles, ce qui représente un gain de 1,8 an comparativement à ce qu'aurait pu espérer vivre une personne de cet âge en 1979 (16,4 ans) (*cf* figure 1.1.3).

À 65 ans, les femmes ont une meilleure espérance de vie que les hommes (*cf.* figure 1.1.3). En 1979, l'espérance de vie à 65 ans des femmes était de 18,5 ans comparativement à 14 ans pour celle des hommes, soit un écart de 4,5 ans. Comme le gain réalisé entre 1979 et 1999 a été sensiblement le même chez les femmes (1,7 an) et chez les hommes (1,9 an), durant cette période, l'écart entre les sexes est demeuré constant (*cf.* figure 1.1.3). En 1999, l'écart entre l'espérance de vie à 65 ans des femmes (20,2 ans) et celle des hommes (15,9 ans) est de 4,3 ans.

Figure 1.1.3 : **Évolution de l'espérance de vie à 65 ans selon le sexe, Québec, 1979 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

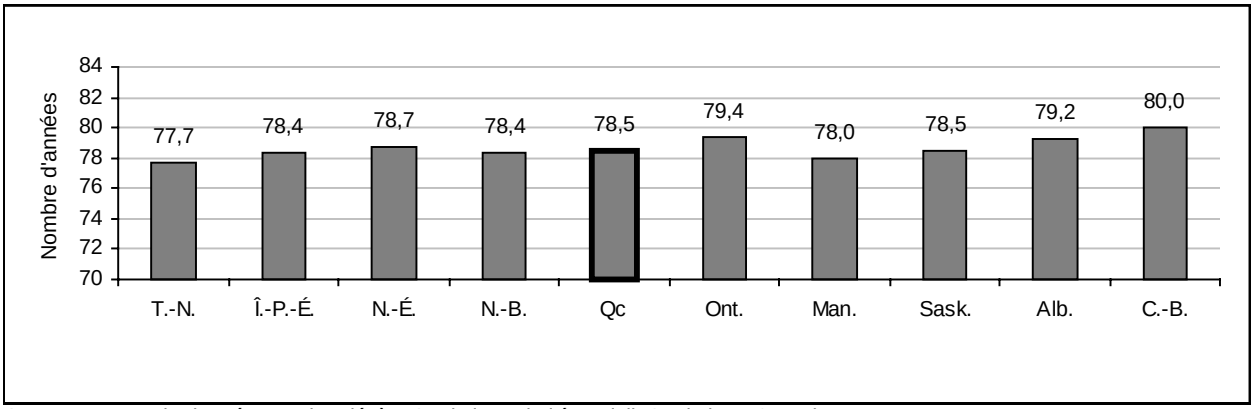
- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Espérance de vie à la naissance

Avec la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique, le Québec montre l'une des plus importantes progressions de l'espérance de vie à la naissance, à l'échelle canadienne, entre 1979 et 1999, avec un gain de 4,4 ans (*cf.* figure 1.1.8). Il occupe, en 1999, le 5e rang *ex æquo* avec la Saskatchewan, avec une espérance de vie à la naissance de 78,5 ans (*cf.* figure 1.1.4).

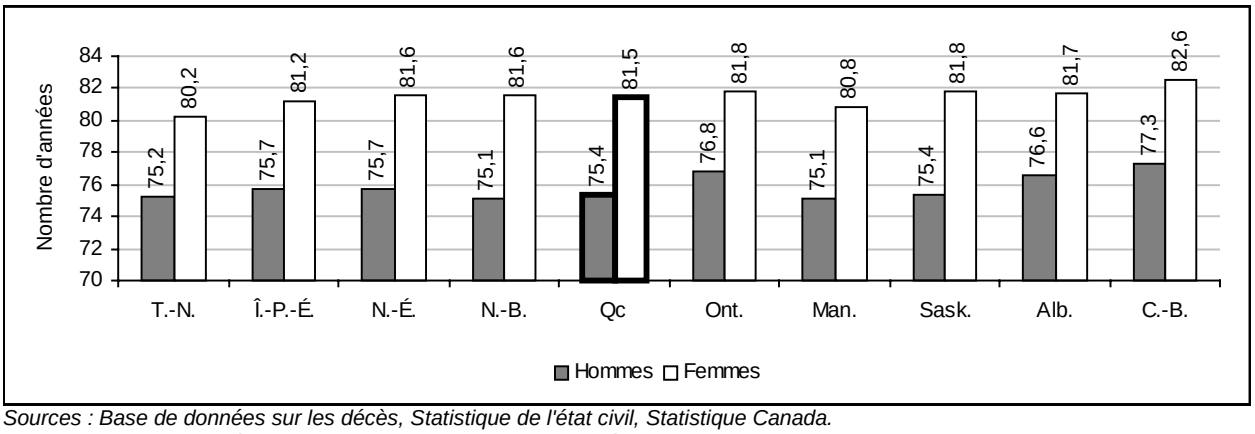
Chez les hommes et chez les femmes, le Québec présente respectivement les 6e et 7e espérance de vie les plus élevées (*cf.* figure 1.1.5). Toutefois, l'écart avec la province qui occupe le premier rang (Colombie-Britannique) est un peu plus important chez les hommes (1,9 an) que chez les femmes (1,1 an).

Figure 1.1.4 : **Espérance de vie à la naissance, Québec et provinces canadiennes, 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Figure 1.1.5 : **Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



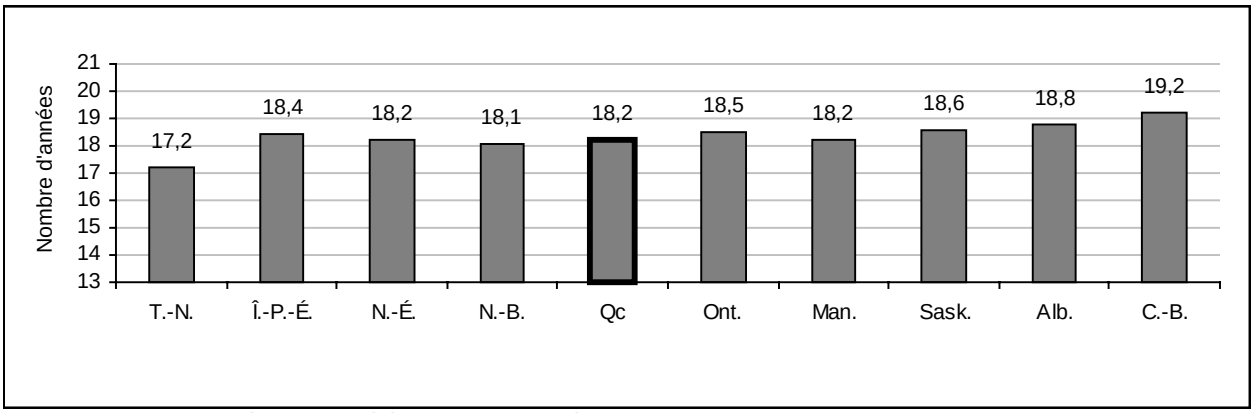
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Espérance de vie à 65 ans

Le Québec a également connu l'une des meilleures progressions de l'espérance de vie à 65 ans, depuis 20 ans (*cf.* figure 1.1.8). En 1999, le Québec présente la 6e espérance de vie à 65 ans la plus élevée, soit 18,2 ans (*cf*. figure 1.1.6).

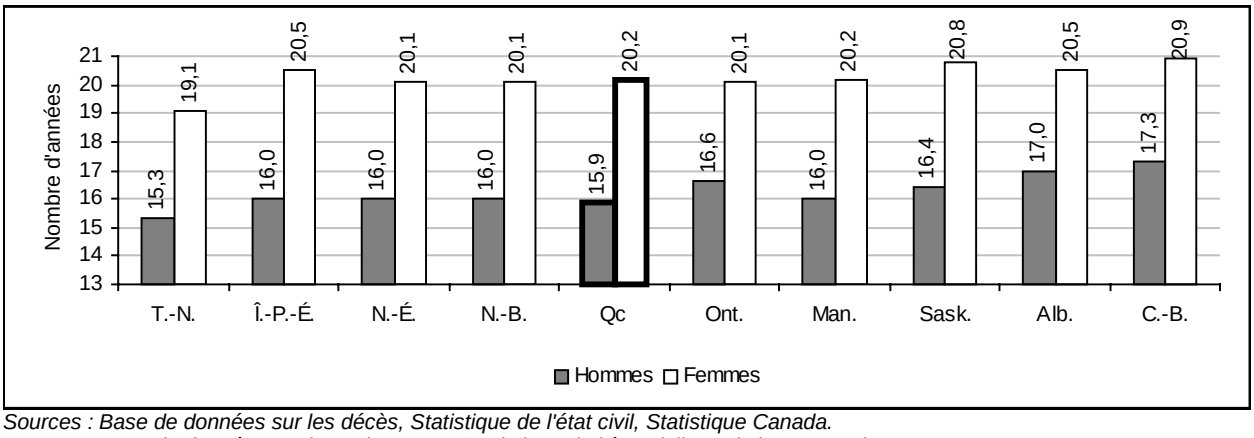
L'écart entre le Québec et les provinces canadiennes apparaît surtout chez les hommes (*cf.* figure 1.1.7). En 1999, l'espérance de vie des hommes québécois âgés de 65 ans ou plus est 1,4 an inférieure à celle des hommes de la Colombie-Britannique. Chez les femmes, l'écart est un peu plus faible (0,7 an).

Figure 1.1.6 : **Espérance de vie à 65 ans, Québec et provinces canadiennes, 1999**



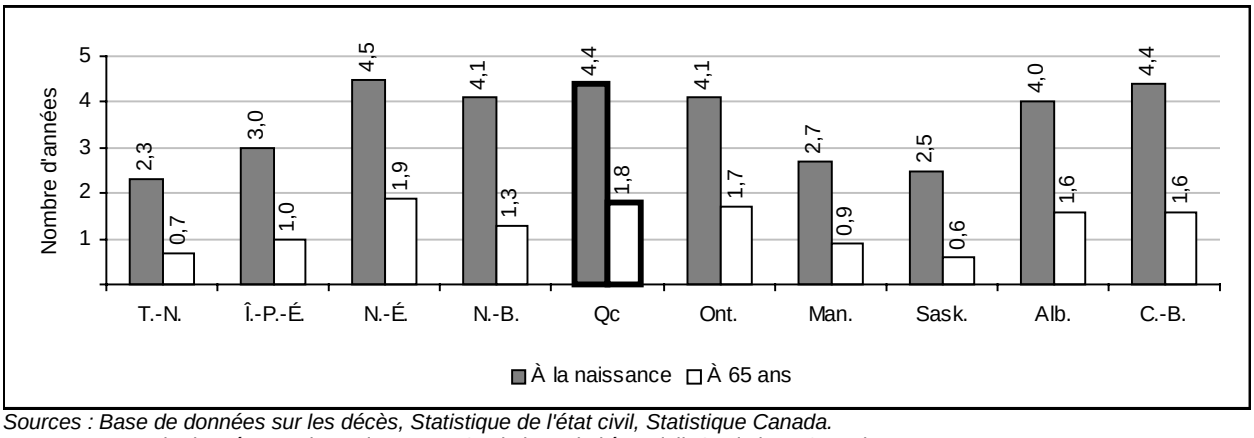
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, mai 2002.

Figure 1.1.7 : **Espérance de vie à 65 ans selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, mai 2002.

Figure 1.1.8 : **Gain d'espérance de vie à la naissance et à 65 ans, Québec et provinces canadiennes, pour la période 1979-1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Malgré les améliorations observées au cours des deux dernières décennies, l'espérance de vie au Québec est inférieure à celle observée dans plusieurs provinces canadiennes. Des gains sont donc souhaitables et restent possibles « notamment par la réduction de maladies qui tuent prématurément au Québec, trop souvent associées au tabagisme ou à une détresse profonde qui mène au suicide » (réf. 10).

Références

1. COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS. « Espérance de vie totale ». *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 1999, pp. 343-345.

2. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, *Éco-Santé OCDE 2001* (CD-ROM).

3. LAFONTAINE, P. « Espérance de vie à la naissance ». *Le Québec comparé : Indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques. Évolution de la situation québécoise, canadienne et internationale*, Québec, MSSS, 1985, pp. 25-29.

4. ROY, L. *Des victoires sur la mort.* Collection La santé des Québécois, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983, 78 p.

5. NG, E., J.F. GENTLEMAN. « Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalité canadienne ». *Rapports sur la santé* 1995*,* vol. 17, n° 3, Ottawa, Statistique Canada (numéro de catalogue 82-003), pp. 15-22.

6. BERNARD, P.M., C. LAPOINTE. *Mesures statistiques en épidémiologie*. Presses de l'Université du Québec. Québec, 1987, 314 p.

7. GREVILLE, T.N.E. "Short methods of constructing abridged life tables". *The record of the American Institute of Actuaries*, 1943, vol. 32, n° 65, pp. 29-42.

8. STATISTIQUE CANADA. DIVISION DES STATISTIQUES SUR LA SANTÉ. « Mortalité – tendances ». *Rapports sur la santé,* 2001, vol. 12, n° 3, Ottawa, Statistique Canada (numéro de catalogue 82-003), pp. 45-51.

9. PAMPALON, R. *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*. Note de recherche. Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2002, 11 p., (document électronique).

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « L'espérance de vie ». *Santé Québec, quelques indicateurs*, 2000, 77 pp.

1.2. L'espérance de vie sans incapacité à la naissance et à 65 ans

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

L'espérance de vie sans incapacité est un indicateur de santé qui tient compte à la fois de la durée et de la qualité de vie en combinant des informations sur la mortalité et sur les incapacités (réf. 1). Cet indicateur est de plus en plus utilisé, car depuis quelques décennies, les indicateurs de mortalité ne permettent plus de résumer l'ensemble des conditions sociosanitaires qui caractérisent l'état de santé de la population (réf. 1). En effet, les derniers gains d'espérance de vie ont surtout été observés à des âges avancés où le nombre de cas atteints de maladies chroniques et d'incapacités est plus élevé (réf. 2). Ainsi, une population dont l'espérance de vie est plus élevée n'est pas nécessairement en meilleure santé.

Parmi tous les indicateurs d'espérance en santé (par exemple : espérance de vie sans maladie, sans déficience ou sans incapacité) (réf. 3,4), l'espérance de vie sans incapacité est celui qui est le plus utilisé (réf. 5). En effet, dans les enquêtes, la bonne santé est généralement évaluée à l'aide de questions portant sur les incapacités (réf. 5).

La mise au point de l'indicateur d'espérance de vie sans incapacité (et autres indicateurs d'espérance de santé) a eu lieu au début des années 1970 (réf. 3). Toutefois, son usage s'est surtout répandu durant les années 1980 grâce, notamment, à la contribution du Québec dans le développement et l'harmonisation internationale des indicateurs d'espérance de santé (réf. 3). En 1999, l'espérance de santé était mesurée dans 49 pays (réf. 4). Les comparaisons temporelles et entre pays sont par contre difficiles à réaliser car l'estimation de cet indicateur varie selon la définition et la méthode de collecte de données utilisées (réf. 6).

Des études réalisées dans plusieurs pays montrent que l'espérance de vie sans incapacité des femmes est supérieure à celle des hommes et qu'elle est plus faible chez les groupes plus défavorisés économiquement (réf. 4).

- ***Méthodologie***

Définition

L'espérance de vie sans incapacité est défini ainsi : c'est le nombre moyen d'années sans incapacité qu'une personne peut espérer vivre, à compter de la naissance ou de l'âge de 65 ans, en supposant que les taux de décès et les taux d'incapacité, selon l'âge et le sexe, pour une période d'observation donnée, demeurent constants sa vie durant (réf. 6, 7).

Dans cette section, l'incapacité est définie comme une incapacité modérée à grave, plus le fait de vivre en institution de santé.

Calcul

L'espérance de vie sans incapacité est calculée selon la méthode de Sullivan (réf. 8) qui se base sur les taux d'incapacité par âge et par sexe d'une population (réf. 7). Cette méthode consiste à déduire du nombre d'années vécues par une génération fictive de 100 000 individus, soumise aux conditions de mortalité du moment, les années qui ont été vécues avec une incapacité (réf. 5).

Afin de déterminer quelle confiance on peut donner à ces estimations, on a construit un intervalle de confiance à 95 % en se basant sur la méthode de Mathers (réf. 9).

Sources de données

Les données sur les naissances proviennent de la Base de données sur les naissances, et celles sur les taux de mortalité proviennent de la Base de données sur les décès, de la Statistique de l'état civil, de Statistique Canada. Ces données sont fournies par chaque province ou territoire. Les estimations se fondent sur la moyenne des données de mortalité de trois années (1995 à 1997), ce qui permet de réduire les fluctuations aléatoires dans le calcul des taux.

Les taux d'incapacité ont été obtenus à partir de questions portant sur les limitations de longue durée (au moins 6 mois) dans les activités réalisées à la maison, au travail ou à l'école, du Recensement de la population de 1996, de Statistique Canada (réf. 7). Étant donné que, dans le recensement, l'incapacité n'est mesurée que pour la population vivant dans les ménages privés, on a posé l'hypothèse que les personnes vivant en institution de santé présentent toutes au moins une incapacité (réf. 7). Pour les personnes vivant dans d'autres types d'institution ou dans un logement collectif (ex. : bases militaires, réserves des Premières Nations), on a posé l'hypothèse qu'elles ont les mêmes taux d'incapacité par âge et par sexe que ceux des personnes vivant en ménage privé (réf. 7).

Enfin, les estimations de population de 1996 utilisées ont été fournies par la Division de la démographie de Statistique Canada.

Exclusions

Les calculs ont été effectués en excluant certaines données. Les exclusions concernent essentiellement les naissances et les décès des non-résidents au Canada, ou des personnes dont le territoire de résidence est inconnu.

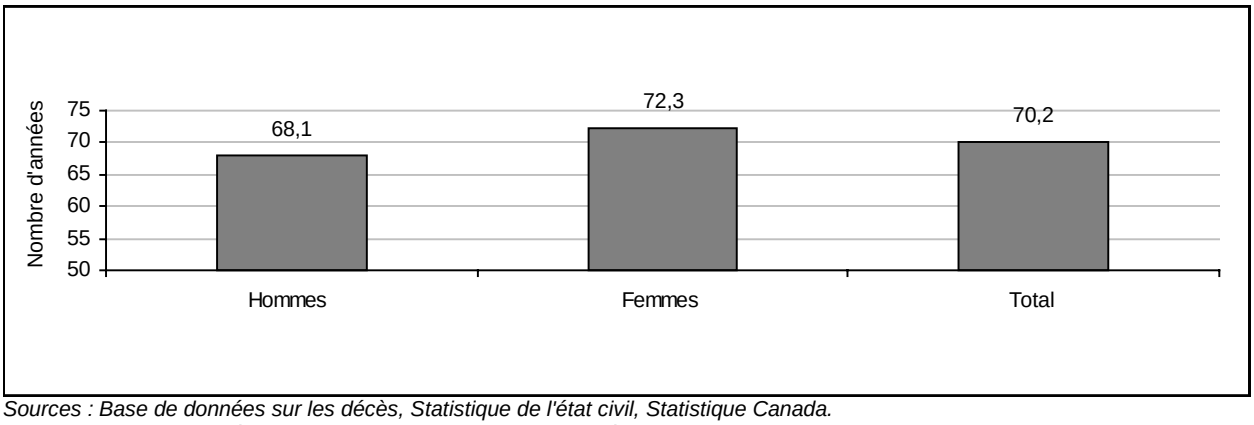
- ***La situation québécoise***

Espérance de vie sans incapacité à la naissance

En 1996, au Québec, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance est de 70,2 ans (*cf*. figure 1.2.1). Elle est plus élevée chez les femmes (72,3 ans) que chez les hommes (68,1 ans) (*cf*. figure 1.2.1). Cette différence selon le sexe est moindre que celle observée pour l'espérance de vie sans égard à l'incapacité. En 1996, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes est de 6,3 ans. Cet écart est réduit à 4,2 ans lorsque l'on ne considère que les années vécues sans incapacité.

Bien que leur espérance de vie à la naissance soit plus élevée, la proportion d'années vécues sans incapacité chez les femmes est à peu près la même que celle observée chez les hommes. En 1996, le nombre d'années vécues sans incapacité par rapport au total des années vécues (espérance de vie sans incapacité/espérance de vie) est de 89 % (72,3 ans/81,2 ans) chez les femmes comparativement à 91 % (68,1 ans/74,9 ans) chez les hommes. Ce résultat est possiblement attribuable au fait que les femmes, dont la durée de vie est plus longue, sont plus susceptibles de présenter des problèmes de santé chroniques qui apparaissent à des âges avancés (réf. 1).

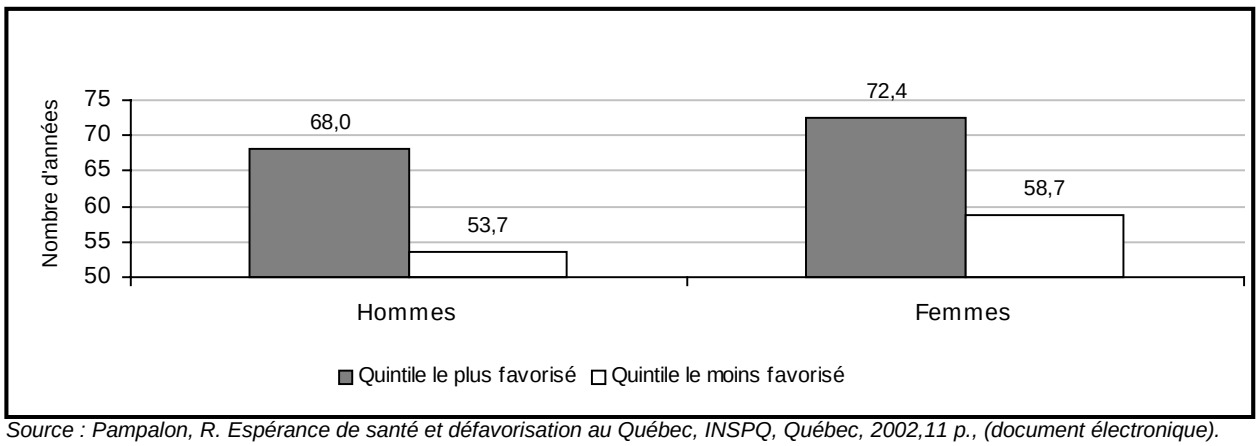
Figure 1.2.1 : **Espérance de vie sans incapacité à la naissance selon le sexe, Québec, 1996**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
Recensement de la population de 1996, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

L'espérance de vie sans incapacité à la naissance n'est pas la même pour tous les Québécois. Selon les résultats d'une étude menée au sein de la vaste majorité de la population québécoise, durant la période 1996-1998 (réf. 10), il existe un écart d'environ 14 années entre l'espérance de vie sans incapacité à la naissance des individus appartenant au quintile (20 % des individus) le plus favorisé aux plans économique et social et celle des individus appartenant au quintile le moins favorisé (*cf*. figure 1.2.2). Cet écart est le même, peu importe le sexe, et il est plus important que celui observé pour l'espérance de vie à la naissance sans égard à l'incapacité (*cf.* section 1.1).

Figure 1.2.2 : **Espérance de vie sans incapacité à la naissance selon le quintile (groupe de 20 %) de défavorisation économique et sociale et le sexe, Québec, 1996-1998**

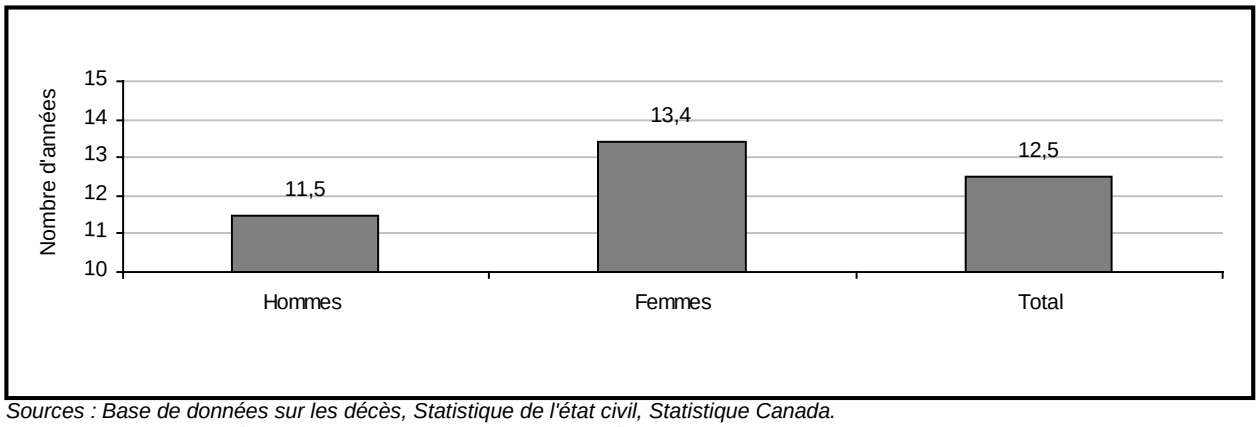


Source : Pampalon, R. Espérance de santé et défavorisation au Québec, INSPQ, Québec, 2002,11 p., (document électronique).
MSSS, juillet 2002.

Espérance de vie sans incapacité à 65 ans

En 1996, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,5 ans (*cf*. figure 1.2.3). Elle est de 13,4 ans chez les femmes et de 11,5 ans chez les hommes. Ainsi, l'écart d'espérance de vie entre les deux sexes, à cet âge, qui est de 4,3 ans en 1996, diminue à 1,9 an si on exclut les années vécues avec une incapacité.

Figure 1.2.3 : **Espérance de vie sans incapacité à 65 ans selon le sexe, Québec, 1996**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
Recensement de la population de 1996, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Une analyse approfondie de l'espérance de vie sans incapacité nécessite que l'on réfère à la notion de gravité de l'incapacité, ce que ne permet pas l'information recueillie au recensement. Les résultats de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) de 1998 révèlent que, pour l'ensemble de la population, l'incapacité légère domine et que chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, on retrouve des proportions équivalentes de personnes avec, d'une part, une incapacité légère et, d'autre part, une incapacité modérée ou sévère (réf. 11). Les résultats de cette enquête illustrent également une hausse de l'incapacité légère par rapport aux enquêtes de 1986 et de 1991, ainsi qu'une stabilité relative de l'incapacité modérée ou grave (réf. 11).

La hausse de l'incapacité légère pourrait, en partie, expliquer pourquoi on observe au Québec, entre 1986 et 1998, une baisse d'environ une année de l'espérance de vie sans incapacité à la naissance (réf. 1). Cela suggère qu'avec la baisse de la mortalité, il y aurait une hausse du nombre de cas atteints de maladies chroniques, mais à des niveaux moyens moins sévères (réf. 1). Toutefois, il est possible que la hausse de l'incapacité légère soit attribuable à une sensibilisation accrue de la population québécoise à déclarer ce type d'incapacité ou à des différences méthodologiques entre les différentes enquêtes (réf. 1).

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Espérance de vie sans incapacité à la naissance

En 1996, le Québec présente, au plan canadien, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance la plus élevée, et ce, peu importe le sexe (*cf* tableau 1.2.1).

Tableau 1.2.1 : **Espérance de vie sans incapacité à la naissance, Québec et provinces canadiennes, 1996**

	Espérance de vie sans incapacité à la naissance					
	Total		Hommes		Femmes	
Province	Années	IC 95 %[1]	Années	IC 95 %[1]	Années	IC 95%[1]
T.-N.	68,1	67,9 - 68,3	65,9	65,6 - 66,2	70,4	70,1 - 70,7
Î.-P.-É.	67,6	67,1 - 68,0	65,3	64,7 - 65,8	70,0	69,3 - 70,6
N.-É.	65,5	65,3 - 65,7	63,5	63,3 - 63,8	67,4	67,2 - 67,7
N.-B.	66,6	66,4 - 66,8	64,5	64,2 - 64,7	68,8	68,5 - 69,1
Qc	**70,2**	**70,1 - 70,2**	**68,1**	**68,0 - 68,1**	**72,3**	**72,2 - 72,4**
Ont.	68,0	67,9 - 68,0	66,6	66,5 - 66,7	69,4	69,3 - 69,5
Man.	67,9	67,8 - 68,1	66,4	66,2 - 66,6	69,5	69,3 - 69,7
Sask.	68,3	68,1 - 68,4	66,6	66,4 - 66,9	70,0	69,7 - 70,2
Alb.	68,0	67,9 - 68,1	66,8	66,7 - 67,0	69,3	69,1 - 69,4
C.-B.	68,9	68,8 - 69,0	67,3	67,2 - 67,5	70,5	70,4 - 70,6

1. IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %.

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
Recensement de la population de 1996, Statistique Canada.

MSSS, juillet 2002.

Espérance de vie sans incapacité à 65 ans

Le Québec occupe également le 1er rang à l'échelle canadienne pour ce qui est de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans (*cf.* tableau 1.2.2). Toutefois, chez les hommes, le Québec partage le 1er rang avec la Colombie-Britannique.

Tableau 1.2.2 : **Espérance de vie sans incapacité à 65 ans, Québec et provinces canadiennes, 1996**

	Espérance de vie sans incapacité à 65 ans					
	Total		Hommes		Femmes	
Province	Années	IC 95 %[1]	Années	IC 95 %[1]	Années	IC 95%[1]
T.-N.	11,1	11,0 - 11,3	10,2	9,9 - 10,4	12,0	11,8 - 12,2
Î.-P.-É.	11,1	10,8 - 11,4	9,8	9,3 - 10,2	12,4	12,0 - 12,8
N.-É.	10,2	10,0 - 10,3	9,0	8,8 - 9,1	11,2	11,0 - 11,3
N.-B.	10,7	10,5 - 10,8	9,6	9,4 - 9,8	11,6	11,4 - 11,8
Qc	**12,5**	**12,5 - 12,6**	**11,5**	**11,4 - 11,6**	**13,4**	**13,3 - 13,4**
Ont.	11,3	11,3 - 11,3	10,6	10,5 - 10,7	11,9	11,9 - 12,0
Man.	11,4	11,3 - 11,5	10,6	10,4 - 10,7	12,2	12,0 - 12,3
Sask.	12,0	11,9 - 12,1	11,2	11,0 - 11,3	12,7	12,5 - 12,8
Alb.	11,3	11,2 - 11,3	10,8	10,6 - 10,9	11,7	11,6 - 11,8
C.-B.	12,1	12,0 - 12,1	11,5	11,4 - 11,6	12,6	12,5 - 12,7

1. IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %.

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
Recensement de la population de 1996, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Ces résultats sont probablement attribuables au fait que selon les données des Enquêtes sur la santé et les limitations des activités (ESLA) de 1986 et 1991, la proportion de personnes qui rapportent des incapacités est plus faible au Qébec que celle observée dans les provinces canadiennes (réf. 11 et 12). Ces derniers résultats doivent par contre être interprétés avec prudence, car la mesure de l'incapacité, qui est auto-évaluée par questionnaire, est influencée par la perception qu'ont les personnes de leur incapacité. Ainsi, il est possible qu'en raison de différences culturelles, l'incapacité soit rapportée de façon différente dans les diverses provinces.

Avec le vieillissement de la population, l'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité représentera un enjeu pour le système de santé au cours des prochaines années. Les écarts importants entre les personnes les plus et les moins favorisées économiquement et socialement montrent que des gains majeurs doivent être faits. Par ailleurs, des interventions préventives qui ciblent les problèmes de santé évitables devront être réalisées.

Références

1. PAMPALON, R., R. CHOINIÈRE et M. ROCHON. « L'espérance de santé au Québec ». *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, pp. 399-420.

2. CAMBOIS, E., J.M. ROBINE. « Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé ». *Santé publique*, 2001, vol. 13, n° 2, pp. 137-149.

3. ROBINE, J.M. « Les espérances de vie en santé au service de la mesure de l'état de santé des populations ». *Cahiers québécois de démographie*, 1996, vol. 25, n° 2, pp. 179-210.

4. ROBINE, J.M, I. ROMIEU et E. CAMBOIS. " Health expectancy indicators ". *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, vol. 77, n° 2, pp. 181-185.

5. PÉRON, Y. et C. STROHMENGER. *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada (cat : 82-543F), 1985, 265 p.

6. PAGEAU, M., M. FERLAND, R. CHOINIÈRE et Y. SAUVAGEAU. *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 432 p.

7. STATISTIQUE CANADA. *Notes techniques. Indicateurs de santé*. 2001, vol. 2001, n^{o} 3 (document électronique).

8. SULLIVAN, D.F. " A single index of mortality and morbidity ", *HSMHA Health Reports 86,* 1971, (april) pp. 347-354*.*

9. MATHERS, C. " Health expectancies in Australia 1981 and 1988 ", *Australian Goverment Publishing Service*, Canberra, 1991.

10. PAMPALON, R. *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*, Note de recherche, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2002, 11 p., (document électronique).

11. SAUCIER, A. et P. LAFONTAINE. « Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise ». *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, pp. 73-86.

12. SAUCIER, A. et P. LAFONTAINE. *Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991, 104 p.

2. LA MORTALITÉ INFANTILE

FAITS SAILLANTS

Le taux de mortalité infantile

En 1999, au Québec, 293 enfants sont morts avant leur premier anniversaire, soit un taux de mortalité infantile de 4 décès pour 1 000 naissances vivantes ; vingt ans plus tôt, le taux était de 10,4. La mortalité infantile est plus élevée chez les garçons (4,4 pour 1 000) que chez les filles (3,6 pour 1 000), mais l'écart s'amenuise ; il était de 1,8 décès pour 1 000 en 1980.

Le faible poids à la naissance et la prématurité sont les deux principaux facteurs de risque associés à la mortalité infantile. Au Québec, le taux de mortalité infantile est 200 fois plus élevé parmi les enfants dont le poids à la naissance est de moins de 1 500 grammes que parmi ceux dont le poids se situe entre 3 500 et 3 999 grammes. Et, les naissances avant terme sont responsables des deux tiers des décès survenus dans le premier mois de vie (données de 1997-1998).

Le déclin de la mortalité infantile observé au Québec est en partie attribuable au recul de l'insuffisance de poids à la naissance, mais il résulte essentiellement des efforts liés à la survie des enfants nés prématurément ou nés avec des malformations. De plus, la mortalité due à certaines anomalies congénitales est en baisse. Lorsqu'ils ont accès au diagnostic prénatal et à l'interruption volontaire de grossesse, plusieurs parents choisissent d'éviter de poursuivre une grossesse qui se solderait autrement par un décès infantile.

Dans l'ensemble canadien, le Québec affiche l'un des plus bas taux de mortalité infantile, n'étant devancé que par la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse. D'ailleurs, traditionnellement, le Québec occupe une position enviable, sur ce chapitre, face aux provinces canadiennes.

2.1 Le taux de mortalité infantile

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

La mortalité infantile représente la proportion d'enfants nés vivants, et morts avant d'avoir atteint l'âge d'un an. Cet indicateur est apprécié pour plusieurs raisons. Disponible depuis des dizaines d'années dans la plupart des nations, il témoigne du niveau de développement social et économique du pays, de la qualité et de la disponibilité des soins de santé, ainsi que de la santé des mères. En outre, il réagit beaucoup plus rapidement à un de ces facteurs, à une modification du filet de sécurité sociale ou à des événements majeurs, qu'un indicateur comme l'espérance de vie.

Malgré cela, même dans les pays à faible mortalité, les comparaisons internationales doivent se faire avec prudence. Les enfants de très faible poids qui sont à la limite de la viabilité ne sont pas déclarés uniformément d'un hôpital à l'autre, et d'un pays à l'autre.

Au début des années 1990, le Canada faisait partie, avec le Japon et quelques pays scandinaves, des pays à faible taux de mortalité infantile. Il s'est vu devancer par nombre de pays pour occuper le treizième rang en 1996 (réf. 3).

La mortalité infantile est liée à la pauvreté et à la faible scolarité des parents (réf. 1), en particulier dans les zones urbaines (réf. 8). Ces parents cumulent en général de nombreux facteurs de risque, dont le tabagisme. Au Canada, « en 1996, les taux observés pour les quartiers les plus pauvres continuaient d'excéder de deux tiers les taux observés pour les quartiers les plus riches. […] Ces dernières années, au Canada, les écarts entre les taux de mortalité infantile liés au revenu ont cessé de diminuer, alors que les écarts régionaux ont continué de s'amenuiser. » (réf. 8).

Le faible poids à la naissance et la prématurité sont les principaux facteurs de risque associés à la mortalité infantile (réf. 7). La survie des enfants est meilleure lorsqu'ils naissent à terme et avec un poids adéquat.

Au Québec, comme dans les autres pays à faible mortalité infantile, des gains sont encore possibles au prix d'efforts supplémentaires au plan du suivi de grossesse, de la prévention, ainsi que de l'organisation des soins et des services.

Une partie de la mortalité pourrait être évitée en dirigeant, vers les hôpitaux spécialisés ou ultra-spécialisés, davantage de femmes ayant une grossesse à risque élevé, et plus de nouveau-nés très vulnérables. La mortalité parmi les bébés de très faible poids y est en effet bien moindre (réf. 2).

En amont du secteur de la santé, la lutte contre la pauvreté parmi les personnes en âge de procréer et parmi les jeunes familles amènerait des conditions beaucoup plus favorables à la réduction de la mortalité infantile.

- ***Méthodologie***

La mortalité infantile fait référence au nombre d'enfants nés vivants, et décédés avant l'âge d'un an, exprimé sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année en question. Dans le cadre de cette analyse (sauf la figure 2.1.2), les nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 500 grammes (environ une livre) sont exclus, leur déclaration n'étant pas partout uniforme.

Les enfants nés vivants sont ceux qui ont présenté au moins un signe de vie à la naissance.

Les données québécoises concernent les résidents du Québec, que leur naissance ou leur décès ait eu lieu au Québec ou ailleurs. Sont ainsi inclus les bébés québécois nés ou décédés dans un hôpital ontarien. Par contre, sont exclus les enfants nés ou décédés au Québec, mais dont les parents résident ailleurs.

Les données proviennent des fichiers des naissances et des décès de Statistique Canada, sauf pour la figure 2.1.2 où les données proviennent de l'Institut de la Statistique du Québec.

- ***La situation québécoise***

Au Québec, en 1999, 293 enfants sont morts avant leur premier anniversaire, pour un taux de mortalité infantile de 4,0 décès pour 1 000 naissances vivantes. En 1979, ce taux était deux fois et demie plus élevé (10,4). La chute spectaculaire de la mortalité infantile, qui a d'ailleurs été observée dans tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), a été plus marquée pendant la première décennie que pendant la seconde.

Le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et la mortalité infantile n'y fait pas exception, étant de 4,4 pour 1 000 garçons contre 3,6 pour 1 000 fillettes, en 1999 (*cf.* figure 2.1.1). Comme les progrès ont été plus importants chez les garçons que chez les filles, l'écart a fondu de moitié, passant d'une moyenne de 1,8 dans les années 1980 à 0,8 en 1999.

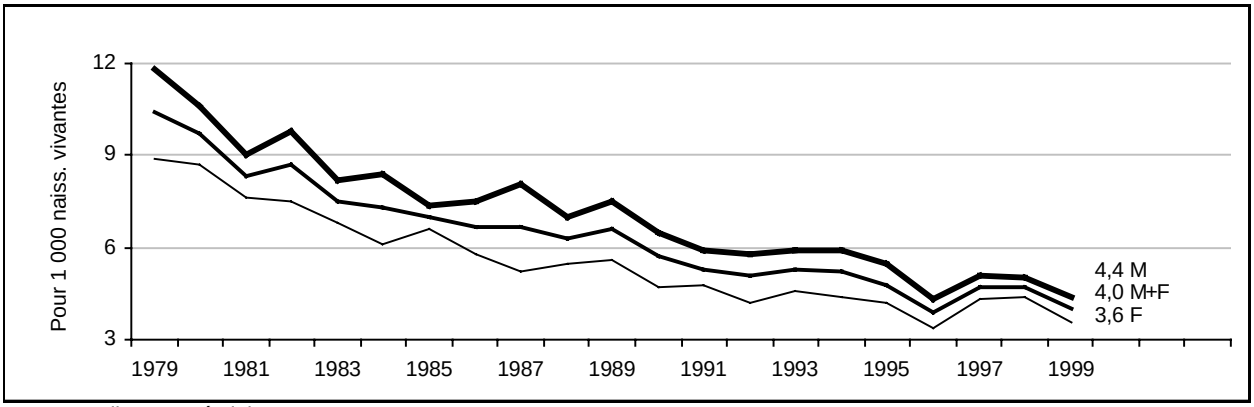
Le déclin de la mortalité infantile est en partie attribuable au recul de l'insuffisance de poids, mais il résulte essentiellement des efforts liés à la survie des enfants nés prématurément ou nés avec des malformations.

La mortalité liée à certaines anomalies congénitales est en baisse. Lorsqu'ils ont accès au diagnostic prénatal et à l'interruption volontaire de grossesse, plusieurs parents choisissent d'éviter de poursuivre une grossesse qui se solderait autrement par un décès infantile (réf. 5).

La plupart des causes traditionnelles de mortalité ayant été éliminées au Québec et dans la majorité des pays de l'OCDE, les décès survenant avant l'âge de 28 jours sont désormais généralement associés à des anomalies congénitales incompatibles avec la vie, à des affections liées à un problème de grossesse, à une complication du travail ou de l'accouchement, ou à un traumatisme lié à la naissance.

Les décès survenant entre l'âge de 28 jours et d'un an sont souvent d'origine environnementale. Dans plusieurs cas, ils sont liés au syndrome de mort subite du nourrisson, à certaines anomalies congénitales et aux accidents.

Figure 2.1.1 : **Évolution du taux de mortalité infantile selon le sexe, Québec, 1979 à 1999**

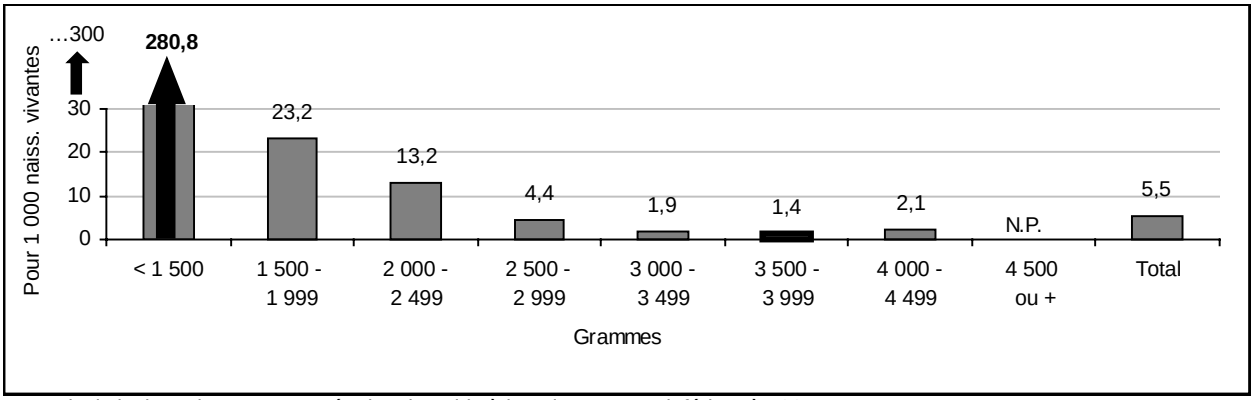


M = Masculin ; F = Féminin.
Sources : Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

En 1997-1998, au Québec, le taux de mortalité infantile était 200 fois plus élevé parmi les enfants dont le poids à la naissance était de moins de 1 500 grammes que parmi ceux dont le poids se situait entre 3 500 et 3 999 grammes (*cf*. figure 2.1.2).

En 1998, la moitié des décès dans le premier mois de vie est liée aux naissances de moins de 1 500 grammes. Deux décès sur trois surviennent parmi les enfants nés avant terme (réf. 2).

Figure 2.1.2 : **Taux de mortalité infantile selon le poids à la naissance, Québec, 1997-1998**



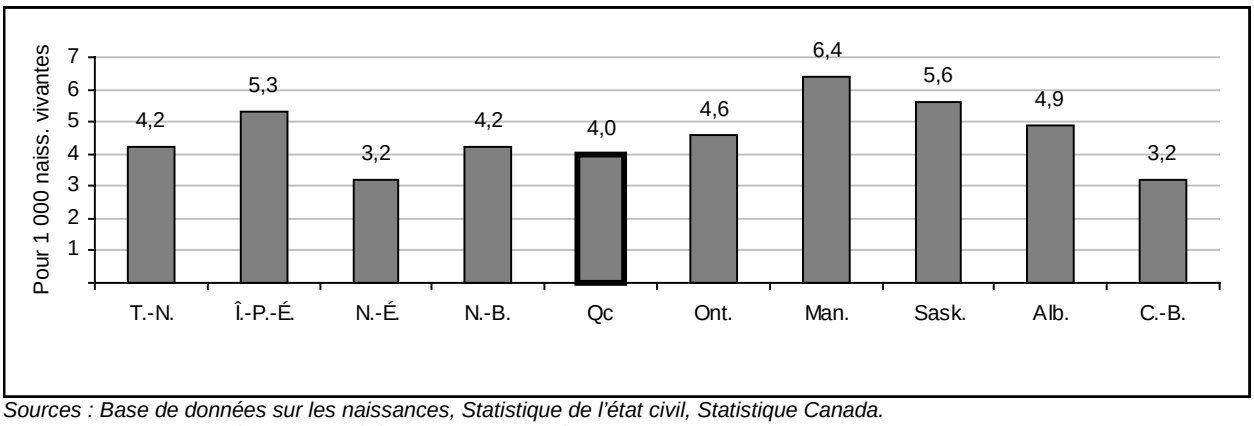
Les calculs incluent les nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 500 grammes.
N.P. : Non précisé (petits nombres).
Source : Louis Duchesne. La situation démographique au Québec, Bilan 2001, Institut de la Statistique du Québec.
MSSS, juillet 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Avec un taux de mortalité infantile de 4,0 décès pour 1 000 naissances vivantes, en 1999, le Québec occupe le 3e rang à l'échelle canadienne (*cf.* figure 2.1.3) ; la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont un taux de 3,2. Les sept autres ont un taux variant entre 4,2 et 6,4.

Comme les taux de mortalité infantile sont bas, ils affectent désormais un petit nombre d'enfants, et la position des provinces varie beaucoup d'une année à l'autre. Ceci dit, le Québec occupe traditionnellement une position enviable par rapport aux provinces.

Figure 2.1.3 : **Taux de mortalité infantile, Québec et provinces canadiennes, 1999**



Sources : Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Références

1. CHEN, J., M. FAIR, R. WILKINS et al. Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. Statistique Canada. Rapports sur la santé, automne 1998, vol. 10, no 2, pp. 57-69.

2. COMITÉ D'ENQUÊTE SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ PÉRINATALES. Rapport 1998. Montréal, Collège des médecins du Québec, février 2002, 32 p.

3. DUCHESNE, D., F. NAULT, H. GILMOUR et R. WILKINS. Recueil de statistiques de l'état civil 1996. Ottawa, Statistique Canada, 1999. 84–214-XPF.

4. DUCHESNE, L. La situation démographique au Québec, Bilan 2001. Québec, Institut de la Statistique du Québec, 2001.

5. LIU, S., K.S. JOSEPH, M. KRAMER et al. Relationship of Prenatal Diagnosis and Pregnancy Termination to Overall Infant mortality in Canada. JAMA, March 27, 2002 – vol. 87, no 2, pp. 561-67.

6. MONTREUIL, S. Mortalité fœto-infantile. Dans Le Québec comparé : Indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques. Québec, 1995, pp. 111-127.

7. SANTÉ CANADA. Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000. Ottawa, 2000, 152 p.

8. WILKINS, R., C. HOULE, J.-M. BERTHELOT et N. ROSS. Évolution de l'état de santé des enfants au Canada. ISUMA, automne 2000, pp. 52-59.

3. LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

FAITS SAILLANTS

Le taux d'insuffisance de poids à la naissance et le taux de prématurité

Au Québec, en 1961, 8,3 % des bébés québécois étaient de poids insuffisant. Depuis lors, les progrès du Québec sur ce chapitre lui ont permis d'améliorer sensiblement sa situation. L'insuffisance de poids à la naissance affecte 5,7 % des nouveau-nés, en 1999. La prématurité, quant à elle, est en hausse constante ; elle atteint 7,5 % des enfants nés en 1998, alors qu'elle était à 5,6 % en 1981.

À la naissance, les garçons ont généralement un poids plus élevé que les filles. Ainsi, l'insuffisance de poids à la naissance est plus fréquente chez les filles (6,3 % en 1999) que chez les garçons (5,1 %). Cette tendance est omniprésente depuis vingt ans, mais l'écart tend à se rétrécir.

L'augmentation de la fréquence de la prématurité parmi les naissances simples est en partie liée à la hausse de l'âge moyen des mères. En outre, la croissance de la consommation de cigarettes chez les adolescentes coïncide avec un taux plus élevé de naissances de faible poids chez les jeunes mères.

Les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont un risque plus élevé de donner naissance à un enfant prématuré (9,0 %, en 1998) ou de faible poids (8,2 %, en 1998) que celles qui ont complété au moins 16 ans de scolarité (6,0 % et 4,4 %, respectivement).

L'insuffisance de poids à la naissance est un problème plus aigu au Québec, en Ontario et en Alberta (taux se situant entre 5,7 % et 5,9 %, en 1999) que dans les autres provinces, où les taux varient entre 4,7 % et 5,4 %.

3.1 Le taux d'insuffisance de poids à la naissance et le taux de prématurité

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Les enfants nés prématurément ou avec un poids insuffisant courent un plus grand risque que les autres de décéder avant l'âge d'un an. Ils sont plus nombreux à souffrir d'un développement physique, moteur ou intellectuel limité, de troubles d'apprentissage ainsi que de problèmes respiratoires.

Les nouveau-nés de poids insuffisant sont ceux pesant moins de 2 500 grammes à la naissance, soit moins de cinq livres et demie. Les enfants prématurés naissent avant 37 semaines complètes de gestation, soit au moins trois semaines avant terme. Plusieurs enfants sont à la fois prématurés et de poids insuffisant.

L'insuffisance de poids à la naissance (IPN) et la prématurité sont fortement associées aux naissances multiples (jumeaux, triplés), à la conception assistée, ainsi qu'aux femmes ayant déjà eu un enfant mort-né. Elles sont plus fréquentes parmi les enfants dont la mère est fumeuse, est très jeune, est relativement âgée, ou est en mauvaise santé. Les risques croissent avec le cumul de plusieurs facteurs, comme c'est le cas de nombreuses mères peu scolarisées vivant dans la pauvreté. Les bébés souffrant d'une anomalie congénitale sont plus prédisposés à naître avec un poids de naissance insuffisant ou avant terme.

À ces facteurs de risque s'ajoutent, pour l'insuffisance de poids, la consommation d'alcool et de drogue, l'alimentation déficiente, la maigreur avant la grossesse et le fait d'avoir déjà donné naissance à un autre enfant de faible poids.

La prématurité est difficile à prévoir sur le plan individuel, et ses causes sont encore obscures. Le risque de naître prématurément est plus élevé lorsque la mère a déjà accouché prématurément, souffre d'une infection des voies génitales ou de certains problèmes de grossesse. On soupçonne aussi des liens avec le stress et la fatigue (ex. : conditions de travail difficiles).

Dans les pays de l'OCDE, ces dernières années, la proportion d'enfants de faible poids à la naissance est fort différente d'un pays à l'autre ; elle varie de 4 % à plus de 9 %. Les pays scandinaves se distinguent avec un taux d'environ 4 % en Suède et en Finlande, et inférieur à 5 % en Norvège et en Islande. Le Canada fait partie du second peloton et y fait bonne figure. À l'autre bout du spectre, le Mexique, la Hongrie, le Japon, les États-Unis et le Royaume-Uni connaissent des taux supérieurs à 7 % (réf. 3).

L'insuffisance de poids est souvent associée à la qualité de vie d'une société et à la répartition de la richesse qui y prévaut. Elle est habituellement plus élevée dans les quartiers urbains pauvres que dans les quartiers mieux nantis (réf. 5) ; cette situation a été observée au Québec, au Canada, ainsi que dans plusieurs pays de l'OCDE. Bien que plusieurs programmes de prévention soient offerts aux clientèles plus démunies, leur impact sur l'insuffisance de poids à la naissance et sur la prématurité est généralement modeste.

- ***Méthodologie***

Définition

Le taux d'insuffisance de poids à la naissance est le pourcentage des naissances vivantes (poids de naissance connu et supérieur à 500 grammes) pour lesquelles le poids à la naissance est inférieur à 2 500 grammes.

Le taux de prématurité est le pourcentage des naissances vivantes (durée de gestation connue et poids de naissance supérieur à 500 grammes) pour lesquelles la durée de gestation est inférieure à 37 semaines complètes.

Les taux sont présentés pour 100 naissances vivantes, c'est-à-dire pour les enfants ayant présenté au moins un signe de vie à la naissance. Les nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 500 grammes (environ une livre) sont exclus des calculs, leur déclaration n'étant pas uniforme partout. Les nouveau-nés dont le poids à la naissance ou la durée de gestation n'est pas précisé sont exclus du calcul de l'insuffisance de poids ou de celui de la prématurité. Les calculs en fonction du niveau de scolarité de la mère excluent également les dossiers pour lesquels cette variable n'est pas précisée.

Les données québécoises concernent les nouveau-nés dont la mère réside au Québec, que leur naissance ait eu lieu au Québec ou ailleurs. Sont ainsi inclus les bébés québécois nés dans un hôpital ontarien. Par contre, sont exclus les enfants nés au Québec, mais résidant ailleurs.

Source des données

Les données proviennent de la Base de données sur les naissances, de la Statistique de l'état civil, de Statistique Canada, pour l'évolution de l'IPN selon le sexe et pour l'IPN selon les provinces. Les données pour la prématurité, ainsi que les données selon le niveau de scolarité, sont issues du fichier des naissances du Québec, ISQ-MSSS. Ce sont les données de 1998, le Bureau du Registraire ontarien n'ayant fourni au Québec aucune donnée ayant trait aux naissances de Québécois en sol ontarien depuis cette date.

- ***La situation québécoise***

En 1999, 4 177 nouveau-nés québécois (5,7 %) avaient un poids de naissance insuffisant. En 1979, l'insuffisance de poids à la naissance touchait 6,4 % des nouveau-nés. Elle a reculé pendant les années 1980 pour connaître ensuite une décennie de stabilité relative (*cf.* figure 3.1.1).

En 1998, 5 640 enfants (7,5 %) sont nés prématurément. La prématurité suit une tendance à la hausse. Elle était de 5,6 % en 1981 et inférieure à 6 % avant 1984, pour franchir le cap des 7 % en 1995 (*cf.* figure 3.1.1). Avant 1986, il y avait une plus grande proportion de bébés de poids insuffisant que de prématurés. Depuis lors, on observe la situation inverse.

Les garçons ont généralement un poids à la naissance plus élevé que les fillettes. L'insuffisance de poids à la naissance est donc plus fréquente chez les filles (6,3 % en 1999) que chez les garçons (5,1 %), (*cf.* figure 3.1.1). Cette tendance est omniprésente depuis vingt ans, mais l'écart tend à se rétrécir.

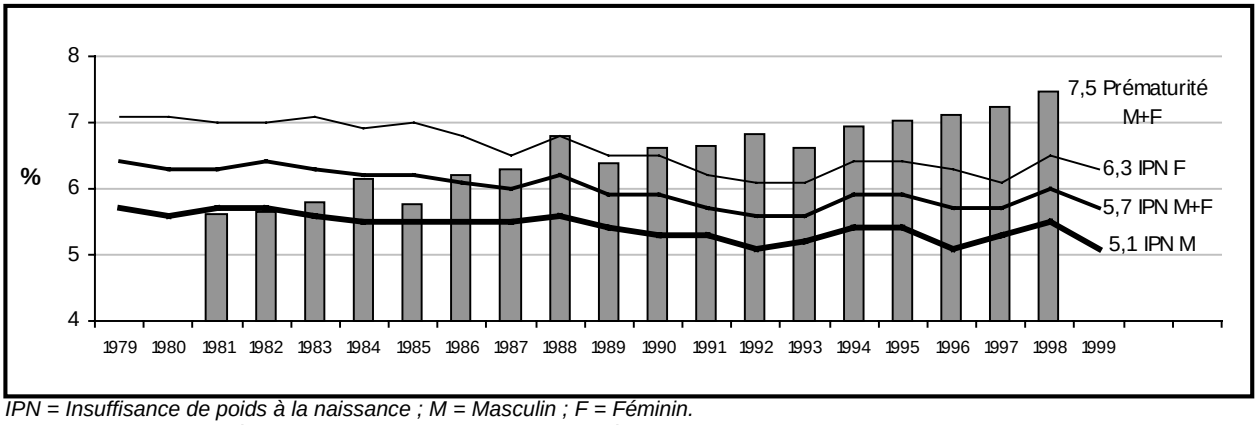
La hausse de la prématurité et la stabilité de l'insuffisance de poids, depuis le début des années 1990, sont attribuables à plusieurs facteurs. La proportion de jumeaux et de triplés augmente de façon importante, depuis 10 ans, parmi les mères de tout âge. Or, les jumeaux ont habituellement un poids plus faible que les autres. Une partie de l'augmentation de la gémellité est lié au choix des femmes d'avoir leurs enfants à un âge plus avancé, alors qu'elles sont plus à risque d'une grossesse gémellaire. Elle est aussi liée au recours plus fréquent aux techniques de fertilité (réf. 1).

Les médecins ont modifié leur pratique obstétricale face aux grossesses gémellaires, qui sont désormais de plus courte durée. Même pour les naissances simples, la prématurité est préférée au risque de mortinaissance.

L'augmentation de la fréquence de la prématurité parmi les naissances simples, est en partie liée à l'accroissement de l'âge moyen des mères.

Au Canada, l'augmentation de la consommation de cigarettes chez les adolescentes coïncide avec un taux plus élevé de naissances de faible poids parmi les jeunes mères (réf. 5).

Figure 3.1.1 : **Évolution du taux d'insuffisance de poids à la naissance selon le sexe et évolution du taux de prématurité, Québec, 1979 à 1999**

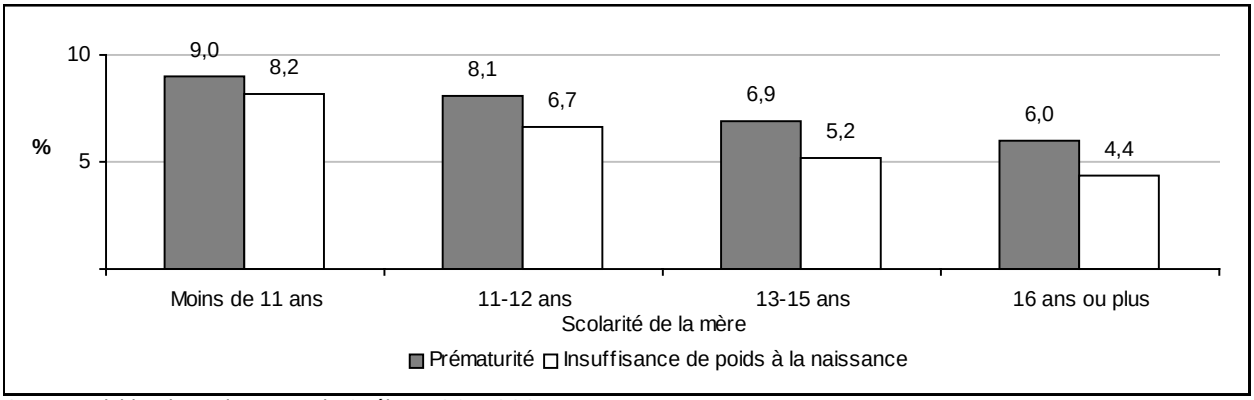


IPN = Insuffisance de poids à la naissance ; M = Masculin ; F = Féminin.
Sources : Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Fichier des naissances du Québec, ISQ-MSSS.
MSSS, juillet 2002.

Les enfants ne naissent pas égaux. La pauvreté est un facteur déterminant pour les naissances prématurées et de poids insuffisant, et elle peut être estimée par le niveau de scolarité de la mère. Moins la mère est scolarisée, plus elle aura du mal à rendre sa grossesse à terme et surtout à donner naissance à un bébé de poids adéquat.

Ainsi, en 1998, le risque de prématurité et d'insuffisance de poids est plus élevé pour les bébés dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (9,0 % et 8,2 %, respectivement) que pour ceux dont la mère a au moins 16 ans de scolarité (6,0 % et 4,4 %, respectivement), (*cf.* figure 3.1.2). Les femmes n'ayant pas complété leurs études secondaires ont presque deux fois plus de risque de donner naissance à un bébé de poids insuffisant que les femmes ayant 16 ans ou plus de scolarité (ayant complété 3 ans d'université, par exemple).

Figure 3.1.2 : **Taux de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance, selon le niveau de scolarité de la mère, Québec, 1998**

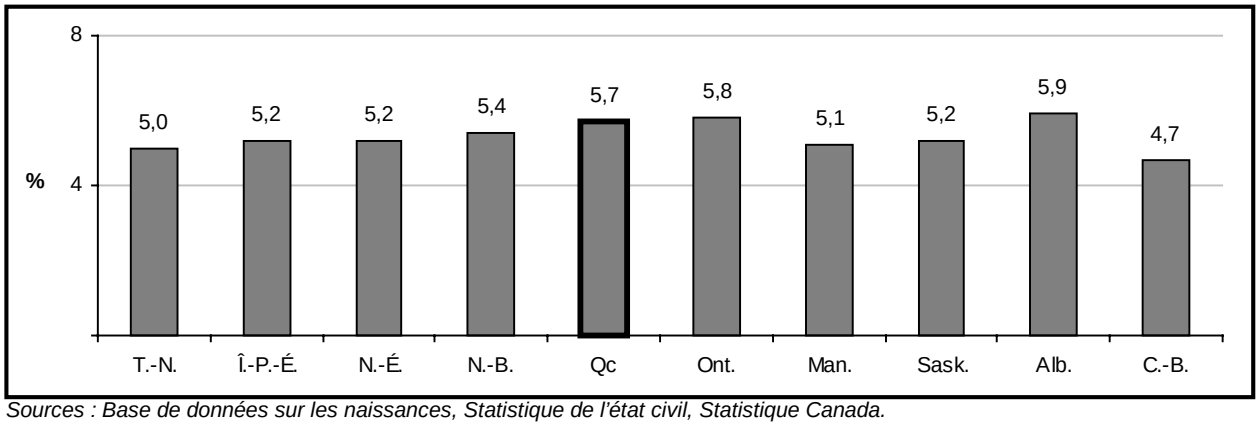


Source : Fichier des naissances du Québec, ISQ-MSSS.
MSSS, juillet 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Le Québec a, depuis au moins quarante ans, un taux d'insuffisance de poids à la naissance élevé par rapport aux provinces canadiennes. Ainsi, en 1961, 8,3 % des bébés québécois étaient de poids insuffisant contre 6,9 % des bébés ontariens. Depuis lors, le Québec a accompli suffisamment de progrès pour voir l'écart se rétrécir, au point de cotoyer, en 1999, l'Alberta (5,9 %) et l'Ontario (5,8 %), avec un taux de 5,7 %. Dans les autres provinces, les taux sont moins élevés et varient entre 4,7 % (Colombie-Britannique) et 5,4 % (Nouveau-Brunswick) (*cf.* figure 3.1.3). Des progrès sont donc encore possibles.

Figure 3.1.3 : **Taux d'insuffisance de poids à la naissance, Québec et provinces canadiennes, 1999**



Sources : Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Références

1. DUCHESNE, L. La situation démographique au Québec, Bilan 2001. Québec, Institut de la Statistique du Québec, 2001.

2. MONTREUIL, S. Insuffisance de poids à la naissance et prématurité. Dans *Le Québec comparé : Indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques.* Québec, 1995, pp. 45-56.

3. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. Données sur la santé de l'OCDE, 2001, CD-ROM.

4. TOUGH, SC., LW SVENSON, DW JOHNSTON et D SCHOPJLOCHER. Characteristics of Preterm Delivery and Low Birthweight among 113 994 Infants in Alberta : 1994-1996. Revue Canadienne de Santé publique, juillet-août 2001, vol. 92, n^{o} 4, pp. 276-280.

5. WILKINS, R. C. HOULE, J.-M. BERTHELOT et N. ROSS. Évolution de l'état de santé des enfants au Canada. ISUMA, automne 2000, pp. 52-59.

4. LA PERCEPTION DU NIVEAU DE SANTÉ

FAITS SAILLANTS

La proportion de la population déclarant posséder une excellente ou une très bonne santé

Entre 1994-1995 et 1998-1999, la proportion de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus qui considère sa santé comme très bonne ou excellente est demeurée relativement stable, autour de 64 %. Cependant, au cours des récentes années, la proportion a fléchi, passant de 65 % en 1998-1999 à 61 % en 2000-2001.

Actuellement, au Québec, 64 % des hommes et 59 % des femmes se déclarent en très bonne ou en excellente santé. Si on y inclut les personnes se considérant en bonne santé, on atteint des proportions de plus de 90 % et de près de 88 %, respectivement. Le pourcentage de personnes se percevant en très bonne ou en excellente santé est très lié à l'âge. Ainsi, 73 % des jeunes âgés de 12 à 19 ans ont cette perception, alors que la proportion diminue jusqu'à 36 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

À l'échelle canadienne, le Québec affiche l'un des plus faibles pourcentages de personnes déclarant souffrir d'une santé passable ou mauvaise, avec 11,1 %, juste derrière l'Alberta (10,5 %).

4.1 La proportion de la population déclarant posséder une excellente ou une très bonne santé

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

L'appréciation ou la perception que les personnes ont de leur santé est considérée comme un excellent indicateur de leur état de santé. De nombreuses études démontrent que cette mesure est associée aux différentes dimensions de la santé, entre autres, la présence ou non de problèmes de santé, la capacité fonctionnelle et la limitation des activités. Il existe aussi un lien entre la perception de l'état de santé et les comportements ou habitudes de vie favorables ou défavorables à la santé, et, dans une moindre mesure, entre cet indicateur et l'état de santé mentale ou sociale (réf. 1). Cela signifie que les gens possédant une bonne santé ou ayant des bonnes habitudes de vie ont tendance à percevoir leur santé positivement. À l'inverse, les personnes ayant des problèmes de santé ou des comportements considérés non bénéfiques pour la santé ont tendance à percevoir leur santé de façon négative. De plus, l'âge, la scolarité et le revenu semblent influencer la perception de l'état de santé, car ces mêmes caractéristiques peuvent agir sur l'état de santé d'un individu ou sur ses comportements de santé.

Les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (réf. 5), ainsi que celles de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (réf. 6), seront utilisées pour présenter la perception de l'état de santé de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus et pour permettre d'examiner son évolution depuis 1994-1995.

- ***Méthodologie***

Définition

On définit la perception ou l'auto-évaluation de l'état de santé comme la proportion de la population âgée de 12 ans ou plus se percevant en excellente ou en très bonne santé, par rapport à la population totale âgée de 12 ans ou plus vivant dans les ménages privés, multipliée par 100.

L'indicateur est mesuré par le biais d'une seule question qui se lit comme suit : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? ».

Source de données

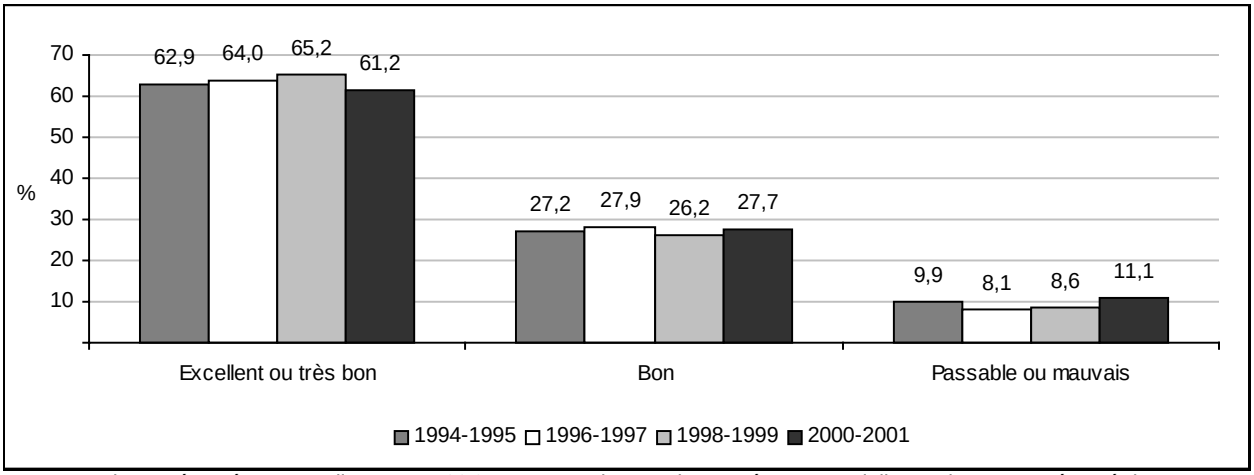
Les données permettant de calculer cet indicateur proviennent des questionnaires de deux enquêtes menées auprès des ménages privés par Statistique Canada, soit l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP), les cycles 1, 2 et 3 (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999), et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), le cycle 1 (2000-2001). La population vivant dans les réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de la population cible. Des données de ces deux enquêtes sont disponibles sur le site de Statistique Canada. De plus, des renseignements additionnels sur les aspects méthodologiques de l'ENSP et de l'ESCC sont présentés dans l'annexe technique (*cf.* annexe 1) du rapport.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette section sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %. Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité, quand ils sont mentionnés dans le texte, et à une décimale dans les tableaux et les figures.

- ***La situation québécoise***

Entre 1994-1995 et 1998-1999, la proportion (%) de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus qui évalue sa santé comme excellente ou très bonne est demeurée sensiblement la même, variant entre 63 % et 65 % (*cf.* figure 4.1.1). Cependant, entre 1998-1999 et 2000-2001, le pourcentage a diminué, passant de 65 % à 61 %. Pendant cette même période, aucune variation significative n'a été constatée pour les personnes qualifiant leur santé de bonne. Par conséquent, la proportion de personnes qui considèrent leur santé comme passable ou mauvaise a augmenté, passant de 9 %, en 1998-1999, à 11 %, en 2000-2001.

Figure 4.1.1 : **Perception de l'état de santé, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001**



Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % parce que le taux de non-réponse partielle, quoique non présenté dans ce graphique, n'a pas été exclu des calculs de proportions de chacune des catégories de réponse.
Sources : Enquête nationale sur la santé de population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Les variations constatées sont attribuables principalement aux personnes âgées de 45 à 64 ans qui, en 2000-2001, ont évalué leur santé moins favorablement qu'en 1998-1999. En fait, entre 1998-1999 et 2000-2001, la proportion de personnes de ce groupe d'âge se considérant en excellente ou en très bonne santé est passée de 62 % à 55 %, et la proportion de personnes qualifiant leur santé de passable ou de mauvaise est passée de 11 % à 15 % (données non présentées). La baisse du pourcentage observée pour la catégorie « excellente ou très bonne santé » était plus marquée chez les hommes (65 % à 56 %) âgés de 45 à 64 ans que chez les femmes (60 % à 54 %) du même groupe d'âge (données non présentées).

Lorsque l'on se penche sur les données de l'année la plus récente, soit 2000-2001, on remarque que proportionnellement plus d'hommes que de femmes se considèrent en excellente ou en très bonne santé (64 % contre 59 %) (*cf.* tableau 4.1.1). En contrepartie, plus de femmes que d'hommes, en proportion, évaluent leur santé comme étant passable ou mauvaise (13 % contre 10 %). Par ailleurs, la proportion de personnes qui se considèrent en excellente ou en très bonne santé diminue avec l'âge, passant de 73 % et 75 % chez le groupe des 12 à 19 ans et chez celui des 20 à 34 ans, respectivement, à 36 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Inversement, la proportion de personnes qui évaluent leur santé comme étant passable ou mauvaise augmente avec l'âge, passant de 4 % chez le groupe des 12 à 19 ans et chez celui des 20 à 34 ans, à 27 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les

personnes âgées de 65 ans ou plus se démarquent de celles des autres groupes d'âge puisqu'une plus faible proportion d'entre elles se considèrent en excellente ou en très bonne santé et une plus forte proportion estime que son état de santé est passable ou mauvais.

