

La mortalité évitable des deux principales
communautés linguistiques du Québec

Rapport

La mortalité évitable des deux principales communautés linguistiques du Québec

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Juillet 2013

AUTEURS

Normand Trempe, chargé de projets
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Amadou Diogo Barry, agent de planification, de programmation et de recherche
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Marie-Hélène Lussier, agente de planification, de programmation et de recherche
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Ernest Lo, agent de planification, de programmation et de recherche
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Hélène Fillion, agente administrative
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient D^{re} Linda Perron de l'Institut national de santé publique du Québec pour sa lecture attentive de versions préliminaires du texte et pour ses généreux et très pertinents commentaires. Ils assument cependant l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées dans le cadre de cette étude.

Cette analyse est produite dans le cadre des « Projets pour la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire », projet financé à l'Institut national de santé publique du Québec par le Réseau communautaire en santé et services sociaux (RCSSS), dans le cadre du « Programme de contribution pour les langues officielles en santé » de Santé Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-62942-9 (PDF [ensemble])
ISBN : 978-2-550-68833-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

RÉSUMÉ

Nous étudions ici la mortalité évitable pour les deux principales communautés linguistiques du Québec, francophone et anglophone, pour quatre périodes : 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 et 2005-2007. L'analyse est faite pour l'ensemble du Québec et pour trois territoires de résidence : la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal, les autres régions métropolitaines de recensement regroupées (Gatineau, Québec, Sherbrooke, Trois-Rivières et Saguenay) et le reste du Québec soit hors des régions métropolitaines de recensement.

La mortalité évitable considère les décès survenus avant l'âge de 75 ans pour des causes identifiées comme évitables; elle est considérée comme un indicateur de la qualité des services de santé et des interventions de santé publique. Dans des conditions idéales, compte tenu de l'évolution des connaissances sur les causes des maladies et sur les moyens pour les traiter, on devrait constater une diminution du nombre de décès pour ces causes évitables, peu importe le lieu de résidence des personnes ou leur appartenance linguistique. Nous utilisons le mode de classification de Tobias et Jackson (2001) qui différencie le potentiel de réduction de la mortalité selon le type d'intervention primaire, secondaire ou tertiaire, en retenant 62 causes de décès.

Les anglophones et les francophones du Québec connaissent de façon générale une baisse des taux de décès pour les causes de mortalité évitable entre 1990-1994 et 2005-2007, à quelques exceptions près.

Alors que chez les hommes anglophones et francophones le taux de mortalité évitable pour le cancer du poumon a nettement diminué depuis 1990-1994, il est resté le même en 18 ans chez les femmes anglophones pour l'ensemble du Québec et pour la région métropolitaine de recensement de Montréal. Dans les autres régions métropolitaines de recensement et hors des régions métropolitaines, ces taux semblent avoir augmenté mais il est impossible de le confirmer statistiquement. Chez les femmes francophones par contre ce taux a connu une hausse significative au Québec et dans les différentes régions géographiques.

Le taux de mortalité évitable pour le cancer colorectal a diminué de façon significative en 18 ans chez les hommes et les femmes francophones. Une telle diminution n'a toutefois pas été observée chez les anglophones alors que la tendance des taux est à la stagnation.

D'autres causes majeures de mortalité évitable comme les maladies ischémiques du cœur et le cancer du sein (chez les femmes) ont diminué considérablement dans les deux groupes au cours de la période étudiée, partout au Québec. Cependant, ces diminutions ne sont pas toujours significatives dans la population anglophone.

Les anglophones présentaient très souvent des taux de mortalité évitable inférieurs à ceux des francophones en 1990-1994 mais la diminution plus rapide chez ces derniers a amené un rapprochement des taux de mortalité des deux groupes linguistiques et a parfois fait disparaître des différences qui étaient significatives au début de la période étudiée.

Les hommes et les femmes anglophones du Québec présentaient toujours des taux significativement plus faibles en 2005-2007 pour le cancer du poumon, les suicides et blessures volontaires, les accidents de la circulation et les maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Par ailleurs, la baisse de la mortalité chez les hommes francophones a fait disparaître des différences à l'avantage des anglophones qui existaient en 1990-94 pour les maladies ischémiques du cœur, le cancer colorectal et les maladies cérébrovasculaires.

Chez les femmes, durant toute la période étudiée, aucune différence significative entre les deux groupes linguistiques n'a été observée pour le cancer colorectal, les maladies cérébrovasculaires et le cancer du sein. La différence à l'avantage des anglophones qui existait pour les maladies ischémiques du cœur s'est, quant à elle, estompée.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VII
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE	3
1.1 Les sources de données	3
1.2 La langue d'usage et la correction des données sur la langue	3
1.3 La géographie	4
1.4 Les périodes	5
1.5 Les causes de décès retenues.....	6
1.6 L'âge des personnes décédées.....	7
1.7 Les données de recensement utilisées pour effectuer les calculs et la correction de ces données	7
1.8 L'effet de l'immigrant en bonne santé.....	8
1.9 Le calcul des taux de mortalité évitable.....	8
2 LA MORTALITÉ ÉVITABLE CHEZ LES HOMMES ANGLOPHONES ET FRANCOPHONES DU QUÉBEC POUR LA PÉRIODE 1990 À 2007	11
2.1 La situation pour l'ensemble du Québec	11
2.1.1 La mortalité évitable générale et par types de prévention.....	11
2.1.2 Les causes majeures de décès évitables	13
2.2 La situation au niveau des territoires	17
3 LA MORTALITÉ ÉVITABLE CHEZ LES FEMMES ANGLOPHONES ET FRANCOPHONES DU QUÉBEC POUR LA PÉRIODE 1990 À 2007	21
3.1 La situation pour l'ensemble du Québec	21
3.1.1 La mortalité évitable générale et par types de prévention.....	21
3.1.2 Les causes majeures de mortalité évitable	22
3.2 La situation au niveau des territoires.....	27
4 LES PRINCIPAUX CONSTATS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA MINORITÉ ANGLOPHONE AU QUÉBEC	31
CONCLUSION	33
ANNEXE 1 CLASSIFICATION DES CAUSES DE DÉCÈS ÉVITABLES DU HUNTER NEW ENGLAND NSW HEALTH	35
ANNEXE 2 TAUX DE MORTALITÉ POUR CAUSES DÉTAILLÉES DE MORTALITÉ ÉVITABLE SELON LA LANGUE ET LE SEXE, ENSEMBLE DU QUÉBEC ET TERRITOIRES, 1990-2007	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de décès évitables selon le groupe linguistique et la période, Québec.....	6
Tableau 2	Taux standardisés de mortalité évitable générale et par type de prévention chez les hommes, selon la langue maternelle et la période pour l'ensemble du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants).....	11
Tableau 3	Les huit causes majeures de décès évitables chez les hommes du Québec de 2005 à 2007	13
Tableau 4	Taux standardisés de mortalité évitable pour certaines causes spécifiques chez les hommes, selon la langue maternelle et la période pour l'ensemble du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants).....	14
Tableau 5	Taux standardisés de mortalité évitable générale et par type de prévention chez les hommes selon le territoire, la langue maternelle, et la période (taux ajustés par 100 000 habitants)	18
Tableau 6	Taux standardisés de mortalité évitable pour certaines causes spécifiques chez les hommes, selon le territoire, la langue maternelle et la période (taux ajustés par 100 000 habitants).....	20
Tableau 7	Taux standardisés de mortalité évitable générale et par type de prévention chez les femmes, selon la langue maternelle et la période pour l'ensemble du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants).....	21
Tableau 8	Les 9 causes majeures de décès évitables chez les femmes du Québec de 2005 à 2007.....	23
Tableau 9	Taux standardisés de mortalité évitable pour certaines causes spécifiques chez les femmes, selon la langue maternelle et la période pour l'ensemble du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants).....	24
Tableau 10	Taux standardisés de mortalité évitable générale et par type de prévention chez les femmes selon le territoire, la langue maternelle, et la période (taux ajustés par 100 000 habitants)	28
Tableau 11	Taux standardisés de mortalité évitable pour certaines causes spécifiques chez les femmes, selon le territoire, la langue maternelle et la période (taux ajustés par 100 000 habitants)	29
Tableau 12	Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les hommes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007	43
Tableau 13	Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les femmes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007	48