Tableau 4.1.1 : **Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2000-2001**

Sexe/âge	Excellent ou très bon (%)	Bon (%)	Passable ou mauvais (%)
Hommes	63,5	26,8	9,6
Femmes	58,9	28,6	12,5
Sexes réunis			
12-19 ans	72,8	23,0	4,2
20-34 ans	74,5	21,4	4,0
35-44 ans	66,1	26,6	7,3
45-64 ans	54,6	30,9	14,5
65 ans ou plus	36,1	37,0	26,9
Total	**61,2**	**27,7**	**11,1**

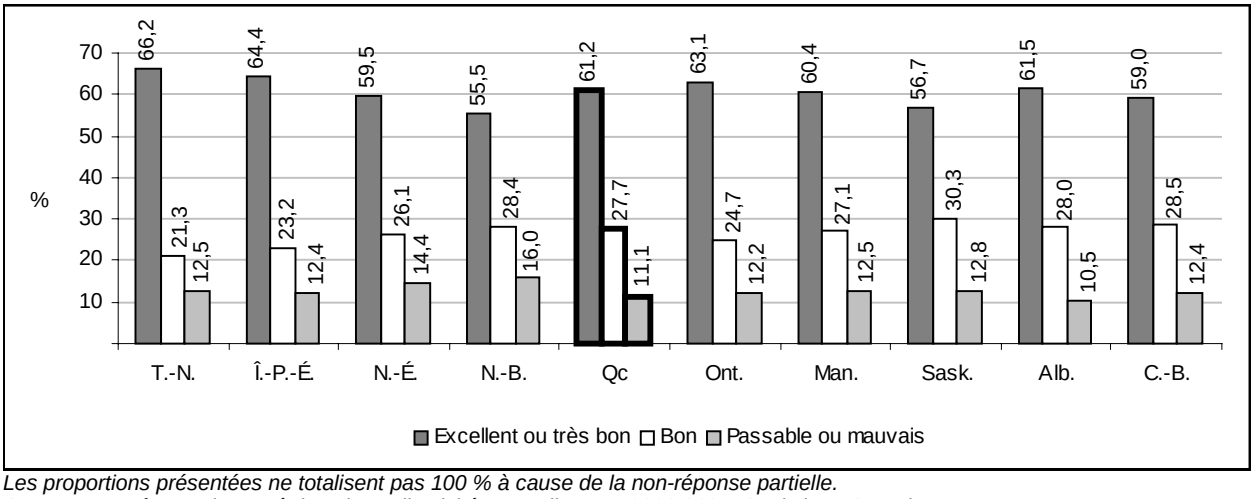
Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Ces résultats démontrent que la grande majorité de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus, soit près de neuf personnes sur dix, évalue son état de santé comme excellent ou très bon (61 %) ou bon (28 %). Seulement une personne sur dix considère sa santé comme passable ou mauvaise (11 %). Le mouvement vers une perception d'une moins bonne santé depuis 1998-1999, particulièrement chez les personnes âgée de 45 à 64 ans, et surtout chez les hommes de ce groupe d'âge, mérite toutefois d'être exploré. Il devrait être mis en relation avec l'évolution d'autres données de santé provenant de l'ENSP de 1998-1999 et de l'ESCC de 2000-2001, comme celles sur les problèmes de santé physique ou mentale, les limitations d'activités ou les habitudes de vie. Une analyse incluant l'évolution des données socio-économiques (ex. : scolarité, revenu, etc.) pourrait également être réalisée. Enfin, il serait important de vérifier les mêmes relations chez les femmes, puisque ces dernières évaluent leur santé comme étant moins bonne que celle des hommes.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Une analyse des données interprovinciales sur la population âgée de 12 ans ou plus révèle que le Québec (61 %) a le même profil que trois provinces (60 % à 62 %), avec des pourcentages semblables de personnes qui perçoivent leur état de santé comme étant excellent ou très bon, soit environ six personnes sur dix (*cf.* figure 4.1.2). Trois provinces affichent des pourcentages plus élevés (63 % à 66 %) que celui constaté pour le Québec et trois autres provinces, des pourcentages plus bas (56 % à 59 %).

Figure 4.1.2 : **Perception de l'état de santé, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**



Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. ISQ, juin 2002.

Ainsi, au plan canadien, le Québec occupe un rang médian en ce qui concerne une santé perçue comme excellente ou très bonne. Par ailleurs, l'analyse interprovinciale révèle que le Québec (11 %) se situe au même niveau que deux provinces (11 % et 12 %) avec les plus bas pourcentages pour ce qui est d'une santé perçue comme passable ou mauvaise.

On sait qu'il existe des inégalités d'une province à l'autre, soit en matière de revenu ou de scolarité (réf. 3) ou en matière de santé (réf. 4). On sait également que la perception de l'état de santé se détériore selon l'âge tout comme l'état de santé actuel (réf. 1 et 2). Il serait donc utile d'examiner les différences observées selon les variables liées à cet indicateur, soit l'âge, les facteurs socio-économiques et certains indicateurs de santé et de recours aux soins et services.

Références

1. LEVASSEUR, M. (2000). « Perception de l'état de santé » dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12.

2. LEVASSEUR, M. et L. GOULET (2000). « Problèmes de santé » dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 13.

3. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2001). *Portrait social du Québec : Données et analyses, Édition 2001*, Collection les conditions de vie, Québec, pp. 176-203 et 315-337.

4. RAPPORTS SUR LA SANTÉ (1999). Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé ; hiver, volume 11, no 3, Ottawa.

5. STATISTIQUE CANADA (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, no 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête nationale sur la santé de la population,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

6. STATISTIQUE CANADA (2000-2001 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, n^{o} 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* Adresse URL : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

5. LES CHANGEMENTS AFFECTANT L'ESPÉRANCE DE VIE

FAITS SAILLANTS

Le taux ajusté de mortalité selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectun, infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral

Au Québec, en 1998, 54 000 personnes sont décédées, soit un taux ajusté (selon l'âge) de mortalité de 705 décès pour 100 000 personnes ; depuis plus de 20 ans, ce taux ne cesse de décroître, bien que plus légèrement ces dernières années.

Tant chez les femmes que chez les hommes, selon les chiffres de 1999, l'infarctus aigu du myocarde (49,7 décès pour 100 000 femmes et 99,3 pour 100 000 hommes) est encore, malgré un recul évident (plus de 50 % depuis 20 ans), la toute première cause de mortalité, au Québec.

Parmi les causes de mortalité les plus importantes, le cancer du poumon est en forte croissance chez les femmes, avec un taux ajusté de mortalité qui a plus que doublé depuis 1980 (de 15,5 à 36,7 décès pour 100 000 femmes, en 1999). Chez les hommes, après une augmentation jusqu'à la fin des années 1980, il est en légère régression depuis.

Le taux ajusté de mortalité due au cancer du côlon-rectum, quant à lui, est demeuré relativement stable au cours des deux dernières décennies, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes.

Depuis le début des années 1990, les taux ajustés de mortalité due au cancer de la prostate et à celui du sein sont en recul, au Québec.

À l'échelle canadienne, le Québec montre les plus faibles taux ajustés de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes. Par contre, en ce qui concerne l'infarctus aigu du myocarde, ses taux sont parmi les plus élevés, quel que soit le sexe. Pour ce qui est des cancers du poumon et du côlon-rectum, chez les deux sexes, les taux québécois sont également parmi les plus élevés au Canada. Si le Québec se situe au milieu du peloton, en ce qui regarde le taux ajusté de mortalité due au cancer du sein, il affiche cependant l'un des plus faibles pour ce qui est de la mortalité due au cancer de la prostate.

La probabilité de survie relative après cinq ans pour les cas de cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum

La survie au cancer varie énormément en fonction du type de cancer et de l'âge de la personne affectée au moment du diagnostic. Au Québec, la probabilité de survie relative au cancer cinq ans après le premier diagnostic, ajusté selon l'âge, est de 17 % pour le cancer du poumon et de 53 % pour celui du côlon-rectum. En ce qui concerne le cancer du sein, la probabilité de survie après cinq ans se situe à 79 %, tout comme pour celui de la prostate.

En 1992, 83 % des cas de cancer du sein ont été diagnostiqués chez des femmes âgées de 40 à 79 ans ; cinq ans plus tard, leur probabilité de survie relative se situait entre 78 et 83 %. À la même époque, plus de 90 % des cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués chez des hommes âgés de 55 à 84 ans. Ceux âgés entre 55 et 74 ans montraient une probabilité de survie variant entre 86 et 88 %, alors qu'un peu plus de 70 % de ceux âgés entre 75 et 84 ans avaient survécu au moins cinq ans à leur cancer.

Tant chez les femmes que chez les hommes, plus de la moitié des cas de cancer du poumon diagnostiqués le sont chez des personnes âgées entre 50 et 69 ans. Si les hommes de ce groupe d'âge ont une probabilité de survie après cinq ans de 18 %, celle observée chez les femmes est un peu supérieure à 21 %. Environ 60 % des personnes qui

se sont vues diagnostiquer un cancer du côlon-rectum, en 1992, étaient âgées de 60 à 79 ans. Entre 54 et 55 % des hommes et de 51 à 53 % des femmes avaient survécu à leur cancer après cinq ans.

Dans l'ensemble canadien, le Québec montre une probabilité supérieure de survie relative après cinq ans, en ce qui concerne le cancer du poumon chez les hommes, et il occupe le 2e rang en ce qui regarde celui diagnostiqué chez les femmes. Par contre, la probabilité de survie au cancer du côlon-rectum se situe parmi les plus faibles, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes.

5.1 Le taux ajusté de mortalité selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

En 1998, près de 54 000 personnes sont décédées au Québec, soit un taux de mortalité de 705,1 décès pour 100 000 personnes. Ce taux n'a cessé de diminuer depuis les vingt dernières années. Cette diminution est attribuable surtout aux gains réalisés par rapport à la mortalité infantile et à la mortalité aux âges avancés, contribuant ainsi à l'augmentation de l'espérance de vie (réf. 1). En 1998, au Québec, l'espérance de vie à la naissance des femmes a atteint 81,3 ans comparativement à 79,9 ans en 1987, alors que celle des hommes était respectivement de 75,3 ans et de 72,3 ans (réf. 2).

Les principales causes de mortalité dans l'ensemble de la population sont : les maladies cardiovasculaires, notamment l'infarctus aigu du myocarde et l'accident vasculaire cérébral ; les cancers ; et les traumatismes. Les tendances dans les taux ajustés de mortalité selon l'âge, suivant l'une ou l'autre de ces catégories de maladies, peuvent indiquer le succès à long terme des efforts consentis, au Québec, pour diminuer les décès causés par ces maladies. Des taux de mortalité plus bas indiquent la réussite de la prévention, de la détection et du traitement du cancer ou des maladies cardiovasculaires, ou des efforts de prévention des blessures et de leur traitement (réf. 3).

- ***Méthodologie***

Définition

Le taux ajusté de mortalité correspond au nombre de décès attribuables à une cause donnée pour 100 000 personnes qu'on aurait relevé dans une population de référence (population canadienne de 1991), si les taux par âge réels observés dans la population donnée avaient prévalu dans la population de référence. La distribution de l'âge étant différente d'une population à une autre, il est donc nécessaire de contrôler l'âge, si on veut rendre valide la comparaison. Dans cette analyse-ci, le taux ajusté est synonyme de taux comparatif. Les causes de mortalité étudiées sont : l'infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque), l'accident vasculaire cérébral, le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer du côlon-rectum et le cancer de la prostate.

Sources de données

Les données de décès utilisées pour le Québec proviennent de la Base de données sur les décès, de la Statistique de l'état civil, de Statistique Canada, et sont généralement complètes et précises. Les décès sont identifiés à partir de la cause initiale du décès. Les certificats de décès constituent la base de toutes les statistiques sur la mortalité et les données sont compilées par l'Institut de la statistique du Québec. Les causes de décès ont été définies à partir de la neuvième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-9) établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (*cf*. annexe 1). Les effectifs de la population utilisés au dénominateur, dans le calcul des différents taux de mortalité, proviennent des données des recensements canadiens produits par Statistique Canada.

- ***La situation québécoise***

Principales causes de mortalité

Au Québec, en 1999, tant chez les hommes que chez les femmes, la mortalité était attribuable, par ordre d'importance, à l'infarctus aigu du myocarde, au cancer du poumon et à l'accident vasculaire cérébral (*cf*. tableau 5.1.1). Par ailleurs, on constate que les hommes meurent davantage des suites de ces maladies que les femmes, mais l'écart entre les deux sexes diminue (*cf*. tableau 5.1.1).

En ce qui concerne les autres causes de mortalité, on peut observer que, chez l'homme, le cancer du côlon-rectum représente la quatrième cause de mortalité au Québec, en 1999, suivi du cancer de la prostate (*cf.* tableau 5.1.1). Par contre, chez les femmes, la quatrième cause de mortalité était attribuable au cancer du sein, suivi du cancer du côlon-rectum (*cf*. tableau 5.1.1).

Évolution de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires

Bien que les maladies cardiovasculaires représentent la cause première de mortalité au Québec, on constate, tant chez les hommes que chez les femmes, que les taux de mortalité attribuable à l'infarctus aigu du myocarde et à l'accident vasculaire cérébral ont diminué de 1980 à 1999 (*cf*. figures 5.1.1 et 5.1.2).

De fait, en ce qui concerne l'infarctus aigu du myocarde, le taux de mortalité chez les hommes était de 217,7 décès pour 100 000, en 1980, contre 99,3 en 1999 (en baisse de 54,4 %). Chez les femmes, le taux de mortalité était de 102,4 décès pour 100 000, contre 49,7 en 1999 (en baisse de 51,5 %) (*cf*. tableau 5.1.1).

Quant à l'accident vasculaire cérébral chez les hommes, les taux observés étaient respectivement de 67,3 et de 36,7 décès pour 100 000 (en baisse de 45,5 %). Chez les femmes, les taux observés étaient respectivement de 55,8 et de 31,5 décès pour 100 000 (en baisse de 43,5 %) (*cf*. tableau 5.1.1).

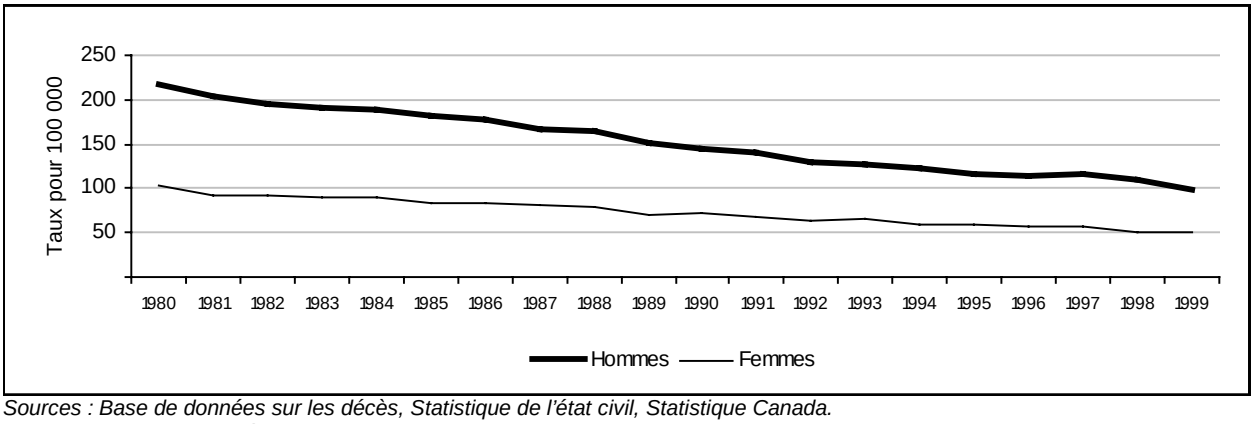
Malgré la baisse de la mortalité, les maladies cardiovasculaires sont beaucoup trop répandues dans notre société, et ce, même si des progrès ont été réalisés quand à leurs effets sur la santé. Chaque année, de plus en plus de gens survivent à une maladie cardiovasculaire. En fait, les décès reliés à l'infarctus aigu du myocarde ont diminué de moitié depuis 1980, autant chez les hommes que chez les femmes (*cf*. tableau 5.1.1). Cette diminution est plus importante que celle observée pour l'accident vasculaire cérébral, et ce, chez les deux sexes (*cf*. tableau 5.1.1). La médecine d'aujourd'hui connaît beaucoup mieux les mécanismes de ces maladies. De même, des progrès majeurs ont été réalisés dans les domaines de la prévention, du diagnostic, du traitement, de la réadaptation et des thérapies de récupération fonctionnelle. Tous ces éléments combinés comptent pour une bonne partie dans l'amélioration remarquable du taux de survie à cette maladie (réf. 4).

Tableau 5.1.1 : **Taux ajusté de mortalité selon la cause et le sexe, Québec, 1980 et 1999**

Cause	Taux pour 100 000 personnes				Variation de 1980 à 1999	
	Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
	1980	1999	1980	1999	(%)	(%)
Infarctus aigu du myocarde	217,7	99,3	102,4	49,7	-54,4	-51,5
Accident vasculaire cérébral	67,3	36,7	55,8	31,5	-45,5	-43,5
Cancer du poumon	86,6	93,9	15,5	36,7	8,4	136,8
Cancer côlon-rectum	29,7	31,3	22,7	19,0	5,4	-16,3
Cancer de la prostate	27,9	26,0	s.o.	s.o.	-6,8	s.o.
Cancer du sein	s.o.	s.o.	31,2	26,0	s.o.	-16,7

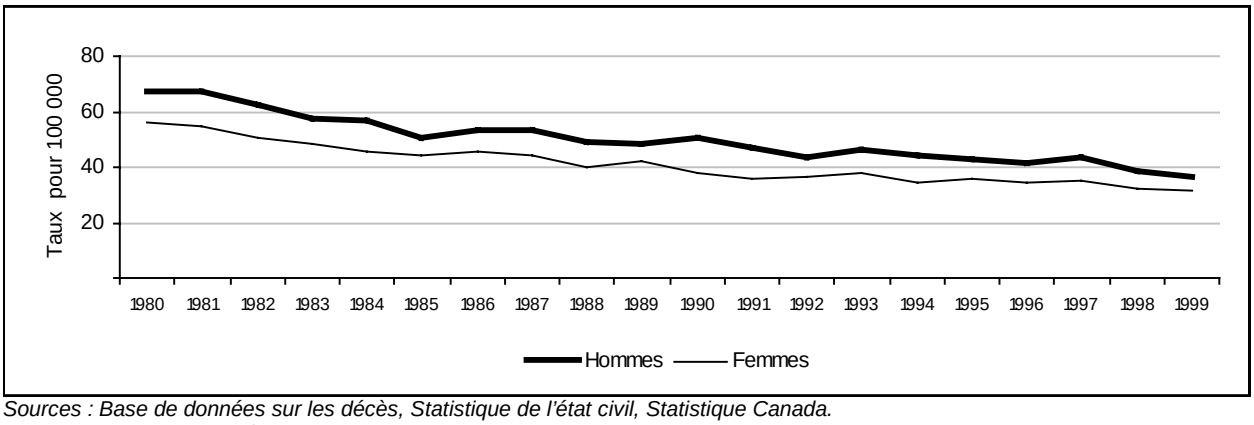
s.o. : sans objet.
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 5.1.1 : **Évolution du taux ajusté de mortalité due à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 5.1.2 : **Évolution du taux ajusté de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Évolution de la mortalité due au cancer

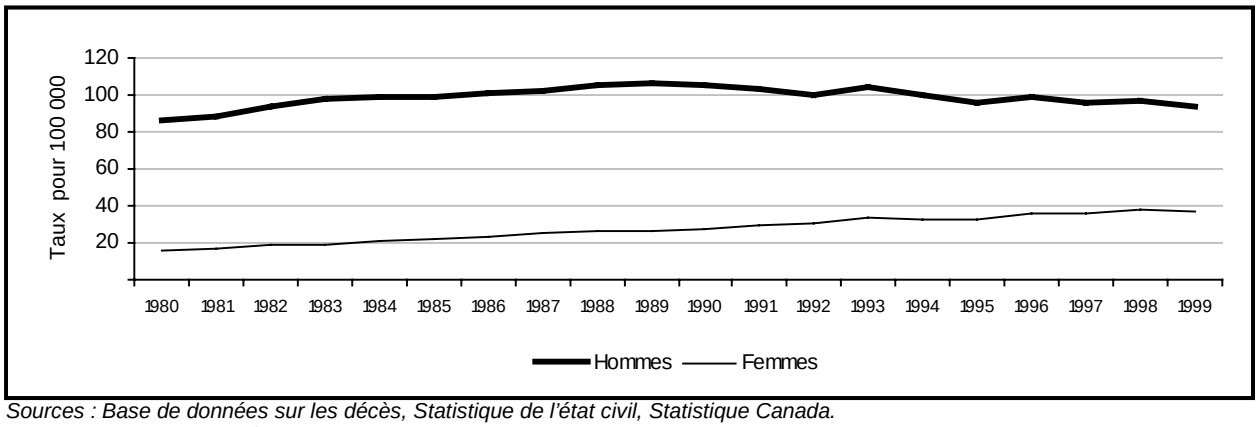
De 1980 à 1999, on constate qu'au Québec, la mortalité attribuable au cancer du poumon a augmenté, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes, (*cf*. figure 5.1.3). Chez les hommes, le taux de mortalité due au cancer du poumon était de 86,6 décès pour 100 000, en 1980, contre 93,9 en 1999, alors que chez les femmes, il était respectivement de 15,5 décès et de 36,7 décès pour 100 000 (*cf*. tableau 5.1.1). Cette augmentation est nettement plus importante chez les femmes (en hausse de 136,8 %) que celle observée chez les hommes (en hausse de 8,4 %) (*cf*. tableau 5.1.1). Chez les hommes, les taux de mortalité due à ce cancer ont plafonné à la fin des années 1980 pour diminuer régulièrement par la suite, situation qui reflète le déclin de l'usage du tabac amorcé au milieu des années 1960, chez les hommes. Chez les femmes, la lente baisse du taux du tabagisme n'a débuté qu'au milieu des années 1970 ; les bienfaits en termes de diminution des taux de mortalité due au cancer du poumon tardent donc à se manifester (réf. 5).

Pour la mortalité attribuable au cancer du côlon-rectum, on observe chez les hommes, une très légère augmentation des taux, de 1980 à 1999, soit des taux observés respectifs de 29,7 et de 31,3 décès pour 100 000 (en hausse de 5,4 %) (*cf*. tableau 5.1.1 et figure 5.1.4). Toutefois, chez les femmes, on observe pour ce type de cancer, une légère diminution des taux de mortalité, de 1980 à 1999, soit des taux observés respectifs de 22,7 et de 19,0 décès pour 100 000 (en baisse de 16,3 %) (*cf*. tableau 5.1.1 et figure 5.1.4). Toutefois, les raisons de cette baisse ne sont pas bien comprises. Selon certaines données, la baisse des taux de mortalité due au cancer du côlon-rectum, chez les femmes, pourraient s'expliquer en partie par le dépistage occasionnel de plus en plus répandu ou par des changements au plan du mode de vie, notamment en ce qui concerne le régime alimentaire (réf. 6).

Quant à la mortalité attribuable au cancer de la prostate, on observe une légère diminution des taux, de 1980 à 1999, soit des taux observés respectifs de 27,9 et de 26,0 décès pour 100 000 hommes (en baisse de 6,8 %) (*cf*. tableau 5.1.1 et figure 5.1.5). Cette diminution pourrait être attribuable à un meilleur traitement de la maladie. L'impact qu'aurait eu le dépistage précoce par le recours au test de l'antigène prostatique spécifique (APS) demeure sujet à controverse (réf. 7).

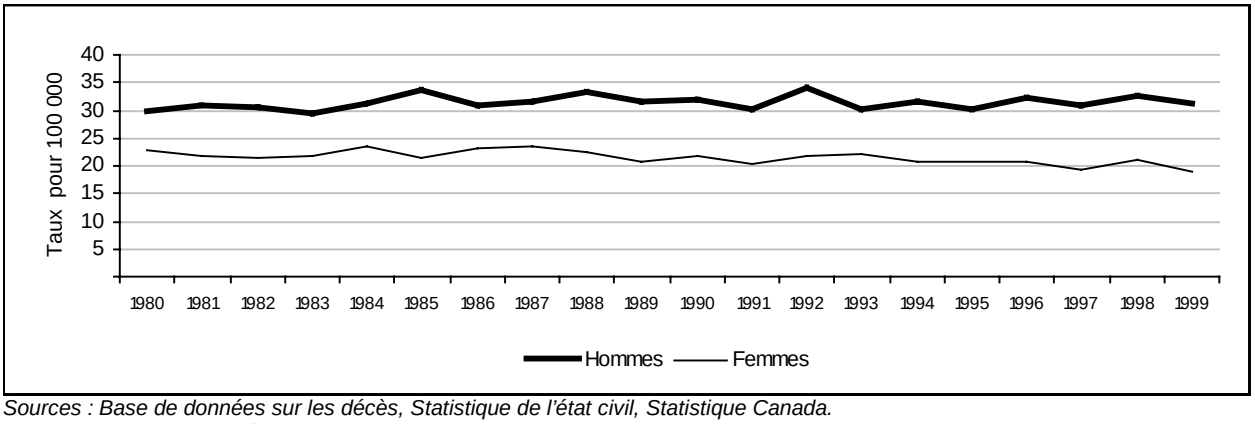
Pour la mortalité attribuable au cancer du sein, on observe une diminution des taux, de 1980 à 1999, soit des taux observés respectifs de 31,2 et de 26,0 décès pour 100 000 femmes (en baisse de 16,7 %) (*cf*. tableau 5.1.1 et figure 5.1.5). Cette tendance à la baisse concorde avec la fréquence croissante de la mammographie, depuis le début des années 1980, et avec une efficacité accrue des traitements (réf. 7).

Figure 5.1.3 : **Évolution du taux ajusté de mortalité due au cancer du poumon, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999**



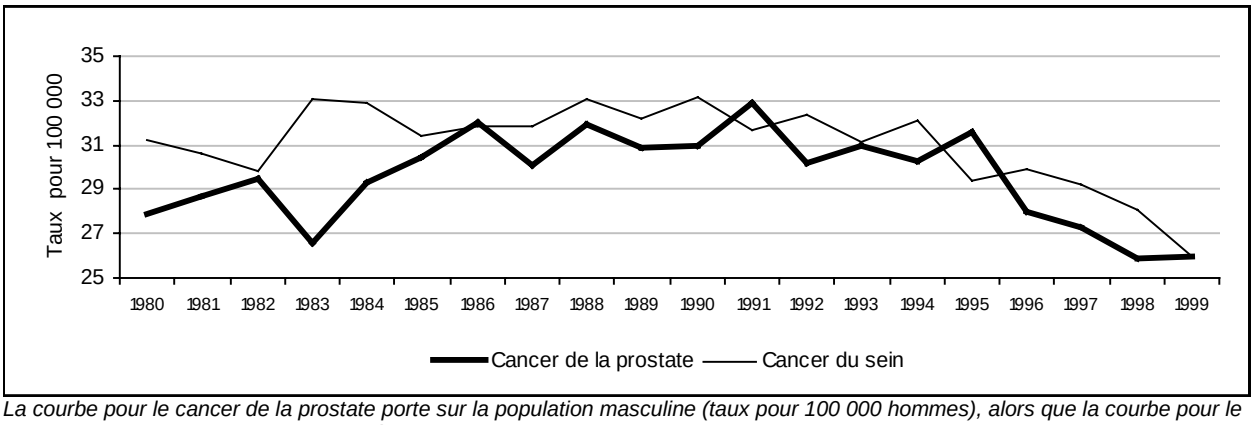
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 5.1.4 : **Évolution du taux ajusté de mortalité due au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 5.1.5 : **Évolution du taux ajusté de mortalité due au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec, 1980 à 1999**



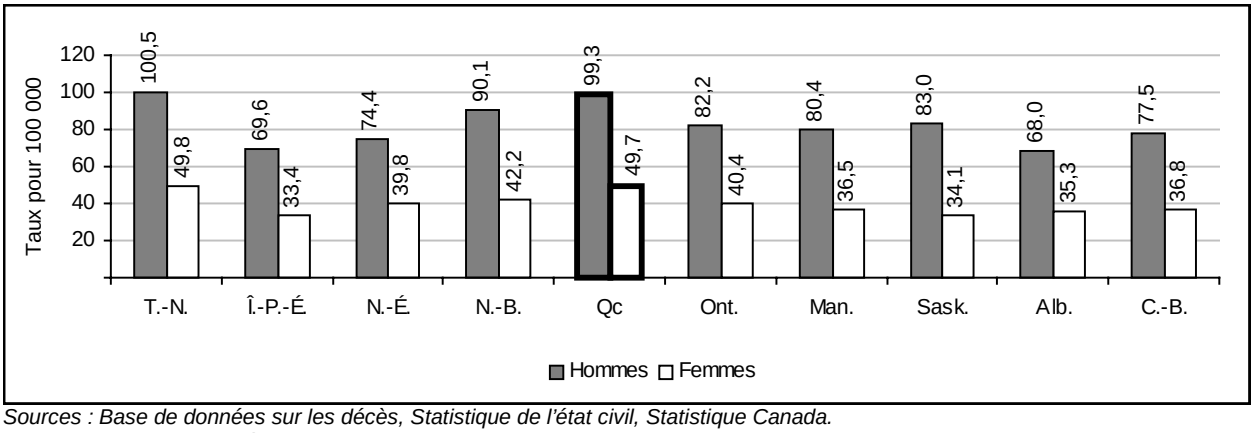
La courbe pour le cancer de la prostate porte sur la population masculine (taux pour 100 000 hommes), alors que la courbe pour le cancer du sein porte sur la population féminine (taux pour 100 000 femmes).
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

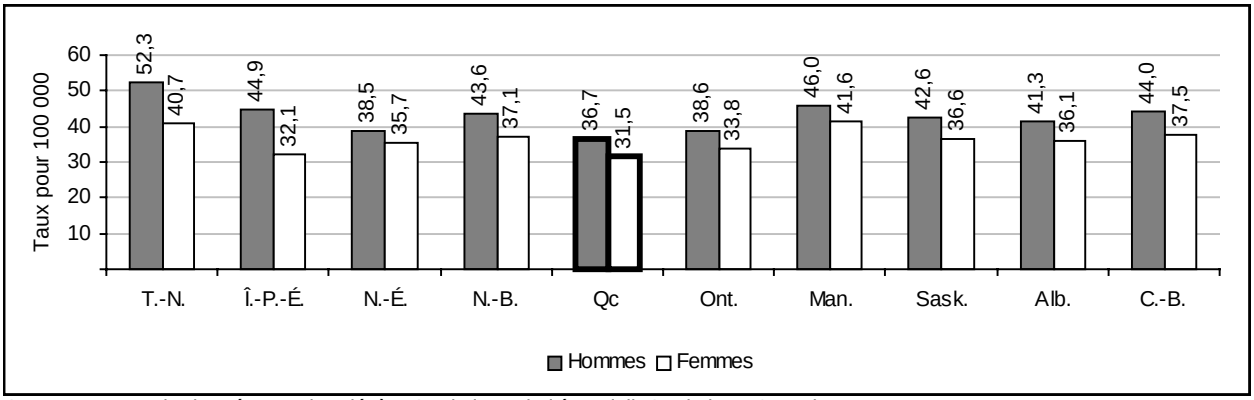
En 1999, parmi les provinces canadiennes, le Québec affiche l'un des taux les plus élevés pour la mortalité attribuable à l'infarctus aigu du myocarde, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes, avec des taux observés respectifs de 99,3 et de 49,7 décès par 100 000 personnes (*cf.* figure 5.1.6). Soulignons qu'il s'agit d'une maladie fortement influencée par les habitudes de vie. Par contre, pour la mortalité attribuable à un accident vasculaire cérébral, le Québec affiche le taux le plus faible, tant chez les hommes que chez les femmes, avec des taux observés respectifs de 36,7 et de 31,5 décès pour 100 000 personnes (*cf*. figure 5.1.7).

Figure 5.1.6 : **Taux ajusté de mortalité due à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 5.1.7 : **Taux ajusté de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



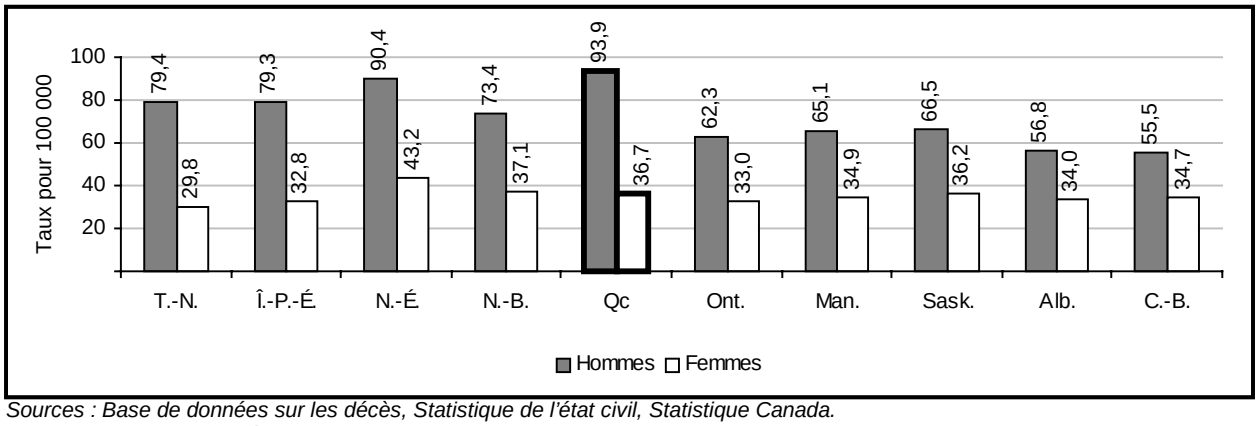
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Mortalité due au cancer

En 1999, le Québec affiche, au plan canadien, les taux de mortalité les plus élevés chez les hommes, pour le cancer du poumon et le cancer du côlon-rectum, avec des taux respectifs de 93,9 et de 31,3 décès pour 100 000 *(cf*. figures 5.1.8 et 5.1.9). Par ailleurs, chez les femmes, le Québec présente le 3^{e} taux le plus élevé pour le cancer du poumon, soit un taux de 36,7 décès pour 100 000. Ce résultat est le reflet d'une consommation élevée de tabac. Quant au cancer du côlon-rectum, chez les femmes, le Québec affiche le taux le plus élevé à l'échelle canadienne, soit un taux de 19,0 décès pour 100 000 (*cf*. figure 5.1.9)

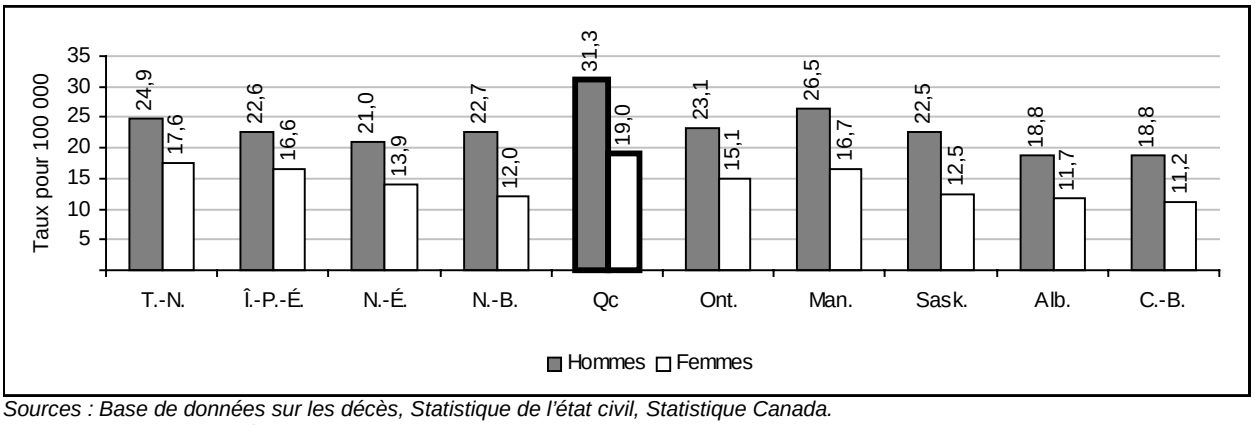
En ce qui concerne les décès attribuables au cancer de la prostate, en 1999, le Québec présente l'un des taux de mortalité parmi les plus bas, soit un taux observé de 26,0 décès pour 100 000 hommes (*cf*. figure 5.1.10). Par ailleurs, la même année, sur le chapitre des décès attribuables au cancer du sein, le Québec se situe au milieu du peloton, avec un taux de 26,0 décès pour 100 000 femmes (*cf*. figure 5.1.10).

Figure 5.1.8 : **Taux ajusté de mortalité due au cancer du poumon, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



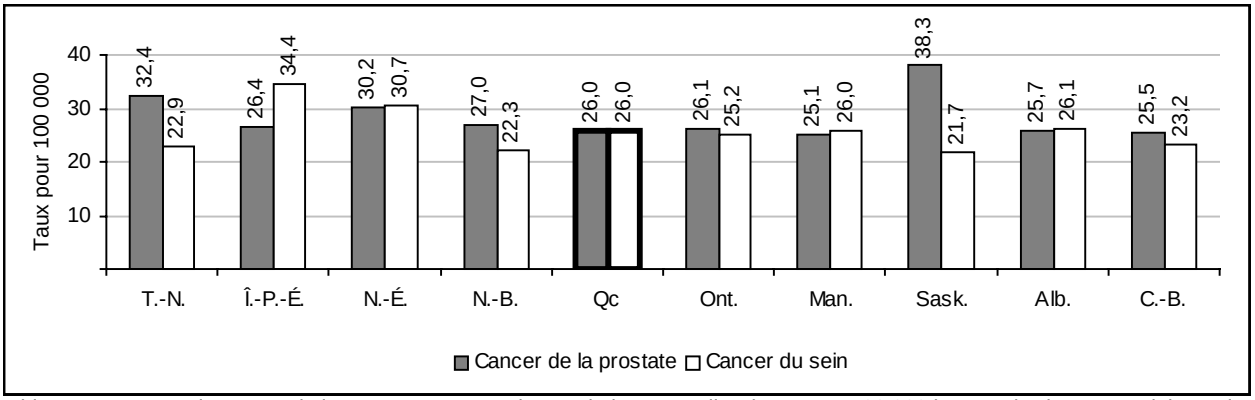
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 5.1.9 : **Taux ajusté de mortalité due au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 5.1.10 : **Taux ajusté de mortalité due au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec et provinces canadiennes, 1999**



L'histogramme pour le cancer de la prostate porte sur la population masculine (taux pour 100 000 hommes), alors que celui pour le cancer du sein porte sur la population féminine (taux pour 100 000 femmes).
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Références

1. BUREAU DE LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1997-1998*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2001, pp. 4-7.

2. PAGEAU, M., M. FERLAND, R. CHOINIÈRE ET Y. SAUVAGEAU. *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, p. 326.

3. FTP PERFORMANCE INDICATORS REPORTING COMITTEE. Plan for FTP Reporting on 14 Indicators Areas. Consolidated draft, mai 2002.

4. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU QUÉBEC. *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, éditions du Trécarré, 2000, octobre 1999, p. 101.

5. CUNNINGHAM, R. *La guerre du tabac, l'expérience canadienne*, Ottawa, Centre de recherches pour le développement international, 1997, pp. 8-18.

6. BOULANGER, L. *Le cancer colorectal*. Conférence dans le cadre du troisième colloque en oncologie de l'Hôtel-Dieu de Lévis, 25 avril 2002.

7. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. Colloques sur l'état de la recherche sur le cancer, 2000.

5.2 La probabilité de survie relative après cinq ans pour les cas de cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Avec l'incidence (apparition annuelle de nouveaux cas) et la mortalité, la survie à un cancer est un des principaux indicateurs de santé. La probabilité de survie à cinq ans est la proportion de personnes atteintes d'un cancer qui sont encore vivantes cinq ans après le moment où le diagnostic a été posé. La probabilité de survie est influencée par deux facteurs distincts : la gravité de la maladie, notamment du cancer, au moment du diagnostic, et l'efficacité du traitement de la maladie après le diagnostic. Même si leur importance relative du point de vue de l'interprétation de cet indicateur est inconnue, ces deux facteurs jouent dans le même sens. En effet, tant une détection du cancer à une étape précoce de son développement que des traitements efficaces, contribuent à améliorer la probabilité de survie.

- ***Méthodologie***

La survie relative est la méthode la plus couramment utilisée pour analyser la survie des personnes atteintes de cancer dans les études de population. La probabilité de survie relative est un ratio entre la probabilité de survie observée chez un groupe de personnes atteintes d'un cancer, et la probabilité de survie attendue chez la population générale ayant des caractéristiques semblables, notamment même âge, même sexe et même lieu de résidence.

Les personnes qui font l'objet de l'étude sont celles ayant reçu un diagnostic d'un premier cancer primaire, déclarés en 1992, et qui étaient âgées entre 15 et 99 ans au moment du diagnostic. La période de suivi a été arrêtée le 31 décembre 1997. Le logiciel SEERStat a été utilisé pour calculer les probabilités de survie relative à 5 ans. Ce logiciel utilise le mois et l'année de diagnostic et de décès pour le calcul de la survie observée et se base sur la méthode d'estimation de Hakulinen (réf. 1) pour le calcul de la survie relative. La probabilité de survie relative a été ajustée selon l'âge pour comparer directement les provinces entre elles. Les populations de référence utilisées sont les nouveaux cas de cancer par groupe d'âge, pour chaque siège de cancer ; elles sont obtenues de l'étude de Ellison et al. (2001) (réf. 2).

<u>Limites des données</u>

Au Québec, la date du diagnostic utilisée est celle de sortie de la première hospitalisation ou chirurgie d'un jour d'une personne avec un diagnostic de cancer. Cette date ne correspond pas nécessairement à la date réelle du diagnostic, car dans plusieurs cas, l'hospitalisation survient après une confirmation du diagnostic par des examens effectués en externe. De plus, les personnes atteintes d'un cancer n'étant pas nécessairement hospitalisées, les cas de cancer ne sont pas tous déclarés au Fichier des tumeurs du Québec. Ainsi, il est possible que les probabilités de survie calculées pour le Québec sous-estiment les probabilités réelles.

De plus, pour déterminer le statut vital des personnes déclarées avec un cancer, le Québec a utilisé une source de données complémentaire, soit le fichier des personnes inscrites au programme d'assurance maladie du Québec. Cette procédure a permis d'aller chercher des décès qui n'avaient pas été identifiés lors du jumelage initial entre le fichier des tumeurs et le fichier des décès, soit environ 2 % du total.

- ***La situation québécoise***

Le tableau 5.2.1 présente la probabilité de survie relative à cinq ans pour les cancers de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon. Le premier constat qui s'impose est que la probabilité de survie relative à cinq ans varie grandement selon le siège de cancer. En effet, en ajustant pour les autres causes de mortalité selon l'âge, moins de 20 % des personnes atteintes d'un cancer du poumon survivent cinq ans après le diagnostic. Ce pourcentage est de moins de 55 % pour le cancer du côlon-rectum, de 79 % pour le cancer du sein et de 82 % pour le cancer de la prostate. La probabilité de survie relative varie également selon l'âge de la personne au moment du diagnostic.

Pour le cancer de la prostate, la probabilité de survie relative la moins élevée se retrouve chez les groupes d'âge 15 à 54 ans et 75 à 99 ans. La différence entre la probabilité de survie relative chez le groupe 15 à 54 ans et celle chez celui des 55 à 64 ans est de 16 points de pourcentage, soit respectivement de 72 % et 88 % (*cf.* tableau 5.2.1). Le même constat prévaut pour le cancer du sein où la probabilité de survie relative à cinq ans est de 75 %, chez les femmes âgées de 15 à 39 ans, et de 71 % chez celles âgées de 80 à 99 ans ; la probabilité de survie relative la plus élevée apparait chez les femmes âgées de 40 à 49 ans (83 %). Pour les femmes âgées entre 60 et 79 ans, la probabilité de survie relative est stable autour de 80 %.

Pour le cancer du côlon-rectum, la probabilité de survie relative à cinq ans décroît avec l'âge au moment du diagnostic, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Les probabilités les plus élevées (58 % pour l'homme et 63 % pour la femme) appartiennent aux personnes âgées de 15 à 49 ans. Il y a une différence de survie entre les plus jeunes et les plus âgés ; elle est de 14 points de pourcentage chez les hommes et de 18 points de pourcentage chez les femmes.

Pour le cancer du poumon, seulement 17 % des hommes et 23 % des femmes dont l'âge se situe entre 15 et 49 ans au moment du diagnostic sont encore vivants cinq ans plus tard.

Tableau 5.2.1 : **Probabilité de survie relative après cinq ans pour les cas de cancer de la prostate, du sein, du poumon et du côlon-rectum déclarés en 1992, selon le sexe et le groupe d'âge, au Québec**

Siège du cancer/ Groupe d'âge	Probabilité (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre de cas	Nombre de décès
Hommes				
Prostate				
15 à 54 ans	72	(61-83)	73	22
55 à 64 ans	88	(84-92)	550	108
65 à 74 ans	86	(83-89)	1 184	366
75 à 84 ans	71	(65-77)	782	447
85 à 99 ans	53	(36-70)	177	147
15 à 99 ans	82	(78-85)	2 766	1 090
Côlon-rectum				
15 à 49 ans	58	(50-66)	152	65
50 à 59 ans	52	(46-58)	292	149
60 à 69 ans	55	(50-60)	575	298
70 à 79 ans	54	(48-60)	557	340
80 à 99 ans	44	(33-55)	256	201
15 à 99 ans	54	(51-57)	1 832	1 053
Poumon				
15 à 49 ans	17	(12-22)	204	170
50 à 59 ans	18	(15-21)	542	451
60 à 69 ans	18	(16-20)	1 166	986
70 à 79 ans	15	(12-18)	954	853
80 à 99 ans	9	(04-14)	318	303
15 à 99 ans	16	(15-18)	3 184	2 763
Femmes				
Sein				
15 à 39 ans	75	(70-80)	253	65
40 à 49 ans	83	(80-86)	700	124
50 à 59 ans	79	(76-82)	712	161
60 à 69 ans	82	(79-85)	892	212
70 à 79 ans	78	(74-82)	726	259
80 à 99 ans	71	(62-80)	368	212
15 à 99 ans	79	(77-81)	3 651	1 033
Côlon-rectum				
15 à 49 ans	63	(55-71)	148	55
50 à 59 ans	59	(52-66)	194	82
60 à 69 ans	53	(48-58)	460	231
70 à 79 ans	51	(46-56)	554	315
80 à 99 ans	45	(38-52)	437	325
15 à 99 ans	53	(50-56)	1 793	1 008
Poumon				
15 à 49 ans	23	(17-29)	194	149
50 à 59 ans	21	(16-26)	309	247
60 à 69 ans	21	(17-25)	441	353
70 à 79 ans	15	(11-19)	366	319
80 à 99 ans	9	(03-15)	141	134
15 à 99 ans	19	(17-21)	1 451	1 202

Source : La survie au cancer pour les cas déclarés au Québec en 1992, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), septembre 2002.

INSPQ, juillet 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Les tableaux 5.2.2 et 5.2.3 présentent des probabilités de survie relative à cinq ans, pour le Québec, ajustées selon l'âge, ainsi que celles observées dans huit provinces canadiennes (réf. 1). Les comparaisons effectuées entre le Québec et les provinces canadiennes doivent être interprétées avec prudence. D'une part, la date de diagnostic utilisée au Québec et la sous-déclaration des cas au Fichier des tumeurs limitent la qualité des données. D'autre part, le Québec utilise une source de données complémentaire pour déterminer le statut vital des personnes atteintes de cancer et déclarées au Fichier des tumeurs. Ces différences méthodologiques peuvent induire une sous-estimation de la survie réelle après cinq ans. De plus, un ajout, de l'ordre de 2 %, de décès provenant de la source de données complémentaire influence à la baisse la probabilité de survie.

Ainsi, pour le cancer de la prostate, la probabilité de survie relative à cinq ans ajustée pour l'âge serait d'au moins 79 % (*cf.* tableau 5.2.2), soit une probabilité comparable à celle observée dans plusieurs provinces, lorsque l'on tient compte des intervalles de confiance, à l'exception de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Pour le cancer du sein, au Québec, la probabilité de survie relative ajustée serait également d'au moins 79 %, ce qui n'est pas statistiquement différent de ce que l'on observe dans ces provinces, à l'exception de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Pour le cancer du côlon-rectum chez les hommes, les provinces canadiennes présentent une probabilité qui n'est pas statistiquement différente de celle observée au Québec (*cf.* tableau 5.2.3), alors que chez les femmes, l'Ontario, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique affichent une probabilité de survie statistiquement supérieure. Les résultats sont différents pour le cancer du poumon. Malgré la sous-estimation probable liée à la méthodologie appliquée pour le Québec, la probabilité de survie relative ajustée de 16 % chez les hommes est parmi les plus élevées comparée aux provinces canadiennes, et statiquement plus élevée par rapport à la Saskatchewan et à l'Alberta. La même situation prévaut chez la femme avec une probabilité de 18 %, mais qui n'est pas statistiquement différente.

Tableau 5.2.2 : **Probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer de la prostate et de cancer du sein déclarés en 1992, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes**

Siège du cancer/ Province	Hommes				Femmes			
	Probabilité (%)	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre de cas	Nombre de décès	Probabilité (%)	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre de cas	Nombre de décès
Prostate/Sein								
Terre-Neuve	67	(55-77)	133	65	76	(68-82)	217	64
Nouvelle-Écosse	82	(75-87)	445	172	84	(79-88)	456	110
Nouveau-Brunswick	83	(76-89)	408	145	77	(71-82)	345	102
Québec	**79**	**(78-80)**	**2 766**	**1 090**	**79**	**(78-80)**	**3 651**	**1 033**
Ontario	86	(84-88)	5 363	1 889	82	(81-83)	5 688	1 468
Manitoba	85	(80-89)	842	314	79	(74-83)	580	176
Saskatchewan	83	(77-87)	621	230	83	(78-86)	550	147
Alberta	82	(78-85)	1 084	405	81	(78-84)	1 203	307
Colombie-Britannique	91	(88-93)	2 304	669	85	(83-87)	1 884	447

Sources : Rapport de Ellison L. et al (2001).
La survie au cancer pour les cas déclarés au Québec en 1992, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), septembre 2002.
INSPQ, juillet 2002.

Tableau 5.2.3 : **Probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer du poumon et du côlon-rectum déclarés en 1992, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes**

Sexe/ Province	Côlon-rectum				Poumon			
	Probabilité (%)	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre De cas	Nombre de décès	Probabilité (%)	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre de cas	Nombre de décès
Hommes								
Terre-Neuve	56	(46-66)	145	75	13	(08-20)	136	121
Nouvelle-Écosse	54	(45-62)	237	135	13	(10-17)	334	297
Nouveau-Brunswick	47	(39-55)	192	111	15	(11-20)	296	259
Québec	**52**	**(49-56)**	**1 832**	**1 053**	**16**	**(14-18)**	**3 184**	**2 763**
Ontario	55	(53-58)	2 831	1 564	15	(14-16)	3 765	3 290
Manitoba	53	(46-60)	303	170	15	(11-20)	371	325
Saskatchewan	54	(46-61)	256	144	8	(06-12)	320	297
Alberta	54	(48-59)	503	283	10	(07-13)	607	557
Colombie-Britannique	59	(54-63)	842	426	12	(10-15)	967	862
Femmes								
Terre-Neuve	56	(46-65)	135	66	20	(10-33)	50	42
Nouvelle-Écosse	56	(49-63)	243	128	16	(11-23)	169	143
Nouveau-Brunswick	52	(43-60)	178	99	11	(06-17)	143	129
Québec	**53**	**(50-55)**	**1 793**	**1 008**	**18**	**(16-20)**	**1 451**	**1 202**
Ontario	59	(57-61)	2 339	1 191	18	(17-20)	2 065	1 714
Manitoba	60	(53-66)	284	139	15	(10-20)	217	187
Saskatchewan	65	(56-72)	190	87	17	(12-23)	174	146
Alberta	55	(49-60)	379	204	13	(10-17)	374	323
Colombie-Britannique	61	(56-65)	705	335	15	(12-18)	699	598
Total								
Terre-Neuve	59	(52-66)	280	141	14	(10-19)	186	163
Nouvelle-Écosse	56	(50-61)	480	263	14	(11-18)	503	440
Nouveau-Brunswick	52	(45-58)	370	210	13	(10-18)	439	388
Québec	**53**	**(51-55)**	**3 625**	**2 061**	**17**	**(15-18)**	**4 635**	**3 965**
Ontario	57	(55-59)	5 170	2 755	16	(15-17)	5 830	5 004
Manitoba	58	(53-62)	587	309	15	(12-19)	588	512
Saskatchewan	60	(55-65)	446	231	12	(9-14)	494	443
Alberta	54	(50-58)	882	487	11	(10-13)	981	880
Colombie-Britannique	60	(58-63)	1 547	761	14	(12-15)	1 666	1 460

Sources : Rapport de Ellison L. et al (2001).
La survie au cancer pour les cas déclarés au Québec en 1992, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), septembre 2002.
INSPQ, avril 2002.

Références

1. HAKULINEN, T. *Cancer survival corrected for heterogeneity in patient withdrawal*. Biometrics, 38:933-942, 1982.

2. ELLISON, L., L. GIBBONS et le GROUPE D'ANALYSE DE LA SURVIE AU CANCER AU CANADA. *Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon*, Statistique Canada, Rapports sur la santé, Volume 13, n^{o} 1, décembre 2001.

3. LOUCHINI, R. *La survie au cancer pour les cas déclarés au Québec en 1992*, Institut national de santé publique du Québec, septembre 2002.

FAITS SAILLANTS

Le taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche ou du genou

Au Québec, les 3 000 arthroplasties complètes de la hanche comptabilisées, en 1999-2000, représentent un taux ajusté de 36 interventions pour 100 000 personnes. Après une diminution en 1996-1997, on note une augmentation du taux féminin ; il atteint 35,6 interventions pour 100 000 femmes, en 1999-2000. Tout en suivant la même tendance, le taux observé chez les hommes est cependant légèrement supérieur à celui observé chez les femmes, avec 36,2 pour 100 000 hommes.

La même année, environ 2 800 arthroplasties complètes du genou ont été effectuées, au Québec, pour un taux ajusté de 34,2 interventions pour 100 000 personnes. Depuis le milieu des années 1990, le taux masculin pour ce type d'intervention a toujours été inférieur à celui observé chez les femmes, mais grâce à une augmentation de beaucoup supérieure chez les hommes (38 % contre 5 %), l'écart s'est amenuisé. En 1999-2000, le taux masculin est à 31,0, pour 100 000, alors que le taux féminin se situe à 36,5 pour 100 000.

À l'échelle canadienne, les taux québécois d'arthroplastie complète, qu'il s'agisse de la hanche ou du genou, sont encore nettement les moins élevés, et ce, malgré une augmentation constante depuis le milieu de la décennie 1990. En fait, comme on observe une augmentation de ce type d'intervention partout au Canada, les taux québécois sont toujours au moins 2 fois plus bas que ceux observés dans la province où ils sont les plus élevés.

6.1 Le taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche ou du genou

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Parmi les indicateurs permettant de mesurer l'amélioration de la qualité de vie, les taux d'arthroplastie complète de la hanche ou du genou ont été retenus, parce que ces interventions constituent des solutions de choix pour traiter les problèmes articulaires sévères et parce qu'elles sont de mieux en mieux documentées. Selon une étude réalisée en Colombie-Britannique (réf. 1), plus de 94 % des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ont rapporté une diminution significative de la douleur et de la rigidité, ainsi qu'une amélioration sensible du fonctionnement et de la mobilité.

La détermination d'un taux optimal d'arthroplastie de la hanche ou du genou requiert encore des recherches et des analyses. Alors que certains auteurs suggèrent un taux de 223 interventions pour 100 000 personnes (réf. 2), pour l'arthroplastie complète de la hanche, d'autres, comme le Registre pour l'arthroplastie complète de la hanche de Suède, suggèrent un taux de 130 interventions pour 100 000 personnes afin de rencontrer les besoins et d'éliminer les délais d'attente.

Aucun pays ne rapporte des taux aussi élevés : ils se situent plutôt entre 74 arthroplasties primaires complètes de la hanche pour 100 000 personnes pour l'Australie, en 1999-2000, 93 pour la Finlande, en 1999, 119 pour la Nouvelle-Zélande, en 2000, et 124 pour la Norvège, en 2000 (réf. 3). Il s'agit de taux bruts qui ne tiennent pas compte des différentes structures d'âge et de sexe de ces populations.

Les taux d'arthroplastie primaire complète du genou se situent à 81 interventions pour 100 000 personnes pour l'Australie, en 1999-2000, à 75 pour la Nouvelle-Zélande, en 2000, et à 35 pour la Norvège, en 2000 également (réf. 3).

En comparaison, au Canada, les taux d'arthroplastie complète, primaire et de révision, sont de 59,5 interventions pour 100 000 personnes pour la hanche, en 1999-2000, et de 65,6 pour le genou.

Les taux présentés ici incluent les interventions pour une arthroplastie primaire ou de révision. L'arthroplastie primaire consiste en l'implantation d'une première prothèse pour le remplacement d'une articulation déficiente, alors qu'une arthroplastie de révision vise à remplacer, pour la même articulation, la première prothèse implantée par une seconde, pour des raisons d'usure ou de bris.

- ***Méthodologie***

Les données sur les arthroplasties de la hanche et du genou sont tirées de la Base de données sur la morbidité hospitalière, au Canada, constitués à partir des feuilles de congé sommaires des centres hospitaliers. Pour les fins de calcul de l'indicateur, seules les hospitalisations pour lesquelles un code de chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou apparaît au relevé sommaire ont été retenues (code CCA 93.51 ou 93.59, ou code CIM-9 81.51 ou 81.53, pour la hanche ; code CCA 93.41, ou code CIM-9 81.54 ou 81.55, pour le genou).

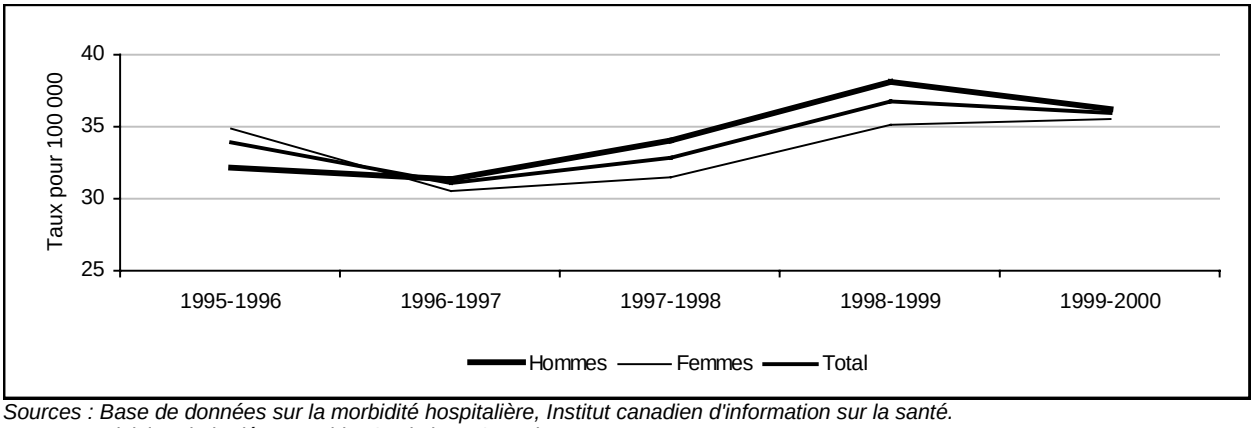
Le dénominateur de l'indicateur est constitué de la population par groupe d'âge et par sexe, pour les années étudiées. Ces données proviennent du recensement canadien et des estimations de population de Statistique Canada et de l'Institut de la statistique du Québec.

Les taux sont ajustés selon l'âge en utilisant la méthode d'ajustement direct et la population canadienne au 1er juillet 1991 comme population de référence. Les données nécessaires au calcul de cet indicateur proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

- ***La situation québécoise***

De 1995-1996 à 1996-1997, le taux féminin d'arthroplastie complète de la hanche a diminué, passant de 34,9 à 30,6 interventions pour 100 000 (cf. figure 6.1.1). Il a augmenté les années suivantes pour atteindre 35,6 pour 100 000, en 1999-2000. En 1995-1996, le taux masculin était de 32,1 pour 100 000, légèrement inférieur à celui observé chez les femmes. Depuis 1996-1997, le taux masculin est supérieur au taux féminin, mais suit la même tendance, pour atteindre 36,2 en 1999-2000. Le taux global pour cette année-là se situe à 36,0 interventions pour 100 000 personnes ; cela représente tout près de 3 000 interventions.

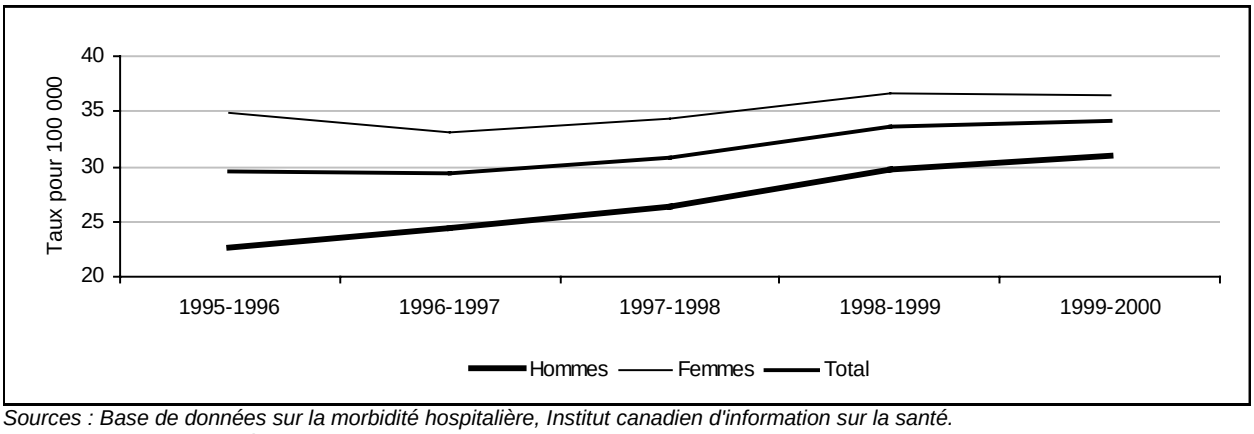
Figure 6.1.1 : **Évolution du taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche, selon le sexe, Québec, 1995-1996 à 1999-2000**



Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Bien que, pour les années à l'étude, le taux masculin d'arthroplastie du genou ait toujours été inférieur à celui observé chez les femmes, la différence tend à s'amenuiser avec les années. De 1995-1996 à 1999-2000, le taux d'arthroplastie complète du genou chez les femmes a augmenté, passant de 34,9 à 36,5 interventions pour 100 000 (*cf.* figure 6.1.2). En 1995-1996, le taux masculin était de 22,6 pour 100 000 ; il a augmenté régulièrement par la suite pour atteindre 31,0 en 1999-2000, soit une augmentation de 37,6 %. Pendant ce temps, celui observé chez les femmes n'a augmenté que de 4,6 %. Le taux global de 1999-2000 se situait à 34,2 interventions pour 100 000 personnes, ce qui représente environ 2 800 interventions de remplacement du genou.

Figure 6.1.2 : **Évolution du taux ajusté d'arthroplastie complète du genou, selon le sexe, Québec, 1995-1996 à 1999-2000**



Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

En 1995-1996, le Québec occupait le dernier rang, à l'échelle canadienne, avec un taux d'arthroplastie de la hanche de 33,9 interventions pour 100 000 personnes, alors que l'Alberta, qui occupait le 1er rang, présentait un taux de 78,9 pour 100 000 (*cf.* tableau 6.1.1). Bien que le Québec ait connu une augmentation de 6,2 %, entre 1995-1996 et 1999-2000, celle-ci ne lui a permis que de passer du dixième au neuvième rang. Pour cette dernière année, son taux se situait à 36,0 interventions pour 100 000 personnes, alors que la Nouvelle-Écosse, qui occupait le premier rang, affichait un taux de 76,4 pour 100 000. Durant toutes les années à l'étude, les taux du Québec étaient plus de deux fois inférieurs à ceux de la province la plus performante.

Tableau 6.1.1 : **Taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche, Québec et provinces canadiennes, 1995-1996 à 1999-2000**

Province	Taux pour 100 000 personnes				
	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Terre-Neuve	39,1	37,7	34,4	35,0	35,5
Île-du-Prince-Édouard	62,6	69,1	69,1	74,1	63,5
Nouvelle-Écosse	73,2	70,7	73,6	79,3	76,4
Nouveau-Brunswick	57,7	60,2	61,8	53,9	60,5
Québec	**33,9**	**31,1**	**32,8**	**36,7**	**36,0**
Ontario	61,9	62,2	62,8	64,2	66,8
Manitoba	54,8	58,3	64,4	70,8	74,2
Saskatchewan	70,5	76,1	71,3	67,9	71,1
Alberta	78,9	79,6	67,2	69,1	74,5
Colombie-Britannique	65,5	63,7	60,9	57,0	64,2

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Bien qu'entre 1995-1996 et 1999-2000, le Québec ait connu une augmentation de 15,5 % du nombre d'arthroplasties du genou, ce qui le place au 5^{e} rang face aux provinces canadiennes pour le taux de croissance durant cette période, il a toujours occupé le dernier rang en ce qui concerne le taux d'arthoplastie complète du genou. En 1995-1996, le taux se situait à 29,6 interventions pour 100 000 personnes, alors que la Nouvelle-Écosse, au 1er rang, affichait un taux de 88,8 (*cf.* tableau 6.1.2). En 1999-2000, le taux québécois était de 34,2 pour 100 000 personnes, alors que le taux de la Nouvelle-Écosse, toujours au 1er rang, était près de trois fois supérieur à celui du Québec, avec 99,1 interventions pour 100 000 personnes.

Tableau 6.1.2 : **Taux ajusté d'arthroplastie complète du genou pour 100 000 personnes, Québec et provinces canadiennes, 1995-1996 à 1999-2000**

Province	Taux pour 100 000 personnes				
	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Terre-Neuve	33,4	41,6	35,1	35,7	36,2
Île-du-Prince-Édouard	48,6	48,8	52,1	64,9	67,1
Nouvelle-Écosse	88,8	88,7	89,6	93,6	99,1
Nouveau-Brunswick	62,8	67,3	72,7	76,8	75,8
Québec	**29,6**	**29,3**	**30,8**	**33,7**	**34,2**
Ontario	65,2	68,3	71,9	74,6	78,2
Manitoba	52,7	57,8	72,4	77,5	94,5
Saskatchewan	63,7	74,5	78,8	77,2	71,4
Alberta	76,3	83,4	72,4	67,4	75,8
Colombie-Britannique	56,4	56,1	56,5	55,3	65,0

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Les arthroplasties de la hanche ou du genou sont devenues des solutions de choix pour traiter les problèmes articulaires sévères dus à l'arthrose. Quoiqu'elle peut également atteindre les plus jeunes, cette affection augmente avec l'âge et, compte tenu du vieillissement de la population, la demande de service devrait continuer de s'accroître dans les prochaines années.

En observant la position relative du Québec vis-à-vis les provinces canadiennes, on peut raisonnablement conclure que l'accessibilité à ce type d'intervention y est plus problématique qu'ailleurs.

Références

1. WRIGHT, C.J., Y. ROBENS-PARADISE. Evaluation of Indications and Outcomes in Elective Surgery, May 2001, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Vancouver Hospital and Health Services Centre.

2. HUNTER, D., D. ROBERTSON. Total hip replacement : need far exceeds supply. Canadian Medical Journal Association, 2001 ; 165 (4) ; 395.

3. CANADIAN JOINT REPLACEMENT REGISTRY. 2002 report, Total hip and total knee replacements in Canada, 41 p.

7. LA RÉDUCTION DU FARDEAU DES MALADIES, DES AFFECTIONS ET DES BLESSURES

FAITS SAILLANTS

Le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum

Chez les Québécoises, en 1997, les trois principaux sièges de cancer sont le sein, le poumon et le côlon-rectum ; à eux seuls, ils regroupent plus de la moitié des cas de cancer déclarés. Leurs taux ajustés d'incidence respectifs sont : 98,8, 43,6 et 41,4 nouveaux cas déclarés pour 100 000 femmes. L'augmentation du tabagisme chez les femmes, au cours des années 1960 et 1970, a fait en sorte que leur taux d'incidence du cancer du poumon est 2,7 fois plus élevé aujourd'hui qu'il y a vingt ans. Par contre, l'amélioration des méthodes de détection du cancer du sein serait à l'origine du 13 % d'augmentation de l'incidence de cette maladie depuis vingt ans ; l'actuel programme de dépistage québécois pourrait contribuer à maintenir ou même à accentuer cette tendance à la hausse, au cours des prochaines années, pour se stabiliser par la suite.

Chez les hommes, en 1997, le poumon, la prostate et le côlon-rectum constituent les trois principaux sièges de cancer, avec plus de 50 % des nouveaux cas de cancer déclarés, et des taux ajustés d'incidence respectifs de : 103,4, 83,0 et 60,5 nouveaux cas pour 100 000 hommes. La réduction du tabagisme chez les hommes, au début des années 1970, a résulté en un plafonnement de l'incidence du cancer du poumon au milieu des années 1990. Exception faite d'une hausse importante, mais temporaire, dans la première moitié des années 1990, l'incidence du cancer de la prostate, quant à elle, est plutôt stable au cours des deux dernières décennies.

Enfin, tant chez les femmes que chez les hommes, l'incidence du cancer du côlon-rectum suit une tendance à la baisse depuis les vingt dernières années.

Comparativement aux provinces, le Québec montre le niveau de tabagisme le plus élevé, ce qui se traduit par le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, chez les hommes, le plus haut au Canada, alors que celui observé chez les femmes se situe au milieu du peloton. Par contre, de récentes informations démontrent une nette amélioration de la situation au Québec, par rapport aux provinces, en ce qui concerne le tabagisme, quoique le taux québécois demeure encore le plus élevé.

Compte tenu d'une certaine sous-déclaration des cas au Fichier des tumeurs, le Québec affiche un taux d'incidence du cancer de la prostate nettement plus bas que celui observé dans les provinces canadiennes. L'incidence du cancer du sein se situe également parmi les plus bas au Canada. Cependant, en ce qui a trait au cancer du côlon-rectum (hommes et femmes), les taux d'incidence se situent dans la moyenne des provinces.

Les années potentielles de vie perdues selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral et traumatisme

En général, compte tenu que les hommes sont plus nombreux à mourir jeunes que les femmes, le taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP), suite à des décès prématurés, c'est-à-dire survenus avant l'âge référence de 75 ans, est beaucoup plus élevé chez les Québécois que chez les Québécoises ; mais, avec le temps, l'écart diminue.

En 1990, au Québec, ce sont les blessures accidentelles qui ont généré le taux brut d'APVP le plus élevé, chez les hommes, soit 1 441,6 APVP pour 100 000, suivies du suicide (972,8) et de l'infarctus aigu du myocarde (909,0). Dix ans plus tard, le suicide donne lieu au taux le plus élevé, avec 1 218,3 APVP pour 100 000 hommes, soit une

augmentation de 25 %, suivi des blessures accidentelles (985,5), avec une diminution de 32 %, et du cancer du poumon (701,1), pour une baisse de 9 %.

Chez les femmes du Québec, ce sont également les blessures accidentelles qui étaient, en 1990, la principale cause d'APVP, avec un taux de 466,2 APVP pour 100 000, immédiatement suivies du cancer du sein (434,0) et, un peu en retrait, du cancer du poumon (312,7). En 1999, le cancer du poumon génère le taux le plus élevé, soit 457,1 APVP pour 100 000 femmes, soit une hausse de 46 %, suivi du cancer du sein (364,1), avec une baisse de 16 %, et des blessures accidentelles (360), pour une diminution de 23 %.