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Illustration géographique des territoires étudiés.....	5
Figure 2	Taux de mortalité évitable générale et par prévention primaire, secondaire et tertiaire, chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants).....	12
Figure 3	Taux de mortalité évitable pour le cancer du poumon et les maladies ischémiques du cœur chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants).....	15
Figure 4	Taux de mortalité évitable pour le suicide et blessures volontaires et pour les accidents de la circulation chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)	16
Figure 5	Taux de mortalité évitable pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants).....	16
Figure 6	Taux de mortalité évitable pour le cancer colorectal chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)	17
Figure 7	Taux de mortalité évitable générale et par prévention primaire, secondaire et tertiaire, chez les femmes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants).....	22
Figure 8	Taux de mortalité évitable générale pour le cancer du poumon et les maladies ischémiques du cœur chez les femmes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)	25
Figure 9	Taux de mortalité évitable générale pour le cancer du sein chez les femmes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)	26
Figure 10	Taux de mortalité évitable générale pour le cancer colorectal chez les femmes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants).....	27

INTRODUCTION

La présente analyse s'inscrit dans le cadre d'un vaste projet qui vise à mieux connaître l'état de santé de la minorité linguistique anglophone du Québec.

Le concept de mortalité évitable fut introduit pour la première fois en 1970 par le groupe de travail sur les maladies évitables et traitables dirigé par David Rustein de l'école médicale de Harvard aux États-Unis. Ils ont introduit la notion de décès prématurés en proposant une liste de causes pour lesquelles la mort peut être évitée en présence de soins médicaux adaptés et dispensés en temps opportun¹. Ces travaux ont servi de point de départ pour l'étude de la mortalité évitable et plusieurs chercheurs s'en sont inspirés. Les premiers travaux ont surtout été orientés vers l'évaluation de la prestation des services et des soins de santé et les choix de causes de décès ont été faits en conséquence. On s'est alors surtout intéressé aux décès qui pouvaient être évités grâce aux soins médicaux et hospitaliers (*amenable mortality*²).

Suite à l'évolution des connaissances, des travaux plus récents ont été dirigés vers une différenciation plus nette entre les causes de décès qui se prêtent à une intervention de nature plus médicale, que l'on qualifie de prévention secondaire ou tertiaire, et celles pour lesquelles l'intervention est populationnelle et souvent hors du contrôle direct des services de santé, soit celles de prévention primaire.

Cette approche a été adoptée par Simonato et ses collaborateurs³ en 1998 qui ont divisé les causes évitables en trois catégories: la mortalité évitable grâce à la prévention primaire, la mortalité évitable grâce à la prévention secondaire et la mortalité évitable grâce à la prévention tertiaire (*avoidable mortality*)⁴.

En 2001, Tobias et Jackson⁵ ont raffiné cette même approche. Le nombre de causes évitables est passé de 24 à 56 et ils ont considéré évitables les décès avant l'âge de 75 ans plutôt qu'avant 64 ans⁶. Après une revue extensive de la littérature, ils ont attribué à chaque cause retenue un poids relatif en lien avec chacune des trois catégories de prévention. Ils ont ensuite soumis ces attributions à un comité d'expert composé de cliniciens et d'épidémiologistes pour en arriver à une liste finale. Des chercheurs du Hunter New England Area Health Service en Australie ont légèrement modifié cette liste en 2003 lorsqu'ils ont fait la correspondance entre la version 9 et la version 10 de la codification internationale des

¹ McKee M: For debate--Does health care save lives? *Croat Med J* 1999, 40:123-128.

² « Amenable mortality is a subset of the broader construct of avoidable mortality, which includes deaths from causes that can be prevented (incidence reduction) as well as those that can be treated (case fatality reduction). Avoidable mortality therefore reflects influences from well beyond the boundaries of the health care system as conventionally defined. By contrast, amenable mortality provides a more specific and focused indicator of health care performance. »

³ Simonato L, Ballard T, Bellini P, Winkelmann R: Avoidable mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention. *J Epidemiol Community Health* 1998, 52:624-630.

⁴ En anglais : *primary avoidable mortality* (PAM), *secondary avoidable mortality* (SAM) et *tertiary avoidable mortality* (TAM).

⁵ Tobias M, Jackson G: « Avoidable mortality in New Zealand, 1981-97 ». *Aust N Z J Public Health* 2001, 25:12-20.

⁶ Il faut rappeler que tous les décès dus à d'autres causes et ceux survenant après l'âge de 75 ans ne sont pas considérés comme évitables.

maladies. C'est cette dernière liste que nous avons utilisée dans nos travaux; nous la présentons à l'annexe 1 et nous indiquons le poids donné à chaque cause en fonction des trois catégories de prévention.

Notre analyse regroupe sous le titre « Mortalité évitable par des activités de prévention primaire » tous les décès qui auraient pu être prévenus par des changements dans les comportements personnels (changements dans les habitudes de vie) ou par des actions au niveau populationnel (politiques publiques de santé). L'objectif de la prévention primaire est d'empêcher l'apparition de la maladie.

Sous le titre « Mortalité évitable par des activités de **prévention secondaire** » sont regroupés les décès qui auraient pu être prévenus par un dépistage et une intervention précoces que l'on associe à l'organisation des soins de santé primaire. L'objectif de la prévention secondaire est de détecter précocement la maladie et d'en réduire la progression.

Enfin, nous avons regroupé sous le titre « Mortalité évitable par des activités de **prévention tertiaire** » les décès pour lesquels la mortalité peut être réduite grâce aux traitements médicaux et chirurgicaux. C'est surtout l'action du système médical et hospitalier qui est ici en cause dans sa capacité à poser les bons diagnostics, à agir rapidement et efficacement (soins préhospitaliers d'urgence) et à assurer une bonne qualité des soins médicaux et chirurgicaux. L'objectif de la prévention tertiaire est de réduire la létalité de la maladie.