Parmi les principales causes de mortalité prématurée, au Québec, deux donnent lieu à des taux d'APVP nettement à la hausse, au cours des dix dernières années ; ce sont le suicide, pour les deux sexes, et le cancer du poumon, chez les femmes. Quant aux autres causes, on observe des tendances à la baisse ou relativement stables.

Au plan canadien, le Québec présente l'un des plus faibles taux bruts d'APVP causées par les blessures accidentelles. Cependant, il est au milieu du peloton pour la mortalité prématurée causée, tant par le cancer de la prostate que par celui du sein. En ce qui concerne les APVP liées aux autres causes, le Québec affiche des taux parmi les plus élevés à l'échelle canadienne.

Le taux d'incidence de certaines maladies évitables par vaccination – Infections « invasives » à méningocoque, rougeole et infections « invasives » à Haemophilus influenza de type B (Hib) pour les enfants âgés de moins de 5 ans

Les infections « invasives » à méningocoque sont endémiques au Québec, c'est-à-dire qu'elles perdurent sans que l'on puisse les éliminer complètement. Elles touchent davantage les jeunes âgés de moins de 20 ans et elles sont parmi les causes les plus fréquentes de méningites chez les jeunes enfants. Les infections du sérogroupe B sont les plus en évidence et c'est chez les enfants âgés de 5 ans ou moins que l'on observe les taux d'incidence les plus élevés.

De 1993 à 2000, chez les jeunes Québécois âgés de 20 ans ou moins, les taux d'incidence des infections du sérogroupe B ont été les plus élevés, variant entre 2,4 cas pour 100 000 personnes, en 1995, et 0,6 cas pour 100 000, en 1999. Par ailleurs, l'apparition de nouvelles souches d'infections du sérogroupe C, entre 1991 et 1993, ainsi qu'en 2001, a amené des taux d'incidence plus élevés, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes.

Lors des années inter-épidémiques, l'épidémiologie des infections « invasives » à méningocoque observée au Québec est essentiellement la même que celle constatée au Canada. Par contre, en 2001, avec une activité épidémique importante, le Québec présente le 2e taux d'incidence de cette maladie le plus élevé, chez les jeunes âgés de 20 ans ou moins, soit près de 4 cas recensés pour 100 000 personnes.

Depuis la fin des années 1960, le Québec a réalisé d'énormes progrès en matière de contrôle de la rougeole. Mise à part l'épidémie de 1989, le nombre de cas recensés n'a cessé de décroître, passant de plus de 10 000 cas, en 1965 et en 1967, à moins de 5 cas à la fin des années 1990. En 2000, les 30 cas recensés sont dus à l'introduction d'une nouvelle souche européenne dans une petite communauté non vaccinée en raison de convictions religieuses.

Au cours des années 1990, les fluctuations du taux d'incidence de la rougeole ont été beaucoup plus grandes au Canada qu'au Québec. C'est en 1991 que l'on a observé les taux les plus élevés, soit 4 cas pour 100 000 personnes, au Québec, contre 22, au Canada. En 1995, le taux canadien a dépassé les 8 cas pour 100 000,

alors qu'au Québec, il se situait à moins de 0,5. À la fin de la décennie 1990, on a atteint le stade d'élimination de la rougeole, tant au Canada qu'au Québec.

Après l'introduction du vaccin dans le calendrier régulier de vaccination, en 1992, le taux québécois d'incidence des infections « invasives » à Haemophilus influenzae de type B (Hib) a littéralement chuté, chez les enfants âgés de moins de 5 ans, passant de 19 cas pour 100 000 personnes, en 1992, à 5 cas, en 1993, selon les données du Québec. En fait, le taux, qui variait entre 19 et 22 cas pour 100 000 au début de la décennie 1990, se situe à moins de 1 pour 100 000 personnes, au début des années 2000.

Jusqu'en 1994, le taux québécois d'incidence des infections « invasives » à Haemophilus influenzae de type B, chez les enfants âgés de moins de 5 ans, était systématiquement plus élevé que le taux canadien. Depuis ce temps, l'introduction du vaccin dans le calendrier régulier, tant au Québec que dans les provinces canadiennes, a provoqué une chute spectaculaire des taux d'incidence de cette maladie, ce qui fait en sorte qu'ils sont maintenant à peu près les mêmes partout au Canada.

Le taux ajusté de prévalence du diabète

Au Québec, chez les personnes âgées de 20 ans ou plus, le taux ajusté de prévalence du diabète a atteint 4,7 %, en 1999-2000, soit 4,3 % chez les Québécoises, et 5,2 %, chez les Québécois. À partir de 40 ans, à tous les groupes d'âge, le taux masculin est plus élevé que celui observé chez les femmes. Chez les hommes, il culmine à 19,1 % pour ceux âgés de 75 à 79 ans, alors que chez les femmes, il atteint un sommet de 16,4 % pour le groupe d'âge 80 à 84 ans. Entre 20 et 39 ans, le diabète gestationnel pourrait faire en sorte que le taux féminin soit plus élevé que celui observé chez les hommes.

7.1 Le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Le taux ajusté d'incidence mesure l'apparition de nouveaux cas de cancer dans la population au cours d'une année. Il est influencé par deux facteurs principaux : d'une part, la prévalence de facteurs de risque tels que l'usage du tabac et, par conséquent, des mesures de promotion et de prévention, et d'autre part, la détection des cancers qui est le résultat de l'intensité et de l'efficacité des programmes de dépistage.

Ces deux facteurs jouent en sens inverse du point de vue de l'interprétation de l'indicateur. Par exemple, une hausse de l'incidence du cancer peut refléter soit l'aggravation d'un facteur de risque, soit une amélioration du dépistage. Cette question d'interprétation sera résolue par l'ajout des données sur le stade du cancer au moment du diagnostic, données qui ne sont pas encore colligées dans les registres. Le stade fournit de l'information complémentaire sur la gravité du cancer au moment du diagnostic.

Pour juger de l'état de santé d'une population, l'information sur le taux d'incidence et son interprétation doit être utilisée dans un contexte global de la santé. En effet, une baisse de l'incidence du cancer peut entraîner une hausse de l'incidence d'autres problèmes de santé. Il est important de savoir si une cause de décès ou d'incapacité est remplacée par une autre au fil des ans, ou s'il y a une augmentation nette de la longévité. De plus, la qualité de l'état de santé durant les années qui suivent la survenue d'une maladie est aussi très importante. C'est pourquoi les mesures globales de l'état de santé, telles que les années potentielles de vie perdues et l'espérance de vie sans incapacité, aident à interpréter l'évolution des taux d'incidence du cancer en termes d'impact sur l'amélioration de l'état de santé.

- ***Méthodologie***

Le taux ajusté d'incidence est défini ainsi : c'est le nombre de cas de cancer primaires nouvellement diagnostiqués, au cours d'une année, pour 100 000 personnes, qui pourrait être observé dans une population donnée si celle-ci avait la même composition par âge que la population de référence. La population de référence utilisée est la population canadienne de 1991. Le calcul d'un taux ajusté permet la comparaison directe dans le temps et entre des unités territoriales en éliminant l'effet des structures d'âge différentes. La méthode de standardisation directe a été utilisée pour ajuster le taux d'incidence du cancer. Elle consiste à multiplier, pour une population donnée, le taux d'incidence observé pour chaque groupe d'âge par l'effectif d'une population de référence pour ce même groupe d'âge. Ensuite, on additionne le nombre attendu de nouveaux cas de cancer de chaque groupe d'âge en multipliant par 100 000 et on divise le résultat par l'effectif total de la population de référence.

L'unité de base servant à calculer le taux d'incidence est tout nouveau cas de cancer primaire inscrit dans les registres de cancers provinciaux et territoriaux. Au Québec, tous les cas hospitalisés ou traités en chirurgie d'un jour sont déclarés au Fichier des tumeurs du Québec depuis 1981, ce qui explique la brisure à ce moment dans la courbe des taux évolutifs de 1976 à 1997 (*cf*. figures 7.1.1 et 7.1.2). Les cas de cancer qui sont diagnostiqués en cabinet de médecin et traités sur une base externe ou ambulatoire ne sont pas déclarés au Fichier des tumeurs, ou le sont à un stade plus avancé de la maladie lorsque survient une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour. Une étude est en cours afin d'estimer le niveau de sous-déclaration des cas au Fichier des tumeurs selon le siège du cancer, l'âge et le sexe. Cette étude vise également à identifier les moyens à prendre pour solutionner le problème. Les résultats sont attendus à la fin de 2002.

- ***La situation québécoise***

Chez les hommes, en 1997, les principaux sièges de cancer sont le poumon, la prostate et le côlon-rectum. Ces trois sièges regroupent plus de 50 % de tous les cancers chez les hommes, pour des taux ajustés d'incidence respectifs de 103,4, de 83,0 et de 60,5 cas pour 100 000 (*cf*. tableau 7.1.1). Bien que le cancer du poumon soit de loin le plus fréquent chez les hommes, sa progression a plafonné au milieu des années 1990 et diminue graduellement depuis (*cf*. figure 7.1.1). Cette tendance trouve son origine dans le déclin de la consommation de tabac amorcé au début des années 1970, chez les hommes.

Le taux d'incidence du cancer de la prostate est plutôt stable depuis le début des années 1980, à l'exception d'une hausse importante mais temporaire dans la première moitié des années 1990. Cette hausse est davantage le reflet de l'introduction d'un nouveau test de dépistage (test de l'antigène prostatique spécifique ou test APS) que de l'incidence réelle de la maladie.

Chez la femme, en 1997, les principaux sièges de cancer sont le sein, le poumon et le côlon-rectum. À eux seuls, ils regroupent plus de la moitié de tous les cas de cancer chez la femme (réf. 1). En 1997, les taux ajustés d'incidence de ces cancers sont respectivement de 98,8, de 43,6 et de 41,4 pour 100 000 femmes (*cf.* tableau 7.1.1). Le cancer du sein est le principal siège de cancer chez la femme, et son incidence est à la hausse depuis le début des années 1990 (*cf*. figure 7.1.2). Cette augmentation du nombre de cas déclarés n'indique pas forcément une augmentation de l'importance de la maladie. Elle est, entre autres, liée à l'utilisation croissante de la mammographie qui permet la détection du cancer du sein à un stade plus précoce, et améliore d'autant les chances de succès des traitements. Avec la mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en 1998, il faut s'attendre à ce que cette tendance à la hausse se maintienne et même s'accentue pour encore quelques années.

L'augmentation continue du taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes est plus préoccupante parce qu'elle reflète les habitudes de tabagisme chez les femmes. En effet, comme il faut compter une période d'environ 25 ans entre l'usage du tabac et l'apparition du cancer du poumon, l'importante augmentation de l'incidence du cancer du poumon que l'on connaît chez les femmes, depuis la fin des années 1970, est le résultat de la hausse importante du nombre de fumeuses au cours des années 1960 et 1970. En effet, le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon chez les femmes a augmenté de 165,8 % entre 1978 et 1997. L'augmentation se maintiendra encore quelques années puisque la proportion de femmes qui fument régulièrement a plafonné vers la fin des années 1970 avant d'amorcer une lente baisse (réf. 2).

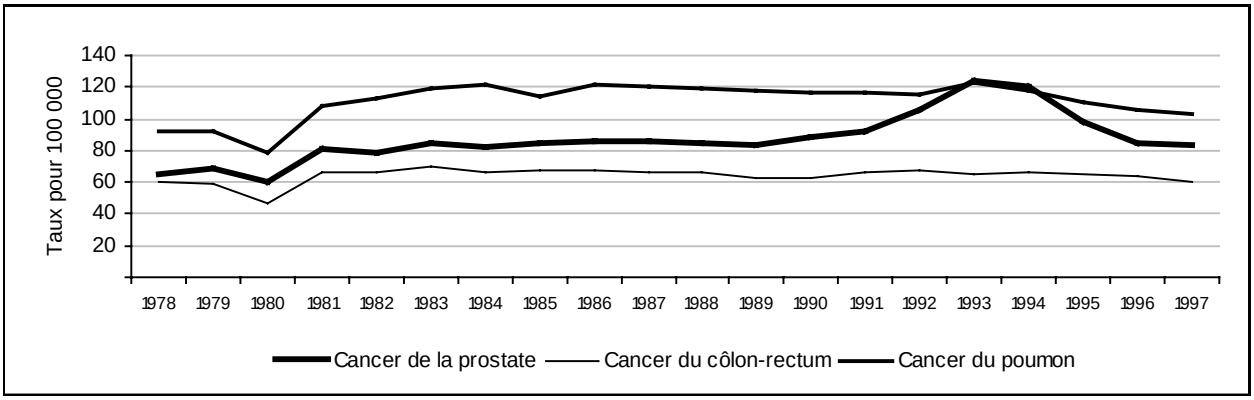
Enfin, pour ce qui est du cancer du côlon-rectum, tant chez les hommes que chez les femmes, le taux ajusté d'incidence présente une tendance à la baisse au cours de la période étudiée, particulièrement chez la femme où la baisse est de 17,2 % entre 1978 et 1997 (*cf.* tableau 7.1.1). Cette situation peut résulter de l'augmentation de la détection précoce et du traitement des polypes précancéreux, ou encore des changements dans le mode de vie, notamment en ce qui concerne le régime alimentaire (réf. 1).

Tableau 7.1.1 : **Variation du taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, selon le sexe, Québec, 1978 et 1997**

Cause	Taux pour 100 000 personnes				Variation de 1978 à 1997	
	Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
	1978	1997	1978	1997	(%)	(%)
Cancer du poumon	92,3	103,4	16,4	43,6	12,0	165,8
Cancer de la prostate	65,7	83,0	s.o.	s.o.	26,3	s.o.
Cancer du sein	s.o.	s.o.	87,4	98,8	s.o.	13,0
Cancer côlon-rectum	60,7	60,5	50,0	41,4	-0,3	-17,2

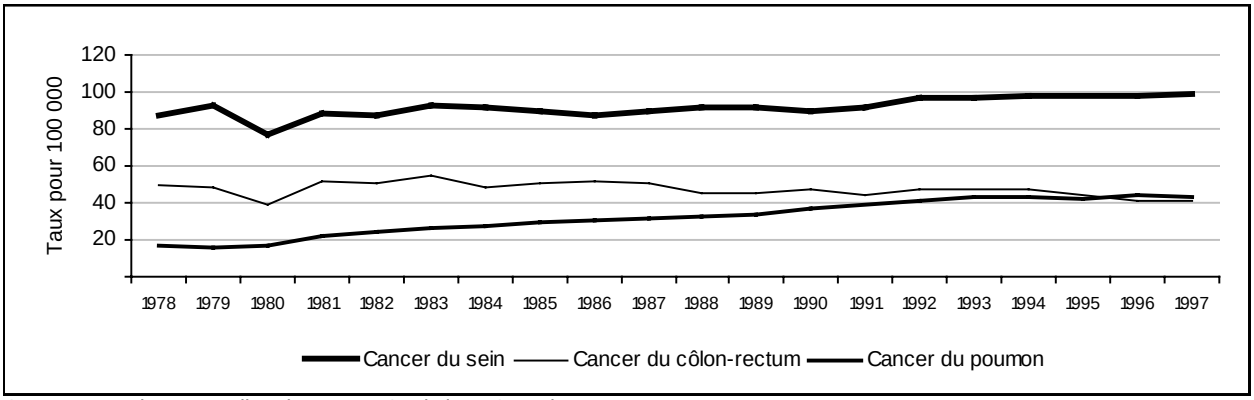
s.o. : sans objet.
Sources : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.1.1 : **Évolution du taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, du côlon-rectum et du poumon, chez les hommes, Québec, 1978 à 1997**



Sources : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.1.2 : **Évolution du taux ajusté d'incidence du cancer du sein, du côlon-rectum et du poumon, chez les femmes, Québec, 1978 à 1997**



Sources : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

C'est au Québec que l'on retrouve le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon le plus élevé chez les hommes, à l'échelle canadienne, soit 103,4 cas pour 100 000 hommes, en 1997 (*cf.* figure 7.1.3). Chez les femmes, le Québec se situe plutôt dans le milieu du peloton, avec un taux de 43,6 pour 100 000 femmes, en 1997 (*cf.* figure 7.1.4).

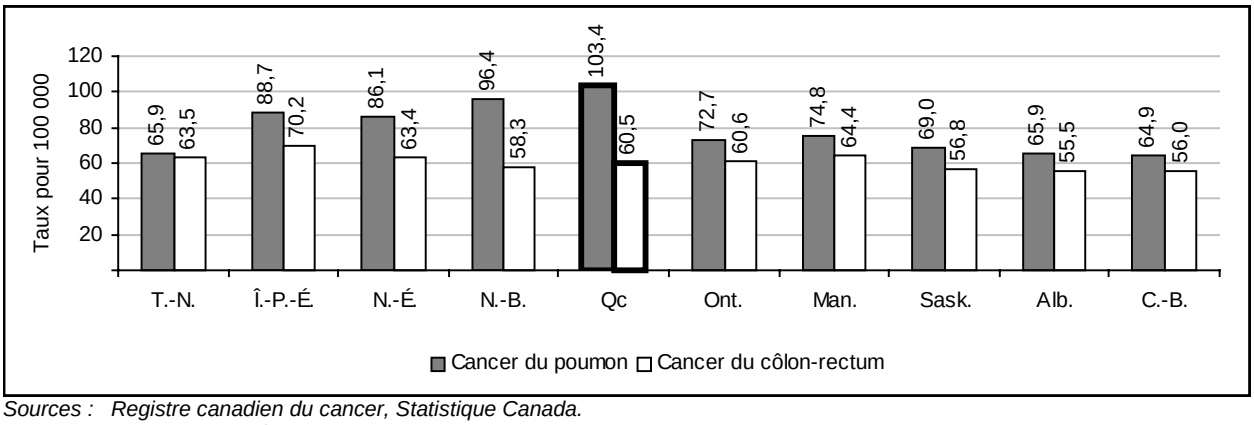
Ce phénomène est étroitement lié au fait que c'est également au Québec que le taux de tabagisme est le plus élevé, et cette tendance s'est maintenue au fil des ans. En effet, 41 % de la population masculine âgée de 15 ans ou plus, et 39 % de la population féminine du même âge faisaient un usage régulier ou occasionnel du tabac, en 1987, au Québec. Cette proportion baisse à 32,5 % chez l'homme et à 30 % chez la femme, en 1998-1999.

Il y a cependant des faits récents encourageants. La dernière enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), dont les données furent recueillies de février à décembre 2000, estime à 28 % la prévalence du tabagisme au Québec (réf. 3). Pour la première fois en plus de dix ans, une province canadienne dépasse le Québec, et seulement trois provinces affichent un taux nettement inférieur au nôtre.

Par ailleurs, il faut interpréter prudemment le faible taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate au Québec par rapport aux provinces. En effet, le Québec affiche le plus faible taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, mais ce taux de 83 cas pour 100 000 hommes (*cf*. figure 7.1.5) est certainement inférieur à la réalité, parce que la sous-déclaration des cas de cancer au Fichier des tumeurs du Québec (*cf*. méthodologie) touche de façon importante les cancers de la prostate.

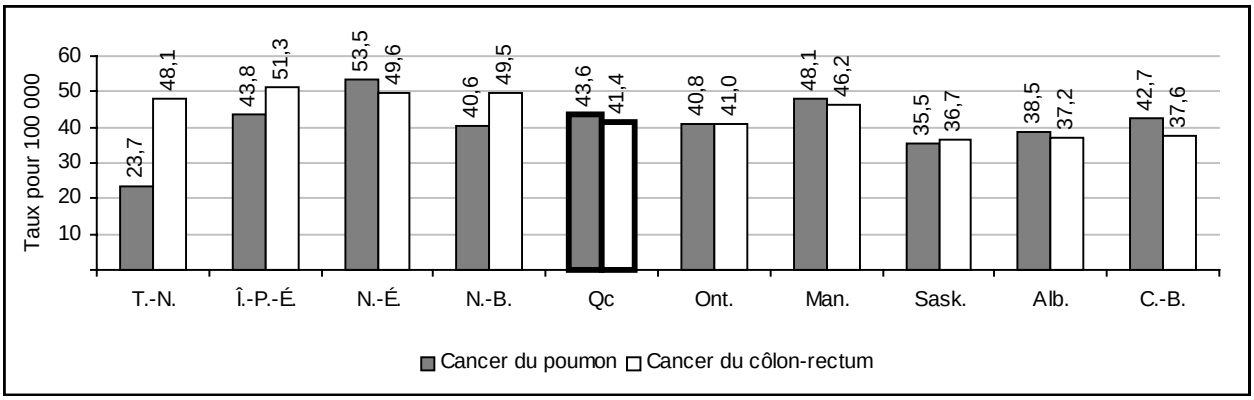
Enfin, pour les autres principaux sièges de cancer, soit le sein et le côlon-rectum, les taux ajustés d'incidence, au Québec, ne se démarquent pas de ceux des provinces canadiennes (*cf*. figures 7.1.4 et 7.1.6).

Figure 7.1.3 : **Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon et du côlon-rectum, chez les hommes, Québec et provinces canadiennes, 1997**



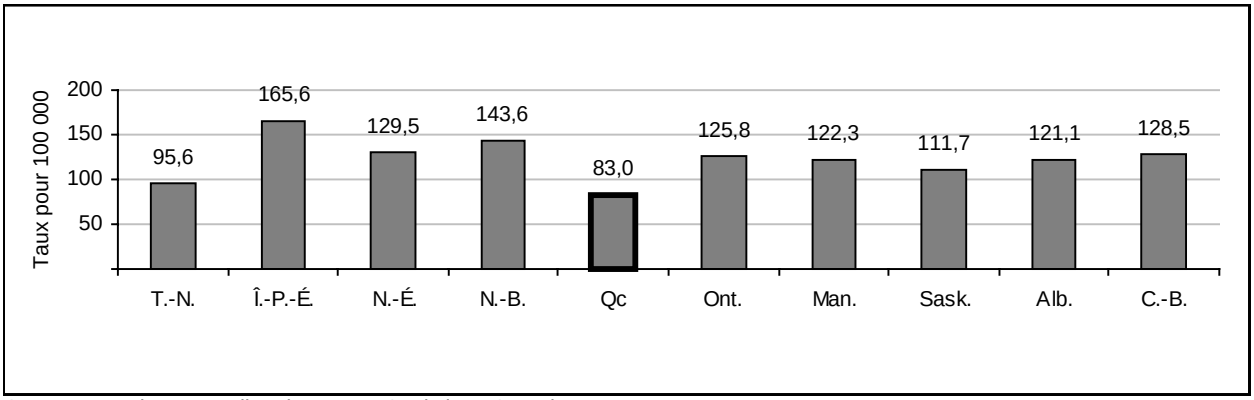
Sources : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.1.4 : **Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon et du côlon-rectum, chez les femmes, Québec et provinces canadiennes, 1997**



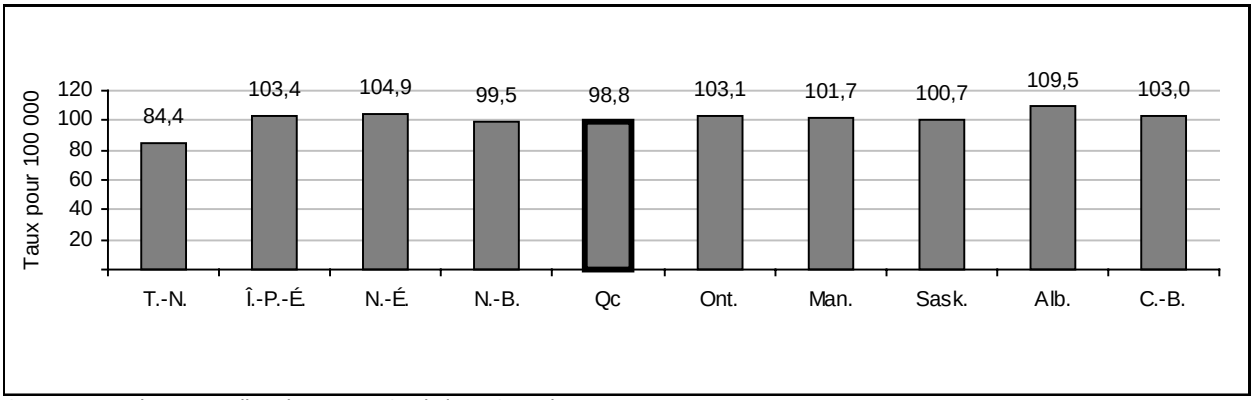
Sources : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.1.5 : **Taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, Québec et provinces canadiennes, 1997**



Sources : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.1.6 : **Taux ajusté d'incidence du cancer du sein, Québec et provinces canadiennes, 1997**



Sources : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Références

1. BEAUPRÉ, M. Surveillance du cancer au Québec, Collection Analyses et surveillance, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, janvier 2002.

2. ENQUÊTES DE SANTÉ QUÉBEC. Institut de la statistique du Québec ; Enquêtes de Santé Canada, et Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC).

7.2 Les années potentielles de vie perdues selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral et traumatisme

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

L'indicateur sur les taux de mortalité le plus couramment utilisé est l'espérance de vie. Cet indicateur reflète à la fois les changements dans la longévité des personnes très âgées et les changements dans les taux de mortalité des autres personnes. Les années potentielles de vie perdues (APVP) attirent l'attention non pas sur les décès les plus fréquents mais bien sur ceux qui surviennent chez les personnes les plus jeunes. Elles témoignent du succès de la prévention du décès prématuré (et par conséquent la mort qui peut vraisemblablement être prévenue ou retardée) avec sa perte conséquente de productivité sociale et économique. Il s'agit d'un indicateur général de la santé et du bien-être de la population et de l'efficacité des programmes de prévention (réf. 1).

Les APVP sont basées sur des statistiques de causes simples de décès (réf. 1). Or, à des âges avancés, la comorbidité devient très fréquente et le décès est souvent le résultat d'un processus complexe. Ainsi, les APVP sont beaucoup plus utiles pour ce qui est des maladies qui peuvent être reconnues comme la cause unique du décès, tout comme celles qui entraînent le décès à un âge précoce.

Dans les années 1970 et 1980, au Canada, les APVP étaient basées sur un âge inférieur à 70 ans. D'autres limites d'âge ont été utilisées par différents pays et à des époques différentes. Les travaux effectués présentement sur les APVP sont basés sur un âge référence de 75 ans ; les données sur les APVP diffèreront donc de celles publiées par la plupart des sources canadiennes précédentes et ne doivent pas être comparés avec elles. Le choix de l'âge référence (70 ou 75 ans) est arbitraire et n'a pas de répercussions importantes sur les tendances temporelles, ni sur les comparaisons interprovinciales (réf. 1).

- ***Méthodologie***

Définition

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » d'une cause quelconque, c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans. Une personne qui meurt à l'âge de 25 ans, par exemple, a perdu 50 années de vie. Les APVP peuvent également être estimées pour une cause spécifique, auquel cas l'indicateur mesure le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt avant l'âge de 75 ans à la suite d'une blessure, d'un cancer, d'un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) ou d'un accident vasculaire cérébral. Les APVP comptabilisées à la suite d'un décès sont estimées en prenant le point médian dans chaque groupe d'âge, en soustrayant de 75 ans et en multipliant le résultat obtenu par le nombre de décès dans ce groupe d'âge, réparti par sexe et par cause de décès. Le calcul des APVP pour 100 000 personnes permet d'obtenir un taux et de comparer le fardeau de mortalité précoce que portent divers groupes. Pour cette analyse-ci, le taux calculé est un taux brut.

Sources de données

Les données de décès utilisées pour le Québec proviennent de la Base de données sur les décès, de la Statistique de l'état civil, de Statistique Canada ; elles sont généralement complètes et précises. Les décès sont identifiés à partir de la cause initiale du décès. Les certificats de décès constituent la base de toutes les statistiques sur la mortalité et les données sont compilées par l'Institut de la statistique du

Québec. Les causes de décès ont été définies à partir de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (*cf*. annexe 1). Les causes de mortalité retenues pour ce rapport correspondent aux principales causes de mortalité. Ces causes sont les maladies cardiovasculaires, certains types de cancer (cancer du côlon-rectum, du poumon, du sein, et de la prostate) et les traumatismes (les blessures accidentelles et le suicide). Les effectifs de population utilisés au dénominateur, dans le calcul des différents taux de mortalité, proviennent des données des recensements canadiens produits par Statistique Canada.

- ***La situation québécoise***

Principales causes des années potentielles de vie perdues (APVP)

En 1999, au Québec, les causes de mortalité prématurée ne sont pas dans le même ordre d'importance chez les hommes et chez les femmes. La mortalité prématurée chez les hommes était d'abord attribuable au suicide, suivie des blessures accidentelles, du cancer du poumon, de l'infarctus aigu du myocarde, du cancer du côlon-rectum, de l'accident vasculaire cérébral et du cancer de la prostate (*cf*. tableau 7.2.1). Chez les femmes, la mortalité prématurée était attribuable, par ordre d'importance, au cancer du poumon, au cancer du sein, aux blessures accidentelles, au suicide, à l'infarctus aigu du myocarde, au cancer du côlon-rectum et à l'accident vasculaire cérébral. (*cf*. tableau 7.2.1). De plus, les taux d'APVP étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, qu'il s'agisse du suicide, des blessures accidentelles, du cancer du poumon, de l'infarctus aigu du myocarde, du cancer du côlon-rectum ou de l'accident vasculaire cérébral (*cf*. tableau 7.2.1). Cependant, avec le temps, on constate que l'écart entre les deux sexes diminue (*cf*. figures 7.2.1, 7.2.3, 7.2.4, 7.2.5, 7.2.6 et 7.2.7).

En 1999, le taux observé d'APVP attribuables au cancer de la prostate indique que ce type de cancer engendre moins fréquemment des décès prématurés que les autres causes mentionnées précédemment, chez les hommes (*cf*. tableau 7.2.1). Chez les femmes, le taux d'APVP dues au cancer du poumon est le plus élevé, suivi, dans l'ordre, de ceux observés pour le cancer du sein, les blessures accidentelles, le suicide, l'infarctus aigu du myocarde, le cancer du côlon-rectum et l'accident vasculaire cérébral (*cf*. tableau 7.2.1).

Évolution des années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux traumatismes

De 1990 à 1999, on observe une diminution de la mortalité prématurée due aux blessures accidentelles, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, la diminution a été plus importante chez les hommes que chez les femmes (*cf*. figure 7.2.1). Ainsi, durant cette période, le taux de mortalité prématurée attribuable aux blessures accidentelles, chez les hommes, est passé de 1 441,6 à 985,5 APVP pour 100 000 (en baisse de 31,6 %). Chez les femmes, le taux est passé de 466,2 à 360,0 APVP pour 100 000 (en baisse de 22,8 %) (*cf*. tableau 7.2.1). Depuis plus de vingt ans, des programmes de prévention s'appuyant sur différentes approches ont certes contribué à diminuer le nombre de décès prématurés attribuables aux blessures accidentelles. La poursuite de l'amélioration du bilan des blessures accidentelles doit demeurer une préoccupation, compte tenu du nombre important d'APVP qu'elles génèrent (réf. 2).

Quant à la mortalité prématurée due au suicide, on observe, de 1990 à 1999, une augmentation des taux d'APVP, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Cependant, l'augmentation a été deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes (*cf*. figure 7.2.2). De fait, chez les femmes, le taux observé pour la mortalité prématurée due au suicide était respectivement de 194,7 et de 290,5 APVP pour 100 000 (en hausse de 49,2 %). Chez les hommes, le taux observé était respectivement de 972,8 et de 1 218,3 APVP pour 100 000 (en hausse de 25,2 %) (*cf*. tableau 7.2.1). Ces données sur la mortalité prématurée attribuable au suicide démontrent qu'il s'agit d'un véritable fléau pour notre société. Il est à espérer que les différents projets d'intervention et les expériences menées par

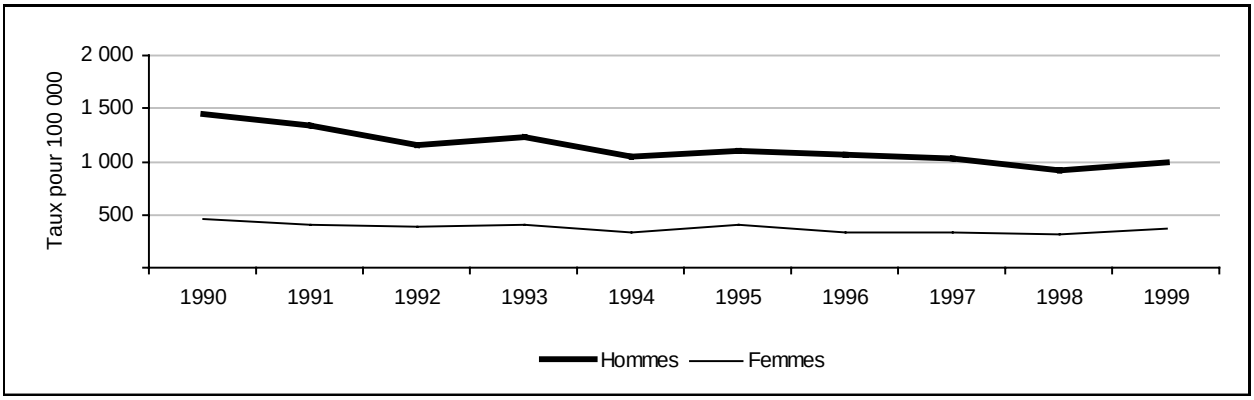
certains organismes sensibilisés à la problématique du suicide vont aider à consolider le filet de sécurité autour des personnes à risque (réf. 3).

Tableau 7.2.1 : **Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) pour 100 000 personnes, selon la cause et le sexe, Québec, 1990 et 1999**

	Hommes		Femmes		Variation de 1990 à 1999	
Cause	1990 Taux	1999 Taux	1990 Taux	1999 Taux	Hommes (%)	Femmes (%)
Blessures accidentelles	1 441,6	985,5	466,2	360,0	-31,6	-22,8
Suicide	972,8	1 218,3	194,7	290,5	25,2	49,2
Infarctus aigu du myocarde	909,0	671,9	307,5	211,2	-26,1	-31,3
Accident vasculaire cérébral	208,3	135,8	138,4	124,4	-34,8	-10,1
Cancer du poumon	773,6	701,1	312,7	457,1	-9,4	46,2
Cancer côlon-rectum	224,3	202,0	162,2	142,9	-9,9	-11,9
Cancer de la prostate	71,8	56,4	s.o.	s.o.	-21,4	s.o.
Cancer du sein	s.o.	s.o.	434,0	364,1	s.o.	-16,1

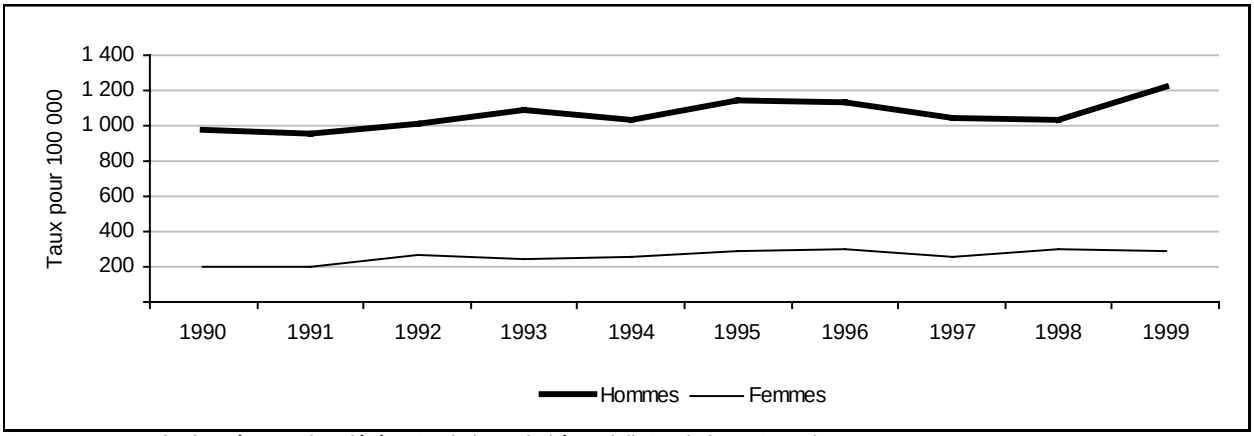
s.o. : sans objet
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.2.1 : **Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux blessures accidentelles, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.2.2 : **Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Évolution des années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux maladies cardiovasculaires

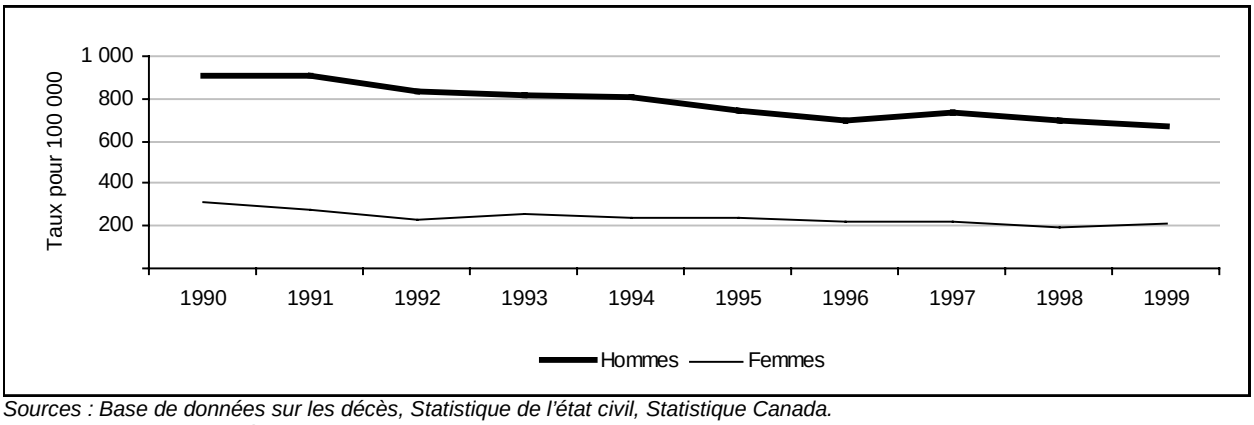
La mortalité prématurée attribuable à l'infarctus aigu du myocarde et à l'accident vasculaire cérébral a diminué de 1990 à 1999, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (*cf*. figures 7.2.3 et 7.2.4).

Pour la mortalité prématurée due à l'infarctus aigu du myocarde, la diminution a été plus importante chez les femmes que chez les hommes (*cf.* tableau 7.2.1). Le taux observé chez les femmes était respectivement de 307,5 et de 211,2 APVP pour 100 000 (en baisse de 31,3 %). Chez les hommes le taux observé était respectivement de 909,0 et de 671,9 APVP pour 100 000 (en baisse de 26,1 %) (*cf*. tableau 7.2.1).

Quant à la mortalité prématurée attribuable à l'accident vasculaire cérébral, la diminution a été plus importante chez les hommes que chez les femmes (*cf*. tableau 7.2.1). De fait, chez les hommes, le taux était respectivement de 208,3 et de 135,8 APVP pour 100 000 hommes (en baisse de 34,8 %). Chez les femmes, il était respectivement de 138,4 et de 124,4 APVP pour 100 000 femmes (en baisse de 10,1 %) (*cf*. tableau 7.2.1).

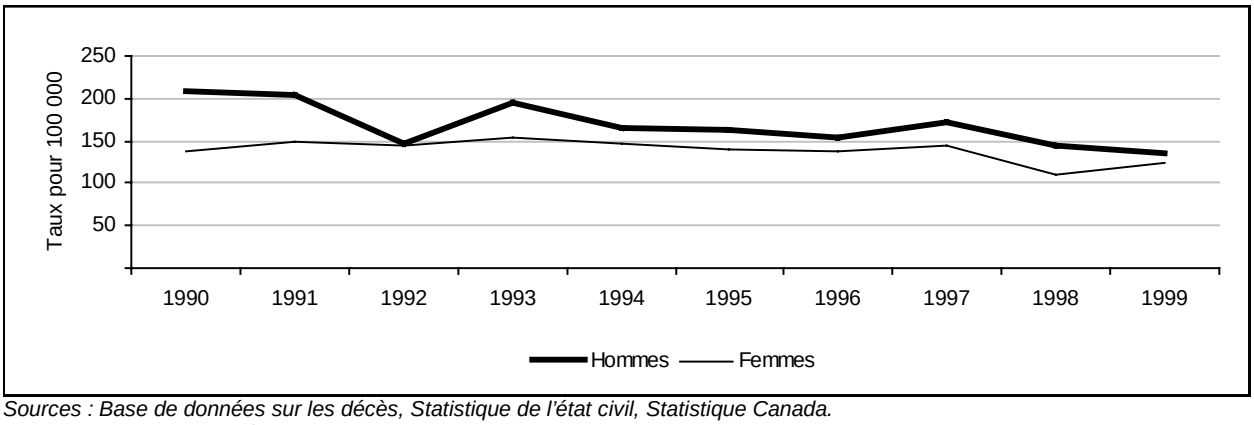
Malgré la baisse des taux d'APVP dues aux maladies cardiovasculaires, les statistiques nous démontrent que cette catégorie de maladies est beaucoup trop répandue dans notre société, malgré que des progrès aient été réalisés quand à leurs conséquences. Chaque année, de plus en plus de gens survivent à une maladie cardiovasculaire. De 1990 à 1999, la diminution des décès prématurés reliés à cette catégorie de maladies a été substantielle, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (*cf*. tableau 7.2.1). Les baisses observées des taux d'APVP dues à cette catégorie de maladies peuvent s'expliquer par les progrès de la médecine car, aujourd'hui, on connaît beaucoup mieux les mécanismes de ces maladies. De même, des progrès majeurs ont été réalisés dans les domaines de la prévention, du diagnostic, du traitement, de la réadaptation et des thérapies de récupération fonctionnelle. Tous ces éléments combinés comptent pour une bonne partie de l'amélioration remarquable du taux de survie lié à ces maladies (réf. 4).

Figure 7.2.3 : **Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.2.4 : **Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Évolution des années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer

De 1990 à 1999, la mortalité prématurée attribuable au cancer du poumon, chez les hommes, a diminué (*cf*. figure 7.2.5). De fait, en 1990, le taux observé était de 773,6 APVP pour 100 000 hommes, contre 701,1 en 1999 (en baisse de 9,4 %) (*cf*. tableau 7.2.1). Par contre, chez les femmes, on observe une augmentation importante de la mortalité prématurée pour ce type de cancer, durant cette période, avec un taux qui est passé de 312,7 à 457,1 APVP pour 100 000 (en hausse de 46,2 %) (*cf*. figure 7.2.5 et tableau 7.2.1). Les différences observées au plan des taux d'APVP dues au cancer du poumon seraient liés à l'évolution de l'usage du tabac (réf. 5).

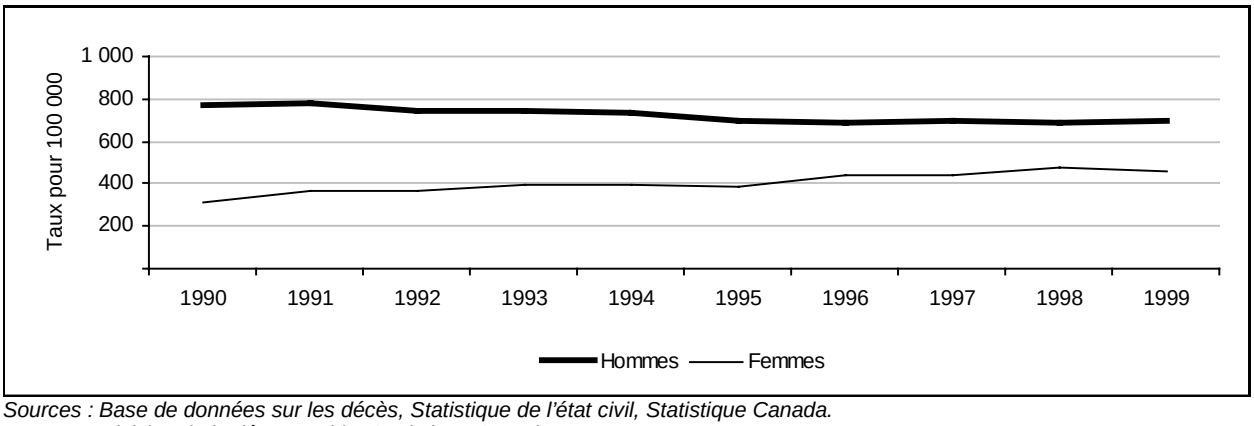
Pour la mortalité prématurée attribuable au cancer du côlon-rectum, on observe, tant chez les hommes que chez les femmes, une diminution des taux d'APVP de 1990 à 1999 (*cf.* figure 7.2.6). De fait, en 1990 et en 1999, le taux observé chez les hommes était respectivement de 224,3 et de 202,0 APVP pour

100 000 (en baisse de 9,9 %). Chez les femmes, le taux observé était respectivement de 162,2 et de 142,9 APVP pour 100 000 (en baisse de 11,9 %) (*cf*. tableau 7.2.1). Bien que la variation du taux d'APVP soit plus importante chez les femmes que chez les hommes, il n'en demeure pas moins que plus d'hommes que de femmes meurent prématurément de ce type de cancer. Selon certaines données, la baisse observée des taux d'APVP dues au cancer du côlon-rectum, chez les hommes et les femmes, pourrait s'expliquer en partie par le dépistage occasionnel de plus en plus répandu, ou encore par des changements au plan du mode de vie, notamment en ce qui concerne le régime alimentaire (réf. 6).

Quant à la mortalité prématurée attribuable au cancer de la prostate, on observe une diminution du taux d'APVP, de 1990 à 1999 (*cf*. figure 7.2.7). Durant cette période, le taux observé pour ce type de cancer était respectivement de 71,8 et de 56,4 APVP pour 100 000 (en baisse de 21,4 %) (*cf*. tableau 7.2.1). Cette diminution pourrait être attribuable à un meilleur traitement de la maladie. L'impact qu'aurait eu le dépistage précoce par le recours au test de l'antigène prostatique spécifique (APS) demeure sujet à controverse (réf. 7).

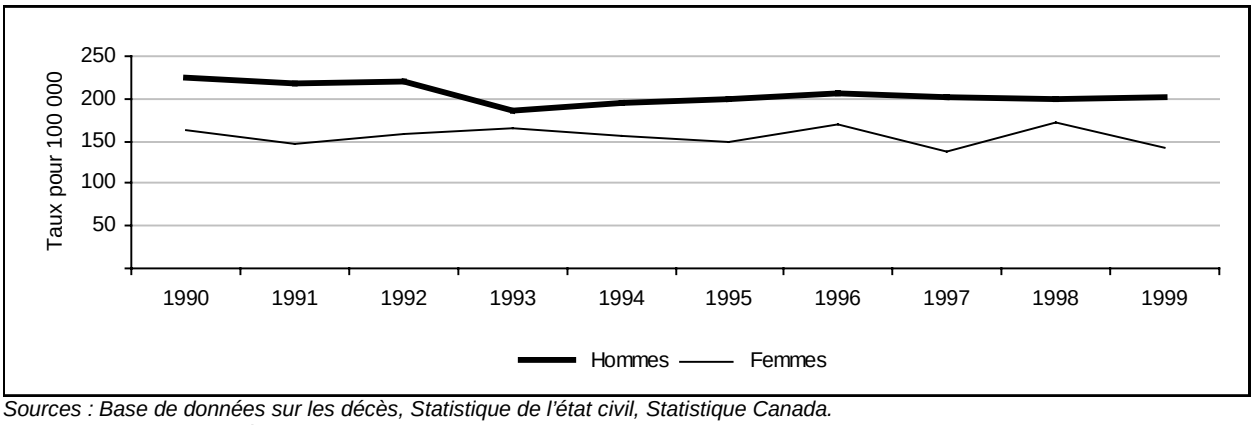
En ce qui a trait à la mortalité prématurée due au cancer du sein, on observe également une diminution du taux d'APVP, de 1990 à 1999 (*cf*. figure 7.2.7). Durant cette période, le taux observé lié au cancer du sein était respectivement de 434,0 et de 364,1 APVP pour 100 000 (en baisse 16,1 %) (*cf*. tableau 7.2.1). Cette baisse concorde avec la fréquence croissante de la mammographie, depuis le début des années 1980, et avec l'efficacité accrue des traitements (réf. 7).

Figure 7.2.5 : **Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du poumon, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999**



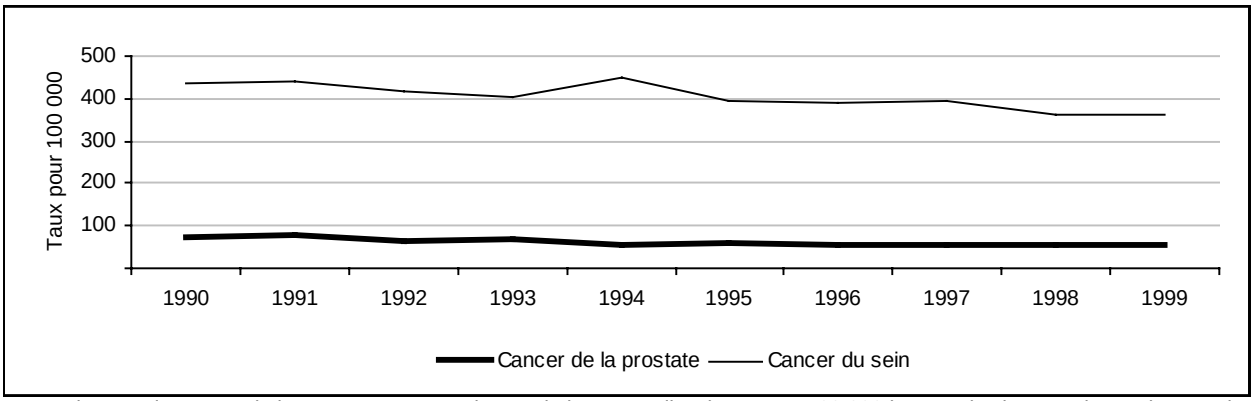
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.2.6 : **Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.2.7 : **Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec, 1990 à 1999**



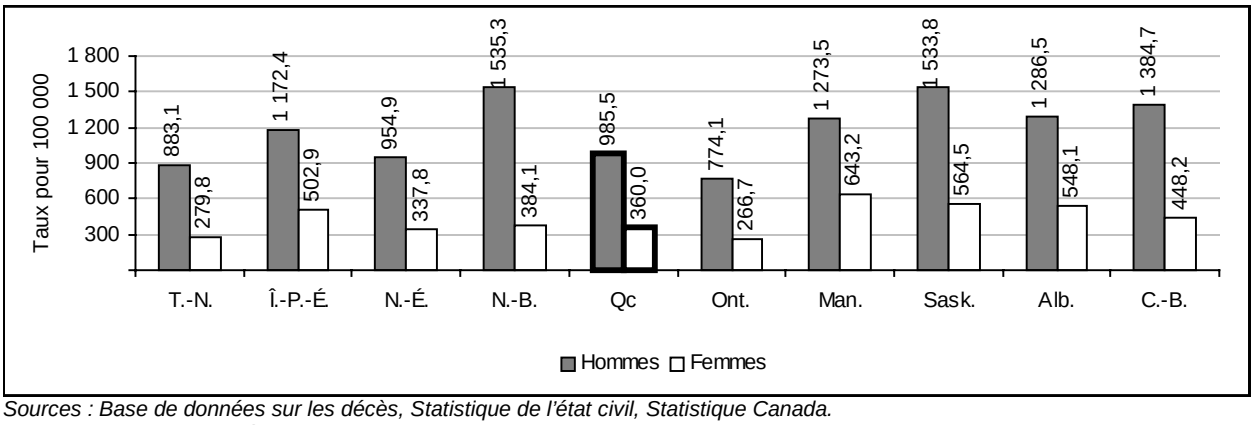
La courbe pour le cancer de la prostate porte sur la population masculine (taux pour 100 000 hommes), alors que la courbe pour le cancer du sein porte sur la population féminine (taux pour 100 000 femmes).
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux traumatismes

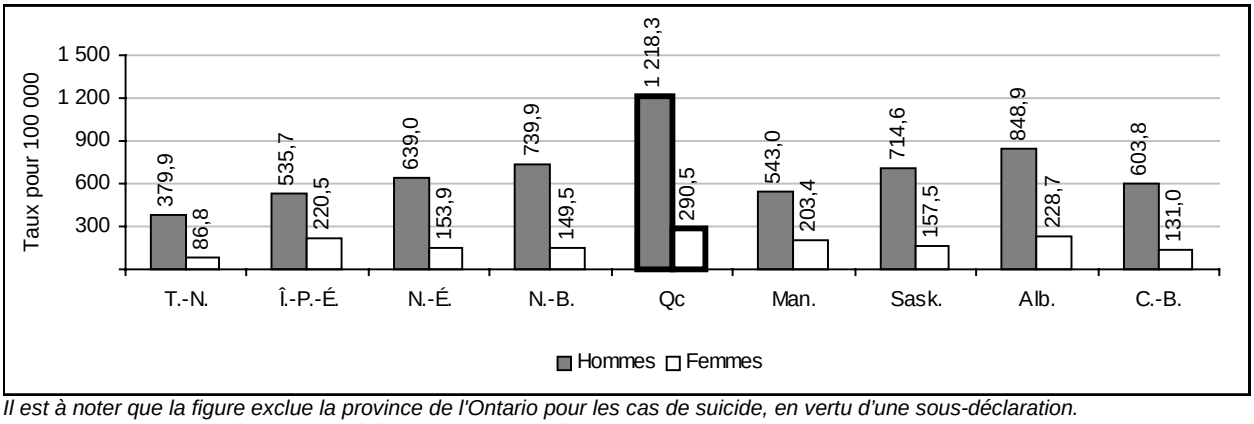
En 1999, à l'échelle canadienne, le Québec affiche un des taux les moins élevés pour la mortalité prématurée attribuable aux blessures accidentelles, chez les hommes et chez les femmes, avec des taux respectifs de 985,5 et de 360,0 APVP pour 100 000 personnes (*cf*. figure 7.2.8). Par contre, en ce qui concerne la mortalité prématurée attribuable au suicide, le Québec affiche le taux le plus élevé, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes, avec des taux respectifs de 1 218,3 et de 290,5 APVP pour 100 000 personnes (*cf*. figure 7.2.9).

Figure 7.2.8 : **Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux blessures accidentelles, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.2.9 : **Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**

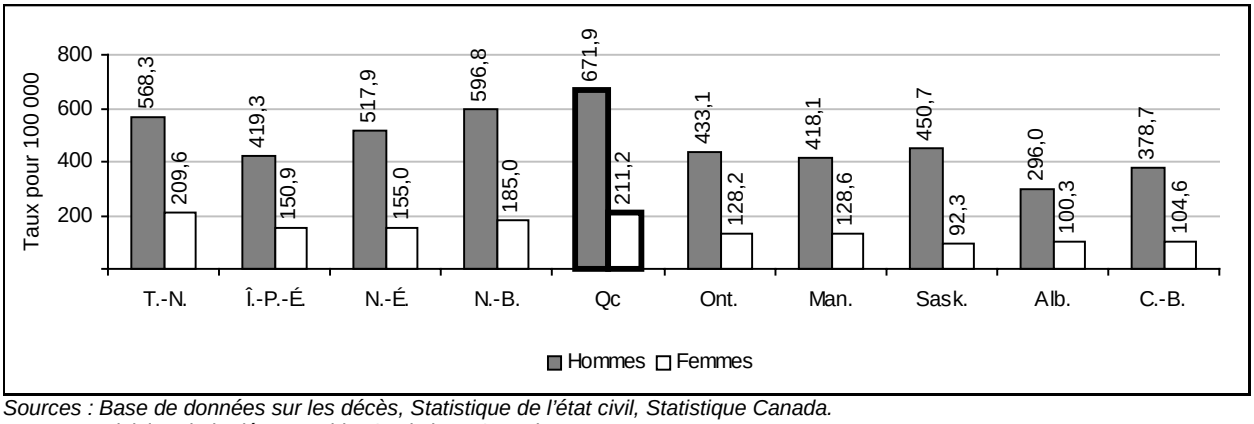


Il est à noter que la figure exclue la province de l'Ontario pour les cas de suicide, en vertu d'une sous-déclaration.
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux maladies cardiovasculaires

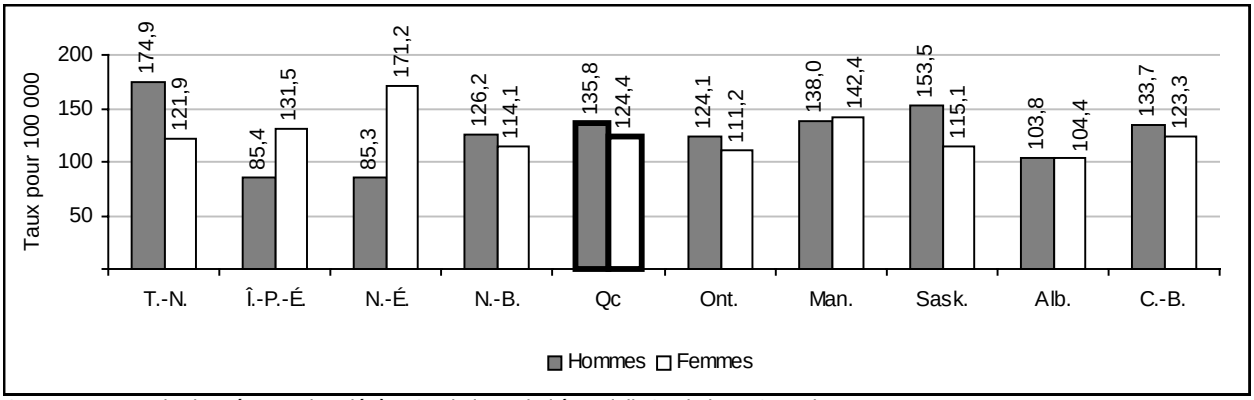
En 1999, au plan canadien, le Québec présente le taux le plus élevé pour la mortalité prématurée attribuable à l'infarctus aigu du myocarde, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes, avec des taux respectifs de 671,9 et de 211,2 APVP pour 100 000 personnes (*cf*. figure 7.2.10). Cependant, en ce qui concerne la mortalité prématurée attribuable à un accident vasculaire cérébral, le Québec présente le 4e taux d'APVP le plus élevé, chez les hommes et chez les femmes, avec des taux respectifs de 135,8 et de 124,4 APVP pour 100 000 personnes (*cf.* figure 7.2.11).

Figure 7.2.10 : **Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.2.11 : **Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



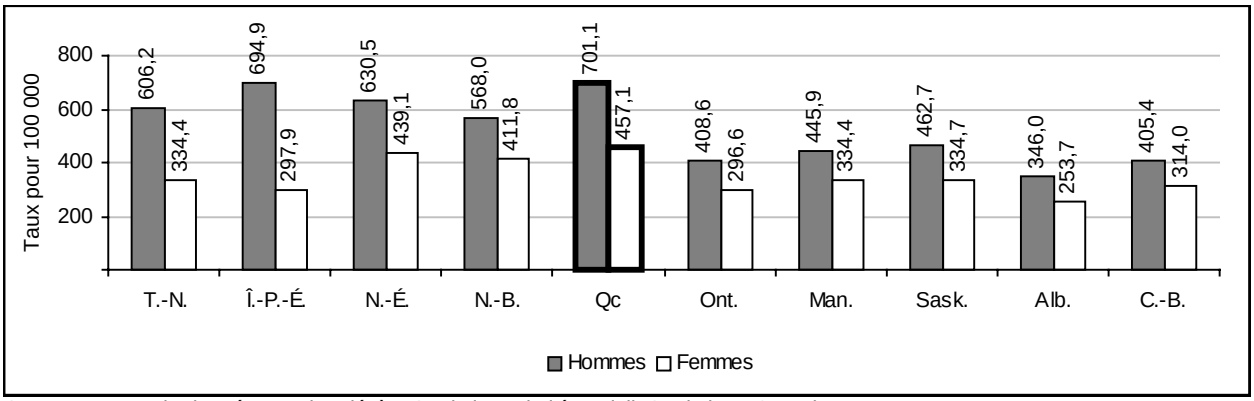
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer

En 1999, pour les autres causes de mortalité prématurée, le Québec affiche, comparé aux provinces canadiennes, le taux d'APVP le plus élevé (10e rang) pour le cancer du poumon, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes, avec des taux observés de 701,1 et de 457,1 APVP pour 100 000 personnes, respectivement *(cf*. figure 7.2.12). Ce résultat est le reflet d'une consommation de tabac élevée depuis plusieurs décennies. Quant aux APVP attribuables au cancer du côlon-rectum, une maladie liée à l'alimentation, le Québec présente également le taux le plus élevé, comparé aux provinces canadiennes, et ce, chez les hommes seulement, soit un taux observé de 202,0 APVP pour 100 000 (*cf*. tableau 7.2.13). Pour ce type de cancer chez les femmes, le Québec affiche le 3e taux le plus élevé pour la mortalité prématurée, soit un taux de 142,9 APVP pour 100 000 (*cf*. figure 7.2.13).

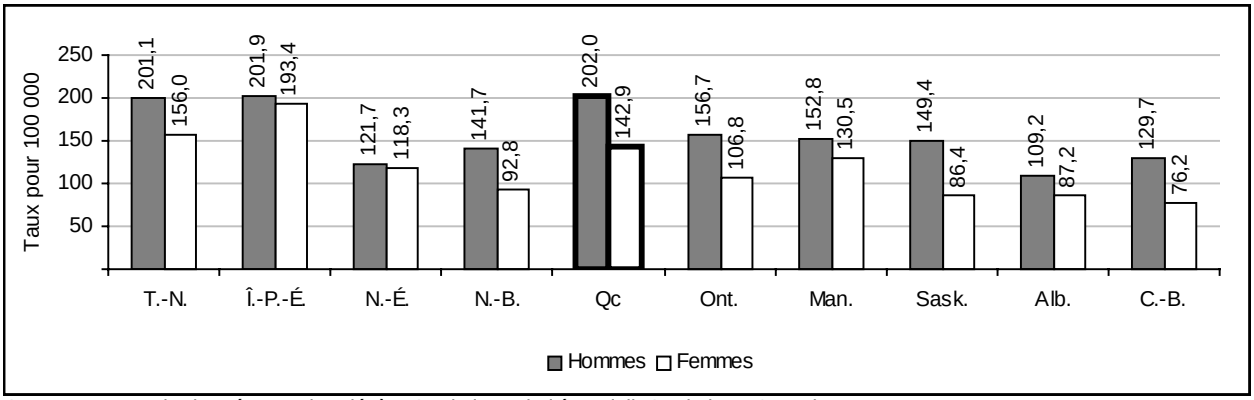
Par ailleurs, en 1999, en ce qui concerne les APVP attribuables au cancer de la prostate, le Québec présente le 6e taux d'APVP en importance, soit un taux observé de 56,4 APVP pour 100 000 hommes (*cf*. figure 7.2.14). En outre, en 1999, le Québec affiche un taux d'APVP moins élevé que plusieurs provinces pour le cancer du sein, avec le 4e taux en importance, soit un taux observé de 364,1 APVP pour 100 000 femmes (*cf*. figure 7.2.14).

Figure 7.2.12 : **Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du poumon, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



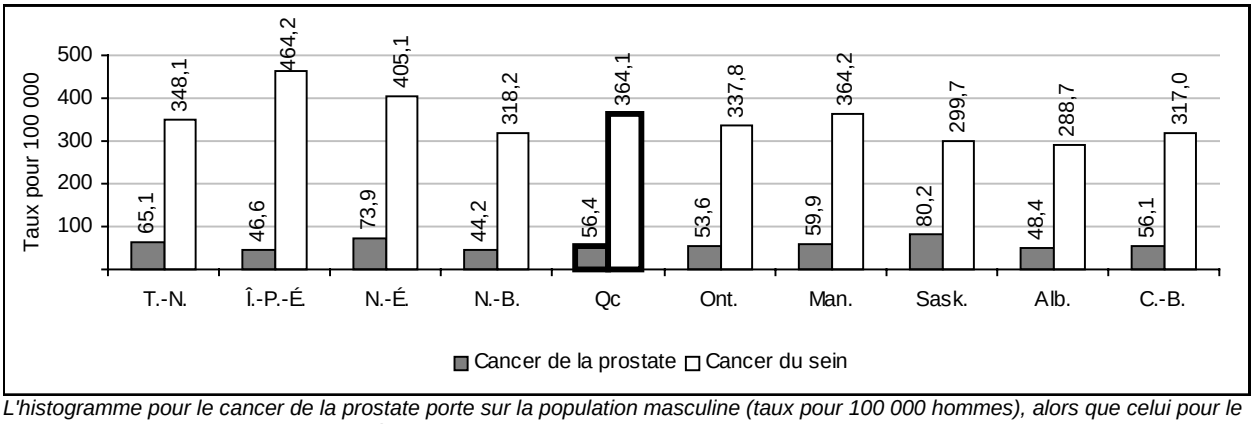
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.2.13 : **Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 1999**



Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.2.14 : **Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec et provinces canadiennes, 1999**



L'histogramme pour le cancer de la prostate porte sur la population masculine (taux pour 100 000 hommes), alors que celui pour le cancer du sein porte sur la population féminine (taux pour 100 000 femmes).
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Références

1. FTP PERFORMANCE INDICATORS REPORTING COMITTEE. Plan for FTP Reporting on 14 Indicators Areas. Consolidated draft, may 2002.

2. HAMEL, D. *Évolution des traumatismes de 1991 à 1999*, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

4. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU *QUÉBEC. Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, éditions du Trécarré, 2000, octobre 1999, 101 p.

5. CUNNINGHAM, R. *La guerre du tabac, l'expérience canadienne*, Ottawa, Centre de recherches pour le développement international, 1997, pp. 8-18.

6. BOULANGER, M. Conférence sur le cancer du côlon. Troisième colloque en oncologie, Lévis, avril 2002.

7. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. Colloques sur l'état de la recherche sur le cancer, 2000.

7.3 Le taux d'incidence de certaines maladies évitables par vaccination — Infections « invasives » à méningocoque, rougeole et infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B (*Hib*) pour les enfants âgés de moins de 5 ans

- ***Quelques mots sur les indicateurs***

Les infections « invasives » à méningocoque sont parmi les causes les plus fréquentes de méningites chez les jeunes enfants. Transmises par voie respiratoire, elles sont plus fréquentes pendant la période hivernale. Ces infections sont causées par une bactérie, le *Neisseria meningitidis,* qui comportent cinq sérogroupes : A, B, C, Y et W135. L'importance de l'un ou l'autre sérogroupe, le type de population touchée et les manifestations cliniques varient selon le temps et le lieu. Au Québec, le sérogroupe B est le plus souvent mis en évidence ; les taux d'incidence les plus élevés sont observés chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Viennent ensuite les infections de sérogroupe C, puis celles de sérogroupes Y et W135. Les infections de sérogroupe A sont rares. En 1991 et de nouveau en 2001, deux nouvelles souches de sérogroupe C ont circulé au Québec, causant un nombre accru de cas, surtout chez les jeunes âgés de moins de 20 ans. En effet, l'émergence d'une nouvelle souche dans une population cause un excès de cas typiquement chez le groupe des 0 à 20 ans, où les occasions de transmission, surtout à l'adolescence, sont particulièrement fréquentes. Le tableau clinique est alors dramatique compte tenu de la virulence de la souche ; la mortalité varie entre 10 et 20 % et les séquelles, notamment les amputations, sont nombreuses. Ce type d'éclosion est très caractéristique des *Neisseria meningitidis* en pays industrialisé. Deux campagnes de vaccination, l'une à l'hiver 1993 et l'autre à l'automne 2001, ont permis de diminuer radicalement la transmission active de la bactérie, surtout dans la population ciblée. Le vaccin employé en 1993 était un vaccin polysaccharidique dont l'efficacité et la durée de protection étaient beaucoup moindres que celles du vaccin conjugué employé à l'automne 2001, laissant présager une diminution à long terme de la circulation des *Neisseria meningitidis* de sérogroupe C dans la population québécoise.

La rougeole est en voie d'élimination au Québec. Compte tenu de sa nature très contagieuse, la rougeole a toujours été très fréquente chez les plus jeunes. Des épidémies survenaient approximativement aux cinq ans. Un premier vaccin a été introduit au Québec à la fin des années 1960. Au cours des années 1970, un deuxième vaccin a été utilisé, assez semblable à celui encore utilisé aujourd'hui. Compte tenu de son efficacité (autour de 90 %), une cohorte de personnes susceptibles de contracter la maladie était créée à chaque année, et son accumulation rendait plausible la survenue éventuelle de nouvelles épidémies. C'est ainsi qu'une deuxième dose de vaccin a été introduite à partir de 1996, pour contrer les échecs primaires de vaccination. Compte tenu de cette stratégie, adoptée également à l'échelle canadienne, le Québec à l'instar des provinces, a atteint le stade de l'élimination. À ce stade, la propagation de la transmission jusqu'à l'épidémie ne peut se produire. Toutefois, il peut y avoir une résurgence de cas, soit quand la maladie a été contractée à l'étranger, soit dans des sous-groupes de personnes non vaccinées, le plus souvent en raison de convictions religieuses. Dès lors, la surveillance et l'investigation de chaque cas deviennent primordiales.

Avant l'introduction de la vaccination, les infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B (*Hib*) étaient la cause la plus fréquente de méningite et d'épiglottite chez le tout jeune enfant ; on estimait la mortalité de 3 à 8 %. Près de 10 % des enfants infectés restaient avec des problèmes neurologiques chroniques et un autre 10 % étaient atteints d'un déficit auditif pouvant aller jusqu'à la surdité. L'introduction de la vaccination a permis une chute spectaculaire du nombre de cas chez les enfants âgés de moins de 5 ans. En 1988, un premier vaccin contre le *Hib* était offert aux enfants âgés entre 18 et 24 mois. Ce vaccin n'était pas inclus dans le programme gratuit du calendrier régulier de la vaccination, ce qui a entraîné une faible couverture vaccinale. De plus, le fait de n'administrer le vaccin qu'à compter de l'âge de 18 mois rendait l'efficacité du programme moins bonne, étant donné que le groupe d'âge le plus touché par le *Hib* était celui des moins de 1 an. En octobre 1992, le vaccin PRP-T reconstitué avec $D_{25}CT_5$ conjugué a été introduit dans le calendrier régulier de vaccination. L'offre gratuite

de ce vaccin, combinée à sa capacité d'être administré dès l'âge de 2 mois, a permis une couverture vaccinale plus complète. À compter de 1993, le nombre de cas déclarés annuellement a baissé de façon très marquée, surtout pour ce qui est des cas de méningites. Ces infections font toujours l'objet d'une surveillance particulière, mais on peut certainement conclure à une victoire sur la maladie.

- ***Méthodologie***

Les infections « invasives » à méningocoque, celles à *Haemophilus influenzae* de type B, de même que la rougeole sont des maladies à déclaration obligatoire. Ainsi, les médecins et les laboratoires, pour les deux premières entités, sont tenus de déclarer les cas diagnostiqués au Directeur de santé publique de la région. Chaque cas est investigué afin de protéger les contacts et de s'assurer, au besoin, du suivi thérapeutique. Des données sur la maladie, sur les caractéristiques des cas, y compris le statut vaccinal, sont enregistrées au fichier central MADO (MAladies à Déclaration Obligatoire) ; ce fichier n'est accessible qu'aux autorités de santé publique, et sous une forme dépersonnalisée. C'est à partir des données de ce fichier que les taux d'incidence des cas sont calculées. C'est également à partir de ce fichier que certaines données sont acheminées à Santé Canada. Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ-INSPQ) joue un rôle primordial dans l'identification et la caractérisation des souches isolées. Cette contribution est essentielle pour les trois maladies car elle guide, tantôt la thérapeutique (infections « invasives » à méningocoque), tantôt le suivi de l'élimination (infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B et rougeole). Afin de surveiller la progression vers l'élimination, un comité d'experts canadiens révise chaque année les cas déclarés de rougeole. Il importe en effet de consigner le plus d'information possible sur chaque cas et d'obtenir des cultures virales, afin de satisfaire aux normes de certification internationale de la PAHO (l'Organisation panaméricaine de la santé) et de l'OMS (Organisation mondiale de la santé).

Afin de valider les chiffres fournis à l'échelle canadienne, une lecture du fichier MADO a été effectuée le 1er avril 2002. Nous avons validé les nombres de cas d'infections « invasives » à méningocoque de sérogroupe C et autres sérogroupes, pour les années 1990 à 2000, chez les jeunes âgés de moins de 20 ans. La concordance est assez bonne, variant de 0 à 8 cas de différence selon l'année. Il est possible en effet que le nombre de cas que l'on retrouve, en 2002, dans le fichier MADO, diffère de celui compilé par les autorités de Santé Canada. En effet, ce fichier est de nature dynamique, c'est-à-dire que les données qu'il contient peuvent être modifiées en tout temps par les autorités de santé publique régionales, suite à une revue systématique des cas. Ainsi, le nombre de cas peut varier dans le temps. Pour l'année 2001, cependant, une erreur importante s'est glissée dans les chiffres canadiens. En effet, on note deux cas d'infections de sérogroupe C et 68 cas pour les autres sérogroupes, alors que les chiffres du Québec sont, respectivement, de 37 cas de sérogroupe C et de 32 cas autres. Ces derniers chiffres sont validés. Nous ferons donc les comparaisons à l'échelle canadienne en prenant l'année 2001 et en utilisant, pour le Québec, les chiffres validés.

Pour les infections à *Haemophilus influenzae* de type B et pour la rougeole, les chiffres concordent la plupart du temps, sinon les différences sont minimes. Depuis 1997, les chiffres pour la rougeole concordent parfaitement à l'exception de deux cas en 2000 et d'un cas en 1999, qui n'ont pu être validés par le comité de révision canadien. Les chiffres canadiens sont les chiffres officiels, compte tenu du processus de validation.

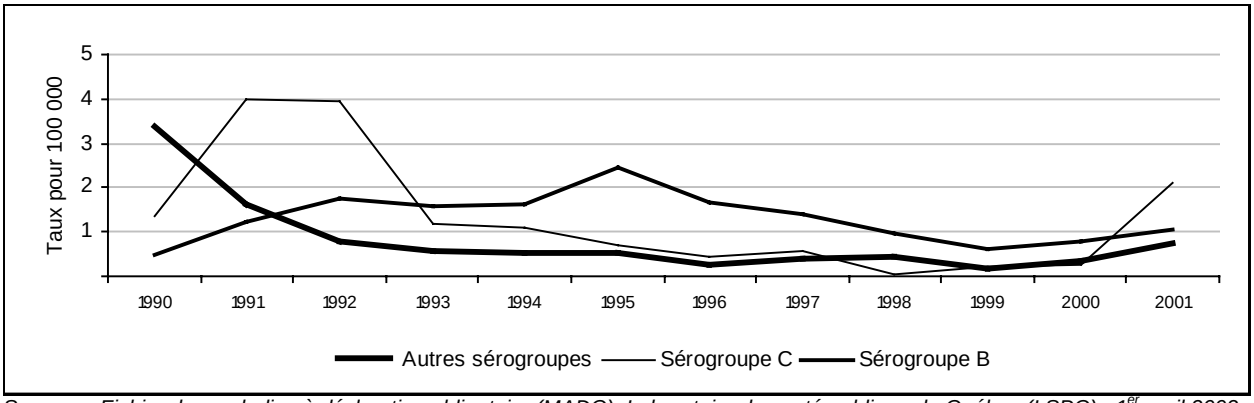
Les données sont issues d'un système passif de surveillance. Il est donc probable que le nombre de cas déclarés soit inférieur au nombre réel de cas. Pour les infections « invasives » à méningocoque, le nombre de cas, au cours des années non épidémiques, est sans doute sous-estimé. Lorsqu'il y a émergence d'une nouvelle souche, ses manifestations cliniques plus graves et le type de population atteinte incitent à la déclaration d'un plus grand nombre de cas. Par ailleurs, les programmes de surveillance de laboratoire pour les infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B et pour la rougeole ont facilité, au cours des dernières années, une déclaration plus exhaustive des cas.

Les calculs incluent l'ensemble des cas déclarés. Les taux sont présentés pour 100 000 personnes. Pour les données illustrant la situation québécoise, nous avons habituellement utilisé des taux spécifiques selon le groupe d'âge, sauf pour la rougeole, dont l'indicateur concerne l'ensemble de la population.

- ***La situation québécoise***

Les infections « invasives » à méningocoque sont endémiques (toujours présentes) au Québec. Comme nous l'avons déjà mentionné, les infections de sérogroupe B sont les plus fréquentes, suivis de celles de sérogroupe C. Le taux apparemment plus élevé d'infections de sérogroupe autres, en 1990, s'explique par le fait que plusieurs infections étaient de sérogroupe inconnu. Depuis, on consent des efforts afin de préciser cette variable. Dans les années non épidémiques, les taux d'incidence les plus élevés se retrouvent chez les enfants âgés de moins de 5 ans et, plus spécifiquement, chez les bébés de moins d'un an. Lors de l'introduction d'une nouvelle souche de sérogroupe C, comme cela s'est produit entre 1991 et 1993, ainsi qu'en 2001, bien que les taux restent plus élevés chez les tout-petits, les taux spécifiques augmentent à l'adolescence et chez les jeunes adultes. Après les campagnes massives de vaccination de 1993 et de 2001, il n'est pas rare de constater que la souche émergente continue de circuler dans la population plus âgée, comme on le constate encore actuellement en 2002. Cependant, la maladie est rare dans la population vaccinée et les quelques cas observés chez les jeunes âgés de 20 ans ou moins, qui ont été déclarés depuis la fin de la campagne, en janvier dernier, sont soit de sérogroupe autre que le sérogroupe C ou n'ont pas reçu le vaccin. L'introduction du nouveau vaccin conjugué contre les infections de sérogroupe C, dans le calendrier régulier de vaccination, permettrait une protection à plus long terme. Il n'existe malheureusement pas de vaccin contre les infections « invasives » de sérogroupe B.

Figure 7.3.1 : **Évolution du taux d'incidence des cas déclarés d'infections « invasives » à méningocoque, chez les jeunes âgés de moins de 20 ans, selon le sérogroupe, Québec, 1990 à 2001**

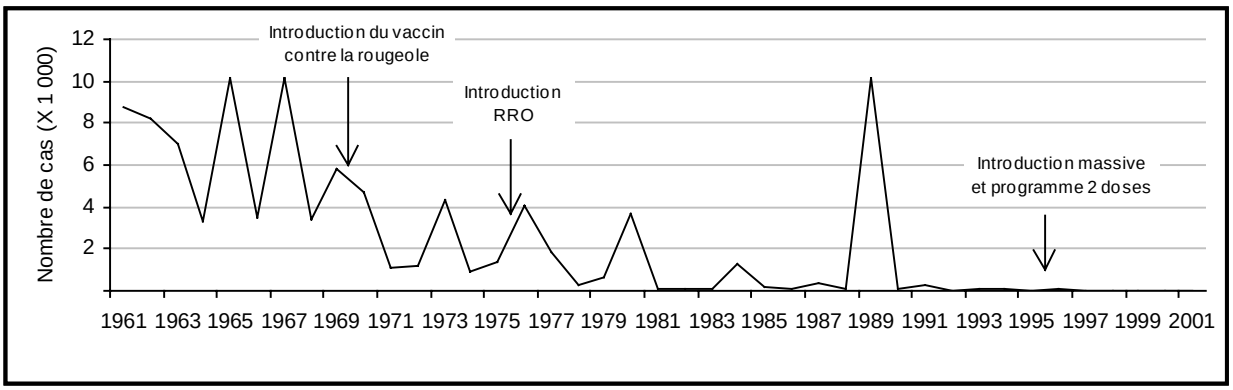


Sources : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) , 1er avril 2002.
Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, MSSS.
MSSS, juin 2002.

Comme on peut le constater, le Québec a réalisé d'immenses progrès en matière de contrôle de la rougeole. De fait, depuis l'introduction de la deuxième dose de vaccin dans le calendrier régulier de vaccination, les seuls cas diagnostiqués (moins de quatre par année, sauf en 2000) ont été contractés à l'étranger. En 2000, l'introduction d'une souche européenne, dans une petite communauté non vaccinée en raison de convictions religieuses, a donné lieu à 30 cas recensés. Malgré des contacts relativement

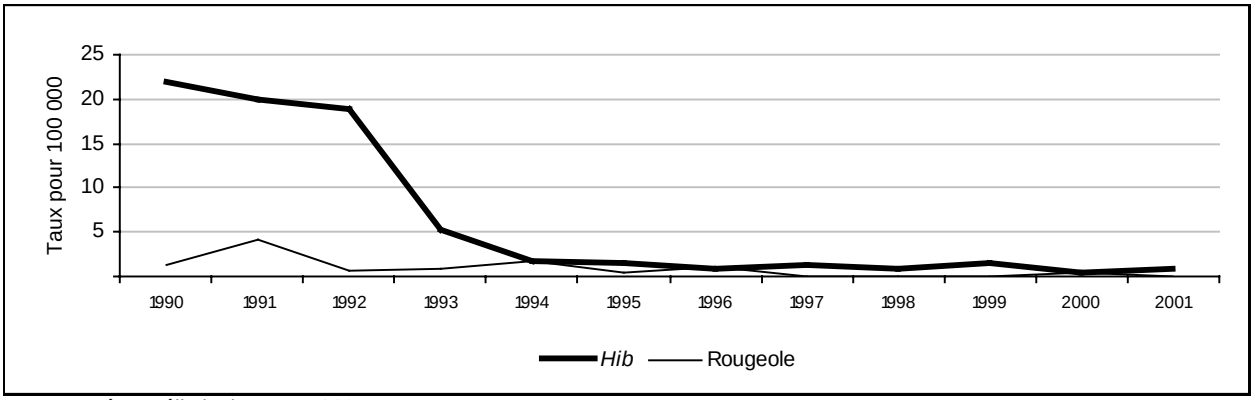
fréquents des membres de cette communauté avec le reste de la population québécoise, aucun cas n'a été diagnostiqué en dehors de la petite communauté, confirmant ainsi l'absence de transmission.

Figure 7.3.2 : **Évolution du nombre de cas déclarés de rougeole, Québec, 1961 à 2001**



Sources : Données historiques.
Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 1er avril 2002.
MSSS, juin 2002.

Figure 7.3.3 : **Évolution du taux d'incidence des infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B *(Hib),* déclarées chez les enfants âgés de moins de 5 ans, et taux d'incidence des cas de rougeole déclarés, Québec, 1990 à 2001[1]**



1. Données préliminaires pour 2001.
Sources : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 1er avril 2002.
Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, MSSS.
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

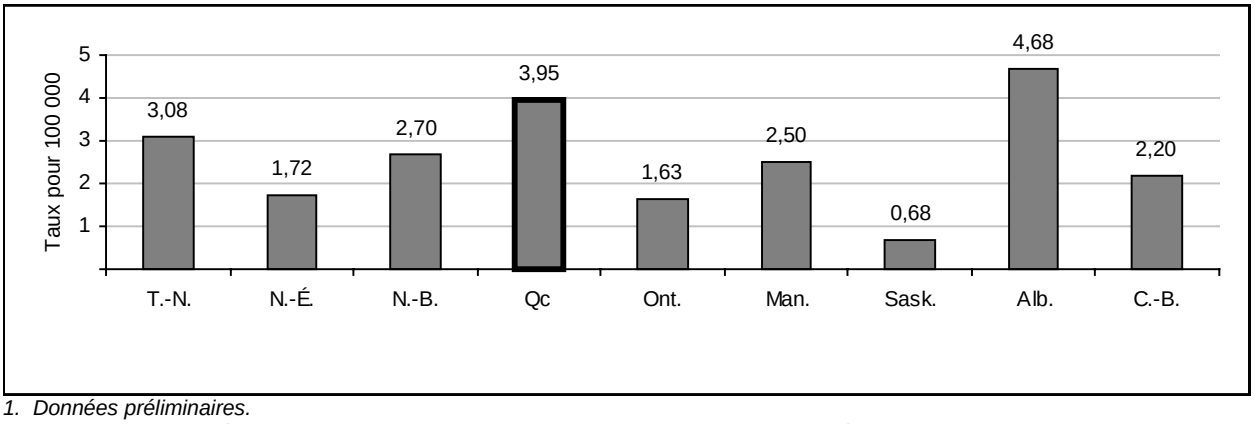
Il en est de même pour les infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B, dont le nombre a radicalement diminué après l'introduction du vaccin dans le calendrier régulier de vaccination, en 1992. Depuis, chaque cas fait l'objet d'une validation individuelle et l'investigation comporte la vérification du statut vaccinal. Entre 1995 et 1999 inclusivement, un seul échec vaccinal a été constaté après l'administration des 4 doses recommandées du vaccin. La plupart des cas encore diagnostiqués aujourd'hui sont évitables, puisqu'ils pourraient être prévenus par une vaccination adéquate. Le suivi

épidémiologique des infections « invasives » à *Hib* constitue un argument très puissant pour démontrer l'utilité de la vaccination.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Au plan canadien, l'épidémiologie des infections « invasives » à méningocoque est essentiellement la même que celle constatée au Québec, lors des années inter-épidémiques, avec une prédominance d'infections de sérogroupe B et des taux particulièrement élevés chez les tous petits, ainsi qu'un nombre moins important d'infections de sérogroupe C. Les cas d'infections de sérogroupes Y et W135 sont également plus rares. Les taux canadiens varient selon que l'une ou l'autre des provinces connaît une activité épidémique plus importante, essentiellement par l'introduction d'une souche émergente de sérogroupe C. En 2001, à l'échelle canadienne, le Québec, avec une activité épidémique importante, a enregistré le 2^{e} plus fort nombre de cas dans la population âgée de moins de 20 ans (cf. figure 7.3.4). Des campagnes de vaccinations massives ou focalisées ont également eu lieu en Alberta, au Manitoba et en Colombie-Britannique, en tenant compte de l'épidémiologie locale. Le Comité consultatif en immunisation canadien a recommandé l'introduction du vaccin conjugué contre les infections de sérogroupe C dans le calendrier régulier de vaccination.

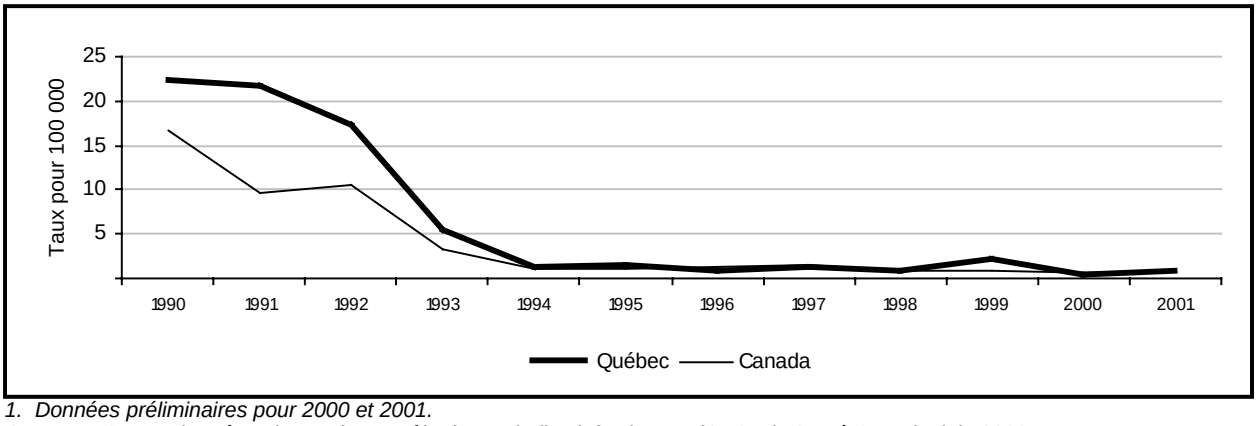
Figure 7.3.4 : **Taux d'incidence des infections « invasives » à méningocoque, déclarées chez les jeunes âgés de moins de 20 ans, Québec et provinces canadiennes, 2001[1]**



1. Données préliminaires.
Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Toutes les provinces canadiennes ont introduit, dans leur calendrier régulier, les vaccins contre les infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B, et on peut y constater la même diminution spectaculaire du nombre de cas de méningites et d'épiglottites causées par cette bactérie. En 2001, dernière année où des statistiques sont disponibles, cinq provinces ont enregistrées des cas, dont le Québec avec 3 cas chez les enfants âgés de moins de 5 ans, pour un taux d'incidence de 0,78 pour 100 000 personnes. La plupart des cas étant évitables, il importe de rester vigilant et de faire l'impossible pour rejoindre la population à vacciner.

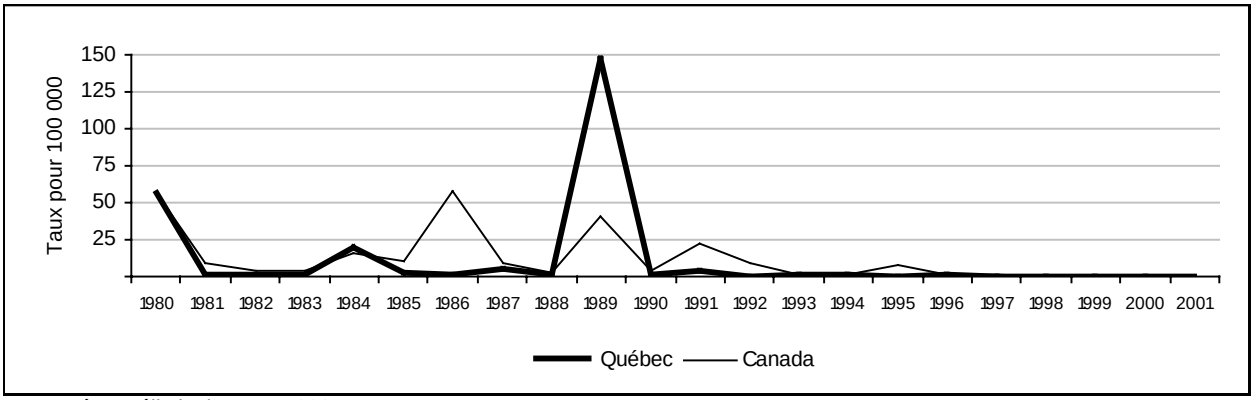
Figure 7.3.5 : **Évolution du taux d'incidence des infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B, déclarées chez les enfants âgés de moins de 5 ans, Québec et Canada, 1990 à 2001[1]**



1. Données préliminaires pour 2000 et 2001.
Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, le Canada et, par conséquent, l'ensemble des provinces canadiennes, ont atteint le stade d'élimination de la rougeole, avec l'introduction d'une 2e dose de vaccin avant l'entrée à l'école. Les cas diagnostiqués ont essentiellement contracté la maladie à l'étranger, ou encore, une souche de l'extérieur a été introduite dans une communauté où la vaccination est refusée en raison de convictions religieuses. En 2001, cinq provinces ont enregistré des cas, dont le Québec avec un cas seulement. Il faut donc redoubler d'effort pour rejoindre et convaincre les petites communautés encore susceptibles de se faire vacciner. De plus, il nous faut continuer de promouvoir la capacité d'élimination auprès de pays où la rougeole est encore endémique.

Figure 7.3.6 : **Évolution du taux d'incidence des cas déclarés de rougeole, Québec et Canada, 1980 à 2001[1]**



1. Données préliminaires pour 2001.
Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

7.4 Le taux ajusté de prévalence du diabète

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Le diabète est aujourd'hui reconnu comme étant un problème de santé publique important en raison du nombre de personnes touchées par cette maladie, de son impact sur la qualité de vie et des coûts qui lui sont associés. Il s'agit, en effet, d'un fardeau non négligeable pour la société, qui risque de s'alourdir avec le vieillissement de la population (la prévalence de la maladie augmentant avec l'âge) et l'augmentation de facteurs de risque tels l'obésité et la sédentarité. Malgré cela, il existait jusqu'à maintenant peu de données sur l'ampleur de la maladie et sur ses conséquences ; seules quelques données d'enquêtes permettaient d'en estimer la prévalence, soit le nombre de personnes atteintes de diabète dans la population.

La prévalence du diabète peut maintenant être mesurée, au Québec, à partir de données issues de fichiers administratifs plutôt que de données d'enquêtes. Ces premières données proviennent d'une étude pilote sur la faisabilité de développer un système québécois de surveillance du diabète à partir de données issues de fichiers administratifs. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de développer ce système. En plus de mesurer la prévalence de la maladie, le système de surveillance du diabète permettra notamment de développer des indicateurs d'incidence, de mortalité, de complications et de comorbidités, de coûts et de niveaux de consommation de services et de médicaments.

- ***Méthodologie***

Le modèle retenu pour définir un cas de diabète, et ainsi mesurer la prévalence de la maladie, est celui du *Système national de surveillance du diabète (SNSD)*, projet coordonné par Santé Canada auquel le Québec participe. Le SNSD, une composante de la Stratégie canadienne sur le diabète, est un nouveau projet qui permet, entre autres, aux provinces et aux territoires y prenant part, de produire des données comparables sur le diabète. La définition de cas retenue par le SNSD est tirée de *Blanchard et al. (1996*) (réf. 1) et a fait l'objet de validations dans certaines provinces. Plusieurs projets de validation sont encore en cours et d'autres sont à venir, afin de s'assurer d'une définition de cas la plus fiable possible. Ainsi, les résultats présentés doivent être considérés comme provisoires. Les données nécessaires à l'application du modèle proviennent du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) et du Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec, de même que du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du MSSS. Elles couvrent cinq années financières (1er avril au 31 mars), de 1995-1996 à 1999-2000.

Les diagnostics de diabète (Code CIM-9 : 250) inscrits au Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ, et à celui des hospitalisations en soins de courte durée de MED-ÉCHO, servent à identifier les cas. Une personne est dite diabétique si, au cours d'une période de deux ans (730 jours), elle a, soit deux diagnostics de diabète inscrits au fichier des services médicaux, soit un diagnostic de diabète parmi les trois premiers diagnostics inscrits au fichier des hospitalisations[1] [2].

La date d'identification du cas correspond à la première date qui répond à l'un ou l'autre de ces critères. Dans une situation où un diagnostic de diabète se trouve dans les deux fichiers, et où la date

1. Les trois premiers diagnostics incluent le diagnostic principal et les deux premiers diagnostics secondaires.
2. Encore en cours de validation afin de s'assurer qu'elle soit la plus fiable et la plus intégrale possible, cette définition rencontre certains obstacles, dont ceux relatifs aux limites inhérentes aux fichiers administratifs utilisés. Par exemple, on sait que le code de diagnostic n'est pas toujours présent au Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.

d'enregistrement au fichier des services médicaux précède la date d'hospitalisation d'au plus 730 jours, la date d'identification correspond alors à la date de l'enregistrement au fichier des services médicaux.

Sont exclues les personnes âgées de moins de 20 ans car la définition de cas est en cours de validation pour ces personnes. Les enregistrements n'ayant pas de numéro d'assurance maladie valide selon nos critères (numéros temporaires ou fictifs) sont également exclus.

Le nombre de cas prévalents d'une année financière donnée est calculé en additionnant les cas prévalents à la fin de l'année financière précédente (les personnes décédées pendant cette période sont ainsi exclues) aux nouveaux cas identifiés au cours de cette année. La prévalence relative (ou taux de prévalence) du diabète est définit comme le rapport du nombre de cas prévalents sur la population au milieu de l'année financière. Un estimé de population au 1er juillet sert d'approximation à la population au milieu de l'année financière[3].

Prévalence relative pour l'année financière (x) =

$$\frac{[\text{cas prévalents à la fin de l'année financière (x-1)} + \text{nouveaux cas diagnostiqués au cours de l'année financière (x)}]}{\text{Population au milieu de l'année financière (x)}} \times 100$$

Les prévalences relatives globales chez les personnes âgées de 20 ans ou plus sont ajustées en fonction de la structure par âge, sexes réunis, de la population canadienne en 1991, selon la méthode de standardisation directe. Les 11 groupes d'âge retenus par le SNSD ont été utilisés pour la standardisation et pour établir les courbes selon l'âge et le sexe. Les taux sont toujours présentés en pourcentage.

Bien que les données couvrent cinq années financières, les analyses portent sur les trois dernières seulement. Cette restriction de l'horizon temporel tient à la nécessité d'assurer la fiabilité et la stabilité des mesures de prévalence par une période d'attente s'étalant de trois à cinq ans. Il s'agit là d'une condition requise à l'identification de personnes dont le diagnostic de diabète serait enregistré ultérieurement aux années observées et/ou dont le diagnostic ne serait pas inscrit prioritairement au fichier des services médicaux. Si les analyses couvraient cinq années, les prévalences des premières années seraient vraisemblablement sous-estimées, ce qui donnerait lieu à une augmentation exagérée et artificielle de la prévalence dans le temps. Ainsi, même les écarts entre les trois années d'observation présentées ne peuvent être interprétés comme une tendance effective. Le SNSD est un nouveau système dont la méthodologie évoluera au cours des prochaines années.

En raison de la définition de cas, les données de prévalence des années 1998-1999 et 1999-2000 sont minimales, en plus d'être provisoires, puiqu'elles ne tiennent pas compte d'individus qui répondront aux critères d'identification (avec une date d'identification au cours de l'année 1998-1999 ou 1999-2000), lorsque des données d'années subséquentes seront intégrées à l'analyse. En effet, le suivi de 730 jours n'était pas complété pour ces deux années. On peut s'attendre à ce que cinq années complètes de mesure de prévalence suivant une période d'attente définie soient nécessaires pour s'assurer que les personnes qui auraient pu être identifiées diabétiques avant l'implantation du système soient classées de façon appropriées.

3. Le dénominateur utilisé au Québec diffère de celui du modèle du SNSD. En effet, au Québec, on s'appuie sur des perspectives démographiques (au 1er juillet) plutôt que sur le registre d'assurance maladie comme le propose le SNSD. Le modèle de données du SNSD inclut l'ensemble des personnes assurées, duquel découle le dénominateur. Au Québec, la banque de données utilisée n'inclut que des personnes sujettes à répondre à la définition de cas, et non l'ensemble de la population assurée. Ainsi, le dénominateur ne peut découler de cette banque. Les perspectives démographiques du Québec ont donc été retenues comme dénominateur, celles-ci offrant le double avantage d'être bien établies et ajustées pour tenir compte du sous-dénombrement et du sur-dénombrement de certains groupes au sein de la population.

Sources de données

Numérateur :

Fichiers des services médicaux rémunérés à l'acte, RAMQ ;
Fichier d'inscription des personnes assurées, RAMQ ;
Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS.

Dénominateur :

Perspectives démographiques basées sur le recensement de la population de 1996, version juin 2000, Service du développement de l'information, MSSS.

Modèle et programmation :

Système national de surveillance du diabète.

Les taux ont été ajustés selon le sexe et l'âge en utilisant la méthode d'ajustement directe et la population canadienne au 1er juillet comme population de référence.

- ***La situation québécoise***

Le tableau 7.4.1 présente les taux ajustés de prévalence (prévalence relative ajustée) du diabète selon le sexe, pour les années 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000. D'après la méthodologie utilisée, la prévalence relative du diabète, au Québec, en 1999-2000, est de 4,7 % chez les personnes âgées de 20 ans ou plus, une fois ajustée selon la structure par âge de la population canadienne en 1991. Elle est de 5,2 % chez les hommes et de 4,3 % chez les femmes. Rappelons que l'augmentation observée entre les trois années présentées doit être interprétée avec prudence, puisque l'on sait qu'il y a une certaine sous-estimation de la prévalence pour les premières années d'observation.

Tableau 7.4.1 : **Taux ajusté[1] de prévalence (prévalence relative ajustée) du diabète chez les personnes âgées de 20 ans ou plus, selon le sexe, Québec, 1997-1998 à 1999-2000 (données provisoires)**

	Femmes (%)	Hommes (%)	Sexes réunis (%)
1997-1998	3,8	4,6	4,1
1998-1999[2]	4,1	5,0	4,5
1999-2000[2]	4,3	5,2	4,7

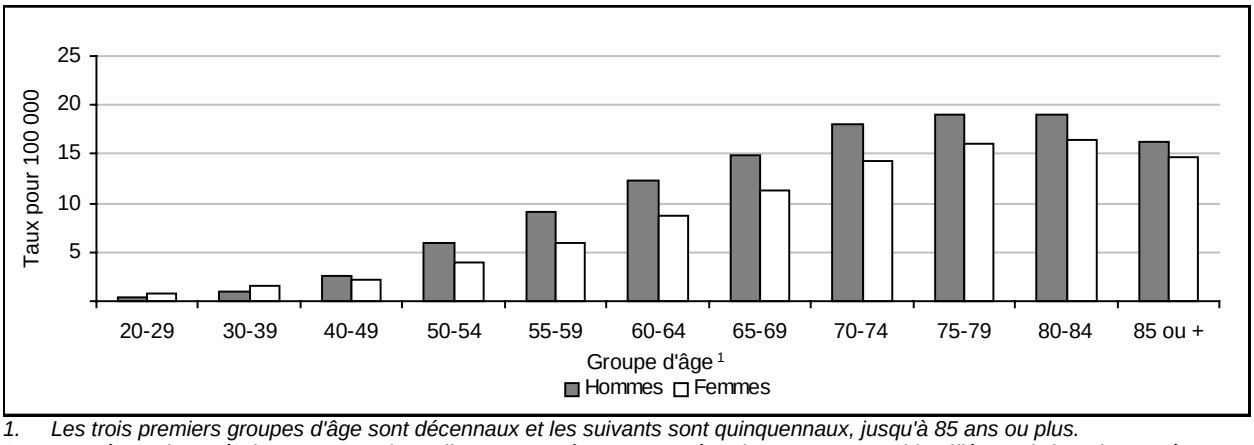
1. Les prévalences relatives sont ajustées selon la structure par âge, sexes réunis, de la population canadienne en 1991. Il est à noter que les prévalences relatives ajustées pour les deux sexes réunis sont les mêmes, à la décimale près, qu'elles soient standardisées selon l'âge seulement (c'est-à-dire sexes réunis) ou selon l'âge et le sexe.

2. Données sujettes à changement. puisqu'elles pourront être augmentées de nouveaux cas identifiés par l'ajout des années d'observation 2000-2001 et 2001-2002.

Sources : Fichiers des services médicaux rémunérés à l'acte, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Fichier d'inscription des personnes assurées, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
Perspectives démographiques, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
INSPQ, juin 2002.

La figure 7.4.1 montre les courbes de la prévalence relative du diabète au Québec pour l'année 1999-2000, selon les groupes d'âge retenus par le SNSD et le sexe. Pour les deux sexes, la prévalence relative augmente avec l'âge jusqu'aux groupes d'âge plus avancés, où elle diminue. Elle atteint un sommet de 19,1 % chez les hommes âgés de 75 à 79 ans et de 16,4 % chez les femmes âgées de 80 à 84 ans. La surmortalité des personnes diabétiques, l'effet des petits nombres et possiblement la sous-estimation du nombre de cas de diabète dans les groupes d'âge plus avancés, dus aux limites des fichiers administratifs utilisés, sont des facteurs qui pourraient expliquer la baisse de la prévalence relative chez les personnes plus âgées. Aussi, à l'exception des personnes âgées de 20 à 39 ans, on remarque que les prévalences relatives sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge. Le diabète gestationnel, qui n'est pas différencié des autres types de diabète pour l'instant, expliquerait en partie que la prévalence relative soit plus élevée chez les femmes âgées de 20 à 39 ans que chez les hommes du même âge.

Figure 7.4.1 : **Prévalence relative du diabète chez les hommes et les femmes âgés de 20 ans ou plus, selon le groupe d'âge[1], Québec, 1999-2000[2]**



1. Les trois premiers groupes d'âge sont décennaux et les suivants sont quinquennaux, jusqu'à 85 ans ou plus.
2. Données sujettes à changement puisqu'elles pourront être augmentées de nouveaux cas identifiés par l'ajout des années d'observation 2000-2001 et 2001-2002.

Sources : Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Fichier d'inscription des personnes assurées, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
Perspectives démographiques, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
INSPQ, juin 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Étant donné le développement récent du *Système national de surveillance du diabète* (SNSD), les comparaisons interprovinciales ne sont pas présentées dans ce rapport.

Références

1. BLANCHARD, J.F., S. LUDWIG, A. WAJDA, H. DEAN, K. ANDERSON, O. KENDALL et N. DEPEW (1996). " Incidence and prevalence of diabetes in Manitoba, 1986-1991 ", *Diabetes Care*, 1996 19, pp. 807-11.

2. VAN TIL, L. (2001). " Diabetes Validation Project, Prince Edward Island ", PEI Dept. Health and Social Services, Queen's Printer, Charlottetown, Prince Edward Island, 28 p.

8. LES DÉLAIS D'ATTENTE POUR ACCÉDER AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS

FAITS SAILLANTS

Les délais d'attente pour les personnes ayant utilisé les services médicaux et hospitaliers

En 1998, au Québec, 61,5 % des personnes qui ont consulté un médecin généraliste avaient, au préalable, pris un rendez-vous ; cette proportion atteint 93,0 % quand il s'agit d'un médecin spécialiste.

Parmi les personnes ayant consulté un médecin généraliste avec rendez-vous, une sur six a obtenu une consultation la journée même de la prise du rendez-vous. Plus de la moitié d'entre elles ont pu rencontrer le médecin en moins d'une semaine, et plus de huit personnes sur dix, en moins d'un mois. Moins de 3 % de ces personnes ont dû attendre trois mois ou plus avant d'obtenir leur consultation.

En ce qui concerne les consultations auprès de médecins spécialistes, les délais sont sensiblement plus longs. Seulement 5 % des personnes ont obtenu une consultation la journée même de la prise du rendez-vous. Une personne sur quatre a obtenu une consultation en moins d'une semaine, et six sur dix, en moins d'un mois. Près de 12 % d'entre elles ont dû attendre trois mois ou plus.

Une forte proportion des personnes ayant consulté un médecin avec un rendez-vous considèrent les délais d'attente comme acceptables. En fait, la proportion atteint 87 % dans le cas des consultations auprès des généralistes et 81 % pour celles obtenues auprès des spécialistes.

En ce qui concerne le recours à la chirurgie d'un jour ou à l'hospitalisation, le délai d'attente a été calculé entre le moment où la personne a été informée par son médecin qu'elle devait être traitée en chirurgie d'un jour ou admise à l'hôpital et le moment effectif de son traitement ou de son admission.

En 1998, au Québec, près de huit personnes sur dix ont été hospitalisées dans un délai inférieur à une semaine. Un peu moins de 7 % ont dû attendre trois mois ou plus. Près de 86 % des personnes hospitalisées considèrent les délais d'attente comme acceptables.

Pour ce qui est de la chirurgie d'un jour, les délais sont plus longs. Cependant, il s'agit ici essentiellement de cas électifs. En 1998, moins du quart des Québécois ont été traités en chirurgie d'un jour dans un délai inférieur à une semaine. Un peu moins de la moitié ont été traités en moins d'un mois, mais un sur cinq a dû attendre trois mois ou plus. Le quart des personnes considèrent cette attente un peu ou trop longue.

8.1 Les délais d'attente pour les personnes ayant utilisé les services médicaux et hospitaliers

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Deux types de délai d'attente ont été analysés. Le premier concerne les personnes ayant pris un rendez-vous chez le médecin. Dans leur cas, la durée d'attente est celle calculée entre la prise de rendez-vous et le moment de la consultation auprès du médecin. Le deuxième concerne les personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont été traitées en chirurgie d'un jour. On a demandé aux personnes de qualifier la durée de l'attente entre le moment où le médecin les a informées qu'elles devaient être admises à l'hôpital et le moment de cette admission.

Il est à noter que les informations obtenues sont partielles et comportent certaines limites. Ainsi, l'admission d'une personne à l'hôpital peut parfois comporter une série de délais. Il y a d'abord le délai initial pour obtenir un rendez-vous avec un médecin et les délais successifs si le patient est référé à d'autres médecins pour consultation. Il peut également y avoir d'autres délais parfois importants pour obtenir des tests, des examens ou d'autres procédures diagnostiques avant, finalement, que soit prise la décision du médecin d'hospitaliser le patient.

Par ailleurs, la longueur du délai n'est pas nécessairement un problème en soi. Les rendez-vous pris auprès d'un médecin dans le cadre d'un suivi médical régulier peuvent avoir été planifiés longtemps à l'avance. Ce qui apparaît alors comme un long délai d'attente peut être tout à fait convenable pour le patient. Cette difficulté d'appréciation a été prise en considération en demandant aux personnes interviewées si elles considéraient acceptable la durée d'attente.

Soulignons enfin que les résultats portent sur l'année 1998. Rien n'est moins sûr que les résultats obtenus alors seraient les mêmes aujourd'hui. Reste à savoir si l'opinion généralement admise que l'accessibilité aux services de santé s'est dégradée au cours des dernières années se traduiraient par des résultats différents aujourd'hui.

- ***Méthodologie***

Les résultats sur les délais d'attente proviennent de calculs effectués à partir de certaines données tirées de l'Enquête sociale et de santé qui a été menée par l'Institut de la statistique du Québec, en 1998. Comme il s'agit d'informations qui ont été obtenues lors d'entrevues, il existe un biais potentiel parce que l'on fait appel à la mémoire des personnes interviewées.

<u>Les délais d'attente chez les personnes qui ont eu recours aux services d'un médecin</u>

Le recours aux services d'un médecin est établi, dans l'enquête, en fonction des personnes qui rapportent avoir consulté un médecin au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Le choix des responsables de l'enquête de s'en tenir à une si courte période avait pour but de limiter le plus possible les biais de mémoire de la part des répondants. Dans le cas des personnes qui auraient consulté plus d'un médecin au cours de la période de deux semaines, la mesure porte sur la dernière consultation.

Le taux de non-réponse partielle à chacune des questions est inférieur à 5 %.

Les délais d'attente chez les personnes qui ont eu recours à la chirurgie d'un jour ou qui ont été hospitalisées

En ce qui concerne particulièrement la chirurgie d'un jour, celle-ci a été présentée aux personnes interviewées comme une opération ayant eu lieu à l'hôpital sans que le patient y passe la nuit. Il est probable que la compréhension de ce qu'est une chirurgie d'un jour ait pu varier d'un individu à l'autre. Pour certaines personnes, les interventions mineures effectuées en clinique externe ont pu être considérées comme des chirurgies.

La mesure du recours à la chirurgie d'un jour a été obtenue auprès des personnes qui rapportent avoir reçu un tel traitement aux cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Le recours à l'hospitalisation, quant à lui, se rapporte aux personnes qui, au cours de la même période, ont passé au moins une nuit à l'hôpital. La mesure porte sur le dernier épisode de chirurgie d'un jour ou la dernière hospitalisation.

Bien que les résultats concernant le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation soient présentés dans le même tableau, il est bon de rappeler que, dans le cas des personnes hospitalisées, l'ensemble des raisons possibles d'hospitalisation ont été considérées et non seulement les cas de chirurgie. Il faut donc être prudent lorsque l'on veut établir certaines comparaisons entre les deux types de services.

Compte tenu des faibles proportions de personnes qui ont été hospitalisées ou traitées en chirurgie d'un jour, les résultats exposés dans cette section s'appuient sur un échantillon dont la taille est réduite. Il faut donc garder à l'esprit que les marges d'erreur statistique s'accroissent lorsque la taille d'un échantillon diminue. Plus cette taille est faible, plus les écarts entre les sous-groupes doivent être prononcés pour être jugés statistiquement significatifs.

Par ailleurs, mentionnons que le taux de non-réponse partielle est inférieure à 2 % pour toutes les questions portant sur l'hospitalisation et la chirurgie d'un jour.

- ***La situation québécoise***

Les délais d'attente compris entre la prise de rendez-vous et la consultation auprès d'un médecin

Les résultats se rapportent aux personnes qui ont consulté un médecin au cours des deux semaines précédant leur interview, en ayant pris préalablement un rendez-vous. Les consultations sans rendez-vous à la salle d'urgence d'un hôpital, en clinique privée ou au CLSC sont donc exclues des résultats. Parmi les personnes qui ont consulté un médecin généraliste, 61,5 % l'ont fait avec rendez-vous. Cette proportion est de 93,0 % chez les personnes ayant consulté un spécialiste.

Parmi les personnes ayant consulté un médecin généraliste avec rendez-vous, une personne sur six (16 %) a consulté la journée même de la prise du rendez-vous, un tiers (34 %) en moins d'une semaine et un autre tiers (32 %) durant une période allant d'une semaine à un mois. Le délai a été supérieur à un mois dans moins de 20 % des cas.

Les délais sont plus longs pour les consultations auprès de médecins spécialistes. Le quart (25 %) des consultations ont eu lieu en moins d'une semaine après la prise du rendez-vous, 37 % entre une semaine et un mois, 26 % entre un et trois mois et 12 % après trois mois.

Tableau 8.1.1 : **Proportion des consultations avec rendez-vous parmi l'ensemble des consultations, et proportion des consultations avec rendez-vous selon le temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation auprès d'un médecin, au cours d'une période de deux semaines précédant l'enquête, selon la catégorie de médecin et le lieu de la consultation, Québec, 1998**

Catégorie de médecin / lieu de la consultation	Avec rendez-vous	Moins d'un jour	Un jour à moins d'une semaine	Une semaine à moins d'un mois	Un mois à moins de trois mois	Trois mois ou plus
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Médecin généraliste						
Bureau / clinique privée	63,5	16,7	35,3	31,0	14,1	2,9
CLSC	48,0	10,5	26,1	41,3	21,9	0,3
Clinique externe d'un hôpital	55,8	10,7	31,7	36,3	16,3	5,1
Total	**61,5**	**15,8**	**34,4**	**32,1**	**14,8**	**2,9**
Médecin spécialiste						
Bureau / clinique privée	92,3	5,2	21,3	36,5	26,5	10,5
Clinique externe d'un hôpital	92,9	5,2	18,7	37,7	25,6	12,9
Total	**93,0**	**5,2**	**20,0**	**37,3**	**26,0**	**11,5**

Source : Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec.
MSSS, août 2002.

Une forte proportion de personnes considèrent comme acceptable le délai écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation : 87 % pour les consultations de généralistes et 81 % pour la consultation de spécialistes. Évidemment, plus le délai écoulé est long, plus l'appréciation devient négative. Chez les personnes ayant attendu moins d'une semaine, plus de 90 % jugent ce délai acceptable, aussi bien pour celles ayant consulté un généraliste que pour celles ayant consulté un spécialiste. Lorsque le délai d'attente dépasse un mois, ce pourcentage est beaucoup plus faible. Il est d'environ 70 % pour les consultations auprès de généralistes dont le délai dépasse un mois. Il est de 67 % pour les consultations de spécialistes dont le délai se situe entre un et trois mois, et de seulement 61 % pour les consultations survenues après un délai de plus de trois mois.

Tableau 8.1.2 : **Répartition en pourcentage des personnes qui jugent « acceptable », « un peu long » ou « trop long » le délai d'attente entre le moment où elles ont pris rendez-vous avec leur médecin et le moment de la consultation, selon la durée du délai et la catégorie de médecin, Québec, 1998**

Délai d'attente	Médecin généraliste			Médecin spécialiste		
	Acceptable (%)	Un peu long (%)	Trop long (%)	Acceptable (%)	Un peu long (%)	Trop long (%)
Moins d'un jour	98,2	1,4	0,4	99,3	0,7	-
Un jour à moins d'une semaine	92,2	3,6	4,2	94,3	1,9	3,8
Une semaine à moins d'un mois	84,9	9,3	5,7	88,4	6,9	4,8
Un mois à moins de trois mois	72,0	9,0	18,9	66,7	16,1	17,3
Trois mois et plus	70,9	8,0	21,0	60,6	12,3	27,1
Total	**87,2**	**6,0**	**6,8**	**81,3**	**8,6**	**10,1**

Source : Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec.
MSSS, août 2002.

Les délais d'attente avant d'être traité en chirurgie d'un jour ou avant d'être admis à l'hôpital

Les résultats se rapportent aux personnes qui déclarent avoir été traitées en chirurgie d'un jour ou avoir été hospitalisées au cours des 12 mois qui ont précédé leur interview. Les temps d'attente entre les deux groupes ne sont pas directement comparables. Les personnes hospitalisées sont en moyenne plus âgées que celles traitées en chirurgie d'un jour. De plus, cette clientèle comporte une proportion importante de cas urgents, alors que la clientèle en chirurgie d'un jour est composée essentiellement de cas électifs. Selon que l'on considère l'une ou l'autre de ces clientèles, le temps d'attente a donc une signification et des conséquences tout à fait différentes.

Comme le montrent les données du tableau 8.1.3, les délais sont plus longs en chirurgie d'un jour qu'ils ne le sont pour l'hospitalisation. Ainsi, une personne sur quatre a attendu plus d'une semaine avant d'être hospitalisée, alors que cette proportion est de trois sur quatre pour les personnes traitées en chirurgie d'un jour. À l'autre extrême, moins de 7 % des personnes hospitalisées ont attendu 3 mois ou plus, alors que cette proportion atteint 20 % chez celles ayant eu recours à la chirurgie d'un jour.

Tableau 8.1.3 : **Proportion des personnes traitées en chirurgie d'un jour ou admises pour une hospitalisation, selon le délai d'attente et l'appréciation du temps d'attente, Québec, 1998**

Délai d'attente / appréciation du temps d'attente	Personnes traitées en chirurgie d'un jour (%)	Personnes hospitalisées ayant passé au moins une nuit à l'hôpital (%)
Durée d'attente		
Moins d'une semaine	23,2	78,4
D'une semaine à un mois	25,8	7,3
Entre un et trois mois	31,1	7,4
Trois mois et plus	20,0	6,9
Appréciation du temps d'attente		
Acceptable	74,8	85,6
Un peu ou trop long	25,2	14,3

Source : Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec.
MSSS, août 2002.

Ces résultats se répercutent sur l'appréciation que les personnes donnent de leur durée d'attente. Ainsi, comparativement aux personnes hospitalisées, les personnes traitées en chirurgie d'un jour considèrent, dans une proportion plus élevée, que leur durée d'attente a été un peu longue ou trop longue. Elles sont 25 % à exprimer cette opinion contre 14 % pour les personnes hospitalisées.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Le Québec n'a pas participé à l'*Enquête sur l'accès aux services de santé* de Statistique Canada. Par conséquent, les données permettant une comparaison de la perception face aux délais d'attente, à l'échelle canadienne, ne sont pas disponibles.

Référence

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998.* Chapitres 19 et 20, collection La santé et le bien-être, Québec, octobre 2000.

9. LA SATIFACTION DES PATIENTS

FAITS SAILLANTS

Le taux de satisfaction des patients

En 2000-2001, 83 % des Québécois et 85 % des Québécoises ayant utilisé des services de santé se disent très satisfaits ou assez satisfaits des soins reçus. Ce pourcentage grimpe à 90 %, quand il s'agit plus particulièrement des soins médicaux. Par contre, le taux de satisfaction à l'égard des soins hospitaliers est plus faible puisqu'il se situe un peu au-dessus de 80 %, chez les deux sexes, alors que celui envers les soins de santé communautaires est de 84 %, chez les hommes, et de 88 %, chez les femmes.

En général, les taux de satisfaction envers les soins reçus varient relativement peu entre les groupes d'âge. Cependant, comparativement aux autres groupes, les personnes âgées de 75 ans ou plus se distinguent par des taux de satisfaction très élevés. Elles se disent assez satisfaites ou très satisfaites dans une proportion qui dépasse les 90 %, et ce, pour chacun des types de soins. Chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, les soins médicaux suscitent une grande satisfaction (96 %), tout comme chez les personnes âgées de 65 à 74 ans ou de 75 ans ou plus (94 et 96 %, respectivement). Par contre, chez les gens du groupe des 20 à 34 ans, le taux de satisfaction à l'égard des soins hospitaliers reçus atteint à peine 72 %.

La population du Québec, dans une large mesure, juge « excellente » ou « bonne » la qualité des soins qui lui sont fournis. En fait, parmi l'ensemble des personnes qui affirment avoir reçu des soins de santé, en l'an 2000, une proportion de 85 % considèrent « excellente » ou « bonne » la qualité des soins reçus. Encore une fois, quand on considère l'ensemble des soins, ce sont les personnes âgées de 75 ans ou plus qui les qualifient de bons ou d'excellents dans la plus large proportion, avec des taux dépassant sensiblement les 90 % selon le type de soins. Cependant, pour un type de soins donné, le taux le plus élevé appartient au groupe des 15 à 19 ans, qui considère les soins médicaux reçus d'excellente ou de bonne qualité dans une proportion de près de 97 %.

En général, les résultats obtenus au Québec sont assez semblables à ceux observés dans les provinces canadiennes. Ce constat est vrai aussi bien pour la satisfaction à l'égard des soins reçus, que pour l'appréciation de la qualité des services rendus.

9.1 Le taux de satisfaction des patients

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Les sondages effectués auprès des utilisateurs de services de santé sont un phénomène très répandu, mais ils font rarement l'objet de publications scientifiques ou, plus généralement, de rapports largement diffusés. Seulement trois pays rapportent des résultats, sur ce chapitre, dans les statistiques publiées par l'OCDE, en 1998. Selon ces chiffres, le degré de satisfaction des utilisateurs de services de santé est assez élevé en France (à 65 % très satisfait) et en Suède (à 67 % très satisfait), alors qu'au Royaume-Uni, 41 % des utilisateurs se disent très insatisfaits. Il en va autrement de la satisfaction par rapport au système de soins. Un autre sondage de l'OCDE montre en effet que, dans la plupart des pays participants, plus de la moitié des utilisateurs de services de santé sont convaincus que des « changements fondamentaux sont nécessaires » dans leur système de soins.

Au Québec, selon un sondage réalisé par la firme Léger et Léger pour le compte du Ministère, en février 2000, plus de 93 % des utilisateurs de services sociosanitaires se disaient satisfaits ou très satisfaits des services reçus. Le respect de la confidentialité, de la personne et de l'intimité physique, ainsi que l'équité dans le traitement, étaient les éléments les plus satisfaisants aux yeux des utilisateurs, alors que le temps d'attente en clinique externe, à l'urgence et en cabinet privé, ainsi que la circulation de l'information médicale entre les établissements, soulevaient le plus d'insatisfaction (réf. 1).

On gardera à l'esprit qu'un haut degré de satisfaction par rapport aux services reçus par les usagers ne signifie en rien que la population est globalement satisfaite du système de santé. D'ailleurs, selon le Commonwealth Fund, qui procède régulièrement à des enquêtes de satisfaction sur les systèmes de santé de différents pays, une érosion marquée du degré de satisfaction de la population est survenue, au Canada, dans les années 1990. Celle-ci se manifeste par le fait qu'une forte majorité souhaite maintenant voir apporter des changements fondamentaux au système de santé, alors que ce n'était pas le cas à la fin des années 1980.

- ***Méthodologie***

Pour cette analyse-ci, les données sur la satisfaction proviennent de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). La population vivant dans les réserves des premières nations et sur des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de la population cible. Des données de cette enquête sont disponibles sur le site de Statistique Canada. De plus amples renseignements sur les aspects méthodologiques de l'ESCC sont présentés dans l'annexe 1 du rapport.

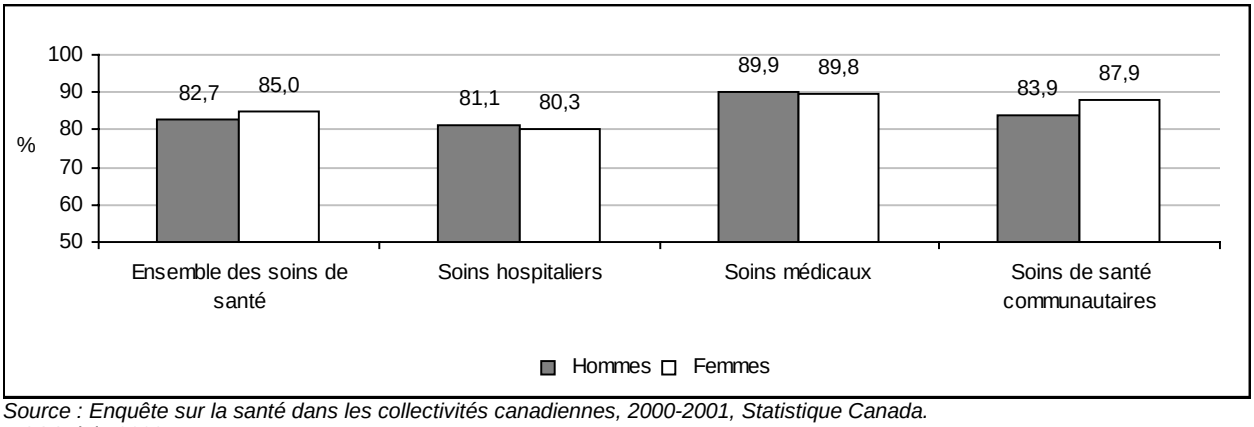
Deux types de questions ont été posées : les unes portent sur l'appréciation de la qualité des soins reçus, et les autres sur la satisfaction par rapport à la façon dont les services ont été donnés. Seules les personnes âgées de 15 ans ou plus qui ont reçu des services durant la période de 12 mois précédant l'enquête avaient à répondre aux questions. Quatre catégories de services sont couvertes : les soins de santé en général, les soins reçus dans un hôpital (soins hospitaliers), les soins fournis par un médecin de famille ou un autre médecin (soins médicaux), et les soins de santé communautaires. Ces derniers ont été présentés aux répondants comme les soins de santé reçus hors d'un hôpital ou d'un bureau de médecin.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences entre le Québec et les provinces canadiennes présentées dans cette section sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

- ***La situation québécoise***

En 2000-2001, 83 % des Québécois et 85 % des Québécoises ayant utilisé des services de santé se disent très satisfaits ou assez satisfaits des soins reçus. Aussi bien pour les hommes que pour les femmes, ce pourcentage grimpe à 90 % quand il s'agit des soins reçus d'un médecin (*cf.* figure 9.1.1). Par contre, le taux de satisfaction à l'égard des soins hospitaliers est un peu plus faible puisqu'il dépasse à peine les 80 %, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Le taux de satisfaction face aux soins de santé communautaires est de 84 % chez les hommes, et de 88 % chez les femmes. Par ailleurs, en ce qui concerne les autres types de soins, les différences entre les sexes sont très faibles et ne sont pas statistiquement significatives.

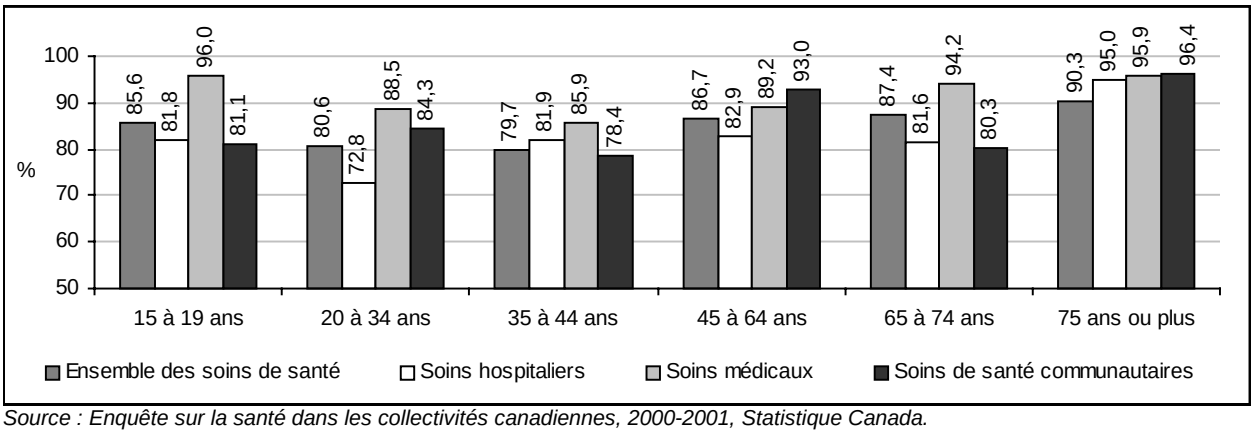
Figure 9.1.1 : **Proportion des usagers qui se disent « très satisfaits » ou « assez satisfaits » de la façon dont les soins de santé leur ont été donnés, selon le type de soins et le sexe, Québec, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. MSSS, juin 2002.

En général, le taux de satisfaction envers les soins reçus varient peu selon les groupes d'âge. On peut noter malgré tout que les taux de satisfaction sont plus faibles chez les personnes dont l'âge se situe entre 20 et 44 ans. Ce sont les personnes âgées de 75 ans ou plus qui expriment le niveau de satisfaction le plus élevé. Dans ce groupe d'âge, le taux de satisfaction dépasse les 90 %, et ce, pour chacun des types de soins (*cf.* figure 9.1.2.). Le taux de satisfaction le plus faible est observé dans le groupe des 20 à 34 ans, pour les soins hospitaliers ; il atteint à peine 72 %. Tout comme pour les personnes âgées de 75 ans ou plus, les jeunes âgés de 15 à 19 ans et les personnes du groupe des 65 à 74 ans expriment une grande satisfaction envers les soins médicaux, avec des taux respectifs de 94 et de 96 %.

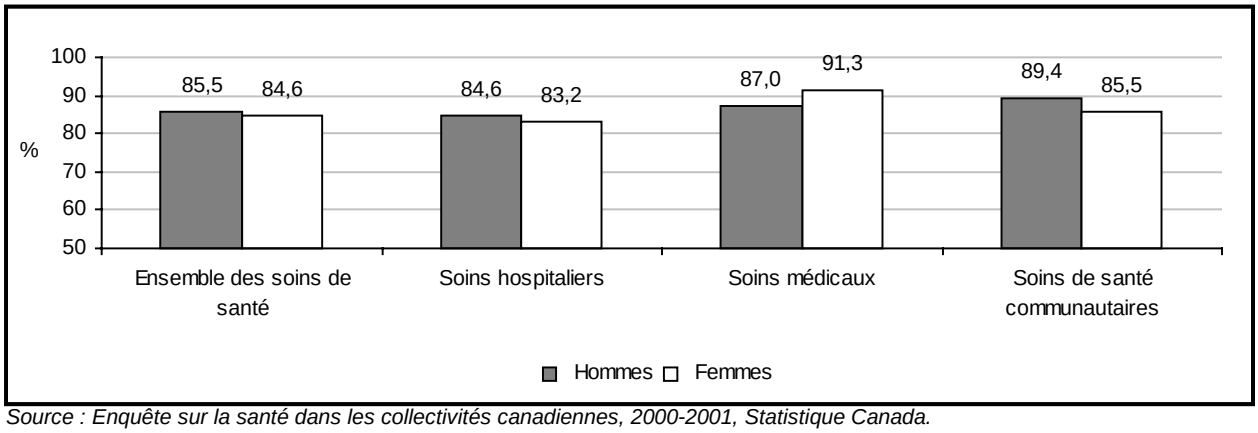
Figure 9.1.2 : **Proportion des usagers qui se disent « très satisfaits » ou « assez satisfaits », selon le type de soins et le groupe d'âge, Québec, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

En ce qui a trait, cette fois, à la qualité des soins qui lui sont fournis, la population du Québec exprime un haut degré de satisfaction. Parmi l'ensemble des personnes qui affirment avoir reçu des soins de santé, en l'an 2000, une proportion de 85 % considère « excellente » ou « bonne » la qualité des soins reçus (*cf.* figure 9.1.3). Lorsque l'on distingue la catégorie de soins, on constate que le degré de satisfaction envers la qualité des soins hospitaliers est un peu moins élevé que celui observé envers les autres types de soins. Les soins médicaux vont chercher le plus haut taux de satisfaction, chez les femmes, alors que ce sont les soins de santé communautaires qui suscitent le plus de satisfaction, chez les hommes, avec des taux dépassant, respectivement, 91 et 89 %.

Figure 9.1.3 : **Proportion des usagers qui évaluent la qualité des soins « excellente » ou « bonne », selon le type de soins reçus et le sexe, Québec, 2000-2001**

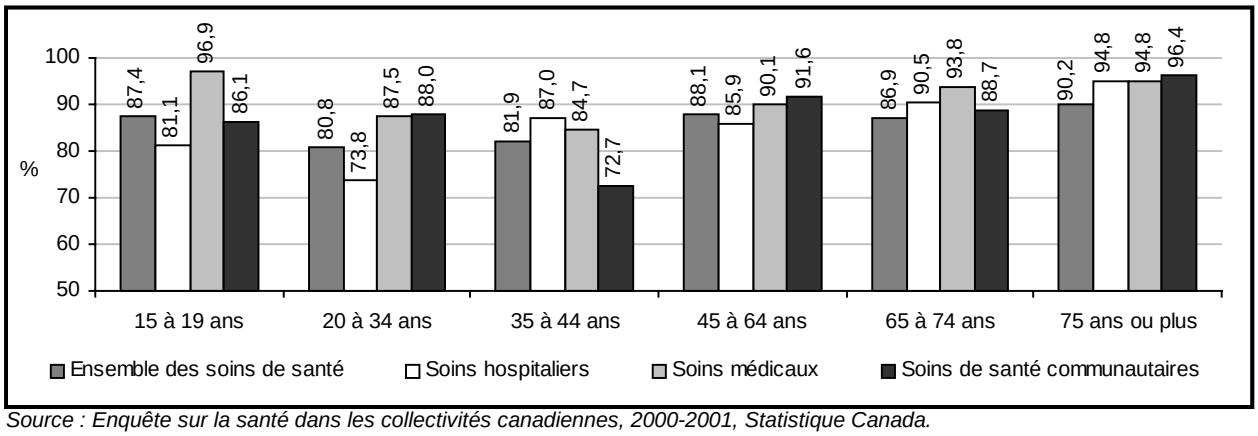


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Bien que les écarts entre les groupes d'âge soient significatifs, leur amptitude est faible. Encore une fois, ce sont les personnes âgées de 75 ans ou plus qui s'estiment les plus satisfaites, avec des taux dépassant largement les 90 % selon le type de soins (*cf.* figure 9.1.4). Cependant, si l'on considère un type de soins donné, le taux le plus élevé appartient au groupe des 15 à 19 ans, qui considèrent les soins

médicaux reçus d'excellente ou de bonne qualité dans une proportion de près de 97 %. Seules les personnes âgées de 20 à 34 ans, en ce qui a trait aux soins hospitaliers, et celles âgées de 35 à 44 ans, pour ce qui est des soins de santé communautaires, montrent des taux qui se situent sous la barre des 80 %, avec 74 et 73 %, respectivement.

Figure 9.1.4 : **Proportion des usagers qui évaluent la qualité des soins « excellente » ou « bonne », selon le type de soins reçus et le groupe d'âge, Québec, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. MSSS, juin 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

En général, les résultats obtenus au Québec sont semblables à ceux observés dans les provinces canadiennes. Ce constat est vrai aussi bien pour la satisfaction concernant la façon dont les soins ont été donnés que pour l'appréciation de la qualité des soins reçus.

Ainsi, à l'exception de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard, la population québécoise se dit assez satisfaite ou très satisfaite à l'égard des soins médicaux reçus dans une proportion comparable à celle observée dans les provinces canadiennes, avec un taux de satisfaction avoisinant les 90 % (*cf.* tableau 9.1.1). Les Québécois et les Québécoises se situent également dans la moyenne en ce qui concerne la satisfaction envers les soins hospitaliers reçus. C'est sur le chapitre des soins de santé communautaires que l'on observe les plus grands écarts entre les provinces. Les taux de satisfaction s'échelonnent de 77 %, pour l'Alberta et l'Ontario, à 96 % pour Terre-Neuve ; le Québec présente un taux d'un peu plus de 86 %. Pour l'ensemble des soins de santé reçus, seulement trois provinces, Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard et la Colombie-Britannique ont des taux de satisfaction significativement supérieurs à celui observé au Québec.

Tableau 9.1.1 : **Proportion des usagers qui se disent « très satisfaits » ou « assez satisfaits » de la façon dont les soins leur ont été donnés, selon le type de soins reçus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**

Province	Très ou assez satisfaits des soins reçus			
	Ensemble des soins de santé (%)	Soins hospitaliers (%)	Soins médicaux (%)	Soins de santé communautaires (%)
Terre-Neuve	88,1 (87,0 – 89,3)	83,2 (80,6 – 85,8)	94,5 (93,1 – 95,9)	96,1 (90,8 – 100,0)
Île-du-Prince-Édouard	89,5 (87,7 – 91,2)	85,3 (82,1 – 88,4)	94,5 (93,2 – 95,7)	93,6 (86,9 – 100,0)
Nouvelle-Écosse	85,1 (82,9 – 87,2)	80,5 (77,5 – 83,6)	90,9 (89,2 – 92,6)	90,7 (86,2 – 95,1)
Nouveau-Brunswick	86,0 (83,8 – 88,2)	83,1 (80,1 – 86,0)	92,3 (90,4 – 94,2)	94,0 (87,9 – 100,0)
Québec	**84,0 (82,9 – 85,1)**	**80,7 (78,7 – 82,6)**	**89,8 (88,8 – 90,8)**	**86,4 (83,3 – 89,5)**
Ontario	84,7 (83,8 – 85,7)	76,9 (75,3 – 78,5)	91,7 (91,0 – 92,3)	77,3 (75,2 – 79,3)
Manitoba	83,9 (81,6 – 86,1)	81,6 (78,3 – 84,9)	90,7 (89,0 – 92,3)	80,2 (74,7 – 85,6)
Saskatchewan	85,3 (83,5 – 87,1)	82,9 (79,2 – 86,7)	92,6 (90,9 – 94,3)	90,3 (85,7 – 95,0)
Alberta	82,1 (80,4 – 83,9)	80,3 (77,6 – 83,0)	87,7 (86,4 – 89,0)	77,1 (73,0 – 81,1)
Colombie-Britannique	86,3 (85,0 – 87,7)	80,6 (77,9 – 83,4)	91,4 (90,1 – 92,7)	88,5 (86,1 – 90,9)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. MSSS, juin 2002.

En ce qui concerne l'évaluation « excellente » ou « bonne » de la qualité de l'ensemble des soins de santé reçus, lorsque l'on compare le Québec aux provinces canadiennes, ses résultats le situent dans le tiers supérieur (*cf.* tableau 9.1.2). Plus particulièrement, on y observe une proportion plus grande d'usagers qui jugent « excellente » ou « bonne » la qualité des soins hospitaliers que dans la majorité des provinces. Il en est de même du jugement porté sur la qualité des soins de santé communautaires. En outre, les écarts observés au plan de ce type de soins sont encore les plus considérables ; ils varient de 73 % en Ontario à plus de 97 % à Terre-Neuve, le Québec affichant un taux de 87 %. Enfin, bien que le Québec se situe au dernier tiers, pour ce qui est de la perception de la qualité des soins médicaux reçus, les écarts entre les taux observés dans chaque province sont très faibles.

Tableau 9.1.2 : **Proportion des usagers qui évaluent la qualité des soins « excellente » ou « bonne », selon le type de soins reçus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**

Province	Qualité des soins jugée « excellente » ou « bonne »			
	Ensemble des soins de santé (%)	Soins hospitaliers (%)	Soins médicaux (%)	Soins de santé communautaires (%)
Terre-Neuve	88,9 (86,6 - 91,1)	87,2 (84,8 - 89,5)	93,6 (91,8 - 95,4)	97,3 (92,7 - 100,0)
Île-du-Prince-Édouard	89,6 (87,8 - 91,4)	85,9 (82,9 - 89,0)	93,5 (92,1 - 95,0)	79,4 (66,5 - 92,4)
Nouvelle-Écosse	85,3 (83,7 - 86,9)	83,3 (79,8 - 86,9)	91,4 (89,9 - 93,0)	83,4 (77,3 - 89,5)
Nouveau-Brunswick	82,8 (80,6 - 85,1)	78,1 (73,2 - 83,0)	92,1 (90,5 - 93,8)	93,1 (89,1 - 97,1)
Québec	**85,0 (83,9 - 86,1)**	**83,8 (81,9 - 85,7)**	**89,6 (88,4 - 90,8)**	**86,9 (83,3 - 90,6)**
Ontario	84,5 (83,6 - 85,4)	77,4 (75,8 - 79,0)	89,8 (89,0 - 90,6)	72,7 (70,4 - 75,1)
Manitoba	80,3 (78,5 - 82,2)	82,0 (78,3 - 85,6)	90,1 (88,3 - 91,9)	78,9 (73,9 - 83,9)
Saskatchewan	85,6 (84,0 - 87,2)	81,2 (77,3 - 85,2)	91,2 (89,3 - 93,1)	84,8 (79,2 - 90,3)
Alberta	83,6 (82,4 - 84,9)	79,6 (76,9 - 82,3)	88,3 (87,2 - 89,4)	73,9 (70,0 - 77,8)
Colombie-Britannique	84,0 (82,4 - 85,5)	79,6 (76,9 - 82,4)	88,7 (87,1 - 90,4)	81,3 (77,6 - 84,9)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. MSSS, juin 2002.

Dans l'ensemble, sauf en ce qui a trait aux soins de santé communautaires, les variations entre les provinces sont de faible amplitude. Les taux de satisfaction sont invariablement élevés. Bien qu'il s'agisse d'un résultat attendu, il y a peut-être quelque chose de rassurant à constater que les usagers sont généralement satisfaits de la qualité des soins qu'ils ont reçus.

Références

1. PRICEWATERHOUSECOOPERS LLP. *Système de soins de santé : Analyse comparative*, rapport final, Québec, mai 2000, pp. 42-43.

2. BLENDON, Robert, Cathy SCHOEN, Catherine DESROCHES, Robin OSBORN, Kimberly SCOLES et Kingo ZAPERT. "Inequities in Health Care : A Five-Country Survey", *Health* Affairs 21 (May-June 2002, pp. 182-191).

10. L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE, 24 HEURES PAR JOUR ET 7 JOURS PAR SEMAINE

FAITS SAILLANTS

La proportion de la population ayant accès aux services de santé de première ligne au moment voulu

En 1996, environ un an après son implantation, 43 % de la population québécoise âgée de 15 ans ou plus connaissait l'existence d'Info-Santé CLSC, un service téléphonique infirmier accessible 24 heures par jour, 7 jours sur 7. Deux ans plus tard, ce pourcentage atteignait 75 %.

Depuis la mise en opération du service, le volume d'appels traités a progressé de manière continue, mais, depuis 1999-2000, en raison d'un plafonnement de la capacité de réponse du service, le nombre d'appels traités par tranche de 1 000 personnes est demeuré relativement stable ; en 2000-2001, il se situe à 323 appels pour 1 000 personnes. Cependant, ce taux d'utilisation varie énormément d'une région à l'autre, soit de 251 pour 1 000 personnes dans la région de la Côte-Nord à 437 dans celle de l'Outaouais.

Sur une période de 12 mois consécutifs, 23 % de la population âgée de 15 ans ou plus loge au moins un appel à Info-santé CLSC. Pour les ménages avec un enfant, ce pourcentage monte à 32 %, et si cet enfant est âgé de 0 à 2 ans, il atteint 58 %.

En 1997-1998, 59 % des appels traités ont obtenu une réponse en moins de 4 minutes ; en 2000-2001, cette proportion s'élève à 78 %. Cependant, 21 % de l'ensemble des appels adressés à Info-Santé CLSC n'ont pu obtenir la communication avec l'infirmière.

10.1 La proportion de la population ayant accès aux services de santé de première ligne au moment voulu

- ***Quelques mots sur l'indicateur[4]***

Depuis le milieu des années 1980, plusieurs systèmes de santé à travers le monde ont mis en place des services téléphoniques afin d'aider les individus à mieux prendre en charge leur santé et leur bien-être, et à s'orienter au bon moment vers les ressources les plus appropriées.

Le système de santé et de services sociaux québécois a été le premier en Amérique du Nord à mettre en place ce type de service sur la plus grande partie de son territoire. Sous le nom d'Info-Santé CLSC, ce service permet à toute personne de communiquer avec une infirmière pour obtenir de l'information et des conseils sur toute question reliée à la santé ou au bien-être. Après avoir évalué la situation, l'infirmière fournit l'information et les conseils nécessaires pour aider la personne qui appelle à résoudre le problème ; au besoin, elle l'orientera vers la ressource sociosanitaire la plus appropriée, qu'elle soit publique, privée ou communautaire. Depuis 1995, ce service est dispensé par les CLSC dans tout le Québec à l'exception des régions nordiques. Plus de 7 millions de personnes, soit 99 % de la population, ont accès à Info-Santé CLSC gratuitement, 24 heures par jour, 7 jours sur 7.