Nous illustrons ici comment les décès ont été répartis entre préventions primaire, secondaire et tertiaire à l'aide de trois exemples. Selon le comité d'experts réuni par Tobias et Jackson, 95 % des décès par cancer du poumon auraient pu être évités par des interventions de prévention primaire et 5 % par des traitements (chirurgies, chimiothérapie, radiothérapie). Ce sont donc 95 % du total des décès par cancer du poumon qui ont été regroupés sous « évitables par prévention primaire » et 5 % sous « évitables par prévention tertiaire ».

Cinquante pourcent (50 %) des décès par maladies ischémiques du cœur auraient pu être évités par des interventions de prévention primaire, 25 % par des interventions de prévention secondaire et 25 % par du tertiaire. Ce sont donc respectivement 50 %, 25 % et 25 % du total de ces décès qui ont été attribués à chacun des trois regroupements.

Finalement, 50 % des décès par cancer du sein chez les femmes auraient pu être évités par des interventions de prévention tertiaire, 35 % de prévention secondaire et 15 % seulement de primaire. Les décès par cancer du sein sont donc distribués dans ces mêmes proportions dans nos trois regroupements d'analyses.

L'Institut canadien d'information sur la santé présente trois analyses détaillées de cas - cardiopathies ischémiques, cancer du poumon et cancer du sein - qui permettent de saisir la complexité de l'interaction entre des interventions de niveau primaire, secondaire ou tertiaire pour réduire la mortalité pour une maladie spécifique. Nous invitons le lecteur à prendre connaissance de ces exemples⁷.

⁷ Canadian Institute for Health Information, Health Indicators 2 https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2012_en.pdf.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 LES SOURCES DE DONNÉES

Les données de décès utilisées au numérateur (période 1990 à 2007) proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux (Fichier des décès).

Les données des quatre (4) recensements utilisées au dénominateur ont fait l'objet d'une commande spéciale à Statistique Canada.

1.2 LA LANGUE D'USAGE ET LA CORRECTION DES DONNÉES SUR LA LANGUE

Le fichier des décès du Québec contient comme seul indicateur d'appartenance linguistique la langue d'usage à la maison de la personne décédée, information qui a été inscrite sur le bulletin de décès complété normalement par un intervenant du système de santé; nous avons analysé la fiabilité de la variable langue d'usage dans le fichier des décès dans un document publié dans la même collection⁸. La langue d'usage à la maison est aussi disponible dans le recensement canadien qui est l'autre source nécessaire pour le calcul des taux de mortalité.

Plusieurs combinaisons de réponses sont possibles et nous n'avons retenu dans ce document que les groupes francophones et anglophones. Les décès dont la langue d'usage à la maison était le français uniquement ou le français et une langue autre que l'anglais ont été classés comme « francophones ». Les décès dont la langue d'usage était l'anglais uniquement ou l'anglais et une langue autre que le français ont été classés comme « anglophones »⁹. Les décès de personnes pour lesquelles on a répondu les deux langues (bilingues) et ceux pour qui on a inscrit une autre langue que le français ou l'anglais (allophones) n'ont pas été retenus dans notre analyse.

Une partie importante des bulletins de décès ne contiennent pas l'information sur la langue (moyenne de 11,3 % de 1990 à 2007). Nous avons appliqué une méthode statistique d'imputation multiple^{10 11} sur l'ensemble des données (toutes causes confondues) dans le but d'allouer une langue d'usage au groupe de décès de langue inconnue¹². Cette imputation est réalisée sur la base de la distribution de l'âge, du sexe, du pays de naissance (Québec, autre province du Canada, pays étranger), du quintile de défavorisation matérielle¹³ et de la proportion connue de décès anglophones par aire de diffusion. Étant donné la nature qualitative de la variable langue, nous avons retenu la méthode statistique de la fonction

⁸ Trempe *et al.* « La validité de la variable « Langue d'usage à la maison » ». Fichier des décès du Québec. Institut national de santé publique du Québec, 2012.

⁹ C'est le mode de classification utilisé par Statistique Canada pour le recensement.

¹⁰ Raghunathan TE: « What do we do with missing data? Some options for analysis of incomplete data ». *Annu Rev Public Health* 2004, 25:99-117.

¹¹ Sterne JAC, White IR, Carlin JB, Spratt M, Royston P, Kenward MG, Wood AM, Carpenter JR: « Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls ». *BMJ* 338.

¹² L'imputation d'une langue a été faite pour l'ensemble des décès et non seulement pour ceux de personnes âgées de moins de 75 ans.

¹³ Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Raymond G: *A deprivation index for health planning in Canada*. 2009.

discriminante¹⁴. Cette méthode a permis de générer cinq valeurs probables pour chaque valeur manquante. Ce processus a généré cinq fichiers de décès complets et chaque fichier a été analysé séparément avant d'estimer la moyenne de leurs résultats.

Après les imputations, le nombre de décès total a augmenté au sein de chaque groupe linguistique, mais les proportions entre les groupes sont restées identiques. La moyenne des cinq imputations effectuées attribue 124 473 décès de langue d'usage « français » et 14 321 de langue d'usage « anglais » pour la période étudiée. Toutes nos analyses utilisent le résultat de ces imputations.

1.3 LA GÉOGRAPHIE

Les bases de données utilisées dans la majeure partie du projet permettent, en principe, un très grand raffinement géographique, jusqu'à l'aire de diffusion notamment¹⁵. Par contre, les effectifs de la population anglophone sont insuffisants dans de nombreuses régions du Québec pour réaliser des analyses qui sont fiables au niveau statistique. Ceci nous a obligés à diviser le Québec en seulement trois grands territoires qui sont la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal, la somme des cinq autres régions métropolitaines (Québec, Trois-Rivières, Sherbrooke, Saguenay et Gatineau) qui seront désignées par « autres RMR » et le reste du Québec. Ce dernier regroupement est composé de toutes les villes, villages et zones rurales n'appartenant pas à une région métropolitaine et est désigné comme les territoires « hors RMR ».

Ces regroupements géographiques permettent d'obtenir de plus grands effectifs de décès et, malgré leurs limites, ils donnent une image de la diversité sociale et démographique québécoise.

¹⁴ SAS Institute Inc.: *The MI procedure*. Cary, NC: SAS; 2004.

¹⁵ Aire de diffusion (AD) : petite région composée d'un ou de plusieurs pâtés de maisons avoisinants et regroupant de 400 à 700 habitants. L'ensemble du Canada est divisé en aires de diffusion.
Source : Statistique Canada, *Dictionnaire du recensement*.