Pendant ses heures normales d'ouverture, chaque CLSC gère les appels provenant de son territoire ; ceux-ci sont transférés par la réceptionniste du CLSC vers une infirmière affectée à la réponse Info-Santé locale. Le soir, la nuit, les fins de semaine et durant les congés fériés, les appels reçus par les CLSC de chaque région sont automatiquement transférés vers une centrale téléphonique régionale gérée par un CLSC désigné ; les appels sont alors directement acheminés à une infirmière ou sont placés en file d'attente par un logiciel de gestion des appels[5]. Les centrales régionales traitent un peu plus de la moitié des appels adressés à Info-Santé CLSC.

La durée moyenne des appels est d'environ 10 minutes. La majorité des situations font uniquement l'objet de conseils d'auto-soins, c'est-à-dire portant sur des actes que les personnes peuvent poser elles-mêmes sans l'aide d'une autre ressource. L'infirmière recommande de consulter une autre ressource sociosanitaire dans moins de 40 % des cas, et seulement 9 % de l'ensemble des appels donnent lieu à une orientation vers l'urgence hospitalière.

Pour remplir efficacement sa mission, Info-Santé CLSC doit tout d'abord être connu de la population (notoriété). Il doit aussi offrir une communication rapide avec l'infirmière lorsque le besoin se présente (accessibilité). Il doit également fournir une réponse professionnelle juste et uniforme, et apporter une aide efficace du point de vue de la personne qui appelle (qualité).

Des sondages ont été effectués au cours des cinq premières années d'implantation du service afin de mesurer sa notoriété parmi la population, l'efficacité des interventions ainsi que la satisfaction des usagers. La plus importante de ces enquêtes a montré que 95 % des personnes qui utilisent le service considèrent que l'appel à Info-Santé CLSC leur a permis de résoudre efficacement le problème soumis à l'infirmière. Les données recueillies lors de cette enquête suggèrent que, dans environ 30 à 40 % des cas, un appel à Info-Santé CLSC permet d'éviter une consultation médicale, que ce soit à l'urgence ou

4. Les données présentées dans cette section sont tirées du rapport final d'évaluation des services Info-Santé CLSC, publié en décembre 1999, et dont la référence complète apparaît à la fin de la section (réf. 1).
5. Cette description correspond à l'organisation des services Info-Santé CLSC qui prévaut dans la plupart des territoires de CLSC, à quelques exceptions près. Ainsi, deux centrales téléphoniques régionales sur 18 ont recours à des réceptionnistes aux heures où les délais d'attente sont plus importants et proposent à la clientèle d'attendre un retour d'appel de l'infirmière. Deux autres régions offrent le service à partir de la centrale régionale en tout temps. Ailleurs, quelques CLSC préfèrent transférer tous leurs appels Info-Santé de jour vers la centrale régionale.

ailleurs. La qualité de la réponse professionnelle est par ailleurs assurée par l'expertise et la formation des infirmières affectées à cette fonction, de même que par l'utilisation de protocoles d'intervention validés et régulièrement mis à jour par un comité scientifique. La satisfaction de la clientèle se vérifie entre autres par le pourcentage élevé de personnes qui ont l'intention d'utiliser de nouveau le service dans le futur, soit 99 %.

En ce qui concerne l'accessibilité à Info-Santé CLSC, une série d'indicateurs font l'objet d'un suivi annuel à l'échelle du Québec, depuis 1997. L'objectif fixé pour l'année 2002 est de répondre à 90 % des appels en moins de 4 minutes.

- ***Méthodologie***

La notoriété du service est la proportion des personnes âgées de 15 ans ou plus qui déclarent avoir déjà entendu parler du service Info-Santé CLSC

Le taux d'utilisation est le nombre total d'appels traités par Info-Santé CLSC au cours d'une année, sur un territoire donné, pour une tranche de population de 1 000 personnes.

Le taux de pénétration est la proportion de la population âgée de 15 ans ou plus qui a utilisé Info-Santé CLSC à au moins une reprise au cours d'une période donnée.

La distribution des appels selon la durée d'attente est la répartition de l'ensemble des appels auxquels le service a répondu, selon le délai écoulé avant que la personne soit en communication avec l'infirmière. Il est possible, par exemple, de connaître la proportion des appels qui ont subi une attente de moins de 30 secondes, de moins de 1 minute, etc. Nous présentons ici la proportion d'appels qui ont obtenu la communication avec l'infirmière en moins de 4 minutes, puisque l'objectif fixé pour 2002 a été établi en référence avec ce délai. La mesure des délais d'attente n'est présentement possible que dans les centrales téléphoniques régionales.

- ***La situation québécoise***

La notoriété d'Info-Santé CLSC

En 1998, dans l'ensemble du Québec, 75 % des personnes âgées de 15 ans ou plus connaissent l'existence du service Info-Santé CLSC. Ce pourcentage était de 43 % en 1996, environ un an après la mise en place du service dans l'ensemble du Québec. Le degré de notoriété du service varie selon divers facteurs socio-économiques tels que l'âge, le sexe, la langue maternelle et le fait de vivre avec un jeune enfant[6].

6. Voir à ce sujet l'*Enquête sociale et de santé 1998*, citée plus haut.

L'utilisation et la pénétration du service

Selon la dernière *Enquête sociale et de santé* effectuée en 1998, 23 % de la population âgée de 15 ans ou plus utilise ce service au moins une fois au cours d'une période de 12 mois. Ce taux de pénétration est particulièrement élevé dans les ménages où vit un enfant d'âge mineur (32 %), surtout chez ceux où vit un enfant âgé de 0 à 2 ans (58 %). Il est aussi plus élevé chez les femmes (30 %), chez les personnes âgées de 25 à 44 ans (32 %) et chez les personnes de langue maternelle française (25 %) (*cf.* tableau 10.1.1).

Tableau 10.1.1 : **Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, l'âge, la langue maternelle et l'âge du plus jeune enfant dans le ménage, Québec, 1998**

	Population âgée de 15 ans ou plus	Population âgée de 15 ans ou plus connaissant l'existence du service
	(%)	(%)
Sexe		
Hommes	15,9	23,6
Femmes	30,3	38,9
Âge		
15-24 ans	22,7	32,7
25-44 ans	32,3	41,9
45-64 ans	15,0	21,4
65 ans ou plus	15,2	21,9
Langue maternelle		
Français	25,0	32,9
Anglais	14,4	25,0
Autre	16,9	27,9
Plus jeune enfant		
0-2 ans	57,8	64,8
3-5 ans	42,7	53,4
6-11 ans	26,4	33,9
12-17 ans	18,8	26,8
Total	32,2	41,6
Total Québec	**23,2**	**32,0**

Source : Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec, octobre 2000, pp. 429-443.
MSSS, juillet 2002.

Le taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC a progressé de façon continue pendant les premières années qui ont suivi sa mise en place, pour atteindre 333 appels pour 1 000 personnes en 1998-1999[7]. Il a ensuite reculé à 316 pour 1 000 l'année suivante et a marqué une légère reprise à 323 appels pour 1 000 en 2000-2001[8] (*cf.* figure 10.1.1). Cette situation s'explique par un plafonnement de la capacité de réponse du service, en raison de la faible progression des budgets alloués au service et du taux de roulement important du personnel infirmier. En 2000-2001, le taux d'utilisation varie de façon importante d'une région à l'autre, allant de 251 appels pour 1 000 personnes dans la région de la Côte-Nord à 437 appels pour 1 000 dans celle de l'Outaouais (*cf.* tableau 10.1.2).

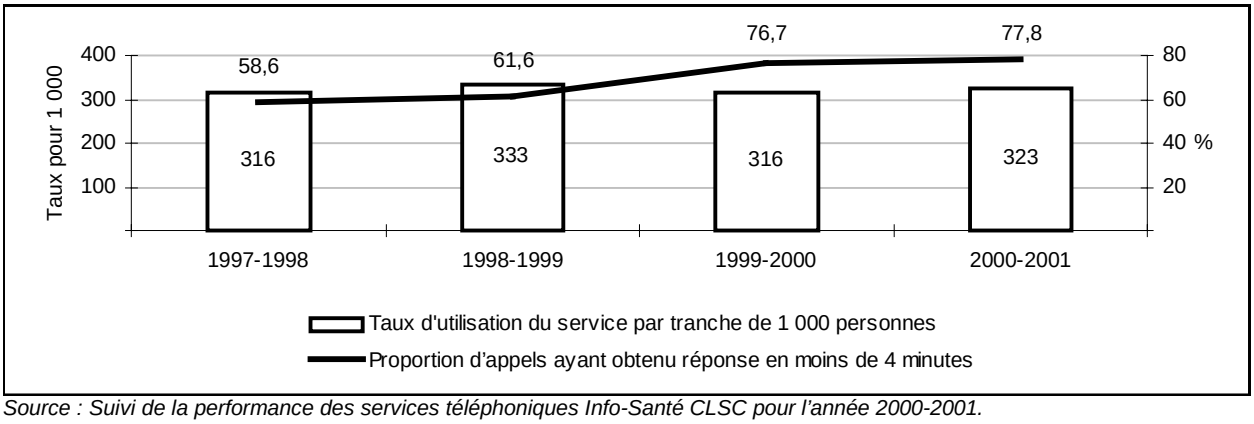
7. Donnée corrigée, tirée du rapport sur la performance d'Info-Santé CLSC pour 2000-2001.
8. Le nombre total d'appels traités au cours de l'année 2000-2001 pour l'ensemble du Québec est de 2 371 842**.**

Tableau 10.1.2 : **Taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC par tranche de 1 000 personnes et proportion d'appels ayant obtenu la communication avec l'infirmière en moins de 4 minutes, selon la région sosiosanitaire, Québec, 2000-2001**

Région sociosanitaire	Taux d'utilisation [1] (pour 1 000 personnes)	Moins de 4 minutes [2] (%)
Bas-Saint-Laurent (01)	345	84,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	410	…
Québec (03)	257	60,8
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	428	73,4
Estrie (05)	369	89,4
Montréal-Centre (06)	298	..
Outaouais (07)	437	..
Abitibi-Témiscamingue (08)	358	..
Côte-Nord (09)	251	85,5
Nord-du-Québec (10)	…	…
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	304	99,0
Chaudière-Appalaches (12)	341	65,3
Laval (13)	285	60,4
Lanaudière (14)	354	88,5
Laurentides (15)	273	77,1
Montérégie (16)	309	84,0
Nunavik (17)	...	…
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	...	…
Total Québec	**323**	**77,8**

1. Les centrales des régions 10, 17 et 18 ne dispensent pas le service Info-Santé.
2. Les centrales des régions 10, 17 et 18 ne dispensent pas le service Info-Santé, celles des régions 02, 07 et 08 ne disposent pas de l'équipement requis et la région 06 n'a pas transmis l'information.
Source : Suivi de la performance des services téléphoniques Info-Santé CLSC pour l'année 2000-2001.
MSSS, juillet 2002.

Figure 10.1.1 : **Taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC et évolution de la proportion d'appels ayant obtenu la communication avec l'infirmière en moins de 4 minutes, Québec, 1997-1998 à 2000-2001**



Source : Suivi de la performance des services téléphoniques Info-Santé CLSC pour l'année 2000-2001.
MSSS, juillet 2002.

Les délais d'attente

Parmi les appels traités en soirée, la nuit et durant les fins de semaine, la proportion des appels qui obtiennent la communication avec l'infirmière en moins de 4 minutes est passée de 62 % en 1998-1999, à 78 % en 2000-2001[9] (*cf.* figure 10.1.1). Cependant, cette diminution des délais d'attente ne témoigne pas nécessairement d'une plus grande accessibilité au service, puisqu'elle a été accompagnée d'une diminution du nombre d'appels traités. On observe toujours une proportion élevée d'appels qui ne réussissent pas à obtenir la communication avec l'infirmière, soit 21 %.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Au cours des dernières années, le Nouveau-Brunswick, la Colombie-Britannique et l'Ontario ont procédé à la mise en place de services de soins infirmiers téléphoniques sur une grande partie ou sur l'ensemble de leur territoire. Les données permettant de comparer l'accessibilité à ces services d'une province à l'autre ne sont pas disponibles pour le moment.

Références

1. *Services Info-Santé CLSC. Rapport final d'évaluation 1994-1995*, Service de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 1999, 59 pages.

2. *Enquête sociale et de santé 1998*, données non publiées.

3. DUNNIGAN, Lise. « Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC », in *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, pp. 429-443.

3. BÉLAND, François. *Suivi de la performance des services téléphoniques Info-Santé CLSC pour l'année 2000-2001*, Service de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2002, 92 p.

9. Le service étant encore en développement au début de cette période, le nombre de centrales téléphoniques qui disposent de l'équipement nécessaire pour mesurer cet indicateur a augmenté au cours de ces trois années ; mais, en comparant les données produites par chacune des centrales d'une année à l'autre, on peut confirmer que la tendance générale reflète une progression réelle dans la majorité des régions. Ajoutons par ailleurs que le délai moyen d'attente a également connu une diminution, passant de 3,47 minutes en 1998-1999 à 2,42 minutes en 2000-2001.

11. LES SERVICES À DOMICILE ET LES SOINS AMBULATOIRES

FAITS SAILLANTS

Le pourcentage estimé de la population recevant des services à domicile

En 2000-2001, au Québec, 5,3 % des personnes âgées de 65 à 74 ans ont utilisé les services à domicile. Chez celles âgées de 75 ans ou plus, cette proportion grimpe à 17,5 %. Pour tous les groupes d'âge, les femmes sont de plus grandes utilisatrices que les hommes : 19,6 % des femmes contre 14,3 % des hommes âgés de 75 ans ou plus ont eu recours à ce type de services, en 2000-2001.

Quand on considère l'ensemble de la population âgée de 18 ans ou plus, le taux global d'utilisation des services à domicile se situe actuellement à 2,7 % ; il était à 2,0 % en 1996-1997.

À l'échelle canadienne, le niveau d'utilisation des services à domicile par la population québécoise est semblable à celui observé dans les provinces maritimes. Et, à tous les âges, le Québec affiche, avec le Nouveau-Brunswick, le plus large écart entre leur utilisation par les femmes et celle observée chez les hommes, soit 1,7 point de pourcentage.

Le taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires

Par ailleurs, au Québec, le taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires a diminué de façon constante entre 1995-1996 et 1999-2000, passant de 447 à 355 admissions pour 100 000 personnes. Les hommes ont des taux plus élevés que les femmes, mais la tendance à la baisse est la même pour les deux sexes, soit de 463 à 382 admissions pour 100 000 hommes et de 429 à 326 admissions pour 100 000 femmes.

La tendance à la baisse est semblable dans presque toutes les provinces canadiennes. Les taux y sont souvent plus élevés qu'au Québec ; les taux du Québec sont les 2e plus bas, en 1999-2000.

La prévalence de trois des problèmes faisant partie de l'indicateur, c'est-à-dire le diabète, l'asthme et l'hypertension n'a pas diminué pendant la période d'observation, soit 1995-1996 à 1999-2000, tout comme la prévalence de deux facteurs de risque associés à plusieurs des problèmes, soit la consommation abusive d'alcool et l'embonpoint.

La baisse dans le taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires est généralement accompagnée d'une baisse du nombre de lits pour soins de courte durée et du nombre d'admissions dans ces lits.

11.1 Le pourcentage estimé de la population recevant des services à domicile

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Les services à domicile constituent, de façon croissante, un système de prestation de services de santé important dans les provinces canadiennes. Selon les données publiées en 2001 par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les services à domicile financés par l'État représentent un des domaines qui a connu le plus de changements significatifs ces dernières années. Tous les gouvernements provinciaux financent certains services à domicile, mais la couverture n'est pas la même d'une province à l'autre. En 1998-1999, les gouvernements ont consacré un peu moins de trois milliards de dollars aux services à domicile, soit une hausse importante au cours des dix dernières années (réf. 1).

Il faut préciser que des distinctions existent dans les politiques provinciales en matière de services à domicile. On observe également une diversité dans les modes d'organisation, de financement et de prestation de services. D'ailleurs, il n'existe aucune définition uniforme des services à domicile ; la plupart des provinces déterminent les services qu'elles offrent, ainsi que l'accès à ces services, ce qui limite l'interprétation des résultats (réf. 2). Ces différences peuvent influencer le recours aux services à domicile, et entraîner des écarts dans l'utilisation des services à domicile d'une province à l'autre.

Pour les besoins de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), les services à domicile du bénéficiaire sont définis comme étant des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont reçus au domicile et dont le coût est assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement. Cette définition réfère, en général, au noyau traditionnel de services à domicile, c'est-à-dire les soins professionnels de base (soins infirmiers, autres services ou soins de santé – ex. : physiothérapie), les services d'aide à domicile (soins d'hygiène personnelle, travail ménager, préparation ou livraison de repas, courses) et les services aux proches aidants (services de répit, dépannage, gardiennage). Ces services sont généralement offerts aux personnes à la suite d'un séjour écourté en milieu hospitalier ou dans le cas d'une perte d'autonomie ou d'une maladie chronique diminuant les capacités fonctionnelles de l'individu.

Bien que le contexte puisse varier selon les provinces, les services à domicile s'adressent à une clientèle de plus en plus diversifiée et certains facteurs clés, dont la diminution du recours à l'hébergement, les effets du virage ambulatoire, les percées technologiques, le vieillissement démographique ainsi que des changements dans la disponibilité des soins informels, influent sur les besoins de soins et de services à domicile. L'information recueillie sur la proportion de la population recevant des services à domicile, ainsi que sur les types de services reçus par les clients, peut donc s'avérer très utile pour décrire les tendances d'utilisation et de prestation des services à domicile.

- ***Méthodologie***

Les données pour cet indicateur proviennent du contenu optionnel tiré de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.1, version septembre 2000), conçue pour produire des statistiques à l'échelle des régions sociosanitaires. Le Québec, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick ainsi que l'Île-du-Prince-Édouard ont choisi le module optionnel sur les services à domicile.

Les données se rapportent à la proportion de la population âgée de 18 ans ou plus déclarant avoir eu recours aux services à domicile, au cours des 12 derniers mois, lors de l'enquête. Sont exclus de l'échantillonnage, les personnes vivant dans les réserves des premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents des établissements, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées.

Contrairement aux données administratives, les résultats liés à cet indicateur se réfèrent à des estimations basées sur la population qui reçoit les services plutôt que sur les services fournis. L'indicateur est calculé sous forme de pourcentage à partir du nombre pondéré de personnes ayant déclaré recevoir des services à domicile au cours des 12 derniers mois (numérateur) sur le total de la population canadienne âgée de 18 ans ou plus (dénominateur) : (numérateur/dénominateur) multiplié par 100.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette section sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

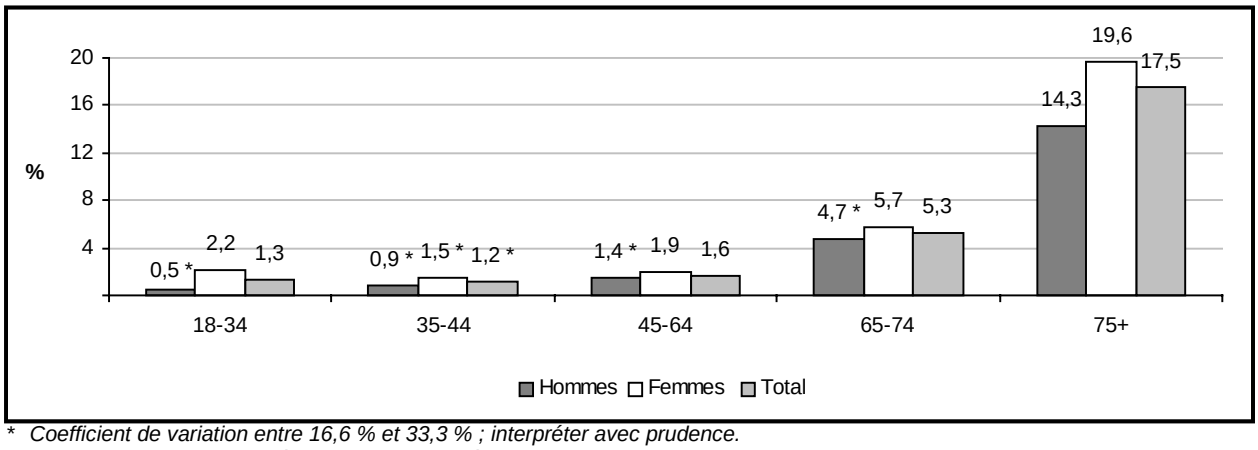
- ***La situation québécoise***

Au cours des dernières années, les besoins en services à domicile ont décuplé au Québec. La diminution du recours à l'hébergement et le virage ambulatoire sont parmi les principaux facteurs qui ont exercé une pression significative sur les services à domicile. À titre d'exemple, entre 1993 et 1998, le nombre de lits consacrés aux soins de courte durée en milieu hospitalier a diminué de 29 % et les durées de séjour à l'hôpital ont été considérablement réduites (réf. 3). En conséquence, les soins posthospitaliers et postopératoires ont pris de l'ampleur, si bien que la clientèle ayant besoin de services de courte durée occupe maintenant une place importante, s'ajoutant à celle dont les incapacités nécessitent plutôt des services de longue durée.

Malgré que l'on observe une tendance à la hausse, il reste difficile d'évaluer, de façon plus précise, la demande de services à domicile. D'ailleurs, un travail important reste à faire afin de déterminer les indicateurs permettant de mieux apprécier l'évolution des besoins dans ce domaine. Le déploiement du nouveau système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (Intégration-CLSC) permettra de corriger cette situation par l'obtention de données pertinentes et comparables, notamment dans le secteur des services à domicile, et ce, plus particulièrement sur les besoins de la population, la clientèle desservie, les services offerts, les ressources humaines et institutionnelles impliquées, ainsi que sur les résultats obtenus. De plus, certaines données devraient permettre d'établir un lien avec des informations financières compilées dans d'autres systèmes d'information. Des travaux de validation de la qualité des données restent à faire avant de pouvoir établir un portrait évolutif des services à domicile et de leur clientèle, au Québec.

Les données extraites de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* indiquent que le recours aux services à domicile, au Québec, est plutôt faible chez les personnes âgées de moins de 64 ans (moins de 2 %). Cependant, les services à domicile sont davantage utilisés par les personnes âgées de 65 ans au plus, étant donné que 5,3 % des Québécoises et des Québécois âgés entre 65 et 74 ans et 17,5 % de ceux et de celles âgés de 75 ans ou plus vivant en ménages privés y ont fait appel. Enfin, pour l'ensemble de la population, le recours à des services à domicile chez les hommes est légèrement inférieur à celui observé chez les femmes.

Figure 11.1.1 : **Proportion de la population québécoise ayant eu recours aux services à domicile au cours des douze derniers mois lors de l'enquête, selon l'âge et le sexe, 2000-2001**



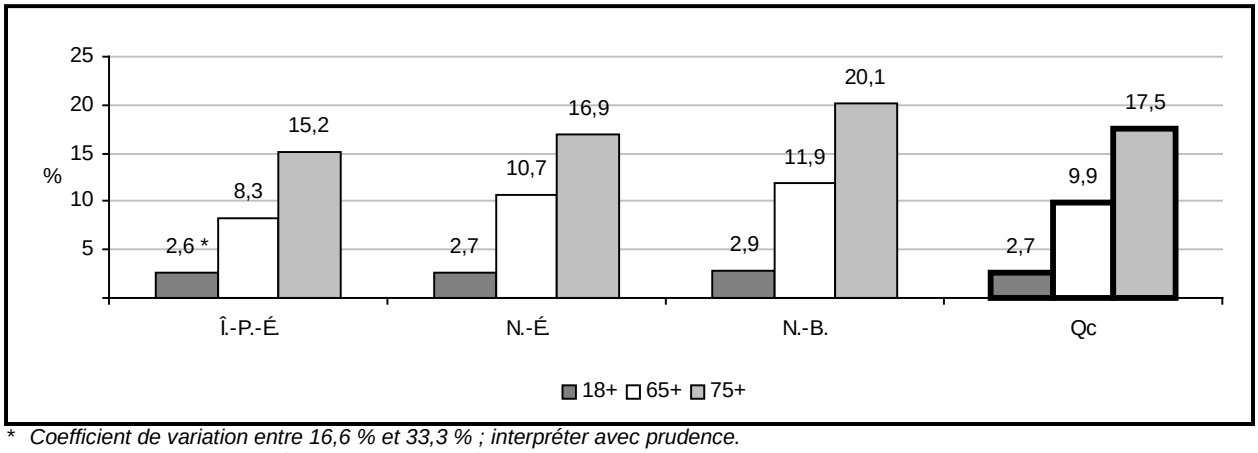
** Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. MSSS, juin 2002.

En 1996-1997, le recours aux services à domicile chez la population québécoise âgée de 18 ans ou plus se situait à 2,0 % (réf. 4). D'après les résultats tirés de cette enquête, ce taux se situerait maintenant aux alentours de 2,7 % (*cf.* figure 11.1.2), ce qui indiquerait une augmentation de 35 % depuis 1996-1997.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

On observe peu de variation d'une province à l'autre pour ce qui est du recours aux services à domicile chez la population âgée de 18 ans ou plus, en 2000-2001 (*cf.* figure 11.1.2). Le taux d'utilisation le plus élevé se situe au Nouveau-Brunswick (2,9 %), suivi de près par le Québec (2,7 %) et la Nouvelle-Écosse (2,7 %), mais ces différences ne sont pas significatives. À titre comparatif, le taux d'utilisation des services à domicile, en 1996-1997, était de 2 % au Nouveau-Brunswick, ainsi qu'au Québec, et de 3 % en Nouvelle-Écosse (réf. 4).

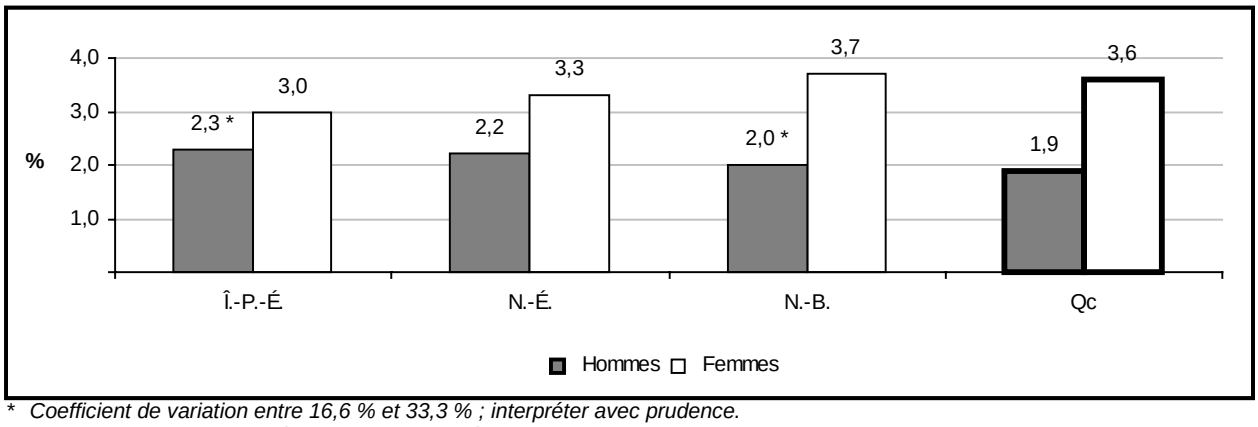
Figure 11.1.2 : **Taux comparatif du recours aux services à domicile au cours des douze derniers mois lors de l'enquête, chez la population âgée de 18 ans ou plus, de 65 ans ou plus et de 75 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**



** Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. MSSS, juin 2002.

L'utilisation des services à domicile augmente avec l'âge. Ce résultat n'est pas tout à fait surprenant étant donné que les programmes provinciaux en matière de services à domicile, ainsi que les investissements qui y sont consacrés par les provinces, ont une portée plus importante chez la clientèle âgée. Pour le Québec, et pour chacune des provinces à l'étude, le taux d'utilisation chez les personnes âgées de 75 ans ou plus est plus élevé que celui observé chez celles âgées de 65 ans ou plus, et les deux sont supérieurs au taux d'utilisation observé dans l'ensemble de la population.

Figure 11.1.3 : **Taux comparatif du recours aux services à domicile au cours des douze derniers mois lors de l'enquête, selon le sexe, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**



** Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. MSSS, juin 2002.

À l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, où la différence n'est pas statistiquement significative, les taux d'utilisation des services à domicile sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes (*cf.* figure 11.1.3). Les données indiquent également que les écarts relatifs à l'utilisation des services

entre les deux sexes sont plus grands au Québec (écart de 1,7 point de pourcentage) et au Nouveau-Brunswick (écart de 1,7 point de pourcentage). Ces résultats reflètent l'association entre le sexe féminin et des facteurs fortement liés à l'utilisation de services à domicile, comme l'atteinte d'un âge avancé, les problèmes de santé chroniques et la nécessité d'obtenir une aide pour les activités de la vie quotidienne (réf. 2).

Références

1. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Les soins de santé au Canada,* 2002.

2. WILKINS, K. et E. PARK. « Les soins à domicile au Canada », Rapports sur la santé, été 1998, vol. 10, n^{o} 1, pp. 29-37, Statistique Canada, n^{o} de catalogue 82-003.

3. RAPPORT DU COMITÉ POUR LA RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LES SERVICES À DOMICILE. Document interne, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000.

4. STATISTIQUE CANADA. Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, 1999.

11.2 Le taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

L'appellation courte de cet indicateur est le « taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires ». Plus précisément, il s'agit du taux d'hospitalisation en centre hospitalier de soins de courte durée, ajusté selon l'âge, pour des problèmes de santé où des soins ambulatoires auraient pu prévenir ou réduire le recours à l'hospitalisation.

Ce taux est généralement considéré comme un indicateur significatif d'accès aux soins offerts dans la communauté. Les problèmes analysés sont chroniques et peuvent souvent être traités au moment opportun et de façon efficace dans la communauté, sans avoir à recourir à l'hospitalisation. Ces problèmes incluent le diabète (250[10]), l'asthme (493), le syndrome de dépendance alcoolique (303), la pharmacodépendance (304), les troubles névrotiques (300), l'abus de drogues chez une personne non dépendante (305), les troubles dépressifs (311), les maladies hypertensives (401-405), les psychoses alcooliques (291) et les psychoses dues aux drogues (292). Bien que la prévention, les soins primaires et les soins basés dans la communauté ne puissent pas éviter toutes les hospitalisations pour ces problèmes de santé, ils peuvent en diminuer le nombre.

Les professionnels de la santé croient généralement que le traitement de ces problèmes, avant que le patient nécessite une hospitalisation, améliore la santé des patients et la santé globale de la communauté et, souvent, diminue les coûts, car les soins donnés dans la communauté sont habituellement moins dispendieux que ceux offerts à l'hôpital.

Les taux d'hospitalisation pour ces problèmes varient selon le lieu ; par exemple, ils varient grandement entre les milieux ruraux et urbains. Ces variations pourraient être liées à celles observées pour la plupart des indicateurs liés à l'utilisation des services hospitaliers (réf. 1). Un facteur pouvant expliquer ces variations pourrait être la disponibilité et l'accès aux services dans la communauté. Cependant, d'autres facteurs peuvent aussi expliquer des variations dans le temps ou entre régions : la variation dans la prévalence et la gravité de ces problèmes chroniques, la variation dans les services préventifs ou dans les pratiques hospitalières (disponibilité de lits et profil d'utilisation). La multiplicité des explications possibles de toute variation dans les taux observés rend l'interprétation plus difficile et exige une grande prudence lorsque la contribution de tous ces facteurs n'est pas connue de façon concomitante, ce qui est habituellement le cas. Les interprétations doivent donc habituellement tenir compte du contexte où se situent les variations par rapport à ces facteurs.

- ***Méthodologie***

Les problèmes de santé touchés par cet indicateur, et leur code CIM-9 correspondant, sont énumérés dans le deuxième paragraphe de la sous-section précédente.

Le numérateur de l'indicateur contient tous les départs d'un centre hospitalier de soins de courte durée, y compris les réadmissions d'un même patient, avec un diagnostic final parmi ceux liés aux problèmes identifiés plus haut, durant l'année à l'étude (année budgétaire : 1er avril au 31 mars), pour les groupes d'âge étudiés et par sexe. Ce nombre exclut les patients souffrant de ces problèmes qui n'ont pas été admis à l'hôpital de soins de courte durée pour leur traitement, donc ne contient pas les patients traités à la salle d'urgence sans être admis par la suite, ni ceux traités dans un hôpital de soins de longue durée.

10. Code diagnostic CIM-9.

Le dénominateur de l'indicateur est constitué de la population par groupe d'âge et par sexe, pour l'année étudiée.

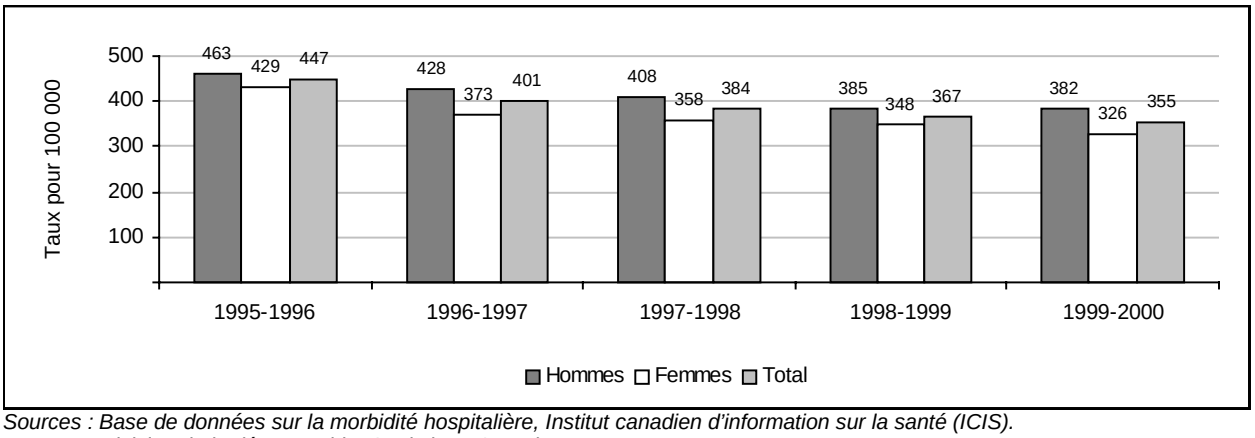
Les taux sont ajustés selon l'âge en utilisant la méthode d'ajustement directe et la population canadienne au 1er juillet 1991 comme population de référence.

Les données pour le numérateur proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les données pour le dénominateur proviennent du recensement et d'estimations de population de Statistique Canada et de l'Institut de la statistique du Québec.

- ***La situation québécoise***

Au Québec, le taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires était de 447 admissions pour 100 000 personnes, en 1995-1996. Il a diminué de façon constante jusqu'à 355 pour 100 000, en 1999-2000. Cette diminution de 20 % du taux entre ces deux années, est la quatrième plus élevée au Canada.

Figure 11.2.1 : **Taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires, selon le sexe, Québec, 1995-1996 à 1999-2000**



Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
Division de la démographie, Statistique Canada
INSPQ, juillet 2002.

Durant toute la période d'observation, le taux des hommes est demeuré plus haut que celui des femmes, la différence entre les deux taux variant entre 34 et 56 admissions pour 100 000 personnes. La tendance est à la baisse pour les deux sexes, les taux étant les plus bas, en 1999-2000, avec 382 pour 100 000 hommes et 326 pour 100 000 femmes.

Le numérateur de ces taux contient les événements se rapportant à 14 problèmes de santé différents (14 codes CIM-9 différents). Nous n'avons pas les données permettant de savoir si la tendance observée s'applique aux 14 problèmes. Nous savons cependant qu'entre 1993 et 1999, pour des groupes d'âge précis (asthme : 5 à 49 ans ; autres : 18 ans ou plus), les taux d'hospitalisation pour l'asthme, le diabète et l'hypertension maligne ont tous diminué (réf. 2).

Nous avons vu que plusieurs facteurs pouvaient expliquer les variations de ces taux dans le temps. L'un d'entre eux est la prévalence de ces problèmes. L'information tirée de l'Enquête nationale sur la santé de la population nous fournit quelques indices à ce sujet (réf. 3). Entre 1994-1995 et 1998-1999, dans la population québécoise à domicile âgée de 12 ans ou plus :

- le pourcentage des personnes indiquant qu'un professionnel de la santé avait posé, chez elles, le diagnostic de diabète reste stable à 3,1 % ;
- le pourcentage des personnes disant qu'un professionnel de la santé avait posé, chez elles, le diagnostic d'hypertension augmente de 8,0 à 10,8 % ;
- le pourcentage des personnes indiquant ressentir des symptômes laissant croire à un risque probable de dépression augmente peu, de 4,7 à 4,8 %.

De la même source, mais cette fois pour une population âgée de 4 ans ou plus, le pourcentage indiquant qu'un professionnel de la santé avait posé, chez eux, le diagnostic d'asthme augmente de 7 à 8,1 %. Il n'y a donc pas d'évidence que la prévalence de ces problèmes ait diminué entre 1994-1995 et 1998-1999.

Un changement dans l'efficacité des services préventifs pourrait également expliquer une partie des variations dans les taux observés. Une prévention efficace en rapport avec les problèmes étudiés influencerait probablement la prévalence populationnelle des facteurs de risque associés à ces problèmes. On pourrait penser à la consommation d'alcool pour la psychose, la dépression, l'hypertension, et à l'excès de poids pour le diabète et l'hypertension. L'information tirée de l'Enquête nationale sur la santé de la population nous fournit aussi des indices à ce sujet (réf. 3). Entre 1994-1995 et 1998-1999, dans la population québécoise à domicile âgée de 12 ans ou plus, le pourcentage indiquant une consommation abusive d'alcool[11] dans les 12 mois précédant l'enquête augmente de 10,7 à 17,5 %. Parmi la population âgée de 20 à 64 ans, excluant les femmes enceintes, le pourcentage avec un indice de masse corporelle indiquant de l'embonpoint (IMC plus grand que 27) augmente de 25 à 26,9 %. Il n'y a donc pas d'évidence que les facteurs de risque connus associés à certains des problèmes à l'étude aient diminué.

Finalement, un changement dans la disponibilité des lits de soins de courte durée, et dans leur profil d'utilisation, pourrait expliquer des changements dans notre indicateur. Or, au Québec, nous savons que le nombre de lits dressés exclusivement consacrés aux soins physiques de courte durée a diminué de 21 066, en 1995, à 15 268, en 2000 (réf. 4), donc une réduction de 27 %. Il s'agit là d'une baisse légèrement supérieure à celle de 20 % observée dans l'indicateur. En parallèle, pendant la même période, le nombre d'admissions dans les lits de soins de courte durée (soins physiques et psychiatriques) a diminué de 10,8 % (réf. 5).

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Le tableau 11.2.1 présente les taux d'hospitalisation pour chacune des provinces canadiennes, entre 1995-1996 et 1999-2000. Tous les taux diminuent de façon presque constante entre ces deux années. De fait, les taux de 1999-2000 sont presque toujours inférieurs à ceux des années antérieures. Les baisses observées varient entre 26,1 % pour la Saskatchewan et 13,3 % pour l'Alberta. Tel qu'illustré dans la figure 11.2.2, en 1999-2000, le taux du Québec est le 2^{e} plus bas après celui de l'Ontario.

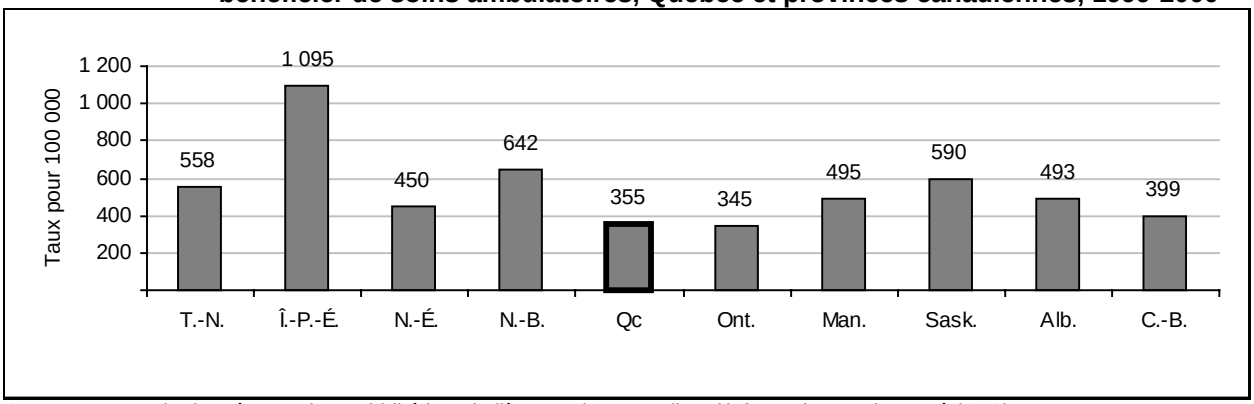
11. Consommation abusive d'alcool : avoir bu cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion douze fois ou plus au cours des 12 mois précédents.

Tableau 11.2.1 : **Taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires, Québec et provinces canadiennes, 1995-1996 à 1999-2000**

Province	Taux pour 100 000 personnes				
	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Terre-Neuve	655	628	658	577	558
Île-du-Prince-Édouard	1 278	1 219	1 168	1 084	1 095
Nouvelle-Écosse	596	575	558	484	450
Nouveau-Brunswick	786	745	725	646	642
Québec	**447**	**401**	**384**	**367**	**355**
Ontario	456	413	379	344	345
Manitoba	598	560	570	540	495
Saskatchewan	798	747	723	626	590
Alberta	569	526	523	501	493
Colombie-Britannique	462	441	439	401	399

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
Division de la démographie, Statistique Canada.
INSPQ, juillet 2002.

Figure 11.2.2 : **Taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires, Québec et provinces canadiennes, 1999-2000**



Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
Division de la démographie, Statistique Canada.
INSPQ, juillet 2002.

Dans la population canadienne, comme pour le Québec, la prévalence du diabète, de l'asthme et de l'hypertension n'a pas diminué entre 1994-1995 et 1998-1999 (réf. 3). Ce n'est cependant pas le cas pour la dépression, dont la prévalence est passée de 5,2 à 4,3 % pendant cette période.

Dans le même sens des résultats présentés pour le Québec, la prévalence de l'embonpoint et de l'alcoolisme dans la population canadienne a augmenté pendant la même période : le pourcentage des répondants consommant de l'alcool de façon abusive a augmenté de 13,9 à 19,5 %, et celui se rapportant à l'embonpoint a augmenté de 29,4 à 32,2 % (réf. 3).

Malgré le manque d'information sur l'évolution du nombre de lits de soins de courte durée dans le reste du Canada, nous pouvons au moins suivre l'évolution du nombre d'admissions dans ces lits. Ainsi, pendant la période d'observation, partout sauf en Alberta, le nombre d'admissions pour des soins de

courte durée a diminué dans des proportions variant entre 5,2 et 26,4 %, selon la province, soit 9 %, en moyenne, au Canada (réf. 5).

Références

1. COHEN, M.M., L. MACWILLIAM. Measuring the Health of the Population. Medical Care 1995 ; 33 (12) : DS21-DS42.

2. PAGEAU, M., R. CHOINIÈRE, M. FERLAND, Y. SAUVAGEAU. Le portrait de santé – Le Québec et ses régions. Institut national de santé publique du Québec, novembre 2001, p. 261.

3. STATISTIQUE CANADA. Indicateurs de la santé, décembre 2001, n^{o} 82-221-XIF au catalogue, Volume 2001, n^{o} 3, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Info-Stats. Direction de la gestion de l'information, juin 2002.

5. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, statistiques tirées de la Base de données sur la morbidité hospitalière, juillet 2002.

12. LA SURVEILLANCE ET LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

FAITS SAILLANTS

Le taux d'incidence de la tuberculose

En 2001, au Québec, on observe un taux ajusté d'incidence de la tuberculose de 3,5 cas pour 100 000 personnes.

La tuberculose touche davantage les populations immigrantes et les autochtones. Ainsi, dans la région de Montréal-Centre, en 2001, le taux ajusté d'incidence est de 8,2 cas pour 100 000 personnes, 2,3 fois plus élevé que celui du Québec. Dans les régions à forte concentration autochtone, les taux ajustés sont encore plus élevés, par exemple, 103,6 dans la région du Nunavik et 53,4 dans celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Au plan canadien, le Québec affiche des taux d'incidence de la tuberculose parmi les plus bas, et ce, tant pour la population en général que pour les autochtones. Par contre, les taux québécois sont parmi les plus élevés en ce qui concerne la population immigrante.

Le taux d'incidence des infections à Escherichia coli producteurs de vérotoxines

En 2001, au Québec, on observe un taux ajusté d'incidence des infections à E. coli producteurs de vérotoxines de 4 cas pour 100 000 personnes. Depuis le début des années 1990, ce taux a subi des variations importantes, allant de 3,3 entre 1993 et 1996, à un sommet de 6,5 en 2000.

Le problème est plus fréquent chez les jeunes âgés de moins de 20 ans, et surtout chez les enfants âgés de moins de 5 ans. En général, les femmes sont plus affectées que les hommes.

Au plan canadien, le taux québécois se situe en milieu de peloton. Soulignons, cependant, que les taux varient énormément d'une province à l'autre, passant de 0,9 cas pour 100 000 personnes, à Terre-Neuve, à 12,3 à l'Île-du Prince-Édouard.

Le taux d'incidence de l'infection génitale à Chlamydia trachomatis

De 1990 à 1997, on note une baisse de l'incidence de l'infection génitale à Chlamydia trachomatis, au Québec. Cependant, à partir de 1998, on remarque une augmentation importante du taux ajusté d'incidence de la maladie, qui passe de 98,9 cas pour 100 000 personnes à 142,7, en 2001.

Le groupe d'âge des 15 à 24 ans est particulièrement touché (721,1 cas pour 100 000 personnes, en 2001). L'incidence de cette maladie, dans ce groupe d'âge, est près de 4 fois plus élevée chez les femmes (1 161,2 cas pour 100 000 femmes) que chez les hommes (300,4 cas pour 100 000 hommes). Un dépistage plus systématique des femmes infectées, en raison des risques élevés de complications graves à la grossesse, explique en partie ce phénomène.

À l'échelle canadienne, en 2001, le taux québécois d'incidence de cette maladie est parmi les moins élevés ; il se situe après ceux observés à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard, pratiquement égal à celui observé en Ontario.

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement chez les non-fumeurs

En 2000-2001, 34 % des non-fumeurs québécois âgés de 12 ans ou plus déclarent être exposés à la fumée de tabac chaque jour ou presque, au cours d'une période de référence d'un mois, soit 36 % chez les hommes et 33 % chez les femmes. Cette proportion atteint 50 % si l'on considère uniquement les jeunes âgés de 12 à 19 ans.

Au plan canadien, le Québec présente l'un des plus hauts taux de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac.

12.1 Le taux d'incidence de la tuberculose

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire et la seule maladie à traitement obligatoire au Québec. L'incidence de la tuberculose a beaucoup diminué dans le temps. Il y a déjà plusieurs années, la tuberculose atteignait l'ensemble de la population québécoise ; l'amélioration des conditions d'hygiène et la disponibilité d'un traitement adéquat ont permis de diminuer considérablement les risques pour la population en général. Cependant, l'incidence reste élevée dans les populations autochtones. Par ailleurs, dans certains pays où les conditions d'hygiène et la promiscuité favorisent la transmission de la maladie, la tuberculose reste endémique. En 2000 (réf. 1), les personnes nées à l'extérieur du Canada comptaient pour 56,7 % des cas de tuberculose de la province, alors qu'elles ne représentaient que quelque 10 % de la population du Québec. Comme le soulignait l'ACET américain (Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis), l'élimination de la tuberculose dans les pays développés ne peut être rendue possible sans une réduction importante du fardeau que représente la tuberculose dans les pays en voie de développement.

Par ailleurs, il est primordial, si l'on vise l'élimination de la tuberculose, de s'assurer que les patients complètent leur traitement, surtout en ce qui concerne les personnes difficiles à rejoindre ou à convaincre de l'importance de ce dernier ; la résistance aux antibiotiques est un phénomène émergent qu'il ne faut pas négliger non plus. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine n'étant à déclaration obligatoire que depuis quelques mois, aucunes données n'ont encore été enregistrées sur la cœxistence de cette infection avec un épisode de tuberculose active.

- ***Méthodologie***

Compte tenu que la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire, les médecins et les laboratoires sont tenus de déclarer les cas diagnostiqués au Directeur de santé publique de la région. Chaque cas est investigué afin de protéger les contacts des cas et de s'assurer du suivi thérapeutique jusqu'à la guérison. Des données sont recueillies sur la maladie, sur les caractéristiques des cas, y compris les facteurs de risque pouvant expliquer, au moins en partie, la maladie. De plus, certaines données de suivi sont enregistrées dans le fichier central MADO (MAladies à Déclaration Obligatoire) ; ce fichier n'est accessible qu'aux autorités de santé publique, et ce, sous une forme dépersonnalisée. C'est à partir de ce fichier que les données d'incidence des cas sont colligées. C'est également à partir de ce fichier que certaines données sont acheminées à Santé Canada.

Afin de valider les chiffres fournis à l'échelle canadienne, une lecture du fichier a été réalisée le 1er avril 2002. On note une différence dans le nombre de cas déclarés variant de 7 à 19 % entre 1990 et 1992 ; le chiffre avancé à l'échelle canadienne ne correspond pas au chiffre du rapport ministériel de 1992 (réf. 2). Cependant, depuis 1993, cette différence est minime variant entre 0,3 et 2,8 % ; pour l'année de comparaison au plan canadien, soit 1999, il n'y a qu'un seul cas de différence.

Depuis 1994, le fichier validé est acheminé à partir du fichier MADO. Antérieurement, il est probable que seules certaines variables, telles le nombre de cas, le groupe d'âge et le sexe, aient été transférées directement du Ministère à partir de données agrégées. On aurait pu inclure des cas de non-résident du Québec, mais diagnostiqués au Québec. Cette situation ne peut se produire lorsque les variables sont issues du fichier MADO, car celui-ci ne rend compte que des cas chez les personnes résidant au Québec. Il est possible aussi que le nombre de cas que l'on retrouve, en 2002, dans le fichier MADO, diffère de celui compilé par les autorités de Santé Canada, compte tenu de la nature dynamique du fichier. En effet, les données qu'il contient peuvent être modifiées en tout temps par les autorités de santé publique régionales, suite à une revue systématique des cas. Ainsi, le nombre de cas peut varier dans le

temps. Par ailleurs, chaque cas enregistré dans le fichier MADO doit répondre à une définition nosologique convenue préalablement. Celle-ci est sensiblement la même que celle employée au plan canadien. Cependant, certaines variations existent, par exemple dans le fait de considérer comme clinique un cas dont la radiographie pulmonaire suggère une tuberculose évolutive ; cette simple spécification constitue un cas à l'échelle canadienne, alors qu'au Québec, le cas doit également être traité pour être considérer comme clinique. Enfin, jusqu'en 1997, au Canada, on avait tendance à comptabiliser les cas à partir de la date de diagnostic de ceux-ci, ce qui diffère du Québec qui fait le dénombrement des cas à partir de la date de déclaration des cas à la santé publique. Depuis 1997, la méthode pour le décompte est semblable aux deux paliers gouvernementaux.

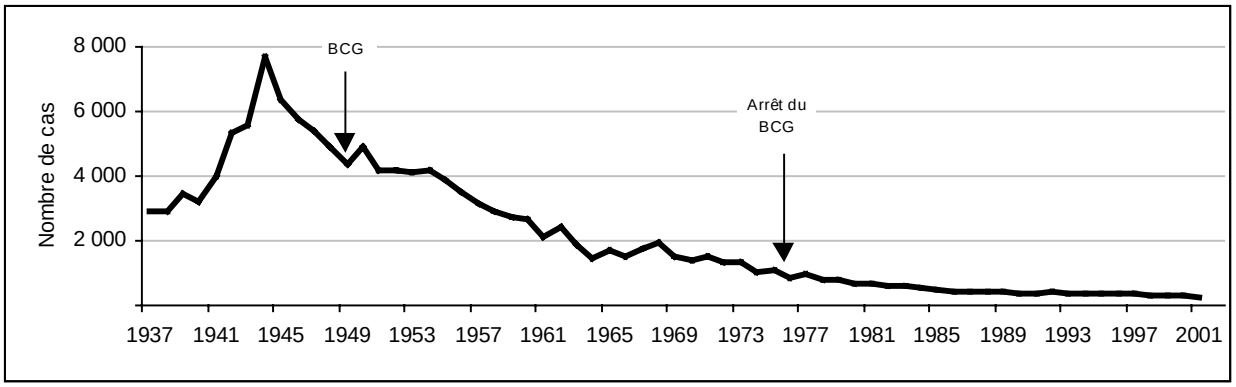
Bien que les données soient recueillies selon une méthode passive de surveillance, il est généralement acquis que, pour la tuberculose, une portion importante des cas diagnostiqués sont signalés à la santé publique ; il est probable, cependant, qu'une sous-déclaration existe, surtout pour les cas cliniques.

Les calculs incluent l'ensemble des cas de tuberculose. Les taux sont présentés pour 100 000 personnes. Pour les données illustrant la situation québécoise, nous avons ajusté les taux dans le temps et selon la région en utilisant la population de recensement de 1996, pour permettre des comparaisons plus valides. Les données fournies par Santé Canada et utilisées pour les comparaisons à l'échelle canadienne, ne sont pas ajustées.

- ***La situation québécoise***

Au Québec, le nombre de cas de tuberculose a chuté considérablement au cours des dernières décennies, passant de 2 922, en 1937, à seulement 262 cas de tuberculose active, en 2001 (*cf.* figure 12.1.1). En 2001, le taux ajusté d'incidence se situe à 3,5 cas pour 100 000 personnes. Le nombre de cas de tuberculose a commencé à diminuer à partir de 1945, avec l'amélioration des conditions de vie des Québécois. Après l'introduction du vaccin BCG, en 1949, la baisse de l'incidence s'est poursuivie jusqu'à la fin des années 1960. Depuis 1976, le BCG n'est plus administré de routine. La baisse de l'incidence s'est poursuivie lentement, cependant. Dans la dernière décennie, le taux d'incidence chez les Québécois non autochtones a continué à diminuer, alors qu'il a augmenté chez les immigrants et est resté stable dans les populations autochtones.

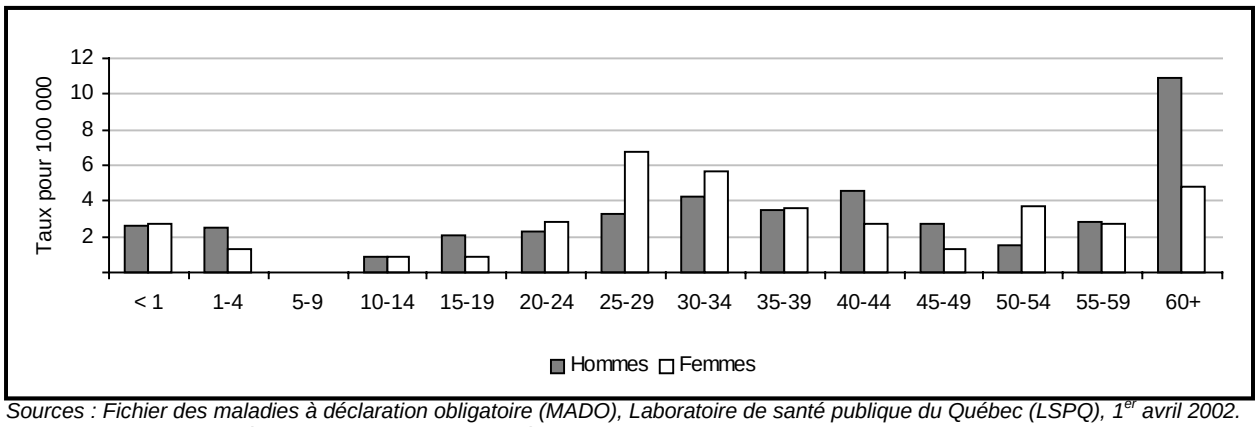
Figure 12.1.1 : **Évolution du nombre de cas déclarés de tuberculose, Québec, 1937 à 2001**



Sources : Données historiques.
Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 1er avril 2002. MSSS, juin 2002.

En 2001, la distribution des taux spécifiques selon le groupe d'âge illustre bien l'importance de la contribution de la population immigrante à la problématique de la tuberculose, au Québec. On remarque en effet un premier pic entre 24 et 44 ans, avec des valeurs plus importantes entre 25 et 34 ans et un deuxième pic après 60 ans, plus caractéristique de la maladie chez les Québécois de naissance (*cf.* figure 12.1.2). On observe une surmorbidité masculine, surtout à partir de 60 ans. En 2001, le taux d'incidence chez les hommes est de 4,0 cas pour 100 000, alors qu'il est de 3,2 pour 100 000, chez les femmes.

Figure 12.1.2 : **Taux d'incidence de la tuberculose, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2001**



Sources : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 1er avril 2002.
Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, MSSS.
MSSS, juin 2002.

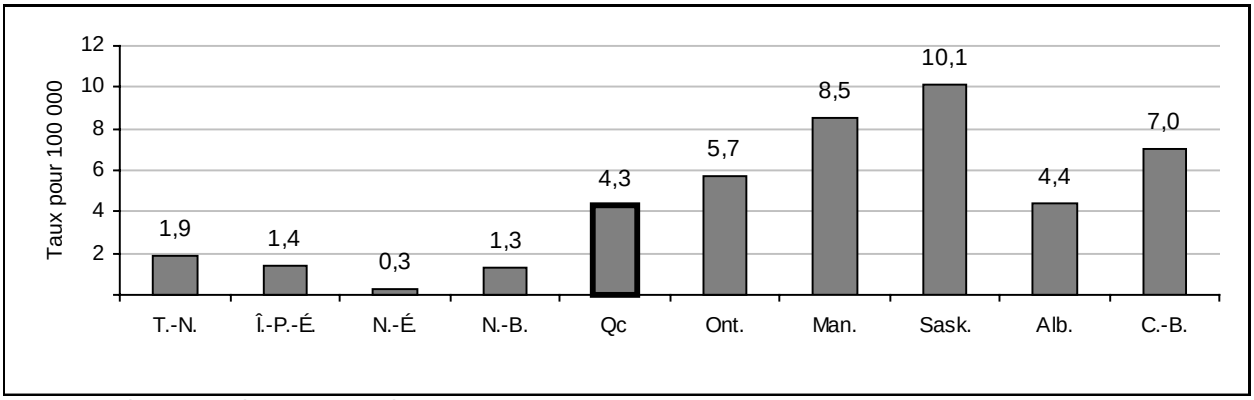
En 2001, comme au cours des dernières années, le taux ajusté d'incidence observé dans la région de Montréal-Centre (8,2 pour 100 000) est 2,3 fois plus élevé que celui pour l'ensemble du Québec (3,5 pour 100 000). C'est en effet souvent à Montréal que se concentrent, au moins au début de leur séjour, les populations immigrantes. Or, plus du tiers des cas de tuberculose se produisent dans les deux premières années après leur arrivée, et 50 % dans les cinq premières années. D'autres régions du Québec connaissent également des taux ajustés d'incidence nettement supérieurs au taux québécois, comme le Nunavik (103,6 pour 100 000) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (53,4 pour 100 000). Ces taux sont cependant très instables (coefficients de variation > 33,3 %) compte tenu de la faible population qui réside dans ces régions ; il faut donc les interpréter avec prudence.

La tuberculose multirésistante demeure une préoccupation constante. Le Laboratoire de santé publique du Québec assure une surveillance étroite de la résistance des souches depuis plusieurs années. Depuis 1994, le pourcentage de cas résistants a oscillé entre 13,0 et 5,3 %. En 2001, 8,6 % des cas présentaient une certaine résistance, la plupart du temps à un seul médicament, surtout l'isoniazide ou les pyrazinamides ; un seul cas de multirésistance a été enregistré.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

La dernière année pour laquelle les données sont disponibles à l'échelle canadienne est l'an 2000. Avec un taux (non ajusté selon l'âge) de 4,3 cas pour 100 000 personnes, l'incidence de la tuberculose au Québec se situe en deçà de l'incidence moyenne observée dans les provinces canadiennes, qui est de 5,5 cas pour 100 000 personnes (*cf.* figure 12.1.3). De fait, le taux québécois occupe le 5e rang sur dix, immédiatement après ceux observés dans les provinces maritimes.

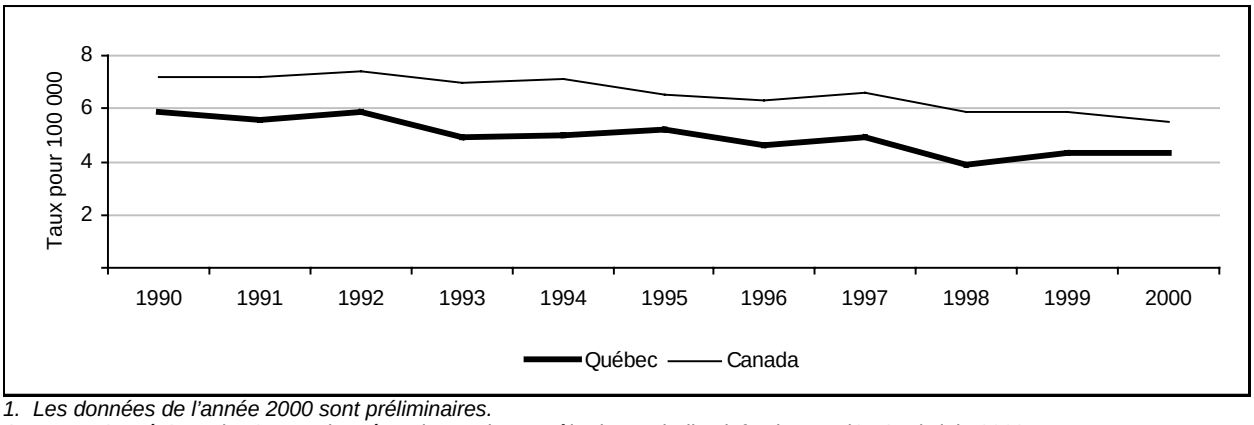
Figure 12.1.3 : **Taux d'incidence de la tuberculose, Québec et provinces canadiennes, 2000[1]**



1. Les données de l'année 2000 sont préliminaires.
Sources : Santé Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

À l'échelle canadienne, le Québec a enregistré, en 2000, l'un des taux d'incidence de la tuberculose dans les populations autochtones parmi les plus bas, à 6,2 cas pour 100 000 personnes, derrière l'Ontario (3,8) et les Maritimes (1,6). Il se situe au 4e rang pour l'incidence la plus faible dans la population née au Canada, avec un taux de 2,0 (données non présentées).

Figure 12.1.4 : **Évolution du taux d'incidence de la tuberculose, Québec et Canada, 1990 à 2000[1]**



1. Les données de l'année 2000 sont préliminaires.
Sources : Santé Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), juin 2002.
Divison de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Le Québec se situe au 2e rang pour l'incidence la plus forte dans la population immigrante, avec un taux de 24,2 cas pour 100 000 personnes, plus élevé que celui enregistré globalement à l'échelle canadienne (19,5 pour 100 000). Il est donc clair qu'au Québec, la problématique de la tuberculose est fortement liée à celle de l'immigration. Des programmes de dépistage et de suivi rigoureux sont actuellement mis en place partout sur le territoire, et particulièrement sur l'Île de Montréal qui compte à elle seule, en 2001, près de 60 % de l'ensemble des cas déclarés au Québec.

Références

1. COMITÉ QUÉBÉCOIS DE SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE. Épidémiologie de la tuberculose, Québec 1996-1999, Gouvernement du Québec, MSSS, mars 2002.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Tuberculose, rapport annuel, Gouvernement du Québec, avril 1993 (non publié).

12.2 Le taux d'incidence des infections à *Escherichia coli* producteurs de vérotoxines

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Les infections à *E. coli* producteurs de vérotoxines sont des maladies entériques sévères dont les causes se retrouvent le plus souvent dans la chaîne alimentaire et l'environnement. La transmission à l'homme se fait essentiellement par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Cet indicateur constitue donc un excellent choix pour le suivi des infections entériques évitables. La bactérie *E. coli O157:H7* fait partie de la catégorie *E. coli* producteurs de vérotoxines. Au Québec, c'est essentiellement cette dernière qui est recherchée dans les selles. Plus de 99 % des *E. coli O157* mis en évidence sont de sérotype H7 donc producteurs de vérotoxines. Au Canada, on estime globalement que les *E. coli O157*:*H7* représentent plus de 90 % des *E. coli* producteurs de vérotoxines ; des estimés pour le Québec ne sont pas disponibles. Les infections à *E. coli O157* sont particulièrement importantes compte tenu de la morbidité et de la mortalité qu'elles peuvent entraîner. Le syndrome hémolytique urémique (SHU) constitue de loin la complication la plus fréquente. Bien qu'il survienne plus fréquemment chez les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées, il peut également se produire chez tout individu infecté. Trois à 5 % des personnes souffrant du SHU en meurent. Près du tiers resteront avec une fonction rénale anormale et 12 % des personnes infectées auront des séquelles, telles une tension artérielle élevée, des convulsions, de la cécité, des paralysies ou autres séquelles suite à l'ablation d'une portion de l'intestin (réf. 1). On estime la mortalité globale à 0,08 % (réf. 2). Depuis mai 2000, tous les cas signalés sont investigués par les autorités de santé publique. Entre mai 2000 et janvier 2002, 805 cas ont été signalés et des données détaillées ont été recueillies sur 746 cas ; 63 % des cas ont été hospitalisés. Quelque 19 syndromes hémolytiques urémiques ont été dénombrés et 10 cas ont présenté de l'insuffisance rénale ; 7 cas sont décédés. Les infections à *E. coli O157* ont donné lieu à plus de 504 jours d'hospitalisation et ont provoqué 531 jours de travail perdus. C'est de loin l'exposition à la viande de bœuf hachée ou attendrie qui constitue l'exposition la plus souvent mise en évidence. Les expositions à l'eau de puits ou de cours d'eau, les produits non pasteurisés, le contact avec des animaux de ferme ou des animaux malades sont moins souvent cités. Depuis deux ans, des efforts importants ont été consentis au MAPAQ (ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation) pour mieux contrôler la fabrication et l'étiquetage du bœuf haché et de la viande attendrie. De plus, un programme de traçabilité de la ferme à la table est en voie d'implantation au Québec. Ce travail se fait en collaboration étroite avec les autorités de santé publique.

- ***Méthodologie***

Compte tenu que les infections à *E. coli* sont à déclaration obligatoire, les médecins et les laboratoires sont tenus de déclarer les cas diagnostiqués au Directeur de santé publique de la région. Seuls les cas confirmés sont saisis dans le fichier MADO (MAladies à Déclaration Obligatoire). La confirmation se fait par isolation de *Escherichia coli O157* à partir d'un échantillon clinique approprié. Parmi les cas de *E. coli O157,* moins de 1 % ne sont pas des H7. Chaque cas est investigué par les autorités de santé publique, afin de mettre en évidence et contrôler si possible la source de contamination. Des données sur la maladie et certaines caractéristiques du cas sont enregistrées dans le fichier central MADO ; ce fichier n'est accessible qu'aux autorités de santé publique, et ce, sous une forme dépersonnalisée. C'est à partir de ce fichier que les données d'incidence des cas sont colligées. C'est également à partir de ce fichier que certaines données sont acheminées à Santé Canada.

Afin de valider les chiffres fournis à l'échelle canadienne, une lecture du fichier a été réalisée le 1er avril 2002. La concordance entre les chiffres canadiens et ceux du fichier MADO est très bonne, c'est-à-dire autour de 99 % sur 12 ans pour l'ensemble des infections à *E. coli* pathogènes. L'année 2001, qui servira de point de comparaison, ne comporte que deux cas de différence. Il est possible que le nombre de cas que l'on retrouve, en 2002, dans le fichier MADO diffère de celui compilé par les autorités de Santé

Canada, compte tenu de la nature dynamique du fichier, c'est-à-dire que les données qu'il contient peuvent être modifiées en tout temps par les autorités de santé publique régionales, suite à une revue systématique des cas. Ainsi, le nombre de cas peut varier dans le temps. Par ailleurs, il est évident que le nombre de cas déclarés constitue une sous-estimation du nombre réel de cas. Bien que les symptômes cliniques de ce type d'infection soient souvent sévères, tous les patients atteints ne consultent pas ; une culture de selles n'est pas toujours demandée et la sensibilité du test n'est pas de 100 %. Dans la littérature, on estime à environ 20 %, la proportion de cas faisant l'objet d'une déclaration (réf. 1).

Malgré ces limitations dans la précision des données, ce fichier permet un suivi des tendances dans le temps.

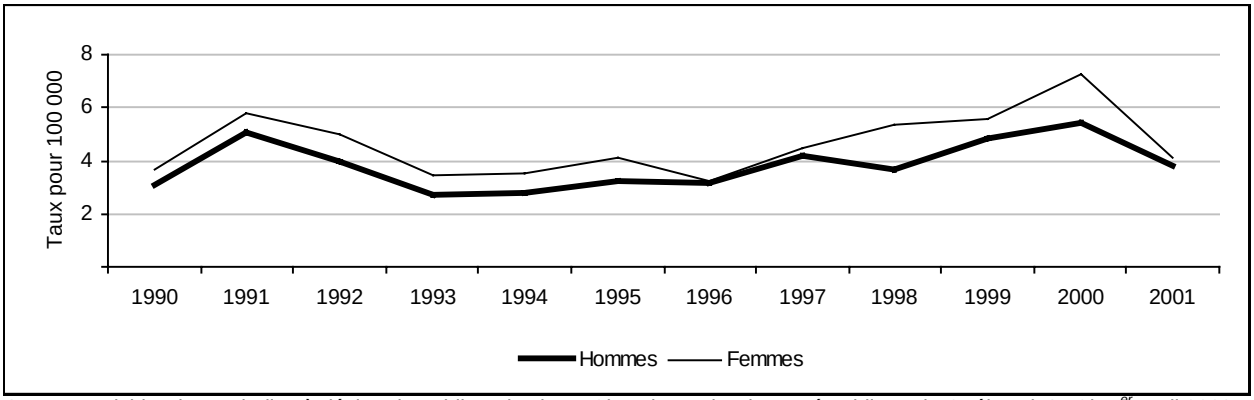
Les calculs incluent l'ensemble des cas déclarés. Les taux sont présentés pour 100 000 personnes. Pour les données illustrant la situation québécoise, nous avons ajusté les taux dans le temps et selon la région en utilisant la population de recensement de 1996, afin de permettre des comparaisons plus valides. Les données fournies par Santé Canada, et utilisées pour les compraison à l'échelle canadienne, ne sont pas ajustées.

- ***La situation québécoise***

Au Québec, en 2001, sur un total de 339 cas déclarés au fichier MADO, 299 ont été caractérisés comme étant le *E. coli O157*, principalement de sérotype H7.

Les infections à *E. coli O157* avaient un taux ajusté d'incidence élevé, en 1991 (5,4 cas pour 100 000 personnes) ; le taux s'est par la suite stabilisé autour de 3,3 entre 1993 et 1996. À partir de 1997, les taux ont à nouveau augmenté, pour atteindre 6,5 cas pour 100 000 personnes, en 2000. Le taux pour 2001 est de 4,0 pour 100 000. Ces variations dans les taux sont certainement en partie dues à l'attention particulière que ces infections suscitent tant dans les médias que chez le public en général. On ne peut discerner actuellement la part d'augmentation réelle par rapport à celle causée par une augmentation des cas diagnostiqués suite à une attention particulière. Cependant, il est clair que plus les cas seront signalés à la santé publique, plus l'investigation permettra de mettre en évidence des sources de contamination qu'il sera possible de contrôler.