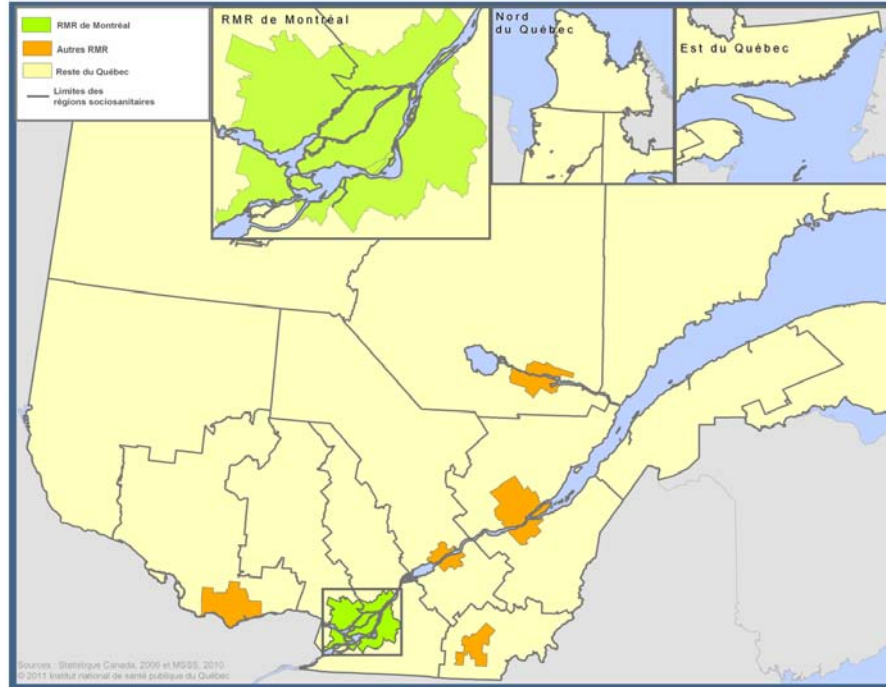


Figure 1 Illustration géographique des territoires étudiés

Une région métropolitaine de recensement (RMR) est une unité géographique utilisée par Statistique Canada et elle correspond à un territoire formé d'une ou de plusieurs municipalités voisines les unes des autres et qui sont situées autour d'un grand noyau urbain. Une région métropolitaine de recensement (RMR) doit avoir une population d'au moins 100 000 habitants et le noyau urbain doit compter au moins 50 000 habitants¹⁶.

Le tableau 1 présente les effectifs de population de 2006 et les nombres de décès pour toute la période étudiée.

1.4 LES PÉRIODES

Nous nous sommes inspirés dans notre travail de *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions* (2011) produit par le MSSS. Nous utilisons donc des périodes correspondantes pour regrouper les décès, soit : 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 et 2005-2007.

Le nombre de décès évitables enregistrés entre 1990 et 2007 au Québec, après correction des données manquantes pour la langue, s'élève à 294 237 : 257 102 (87,4 %) de ces décès sont déclarés de langue d'usage française, 25 597, soit 8,7 %, de langue d'usage anglaise, 1 853 bilingues (0,6 %) et 9 686 allophones (3,3 %), (voir tableau 1).

¹⁶ Pour plus de détails, se rapporter au site de Statistique Canada : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/dict/geo009-fra.cfm>.

Tableau 1 Nombre de décès évitables selon le groupe linguistique et la période, Québec

	Français	Anglais	Bilingues	Allophones	Total
1990-1994	72 142	7 695	561	2 921	83 319
1995-1999	69 215	7 147	459	2 865	79 687
2000-2004	73 333	6 933	508	2 573	83 346
2005-2007	42 411	3 822	325	1 327	47 885
Total	257 102	25 597	1 853	9 686	294 237

La dernière période est plus courte que les autres à cause de la disponibilité des données au moment de nos analyses.

1.5 LES CAUSES DE DÉCÈS RETENUES

Les travaux de Tobias et Jackson ont porté sur les années antérieures à l'an 2000 et ils n'ont utilisé que la version 9 de la codification internationale des maladies (CIM-9). La 10^e révision (CIM-10) ayant été introduite dans le Fichier de décès du Québec à partir de l'année 2000, nous avons besoin de la correspondance entre la CIM-9 et la CIM-10 pour sélectionner les causes initiales de décès enregistrées à compter de l'an 2000.

Nous avons obtenu cette correspondance sur le site du New South Wales Government du Hunter New England Area Health Services en Australie¹⁷. Ces derniers ont travaillé étroitement avec Tobias et Jackson et ils utilisent la même méthode de pondération des causes de décès évitables selon la contribution de chacun des trois types de prévention (primaire, secondaire ou tertiaire); ils ont retenu 62 causes de décès. Nous utilisons donc une liste légèrement différente de celle de Tobias et Jackson (2001) qui avaient retenu 56 causes.

Le passage de la CIM-9 à la CIM-10 à partir de l'année 2000 engendre une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Deux facteurs majeurs expliquent ce phénomène; certaines maladies ont été déplacées de catégories ou subdivisées en sous-catégories, et certaines règles et directives de sélection de la cause initiale de décès ont été modifiées. Pour la majorité des causes de décès, il y a peu de conséquences et la comparaison de données antérieures et postérieures à l'année 2000 ne cause aucun problème. Par contre, certaines causes sont plus affectées par ce passage qui peut dans certains cas expliquer des différences dans les tendances temporelles. Plusieurs études ont

¹⁷ http://www2.hnehealth.nsw.gov.au/hneph/HHNE/toc/app_icd_diag.htm.

été menées pour vérifier l'amplitude des changements^{18 19 20 21 22}. Les deux études québécoises citées ont fait une recension beaucoup plus exhaustive que la nôtre des travaux de comparaison réalisés ailleurs dans le monde.

Comme la brisure affecte autant les anglophones que les francophones, il est peu probable qu'elle altère l'analyse comparative entre les deux groupes linguistiques.

1.6 L'ÂGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES

L'âge est également un critère dans l'analyse de la mortalité évitable. L'étendue d'âge retenue par Tobias et Jackson est de 0 à 75 ans, les décès après 75 ans étant exclus²³. Nous avons donc retenu cette étendue à l'exception de la leucémie pour laquelle l'âge retenu est de moins de 44 ans, ce qui est aussi suggéré par le NSW Health. Certains chercheurs utilisent des brisures d'âge différentes mais nous avons préféré conserver celles utilisées par Tobias et Jackson dans leurs travaux originaux.

1.7 LES DONNÉES DE RECENSEMENT UTILISÉES POUR EFFECTUER LES CALCULS ET LA CORRECTION DE CES DONNÉES

Comme dénominateurs des taux de mortalité nous avons utilisé les populations provenant des données des recensements de 1991, 1996, 2001 et 2006 produites par Statistique Canada. Plus précisément ces dénominateurs portent sur la population totale âgée de moins de 75 ans ventilée par tranches d'âge, par sexe, par langue d'usage à la maison et par région géographique.

Une correction doit être apportée à ces données pour ajouter les résidents des ménages collectifs qui ne sont pas comptabilisés au recensement quand nous utilisons les données de langue d'usage à la maison (questionnaire long du recensement²⁴). Nous corrigeons aussi les données pour contrer le sous-dénombrement inhérent au recensement lui-même (personnes non recensées) de même que pour obtenir la population au 1^{er} juillet (milieu de l'année) puisque les données du recensement sont cueillies durant le mois de mai.

¹⁸ Brock *et al.* « The effect of the introduction of ICD-10 on cancer mortality trends in England and Wales ». *Health Stat Q.* 2004 Autumn;(23):7-17. London, England.

¹⁹ Brock *et al.* « The impact of introducing ICD-10 on analysis of respiratory mortality trends in England and Wales ». *Health Stat Q.* 2006 Spring (29): 9-17. London, England.

²⁰ Griffiths *et al.* « The impact of introducing ICD-10 on trends in mortality from circulatory diseases in England and Wales ». *Health Stat Q.* 2004 Summer;(22):14-20. London, England.

²¹ Paquette *et al.* *Proposition pour l'analyse des séries temporelles des données de mortalité selon la cause au Québec à la suite de l'adoption de la 10^e révision de la classification internationale des maladies*, Institut national de santé publique du Québec, 2006.

²² Anderson *et al.* « Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: preliminary estimates ». *Natl Vital Stat Rep.* 2001 May 18;49(2):1-32. CDC, Atlanta.

²³ Il est important de noter que les décès avant 75 ans ne sont pas tous évitables mais une proportion d'entre eux pourraient être évités si certaines mesures efficaces étaient mises en place.

²⁴ Le questionnaire long du recensement ne comprend pas les pensionnaires d'un établissement institutionnel, entre autres les Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD); ces établissements sont particulièrement importants dans des analyses de mortalité.

Cette correction est effectuée grâce à des estimations et des projections produites par l'Institut de la statistique du Québec à l'aide des données du recensement canadien.

Un ajustement est ensuite apporté pour obtenir la population au milieu des quatre périodes que nous étudions (1992, 1997, 2002, 2006).

1.8 L'EFFET DE L'IMMIGRANT EN BONNE SANTÉ²⁵

Le Québec compte une grande proportion d'immigrants de langue maternelle autre que le français et l'anglais. Environ 80 % d'entre eux résident dans la région de Montréal et beaucoup ont adopté l'anglais ou le français comme langue d'usage à la maison; c'est en théorie cette langue qui apparaîtra sur les bulletins de décès.

Il est reconnu dans la littérature que les immigrants présentent normalement des taux de mortalité inférieurs à ceux de la population locale, ce qu'on appelle l'effet de l'immigrant en bonne santé^{26,27}. Cet effet a plus d'impact au Québec sur la population anglophone considérant ses effectifs moindres et le fait qu'une forte proportion des immigrants ont adopté dans le passé l'anglais comme langue d'usage. Ceci pourrait constituer une limite méthodologique importante laissant croire faussement à des taux de mortalité inférieurs chez les anglophones.

Des études canadiennes démontrent cependant que cet effet de « bonne santé » se perd assez rapidement et que, après 20 ans, les taux de mortalité des immigrants sont devenus semblables à ceux de la population native du Canada²⁸. Nous pouvons donc croire que l'inclusion plus importante de personnes d'origine immigrante parmi la population anglophone ne biaise pas les analyses de mortalité que nous allons effectuer.

1.9 LE CALCUL DES TAUX DE MORTALITÉ ÉVITABLE

L'essentiel de notre analyse repose sur le rapport entre le nombre de décès de personnes d'une langue donnée et le nombre de personnes parlant cette même langue dans l'ensemble de la population. Dans le premier cas, l'information est tirée du bulletin de décès complété par une tierce personne alors que dans le second cas l'information est tirée du recensement.

Notre étude repose sur l'estimation des taux ajustés de la mortalité évitable selon la langue, le sexe, le territoire et les quatre périodes. Dans le but de tenir compte de la structure par âge, nous avons calculé des taux ajustés selon la méthode de la standardisation directe.

Les taux bruts par âge pour les groupes d'âge 0-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65-74 ans ont tout d'abord été calculés. Nous avons ensuite appliqué ces taux bruts par âge à notre population de référence (population totale du Québec en 2006) selon

²⁵ Le *Healthy Migrant Effect*.

²⁶ Hyman, I. « Setting the Stage: Reviewing Current Knowledge on the Health of Canadian Immigrants ». *Canadian Journal of Public Health*. May-June 2004, Vol. 95, no 3.

²⁷ Singh, G.K., et Miller, B.A. « Health, Life Expectancy, and Mortality Patterns Among immigrant Populations in the United States ». *Canadian Journal of Public Health*. May-June 2004, Vol. 95, no 3.

²⁸ Ng, E. et l'équipe de recherche sur les DLAS. *Le point sur l'effet de l'immigrant en santé : mortalité selon la période d'immigration et le lieu de naissance*. Statistique Canada, Septembre 2011.

ces mêmes groupes d'âge (sexes confondus) pour estimer les décès attendus. Enfin, le taux ajusté a été obtenu en divisant le total des décès attendus par le total de la population de référence^{29,30}.

Nous avons calculé des taux ajustés de mortalité évitable totale, c'est-à-dire pour toutes les causes évitables réunies, ainsi que pour chacune des trois catégories d'intervention (primaire, secondaire et tertiaire), en respectant le poids donné à chaque catégorie d'intervention pour chacune des causes³¹. Les taux ont été calculés pour chaque groupe linguistique, chaque sexe, chaque territoire géographique et chaque période. Nous avons aussi calculé selon la même méthode des taux ajustés pour les 61 causes prises individuellement.

Pour estimer la précision statistique des taux ajustés, un coefficient de variation (CV)³² a été calculé. Conformément à la méthodologie adoptée dans le Plan commun de surveillance (REF), les valeurs dont le CV est inférieur ou égal à 16,66 % sont utilisées sans restriction. Les valeurs dont le CV est supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal 33,33 % doivent être interprétées avec prudence.

Afin de pouvoir conclure que les différences de taux de mortalité évitable entre francophones et anglophones étaient significatives, nous avons effectué des tests statistiques de différence Z (tests Z) sur les transformations logarithmiques des taux^{33,34,35}. Si la valeur de « p » est supérieure à 0,05, nous estimons qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes linguistiques.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Excel de Microsoft et le logiciel SAS 9.1 de SAS Institute Inc., Cary, NC.

²⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Pour guider l'action, Portrait de santé du Québec et ses régions*. 2011.

³⁰ Infocentre de santé publique du Québec. *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance*, juin 2011.

³¹ Par exemple, les décès par maladies ischémiques du cœur ont été associés à 50 % à la prévention primaire, à 25 % à la prévention secondaire et à 25 % à la prévention tertiaire.

³² Malgré le regroupement des données sur plusieurs années, les effectifs réduits de décès, surtout pour la minorité anglophone, font que l'estimation peut toujours présenter une grande variabilité. Le calcul de coefficients de variation permet de mesurer cette imprécision et de rejeter les estimations trop imprécises.

³³ Op Cit., *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, 2011.

³⁴ Op. Cit., *Cadre méthodologique des indicateurs du plan de surveillance*.