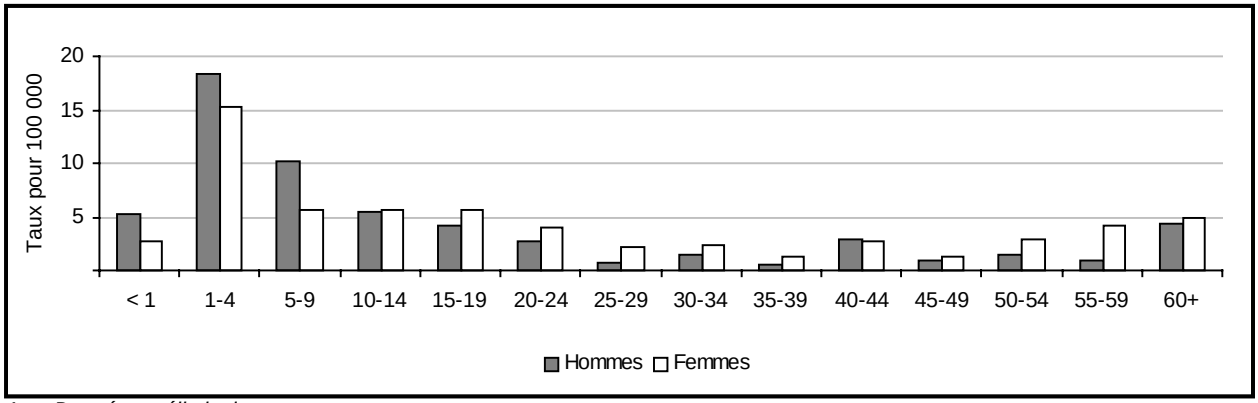
Figure 12.2.1 : **Évolution du taux ajusté d'incidence des infections à *Escherichia coli O157*, Québec, 1990 à 2001**



Sources: Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 1er avril 2002.
Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, MSSS.
MSSS, juin 2002.

Les infections à *E. coli O157* ont une forte tendance saisonnière, le nombre de cas enregistrés étant plus important entre mai et octobre de chaque année. La maladie est plus fréquente chez les jeunes âgés de moins de 20 ans, et cette tendance semble constante d'année en année (*cf.* figure 12.2.2). L'incidence est particulièrement élevée chez les enfants de moins de 5 ans, où les complications sont plus fréquentes. Les taux sont légèrement plus élevés chez les femmes que chez les hommes, mais l'on sait que les femmes consultent plus fréquemment.

Figure 12.2.2 : **Taux d'incidence des infections à *Escherichia coli O157*, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2001[1]**



1. Données préliminaires.
Sources : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 1er avril 2002. Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, MSSS. MSSS, juin 2002.

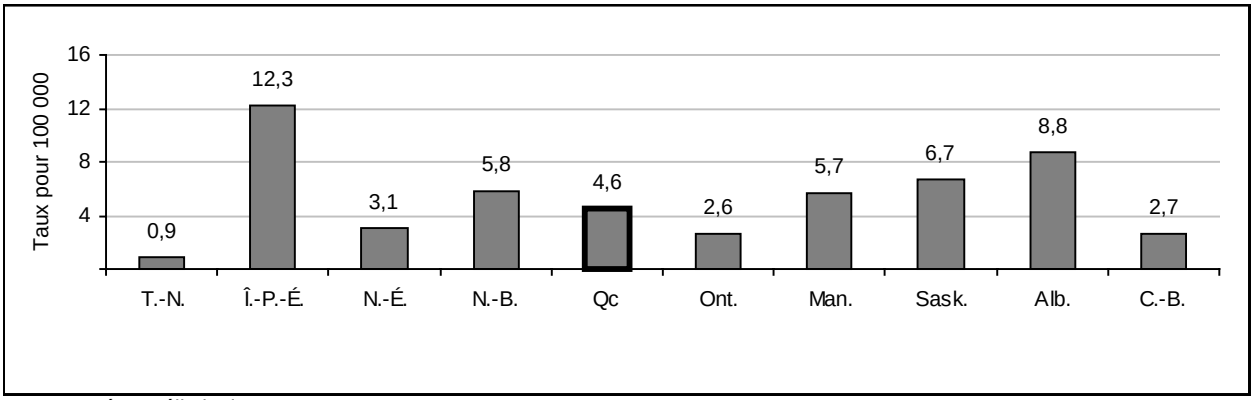
L'incidence varie selon la région sans que l'on puisse reconnaître de tendances plus spécifiques.

Cette maladie constitue une problématique particulièrement importante en santé publique à cause de la nature de ses complications, et parce qu'elle peut être prévenue par un contrôle à la source et une manipulation adéquate des aliments avant leur cuisson. Des efforts importants ont été consentis depuis deux ans afin de mieux contrôler la production. Le programme de traçabilité de la ferme à la table est en bonne voie d'implantation. De plus, des programmes d'éducation à la santé, afin de favoriser, chez le consommateur, une manipulation adéquate des aliments, devraient être renforcés.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

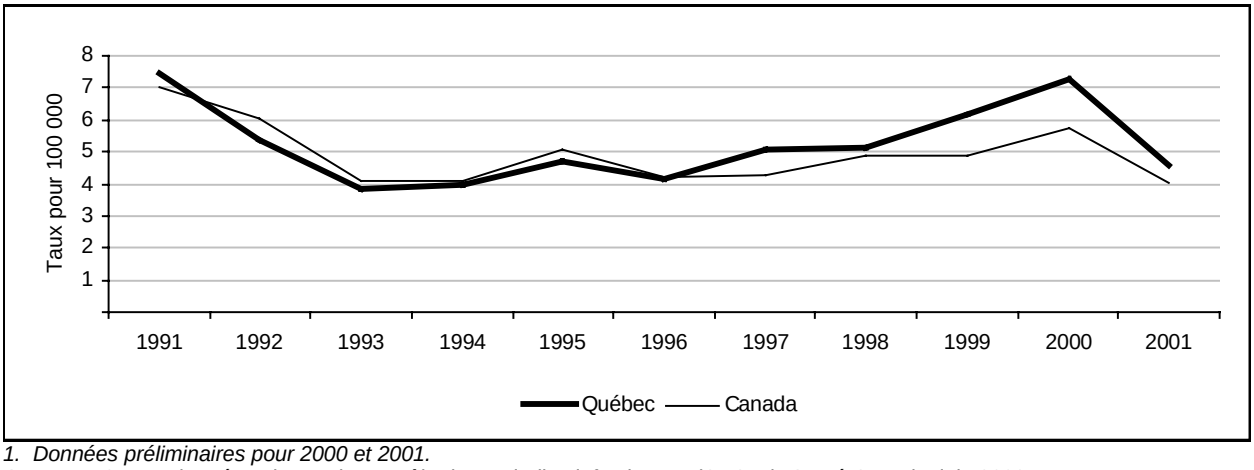
La dernière année pour laquelle les données sont complètes à l'échelle canadienne est 2001. Avec un taux brut de 4,6 cas pour 100 000 personnes (*cf.* figure 12.2.3), l'incidence des infections à *E. coli* producteurs de vérotoxines, au Québec, se situe juste au dessus de l'incidence moyenne observée dans les provinces canadiennes qui est de 4,0 pour 100 000. De fait, le Québec occupe le 5e rang face aux provinces. Les taux sont en général plus élevés dans l'ouest canadien à l'exception de la Colombie-Britannique. Les mêmes tendances, quant au taux d'incidence spécifique selon le groupe d'âge et le sexe, ainsi qu'aux fluctuations d'année en année, peuvent être observées.

Figure 12.2.3 : **Taux d'incidence des infections à *Escherichia coli,* producteurs de vérotoxines, Québec et provinces canadiennes, 2001[1]**



1. Données préliminaires.
Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Figure 12.2.4 : **Évolution du taux d'incidence des infections à *Escherichia coli* producteurs de vérotoxines, Québec et Canada, 1991 à 2001[1]**



1. Données préliminaires pour 2000 et 2001.
Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

La problématique des infections à *E. coli* producteurs de vérotoxines est donc une priorité tant pour le Québec que pour l'ensemble du Canada. La prévention à la source de ces infections et un système de traçabilité à l'échelle canadienne sont sans doute les meilleures stratégies pour contrôler ces infections, dont les coûts engendrés sont très importants, tant pour le système de soins que pour l'individu malade.

Références

1. FRADET, Monique et al. Les infections à *Escherichia coli O157* : résultats de la surveillance des cas déclarés entre le 12 mai et le 31 octobre 2000, 31 mai 2001.

2. HEDBERG, C, F. ANGULO, J. TOWNES, D. VUGIA, M. FARLEY. FoodNet. Differences in *Escherichia coli O157:H7* annual incidence among FoodNet active surveillance sites. Baltimore, MD ; 1997 June 22-26, 1997.

12.3 Le taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est la maladie transmissible sexuellement (MTS) la plus fréquemment déclarée au Québec. Le nombre de cas déclarés représentait près de 80 % de tous les cas de MTS déclarés, au Québec, entre 1996 et 2000 (réf. 1). Après avoir eu tendance à diminuer pendant 10 ans, entre 1988 et 1997, l'incidence est à nouveau à la hausse depuis 1998.

La chlamydiose peut provoquer l'infertilité chez la femme ainsi que les grossesses ectopiques ; elle peut aussi être asymptomatique. C'est pourquoi, on recommande le dépistage systématique de toutes les jeunes femmes sexuellement actives. L'implantation des techniques d'amplification génique, dans le dépistage de l'infection, se poursuit au Québec, surtout depuis 1997. Une partie de l'augmentation de l'incidence constatée s'explique donc par la plus grande disponibilité de ces techniques plus performantes et moins invasives.

Globalement et compte tenu de leur incidence élevée, les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* constituent un indicateur de choix pour le suivi de l'efficacité des efforts de prévention primaire et secondaire. En effet, la prévention de l'infection génitale *Chlamydia trachomatis,* comme celle de plusieurs autres MTS, passe par la prévention des relations sexuelles à risque et l'utilisation du condom. La recherche et le traitement concomitant des contacts des cas-index, constituent les recommandations de base des lignes directrices de traitement canadiennes et américaines. Les infections à *Chlamydia trachomatis* dans le groupe d'âge 15 à 24 ans retiennent surtout l'intérêt, car elle offrent le plus grand potentiel de prévention, en particulier des complications chez les jeunes femmes en âge de procréer.

- ***Méthodologie***

L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est une maladie à déclaration obligatoire. Les médecins et les laboratoires sont tenus de déclarer les cas diagnostiqués au Directeur de santé publique de la région. Des données sur les caractéristiques du cas sont enregistrées dans le fichier central MADO (MAladies à Déclaration Obligatoire) ; ce fichier n'est accessible qu'aux autorités de santé publique, et ce, sous une forme dépersonnalisée. C'est à partir de ce fichier que les données d'incidence des cas sont colligées. C'est également à partir de ce fichier que certaines données sont acheminées annuellement à Santé Canada.

Comme il s'agit d'une infection fréquente, qui ne nécessite en général aucune hospitalisation, le diagnostic, souvent clinique, et le traitement se font à partir du bureau du médecin. Il est donc évident que l'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est sous-estimée, puisque, pour être déclarée, l'infection doit être confirmée par un test diagnostic approprié. Une analyse des données issues du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement nous indique, en effet, qu'entre 1996 et 2000, il y avait, chez les femmes et les hommes, respectivement 1,7 à 4,4 fois plus de cas traités pour une MTS ou un syndrome compatible que de cas dans le fichier MADO. Dans la littérature, on estime que le taux de déclaration pour ce type de maladie est autour de 3 % (réf. 2 et 3).

Afin de valider les chiffres fournis à l'échelle canadienne, entre 1995 et 2000, une lecture du fichier a été réalisée le 1er avril 2002. On note une différence dans le nombre de cas rapportés globalement et selon le sexe ne dépassant pas 1,65 % (-0,36 à 1,65 %) ce qui est minime. Il est possible que le nombre de cas que l'on retrouve, en 2002, dans le fichier MADO, diffère de celui compilé par les autorités de Santé Canada compte tenu de la nature dynamique du fichier. En effet, les données qu'il contient peuvent être

modifiées en tout temps par les autorités de santé publique régionales, suite à une revue systématique des cas. Ainsi, le nombre de cas peut varier dans le temps.

Il nous a été impossible de comparer les données selon les groupes d'âge, ces données par province ne nous ayant pas été fournies par Santé Canada.

Malgré ces limitations dans la précision des données, ce fichier permet un suivi des tendances dans le temps.

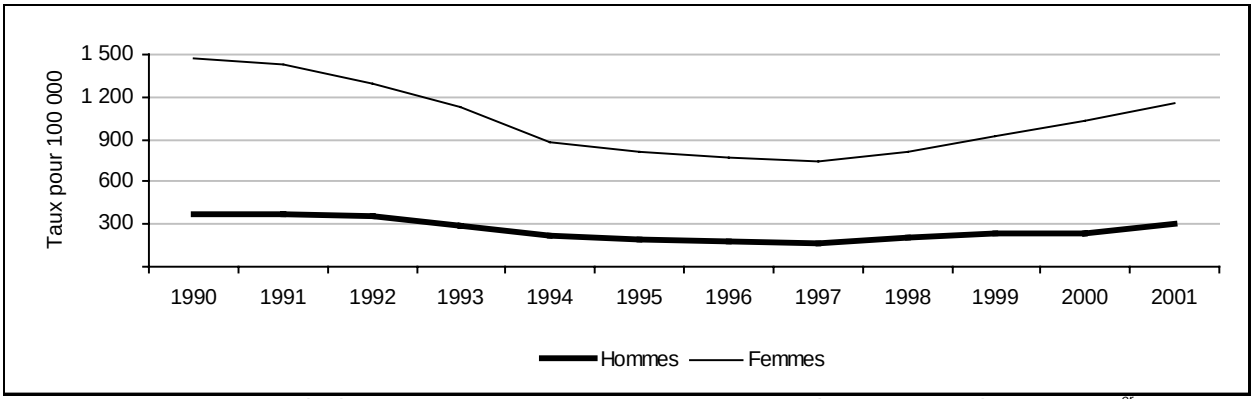
Les calculs incluent l'ensemble des cas déclarés de chlamydiose génitale et les taux sont présentés pour 100 000 personnes. Pour les données illustrant la situation québécoise, nous avons ajusté les taux, lorsqu'il s'agit de la population totale et selon la région, en utilisant la population de recensement de 1996, afin de permettre des comparaisons plus valides. Les données fournies par Santé Canada, et utilisées pour les compraisons à l'échelle canadienne, ne sont pas ajustées.

- ***La situation québécoise***

Entre 1990 et 1997, on note, de façon générale, une baisse de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis.* Jusqu'à 1995, cette baisse se situe autour de 10 à 15 % par année, alors qu'entre 1996 et 1998, elle n'est plus que d'environ 5 %. À partir de 1998, le taux ajusté d'incidence remonte graduellement, passant, pour l'ensemble de la population atteinte, de 98,9 cas pour 100 000 personnes à 142,7 pour 100 000, en 2001. L'augmentation est présente dans presque toutes les régions du Québec ; les taux ajustés d'incidence les plus élevés sont ceux des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. L'augmentation d'incidence est constatée, tant chez les hommes que chez les femmes ; elle est un peu plus soutenue (entre 10 et 13 % par année) chez les femmes que chez les hommes. Entre 2000 et 2001, l'incidence chez les hommes a en effet augmenté de près du tiers, après une augmentation de 22 %, entre 1997 et 1998, de 9 %, entre 1998 et 1999, et de seulement 4 %, entre 1999 et 2000.

L'évolution des taux d'incidence spécifique chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans illustre bien cette résurgence.

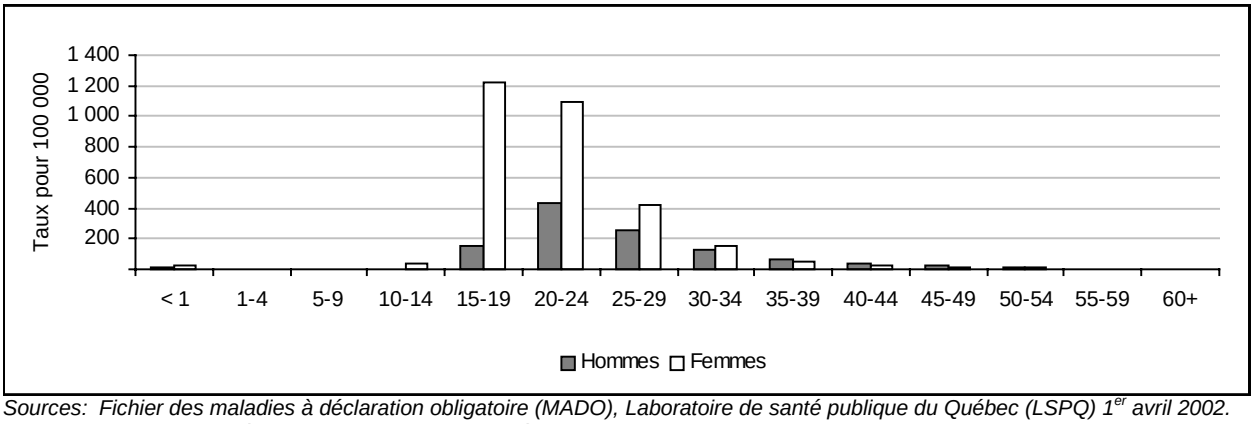
Figure 12.3.1 : **Évolution du taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* pour le groupe d'âge 15 à 24 ans, selon le sexe, Québec, 1990 à 2001**



Sources : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 1er avril 2002. Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, MSSS.
MSSS, juin 2002.

C'est en effet chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans que les taux d'incidence sont les plus élevés, lorsque l'on regarde les taux pour les deux sexes réunis. L'importance des taux d'incidence est remarquable. Pour les deux sexes réunis, l'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est de 721,1 cas pour 100 000 personnes ; elle est de 1 161,2 pour 100 000, chez les femmes et de 300,4 pour 100 000, chez les hommes. Bien que, chez les femmes, cette observation demeure vraie, chez les hommes, ce sont plutôt ceux âgés de 20 à 29 ans qui présentent, en 2001, les taux d'incidence les plus élevés. L'incidence plus élevée chez les femmes pourrait en partie s'expliquer parce qu'il est reconnu qu'elles consultent plus et qu'on leur recommande un dépistage systématique compte tenu du risque de complication.

Figure 12.3.2 : **Taux d'incidence spécifique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2001**



Sources: Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) 1er avril 2002. Perspectives démographiques, Service du développement de l'information, MSSS. MSSS, juin 2002.

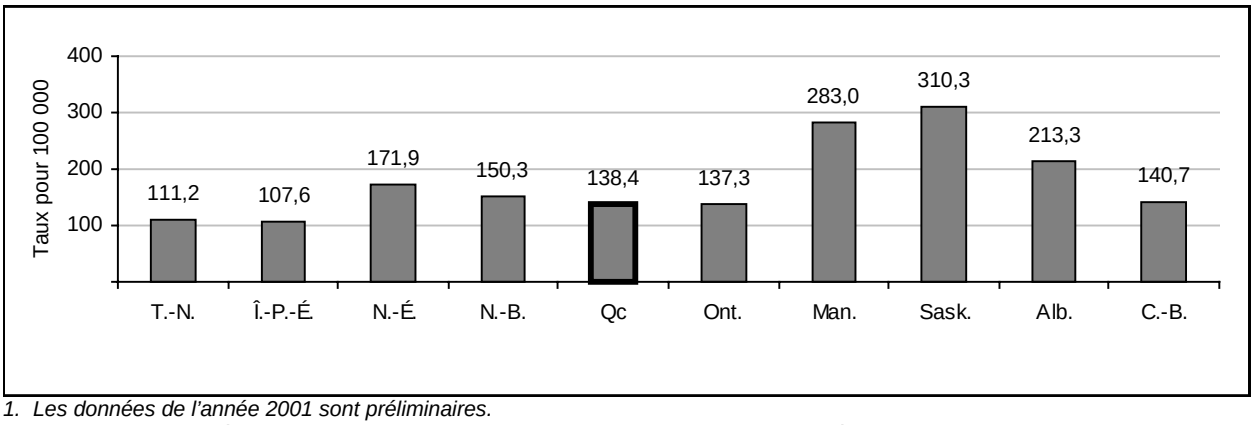
Par ailleurs, comme il a déjà été mentionné, l'implantation des techniques d'amplification génique dans le dépistage de l'infection se poursuit, au Québec, surtout depuis 1997. Une partie de l'augmentation de l'incidence constatée s'explique par la plus grande disponibilité de ces techniques plus performantes et moins invasives. En 1998, 37 % des laboratoires médicaux se servaient de ces techniques, et on estimait que cette proportion serait de 64 %, en 2000. Il nous est impossible de déterminer quelle proportion de l'augmentation de l'incidence y est attribuable. Il est possible aussi que cette augmentation soit réelle ; des études comportementales nous permettraient de mieux préciser la nature de ces constatations.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

L'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est élevée dans l'ensemble des provinces canadiennes. Depuis 1997, on note une augmentation de l'incidence, tant au Québec qu'à l'échelle canadienne.

Globalement, pour l'année 2001, le Québec, avec un taux de 138,4 cas pour 100 000 personnes, occupe le 4e rang pour l'incidence la moins élevée après l'Île-du-Prince-Édouard (107,6), Terre-Neuve (111,2) et l'Ontario (137,3), bien en deçà de l'incidence globale pour l'ensemble du Canada qui se situe à 161,0 cas pour 100 000 (*cf.* figure 12.3.3). En 2001, on constate que le Québec est au 3e rang derrière Terre-Neuve et l'Île-du-Prince-Édouard, en ce qui concerne les taux d'incidence chez les hommes. Chez les femmes, le Québec occupe le 4e rang. (données non présentées).

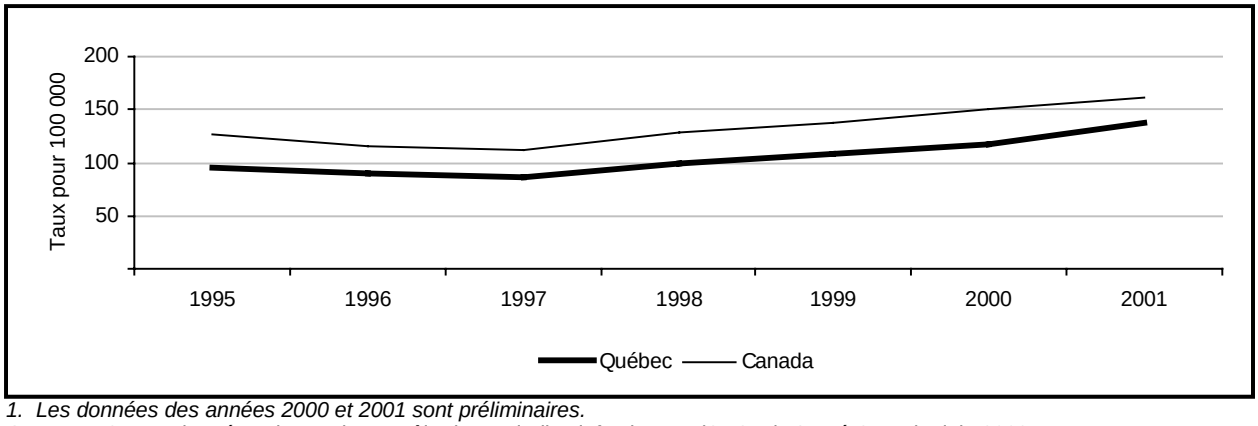
Figure 12.3.3 : **Taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, Québec et provinces canadiennes, 2001[1]**



1. Les données de l'année 2001 sont préliminaires.
Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

L'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* varie grandement selon les provinces, la Saskachewan ayant un taux près de trois fois supérieur à celui de l'Île-du-Prince-Édouard. Au Canada, on retrouve les mêmes tendances qu'au Québec quant au type de population atteinte, aux groupes d'âges prioritaires et à la surmorbidité féminine. Bien que certains biais puissent en partie expliquer l'augmentation d'incidence, au cours des dernières années, et les taux plus importants chez les femmes, la situation reste préoccupante surtout lorsque l'on considère le poids des complications chez la femme. Les programmes de prévention primaire et secondaire doivent donc être renforcés.

Figure 12.3.4 : **Évolution du taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, Québec et Canada, 1995 à 2001[1]**



1. Les données des années 2000 et 2001 sont préliminaires.
Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Références

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Analyse des cas d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile 1996-2000, Gouvernement du Québec, novembre 2001.

2. ROTHENBERG, R. et al. Reporting of gonorrhea by physicians : a behavioral study, Am J Publ. Health (1980) 70 : 983-986.

3. THACKER, S.B. et al. A controlled trial of disease surveillance strategies, Am. J. Prev. Med. (1986) 2 : 345-350.

12.4 L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement chez les non-fumeurs

▪ *Quelques mots sur l'indicateur*

L'usage de la cigarette occasionne des risques pour la santé des fumeurs, mais également pour celle des non-fumeurs. En effet, l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement est un facteur de risque important du cancer du poumon et des maladies cardiovasculaires, causant chaque année le décès d'environ 330 non-fumeurs au Canada. Au Québec, ce nombre est estimé à 94 décès par an. De plus, chez les nourrissons et les jeunes enfants qui y sont exposés, la fumée de tabac augmente le risque de développer diverses maladies respiratoires et affections connexes (réf. 1).

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, au Québec, 23 % des non-fumeurs âgés de 15 ans ou plus sont exposés, tous les jours ou presque, à la fumée de tabac à la maison et 19 % le sont dans les lieux publics (réf. 1). Cette enquête ne fournit cependant pas de données quant à l'exposition en milieu de travail. Dans le cadre de cette section, les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (réf. 4) permettront de mesurer l'exposition à la fumée secondaire quel que soit le lieu.

▪ *Méthodologie*

L'indicateur sur l'exposition à la fumée secondaire est défini comme la proportion de non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus exposés chaque jour ou presque à la fumée de tabac dans l'environnement, au cours du dernier mois, par rapport à la population totale de non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus vivant dans les ménages privés, multipliée par 100.

Les données sur l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), le cycle 1 (2000-2001), réalisée par Statistique Canada auprès des ménages privés. La population vivant dans les réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de la population cible. Des données de cette enquête sont disponibles sur le site de Statistique Canada. De plus amples renseignements sur la méthodologie de l'ESCC sont présentés à l'annexe technique du rapport (*cf.* annexe 1).

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette section sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %. Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

▪ *La situation québécoise*

En 2000-2001, 34 % des non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus se disent exposés à la fumée de tabac chaque jour ou presque, au cours d'une période de référence d'un mois (*cf.* tableau 12.4.1). Du point de vue de l'âge, environ un jeune non-fumeur sur deux (50 %) parmi le groupe des 12 à 19 ans déclare être exposé à la fumée secondaire, contre 32 % pour leurs aînés âgés de 20 ans ou plus. Cette différence selon le groupe d'âge est observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes, mais de façon plus marquée chez ces dernières. Mentionnons qu'en 2000-2001, 73 % des jeunes âgés de 12 à 19 ans et 70 % de la population âgée de 20 ans ou plus sont des non-fumeurs.

La proportion moins élevée de non-fumeurs âgés de 20 ans ou plus exposés à la fumée de tabac pourrait s'expliquer par le fait qu'après avoir quitté la maison familiale, un jeune peut choisir de ne pas permettre la fumée de cigarettes à son domicile ou de moins fréquenter les lieux publics où il risque d'y être

exposé. Ces hypothèses devraient cependant faire l'objet de vérifications. Cette diminution avec l'âge, qu'elle soit à la maison ou dans les lieux publics, a également été constatée ailleurs (réf. 2).

En 2000-2001, une proportion légèrement plus élevée d'hommes que de femmes sont exposés à la fumée de tabac dans l'environnement (36 % contre 33 %) (*cf.* tableau 12.4.1). Cette différence selon le sexe semble attribuable principalement au groupe d'âge des 20 à 34 ans, pour lequel les femmes ont tendance à être proportionnellement moins exposées que les hommes à la fumée secondaire (37 % contre 43 % ; données non présentées). D'ailleurs, cet écart observé entre les deux sexes pourrait s'expliquer en partie par le fait que, parmi les Québécois non-fumeurs âgés de 15 ans ou plus, les hommes sont proportionnellement plus exposés à la fumée de tabac dans les lieux publics que les femmes (24 % contre 14 % ; données non présentées) (réf. 2).

Tableau 12.4.1 : **Exposition à la fumée du tabac chaque jour ou presque au cours du dernier mois précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe, population de non-fumeurs âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2000-2001**

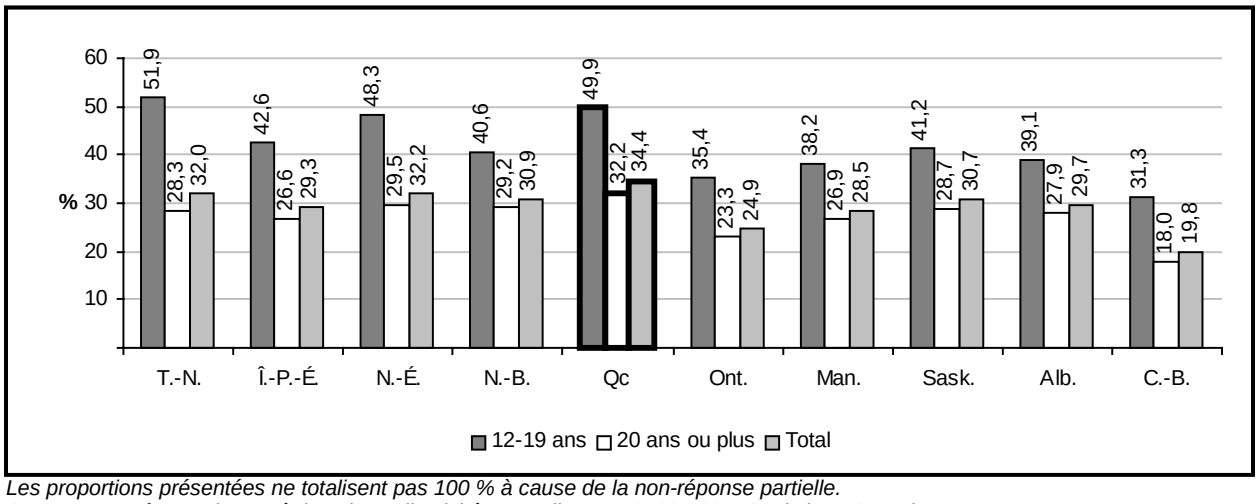
	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
12 à 19 ans	48,1	51,8	49,9
20 ans ou plus	34,3	30,3	32,2
Total	36,1	32,7	34,4

Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Le Québec (34 %) se situe au même rang qu'une seule autre province (32 %) avec le plus haut pourcentage de non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus exposés à la fumée de tabac dans l'environnement (*cf.* figure 12.4.1). Avec environ un jeune non-fumeur âgé entre 12 et 19 ans sur deux, le Québec (50 %), à l'échelle canadienne, présente l'une des expositions à la fumée secondaire, dans ce groupe d'âge, parmi les plus élevées (43 % à 52 %). Enfin, le taux d'exposition des non-fumeurs âgés de 20 ans ou plus, à 32 %, se révèle être le plus élevé au Canada.

Figure 12.4.1 : **Exposition à la fumée de tabac chaque jour ou presque au cours du dernier mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, population de non-fumeurs âgée de 12 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**



Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Il semble que cette plus grande exposition des non-fumeurs québécois, par rapport à la plupart des autres non-fumeurs canadiens aurait lieu, entre autres, à la maison. Un sondage réalisé en mai 2002 auprès de 1 500 Canadiens âgés de 18 ans ou plus montre une plus grande permissivité de fumer à l'intérieur du domicile au Québec que dans les provinces canadiennes : 64 % comparativement à des taux allant de 16 % à 42 % dans les provinces (réf. 3). La *Loi québécoise sur le tabac* interdit de fumer dans les lieux de travail, sauf dans les fumoirs, et l'interdit complètement dans les garderies, les écoles et les autres lieux accueillant des mineurs. Elle limite également la possibilité de fumer dans les lieux publics. Cette loi était en vigueur lors de la collecte des données de l'ESCC et les sanctions s'appliquaient depuis juillet 2000. Pour expliquer la différence entre le Québec et les provinces quant à l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac dans l'environnement, il serait utile d'examiner la variable ayant trait au lieu de cette exposition. Par ailleurs, l'exposition à la fumée secondaire à la maison semble être associée à un revenu ou à une scolarité faibles (réf. 1). Il serait donc également important de vérifier le lien entre l'exposition et les indicateurs socio-économiques, afin de mieux expliquer l'écart entre le Québec et les provinces. Enfin, soulignons que le Québec compte la plus forte proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels à l'échelle canadienne (*cf.* section 13.1) ; cette situation a fort probablement un impact non négligeable sur le taux d'exposition à la fumée de tabac chez les non-fumeurs du Québec.

Références

1. BERNIER, S. et D. BROCHU (2000). « Usage du tabac » dans *Enquête sociale et de santé 1998,* 2e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3.

2. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2002). Compilations spéciales tirées des données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, Daveluy et autres, 2000, Québec.

3. LÉGER MARKETING (2002). *Les Canadiens et le tabagisme. Rapport*. [En ligne]. http://www.legermarketing.com/francais/set.html.

4. STATISTIQUE CANADA (2000-2001 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, n^{o} 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

13. LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

FAITS SAILLANTS

Le taux de tabagisme chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans

Entre 1994-1995 et 2000-2001, la proportion de fumeurs actuels, au sein de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus, a diminué, passant de 34 à 30 %. Cette diminution est essentiellement attribuable au groupe de personnes âgées de 20 à 44 ans, dont le taux de fumeurs actuels est passé de 41 à 35 %.

En 2000-2001, parmi les jeunes âgés de 12 à 19 ans, 29 % des filles fument, comparativement à 24 % des garçons. Par contre, quand on considère l'ensemble de la population âgée de 12 ans ou plus, on observe un taux plus élevé chez les hommes (31 %) que chez les femmes (28 %).

Il faut souligner que, selon la toute dernière enquête de Santé Canada, la proportion de fumeurs actuels parmi les jeunes du Québec âgés, cette fois, de 15 à 19 ans serait passée de 36 % en 1999, à 30 % en 2000 (données non incluses dans l'analyse).

Depuis 1994-1995, la progression du taux d'anciens fumeurs, au sein de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus, a été l'une des plus spectaculaires observée au Canada, passant de 28 à 38 % en 6 ans. Cependant, en 2000-2001, le taux de fumeurs parmi les jeunes âgés de 12 à 19 ans demeure encore le plus élevé de l'ensemble canadien.

La proportion de personnes pratiquant une activité physique de loisir

En 2000-2001, 39 % de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus se considèrent actifs, au plan de l'activité physique de loisir, et 55 % se disent inactifs. Six ans plus tôt, ces proportions étaient, respectivement, de 35 et 60 %. On peut observer ces deux tendances vers l'augmentation de l'activité physique de loisir, tant chez les hommes que chez les femmes, et ce, pour tous les groupes d'âge.

Contrairement à ce que l'on observe dans les autres groupes d'âge, parmi les jeunes âgés de 12 à 19 ans, on compte plus d'actifs (58 %) que d'inactifs (30 %). De plus, on y observe une différence marquée entre les proportions affichées chez chacun des deux sexes. En effet, les garçons comptent 65 % d'actifs et 21 % d'inactifs, alors que chez les filles, ces pourcentages sont, respectivement, de 50 et 40 %.

Actuellement, le Québec présente des proportions d'actifs et d'inactifs semblables à celles observées dans les provinces de l'Atlantique, c'est-à-dire moins d'actifs et plus d'inactifs que dans la plupart des provinces situées à l'ouest de la rivière Outaouais.

Le niveau de l'indice de masse corporelle

En se basant sur la mesure de l'indice de masse corporelle, on constate qu'un peu plus de 44 % de la population québécoise âgée de 20 à 64 ans présente un excès de poids, en 2000-2001 ; cette proportion est demeurée stable depuis 1994-1995.

Aujourd'hui, seulement 1 % des hommes de cette tranche d'âge de la population ont un poids insuffisant, contre plus de 5 % des femmes. Si l'on considère uniquement le groupe d'âge 20 à 34 ans, ces pourcentages atteignent 1,7 et 8,3 %, respectivement.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir un poids acceptable (58 % contre 47 %), et ce, pour tous les groupes d'âge ; c'est dans le groupe des 35 à 44 ans que la différence est la plus marquée (60 % contre 45 %). En ce qui concerne l'excès de poids (embonpoint plus obésité), ce sont également les hommes qui sont les plus touchés avec 52 % contre 36 %, la plus grande différence étant observée chez les personnes âgées de 35 à 44 ans (53 % contre 33 %, respectivement).

Avec la Colombie-Britannique, le Québec affiche le plus faible pourcentage de personnes en excès de poids, au Canada.

Le taux de vaccination contre l'influenza chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

Entre 1996-1997 et 2000-2001, la proportion de la population québécoise âgée de 65 ans ou plus ayant déclaré avoir été vaccinée contre la grippe au cours de la dernière année a presque doublé, passant de 32 à 57 %. Parmi celle-ci, la proportion d'hommes et de femmes est pratiquement la même, soit 54 % et 59 %, respectivement.

Par contre, cette proportion varie considérablement selon l'âge. Si 69 % des gens âgés de 75 ans ou plus déclarent avoir reçu le vaccin au cours de la dernière année, le pourcentage chute à 50 % pour ceux du groupe des 65 à 74 ans.

À l'échelle canadienne, le Québec montre l'une des plus fortes proportions de gens âgés de 65 ans ou plus n'ayant jamais reçu le vaccin contre la grippe.

13.1 Le taux de tabagisme chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Les effets néfastes de la consommation de tabac ne sont plus à démontrer. En 1991, au Canada, environ 45 000 décès ont été causés par l'usage du tabac, dont plus de 12 000 au Québec (réf. 2). Les décès prématurés (avant l'âge de 70 ans) attribuables au tabagisme constituent actuellement le plus grand problème de santé publique au Canada (réf. 5). Il est bien connu que le cancer du poumon est directement lié à la consommation de cigarettes, mais plusieurs autres cancers le sont également (cancer de la bouche, de l'œsophage, du larynx, de la vessie, du pancréas, du rein et du col de l'utérus) (réf.1). D'autres problèmes de santé tels les maladies respiratoires, l'ostéoporose, la ménopause précoce, les cataractes et les effets négatifs sur le fœtus sont également associés à la consommation de cigarettes (réf. 2).

Cependant, des progrès importants dans la lutte contre le tabagisme ont été notés au cours des dernières décennies. En 1965, près de la moitié de la population canadienne âgée de 15 ans ou plus fumait. De récentes données canadiennes révèlent que cette proportion a décliné graduellement, de sorte que seulement le quart (24 %) de la population canadienne âgée de 15 ans ou plus fait actuellement usage de la cigarette (réf. 15). Des comparaisons interprovinciales démontrent également que, pour la première fois au cours d'une décennie, le Québec n'a pas enregistré le plus haut taux de fumeurs. En effet, selon l'enquête de Santé Canada, en 2000, la prévalence de fumeurs au Québec parmi la population âgée de 15 ans ou plus était de 28 %, le plus haut taux étant de 30 % en Nouvelle-Écosse. Cette baisse dans la population âgée de 15 ans ou plus semble continuer selon les données préliminaires 2001 (Santé Canada, 2001).

De plus, à l'échelle canadienne, le Québec a connu une diminution parmi les plus importantes du nombre de fumeurs actuels (réguliers et occasionnels), chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, soit de 36 % en 1999 à 30 % en 2000 (réf. 16). Les données provenant de l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000* corroborent cette constatation (réf. 11) : la consommation du tabac n'est plus à la hausse chez les jeunes du secondaire, le taux de fumeurs étant demeuré stable entre 1998 et 2000 (30 % et 29 %, respectivement).

L'élan vers la réduction du tabagisme est certes attribuable aux différentes actions entreprises au cours des années 1990. En 1992, le tabagisme a été mentionné dans trois des 19 objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* du ministère de la Santé et des Services sociaux (réf. 12) comme facteur de risque sur lequel il était important d'intervenir pour prévenir les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies du système respiratoire. Rappelons qu'en 1994, les gouvernements fédéral et provincial ont décidé de réduire les taxes sur les produits du tabac. Au même moment, soucieux d'éviter que la baisse des taxes n'entraîne une augmentation du tabagisme, le ministère de la Santé et des Services sociaux se dotait d'un plan d'action de lutte contre le tabagisme (réf. 2).

Plus récemment, le tabagisme a été retenu comme étant l'une des priorités d'action en matière de santé publique dans les objectifs des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (réf. 13) et un accent a été mis sur la prévention et la réduction du tabagisme dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec. De plus, grâce aux initiatives du Conseil québécois sur le tabac et la santé, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les Directions de la santé publique du Québec (Le Réseau des jeunes libres du tabac et le journal R libre) et à une subvention de Santé Canada (La gang allumée pour une vie sans fumée), plusieurs campagnes ont été lancées pour sensibiliser les jeunes aux effets néfastes du tabagisme et prévenir l'usage du tabac au sein de cette population. Enfin, la *Loi sur le tabac*, qui est entrée en vigueur en décembre 1999, interdit de fumer dans divers lieux publics.

Depuis 1994, l'usage du tabac au Québec fait l'objet d'une surveillance par l'entremise de deux enquêtes de Statistique Canada, soit l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999) et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (2000-2001).

- ***Méthodologie***

On définit l'indicateur sur l'usage du tabac comme la proportion de la population âgée de 12 à 19 ans qui fume la cigarette régulièrement ou à l'occasion (fumeurs actuels), par rapport à la population totale âgée de 12 à 19 ans vivant dans les ménages privés, multipliée par 100. Pour des fins de comparaison, l'indicateur est aussi défini comme la proportion de la population âgée de 12 ans ou plus qui fume la cigarette régulièrement ou à l'occasion (fumeurs actuels), par rapport à la population totale âgée de 12 ans ou plus vivant dans les ménages privés, multipliée par 100.

Les données sur l'usage du tabac proviennent de deux enquêtes auprès des ménages privés de Statistique Canada, soit l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP), les cycles 1, 2 et 3 (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999) et *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), le cycle 1 (2000-2001). La population vivant dans les réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de la population cible. Les données de ces deux enquêtes sont disponibles sur le site Internet de Statistique Canada. La méthodologie de l'ENSP et de l'ESCC est détaillée à l'annexe technique (*cf.* annexe 1) du rapport.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette section sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %. Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

- ***La situation québécoise***

Bien que le pourcentage de fumeurs actuels dans la population québécoise âgée de 12 ans ou plus ait connu une diminution significative entre 1994-1995 et 2000-2001 (34 % à 30 %), aucun changement significatif n'a été observé chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans (25 % à 27 %), et ce, tant chez les filles (25 % à 29 %) que chez les garçons (26 % à 24 %) (*cf.* tableau 13.1.1). Même par rapport au plus haut niveau de jeunes fumeurs âgés de 12 à 19 ans, atteint en 1996-1997 (29 %), aussi observé ailleurs (réf. 10), la différence par rapport aux niveaux de 1994-1995, de 1998-1999 et de 2000-2001 demeure non significative.

De plus, aucune diminution n'a été constatée entre 1994-1995 et 2000-2001 chez les fumeurs actuels âgés de 12 à 14 ans, ni chez ceux âgés de 15 à 19 ans (données non présentées). Dans d'autres analyses, on a vérifié si le taux de fumeurs réguliers diminuait en même temps qu'augmentait le taux de fumeurs occasionnels, à travers les années ; elles non plus, n'ont relevé aucune diminution.

En fait, la diminution du tabagisme au sein de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus, entre 1994-1995 et 2000-2001, semble être attribuable principalement aux personnes du groupe d'âge 20 à 44 ans (de 41 % à 35 %) (données non présentées).

En 2000-2001, proportionnellement plus de filles que de garçons âgés de 12 à 19 ans sont des fumeurs actuels (29 % contre 24 %), mais cette différence n'est pas significative (*cf.* tableau 13.1.1). Dans la population totale âgée de 12 ans ou plus, plus d'hommes que de femmes sont des fumeurs actuels (31 % contre 28 %).

Les enquêtes de santé utilisent différentes méthodologies, de sorte que les portraits qu'elles dessinent sont parfois contradictoires. Les résultats de cette section sur les Québécois âgés de 12 à 19 ans, en particulier ceux sur les adolescents âgés de 15 à 19 ans, contredisent les observations tirées de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2000* (ESUTC) de Santé Canada. Selon cette dernière enquête, on constate une baisse de la proportion de fumeurs actuels chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, soit de 36 % en 1999 à 30 % en 2000 (réf. 16).

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* de l'Institut de la statistique du Québec (réf. 4) dont les données sur les habitudes de vie proviennent d'un questionnaire auto-administré, un instrument reconnu pour minimiser le biais de sous-déclaration, montrent que la proportion de fumeurs actuels chez les filles âgées de 15 à 19 ans aurait diminué entre 1987 et 1998 (39 % à 33 %).

À l'heure actuelle, les seuls arguments qui pourraient expliquer les écarts constatés entre les différentes enquêtes semblent être la méthode de collecte et la base d'échantillonnage qui varient beaucoup d'une enquête à l'autre. Cette hypothèse devrait cependant faire l'objet d'une vérification.

Tableau 13.1.1 : **Taux de tabagisme selon le sexe et l'âge, population âgée de 12 à 19 ans et de 12 ans ou plus, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001**

Sexe/âge	Non-fumeurs		Fumeurs actuels		
	N'a jamais fumé (%)	Ancien fumeur (%)	Fumeur occasionnel (%)	Fumeur régulier (%)	Total (%)
Hommes					
12 à 19 ans					
1994-1995	58,5	15,7 *	8,9 *	16,9 *	25,8 *
1996-1997	56,4	14,5 *	**	22,5 *	29,2
1998-1999	56,1	22,0 *	**	17,5 *	21,1 *
2000-2001	59,7	15,2	7,4	16,8	24,3
12 ans ou plus					
1994-1995	32,2	30,8	5,1	31,7	36,8
1996-1997	33,2	30,9	3,7	31,9	35,6
1998-1999	31,6	36,3	3,2 *	28,3	31,5
2000-2001	28,7	40,0	4,5	26,6	31,1
Femmes					
12 à 19 ans					
1994-1995	55,2	20,1 *	**	19,7 *	24,7
1996-1997	50,0	20,0 *	**	20,8 *	29,4 *
1998-1999	51,6	21,1	7,0 *	20,3 *	27,3
2000-2001	53,7	17,3	8,6	20,1	28,8
12 ans ou plus					
1994-1995	43,0	25,7	4,6	26,5	31,1
1996-1997	46,0	24,6	3,8 *	25,5	29,3
1998-1999	41,3	29,3	3,6	25,5	29,0
2000-2001	36,7	35,3	4,6	23,3	27,9
Sexes réunis					
12 à 19 ans					
1994-1995	56,9	17,8 *	7,0 *	18,2 *	25,3
1996-1997	53,2	17,3	7,6 *	21,6	29,3
1998-1999	53,9	21,5	5,2 *	18,9	24,1
2000-2001	56,8	16,2	8,0	18,5	26,5
12 ans ou plus					
1994-1995	37,7	28,2	4,8	29,1	33,9
1996-1997	39,7	27,7	3,7	28,6	32,4
1998-1999	36,5	32,7	3,4	26,9	30,2
2000-2001	32,8	37,6	4,6	24,9	29,5

* *Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*

** *Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ; les données ont été supprimées en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage.*

Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.

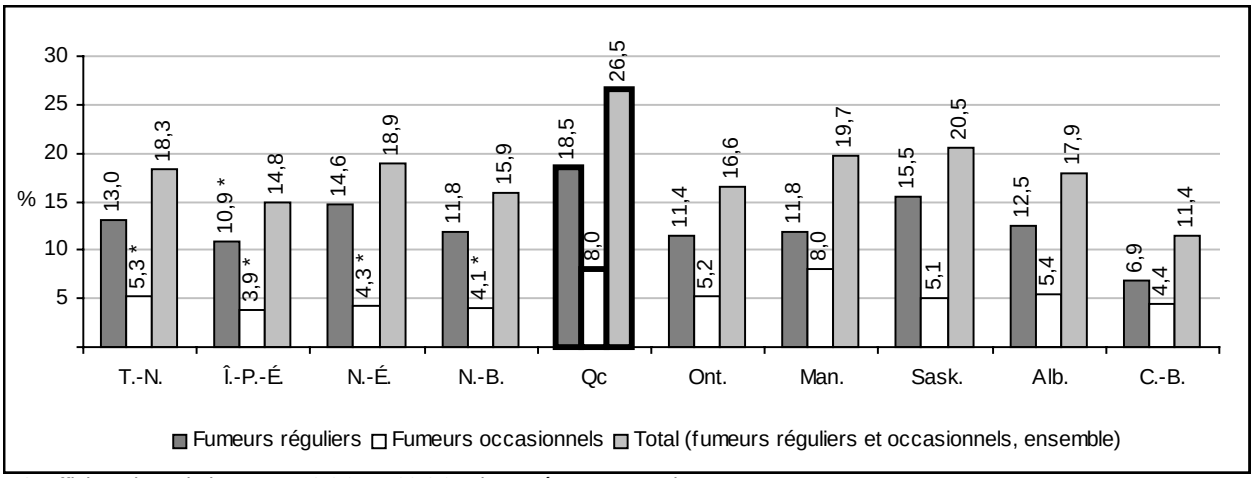
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.

ISQ, juin 2002.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

En 2000-2001, au Québec, le pourcentage de 27 % de fumeurs actuels âgés de 12 à 19 ans est plus élevé que celui constaté dans les provinces (*cf.* figure 13.1.1), où il varie de 11 % à 21 %. Chez les fumeurs réguliers de ce groupe d'âge, on constate que le Québec (19 %) a une proportion un peu supérieure à celle de la Saskatchewan (16 %). Chez les fumeurs occasionnels, le Québec, avec ses 8 %, se place au même niveau que le Manitoba (8 %).

Figure 13.1.1 : **Proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels chez la population âgée de 12 à 19 ans, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**



** Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, *Statistique Canada.*
ISQ, juin 2002.

L'usage du tabac chez les jeunes Québécois demeure inquiétant. Les efforts gouvernementaux dans les années 1990 et les campagnes de prévention du tabagisme chez les adolescents semblent ne pas avoir porté les fruits escomptés. Il convient alors de se poser les questions suivantes : Pourquoi les jeunes Québécois fument-ils plus que leurs confrères et leurs consœurs des provinces canadiennes ? La prévention du tabagisme chez les jeunes a-t-elle jusque là été un échec ?

En réponse à la première question, on sait que le tabagisme est associé à un revenu ou à une scolarité faibles, ou encore au décrochage scolaire (réf. 2). En fait, malgré les améliorations notables enregistrées dans bon nombre de données socio-économiques au sein de la population, au cours de la seconde moitié du dernier siècle, le revenu moyen et le nombre moyen d'années de scolarité sont plus bas, au Québec, que dans certaines provinces, et le décrochage scolaire persiste (réf. 9). On sait, par ailleurs, qu'en 2001, le Québec avait les taxes sur le tabac parmi les plus faibles (réf. 14), rendant plus accessible l'achat de cigarettes. De plus, une étude menée par l'agence AC Nielsen pour le compte de Santé Canada a révélé que les Québécois sont deux fois plus ciblés par la publicité sur le tabac que les habitants des provinces (réf. 8). En outre, le Québec affichait l'un des plus bas pourcentages de taux d'observation de la *Loi sur le tabac* et de la législation provinciale sur les mineurs, chez les détaillants (réf. 6). La possibilité de différences culturelles au Québec, comme « la joie de vivre », pour laquelle les Québécois sont reconnus, pourrait être à la base d'un certain laxisme envers l'usage du tabac chez les jeunes, ou encore les différences sur le chapitre des connaissances sur les effets nuisibles du tabac (réf. 7).

Ces facteurs pourraient expliquer en partie les raisons pour lesquelles les Québécois âgés de 12 à 19 ans fument plus que les jeunes des provinces canadiennes ; ils suggèrent également des pistes de recherche afin de mieux étudier le phénomène.

Concernant la deuxième question, il faut souligner qu'en plus d'une diminution progressive de la proportion de fumeurs actuels depuis 1994-1995 (34 % à 30 %), au Québec, la proportion d'anciens ou d'ex-fumeurs parmi les personnes âgées de 12 ans ou plus a augmenté de façon impressionnante pendant cette période (28 % à 38 %). Il serait donc très difficile de conclure que les efforts déployés contre l'usage du tabac n'ont pas connu de succès ; cette assertion est, par ailleurs, corroborée par la diminution dans la vente totale de cigarettes, au Québec, entre 1996 et 1999 (réf. 15).

Peut-être que les campagnes anti-tabac ciblant spécifiquement les jeunes ne sont pas assez nombreuses, au Québec, ou n'atteignent pas la population visée. Cet aspect de la question a besoin d'être vérifié. Il est possible aussi que dans une société moderne et permissive, les Québécois soient impuissants à décourager un jeune d'essayer la cigarette ou de commencer à fumer. Les données sur la population totale âgée de 12 ans ou plus suggèrent cependant que, lorsqu'un jeune prend de l'âge et devient plus libre de l'influence de ses pairs, les messages véhiculés pendant sa jeunesse semblent l'appuyer dans ses efforts vers l'abandon du tabac. Le financement public des thérapies de remplacement de la nicotine du gouvernement québécois devrait se poursuivre afin de consolider les acquis apparents. La récente hausse de la taxe sur les produits du tabac, ainsi que l'augmentation importante du budget consacré à la lutte anti-tabac, viennent conforter les stratégies gouvernementales et appuyer la population dans sa lutte contre le tabagisme (réf. 3).

Références

1. BERNIER, S. (1995). « Usage de la cigarette » dans *Et la santé ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, chapitre 5.

2. BERNIER, S. et D. BROCHU (2000). « Usage du tabac » dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3.

3. CABINET DE LA VICE-PREMIÈRE MINISTRE ET MINISTRE D'ÉTAT À L'ÉCONOMIE (Communiqué, 17 juin 2002–site Internet). *Hausse de la taxe sur les produits du tabac et investissements importants dans la lutte au tabagisme.* [En ligne]. http://communiques.gouv.qc.ca/gouvqc/communiques/GPQF/Juin2002/17/c7203.html.

4. DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642, [90] p.

5. ELLISON, L.F., H.I. MORRISON, M. DE GROTH et P.J. VILLENEUVE (1999). « Les conséquences du tabagisme sur la santé des fumeurs canadiens : Mise à jour », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, no 1, pp. 42-45.

6. GROUPE DE TRAVAIL SUR LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME DU COMITÉ CONSULTATIF DE LA POPULATION (2001 – site Internet). *La stratégie nationale : Aller vers l'avant, Rapport d'étape fédéral, provincial, territorial, 2001, sur la lutte contre le tabagisme*. [En ligne]. http://www.hc-sc.gc.ca/francais/features/fpt2001/reports.html.

7. INFO-TABAC (2000 – site Internet). « Pourquoi les francophones fument-ils plus que les anglophones ? Comment réagir ? », mai–juin. [En ligne]. http://www.arrete.qc.ca/bull32/pourquoi.html.

8. INFO-TABAC (2001 – site Internet). « Les Québécois deux fois plus ciblés par la publicité du tabac », septembre-octobre. [En ligne]. http://www.info-tabac.ca/bull37/publicite.html.

9. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2001). *Portrait social du Québec : Données et analyses, Édition 2001*, Collection Les conditions de vie, Québec, pp. 176–203 et 315-337.

10. LOISELLE, J. en collaboration avec L. CAOUETTE et D. TREMBLAY (1998). *Vers un plan de surveillance du tabagisme au Québec – proposition d'enquêtes*, Document de travail, Santé Québec, janvier 1998, p. 4.

11. LOISELLE, J. (2001). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000,* Volume 1*,* Québec, Institut de la statistique du Québec, 94, [18] p.

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publiques 1997-2002*, Gouvernement du Québec, Québec, 103 p.

14. MINISTÈRE DES FINANCES, Canada (2001–site Internet). « Hausse des taxes sur le tabac en vue de décourager l'usage du tabac » ; Document d'information. [En ligne]. http://www.fin.gc.ca/news01/01-095f.html.

15. SANTÉ CANADA (2000–site Internet). « Ventes de cigarettes au Canada : Québec 1980-1999 », Programme de lutte au tabagisme, août 2000. [En ligne]. http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/pdf/qc.pdf .

16. SANTÉ CANADA (1999, 2000–site Internet). « *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2000 »* - Résultats des années 1999 et 2000. [En ligne]. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tabac/f_ctums_splash.html.

17. STATISTIQUE CANADA (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, n^{o} (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête nationale sur la santé de la population,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

18. STATISTIQUE CANADA (2000-2001–site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, n^{o} 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

13.2 La proportion de personnes pratiquant une activité physique de loisir

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Depuis longtemps, l'activité physique est identifiée comme un facteur important de maintien, d'amélioration et même de recouvrement de la santé (réf. 4). En fait, la pratique régulière d'activités physiques est considérée comme un facteur de protection contre les maladies cardiovasculaires, l'excès de poids et la détérioration du fonctionnement musculo-squelettique. La pratique d'activités physiques aurait également des effets bénéfiques pour la santé mentale (réf. 5).

L'activité physique de loisir comprend les activités sportives (hockey, tennis, volley-ball, etc.), les activités de plein air (marche, bicyclette, etc.), de conditionnement physique, ainsi que les activités de danse. *La politique de la santé et du bien-être* du ministère de la Santé et des Services sociaux (réf. 2) et le plan d'action 2000-2005 du programme Kino-Québec (réf. 1) soulignent l'importance que les autorités gouvernementales entendent accorder à la promotion de la pratique d'activités physiques (réf. 3).

Afin de promouvoir un mode de vie physiquement actif et de contribuer au bien-être de la population, Kino-Québec, en collaboration avec différents partenaires, a conçu et mis en œuvre à travers les années plusieurs programmes (*VieActive, Famille au jeu, Pour que ça bouge chez vous* et *Stratégie tripartite* pour les jeunes) et de nombreuses campagnes de communication (« Être actifs, même en hiver », « Devenir et demeurer un adulte actif », « Moi, j'lâche pas, je reste actif » et « Ma façon d'être actif ») (réf. 1).

Les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (réf. 6) ainsi que celles de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (réf. 7) apportent un éclairage utile sur le niveau d'activité physique de loisir dans la population québécoise.

- ***Méthodologie***

On définit l'indicateur comme la proportion de la population âgée de 12 ans ou plus se classant à un niveau actif ou inactif de l'indice d'activité physique de loisir (séparément) par rapport à la population âgée de 12 ans ou plus vivant dans les ménages privés, multipliée par 100.

Les données sur l'activité physique de loisir proviennent de deux enquêtes menées auprès des ménages privés par Statistique Canada, soit l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP), les cycles 1, 2 et 3 (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999), et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), le cycle 1 (2000-2001). La population vivant dans les réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de la population cible. Les données de ces deux enquêtes sont disponibles sur le site Internet de Statistique Canada. La méthodologie de l'ENSP et de l'ESCC est détaillée dans l'annexe technique (*cf.* annexe 1) du rapport.

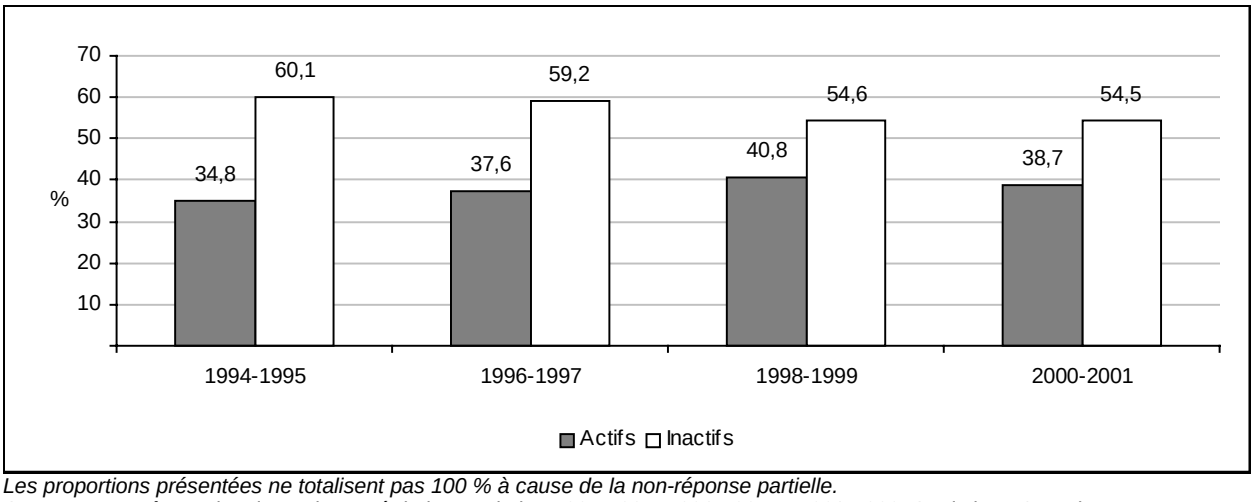
Dans l'ENSP et l'ESCC, un total de vingt activités physiques de loisir ont été dénombrées, auxquelles s'ajoute la possibilité de fournir trois activités supplémentaires non listées. On calcule l'indice d'activité physique de loisir par le biais d'une estimation de dépense énergétique mesurée en kilocalories (kcal) par kilogramme (kg) de poids corporel, par jour. L'estimation de la dépense énergétique tient compte de l'intensité à laquelle les activités physiques ont été pratiquées (calculée selon une intensité minimale pour chacune des activités), de la durée d'une séance d'activité et de la fréquence des activités hebdomadaires, au cours des trois mois ayant précédé l'entrevue. Le niveau d'activité physique a été ensuite classé selon la dépense énergétique, en trois catégories : actifs (3 kcal/kg/jour ou plus) ; moyennement actifs (1,5 à 2,9 kcal/kg/jour) ; et, inactifs (moins de 1,5 kcal/kg/jour). Pour les besoins de l'analyse, les actifs et les moyennement actifs ont été regroupés dans une seule catégorie, soit « actifs ».

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette section sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %. Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

- ***La situation québécoise***

En 2000-2001, 39 % des Québécois âgés de 12 ans ou plus se classent dans la catégorie des actifs, ce qui est supérieur à la proportion de 35 % constatée en 1994-1995 (*cf.* figure 13.2.1). À l'inverse, entre 1994-1995 et 2000-2001, la proportion de personnes se classant dans la catégorie des inactifs a connu une diminution, soit de 60 à 55 %. Les mêmes tendances sont également observées chez les hommes et les femmes, et dans tous les groupes d'âge (données non présentées).

Figure 13.2.1 : **Niveau d'activité physique de loisir, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001**



Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

En 2000-2001, proportionnellement plus d'hommes que de femmes sont actifs (42 % contre 35 %) (*cf.* tableau 13.2.1). La proportion des Québécois se situant dans la catégorie des actifs passe de 58 %, chez le groupe des 12 à 19 ans, à 34 %, chez celui des 65 ans ou plus (*cf.* tableau 13.2.1). C'est la situation inverse dans la catégorie des inactifs où l'on trouve 59 %, chez le groupe des 65 ans ou plus, et 30 %, chez celui des 12 à 19 ans. D'ailleurs, parmi les jeunes actifs âgés de 12 à 19 ans, les garçons se démarquent des filles (65 % contre 50 %, respectivement).

Aucune différence significative n'a été constatée dans les proportions de personnes se classant dans la catégorie des actifs ou des inactifs, entre les groupes d'âge 20 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans ou plus.

Tableau 13.2.1 : **Niveau d'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2000-2001**

Sexe / âge	Actifs (%)	Inactifs (%)
Hommes		
12-19 ans	65,2	21,3
20-34 ans	39,8	49,4
35-44 ans	38,6	54,3
45-64 ans	37,5	56,3
65 ans ou plus	42,9	47,7
Total	42,3	48,9
Femmes		
12-19 ans	49,5	40,0
20-34 ans	33,7	61,2
35-44 ans	32,9	64,1
45-64 ans	36,2	59,8
65 ans ou plus	28,0	67,6
Total	35,1	60,0
Sexes réunis		
12-19 ans	57,5	30,4
20-34 ans	36,8	55,2
35-44 ans	35,8	59,1
45-64 ans	36,8	58,1
65 ans ou plus	34,3	59,1
Total	38,7	54,5

Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, *Statistique Canada*.
ISQ, juin 2002.

Ainsi, en 2000-2001, environ quatre personnes sur dix, dans la population québécoise âgée de 12 ans ou plus, atteignent un niveau d'activité physique leur procurant des bénéfices pour la santé, mais près de six personnes sur dix n'en retirent que très peu ou pas du tout. Compte tenu des bienfaits de l'activité physique pour la santé, on observe encore beaucoup trop d'individus et, en particulier, de jeunes femmes, physiquement inactifs.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Le Québec, avec ses 39 %, présente un profil semblable à ceux de trois provinces ayant des faibles pourcentages de personnes physiquement actives (38 % à 40 %) (*cf.* tableau 13.2.2). Une seule province, le Nouveau-Brunswick, affiche un pourcentage plus bas (35 %). Dans les autres provinces, la proportion de la population physiquement active âgé de 12 ans ou plus varie de 43 à 49 %.

Concernant la catégorie des inactifs âgés de 12 ans ou plus, le Québec affiche 55 %, niveau comparable à ceux de quatre provinces (52 % à 56 %).

Tableau 13.2.2 : **Niveau d'activité physique de loisir, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**

Province	Actifs (%)	Inactifs (%)
Terre-Neuve	38,1	56,2
Île-du-Prince-Édouard	40,3	52,0
Nouvelle-Écosse	42,5	52,6
Nouveau-Brunswick	34,5	54,1
Québec	**38,7**	**54,5**
Ontario	42,6	49,8
Manitoba	38,7	48,8
Saskatchewan	44,1	48,9
Alberta	47,9	44,3
Colombie-Britannique	49,0	38,0

Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Il est difficile d'expliquer pourquoi, à l'échelle canadienne, le Québec affiche l'un des plus bas pourcentages d'individus âgés de 12 ans ou plus se classant dans la catégorie des personnes physiquement actives, en 2000-2001. Cependant, la proportion de 39 % est une amélioration par rapport à 1994-1995 où seulement 35 % se classaient comme actifs. Le pourcentage de 55 % d'inactifs, en 2000-2001, représente également un progrès depuis 1994-1995 où le pourcentage se situait à 60 %.

La proportion élevée de personnes qui n'ont pas fourni de réponse lors des entrevues de l'enquête de 2000-2001 peut engendrer un biais de réponse et pourrait, dans ce cas, être un facteur explicatif. Le pourcentage de réponses non déclarées pour l'activité physique varie de 5 % à 13 % selon la province (données non présentées). Au Québec, ce pourcentage se situe à 7 %. De façon constante, ce sont les hommes et les personnes âgées de 12 à 19 ans qui ont les plus hauts taux de non-réponse. Malheureusement, il n'est pas possible d'établir si la non-réponse génère une sousdéclaration ou une surdéclaration de la pratique d'activités physiques.

Par ailleurs, la pratique d'activités physiques est influencée par les conditions climatiques, les gens étant plus actifs durant l'été qu'en hiver (réf. 4). Il se peut donc que le gradient est-ouest de la température hivernale explique en partie les différences notées dans la pratique d'activités physiques entre le Québec et la Colombie-Britannique. De plus, d'après la littérature scientifique relative à ce sujet, la pratique d'activités physiques serait associée au revenu et à la scolarité. Les personnes ayant un revenu ou une scolarité faibles auraient tendance à être très peu actives ou inactives (réf. 4). Malgré le progrès important au cours de la seconde moitié du dernier siècle, le revenu moyen et le nombre moyen d'années de scolarité sont encore moins élevés au Québec que dans certaines provinces (Institut de la statistique du Québec, 2001).

Plusieurs autres facteurs, comme les normes sociales ou culturelles, l'aménagement de l'environnement physique (présence de trottoirs, de pistes cyclables, de circulation, etc.) ou les coûts d'accès aux installations, pourraient aussi expliquer les différences observées d'une province à l'autre. Ces hypothèses restent à vérifier et devront faire l'objet d'études permettant de mettre en relation ces variables.

En conclusion, les résultats de cette section montrent une augmentation globale de la proportion de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus se classant dans la catégorie des personnes physiquement actives, depuis 1994-1995. Toutefois, le pourcentage de personnes se classant dans la catégorie des inactifs reste encore beaucoup trop élevé au Québec. Les efforts de promotion devraient donc se poursuivre. Les stratégies privilégiées par Kino-Québec, visant à favoriser la création d'environnements qui facilitent la pratique d'activités et à préparer des activités de communication s'adressant à la population, aident celle-ci dans l'adoption d'un mode de vie plus actif et ainsi plus bénéfique pour la santé (réf. 1).

Références

1. KINO-QUÉBEC (2000). *Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique,* Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Gouvernement du Québec, 35 p.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

3. NOLIN, B., G. GASTON et D. PRUD'HOMME (2000). « Activité physique » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, *2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7.

4. NOLIN, B., D. PRUD'HOMME, G. GASTON et D. HAMEL et coll. (2002). *Rapport de l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998,* Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport.

5. SANTÉ QUÉBEC, C. DAVELUY, L. CHÉNARD, M. LEVASSEUR et A. ÉMOND (sous la direction de) (1994). *Et la santé ça va? Rapport de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 159 p.

6. STATISTIQUE CANADA (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, n° 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête nationale sur la santé de la population,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

7. STATISTIQUE CANADA (2000-2001 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, n° 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

13.3 Le niveau de l'indice de masse corporelle

- ***Quelques mots sur l'indicateur***

Les données de plusieurs études démontrent qu'un excès de poids est généralement associé aux maladies cardiovasculaires, au diabète et à certains types de cancer (réf. 5). De plus, le pourcentage de Canadiens présentant un excès de poids a augmenté depuis 1985 (réf. 6), d'où l'importance de suivre l'évolution de cet indicateur dans la population.

L'indice de masse corporelle (IMC), dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'une personne (en mètres), est une mesure approximative de la corpulence d'un individu et constitue un indice valide pour vérifier le surpoids dans la population. La classification du poids selon l'IMC permet de mieux cerner les sous-groupes de la population susceptibles de présenter un problème de poids (réf. 5).

Les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (réf. 11) ainsi que celles de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (réf. 12) seront utilisées pour étudier les différentes catégories de poids de l'IMC en mettant l'accent sur l'excès de poids dans la population québécoise.

- ***Méthodologie***

On définit l'indicateur comme la proportion d'adultes âgés de 20 à 64 ans se classant dans les différentes catégories de l'indice de masse corporelle (IMC), par rapport à la population totale âgée de 20 à 64 ans vivant dans les ménages privés, à l'exclusion des femmes enceintes, multipliée par 100. L'indice exclut la population âgée de moins de 20 ans et celle âgée de 65 ans ou plus à cause de certaines variations dans les critères de classification (réf. 5). Les femmes enceintes sont également exclues car leur variation de poids aurait un impact sur la classification en catégories.

En utilisant des normes internationales pour les individus âgés de 20 à 64 ans, quatre catégories de poids ont été retenues : poids insuffisant (IMC de moins de 18,5), poids acceptable (IMC entre 18,5 et 24,9), embonpoint (IMC entre 25 et 29,9) et obésité (IMC égal ou supérieur à 30) (réf. 11). Pour des fins d'analyse, les deux dernières catégories (embonpoint et obésité) ont été aussi regroupées dans une seule catégorie, l'excès de poids (IMC égal ou supérieur à 25).