³⁵ Carriere K.C., Roos, L.L. « Comparing Standardized Rates of Events ». *Am J Epidemiol* 1994; 140:472-82.

2 LA MORTALITÉ ÉVITABLE CHEZ LES HOMMES ANGLOPHONES ET FRANCOPHONES DU QUÉBEC POUR LA PÉRIODE 1990 À 2007

2.1 LA SITUATION POUR L'ENSEMBLE DU QUÉBEC

2.1.1 La mortalité évitable générale et par types de prévention

Un regard sur le tableau 2 permet de constater que pour l'ensemble du Québec les taux de mortalité évitable générale³⁶ et pour les trois types de prévention ont diminué de 1990 à 2007, tant chez les **hommes** anglophones que chez les francophones, plus rapidement chez ces derniers. Le taux de mortalité évitable générale a diminué de 38,2 % chez les francophones et de 28,9 % chez les anglophones. Malgré cette baisse plus rapide chez les francophones, le taux des hommes anglophones de 234 pour 100 000 en 2005-2007 est toujours significativement inférieur à celui des francophones qui est de 302 pour 100 000.

Les deux groupes linguistiques suivent donc une tendance mondiale, celle de la baisse générale de la mortalité, plus rapide cependant chez les francophones que chez les anglophones.

Tableau 2 Taux standardisés de mortalité évitable générale et par type de prévention chez les hommes, selon la langue maternelle[†] et la période^{††} pour l'ensemble du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

	Groupe linguistique	T1 1990-94	T2 1995-99	T3 2000-04	T4 2005-07	Baisse temporelle T4 vs T1 P value	
Mortalité évitable générale	Francophone	489	424	344	302	-38,2 %	S
	Anglophone	329	302	264	234	-28,9 %	S
Par prévention primaire	Francophone	298	258	209	185	-37,8 %	S
	Anglophone	192	177	151	135	-29,7 %	S
Par prévention secondaire	Francophone	98	86	70	60	-38,6 %	S
	Anglophone	70	65	58	51	-27,3 %	S
Par prévention tertiaire	Francophone	94	80	64	57	-38,9 %	S
	Anglophone	66	60	54	48	-27,8 %	S

[†] Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux francophones et anglophones pour chacune des périodes. Dans ce tableau, toutes les différences entre francophones et anglophones sont statistiquement significatives.

^{††} Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux de la première période (T1) à la dernière (T4), séparément pour les francophones et les anglophones. Dans ce tableau, toutes les baisses dans le temps sont statistiquement significatives.

³⁶ La mortalité évitable générale compte tous les décès évitables sans distinction entre ce qui est évitable grâce à des interventions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Les figures suivantes permettront au lecteur de visualiser plus facilement une partie des informations du tableau ci-dessus. Les lignes dans les figures sont des courbes de tendance linéaire; elles apparaîtront dans toutes les figures dans le document³⁷.

Afin d'alléger les figures, nous indiquons T1 pour la période 1990-1994, T2 pour la période 1995-1999 et ainsi de suite.

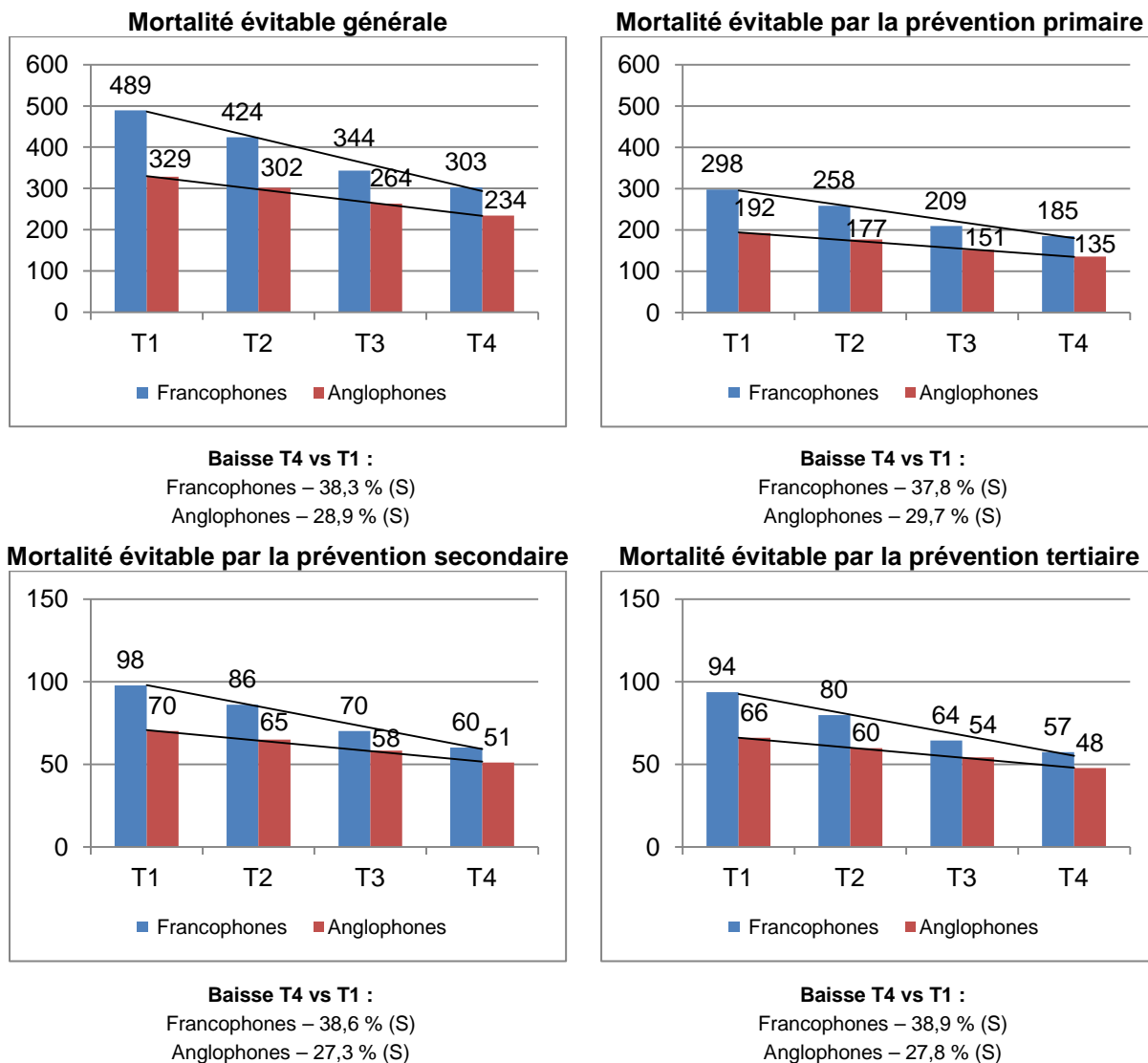


Figure 2 Taux de mortalité évitable générale et par prévention primaire, secondaire et tertiaire, chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

³⁷ Une courbe de tendance linéaire est une ligne droite pondérée qui est utilisée avec des ensembles de données linéaires simples. Vos données sont linéaires si le motif des points de données ressemble à une ligne. Une courbe de tendance linéaire représente généralement une augmentation ou une diminution régulière. Source : Microsoft Office.

Que l'on considère la baisse générale de mortalité évitable ou les baisses plus étroitement associées à l'un des trois types de prévention, le portrait est le même : une baisse plus prononcée chez les hommes francophones mais des taux toujours significativement supérieurs à ceux des anglophones.

2.1.2 Les causes majeures de décès évitables

Afin de guider l'analyse des causes plus spécifiques, nous présentons dans le tableau 3 les causes ayant compté plus de 1 000 décès évitables de 2005 à 2007.

Tableau 3 Les huit causes majeures de décès évitables chez les hommes du Québec de 2005 à 2007

HOMMES	Total décès évitables	%	Prévention primaire	%	Prévention secondaire	%	Prévention tertiaire	%
Maladies ischémiques du cœur	6 075	20,6	3 038	16,9	1 519	25,7	1 519	26,9
Cancer de poumon	6 044	20,5	5 742	32,0	0	0,0	302	5,3
Suicide et blessures volontaires	2 769	9,4	1 661	9,3	831	14,0	277	4,9
Cancer colorectal	1 959	6,6	784	4,4	980	16,6	196	3,5
Accidents de la circulation	1 289	4,4	773	4,3	0	0,0	516	9,1
Maladies cérébrovasculaires	1 155	3,9	347	1,9	578	9,8	231	4,1
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	1 119	3,8	895	5,0	112	1,9	112	2,0
Diabète	1 108	3,8	332	1,9	665	11,2	111	2,0
Autres causes	8 011	27,1	4 386	24,4	1 233	20,8	2 389	42,3
Total pour toutes les causes évitables	29 529	100	17 958	100	5 918	100	5 653	100

Les causes majeures de décès évitables chez les hommes du Québec pour cette période sont les maladies ischémiques du cœur (6 075 décès évitables) et le cancer du poumon (6 044 décès évitables), suivies loin derrière par les suicides (2 769 décès) et le cancer colorectal (1 959 décès). Ces quatre causes comptent pour près de 60 % des décès évitables.

Si nous choisissons d'ordonner ces causes selon le potentiel de prévention par des interventions de nature primaire, secondaire ou tertiaire, l'ordre changerait un peu mais la cause la plus dominante reste toujours les maladies ischémiques du cœur. Les autres causes dominantes sont plus étroitement associées à la prévention primaire (cancer du

poumon et suicide) et à la prévention secondaire (suicide et cancer colorectal). En prévention tertiaire, les maladies ischémiques du cœur dominant et les autres causes de décès évitables associées sont multiples.

Le tableau suivant permet de voir comment se comportent les groupes anglophone et francophone pour ces différentes causes de décès.

Tableau 4 Taux standardisés de mortalité évitable pour certaines causes spécifiques chez les hommes, selon la langue maternelle[†] et la période^{††} pour l'ensemble du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

Mortalité évitable	Groupe linguistique	T1 1990- 1994	T2 1995- 1999	T3 2000- 2004	T4 2005- 2007	T4 vs T1 %	P value
Maladies ischémiques	Francophone	146,3	116,3	79,9	61,9	-58	S
	Anglophone	108,9	92,1	72,1	54,2	-50	S
Cancer du Poumon	Francophone	96,6	84,5	72,0	64,1	-34	S
	Anglophone	54,4	48,8	42,6	37,3	-31	S
Suicides et blessures volontaires	Francophone	32,9	37,3	32,6	28,9	-12	S
	Anglophone	13,2	15,6	13,3	13,5	+2	NS
Cancer colorectal	Francophone	24,0	23,0	21,0	19,8	-18	S
	Anglophone	17,0	16,2	15,7	19,4	+14	NS
Accidents de la circulation	Francophone	19,7	15,3	12,8	13,6	-30	S
	Anglophone	9,1*	6,4*	5,1 *	5,3*	-42	NS
Maladies cérébrovasculaires	Francophone	23,7	19,8	14,2	11,7	-51	S
	Anglophone	15,8	17,8	13,6	10,7*	-33	NS
MPOC	Francophone	26,3	21,2	15,5	12,3	-53	S
	Anglophone	12,1	11,9	8,5*	6,4*	-47	S
Diabète	Francophone	13,4	14,0	13,5	11,1	-17	S
	Anglophone	12,2	12,0	14,1	9,9*	-19	NS

[†] Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux francophones et anglophones pour chacune des périodes. Les cases où les différences entre francophones et anglophones ne sont pas statistiquement significatives sont teintées de vert.

^{††} Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux les taux de la première période (T1) à la dernière (T4), séparément pour les francophones et les anglophones. (S indique une baisse statistiquement significative et NS non significative).

* Indique un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Dans ces cas, la valeur du taux doit être interprétée avec prudence.

Les deux causes les plus importantes en termes de nombre de décès et dont la baisse repose en grande partie sur des interventions de prévention primaire (cancer du poumon et maladies ischémiques du cœur) connaissent une évolution semblable chez les deux groupes linguistiques. On observe une baisse significative importante des taux de ces deux causes entre 1990-1994 et 2005-2007, baisse légèrement plus prononcée chez le groupe francophone. Le rapprochement des taux se traduit même en absence de différence entre

hommes anglophones et francophones en 2005-2007 pour les maladies ischémiques. La différence persiste par contre toujours pour le cancer du poumon.

La figure 3 illustre bien ces variations.

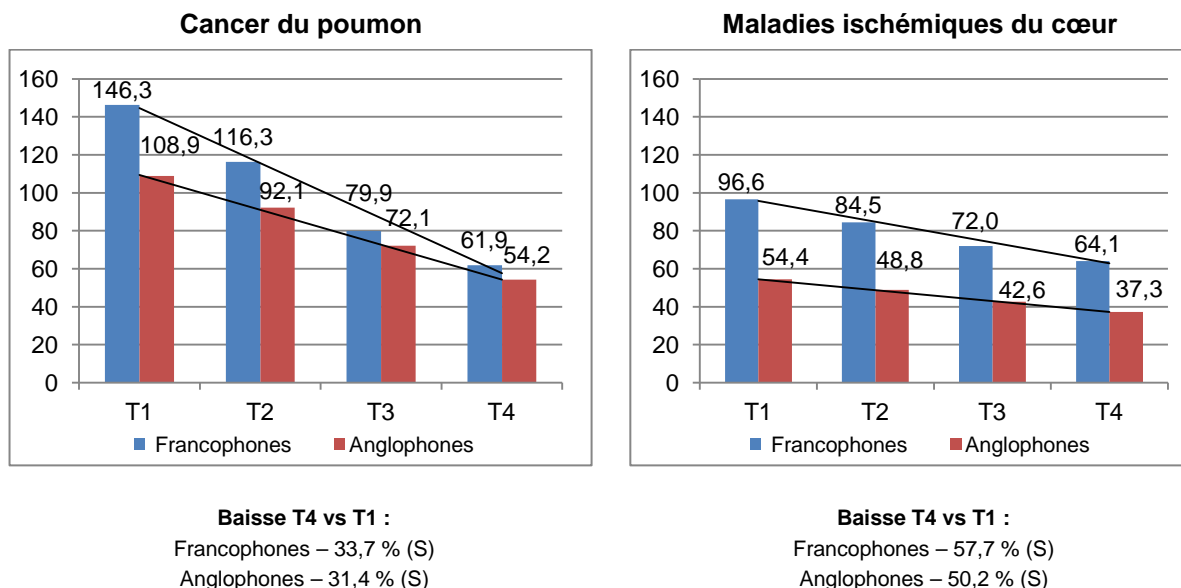


Figure 3 Taux de mortalité évitable pour le cancer du poumon et les maladies ischémiques du cœur chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