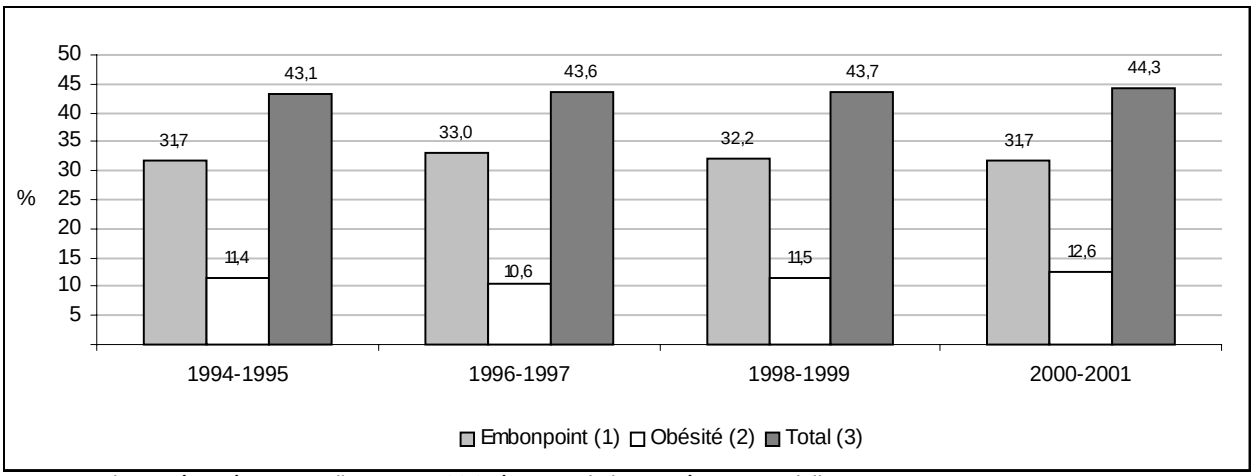
Les données sur l'indice de masse corporelle proviennent de deux questions (sur le poids et la taille d'un individu) faisant partie des questionnaires de deux enquêtes menées auprès des ménages privés par Statistique Canada, soit l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP), les cycles 1, 2 et 3 (1994-1995, 1996–1997 et 1998-1999), et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), le cycle 1 (2000-2001). La population vivant sur les réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de la population cible. Des données de ces deux enquêtes sont disponibles sur le site Internet de Statistique Canada. De plus amples renseignements sur les aspects méthodologiques de l'ENSP et de l'ESCC sont présentés dans l'annexe technique (*cf.* annexe 1) du rapport.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette section sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %. Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

- ***La situation québécoise***

Entre 1994-1995 et 2000-2001, la proportion de Québécois âgés de 20 à 64 ans présentant un excès de poids est demeurée stable à environ 44 % (*cf.* figure 13.3.1). Pendant cette période, le pourcentage de personnes présentant uniquement de l'embonpoint (environ 32 %) n'a pas changé. Par contre, le pourcentage de personnes obèses a connu une légère augmentation, entre 1994-1995 et 2000-2001 (11 % contre 13 %), mais cette hausse n'est pas statistiquement significative.

Figure 13.3.1 : **Proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, population âgée de 20 à 64 ans, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001**



Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
1. Embonpoint défini par l'indice de masse corporelle situé entre 25 à 29,9.
2. Obésité définie par l'indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30.
3. Total (embonpoint et obésité) défini par l'indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25.
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

En 2000-2001, beaucoup plus d'hommes que de femmes, en proportion, présentent un excès de poids (52 % contre 36 %), surtout en raison de l'embonpoint (39 % contre 24 %) (*cf.* tableau 13.3.1). Cependant, autant d'hommes que de femmes souffrent d'obésité (13 % et 12 %, respectivement).

À l'inverse, proportionnellement plus de femmes que d'hommes bénéficient d'un poids acceptable (58 % contre 47 %). D'ailleurs, le pourcentage de personnes se classant dans la catégorie de poids insuffisant est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (5 % contre 1 %). Ce sont les jeunes femmes âgées de 20 à 34 ans (8 %) qui présentent le pourcentage le plus élevé.

Tableau 13.3.1 : **Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population âgée de 20 à 64 ans, Québec, 2000-2001**

Sexe /âge	Poids insuffisant[1] (%)		Poids acceptable[2] (%)	Excès de poids		
				Embonpoint[3] (%)	Obésité[4] (%)	Total[5] (%)
Hommes						
20-34 ans	1,7	*	57,3	30,5	10,2	40,7
35-44 ans		**	45,4	40,0	13,2	53,2
45-64 ans	0,5	*	38,8	44,8	15,7	60,5
Total	1,0		46,7	38,8	13,2	52,0
Femmes						
20-34 ans	8,3		65,5	16,0	9,4	25,4
35-44 ans	5,5		60,4	21,0	11,8	32,8
45-64 ans	2,4	*	49,8	32,6	13,8	46,4
Total	5,1		57,5	24,3	11,9	36,2
Sexes réunis						
20-34 ans	4,9		61,2	23,6	9,8	33,4
35-44 ans	3,2		52,8	30,6	12,5	43,1
45-64 ans	1,5		44,4	38,6	14,8	53,4
Total	3,0		52,0	31,7	12,6	44,3

** Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
*** Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ; les données ont été supprimées en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage.*
Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
1. Poids insuffisant défini par l'indice de masse corporelle inférieur à 18,5.
2. Poids acceptable défini par l'indice de masse corporelle se situant entre 18,5 et 24,9.
3. Embonpoint défini par l'indice de masse corporelle situé entre 25,0 et 29,9.
4. Obésité définie par l'indice de masse corporelle supérieur à 30.
5. Total (embonpoint et obésité) défini par l'indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Par ailleurs, l'excès de poids s'accroît avec l'âge, allant de 33 % chez le groupe d'âge 20 à 34 ans à 53 % chez celui des 45 à 64 ans. Cette hausse selon l'âge est constatée autant chez les hommes (de 41 % à 61 %) que chez les femmes (de 25 % à 46 %).

On sait qu'il existe une association entre l'excès de poids et la scolarité : le surpoids diminue à mesure que le niveau de scolarité augmente (réf. 5). L'excès de poids et le revenu semblent également liés, quoique ce lien soit moins clair et moins marqué (réf. 9). Cependant, la probabilité d'avoir un poids insuffisant est plus élevée lorsque le niveau de revenu est faible (réf. 5).

Le lien entre l'excès de poids et la sédentarité semble aussi au cœur du problème de surpoids (réf. 2), la prévalence étant plus élevée chez les personnes physiquement inactives (réf. 8). On sait, d'ailleurs, qu'en 2000-2001, près de six Québécois sur dix se classent dans la catégories de personnes physiquement inactives (*cf.* section 13.2). Bien que les résultats de cette section-ci montrent que proportionnellement plus d'hommes que de femmes souffrent d'excès de poids, ils sont tout de même plus actifs dans tous les groupes d'âge (*cf.* section 13.2). D'autres déterminants d'excès de poids ont trait à une alimentation trop

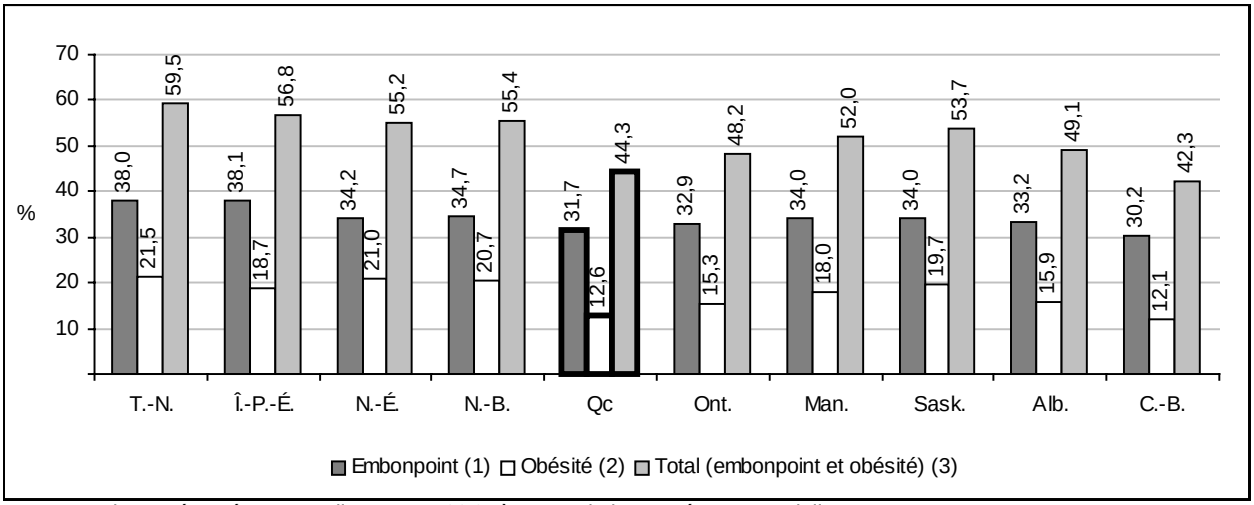
riche en sucre et en lipides, à une consommation élevée de friandises de toutes sortes hors repas, ou encore à des facteurs génétiques ou héréditaires (réf. 2).

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Le Québec (44 %) occupe une position enviable puisqu'il se situe au même niveau qu'une seule province canadienne (42 %) avec les plus bas pourcentages de personnes âgées de 20 à 64 ans présentant un excès de poids (*cf.* figure 13.3.2). Le pourcentage d'excès de poids dans les autres provinces varie de 48 % à 60 %.

Ainsi, au Québec, le problème d'excès de poids peut être considéré de faible à modéré en comparaison avec la plupart des provinces. De plus, le Québec se classe nettement mieux lorsqu'on le compare aux Etats-Unis, où 20 % des hommes et 25 % des femmes souffrent d'obésité (réf. 3), contre 13 % et 12 % des Québécois et des Québécoises, respectivement.

Figure 13.3.2 : **Proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, population âgée de 20 à 64 ans, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**



Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
1. Embonpoint défini par l'indice de masse corporelle se situant entre 25 et 29,9.
2. Obésité définie par l'indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30.
3. Total (embonpoint et obésité) défini par l'indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Comment expliquer les différences notées ? Les Québécois bénéficient-ils de meilleurs modes de comportement ou habitudes de vie que leurs confrères et leurs consœurs des provinces canadiennes ou des États-Unis ? Ont-ils un profil génétique différent ? Ou sont-ils dotés d'un profil génétique semblable à celui des Français qui souffrent moins d'obésité (réf. 2) ? On pourrait aussi penser que les Québécois s'occupent plus de leur apparence, ce qui serait peut-être attribuable à l'influence de la culture française ou européenne et aurait probablement une influence sur le poids corporel.

Il est difficile toutefois de confirmer ces hypothèses en l'absence d'études plus poussées. On peut aussi se demander si les Québécois souffrent moins d'un excès de poids parce qu'ils profitent d'un meilleur niveau d'activité physique. Or, en 2000-2001, ils sont proportionnellement moins actifs que les habitants de plusieurs provinces (*cf*. section 13.2). Ils sont plus nombreux à faire usage du tabac (voir section 13.1), la consommation de cigarettes étant souvent utilisée pour contrôler le poids (réf. 3).

Il se peut donc que les Québécois ressemblent plus à leurs confrères français, non seulement du point de vue génétique ou culturel, mais aussi de celui des comportements. En fait, environ 35 % des Français âgés de 18 à 75 ans sont des fumeurs (réf. 1), mais seulement 8 % souffrent d'obésité, bien que le problème prenne de l'ampleur au sein de leur population (réf. 2 et 3). Malheureusement, il existe très peu de données sur le niveau d'activité physique dans la population française (réf. 4) pour établir une comparaison plus poussée.

En conclusion, l'excès de poids corporel semble être lié à certains modes comportementaux ou habitudes de vie, à certains facteurs socio-démographiques ou socio-économiques, ainsi qu'à des facteurs génétiques ou héréditaires. Il serait également important de considérer la possibilité d'un lien avec les aspects culturels. Bien que les résultats révèlent que le problème de surpoids soit moins sévère au Québec que dans les provinces canadiennes, l'excès de poids semble avoir augmenté de façon constante, entre 1987 et 1998 (36 % à 46 %), selon les données de l'Institut de la statistique du Québec (compilations spéciales non présentées, 2002) ; on aurait atteint un plateau d'environ 44 % pour la période allant de 1994-1995 à 2000-2001, selon les données de Statistique Canada. Cette surcharge pondérale, probablement liée à plusieurs des facteurs mentionnés plus haut, occasionne une multitude de problèmes de santé. Il se peut que les programmes mis en place pour contrer l'excès de poids ne soient pas assez nombreux ou efficaces pour arrêter sa progression (réf. 5). Des efforts plus importants devraient être déployés pour contrer l'embonpoint et l'obésité au sein de la population québécoise.

Références

1. BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE (2000–site internet). « La consommation de tabac des adultes en France : Évolution au cours des 10 dernières années », n° 48, 28 novembre 2000. [En ligne]. http://www.invs.sante.fr/beh/2000/0048/.

2. DOCTISSIMO – MA SANTÉ EN UN MOT (2002–site Internet). Surpoids et obésité. [En ligne]. http://www.doctissimo.fr/html/nutrition/mag_2001/mag0216/nu_3583_obesite_france.htm.

3. ESCULAPE (1998–site Internet). « Obésité : Chronique d'une catastrophe annoncée – TV, Fast-food, bas revenus, hérédité », 30 août 1998. [En ligne]. http://www.esculape.com/fmc2/obesite.html.

4. HERCBERG, S. et A. TALLEC (2000 – site Internet). « Le niveau d'activité physique de la population en France » dans *Rapport pour une politique nutritionnelle de santé publique en France,* chapitre 2.5. [En ligne]. http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/sommaire.htm.

5. LEDOUX, M. et M. RIVARD (2000). « Poids corporel » dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 9.

6. INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE (2000–site Internet). Fiche d'information n° 2 – communiqué du 12 mai 2000 : Les faits sur les niveaux d'obésité des Canadiens. [En ligne]. http://www.cflri.ca/icrcp/cp/2000/0005f_2_fr.html.

7. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2002). Compilations spéciales tirées des données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, Daveluy et autres, 2000, Québec.

8. NOLIN, B., D. PRUD'HOMME, G. GASTON et D. HAMEL et coll. (2002). *Rapport de l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998,* Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport.

9. RAPPORT STATISTIQUE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE (1999). Préparé par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population pour la Rencontre des Ministres de la santé, Charlottetown, Î.-P.-É., les 16 et 17 septembre 1999 ; Santé Canada, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé.

10. SPRING, B., R. PINGITORE et K. KESSLER (1992). " Strategies to minimize weight gain after smoking cessation : psychological and pharmacological intervention with specific references to dexfenfluramine ", *Int J Obes Relat Metab Disord*, December ; 16 Supplement, 3 : S, pp. 19-23.

11. STATISTIQUE CANADA (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, n° 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête nationale sur la santé de la population,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

12. STATISTIQUE CANADA (2000-2001 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, n° 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

13. TOMEO, C.A., A.E. FIELD, C.S. BERKEY, G.A. COLDITZ et A.L. FRAZIER (1999). " Weight concerns, weight control behaviors, and smoking initiation ", *Pediatrics,* October, 104, pp. 918-924.

13.4 Le taux de vaccination contre l'*influenza* chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

▪ *Quelques mots sur l'indicateur*

L'*influenza*, communément appelée la grippe, est une infection virale des voies respiratoires qui survient chaque année, en général à la fin de l'automne et pendant les mois d'hiver. Les gens souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux effets néfastes de l'influenza qui peuvent provoquer une morbidité importante et des complications sérieuses. Pour prévenir et contrer les effets potentiellement graves de la grippe, la vaccination est la mesure la plus efficace (réf. 2).

Au Québec, il existe un programme de vaccination antigrippale gratuit qui vise tout d'abord les personnes à risque élevé de présenter des complications de l'*influenza*, c'est-à-dire les personnes ayant des maladies chroniques, les personnes susceptibles de transmettre l'influenza à des personnes à risque élevé, les personnes hébergées, et les personnes âgées de 65 ans ou plus. D'ailleurs, les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (réf. 3) visent à augmenter la couverture vaccinale antigrippale à 60 % dans la population âgée de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert et à 80 % dans la population de personnes âgées vivant en institution (réf. 2).

Chaque année, une campagne, organisée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les différentes directions de la santé publique, informe la population sur le programme de vaccination antigrippale dont s'est doté le Québec. Il est donc important de connaître aujourd'hui l'état de la situation concernant la vaccination contre la grippe dans la population âgée de 65 ans ou plus. À cette fin, les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (réf. 4), ainsi que celles de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (réf. 5), apportent un éclairage utile.

▪ *Méthodologie*

On définit l'indicateur sur la couverture vaccinale comme la proportion de la population âgée de 65 ans ou plus ayant déclaré avoir été vaccinée contre la grippe au cours de la dernière année, par rapport à la population âgée de 65 ans ou plus vivant dans les ménages privés, multipliée par 100.

Les données sur la vaccination contre la grippe proviennent de deux enquêtes menées auprès des ménages par Statistique Canada, soit l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP), le cycle 2 (1996-1997) et *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), le cycle 1 (2000-2001). La population vivant sur les réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de la population cible. Des données de ces deux enquêtes sont disponibles sur le site Internet de Statistique Canada. La méthodologie de l'ENSP et de l'ESCC est détaillée dans l'annexe technique (*cf.* annexe 1) du rapport.

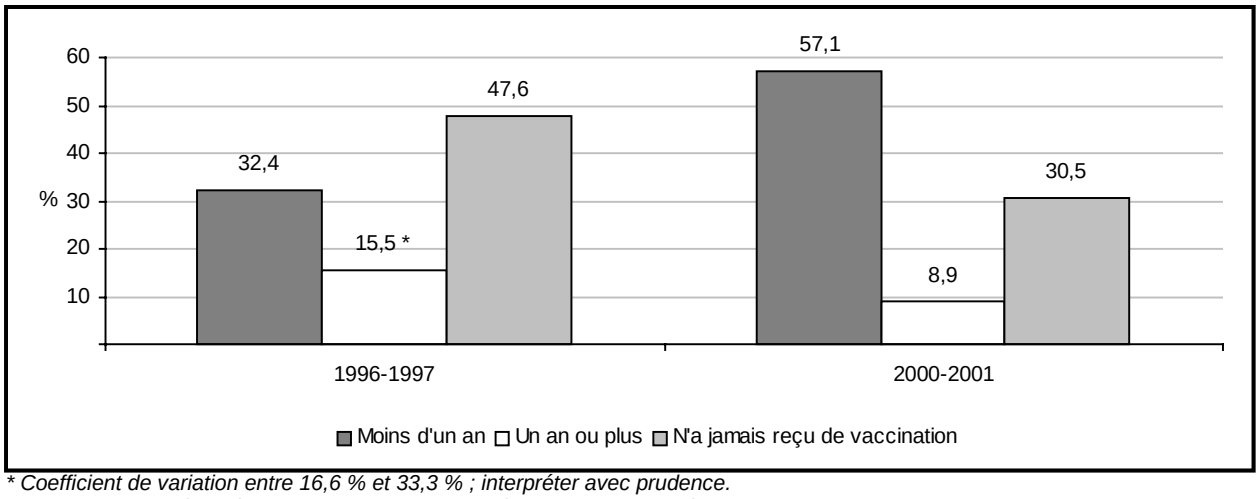
À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette section sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %. Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité, quand ils sont mentionnés dans le texte, et à une décimale dans les tableaux et les figures.

▪ *La situation québécoise*

Entre 1996-1997 et 2000-2001, la proportion de la population québécoise âgée de 65 ans ou plus qui a déclaré avoir été vaccinée contre la grippe au cours de la dernière année a presque doublé, allant de 32 à 57 % (*cf.* figure 13.4.1). À l'opposé, durant cette même période, le pourcentage de personnes de ce

groupe d'âge ayant déclaré avoir reçu le vaccin il y un an ou plus a diminué, passant de 16 %, en 1996-1997, à 9 %, en 2000-2001, et celui de personnes n'ayant jamais reçu le vaccin a également diminué, allant de 48 à 31 %.

Figure 13.4.1 : **Taux de vaccination contre la grippe selon la couverture, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, 1996-1997 et 2000-2001**



** Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997, Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

En 2000-2001, autant d'hommes que de femmes, en proportion, déclarent avoir été vaccinés contre la grippe au cours de la dernière année (54 % et 59 %, respectivement) (*cf.* tableau 13.4.1). De la même façon, autant d'hommes que de femmes, en proportion, disent avoir reçu le vaccin il y a un an ou plus (7 % et 11 %, respectivement). Aucune différence significative n'a été constatée non plus en ce qui concerne la proportion d'hommes et de femmes n'ayant jamais été vaccinés (33 % et 29 %, respectivement).

Selon l'âge, proportionnellement plus de personnes âgées de 75 ans ou plus que de celles âgées de 65 à 74 ans déclarent avoir été vaccinées au cours de la dernière année (69 % contre 50 %). Aucune différence significative n'a été constatée selon le sexe pour ces deux groupes d'âge.

Tableau 13.4.1 : **Taux de vaccination contre la grippe selon le sexe, l'âge et la couverture, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, 2000-2001**

Sexe / âge	Moins d'un an (%)	Un an ou plus (%)	N'a jamais reçu de vaccination (%)
Hommes			
65 à 74 ans	47,1	7,9	38,3
75 ans ou plus	72,4	**	20,3
Total	54,3	6,7	33,1
Femmes			
65 à 74 ans	52,9	11,2 *	34,7
75 ans ou plus	67,0	9,6	20,9
Total	59,1	10,5	28,6
Sexes réunis			
65 à 74 ans	50,1	9,6	36,5
75 ans ou plus	68,7	7,6	20,7
Total	57,1	8,9	30,5

* *Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
** *Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ; les données ont été supprimées en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage.*
Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, *Statistique Canada.*
ISQ, juin 2002.

Ainsi, dans la population québécoise âgée de 65 ans ou plus, près de six personnes sur dix ont reçu le vaccin contre la grippe au cours de la dernière année, ce qui se rapproche de l'objectif de 60 % visé par les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002.* De plus, près de sept personnes sur dix âgées de 75 ans ou plus ont été vaccinées, ce qui est supérieur à l'objectif visé. Cependant, la couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 à 74 ans atteint seulement 50 %. Pour expliquer ce faible résultat, il serait intéressant de vérifier si les médecins recommandent moins fréquemment le vaccin antigrippal aux personnes de ce groupe d'âge ou si l'observance est moins élevée chez ces personnes. Il se peut aussi que les Québécois de ce groupe d'âge aient une méconnaissance du programme gratuit de vaccination qui leur est destiné ou aient une crainte des effets secondaires de la vaccination. En octobre 2001, de l'information à ce sujet a été transmise par le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé publique du Ministère à tous les médecins du Québec pour les encourager à recommander le vaccin.

Il est important de mentionner que les données administratives provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux démontrent aussi une amélioration appréciable de la couverture vaccinale, dans la population âgée de 65 ans ou plus, depuis 1996-1997. En effet, en 2000-2001, il semble que 59 % de ce groupe cible en milieu ouvert ait été rejoint (réf. 1). Cependant, la comparabilité de ces données avec celles de l'enquête devrait faire l'objet de vérifications.

- ***Le Québec et les provinces canadiennes***

Un examen des données provinciales révèle que le Québec (57 %) occupe le rang du milieu avec cinq provinces (56 % à 63 %), avec un taux de couverture vaccinale qui représente environ six personnes âgées de 65 ans ou plus sur dix (*cf.* tableau 13.4.2). Relativement au taux de couverture vaccinale de la catégorie « un an ou plus », à l'exception d'une province, le Québec (9 %) affiche une proportion équivalente à celles des autres provinces (7 % à 11 %), et cela, même si l'on observe une tendance, pour le Québec, à se distinguer de certaines provinces. À l'opposé, l'analyse portant sur les personnes âgées de 65 ans ou plus n'ayant jamais été vaccinées contre la grippe indique que le Québec (31 %) se place au même niveau que deux provinces où le taux est le deuxième plus élevé (25 %).

Tableau 13.4.2 : **Taux de vaccination contre la grippe selon la couverture, population âgée de 65 ans ou plus, Québec et provinces canadiennes, 2000-2001**

Province	Moins d'un an (%)	Un an ou plus (%)	N'a jamais reçu de vaccination (%)
Terre-Neuve	45,4	**	39,9
Île-du-Prince-Édouard	62,9	8,6	25,0
Nouvelle-Écosse	66,0	9,6 *	17,3
Nouveau-Brunswick	58,6	11,2 *	25,4
Québec	**57,1**	**8,9**	**30,5**
Ontario	69,2	6,0	20,3
Manitoba	56,2	10,2 *	24,0
Saskatchewan	61,0	11,3	23,8
Alberta	64,1	6,6	22,5
Colombie-Britannique	60,0	8,1	20,1

** Coefficient de variation entre16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
*** Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ; les données ont été supprimées en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage.*
Les proportions présentées ne totalisent pas 100 % à cause de la non-réponse partielle.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Ainsi, le Québec se situe au même niveau que les provinces ayant un bon taux de couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, même si celui-ci n'est pas le plus élevé. De plus, le pourcentage des Québécois de ce groupe d'âge n'ayant jamais reçu de vaccination contre la grippe reste encore un peu élevé. Pour expliquer ces résultats, il serait intéressant de vérifier si les médecins québécois recommandent autant le vaccin contre la grippe que leurs confrères des provinces ou, comme mentionné précédemment, si les Québécois ont une méconnaissance du programme gratuit de vaccination, ou encore un taux d'observance moins élevé comparativement aux habitants des provinces. Il serait également utile d'examiner cet indicateur à travers les provinces, en le mettant en relation avec des variables liées aux facteurs socio-économiques ou à certains indicateurs de santé ainsi que de recours aux soins et services.

Des études supplémentaires sur le sujet permettraient de déterminer les obstacles à l'immunisation au Québec et les stratégies de promotion et de sensibilisation des personnes à risque. À cet effet, l'Institut de la statistique du Québec a été mandaté par le Ministère pour documenter de façon récurrente et fiable la couverture vaccinale contre *l'influenza* au sein de la population visée par le programme. Le rapport de cette enquête est attendu pour l'automne 2002.

Références

1. CHRONIQUE PPM (2002–site Internet). « Vaccination contre la grippe » dans Prévention en pratique médicale. Direction de la santé publique de Montréal-Centre. [En ligne]. http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/05112001.html.

2. GUAY, M. et P. DE WALS (2000). « Vaccination contre la grippe » dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 23.

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publiques 1997-2002*, Gouvernement du Québec, Québec, 103 p.

4. STATISTIQUE CANADA (1996-1997 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, no 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête nationale sur la santé de la population,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

5. STATISTIQUE CANADA (2000-2001 – site Internet). Indicateurs de la santé, volume 2002, no 1 (mai 2002) ; tableaux des données sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm.

-A-

ADN
Acide désoxiribonucléique
Macromolécule de poids moléculaire élevé, formée de polymères de nucléotides dont le sucre est le 2 désoxyribose, qui se présente sous forme d'une double chaîne hélicoïdale dont les deux brins sont complémentaires, et qui constitue le génome de la plupart des organismes vivants. L'ADN se retrouve principalement dans le noyau cellulaire.

Anatoxine
Toxine modifiée par la chaleur et le formol de manière à détruire sa toxicité tout en conservant ses propriétés antigéniques[12].

Années inter-épidémiques
Les années comprises entre deux épidémies liées à une maladie donnée.

Antigène
Toute substance capable de déclencher une réponse immunitaire de l'organisme.

Antigénique
Qui se rapporte à un antigène ou qui a la faculté de se comporter comme un antigène.

APVP
Années potentielles de vie perdues
Nombre d'années potentielles de vie perdues suite à un décès survenu avant un âge référence, par exemple 75 ans.

Arthroplastie
Intervention chirurgicale sur une articulation afin de lui rendre sa mobilité et sa fonction.

-B-

Base aréolaire
Méthode de sélection d'un échantillon pour une enquête ou un sondage. Dans une première étape on réalise un tirage aléatoire d'un échantillon de zones de peuplement, puis, au sein des zones retenues, on effectue un deuxième tirage aléatoire des unités d'observations choisies : logements, ménages ou individus.

-C-

Cas électif
Patient pour lequel un retard d'admission au centre hospitalier n'aggrave pas sérieusement la maladie.

CERIR
Comité fédéral-provincial-territorial sur l'Établissement de Rapports concernant les Indicateurs de Résultats

12. Un mot souligné, signifie qu'on retrouve sa définition ailleurs dans le glossaire.

Chlamydia trachomatis
Bactérie responsable, chez l'être humain, d'infections génitales sexuellement transmissibles.

CLSC
Centre local de services communautaires
Un CLSC offre des services de santé et des services sociaux courants sur une base locale.

Colite hémorragique
Inflammation du côlon causée par des souches d'*Escherichia coli* (principalement le sérotype 0157 :H7) et qui est caractérisée par des douleurs abdominales sous forme de crampes accompagnées d'une abondante diarrhée sanglante, sans fièvre.

Comorbidité
Cumul de plusieurs maladies au sein d'une population donnée.

Concomitante
De façon simultanée ; en même temps.

CPCMI
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

-D-

Défavorisation
État observable et démontrable de désavantage relatif face à la commmunauté locale où à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe. Ce désavantage peut se présenter sous deux formes, l'une matérielle, l'autre sociale.

Alors que la défavorisation matérielle réfère aux biens et commodités de la vie moderne, par exemple, à la présence d'une automobile, d'un téléviseur ou d'espaces verts dans le quartier, la défavorisation sociale , elle, concerne les relations entre individus au sein de la famille, au travail et dans la communauté. L'une et l'autre formes de défavorisation ont une influence sur le niveau de santé et de bien-être de la population.

Diabète
Affection chronique, associée à un trouble du métabolisme des glucides (sucres), caractérisée par une insuffisance absolue ou relative de la sécrétion en insuline.

Diabète gestationnel
Diabète ayant débuté ou ayant été découvert au cours de la grossesse. Cette définition regroupe en fait trois situations : les diabètes non insulino-dépendants (DNID) méconnus avant la grossesse ; les diabètes insulino-dépendants (DID) révélés par la grossesse ; et, le diabète gestationnel (DG) vrai qui survient classiquement au troisième trimestre de la grossesse et disparaît après l'accouchement.

Définition nosologique
Qui respecte la classification officielle des maladies.

Dosage de l'antigène prostatique spécifique
Test sanguin pour la détection précoce du cancer de la prostate. L'antigène prostatique spécifique (APS) est une substance produite par la prostate et libérée dans le sang en petite quantité.

-E-

Efficacité
Une action est efficace lorsqu'elle permet d'atteindre l'objectif fixé.

Efficience
Une action est efficiente lorsqu'elle permet d'obtenir le meilleur résultat possible au plus bas prix possible.

ENSP
Enquête nationale sur la santé de la population

Enzyme
Macromolécule de nature protéique qui est caractérisée par son activité catalytique (qui accélère une réaction chimique) gouvernant des réactions biochimiques spécifiques au sein de l'organisme.

Enzymatique
Qui se rapporte à une enzyme.

Épidémiologie
Discipline scientifique où l'on étudie les différents facteurs qui interviennent dans l'apparition des maladies, ou d'autres phénomènes morbides, ainsi que leur fréquence, leur mode de distribution, leur évolution et la mise en œuvre des moyens nécessaires à leur prévention.

Épiglottite
Inflammation de la languette cartilagineuse (épiglotte) qui ferme l'orifice du larynx ; elle est causée par un microbe ou un virus.

ESCC
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Escherichia coli
Bactérie vivant courramment dans les intestins des êtres humains et des animaux. La plupart des souches d'*Escherichia coli* sont inoffensives, mais certaines comme *E. coli O157 :H7* peuvent provoquer de graves maladies transmises par les aliments.

-F-

Fichier MADO
MAladies à Déclaration Obligatoire
Fichier des maladies à déclaration obligatoire du Québec.

-G-

Gémellaire
Relatif aux jumeaux.

Gémellité
État d'enfants jumeaux.

Gradient est-ouest de la température
Différence de température entre l'est et l'ouest.

Grossesse ectopique
Grossesse où le fœtus se développe ailleurs que dans l'utérus et le plus souvent dans une trompe de Fallope. Syn. Grossesse extra-utérine.

-I-

Immunitaire
Qui se rapporte à l'immunité.

Immunité
Propriété que possède un organisme de se défendre contre un agent pathogène (ex. bactérie, virus).

Incapacité
Limitation dans les activités réalisées à la maison, au travail ou à l'école.

Incidence
Nombre de nouveaux cas d'une maladie, ou de personnes qui sont tombées malades, pendant une période donnée et dans une population déterminée.

Infection « invasive » à *Haemophilus influenzae* de type B
Une infection « invasive » à *Haemophilus influenza* (Hib) correspond à une contamination de l'organisme par la bactérie, avec passage de la bactérie dans le sang circulant, pouvant donner lieu à une méningite.

Infection « invasive » à méningocoque
Une infection « invasive » à méningocoque correspond à une contamination de l'organisme par la bactérie, avec passage de la bactérie dans le sang circulant, pouvant donner lieu à une méningite.

Influenza
Infection virale des voies respiratoires, communément appelée grippe.

INSPQ
Institut national de santé publique du Québec

Insuline
Hormone produite par les îlots de Langerhans du pancréas. L'insuffisanse de l'action de l'insuline provoque le diabète.

In vitro
Se dit d'un fait, d'une expérience ou d'une réaction qui se produit en milieu artificiel, en laboratoire sur une lame de verre ou dans de la verrerie de laboratoire.

Isoniazide
Antituberculeux majeur obtenu par synthèse, administré par voie buccale, parentérale ou locale. Il est toujours considéré comme l'antibiotique de base dans le traitement de la tuberculose.

ISQ
Institut de la statistique du Québec

-L-

Létalité
Risque de mort résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une épidémie.

LSPQ
Laboratoire de santé publique du Québec

-M-

Maladie asymptomatique
Maladie dont la personne affectée ne ressent pas les symptômes.

Maladie endémique
Maladie qui persiste dans une région géographique donnée.

Maladie entérique
Maladie de l'intestin grêle ou du côlon.

Mammographie
Radiographie du sein afin de dépister des tumeurs mammaires.

Méningite
Inflammation des membranes entourant le cerveau et la moelle épinière ; elle est causée par un microbe ou un virus, se traduisant par une raideur de la nuque, des maux de tête et des vomissements.

Morbidité
Nombre de personnes malades ou de cas de maladies enregistrées dans une population, à un moment donné, ou pendant une période déterminée.

-N-

Neisseria miningitidis
Bactérie causant des infections « invasives » à méningocoque ; elle comporte cinq sérogroupes : A, B, C, Y et W135.

-O-

OCDE
Organisation de coopération et de développement économique
Groupe de pays constitué à Paris, en 1961, afin de favoriser la croissance économique des États membres et de soutenir le développement économique des États sous-développés.

-P-

Partile
Lorsqu'une population statistique est ordonnée selon une variable (ex. : une cote), puis découpée en classes de même effectif, les partiles sont les valeurs de la variable aux limites des classes.

Pérennité du système
La permanence du système de services ; le fait qu'il dure sans interruption.

Pharmacodépendance
La dépendance aux médicaments.

PIB
Produit intérieur brut
Mesure de la production de biens et de services réalisée à l'intérieur d'un pays, sans égard à la citoyenneté de ses résidantes et de ses résidants.

PIRC
F-T-P Performance Indicators Reporting Committee

PNB
Produit national brut
Mesure de la production de biens et de services réalisée par les citoyennes et les citoyens d'un pays, durant une période donnée (habituellement un an ou un trimestre), sans égard à leur lieu de résidence.

Polypes précancéreux
Tumeurs bénignes qui se développent sur une muqueuse et qui précèdent certains cancers.

Prévalence
Nombre de personnes malades ou nombre de cas d'une maladie ou d'un événement tel qu'un accident, un suicide, un meurtre, recensé dans une population déterminée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens. La prévalence doit toujours être située dans le temps (*prévalence à un moment donné* ou *prévalence au cours d'une période donnée*).

Programme de traçabilité de la ferme à la table
Programme permettant de suivre le cheminement d'un produit alimentaire (ex. : viande) de la ferme jusqu'à la table du consommateur. L'objectif est de pouvoir déterminer d'où viennent les produits et où ils ont été traités, de sorte que, si jamais une épidémie ou des problèmes d'intoxication surviennent, on peut aisément en retracer l'origine et la cause.

Pyrazinamides
Antibiotique utilisé pour le traitement de la tuberculose.

-Q-

Quintile
Groupe représentant 20 % (un cinquième) d'une population.

Lorsqu'une population statistique est ordonnée selon une variable (ex. une cote), puis découpée en classes de même effectif, les partiles sont les valeurs de la variable aux limites des classes. En général, on range les valeurs en ordre croissant et le « 1er partile » indique la limite supérieure de la classe inférieure. Selon le nombre de classes (3, 4, …1 000), le partile est un tercile, quartile, quintile, sextile, octile, décile, centile, millésile.

QRI
Questionnaire rempli par l'interviewer

-R-

Réactivité
Capacité de répondre, avec plus ou moins de force et de vivacité, à des stimulations extérieures.

Résurgence de cas
Réapparition de cas d'une maladie au sein d'une population.

Rifampicine
Antibiotique antituberculeux majeur, administré par voie buccale.

RRSSS-06
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

-S-

Sérogroupe
Antigène de capsule (partie de la bactérie). L'ensemble sérogroupe, sérotype, séro-soustype détermine la formule antigénique de la souche d'une bactérie.

Sérotype
À l'intérieur d'une même espèce de microorganismes, subdivision établie en fonction de leurs propriétés antigéniques.

Siège de cancer
Partie du corps où est située la tumeur.

Soins ambulatoires
Soins que les bénéficiaires reçoivent sans avoir à être admis en institution ; ils retournent à leur domicile immédiatement après reçu les soins.

Soins de première ligne
Constitue la porte d'entrée au système de soins, c'est-à-dire les services de premier contact, tels les services en CLSC, ceux donnés en cabinet de médecin (clinique privée ou services externes des hôpitaux), les services à l'urgence, les services d'Info-santé CLSC, etc.

Stade de cancer
Gravité du cancer, c'est-à-dire état de développement de la tumeur maligne ou temps écoulé depuis l'apparition de cette tumeur.

Statut vital
Variable du Fichier des tumeurs du Québec qui indique si le patient est vivant ou décédé.

Syndrome de dépendance alcoolique
Le syndrome de dépendance alcoolique (tolérance, sevrage, besoin compulsif, impossibilité de maîtriser la consommation) est une conséquence possible, mais non obligatoire, à l'excès répété de consommation d'alcool.

Syndrome hémolytique urémique (SHU)
Association d'une anémie hémolytique (destruction des globules rouges) aiguë et de lésions rénales.

-T-

Technique d'amplification génique
Procédé d'amplification enzymatique in vitro d'une séquence définie d'ADN. Technique découverte en 1983, utilisée comme méthode de diagnostic médical et génétique.

Test APS
Test de l'antigène prostatique spécifique pour dépister le cancer de la prostate. L'antigène prostatique spécifique (APS) est une substance produite par la prostate et libérée dans le sang en petite quantité.

Traumatismes
Ensemble des blessures causées aux tissus ou aux organes par un agent extérieur (ex. armes, véhicules, etc.) et troubles généraux qui en résultent ; les blessures accidentelles et le suicide font partie des traumatismes.

Troubles névrotiques
Troubles relatifs à la névrose. La névrose est une affection mentale au cours de laquelle le sujet est conscient du caractère pathologique de ses troubles, mais ne peut se débarrasser des pensées désagréables ou des accès d'angoisse qui peuvent dans certains cas le gêner considérablement.

Tuberculose multirésistante
Tuberculose résistant à l'isoniazide et à la rifampicine. Dans la plupart des cas, le germe ne résiste qu'à un seul médicament.

-V-

Vaccin conjugué
Vaccin dont les antigènes sont liés à une protéine porteuse pour en augmenter le pouvoir de faire fabriquer les anticorps qui neutraliseront le microbe envahisseur.

Vaccin polysaccharidique
Les vaccins bactériens sont constitués de bactéries vivantes atténuées (tuberculose), de bactéries tuées (choléra, typhoïde, brucellose, coqueluche), d'anatoxines (ténatos, dyphtérie), ou de polysaccharides (méningites de type A et C, pneumonie, typhoïde, méningites de type B). Le polysaccharide capsulaire est un facteur essentiel de virulence qui permet la survie des bactéries dans le sang.

Vaccin PRP-T reconstitué avec $D_{25}T_5$ conjugué
Vaccin constitué de la séquence immunogène (polyribosil-ribitol phosphate) du polysaccharide de type B d'*Haemophilus influenza,* associée à une protéine porteuse.(*cf.* Infection « invasive » à *Haemophilus influenza* de type B).

Vérotoxines
Toxine qui détruit certaines cellules des reins et de l'intestin, produite par certaines bactéries, notamment *Escherechia coli,* et qui, dans ce dernier cas, serait responsable du syndrome hémolytique urémique et de la colite hémorragique.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
Virus du sida (syndrome d'immunodéficience acquise).

ANNEXES

Annexe 1 : Annexe technique

Annexe 2 : Indicateurs ajustés

Annexe 3 : Intervalles de confiance

Annexe 4 : Vérification du vérificateur général du Québec

4.1 Rapport du vérificateur

4.2 Informations vérifiées par le vérificateur général selon les exigences requises concernant les indicateurs mutuellement agréés par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux

1. L'ESPERANCE DE VIE

1.1 L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans

Calcul

Calcul du nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre, à compter de la naissance ou de l'âge de 65 ans, à l'aide d'une table de survie abrégée, considérant des groupes d'âge de cinq ans à la fois pour la population et les taux de mortalité, selon la méthode normale de l'ONU (Greville).

Taux de mortalité par âge et par sexe.

Numérateur : statistiques de mortalité sur un ou trois ans.

Dénominateur : estimation de la population pour l'année correspondante.

Exclusions

Non résidents du Canada.
Résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence sont inconnus.

Sources des données

Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.

1.2 L'espérance de vie sans incapacité à la naissance et à 65 ans

Calcul

Nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre sans incapacité, à compter de la naissance ou de l'âge de 65 ans, calculé à l'aide de la même table de survie que celle utilisée pour calculer l'espérance de vie, afin d'estimer le nombre d'années-personnes dans chaque groupe d'âge/sexe qui n'ont pas d'incapacité.

Proportions d'individus qui n'ont pas d'incapacité modérée ou grave ou qui ne vivent pas en institution dans un établissement de santé, estimées par groupe d'âge de cinq ans et par sexe.
Espérance de vie sans incapacité calculée de la même façon que l'espérance de vie, à partir des tables de survie des populations non corrigées, selon la méthode de Sullivan.

Exclusion

Décès de non-résidents du Canada ou de résidents du Canada mais dont la province ou le territoire de résidence sont inconnus, et de personnes d'âge inconnu.

Sources des données

Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Recensement de la population, 1996, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.

2. LA MORTALITE INFANTILE

2.1 Le taux de mortalité infantile

Calcul

Numérateur : nombre de décès d'enfants nés vivants et décédés avant l'âge d'un an (excluant le nombre d'enfants pesant moins de 500 grammes à la naissance), au cours d'une année donnée.

Dénominateur : nombre total d'enfants nés vivants et pesant au moins 500 grammes à la naissance, au cours d'une année donnée.

Facteur multiplicatif : 1 000.

Institut de la Statistique du Québec, pour les taux de mortalité spécifique selon le poids à la naissance.

Exclusions

Enfants pesant moins de 500 grammes à la naissance.

Enfants dont la mère réside hors du Québec. Les statistiques sur les naissances et les décès des enfants sont en fonction de la province ou du territoire de résidence de la mère et non de la province ou du territoire de la naissance ou du décès de l'enfant.

Sources des données

Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.

3. LE FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE

3.1 Le taux d'insuffisance de poids à la naissance et le taux de prématurité

Calcul

Taux d'insuffisance de poids à la naissance

Numérateur : nombre d'enfants nés vivants pour lesquels le poids à la naissance est inférieur à 2 500 grammes, et supérieur ou égal à 500 grammes, au cours d'une année donnée.

Dénominateur : nombre total d'enfants nés vivants, ayant un poids de naissance connu, et supérieur ou égal à 500 grammes, au cours d'une année donnée.

Facteur multiplicatif : 100.

Taux de prématurité

Numérateur : nombre d'enfants nés vivants dont la durée de gestation est inférieure à 37 semaines complètes de gestation, et dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 grammes, au cours d'une année donnée.

Dénominateur : nombre total d'enfants nés vivants, dont la durée de gestation est connue, et dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 grammes, au cours d'une année donnée.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Enfants pesant moins de 500 grammes à la naissance.

Enfants dont le poids de naissance est inconnu, pour le calcul de l'insuffisance de poids à la naissance, et enfants dont la durée de gestation est inconnue pour le calcul de la prématurité.

Enfants dont la mère réside hors du Québec. Les statistiques sur les naissances des enfants sont en fonction de la province ou du territoire de résidence de la mère et non de la province ou du territoire de la naissance de l'enfant.

Sources des données

Taux d'insuffisance de poids à la naissance

Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Fichier des naissances du Québec, ISQ-MSSS (données selon la scolarité).

Taux de prématurité

Fichier des naissances du Québec, ISQ-MSSS.

4. LA PERCEPTION DU NIVEAU DE SANTE

4.1 La proportion de la population déclarant posséder une excellente ou une très bonne santé

Calcul

Numérateur : population âgée de 12 ans ou plus se percevant en excellente ou en très bonne santé.

Dénominateur : population âgée de 12 ans ou plus vivant en ménage privé.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, personnes vivant sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

Question

« En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? »

Sources des données

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), cycles 1, 2 et 3 (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999), Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000), Statistique Canada.

5. LES CHANGEMENTS AFFECTANT L'ESPERANCE DE VIE

5.1 Le taux ajusté de mortalité selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral

Calcul

Pour chaque siège de cancer, pour les infarctus aigus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux.

Numérateur : chaque taux de mortalité par âge, observé au cours de l'année, multiplié par la population de référence dans le groupe d'âge correspondant ; somme de ces résultats.

Dénominateur : population de référence totale.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Codes de diagnostic :

- cancer du côlon-rectum, CIM-9 153-154 ;
- cancer du poumon, CIM-9 162 ;
- cancer du sein chez la femme, CIM-9 174 ;
- cancer de la prostate, CIM-9 185 ;
- infarctus aigu du myocarde, CIM-9 410 ;
- accident vasculaire cérébral, CIM-9 430-432, 434, 436.

Standardisation selon l'âge

Population de référence : population canadienne de 1991.

Exclusion

Décès de non-résidents canadiens.

Sources des données

Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.

5.2 La probabilité de survie relative après cinq ans pour les cas de cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum

Calcul

La probabilité de survie relative est définie comme le ratio de la probabilité de survie observée pour un groupe de patients sous étude, soit dans ce cas les patients ayant reçu un diagnostic d'un premier cancer primaire, et la probabilité de survie attendue chez la population générale qui présente les mêmes caractéristiques, soit l'âge et le sexe, que le groupe de personnes à l'étude. La survie est calculée pour une période maximale de cinq ans.

La méthode de maximum de vraisemblance d'Estève et coll. (1990) a été utilisée pour les données des provinces autres que le Québec et la méthode d'estimation de Hakulinen pour la survie relative a été utilisée pour les données québécoises.

Numérateur : probabilité de survie des patients ayant reçu un diagnostic d'un premier cancer primaire en 1992.

Dénominateur : probabilité de survie attendue chez la population générale qui présente les mêmes caractéristiques que le numérateur.

Codes de diagnostic :

- cancer du côlon-rectum, CIM-9 153-154 ;
- cancer du poumon, CIM-9 162 ;
- cancer du sein chez la femme, CIM-9 174 ;
- cancer de la prostate, CIM-9 185.

Standardisation selon l'âge

Population de référence : population de l'étude de Ellison et coll. (2001).

Exclusions

Personnes dont l'année de naissance ou de décès est inconnue.
Personnes âgées de moins de 15 ans ou de plus de 99 ans au moment du diagnostic.
Personnes dont la maladie a été diagnostiquée au moment de l'autopsie ou sur le certificat de décès seulement, pour le Registre canadien du cancer.

Note : le Fichier des tumeurs du MSSS ne contient pas de personnes dont la maladie a été diagnostiquée au moment de l'autopsie ou sur le certificat de décès seulement.

Sources des données

Pour les provinces, à l'exclusion du Québec :

Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Tables de mortalité, Canada et provinces.

Pour le Québec :

Fichier des tumeurs, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Fichier d'inscription des personnes assurées, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Fichier des décès, Institut de la Statistique du Québec.

6. L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE

6.1 Le taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche ou du genou

Calcul

Numérateur : nombre d'enregistrements au fichier des hospitalisations où est mentionnée une arthroplastie complète de la hanche ou du genou, au cours de l'année financière, par sexe et groupe d'âge.

Dénominateur : estimation de population par sexe et groupe d'âge pour l'année correspondante.

Codes d'intervention ou codes de diagnostic :

- arthroplastie de la hanche : code CCA 93.51, 93.59 ou CIM-9-MC 81.51, 81.53 ;
- arthroplastie du genou : code CCA 93.41 ou CIM-9-MC 81.54, 81.55.

Standardisation selon l'âge

Population de référence : population canadienne de 1991.

Exclusion

Patients traités ailleurs que dans un centre hospitalier de soins de courte durée ou ayant subi l'intervention avant leur admission dans un tel centre.

Sources des données

Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
Division de la démographie, Statistique Canada.

7. LA REDUCTION DU FARDEAU DES MALADIES, DES AFFECTIONS ET DES BLESSURES

7.1 Le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum

Calcul

Pour chaque siège du cancer, le taux d'incidence observé.

Numérateur : nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une année.

Dénominateur : estimation de population pour l'année correspondante.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Codes de diagnostic :

- cancer du côlon-rectum, CIM-9 153-154 ;
- cancer du poumon, CIM-9 162 ;
- cancer du sein chez les femmes, CIM-9 174 ;
- cancer de la prostate, CIM-9 185.

Standardisation selon l'âge

Population de référence : population canadienne de 1991.

Exclusion

Non-résidents du Canada.

Sources des données

Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.

7.2 Les années potentielles de vie perdues selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral et traumatisme

Calcul

Nombre d'années potentielles de vie perdues avant l'âge de 75 ans, par sexe et par cause de décès, calculé selon la formule suivante :

années potentielles de vie perdues (APVP) totales = somme de (nombre de décès dans chaque groupe d'âge X années perdues) (selon la table ci-dessous).

Groupe d'âge	Années perdues
0-1	74,9
1-4	72,0
5-9	67,5
10-14	62,5
15-19	57,5
20-24	52,5
25-29	47,5
30-34	42,5
35-39	37,5
40-44	32,5
45-49	27,5
50-54	22,5
55-59	17,5
60-64	12,5
65-69	7,5
70-74	2,5

Le taux brut pour 100 000 personnes est ensuite calculé, par sexe et par cause :
taux brut d'APVP pour 100 000 = nombre total d'APVP X 100 000/population estimée.

Codes de diagnostic :

- cancer du côlon-rectum, CIM-9 153-154 ;
- cancer du poumon, CIM-9 162 ;
- cancer du sein chez la femme, CIM-9 174 ;
- cancer de la prostate, CIM-9 185 ;
- infarctus aigu du myocarde (IAM), CIM-9 410 ;
- accident vasculaire cérébral, CIM-9 430 à 432, 434 et 436 ;
- blessures accidentelles, CIM-9 E800 à E929 sauf E870 à E879 ;
- suicide, CIM-9 E950 à E959.

Exclusion

Non-résidents du Canada.

Sources des données

Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.

7.3 Le taux d'incidence de certaines maladies évitables par vaccination – Infections « invasives » à méningocoque, rougeole et infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type « B » (*Hib*) pour les enfants âgés de moins de 5 ans

I. Infections « invasives » à méningocoque

Calcul

Numérateur : nombre de nouveaux cas au cours de l'année civile, c'est-à-dire pour qui il y a eu confirmation du laboratoire d'une infection au *Neisseria meningitidis*, chez les personnes âgées de moins de 20 ans.

Dénominateur : nombre estimé de personnes âgées de moins de 20 ans.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Sources des données

Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), ministère de la Santé et des Services sociaux.
Perspectives démographiques basées sur le recensement de la population de 1996, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux.
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.

II. Rougeole

Calcul

Numérateur : nombre de nouveaux cas au cours de l'année civile, c'est-à-dire pour qui il y a eu confirmation du laboratoire d'une infection en l'absence d'une immunisation récente.

Dénominateur : nombre estimé de la population.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Sources des données

Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), ministère de la Santé et des Services sociaux.
Perspectives démographiques basées sur le recensement de la population de 1996, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux.
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.

III. Infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type « *B* » (*Hib*) pour les enfants âgés de moins de 5 ans

Calcul

Numérateur : nombre de nouveaux cas au cours de l'année civile, c'est-à-dire pour qui il y a eu confirmation du laboratoire d'une infection en l'absence d'une immunisation récente, chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

Dénominateur : nombre estimé d'enfants de moins de 5 ans.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Sources des données

Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), ministère de la Santé et des Services sociaux.
Perspectives démographiques basées sur le recensement de la population de 1996, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux.
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.

7.4 Le taux ajusté de prévalence du diabète

Calcul[13]

Numérateur : nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus ayant le diabète, c'est-à-dire ayant été hospitalisées ou ayant eu deux enregistrements au fichier des services médicaux au cours d'une période de deux ans (730 jours) en raison d'un tel diagnostic.

Dans le fichier d'hospitalisation, les trois premiers codes de diagnostic sont utilisés. La date d'identification du cas est la plus récente permettant de répondre à l'un ou l'autre des critères et les données sont présentées par année financière.

Dénominateur : nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus (au 1er juillet).

Facteur multiplicatif : 100.

Modèle du Système national de surveillance du diabète (Blanchard et coll., 1996).

Code de diagnostic :

- diabète sucré, CIM-9 250.

Standardisation selon l'âge, sexes réunis

Population de référence : population canadienne de 1991.
Il est à noter que les prévalences relatives ajustées pour les deux sexes réunis sont les mêmes, à la décimale près, qu'elles soient standardisées selon l'âge seulement (c'est-à-dire sexes réunis) ou selon l'âge et le sexe.

Exclusion

Enregistrements de personnes n'ayant pas un numéro valide d'assurance maladie (e.g. numéro fictif ou temporaire).

Sources des données

Fichier des hospitalisations (soins de courte durée) MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux.
Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Fichier d'inscription des personnes assurées, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Perspectives démographiques basées sur le recensement de la population de 1996, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux.

13. Encore en cours de validation afin de s'assurer qu'elle soit la plus fiable et la plus intégrale possible, cette définition rencontre certains obstacles, dont ceux relatifs aux limites inhérentes aux fichiers administratifs utilisés ; par exemple, on sait que le code de diagnostic n'est pas toujours présent au Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.

8. LES DELAIS D'ATTENTE POUR ACCEDER AUX SERVICES MEDICAUX ET HOSPITALIERS

8.1 Les délais d'attente pour les personnes ayant utilisé les services médicaux et hospitaliers

Calcul

Services médicaux

Numérateur : nombre de personnes qui rapportent certains délais (moins d'un jour, un jour à moins d'une semaine, une semaine à moins d'un mois, un mois à moins de trois mois, trois mois ou plus) entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin.

Dénominateur : nombre de personnes qui rapportent avoir consulté un médecin sur rendez-vous au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

Services hospitaliers

Numérateur : nombre de personnes qui rapportent certains délais (moins d'une semaine, une semaine à moins d'un mois, un mois à moins de trois mois, trois mois ou plus) entre le moment où le médecin a informé la personne qu'elle devait être opérée/hospitalisée et le moment où elle est allée à l'hôpital.

Dénominateur : nombre de personnes qui rapportent avoir eu recours à la chirurgie d'un jour/avoir été hospitalisées au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusion

Personnes vivant dans des ménages collectifs tels les centres d'accueil et les hôpitaux, les personnes habitant des réserves des premières nations et les personnes des régions Crie et Inuit.

Questions

« Au cours des 2 dernières semaines, quelqu'un du foyer s'est-il adressé à un médecin généraliste (omnipraticien)/un médecin spécialiste ? »

« S'agissait-il d'une consultation avec rendez-vous ou sans rendez-vous ? »

« (Si avec rendez-vous) Combien de temps s'est-il écoulé entre ce rendez-vous et la consultation avec ce médecin généraliste/ce médecin spécialiste ? »

« Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un du foyer est-il allé à l'hôpital pour une chirurgie d'un jour, c'est-à-dire pour une opération sans avoir passé la nuit à l'hôpital ? »

« S'agissait-il d'une consultation avec rendez-vous ou sans rendez-vous ? »

« Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où le médecin a informé (nom de la personne) qu'elle devait être opérée et le moment où elle est allée à l'hôpital pour une chirurgie d'un jour ? »

« Selon vous, ce délai d'attente a-t-il été trop court/acceptable/un peu long/trop long/ne sait pas ? »

« Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un du foyer a-t-il été hospitalisé, c'est-à-dire, est-ce que quelqu'un a passé au moins une nuit à l'hôpital ? »

« Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où le médecin a informé (nom de la personne) qu'elle devait être hospitalisée et le moment où elle est entrée à l'hôpital ? »

Source des données

Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec.

9. LA SATISFACTION DES PATIENTS

9.1 Le taux de satisfaction des patients

Calcul

Pour chaque modalité de soins de santé reçus (soins de santé en général, soins à l'hôpital, soins d'un médecin excluant les visites à l'hôpital, soins de santé communautaires).

Satisfaction

Numérateur : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus qui se déclarent assez satisfaites ou très satisfaites des soins de santé reçus.

Dénominateur : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant reçu des soins de santé au cours d'une période de 12 mois.

Facteur multiplicatif : 100.

Qualité des soins

Numérateur : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus qui jugent la qualité des soins de santé reçus comme étant « bonne » ou « excellente ».

Dénominateur : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant reçu des soins de santé au cours d'une période de 12 mois.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

Questions

« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des soins de santé (ou : des soins de santé dans un hôpital, tel qu'avoir été hospitalisé pour la nuit, avoir reçu des soins en clinique externe ou avoir reçu des soins au service de l'urgence/des services de santé d'un médecin de famille ou d'un médecin spécialiste/des soins de santé communautaire) ? »

« Dans l'ensemble, quel était votre degré de satisfaction vis-à-vis la façon dont les soins de santé vous ont été donnés ? Étiez-vous : …très satisfait …assez satisfait …ni satisfait ni insatisfait …assez insatisfait …très insatisfait ? »

« Pensez à votre plus récente visite à l'hôpital (ou à la plus récente occasion). »

« Quel était votre degré de satisfaction vis-à-vis la façon dont les soins à l'hôpital (ou : les soins du médecin/les services de santé communautaire) vous ont été donnés ? Étiez-vous : …très satisfait …assez satisfait …ni satisfait ni insatisfait …assez insatisfait …très insatisfait ? »

« Quelle est votre évaluation de la qualité des soins de santé que vous avez reçus ? Diriez-vous que la qualité était : …excellente …bonne …passable …faible ? »

Source des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1, 2000.

10. L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE DE PREMIERE LIGNE, 24 HEURES PAR JOUR ET 7 JOURS PAR SEMAINE

10.1 La proportion de la population ayant accès aux services de santé de première ligne au moment voulu

Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois
Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois parmi les personnes connaissant l'existence d'Info-Santé CLSC

Calcul

Numérateur : nombre estimé de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant déclaré avoir utilisé le service Info-Santé CLSC au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Dénominateur : nombre estimé de personnes de 15 ans ou plus ;
nombre estimé de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant déclaré connaître le service Info-Santé CLSC.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant dans des ménages collectifs tels les centres d'accueil et les hôpitaux, les personnes habitant des réserves des premières nations et les personnes habitant les régions Crie et Inuit.

Questions

« Savez-vous s'il existe un service téléphonique Info-Santé dans votre région? »

« (SI OUI) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous utilisé ce service? »

Sources des données

Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec.

Taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC par tranche de 1 000 personnes

Calcul

Numérateur : nombre total d'appels traités au cours d'une année financière.

Dénominateur : population totale estimée pour l'année.

Facteur multiplicatif : 1 000.

Exclusion

Aucune.

Sources des données

Pelletier, G. *La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire, pour la période de 1981 à 2021*. Collection données statistiques et indicateurs du MSSS, n^{o} 38, novembre 2000.
Système d'information Info-Santé CLSC.
Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec.

La proportion de la population ayant accès aux services de santé de première ligne au moment voulu

Calcul

Numérateur : nombre d'appels où la personne a attendu moins de quatre minutes, au cours de l'année financière.

Dénominateur : nombre total d'appels répondus dans les centrales téléphoniques régionales au cours de l'année financière.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Appels faits aux centrales qui ne disposaient pas de l'équipement nécessaire pour mesurer la distribution des durées d'attente.
Appels adressés au service mais qui n'ont pas obtenu de ligne.

Source des données

Système de gestion des appels de la centrale, Info-Santé CLSC.

11. LES SERVICES A DOMICILE ET LES SOINS AMBULATOIRES

11.1 Le pourcentage estimé de la population recevant des services à domicile

Calcul

Numérateur : nombre estimé de personnes ayant déclaré recevoir des services à domicile au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : nombre estimé de personnes âgées de 18 ans ou plus.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes âgées de moins de 18 ans, personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

Questions

« Par services à domicile, on entend des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont reçus à domicile et dont le coût est assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement. En voici des exemples : soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour l'entretien ménager, services de relève, repas livrés à domicile. »

« Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois? »

Sources des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000), Statistique Canada. Division de la démographie, Statistique Canada.

11.2 Le taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires

Calcul

Numérateur : nombre de départs (incluant les décès) d'un centre hospitalier de soins de courte durée avec un diagnostic final parmi les problèmes de santé énumérés ci-dessous, par groupe d'âge, sexe et année financière.

Dénominateur : population estimée, par groupe d'âge et sexe, par année étudiée.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Code de diagnostic :

- diabète sucré, CIM-9 250 ;
- psychoses alcooliques, CIM-9 291 ;
- psychoses dues aux drogues, CIM-9 292 ;

- troubles névrotiques, CIM-9 300 ;
- syndrome de dépendance alcoolique, CIM-9 303 ;
- pharmacodépendance, CIM-9 304 ;
- abus de drogues sans dépendance, CIM-9 305 ;
- troubles dépressifs, non classés ailleurs, CIM-9 311 ;
- hypertension artérielle essentielle, CIM-9 401 ;
- cardiopathie due à l'hypertension artérielle, CIM-9 402 ;
- néphropathie due à l'hypertension artérielle, CIM-9 403 ;
- cardiopathie et néphropathie dues à l'hypertension artérielle, CIM-9 404 ;
- hypertension secondaire, CIM-9 405 ;
- asthme, CIM-9 493.

Standardisation selon l'âge

Population de référence : population canadienne de 1991.

Exclusion

Patients non traités dans un centre hospitalier de soins de courte durée, c'est-à-dire traités à la salle d'urgence sans être admis par la suite ou traités dans un centre hospitalier de soins de longue durée.

Sources des données

Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
Division de la démographie, Statistique Canada.

12. LA SURVEILLANCE ET LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

12.1 Le taux d'incidence de la tuberculose

Calcul

Numérateur : nouveaux cas et rechutes de tuberculose pulmonaire infectieuse signalés par année civile, c'est-à-dire les cas avec complexe Mycobacterium (*M. tuberculosis, M. bovis*, excluant les souches BCG ou *M. africanum*) démontré par culture.

En l'absence de preuve bactériologique, les cas cliniques compatibles avec une tuberculose active :

- dont les changements dans les radiographies pulmonaires sont compatibles avec une tuberculose active, incluant une pleurésie idiopathique avec infusion ;

- tuberculose extrapulmonaire active (*meningeal*, os, rein, *peripheral lymph nodes*, etc.) ;

- chez qui il y a évidence pathologique ou post-mortem de tuberculose active.

Dénominateur : population totale estimée.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Sources des données

Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), ministère de la Santé et des Services sociaux.
Perspectives démographiques basées sur le recensement de la population de 1996, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux.
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.

12.2 Le taux d'incidence des infections à *Escherichia coli* producteurs de vérotoxines

Calcul

Numérateur : nombre de cas pour lesquels il y a confirmation par analyse de laboratoire de l'infection, avec ou sans symptômes, avec isolation de *Escherichia coli* producteurs de vérotoxines à partir d'un échantillon clinique approprié, au cours de l'année.

Dénominateur : nombre estimé de population.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Sources des données

Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), ministère de la Santé et des Services sociaux.
Perspectives démographiques basées sur le recensement de la population de 1996, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux.
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.

12.3 Le taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

Numérateur : nombre de cas d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* pour lesquels il y a confirmation par analyse de laboratoire de l'infection à *C. trachomatis* au cours de l'année civile.

Dénominateur : population totale estimée.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Sources des données

Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), ministère de la Santé et des Services sociaux.
Perspectives démographiques basées sur le recensement de la population de 1996, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux.
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada.

Division de la démographie, Statistique Canada.

12.4 L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement chez les non-fumeurs

Calcul

Numérateur : nombre de non-fumeurs âgés 12 ans ou plus exposés chaque jour ou presque à la fumée de tabac dans l'environnement au cours du dernier mois précédant l'enquête.

Dénominateur : population des non-fumeurs âgée de 12 ans ou plus.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

Questions

« Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ? »

« Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé(e) à la fumée des autres la plupart des jours ? »

Source des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000), Statistique Canada.

13. LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION DES MALADIES

13.1 Le taux de tabagisme chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans

Calcul

Numérateur : nombre de personnes âgées de 12 à 19 ans qui fume la cigarette régulièrement ou à l'occasion (fumeurs actuels).

Dénominateur : population âgée de 12 à 19 ans vivant en ménage privé.

Et, pour des fins de comparaison

Numérateur : nombre de personnes âgées de 12 ans ou plus qui fume la cigarette régulièrement ou à l'occasion (fumeurs actuels).

Dénominateur : population âgée de 12 ans ou plus vivant en ménage privé.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

Questions

« Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ? »

Sources des données

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), cycles 1, 2 et 3 (1994-1995, 1996-1997, et 1998-1999), Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000), Statistique Canada.

13.2 La proportion de personnes pratiquant une activité physique de loisir

Calcul

Numérateur : personnes âgées de 12 ans ou plus se classant au niveau actif, moyennement actif ou inactif de l'indice d'activité physique de loisir.

Dénominateur : population âgée de 12 ans ou plus vivant dans les ménages privés.

Facteur multiplicatif : 100.

L'indice d'activité physique est basé sur la dépense énergétique d'un individu, laquelle est calculée d'après la fréquence et la durée de chaque séance d'activité physique ainsi que sa valeur métabolique. L'indice d'activité physique qui en découle comprend les catégories présentées dans le tableau qui suit.

Description	Définition
Actif	Moyenne d'au moins 3,0 kcal/kg/jour. Dépense d'énergie ou exercice requis pour améliorer la santé cardiovasculaire.
Moyennement actif	Moyenne de 1,5-2,9 kcal/kg/jour. Certains avantages pour la santé, mais peu d'amélioration cardiovasculaire.
Inactif	Dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

Questions

Les questions ayant servi au calcul de l'indice sont les suivantes :

« Au cours des 3 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant …. et se terminant hier, vous êtes-vous livré(e) aux activités suivantes ? » Suit une liste de 20 activités plus la catégorie « autre » et la possibilité d'en préciser trois.

« Combien de fois vous êtes-vous livré(e) à cette activité au cours des 3 derniers mois ? »

« À peu près combien de temps y avez-vous consacré chaque fois ? » De 1 à 15 minutes/De 16 à 30 minutes/De 31 à 60 minutes/Plus d'une heure.

« Combien pesez-vous ? »

« Était-ce en livres ou en kilogrammes ? »

Sources des données

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), cycles 1, 2 et 3 (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999), Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le cycle 1.1 (2000), Statistique Canada.

13.3 Le niveau de l'indice de masse corporelle

Calcul

Numérateur : nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans se classant dans chacune des quatre catégories de l'IMC décrites, définies ainsi : poids insuffisant (IMC de moins de 18,5), poids acceptable (IMC entre 18,5 et 24,9), embonpoint (IMC entre 25,0 et 29,9) et obésité (IMC de 30,0 ou plus).

Dénominateur : population âgée de 20 à 64 ans.

Facteur multiplicatif : 100.

L'indice de masse corporelle, (IMC), est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres) au carré.

Exclusions

Personnes âgées de moins de 20 ans et femmes enceintes.

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

Questions

Les questions sont les suivantes :

« Combien mesurez-vous sans chaussures ? »

« Combien pesez-vous ? »

« Était-ce en livres ou en kilogrammes ? »

Sources des données

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), cycles 1, 2 et 3 (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999), Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000), Statistique Canada.

13.4 Le taux de vaccination contre l'*influenza* chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

Calcul

Numérateur : nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus ayant déclaré avoir été vaccinées contre la grippe au cours de la dernière année.

Dénominateur : population âgée de 65 ans ou plus.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

Questions

Les questions sont les suivantes :

« Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe ? »

« À quand remonte la dernière fois ? »

Sources des données

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), cycle 2 (1996-1997), Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000), Statistique Canada.

ANNEXE 2 : INDICATEURS AJUSTÉS

Certains des taux présentés dans ce rapport ont été ajustés afin de permettre des comparaisons dans le temps ou entre des populations différentes.

En effet, étant donné que le risque de décéder ou de développer certaines maladies (ex. : cancer, diabète, etc.) varie en fonction de l'âge, le taux global de décès ou d'incidence d'une maladie, pour une population, dépend de sa structure d'âge (*réf. 2*).

L'ajustement d'un taux permet d'éliminer l'effet de la différence entre les structures d'âge des populations. À cette fin, on utilise la standardisation qui consiste à choisir une distribution d'âge d'une population de référence et à la substituer aux distributions d'âge des populations à comparer (*réf. 1*). Ainsi, pour une population donnée, on multiplie le taux observé dans chaque groupe d'âge par l'effectif d'une population de référence pour ce même groupe d'âge. Le rapport de la somme de ces cas attendus dans chaque groupe d'âge sur l'effectif total de la population de référence nous donne le taux ajusté (réf*. 3*) qui correspond au taux qui serait observé si la population avait la même structure d'âge que la population de référence (réf. *2*).

Références

1. BERNARD, P.M., C. LAPOINTE. *Mesures statistiques en épidémiologie*. Presses de l'Université du Québec. Québec, 1987, 314 p.

2. PÉRON, Y., et C. STROHMENGER. *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada (cat : 82-543F), 1985, 265 p.

3. BOUCHARD, C., et R. LOUCHINI. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*. ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, 2001, 252 p.

ANNEXE 3 : INTERVALLE DE CONFIANCE

Plusieurs des indicateurs présentés dans ce rapport ont été estimés à partir de données d'enquêtes qui sont réalisées sur des échantillons plutôt que sur la population totale. Ces estimations comportent donc un niveau d'imprécision car elles sont soumises aux fluctuations d'échantillonnage.

Afin de déterminer quelle confiance on peut donner à une estimation, on construit un intervalle de confiance qui permet de cadrer, avec un certain niveau de confiance, un ensemble de valeurs susceptibles de contenir la vraie valeur (inconnue) de l'indicateur (*réf. 1*). Ainsi, un intervalle de confiance à 95 % signifie qu'il y a 95 % de chance que l'intervalle contienne la vraie valeur de l'indicateur.

La largeur de l'intervalle de confiance indique la précision de l'estimation de l'indicateur car, plus un intervalle de confiance est large, moins l'estimation est précise et il faut alors interpréter et comparer ces nombres avec prudence.

Référence

1. BERNARD, P.M., C. LAPOINTE. *Mesures statistiques en épidémiologie*. Presses de l'Université du Québec. Québec, 1987, 314 p.

4.1 Rapport du vérificateur

Au gouvernement du Québec,

J'ai vérifié les indicateurs de santé présentés dans l'annexe 4.2 du rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de septembre 2002 publié en vertu de l'engagement énoncé dans le *Communiqué sur la santé* émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres tenue le 11 septembre 2000. La Conférence des sous-ministres a défini les indicateurs particuliers devant régulièrement faire l'objet d'un rapport aux Canadiens et Canadiennes. La responsabilité de la reddition de comptes relative aux indicateurs de santé incombe au MSSS. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les indicateurs de santé en me fondant sur ma vérification. Toutefois, ma responsabilité ne s'étend pas à l'évaluation de la performance atteinte ou de la pertinence des indicateurs de santé retenus.

À l'exception de ce qui est expliqué dans les paragraphes suivants, ma vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les indicateurs de santé sont exempts d'inexactitudes importantes. À cette fin, j'ai vérifié ces indicateurs de santé afin de déterminer s'ils répondaient aux critères énoncés dans l'annexe A de mon rapport. Ma vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de santé et de leur présentation. Ma vérification comprend également l'évaluation des estimations importantes faites par la direction du MSSS. Les indicateurs de santé faisant l'objet de ma vérification sont présentés dans l'annexe 4.2 « Informations vérifiées par le Vérificateur général du Québec selon les exigences requises concernant les indicateurs mutuellement agréés par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux » du rapport du MSSS et mes travaux se sont limités à l'information qui concernait l'année la plus récente faisant état de chaque indicateur.

Les résultats publiés par le MSSS pour les 11 indicateurs suivants, soit

- la probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer du poumon,
- la probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer de la prostate,
- la probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer du sein,
- la probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer du côlon-rectum,
- le taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche,
- le taux ajusté d'arthroplastie complète du genou,
- le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon,
- le taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate,
- le taux ajusté d'incidence du cancer du sein,
- le taux ajusté d'incidence du cancer du côlon-rectum,
- le taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires,

reposent sur les données issues du système Med-Écho, lesquelles n'ont pu être vérifiées moyennant un effort raisonnable, à cause de l'absence de contrôles assurant la fiabilité des données. Il aurait fallu vérifier la codification d'un nombre trop important de dossiers pour pouvoir conclure sur la fréquence des erreurs de données. Par conséquent, je n'ai pas été à même de déterminer s'il aurait été nécessaire d'apporter des redressements aux résultats de ces indicateurs. J'ai vérifié la codification d'un certain nombre de dossiers et j'ai trouvé des erreurs. Toutefois, ce travail limité est insuffisant pour conclure sur

la fiabilité des données dans leur ensemble. Pour les 4 indicateurs se référant à la probabilité de survie, la méthodologie utilisée par l'Institut national de santé publique du Québec, qui a produit les indicateurs pour le MSSS, diffère de la méthodologie utilisée par Statistique Canada et approuvée lors de la Conférence des sous-ministres. Je n'ai pas évalué l'effet de son application sur les résultats de ces indicateurs. Par ailleurs, ces 4 indicateurs et les 4 indicateurs relatifs aux taux ajustés d'incidence des cancers ne sont pas conformes à ce qui a été approuvé lors de la Conférence des sous-ministres parce que, au Québec, les cas de cancer inscrits au fichier des tumeurs n'incluent pas ceux diagnostiqués en cabinet de médecin et traités sur une base externe ou ambulatoire. Je n'ai donc pu m'assurer de l'intégralité des cas diagnostiqués et je n'ai pas été à même de déterminer s'il aurait été nécessaire d'apporter des redressements aux résultats de ces indicateurs.

De plus, l'indicateur « taux ajusté de prévalence du diabète » n'est pas conforme aux caractéristiques techniques approuvées lors de la Conférence des sous-ministres parce que, au Québec, les praticiens qui posent un tel diagnostic ne sont pas tenus d'en faire la déclaration. Je n'ai donc pu m'assurer de l'intégralité des cas diagnostiqués. Par conséquent, je n'ai pas été à même de déterminer s'il aurait été nécessaire d'apporter des redressements au résultat de cet indicateur.

À mon avis, à l'exception des 12 indicateurs mentionnés aux paragraphes précédents, les 35 autres indicateurs de santé compris dans l'annexe 4.2 du rapport du MSSS et faisant l'objet de ma vérification donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation selon les critères énoncés dans l'annexe A de mon rapport et fournissent l'information requise par suite de l'engagement des premiers ministres de rendre compte à la population. En outre, le MSSS a signalé 20 indicateurs de santé non produits : pour 13 d'entre eux, il y a dérogation aux exigences établies par la Conférence des sous-ministres, les 7 autres étant facultatifs pour le Québec. J'ai déterminé que les circonstances relatives à ces dérogations sont décrites correctement par le MSSS dans le préambule de l'annexe 4.2.

Le MSSS a précisé qu'il n'a pas été en mesure de publier ces 20 indicateurs puisque la source des données n'est pas disponible actuellement ou parce qu'elle ne permet pas de calculer l'indicateur. J'ai jugé que les explications fournies par le MSSS à cet égard sont suffisantes.

Le rapport du MSSS inclut des indicateurs de santé comparables concernant d'autres gouvernements (provinciaux, fédéral et étrangers). Les indicateurs de santé pour les territoires et certaines des provinces de même que pour les programmes du gouvernement canadien ont été vérifiés par des vérificateurs externes alors que, pour d'autres provinces, des vérificateurs externes ont été engagés afin d'appliquer des procédés de vérification spécifiés. L'annexe B de mon rapport inclut une explication sur la différence entre ces deux types de missions ainsi que des détails sur la nature de la mission effectuée au regard de chacune des administrations. Les résultats et les observations des vérificateurs découlant des missions relatives aux autres administrations sont inclus dans les rapports respectifs des gouvernements et ils ne sont pas reproduits dans le rapport du MSSS ni vérifiés par nous. Je n'ai vérifié aucune des données provenant de gouvernements étrangers qui sont incluses dans ce rapport.

Je considère que le travail accompli par le MSSS dans la préparation de ce rapport sur les indicateurs de santé est encourageant.

La vérificatrice générale par intérim,

Doris Paradis, CA

Québec, le 25 septembre 2002

Annexe A
Critères de vérification

Le MSSS a reconnu la pertinence des critères suivants :

- ***Intégralité***

Les indicateurs de santé faisant l'objet de ma vérification respectent toutes les exigences requises en matière de mesure de la performance et de reddition de comptes par suite de l'engagement énoncé dans le *Communiqué sur la santé* émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres. Les indicateurs de santé sont conformes aux définitions, aux caractéristiques techniques et aux normes de présentation approuvées lors de la Conférence des sous-ministres.

- ***Exactitude***

Les indicateurs de santé faisant l'objet de ma vérification reflètent correctement les faits, à un niveau approprié d'exactitude.

- ***Présentation adéquate***

Les indicateurs de santé sont définis et leur signification respective ainsi que leurs limites sont expliquées. L'annexe 4.2 signale et décrit correctement les dérogations à ce qui a été approuvé lors de la Conférence des sous-ministres et elle explique les mesures envisagées afin de résoudre toute situation de non-conformité.

Annexe B
Vérification de l'information comparative provenant des autres gouvernements

Les gouvernements du Canada, des territoires et des provinces ont adopté différentes approches dans le but de satisfaire aux exigences du *Communiqué sur la santé* émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres en septembre 2000, lesquelles exigences concernent la « vérification par une tierce partie » de leurs rapports sur la santé. Certains gouvernements ont confié à leur vérificateur le mandat d'exprimer une opinion de vérification au sujet de leur rapport sur la santé et d'autres ont demandé que des procédés de vérification spécifiés soient appliqués. Les paragraphes ci-dessous exposent les principales différences entre une mission de certification et celle consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés. Pour une comparaison complète, veuillez vous référer au chapitre 5025 du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés* (ICCA) en ce qui a trait aux missions de certification et au chapitre 9100 en ce qui a trait aux missions consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés. Je crois, pour les raisons présentées dans les paragraphes suivants, qu'une vérification conduite selon le chapitre 5025 du *Manuel de l'ICCA* est l'approche à préconiser.

Dans une mission de vérification, la responsabilité du vérificateur consiste à fournir une assurance aux utilisateurs, sous la forme d'une opinion de vérification, relativement à un rapport préparé par la direction. Le vérificateur détermine la nature, l'étendue, le calendrier d'application ainsi que le caractère suffisant et adéquat des procédés de vérification, lesquels, selon son jugement, sont nécessaires pour fournir un niveau élevé d'assurance sur le sujet en question, en l'occurrence sur les indicateurs de santé inclus dans le rapport sur la santé.

Dans une mission consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés, la responsabilité du vérificateur est de faire rapport sur les résultats de l'application de procédés de vérification spécifiés par la direction. Comme l'étendue des procédés de vérification spécifiés peut varier selon les missions, ces dernières sont difficilement comparables. Et comme l'étendue des procédés appliqués n'est pas suffisante pour constituer une vérification, les rapports ne permettent pas d'exprimer une opinion de vérification. Les rapports indiquent quels procédés ont été appliqués et uniquement les résultats factuels découlant de ces procédés, laissant au lecteur le soin de déterminer la fidélité de l'information.

Le tableau suivant énumère les gouvernements qui ont confié à leur vérificateur le mandat d'exprimer une opinion de vérification concernant leur rapport sur la santé et ceux qui ont demandé que des procédés de vérification spécifiés soient appliqués.

Opinion de vérification ICCA 5025	**Procédés de vérification spécifiés ICCA 9100**
Colombie- Britannique	Alberta
Saskatchewan	Ontario
Manitoba	Nouveau-Brunswick
Québec	Île-du-Prince-Édouard
Nouvelle-Écosse	Terre-Neuve et Labrador
Territoire du Yukon	
Territoires du Nord-Ouest	
Nunavut	
Canada	

4.2 Informations vérifiées par le vérificateur général du Québec selon les exigences requises concernant les indicateurs mutuellement agréés par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux

Le 11 septembre 2000, lors d'une rencontre tenue à Ottawa, les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux réaffirmaient l'importance d'être imputables devant leur population respective, en publiant des rapports publics clairs sur le niveau de santé de leur population et la qualité de leurs systèmes de soins.

Les premiers ministres ont donc mandaté leur ministre de la santé respectif pour collaborer à la conception d'un cadre complet, incluant des indicateurs comparables mutuellement acceptés, en fonction duquel les gouvernements pourront commencer à rendre compte de leurs activités d'ici septembre 2002.

Pour donner suite au communiqué des premiers ministres, le gouvernement du Québec a choisi de confier par décret au vérificateur général du Québec le mandat de vérifier et de certifier la qualité des données et des informations publiées dans l'annexe 4.2 « Informations vérifiées par le vérificateur général du Québec selon les exigences requises concernant les indicateurs mutuellement agréés par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ».

Le rapport québécois couvre 47 des 67 indicateurs prévus lors de la Conférence des sous-ministres. Tous les indicateurs présentés dans l'annexe 4.2 ont été mutuellement agréés par les ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Les deux (2) indicateurs du domaine « Les taux de réadmission à l'hôpital » n'ont pas été produits. Ce sont :

- *taux de réadmission pour un infarctus aigu du myocarde* (1 indicateur) ;
- *taux de réadmission pour la pneumonie* (1 indicateur).

Quatre (4) des quatorze (14) indicateurs du domaine « Les changements affectant l'espérance de vie » n'ont pas été produits. Ce sont :

- *taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde* (1 indicateur) ;
- *taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral* (1 indicateur) ;
- *taux de survie relative dans les 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde* (1 indicateur) ;
- *taux de survie relative dans les 180 jours suivant un accident vasculaire cérébral* (1 indicateur).

Au Québec, l'information nécessaire pour produire ces six (6) indicateurs provient du système MED-ÉCHO (Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière), qui est la source d'information sur les données hospitalières ; il fut le premier système au Canada permettant de recueillir ces informations. La DAD's, la « Discharge Abstract Database », est le système utilisé par la plupart des provinces canadiennes. Les informations provenant de MED-ÉCHO diffèrent quelque peu de celles provenant de la DAD's. Ainsi, dans MED-ÉCHO, le diagnostic principal est défini comme l'affection ayant nécessité la plupart des ressources médicales durant le séjour, alors que dans la DAD's, le diagnostic principal est celui qui a le plus contribué à la durée d'hospitalisation. Il est également impossible de savoir, à partir du système MED-ÉCHO, si un problème de santé s'est déclaré avant ou pendant l'hospitalisation.

Certaines de ces informations sont nécessaires au calcul des taux de mortalité, de survie ou de réadmission tel qu'agréés par la Conférence des sous-ministres. Des travaux conjoints entre le Ministère

et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), responsable de la production de ces indicateurs, ont été entrepris afin d'une part, d'estimer le pourcentage d'erreur dû à l'absence de ces variables, et d'autre part, de rendre comparables les indicateurs produits pour le Québec et ceux produits pour les autres provinces. Les pourcentages d'erreur résultant des modifications aux méthodes de calcul varient selon les indicateurs. Les travaux seront poursuivis afin de minimiser ces erreurs et ainsi éventuellement produire les indicateurs les plus comparables possible.

Les huit (8) indicateurs du domaine « Les délais d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement » n'ont pas été produits. Ce sont :

- *délais d'attente pour une chirurgie cardiaque (1 indicateur) ;*
- *délais d'attente pour une arthroplastie complète de la hanche ou du genou (2 indicateurs) ;*
- *délais d'attente pour une radiothérapie (2 indicateurs) ;*
- *délais d'attente déclarés pour les services des spécialistes, les tests de diagnostic et les chirurgies (3 indicateurs).*

Les cinq (5) premiers indicateurs sur « Les délais d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement » n'ont pu être produits parce qu'il n'y a pas présentement de système standardisé permettant de recueillir l'information sur les délais d'attente. Bien que des données sur l'accessibilité aux services soient recueillies, celles-ci ne permettent pas de connaître la situation réelle, étant donné leur caractère fragmentaire. Le projet SGAS (Système de gestion de l'accès aux services médicaux et chirurgicaux), actuellement en expérimentation, pourrait permettre de combler cette lacune. Si les essais sont concluants, les délais d'attente pourraient être calculés dès que le déploiement sera complété. Quant aux trois (3) derniers indicateurs, ils sont basés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et ils proviennent d'un supplément à cette enquête (cycle 2000-2001), supplément auquel le Québec n'a pas participé.

Afin de compenser le manque d'information sur ce domaine d'indicateur, le Ministère a présenté l'indicateur : « *les délais d'attente pour les personnes ayant utilisé les services médicaux et hospitaliers* ». Cet indicateur n'est pas conforme à l'entente de la Conférence des sous-ministres et n'est donc pas inclus dans l'annexe 4.2.

Les quatre (4) indicateurs du domaine « L'accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour et 7 jours par semaine » n'ont pas été produits. Ce sont :

- *difficulté à obtenir des services de santé courants ou de suivi* (1 indicateur) ;
- *difficulté à obtenir de l'information ou des conseils en matière de santé* (1 indicateur) ;
- *difficulté à obtenir des soins immédiats* (1 indicateur) ;
- *pourcentage de la population ayant un médecin de famille* (1 indicateur).

Ces indicateurs n'ont pu être produits car l'information pertinente n'était pas disponible, le Québec n'ayant pas participé à l'enquête de Statistique Canada sur l'accès aux soins de santé.

Afin de compenser le manque d'information sur ce domaine d'indicateur, le Ministère a présenté l'indicateur : « *la proportion de la population ayant accès aux services de santé de première ligne au moment voulu* ». Cet indicateur n'est pas conforme à l'entente de la Conférence des sous-ministres et n'est donc pas inclus dans l'annexe 4.2.

L'un des trois (3) indicateurs du domaine « Les services à domicile et les soins ambulatoires» n'a pas été produit. Il s'agit de :

- *services à domicile et services à domicile pour les 75 ans ou plus (1 indicateur).*

Cet indicateur n'a pas été analysé. Au Québec, ce sont les CLSC qui offrent les services à domicile financés en tout ou en partie par le gouvernement. Depuis le 1er avril 2000, le système Intégration-CLSC (I-CLSC) permet de recueillir des informations sur les services offerts par l'ensemble des CLSC du Québec, à l'exception des régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. L'information recueillie par I-CLSC permet, notamment, de connaître le nombre de personnes recevant des services à domicile et leur répartition selon le sexe et l'âge, ainsi que la nature des services fournis. Ceci inclut, entre autres, les soins infirmiers, les services de réadaptation de base, l'aide à domicile et les services de répit, dépannage et gardiennage. Les données colligées pour l'année financière 2000-2001, soit la première année du système I-CLSC, ont permis de valider la qualité des informations véhiculées par la banque. Les données de 2001-2002 seront les premières qui pourront être utilisées aux fins du calcul d'indicateurs.

L'un des cinq (5) indicateurs du domaine « La surveillance et la protection de la santé publique » n'a pas été produit. Il s'agit de :

- *le taux d'incidence du VIH* (1 indicateur).

Cet indicateur n'a pu être produit car ce n'est que depuis le 18 avril 2002 que l'infection doit être déclarée au Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

1. L'ESPERANCE DE VIE

1.1 L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans

Définition

Nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre à compter de la naissance ou de 65 ans, en supposant que les taux de décès, selon l'âge et le sexe pour une période d'observation donnée, soient maintenus constants sa vie durant.

Données de la figure 1.1.1
Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1979 à 1999

Année	Nombre d'années		
	Hommes	Femmes	Total
1979	70,2	78,2	74,1
1980	70,8	78,5	74,5
1981	71,3	79,2	75,1
1982	71,7	79,2	75,4
1983	71,8	79,3	75,5
1984	72,0	79,7	75,8
1985	72,1	79,6	75,8
1986	72,2	79,6	75,9
1987	72,3	79,9	76,1
1988	72,8	80,1	76,5
1989	72,9	80,4	76,7
1990	73,4	80,7	77,1
1991	73,7	80,9	77,3
1992	74,2	81,2	77,7
1993	73,9	80,8	77,4
1994	74,3	81,0	77,7
1995	74,3	80,9	77,7
1996	74,9	81,2	78,1
1997	74,8	81,0	78,0
1998	75,2	81,3	78,4
1999	**75,4**	**81,5**	**78,5**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Données de la figure 1.1.3
Évolution de l'espérance de vie à 65 ans selon le sexe, Québec, 1979 à 1999

Année	Nombre d'années		
	Hommes	Femmes	Total
1979	14,0	18,5	16,4
1980	13,9	18,5	16,3
1981	14,2	19,0	16,7
1982	14,2	18,8	16,6
1983	14,2	18,7	16,6
1984	14,3	19,0	16,8
1985	14,2	19,1	16,8
1986	14,2	18,9	16,7
1987	14,4	19,2	17,0
1988	14,5	19,3	17,1
1989	14,7	19,6	17,4
1990	15,0	19,8	17,6
1991	15,1	19,9	17,7
1992	15,5	20,1	18,0
1993	15,2	19,6	17,6
1994	15,4	19,9	17,9
1995	15,4	19,8	17,8
1996	15,6	19,9	18,0
1997	15,5	19,8	17,8
1998	15,6	20,0	18,0
1999	**15,9**	**20,2**	**18,2**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Calcul

Calcul du nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre, en moyenne, à compter de la naissance ou de l'âge de 65 ans, à l'aide d'une table de survie abrégée, considérant des groupes d'âge de cinq ans à la fois pour la population et les taux de mortalité, selon la méthode normale de l'ONU (Greville).

Exclusion

Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des estimations démographiques utilisées pour les tables de survie.

1.2 L'espérance de vie sans incapacité à la naissance et à 65 ans

Définition

Nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre sans incapacité modérée ou grave, en moyenne, à partir de la naissance (pour l'EVSI à la naissance) ou de l'âge de 65 ans (pour l'EVSI à 65 ans), d'après les taux de mortalité et les taux de prévalence d'incapacité, selon l'âge et le sexe, pour une période d'observation donnée, généralement une année civile.

Bien que différents seuils soient possibles, l'incapacité dans le présent cas est définie comme une incapacité modérée à grave, plus le fait de vivre dans un établissement de soins de santé. Pour les personnes hébergées dans d'autres types d'établissements, on a supposé que le taux d'incapacité, selon le sexe et le groupe d'âge, était le même que pour la population vivant en ménage privé.

Données de la figure 1.2.1
Espérance de vie sans incapacité à la naissance selon le sexe, Québec, 1996

Nombre d'années		
Hommes	Femmes	Total
68,1	**72,3**	**70,2**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
Recensement de la population, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Données de la figure 1.2.3
Espérance de vie sans incapacité à 65 ans selon le sexe, Québec, 1996

Nombre d'années		
Hommes	Femmes	Total
11,5	**13,4**	**12,5**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
Recensement de la population, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Calcul

Les estimations se fondent sur la somme de trois années de données sur la mortalité (de 1995 à 1997 inclusivement) sur des questions portant sur l'incapacité, du Recensement de 1996 et sur les estimations de la population de 1996.

La période de référence associée à ces données réflète le point milieu de la période de trois années (1996).

L'espérance de vie sans incapacité est calculée selon la méthode de Sullivan.

Exclusion

Non-résidents du Canada.

2. LA MORTALITE INFANTILE

2.1 Le taux de mortalité infantile

Définition

Nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie, exprimé sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année en question.

Données de la figure 2.1.1
Évolution du taux de mortalité infantile selon le sexe, Québec, 1979 à 1999

Année	Pour 1 000 naissances vivantes		
	Masculin	Féminin	Total
1979	11,8	8,9	10,4
1980	10,6	8,7	9,7
1981	9,0	7,6	8,3
1982	9,8	7,5	8,7
1983	8,2	6,8	7,5
1984	8,4	6,1	7,3
1985	7,4	6,6	7,0
1986	7,5	5,8	6,7
1987	8,1	5,2	6,7
1988	7,0	5,5	6,3
1989	7,5	5,6	6,6
1990	6,5	4,7	5,7
1991	5,9	4,8	5,3
1992	5,8	4,2	5,1
1993	5,9	4,6	5,3
1994	5,9	4,4	5,2
1995	5,5	4,2	4,8
1996	4,3	3,4	3,9
1997	5,1	4,3	4,7
1998	5,0	4,4	4,7
1999	**4,4**	**3,6**	**4,0**

Sources : Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Calcul

Numérateur : nombre de décès d'enfants nés vivants et décédés avant l'âge d'un an (excluant les enfants pesant moins de 500 grammes à la naissance), au cours d'une année donnée.

Dénominateur : nombre total d'enfants nés vivants et pesant au moins 500 grammes à la naissance, au cours d'une année donnée.

Facteur multiplicatif : 1 000.

Exclusion

Enfants dont la mère réside hors du Québec. Les statistiques sur les naissances et les décès des enfants sont en fonction de la province ou du territoire de résidence de la mère et non de la province ou du territoire de la naissance ou du décès de l'enfant.

3. LE FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE

3.1 Le taux d'insuffisance de poids à la naissance

Définition

Proportion de naissances vivantes (poids de naissance connu) pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est inférieur à 2 500 grammes et supérieur ou égal à 500 grammes.

Extrait des données de la figure 3.1.1
Évolution du taux d'insuffisance de poids à la naissance selon le sexe, Québec, 1979 à 1999

Année	(%)		
	Masculin	Féminin	Total
1979	5,7	7,1	6,4
1980	5,6	7,1	6,4
1981	5,7	7,0	6,3
1982	5,7	7,0	6,4
1983	5,6	7,1	6,3
1984	5,5	6,9	6,2
1985	5,5	7,0	6,2
1986	5,5	6,8	6,1
1987	5,5	6,5	6,0
1988	5,6	6,8	6,2
1989	5,4	6,5	5,9
1990	5,3	6,5	5,9
1991	5,3	6,2	5,7
1992	5,1	6,1	5,6
1993	5,2	6,1	5,6
1994	5,4	6,4	5,9
1995	5,4	6,4	5,9
1996	5,1	6,3	5,7
1997	5,3	6,1	5,7
1998	5,5	6,5	6,0
1999	**5,1**	**6,3**	**5,7**

Source : Base de données sur les naissances, Statistique de l'état civil, Statistique Canada. MSSS, juillet 2002.

Calcul

Numérateur : nombre d'enfants nés vivants pour lesquels le poids de naissance est inférieur à 2 500 grammes, et supérieur ou égal à 500 grammes, au cours d'une année donnée.

Dénominateur : nombre total d'enfants nés vivants, dont le poids de naissance est connu et supérieur ou égal à 500 grammes, au cours d'une année donnée.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Enfants dont le poids de naissance est inconnu.

Enfants dont la mère réside hors du Québec. Les statistiques sur les naissances des enfants sont en fonction de la province ou du territoire de résidence de la mère et non de la province ou du territoire de la naissance de l'enfant.

4. LA PERCEPTION DU NIVEAU DE SANTE

4.1 La proportion de la population déclarant posséder une excellente ou une très bonne santé

Définition

Pourcentage des personnes âgées de 12 ans et plus qui déclarent que leur santé est très bonne ou excellente.

Extrait des données du tableau 4.1.1 et sexes par groupes d'âge et années 1994-1995 à 1998-1999.
Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

Sexe/âge	Excellent ou très bon (%)			
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	**2000-2001**
Hommes				
12-19 ans	82,4	79,1	80,0	**76,3**
20-34 ans	76,5	77,0	72,7	**76,9**
35-44 ans	62,5	69,9	69,7	**67,1**
45-64 ans	60,3	60,1	65,2	**55,6**
65 ans ou plus	36,6	41,4	43,0	**36,9**
Total	65,7	66,9	67,3	**63,5**
Femmes				
12-19 ans	72,1	71,7	76,3	**69,2**
20-34 ans	68,9	69,3	70,0	**72,1**
35-44 ans	67,6	69,0	68,9	**65,0**
45-64 ans	54,1	59,3	59,7	**53,6**
65 ans ou plus	36,0	32,7	40,9	**35,4**
Total	60,3	61,2	63,1	**58,9**
Sexes réunis				
12-19 ans	77,5	75,3	78,2	**72,8**
20-34 ans	72,5	73,2	71,3	**74,5**
35-44 ans	64,9	69,5	69,3	**66,1**
45-64 ans	57,2	59,7	62,4	**54,6**
65 ans ou plus	36,3	36,3	41,8	**36,1**
Total	62,9	64,0	65,2	**61,2**

Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
MSSS, septembre 2002.

Calcul

Numérateur : nombre estimé de personnes âgées de 12 ans ou plus se percevant en excellente ou en très bonne santé.

Dénominateur : population âgée de 12 ans ou plus vivant en ménage privé.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, personnes vivant sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

5. LES CHANGEMENTS AFFECTANT L'ESPERANCE DE VIE

5.1 Le taux ajusté de mortalité selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum, infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral

Définition

Nombre de décès, pour chacun des éléments indiqués, pour 100 000 personnes, qui seraient survenus dans la population de référence si les taux par âge réels observés dans une population donnée s'étaient produits dans la population de référence.

Données de la figure 5.1.1 et les deux sexes réunis
Évolution du taux ajusté de mortalité due à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1980	217,7	102,4	153,0
1981	204,3	92,8	140,9
1982	194,6	93,2	137,4
1983	191,3	90,2	133,8
1984	189,0	89,5	132,2
1985	181,0	83,6	125,5
1986	177,1	84,1	123,5
1987	167,3	81,5	118,4
1988	164,5	79,9	115,7
1989	151,9	70,6	105,1
1990	145,2	72,4	103,5
1991	139,7	67,9	98,5
1992	130,4	62,7	91,6
1993	127,5	64,8	91,6
1994	122,3	59,2	86,3
1995	116,4	58,7	83,2
1996	113,1	56,0	80,2
1997	116,5	56,3	81,6
1998	109,6	51,4	76,1
1999	**99,3**	**49,7**	**70,8**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 5.1.2 et les deux sexes réunis

Évolution du taux ajusté de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1980	67,3	55,8	60,7
1981	67,2	55,0	60,1
1982	62,8	50,7	55,7
1983	57,5	48,1	52,3
1984	57,0	45,9	50,6
1985	50,6	44,5	47,2
1986	53,0	45,7	48,8
1987	53,3	44,2	48,1
1988	48,8	40,0	43,6
1989	48,2	41,9	44,7
1990	50,8	37,9	43,2
1991	47,1	35,7	40,4
1992	43,5	36,8	39,5
1993	46,4	37,8	41,5
1994	44,0	34,3	38,2
1995	43,1	36,0	39,3
1996	41,5	34,2	37,4
1997	43,5	34,8	38,3
1998	38,4	32,3	35,0
1999	**36,7**	**31,5**	**33,6**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 5.1.3 et les deux sexes réunis

Évolution du taux ajusté de mortalité due au cancer du poumon, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1980	86,6	15,5	46,3
1981	88,0	16,8	47,4
1982	93,9	18,7	50,9
1983	98,2	19,0	52,6
1984	98,8	20,8	53,8
1985	98,5	22,2	54,2
1986	101,4	23,2	56,0
1987	101,6	25,0	57,0
1988	105,2	26,7	59,5
1989	106,5	26,5	59,9
1990	105,4	27,2	59,7
1991	103,5	30,0	60,4
1992	100,1	30,2	59,1
1993	103,8	33,2	62,2
1994	99,7	32,8	60,3
1995	95,7	32,9	58,6
1996	98,7	36,0	61,6
1997	96,0	35,7	60,5
1998	97,3	37,8	61,9
1999	**93,9**	**36,7**	**60,1**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 5.1.4 et les deux sexes réunis

Évolution du taux ajusté de mortalité due au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec, 1980 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1980	29,7	22,7	25,6
1981	30,9	21,9	25,6
1982	30,4	21,3	24,9
1983	29,5	21,8	25,0
1984	31,4	23,6	26,6
1985	33,7	21,3	26,2
1986	30,8	23,3	26,4
1987	31,7	23,6	26,7
1988	33,5	22,6	26,9
1989	31,7	20,8	25,2
1990	31,8	21,6	25,8
1991	30,2	20,5	24,6
1992	33,9	21,8	26,7
1993	30,2	22,1	25,3
1994	31,7	20,6	25,1
1995	30,3	20,7	24,7
1996	32,4	20,8	25,5
1997	31,0	19,3	24,1
1998	32,5	20,9	25,5
1999	**31,3**	**19,0**	**24,1**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 5.1.5
Évolution du taux ajusté de mortalité due au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec, 1980 à 1999

Année	Taux pour 100 000	
	Prostate	Sein
1980	27,9	31,2
1981	28,7	30,6
1982	29,5	29,8
1983	26,6	33,1
1984	29,3	32,9
1985	30,4	31,4
1986	32,0	31,8
1987	30,1	31,8
1988	31,9	33,1
1989	30,9	32,2
1990	31,0	33,2
1991	32,9	31,7
1992	30,2	32,4
1993	31,0	31,1
1994	30,3	32,1
1995	31,6	29,4
1996	28,0	29,9
1997	27,3	29,2
1998	25,9	28,1
1999	**26,0**	**26,0**

Les données pour le cancer de la prostate portent sur la population masculine (taux pour 100 000 hommes), alors que les données pour le cancer du sein portent sur la population féminine (taux pour 100 000 femmes).
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Calcul

Le taux ajusté selon l'âge pour chaque siège de cancer, pour un infarctus aigu du myocarde et pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (CIM-9 : 430-432, 434 et 436), est calculé en multipliant chaque taux de mortalité par âge observé par la population de référence, dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population de référence totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population de référence.

Codes de diagnostic :

- cancer du côlon-rectum, CIM-9 153-154 ;
- cancer du poumon, CIM-9 162 ;
- cancer du sein chez la femme, CIM-9 174 ;
- cancer de la prostate, CIM-9 185 ;
- infarctus aigu du myocarde, CIM-9 410 ;
- accident vasculaire cérébral, CIM-9 430-432, 434, 436.

Exclusion

Décès de non-résidents canadiens.

5.2 La probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum

Définition

La probabilité de survie relative est définie ainsi : le ratio de la probabilité de survie observée pour un groupe de patients sous étude, soit dans ce cas les patients ayant reçu un diagnostic d'un premier cancer primaire, et la probabilité de survie attendue chez la population générale qui présente les mêmes caractéristiques, soit l'âge et le sexe, que le groupe de personnes à l'étude. La survie est calculée pour une période maximale de cinq ans.

Extrait des données des tableaux 5.2.2 et 5.2.3
Probabilité de survie relative après cinq ans, ajustée selon l'âge, pour les cas de cancer de la prostate, du sein, du poumon et du côlon-rectum déclarés en 1992, selon le sexe, au Québec

Sexe/Siège du cancer	Probabilité (%)	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre de cas	Nombre de décès
Hommes				
Prostate	**79**	**(78-80)**	**2 766**	**1 090**
Côlon et rectum	**52**	**(49-56)**	**1 832**	**1 053**
Poumon	**16**	**(14-18)**	**3 184**	**2 763**
Femmes				
Sein	**79**	**(78-80)**	**3 651**	**1 033**
Côlon et rectum	**53**	**(50-55)**	**1 793**	**1 008**
Poumon	**18**	**(16-20)**	**1 451**	**1 202**
Total				
Côlon et rectum	**53**	**(51-55)**	**3 625**	**2 061**
Poumon	**17**	**(15-18)**	**4 635**	**3 965**

Sources : Fichiers des tumeurs, Ministère de la Santé et des services sociaux.
Fichier d'inscription des personnes assurées, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Fichier des décès, Institut de la Statistique du Québec.
*Ellison L. et al. «*Taux relatifs de survie à 5 ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon *». Rapports sur la santé, vol. 13, no 1, décembre 2001.*
Louchini, R., La survie au cancer pour les cas déclarés au Québec en 1992*, INSPQ, été 2002.*
INSPQ, juillet 2002.

Calcul

La méthode de maximum de vraisemblance d'Estève et coll. (1990) a été utilisée pour les données des provinces autres que le Québec et la méthode d'estimation de Hakulinen pour la survie relative a été utilisée pour les données québécoises.

Les taux ajustés selon l'âge pour un cancer donné ont été calculés en pondérant les taux par âge avec la répartition par âge de tous les patients admissibles qui ont reçu un diagnostic de ce cancer.

Codes de diagnostic :

- cancer du côlon-rectum, CIM-9 153-154 ;
- cancer du poumon, CIM-9 162 ;
- cancer du sein chez la femme, CIM-9 174 ;
- cancer de la prostate, CIM-9 185.

Exclusions

Personnes dont l'année de naissance ou de décès est inconnue.
Personnes âgées de moins de 15 ans ou de plus de 99 ans au moment du diagnostic.
Personnes dont la maladie a été diagnostiquée au moment de l'autopsie ou sur le certificat de décès seulement, pour le Registre canadien du cancer.

Note : le Fichier des tumeurs du MSSS ne contient pas de personnes dont la maladie a été diagnostiquée au moment de l'autopsie ou sur le certificat de décès seulement.

Limites

Au Québec, la date du diagnostic utilisée est celle de sortie de la première hospitalisation ou chirurgie d'un jour d'une personne avec un diagnostic de cancer. Cette date ne correspond pas nécessairement à la date réelle du diagnostic car dans plusieurs cas, l'hospitalisation survient après une confirmation du diagnostic par des examens effectués en externe. De plus, les personnes atteintes d'un cancer n'étant pas nécessairement hospitalisées, les cas de cancer ne sont pas tous déclarés au Fichier des tumeurs du Québec.

6. L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE

6.1 Le taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche ou du genou

Définition

Taux ajusté selon l'âge d'arthroplasties complètes de la hanche ou du genou (unilatérales ou bilatérales) pratiquées sur des patients hospitalisés en établissement de soins actifs.

Données de la figure 6.1.1
Évolution du taux ajusté d'arthroplastie complète de la hanche, selon le sexe, Québec, 1995-1996 à 1999-2000

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1995-1996	32,1	34,9	33,9
1996-1997	31,4	30,6	31,1
1997-1998	34,1	31,5	32,8
1998-1999	38,1	35,1	36,7
1999-2000	**36,2**	**35,6**	**36,0**

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Données de la figure 6.1.2
Évolution du taux ajusté d'arthroplastie complète du genou, selon le sexe, Québec, 1995-1996 à 1999-2000

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1995-1996	22,6	34,9	29,6
1996-1997	24,5	33,1	29,3
1997-1998	26,3	34,3	30,8
1998-1999	29,8	36,7	33,7
1999-2000	**31,0**	**36,5**	**34,2**

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juillet 2002.

Calcul

Numérateur : nombre d'enregistrements au fichier des hospitalisations où est mentionnée une arthroplastie complète de la hanche ou du genou, au cours de l'année financière, par sexe et groupe d'âge.

Dénominateur : estimation de population par sexe et groupe d'âge pour l'année correspondante.

Codes d'intervention ou codes de diagnostic :

- arthroplastie de la hanche : code CCA 93.51, 93.59 ou CIM-9-MC 81.51, 81.53 ;
- arthroplastie du genou : code CCA 93.41 ou CIM-9-MC 81.54, 81.55.

Standardisation selon l'âge

Population de référence : population canadienne de 1991. Méthode de standardisation directe.

Exclusion

Patients traités ailleurs que dans un centre hospitalier de soins de courte durée ou ayant subi l'intervention avant leur admission dans un tel centre.

7. LA REDUCTION DU FARDEAU DES MALADIES, DES AFFECTIONS ET DES BLESSURES

7.1 Le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon-rectum

Définition

Nombre de cas de cancers primaires nouvellement diagnostiqués au cours d'une année donnée pour les sièges spécifiques, pour 100 000 personnes, qui seraient survenus dans la population de référence si les taux par âge réels observés dans une population donnée s'étaient produits dans la population de référence.

Données de la figure 7.1.1
Évolution du taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, du côlon-rectum et du poumon, chez les hommes, Québec, 1978 à 1997

Année	Taux pour 100 000		
	Prostate	Côlon-rectum	Poumon
1978	65,7	60,7	92,3
1979	68,2	58,4	92,3
1980	59,7	47,2	78,4
1981	81,2	66,7	108,2
1982	78,3	66,9	112,9
1983	85,1	70,0	119,1
1984	81,9	65,9	122,1
1985	85,2	67,7	113,7
1986	85,5	67,9	121,6
1987	85,4	66,5	120,2
1988	84,4	66,5	119,5
1989	84,0	62,5	117,9
1990	88,2	63,2	116,7
1991	92,6	65,8	116,3
1992	106,2	67,1	115,1
1993	123,5	65,4	122,9
1994	119,9	65,8	118,0
1995	98,3	64,5	110,7
1996	84,9	63,9	106,0
1997	**83,0**	**60,5**	**103,4**

Sources : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 7.1.2
Évolution du taux ajusté d'incidence du cancer du sein, du côlon-rectum et du poumon, chez les femmes, Québec, 1978 à 1997

Année	Taux pour 100 000		
	Sein	Côlon-rectum	Poumon
1978	87,4	50,0	16,4
1979	92,6	48,4	16,3
1980	76,9	38,7	16,4
1981	88,6	52,0	22,3
1982	86,9	51,0	24,7
1983	93,0	54,3	26,8
1984	91,3	48,8	27,7
1985	89,5	50,8	29,4
1986	87,6	51,5	30,2
1987	89,5	50,6	31,1
1988	91,9	45,3	32,5
1989	91,8	45,4	33,7
1990	89,6	47,5	36,5
1991	92,0	43,8	39,1
1992	96,4	47,4	41,1
1993	97,2	46,9	42,9
1994	97,8	47,1	42,8
1995	98,2	43,9	41,8
1996	98,2	41,3	43,9
1997	**98,8**	**41,4**	**43,6**

Sources : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Calcul

Le taux ajusté selon l'âge pour chaque siège du cancer est calculé en multipliant chaque taux d'incidence par âge observé par la population de référence, dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population de référence totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population de référence.

Codes de diagnostic :

- cancer du côlon-rectum, CIM-9 153-154 ;
- cancer du poumon, CIM-9 162 ;
- cancer du sein chez les femmes, CIM-9 174 ;
- cancer de la prostate, CIM-9 185.

Exclusion

Non-résidents du Canada.

Limite

Les cas de cancer qui sont diagnostiqués en cabinet de médecin et traités sur une base externe ou ambulatoire ne sont pas déclarés au Fichier des tumeurs du Québec ou le sont à un stade plus avancé de la maladie lorsque survient une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour.

7.2 Les années potentielles de vie perdues selon la cause : cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon rectum, infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral, blessures accidentelles et suicide

Définition

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont les années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » d'une cause quelconque – c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans.

Données de la figure 7.2.1 et les deux sexes réunis

Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux blessures accidentelles, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1990	1 441,6	466,2	952,6
1991	1 341,0	403,2	870,9
1992	1 150,6	387,3	768,3
1993	1 225,6	401,8	813,3
1994	1 054,3	322,7	688,3
1995	1 101,7	411,1	756,5
1996	1 056,6	335,1	696,2
1997	1 034,7	330,6	683,2
1998	913,2	309,7	612,0
1999	**985,5**	**360,0**	**673,5**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 7.2.2 et les deux sexes réunis

Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1990	972,8	194,7	582,7
1991	951,3	204,0	576,7
1992	1 016,1	261,6	638,2
1993	1 084,7	244,3	664,0
1994	1 030,1	251,6	640,7
1995	1 142,7	284,9	713,9
1996	1 133,2	304,7	719,3
1997	1 044,3	257,3	651,4
1998	1 031,4	298,2	665,5
1999	**1 218,3**	**290,5**	**755,5**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada. Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 7.2.3 et les deux sexes réunis

Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1990	909,0	307,5	607,4
1991	903,7	279,7	590,9
1992	835,6	228,2	531,4
1993	816,9	253,4	534,8
1994	811,2	236,2	523,6
1995	740,6	235,1	487,9
1996	695,4	219,9	457,9
1997	732,0	222,7	477,8
1998	698,2	190,5	444,8
1999	**671,9**	**211,2**	**442,1**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada. Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 7.2.4 et les deux sexes réunis

Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1990	208,3	138,4	173,2
1991	204,8	149,0	176,8
1992	146,9	144,9	145,9
1993	195,1	154,5	174,8
1994	165,6	146,2	155,9
1995	161,8	139,9	150,8
1996	154,4	138,3	146,4
1997	172,6	143,7	158,2
1998	144,6	110,2	127,4
1999	**135,8**	**124,4**	**130,1**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada. Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 7.2.5 et les deux sexes réunis

Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du poumon, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1990	773,6	312,7	542,6
1991	782,4	362,9	572,1
1992	743,7	367,0	555,0
1993	746,8	393,7	570,0
1994	733,6	398,0	565,7
1995	694,9	387,3	541,1
1996	684,8	440,7	562,9
1997	700,7	439,7	570,4
1998	686,5	477,0	581,9
1999	**701,1**	**457,1**	**579,4**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada. Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 7.2.6 et les deux sexes réunis

Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer du côlon-rectum, selon le sexe, Québec, 1990 à 1999

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1990	224,3	162,2	193,1
1991	217,3	147,7	182,4
1992	219,5	157,9	188,7
1993	185,9	166,0	176,0
1994	194,8	155,9	175,4
1995	199,0	149,8	174,4
1996	205,3	170,1	187,7
1997	201,1	137,7	169,5
1998	199,3	172,4	185,9
1999	**202,0**	**142,9**	**172,5**

Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada. Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Données de la figure 7.2.7

Évolution du taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer de la prostate et au cancer du sein, Québec, 1990 à 1999

Année	Taux pour 100 000	
	Prostate	Sein
1990	71,8	434,0
1991	76,8	442,1
1992	66,0	415,6
1993	67,6	402,3
1994	57,1	450,5
1995	61,0	394,1
1996	53,5	392,0
1997	57,0	392,7
1998	56,4	363,2
1999	**56,4**	**364,1**

Les données pour le cancer de la prostate portent sur la population masculine (taux pour 100 000 hommes), alors que les données pour le cancer du sein portent sur la population féminine (taux pour 100 000 femmes).
Sources : Base de données sur les décès, Statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada. Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Calcul

Numérateur : décès de personnes âgées de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe et par cause ; il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès ; cela représente les APVP.

Dénominateur : prévisions démographiques (uniquement si l'on veut un taux ; sinon, aucun dénominateur).

Nombre d'années potentielles de vie perdues avant l'âge de 75 ans, par sexe et par cause de décès, calculé selon la formule suivante :

années potentielles de vie perdues (APVP) totales = somme de (nombre de décès dans chaque groupe d'âge X années perdues) (selon la table ci-dessous).

Groupe d'âge	**Années perdues**
0-1	74,9
1-4	72,0
5-9	67,5
10-14	62,5
15-19	57,5
20-24	52,5
25-29	47,5
30-34	42,5
35-39	37,5
40-44	32,5
45-49	27,5
50-54	22,5
55-59	17,5
60-64	12,5
65-69	7,5
70-74	2,5

Le taux brut pour 100 000 personnes est ensuite calculé, par sexe et par cause :
taux brut d'APVP pour 100 000 = nombre total d'APVP X 100 000/population estimée.

Codes de diagnostic :

- cancer du côlon-rectum, CIM-9 153-154 ;
- cancer du poumon, CIM-9 162 ;
- cancer du sein chez la femme, CIM-9 174 ;
- cancer de la prostate, CIM-9 185 ;
- infarctus aigu du myocarde, CIM-9 410 ;
- accident vasculaire cérébral, CIM-9 430-432, 434, 436 ;
- blessures accidentelles, CIM-9 E800 à E929 sauf E870 à E879 ;
- suicide, CIM-9 E950 à E959

Exclusion

Non-résidents du Canada.

7.3 Le taux d'incidence de certaines maladies évitables par vaccination – Infections « invasives » à méningocoque, rougeole et infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type « b » (*Hib*) pour les enfants âgés de moins de 5 ans

I. Infections « invasives » à méningocoque

Définition

Taux de nouveaux cas déclarés par année, par âge et par sérogroupe.

Un cas est confirmé quand il y a maladie « invasive » avec confirmation par analyse de laboratoire de l'infection : isolation de *Neisseria meningitidis* d'un site stérile en temps normal (sang, liquide céphalorachidien, articulation, liquide pleural ou péricardique) ou démonstration de la présence d'un antigène de *N. meningitidis* dans le liquide céphalorachidien.

Extrait des données de la figure 7.3.1
Évolution du taux d'incidence des cas déclarés d'infections « invasives » à méningocoque, chez les jeunes âgés de moins de 20 ans, selon le sérogroupe, Québec, 1990 à 2001

Année	Taux pour 100 000	
	Sérogroupe C	Autres sérogroupes
1990	1,35	3,88
1991	3,97	2,84
1992	3,94	2,56
1993	1,16	2,17
1994	1,11	2,16
1995	0,69	2,97
1996	0,42	1,91
1997	0,59	1,77
1998	0,05	1,41
1999	0,22	0,77
2000	0,28	1,11
2001	**2,09**	**1,80**

Sources : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) , 1er avril 2002. Perspectives démographiques, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. MSSS, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre total de nouveaux cas déclarés chez les personnes âgées de moins de 20 ans.

Dénominateur : nombre de personnes âgées de moins de 20 ans.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Limites

Les données sont issues d'un système passif de surveillance, il est probable que le nombre de cas déclarés soit inférieur au nombre réel de cas.

Les données de 1999, 2000 et 2001 sont préliminaires.

II. Rougeole

Définition

Taux de nouveaux cas déclarés par année.

Un cas est confirmé quand il y a confirmation par analyse de laboratoire de l'infection en l'absence d'une vaccination récente contre la rougeole : isolation du virus de la rougeole d'un échantillon clinique approprié ou une hausse significative du niveau des anticorps de la rougeole entre un prélèvement de sérum en phase aiguë et un prélèvement en phase convalescente, ou un test sérologique de rougeole IgM positif avec un dosage recommandé, ou un cas clinique chez une personne liée épidémiologiquement à un cas confirmé en laboratoire.

Extrait des données de la figure 7.3.6
Évolution du taux d'incidence des cas déclarés de rougeole, Québec, 1980 à 2001

Année	Taux pour 100 000
1980	56,34
1981	1,74
1982	1,23
1983	1,36
1984	19,36
1985	2,88
1986	1,21
1987	5,15
1988	0,76
1989	146,97
1990	1,21
1991	4,10
1992	0,55
1993	0,88
1994	1,78
1995	0,43
1996	1,14
1997	0,05
1998	0,03
1999	0,03
2000	0,41
2001	**0,01**

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre total de cas déclarés.

Dénominateur : population totale.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Limites

Les données sont issues d'un système passif de surveillance, il est probable que le nombre de cas déclarés soit inférieur au nombre réel de cas.

Les données de 2001 sont préliminaires.

III. Infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type « b » (*Hib*) pour les enfants âgés de moins de 5 ans

Définition

Taux de nouveaux cas déclarés par année chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Le cas confirmé est défini quand il y a maladie « invasive » avec confirmation par analyse de laboratoire de l'infection, en l'absence d'une vaccination récente au vaccin *Hib* : isolation du *Hib* dans un site stérile en temps normal ou dans l'épiglotte chez une personne avec épiglottite, ou présence de l'antigène *Hib* dans le liquide céphalo-rachidien. La maladie « invasive » comprend les exemples suivants : méningite, bactériémie, épiglottite, pneumonie, péricardite, arthrite aiguë suppurée ou empyème.

Extrait des données de la figure 7.3.5
Évolution du taux d'incidence des infections « invasives » à *Haemophilus influenzae* de type B, chez les enfants âgés de moins de 5 ans, Québec, 1990 à 2001

Année	Taux pour 100 000
1990	22,29
1991	21,70
1992	17,27
1993	5,44
1994	1,25
1995	1,49
1996	0,87
1997	1,35
1998	0,93
1999	2,19
2000	0,48
2001	**0,78**

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre de cas déclarés chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

Dénominateur : nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Limites

Les données sont issues d'un système passif de surveillance, il est probable que le nombre de cas déclarés soit inférieur au nombre réel de cas.

Les données de 2000 et 2001 sont préliminaires.

7.4 Le taux ajusté de prévalence du diabète

Définition

La proportion, à un moment donné, de la population âgée de 20 ans ou plus ayant été diagnostiquée diabétique.

Données du tableau 7.4.1
Taux ajusté[1] de prévalence (prévalence relative ajustée) du diabète chez les personnes âgées de 20 ans ou plus, selon le sexe, Québec, 1997-1998 à 1999-2000 (données provisoires)

	Femmes (%)	Hommes (%)	Sexes réunis (%)
1997-1998	3,8	4,6	4,1
1998-1999[2]	4,1	5,0	4,5
1999-2000[2]	**4,3**	**5,2**	**4,7**

1. Les prévalences relatives sont ajustées selon la structure par âge et par sexe[14] de la population canadienne en 1991.
2. Données sujettes à changement, puisqu'elles pourront être augmentées de nouveaux cas identifiés par l'ajout des années d'observation 2000-2001 et 2001-2002.
Sources : Fichiers des services médicaux rémunérés à l'acte, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Fichier d'inscription des personnes assurées, Régie de l'assurance maladie du Québec.
Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
Perspectives démographiques basées sur le recensement de la population de 1996, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
INSPQ, juin 2002.

Calcul

Modèle du Système national de surveillance du diabète (SNSD) (Blanchard et coll., 1996).

Numérateur : nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus ayant été diagnostiquées diabétiques, c'est-à-dire ayant été hospitalisées ou ayant eu deux enregistrements au fichier des services médicaux au cours d'une période de deux ans (730 jours), en raison d'un tel diagnostic.

Dans le fichier d'hospitalisation, les trois premiers codes de diagnostic sont utilisés. La date d'identification du cas est la plus récente permettant de répondre à l'un ou l'autre des critères ; les données sont présentées par année financière.

14. Il est à noter que les prévalences relatives ajustées pour les deux sexes réunis sont les mêmes, à la décimale près, qu'elles soient standardisées selon l'âge seulement (c'est-à-dire sexes réunis) ou selon l'âge et le sexe.

Dénominateur [15]: nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus (estimation au 1er juillet).

Facteur multiplicatif : 100.

Code de diagnostic :

- diabète sucré, CIM-9 250.

Standardisation selon l'âge et le sexe.

Population de référence : population canadienne de 1991. Méthode de standardisation directe.

Exclusion

Enregistrements de personnes n'ayant pas un numéro valide d'assurance maladie (e.g. numéro fictif ou temporaire).

Limites

Bien que les données couvrent cinq années financières, les analyses portent sur les trois dernières seulement. Cette restriction de l'horizon temporel tient à la nécessité d'assurer la fiabilité et la stabilité des mesures de prévalence par une période d'attente s'étalant de trois à cinq ans. Il s'agit là d'une condition requise à l'identification de personnes dont le diagnostic de diabète serait enregistré ultérieurement aux années observées et/ou dont le diagnostic ne serait pas inscrit prioritairement au fichier des services médicaux. Si les analyses couvraient cinq années, les prévalences des premières années seraient vraisemblablement sous-estimées, ce qui donnerait lieu à une augmentation exagérée et artificielle de la prévalence dans le temps. Ainsi, même les écarts entre les trois années d'observation présentées ne peuvent être interprétés comme une tendance effective. Le SNSD est un nouveau système dont la méthodologie évoluera au cours des prochaines années. On peut s'attendre à ce que cinq années complètes de mesure de prévalence suivant une période d'attente définie soient nécessaires pour s'assurer que les personnes qui auraient pu être identifiées diabétiques avant l'implantation du système soient classées de façon appropriée.

En raison de la définition de cas, les données de prévalence des années 1998-1999 et 1999-2000 sont préliminaires, puiqu'elles ne tiennent pas compte d'individus qui répondront aux critères d'identification (avec une date d'identification au cours de l'année 1998-1999 ou 1999-2000), lorsque des données d'années subséquentes seront intégrées à l'analyse. En effet, le suivi de 730 jours n'était pas complété pour ces deux années.

Encore en cours de validation, afin de s'assurer qu'elle soit la plus fiable et la plus intégrale possible, cette définition rencontre certains obstacles, dont ceux relatifs aux limites inhérentes aux fichiers administratifs utilisés. Par exemple, on sait que le code de diagnostic n'est pas toujours présent au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.

15. Le dénominateur utilisé au Québec diffère de celui du modèle du SNSD. En effet, au Québec, on s'appuie sur des perspectives démographiques (au 1er juillet) plutôt que sur le registre d'assurance maladie comme le propose le SNSD. Le modèle de données du SNSD inclut l'ensemble des personnes assurées, duquel découle le dénominateur. Au Québec, la banque de données utilisée n'inclut que des personnes sujettes à répondre à la définition de cas, et non l'ensemble de la population assurée. Ainsi, le dénominateur ne peut découler de cette banque. Les perspectives démographiques du Québec ont donc été retenues comme dénominateur.

9. LA SATISFACTION DES PATIENTS

9.1 Le taux de satisfaction des patients

Définition

Pourcentage de la population des adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la façon dont les soins suivants ont été fournis : l'ensemble des soins de santé reçus ; les services reçus à l'hôpital ; les soins reçus auprès d'un médecin de famille ou d'un autre médecin et les soins communautaires reçus.

Extrait des figures 9.1.1 et 9.1.2
Proportion des usagers qui se disent "très satisfaits" ou "assez satisfaits", selon le type de soins, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2000-2001

Sexe/groupe d'âge	Type de soins			
	Ensemble des soins de santé %	Soins hospitaliers %	Soins médicaux %	Soins de santé communautaires %
Hommes				
15 à 19 ans	**86,9**	**86,9**	**98,0**	**90,1**
20 à 34 ans	**77,1**	**77,7**	**85,3**	**84,1**
35 à 44 ans	**78,1**	**78,0**	**88,4**	**73,9**
45 à 64 ans	**86,0**	**81,9**	**88,6**	**95,1**
65 ans ou plus	**88,7**	**85,9**	**95,9**	**73,6**
Total	**82,7**	**81,1**	**89,9**	**83,9**
Femmes				
15 à 19 ans	**84,6**	**75,8**	**94,7**	**77,6**
20 à 34 ans	**83,0**	**70,0**	**90,1**	**84,4**
35 à 44 ans	**81,2**	**85,4**	**84,1**	**80,9**
45 à 64 ans	**87,3**	**83,8**	**89,7**	**91,2**
65 ans ou plus	**88,4**	**86,7**	**94,1**	**96,8**
Total	**85,0**	**80,3**	**89,8**	**87,9**
Sexes réunis				
15 à 19 ans	**85,6**	**81,8**	**96,0**	**81,1**
20 à 34 ans	**80,6**	**72,8**	**88,5**	**84,3**
35 à 44 ans	**79,7**	**81,9**	**85,9**	**78,4**
45 à 64 ans	**86,7**	**82,9**	**89,2**	**93,0**
65 ans ou plus	**88,5**	**86,4**	**94,9**	**88,7**
Total	**84,0**	**80,7**	**89,8**	**86,4**

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. MSSS, juin 2002.

Calcul

Pour chaque modalité de soins de santé reçus (soins de santé en général, soins à l'hôpital, soins d'un médecin excluant les visites à l'hôpital, soins de santé communautaire).

Numérateur : nombre estimé de personnes âgées de 15 ans ou plus qui se déclarent assez satisfaites ou très satisfaites des soins de santé reçus.

Dénominateur : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant reçu des soins de santé au cours d'une période de 12 mois.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

11. LES SERVICES A DOMICILE ET LES SOINS AMBULATOIRES

11.1 Le pourcentage estimé de la population recevant des services à domicile

Définition

Pourcentage de la population déclarant recevoir des services de soins à domicile. La définition a été élaborée avec le comité consultatif de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Il s'agit d'une description générique des types de services fournis dans toutes les provinces. Contrairement aux données administratives, les estimations seraient basées sur la population qui reçoit les services plutôt que sur les services fournis.

Données de la figure 11.1.1
Proportion de la population québécoise ayant eu recours aux services à domicile au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe, 2000-2001

Sexe	Groupe d'âge				
	18 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans ou plus
Hommes	**0,5 ***	**0,9 ***	**1,4 ***	**4,7 ***	**14,3**
Femmes	**2,2**	**1,5 ***	**1,9**	**5,7**	**19,6**
Total	**1,3**	**1,2 ***	**1,6**	**5,3**	**17,5**

** Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. MSSS, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre estimé de personnes ayant déclaré recevoir des services à domicile au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

Dénominateur : population âgée de 18 ans ou plus.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes âgées de moins de 18 ans, personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées. Provinces et territoires dont une partie ou la totalité des régions n'a pas pas retenu ces questions optionnelles de l'enquête.

11.2 Le taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires

Définition

Taux d'hospitalisation en centre hospitalier de soins de courte durée, ajusté selon l'âge, pour des problèmes de santé où des soins ambulatoires auraient pu prévenir ou réduire le recours à l'hospitalisation.

Données de la figure 11.2.1
Taux ajusté d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires, selon le sexe, Québec, 1995-1996 à 1999-2000

Année	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total
1995-1996	463	429	447
1996-1997	428	373	401
1997-1998	408	358	384
1998-1999	385	348	367
1999-2000	**382**	**326**	**355**

Source : Données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Division de la démographie, Statistique Canada.
INSPQ, juillet 2002.

Calcul

Numérateur : nombre de départs (congés ou décès) d'un centre hospitalier de soins de courte durée avec un diagnostic final parmi les problèmes de santé énumérés ci-dessous, par groupe d'âge, sexe et année financière.

Dénominateur : population estimée, par groupe d'âge et sexe, par année étudiée.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Les problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires sont ceux correspondant à un code de diagnostic primaire de :

- diabète sucré, CIM-9 250 ;
- psychoses alcooliques, CIM-9 291 ;
- psychoses dues aux drogues, CIM-9 292 ;
- troubles névrotiques, CIM-9 300 ;
- syndrome de dépendance alcoolique, CIM-9 303 ;
- pharmacodépendance, CIM-9 304 ;
- abus de drogues sans dépendance, CIM-9 305 ;
- troubles dépressifs, non classés ailleurs, CIM-9 311 ;
- hypertension artérielle essentielle, CIM-9 401 ;
- cardiopathie due à l'hypertension artérielle, CIM-9 402 ;
- néphropathie due à l'hypertension artérielle, CIM-9 403 ;
- cardiopathie et néphropathie dues à l'hypertension artérielle, CIM-9 404 ;
- hypertension secondaire, CIM-9 405 ;
- asthme, CIM-9 493.

Standardisation selon l'âge

Population de référence : population canadienne de 1991. Méthode de standardisation directe.

Exclusion

Patients non traités dans un centre hospitalier de soins de courte durée, c'est-à-dire traités à la salle d'urgence sans être admis par la suite ou traités dans un centre hospitalier de soins de longue durée.

12. LA SURVEILLANCE ET LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

12.1 Le taux d'incidence de la tuberculose

Définition

Taux des nouveaux cas et des rechutes de tuberculose pulmonaire infectieuse signalés par année civile. Ce sont les cas avec complexe *Mycobacterium* (c.-à-d. *M. tuberculosis*, *M. bovis*, excluant les souches BCG ou *M. africanum*) démontré par culture ; en l'absence de preuve bactériologique, les cas cliniques compatibles avec une tuberculose active :

- dont les changements dans les radiographies pulmonaires sont compatibles avec une tuberculose active, incluant une pleurésie idiopathique avec infusion ;
- qui présentent des symptômes de tuberculose extrapulmonaire active (méningée, osseuse, rénale, des ganglions lymphatiques périphériques, etc.) ;
- chez qui il y a évidence pathologique ou post-mortem de tuberculose active.

Extrait des données de la figure 12.1.4
Évolution du taux d'incidence de la tuberculose, Québec, 1990 à 2000

Année	Taux pour 100 000
1990	5,9
1991	5,6
1992	5,9
1993	4,9
1994	5,0
1995	5,2
1996	4,6
1997	4,9
1998	3,9
1999	4,3
2000	**4,3**

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre de cas signalés de tuberculose pulmonaire infectieuse, par année civile.

Dénominateur : population totale.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Limites

Les données sont issues d'un système passif de surveillance, il est probable que le nombre de cas déclarés soit inférieur au nombre réel de cas.

Les données de 2000 sont préliminaires.

12.2 Le taux d'incidence des infections à *Escherichia coli* producteurs de vérotoxines

Définition

Taux d'incidence des infections à E. coli signalées par année. Un cas est confirmé quand il y a confirmation par analyse de laboratoire de l'infection, avec ou sans symptômes, avec isolation de *Escherichia coli* producteurs de vérotoxines à partir d'un échantillon clinique approprié.

Extrait des données de la figure 12.2.4
Évolution du taux d'incidence des infections à *Escherichia coli* producteurs de vérotoxines, Québec, 1991 à 2001

Année	Taux pour 100 000
1991	7,42
1992	5,38
1993	3,82
1994	4,00
1995	4,72
1996	4,14
1997	5,05
1998	5,16
1999	6,15
2000	7,27
2001	**4,55**

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre de cas signalés de *Escherichia coli* à vérotoxines.

Dénominateur : population totale.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Limites

Les données sont issues d'un système passif de surveillance, il est probable que le nombre de cas déclarés soit inférieur au nombre réel de cas.

Les données de 2000 et 2001 sont préliminaires.

12.3 Le taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

Définition

Taux d'incidence des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* signalées par année civile. Un cas est confirmé quand il y a confirmation par analyse de laboratoire de l'infection – détection de *C. trachomatis* par des techniques de laboratoire appropriées dans des échantillons génito-urinaires.

Extrait des données de la figure 12.3.4
Évolution du taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis,* Québec, 1995 à 2001

Année	Taux pour 100 000
1995	96,1
1996	90,1
1997	86,0
1998	99,0
1999	108,5
2000	117,8
2001	**138,4**

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Santé Canada, juin 2002.
Division de la démographie, Statistique Canada.
MSSS, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre de cas signalés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, au cours de l'année civile.

Dénominateur : population totale.

Facteur multiplicatif : 100 000.

Exclusion

Aucune.

Limites

Les données sont issues d'un système passif de surveillance, il est probable que le nombre de cas déclarés soit inférieur au nombre réel de cas.

Les données de 2000 et 2001 sont préliminaires.

12.4 L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement chez les non-fumeurs

Définition

Proportion de non fumeurs exposés régulièrement à la fumée de cigarette environnementale.

Données du tableau 12.4.1
Exposition à la fumée du tabac chaque jour ou presque au cours du dernier mois, selon l'âge et le sexe, population de non-fumeurs âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2000-2001

Âge	Hommes	Femmes	Total
		%	
12 à 19 ans	**48,1**	**51,8**	**49,9**
20 ans ou plus	**34,3**	**30,3**	**32,2**
Total	**36,1**	**32,7**	**34,4**

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. ISQ, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre de non fumeurs âgés 12 ans ou plus exposés chaque jour ou presque à la fumée de tabac dans l'environnement, au cours du dernier mois précédant l'enquête.

Dénominateur : population de non fumeurs âgée de 12 ans ou plus.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

13. LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION DES MALADIES

13.1 Le taux de tabagisme chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans

Définition

Proportion de la population âgée de 12 à 19 ans qui déclare être fumeurs actuels et/ou réguliers.

Les fumeurs actuels sont ceux qui fument la cigarette régulièrement ou à l'occasion.

Les fumeurs réguliers sont ceux qui ont consommé au moins une cigarette par jour pendant les 30 jours qui ont précédé l'enquête.

L'usage occasionnel du tabac désigne la consommation d'au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours qui ont précédé l'enquête, mais pas à chaque jour.

Extrait du tableau 13.1.1
Taux de tabagisme selon le sexe, population âgée de 12 à 19 ans, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

Sexe	Fumeurs réguliers (%)	Fumeurs actuels (%)
Hommes		
12 à 19 ans		
1994-1995	16,9 *	25,8 *
1996-1997	22,5 *	29,2
1998-1999	17,5 *	21,1 *
2000-2001	**16,8**	**24,3**
Femmes		
12 à 19 ans		
1994-1995	19,7 *	24,7
1996-1997	20,8 *	29,4 *
1998-1999	20,3 *	27,3
2000-2001	**20,1**	**28,8**
Sexes réunis		
12 à 19 ans		
1994-1995	18,2 *	25,3
1996-1997	21,6	29,3
1998-1999	18,9	24,1
2000-2001	**18,5**	**26,5**

** Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre estimé de personnes âgées de 12 à 19 ans qui déclarent être fumeurs actuels et/ou réguliers.

Dénominateur : population âgée de 12 à 19 ans vivant en ménage privé.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

13.2 La proportion de personnes pratiquant une activité physique de loisir

Définition

Population âgée de 12 ans ou plus qui se classe au niveau soit actif, soit inactif, de l'indice d'activité physique.

L'index d'activité physique est basé sur la dépense énergétique d'un individu, laquelle est calculée d'après la fréquence et la durée de chaque séance d'activité physique ainsi que sur sa valeur métabolique. La valeur métabolique est le coût énergétique de l'activité exprimé en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel, par heure d'activité, pour exercer une activité physique au cours des trois derniers mois précédant l'enquête, le nombre de fois et le temps consacré à chaque activité.

Un index d'activité physique est calculé afin de déterminer les valeurs des dépenses énergétiques. L'indice d'activité physique qui en découle comprend les catégories présentées dans le tableau qui suit.

Description	Définition
Actif	Moyenne d'au moins 3,0 kcal/kg/jour. Dépense d'énergie ou exercice requis pour améliorer la santé cardiovasculaire.
Moyennement actif	Moyenne de 1,5-2,9 kcal/kg/jour. Certains avantages pour la santé, mais peu d'amélioration cardiovasculaire.
Inactif	Dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour.

Données de la figure 13.2.1
Niveau d'activité physique de loisir, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001

Année	Actifs ou Moyennement actifs (%)	Inactifs (%)
1994-1995	34,8	60,1
1996-1997	37,6	59,2
1998-1999	40,8	54,6
2000-2001	**38,7**	**54,5**

Sources : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Données du Tableau 13.2.1 et années 1994-1995 à 1998-1999
Niveau d'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 1994-1995 à 2000-2001

Sexe/âge	Actifs ou moyennement actifs (%)				Inactifs (%)			
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	**2000-2001**	1994-1995	1996-1997	1998-1999	**2000-2001**
Hommes								
12 à 19 ans	65,2	66,2	61,3	**65,2**	21,9	22,3*	20,0*	**21,3**
20 à 34 ans	32,8	39,0	42,5	**39,8**	59,9	57,3	56,0	**49,4**
35 à 44 ans	34,3	31,7	39,0	**38,6**	62,3	66,9	56,3	**54,3**
45 à 64 ans	30,3	37,0	44,7	**37,5**	64,8	58,9	51,7	**56,3**
65 ans ou plus	34,1	34,4	33,6	**42,9**	57,3	59,3	57,7	**47,7**
Total	37,7	39,7	43,7	**42,3**	55,5	55,7	50,4	**48,9**
Femmes								
12 à 19 ans	43,3	45,9	41,6	**49,5**	50,0	49,0	49,1	**40,0**
20 à 34 ans	28,7	35,7	39,6	**33,7**	69,5	63,0	57,4	**61,2**
35 à 44 ans	28,1	34,9	36,0	**32,9**	67,4	63,5	63,5	**64,1**
45 à 64 ans	33,9	35,4	40,9	**36,2**	63,3	64,0	55,7	**59,8**
65 ans ou plus	29,3	27,4	29,8	**28,0**	66,8	69,0	67,2	**67,6**
Total	32,0	35,5	38,0	**35,1**	64,5	62,5	58,7	**60,0**
Sexes réunis								
12 à 19 ans	54,8	55,9	51,6	**57,5**	35,2	35,9	34,4	**30,4**
20 à 34 ans	30,6	37,3	41,0	**36,8**	64,9	60,1	56,7	**55,2**
35 à 44 ans	31,3	33,2	37,5	**35,8**	64,7	65,3	59,7	**59,1**
45 à 64 ans	32,2	36,2	42,8	**36,8**	64,1	61,5	53,7	**58,1**
65 ans ou plus	31,3	30,3	31,4	**34,3**	62,9	64,9	63,2	**59,1**
Total	34,8	37,6	40,8	**38,7**	60,1	59,2	54,6	**54,5**

** Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Statistique Canada.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
MSSS, septembre 2002.

Calcul

Numérateur : personnes âgées de 12 ans ou plus se classant au niveau soit actif ou moyennement actif, soit inactif, de l'indice d'activité physique.

Dénominateur : population âgée de 12 ans ou plus vivant dans les ménages privés.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

13.3 Le niveau de l'indice de masse corporelle

Définition

Le pourcentage d'adultes qui déclarent [calculé] un indice de masse corporelle dans les catégories spécifiées, allant d'un poids insuffisant à l'obésité.

L'indice de masse corporelle (IMC) est basé sur la taille et le poids déclarés par la personne concernée ; il est calculé pour les personnes âgées de 20 à 64 ans, en excluant les femmes enceintes. À cause du rythme de croissance différent des personnes âgées de moins de 20 ans, l'IMC standard n'est pas considéré comme un indicateur valable pour ce groupe. L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres) au carré.

Les catégories de poids définies sont les suivantes : poids insuffisant (IMC de moins de 18,5), poids acceptable (IMC situé entre 18,5 et 24,9), embonpoint (IMC situé entre 25,0 et 29,9) et obésité (IMC de 30,0 ou plus).

Extrait des données du tableau 13.3.1
Indice de masse corporelle selon le sexe, population âgée de 20 à 64 ans, Québec, 2000-2001

Sexe	Poids insuffisant[1] (%)	Poids acceptable[2] (%)	Embonpoint[3] (%)	Obésité[4] (%)
Hommes	**1,0**	**46,7**	**38,8**	**13,2**
Femmes	**5,1**	**57,5**	**24,3**	**11,9**
Sexes réunis	**3,0**	**52,0**	**31,7**	**12,6**

1. Poids insuffisant défini par l'indice de masse corporelle inférieur à 18,5.
2. Poids acceptable défini par l'indice de masse corporelle se situant entre 18,5 et 24,9.
3. Embonpoint défini par l'indice de masse corporelle situé entre 25,0 et 29,9.
4. Obésité définie par l'indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada. ISQ, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans se classant dans chacune des quatre catégories de l'IMC décrites dans la section Définition ci-dessus.

Dénominateur : population âgée de 20 à 64 ans.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes âgées de moins de 20 ans et femmes enceintes.

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

Limite

Les données sur la taille et sur le poids sont fournies par l'individu qui répond au questionnaire et ne sont donc pas toujours fiables.

13.4 Le taux de vaccination contre l'*influenza* chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

Définition

Population âgée de 65 ans ou plus ayant déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année.

Données du tableau 13.4.1

Taux de vaccination contre la grippe selon le sexe, l'âge et la couverture, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, 2000-2001

Sexe/âge	Moins d'un an (%)	Un an ou plus (%)	N'a jamais reçu de vaccination (%)
Hommes			
65 à 74 ans	**47,1**	**7,9**	**38,3**
75 ans et plus	**72,4**	**	**20,3**
Total	**54,3**	**6,7**	**33,1**
Femmes			
65 à 74 ans	**52,9**	**11,2 ***	**34,7**
75 ans et plus	**67,0**	**9,6**	**20,9**
Total	**59,1**	**10,5**	**28,6**
Sexes réunis			
65 à 74 ans	**50,1**	**9,6**	**36,5**
75 ans et plus	**68,7**	**7,6**	**20,7**
Total	**57,1**	**8,9**	**30,5**

* *Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.*

** *Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ; les données ont été supprimées en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage.*

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Statistique Canada.
ISQ, juin 2002.

Calcul

Numérateur : nombre estimé de personnes âgées de 65 ans ou plus ayant déclaré soit avoir été vaccinées contre la grippe au cours de la dernière année, soit avoir été vaccinées contre la grippe il y a plus d'un an, ou soit n'avoir jamais été vaccinées contre la grippe.

Dénominateur : population âgée de 65 ans ou plus.

Facteur multiplicatif : 100.

Exclusions

Personnes vivant en institution, sur des réserves des premières nations ou sur des terres de la Couronne, membres à plein temps des Forces armées canadiennes et résidents de certaines régions éloignées.

www.msss.gouv.qc.ca

02-412-01