La situation est similaire pour le suicide où la prévention passe majoritairement par des actions de prévention primaire (60 %) et secondaire (30 %). On observe une baisse significative du taux de mortalité évitable chez les francophones alors que le taux chez les anglophones a peu changé au cours des années. Le taux de mortalité chez les hommes francophones est toujours au moins le double de celui des anglophones. Le Québec a toujours présenté des taux élevés de suicide et on peut constater ici que cet excès est plus marqué chez les francophones.

La situation est très semblable pour les taux de mortalité par accidents de la circulation qui ont connu une baisse importante chez les hommes francophones et où on voit une tendance à la baisse non statistiquement significative chez les anglophones; les taux des hommes francophones sont toujours plus du double de ceux des anglophones. La mortalité par accidents de la circulation pourrait être réduite surtout par des interventions de prévention primaire (60 %) ou tertiaire (40 %).

La figure 4 illustre ces variations.

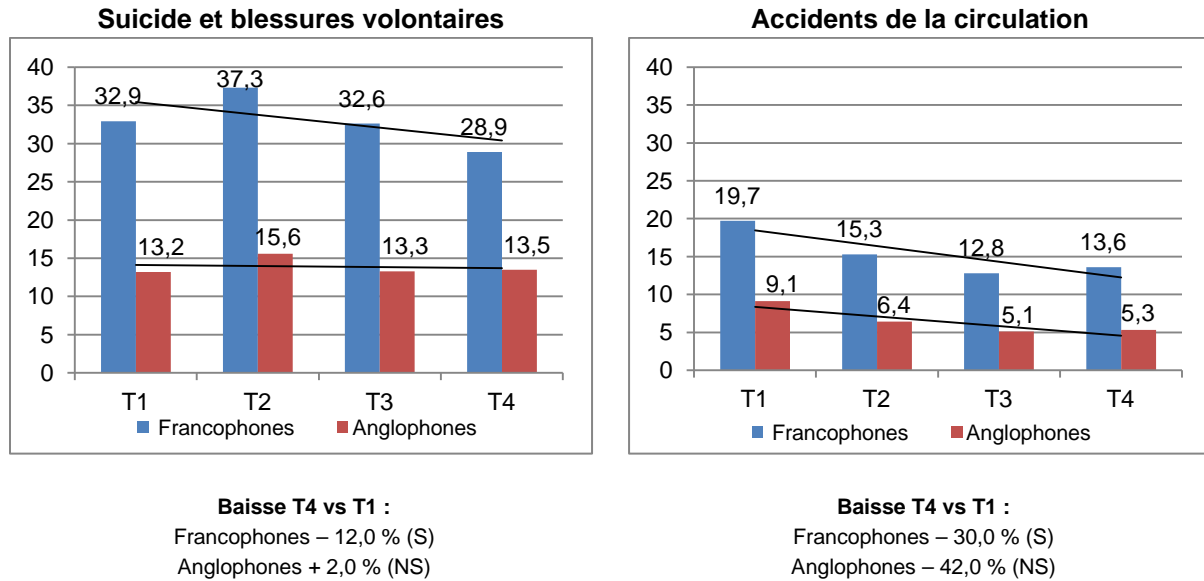


Figure 4 Taux de mortalité évitable pour le suicide et blessures volontaires et pour les accidents de la circulation chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

Les décès par maladies pulmonaires obstructives chroniques qui sont principalement associés aux interventions de prévention primaire suscitent également de l'intérêt, notamment en raison de leurs liens avec le tabagisme. Les deux groupes linguistiques ont connu une baisse significative et relativement semblable de leurs taux de mortalité entre 1990 et 2007 : -53,4 % chez les francophones et -47,2 % chez les anglophones. Les taux chez les francophones sont cependant le double de ceux des anglophones et cette situation perdure dans le temps (figure 5).

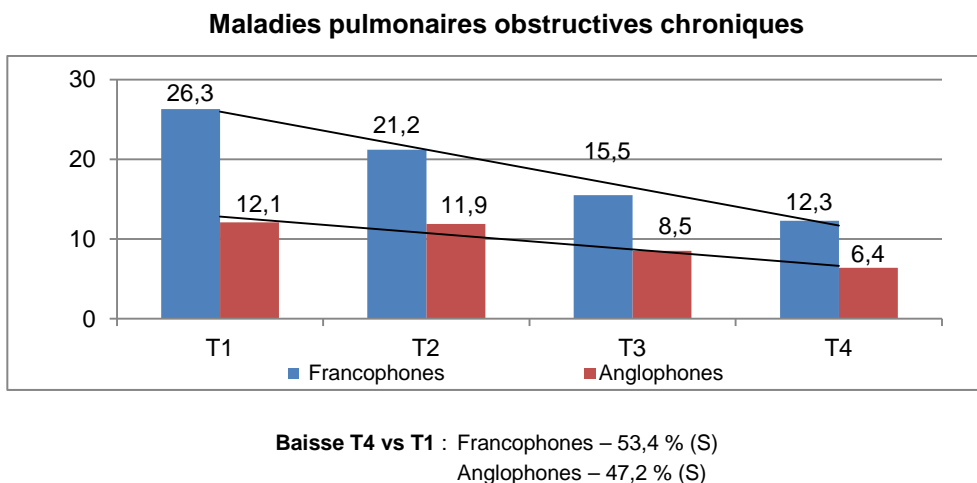


Figure 5 Taux de mortalité évitable pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

Enfin, la mortalité attribuable au cancer colorectal est aussi d'intérêt considérant son importance parmi les causes évitables. Ce type de cancer pourrait bénéficier tant d'interventions de prévention primaire que secondaire qui auraient permis d'éviter respectivement 40 % (784 cas) et 50 % (980 cas) des décès au cours de la période étudiée. Le taux de mortalité évitable pour ce cancer a significativement diminué chez les francophones (-18,0 %) entre les périodes T1 et T4 alors qu'il n'a pas connu de changement significatif chez les anglophones mais plutôt une relative stabilité (figure 6). Les hommes francophones ont donc rejoint les hommes anglophones en matière de mortalité par cancer colorectal sur une période d'environ vingt ans (tableau 4).

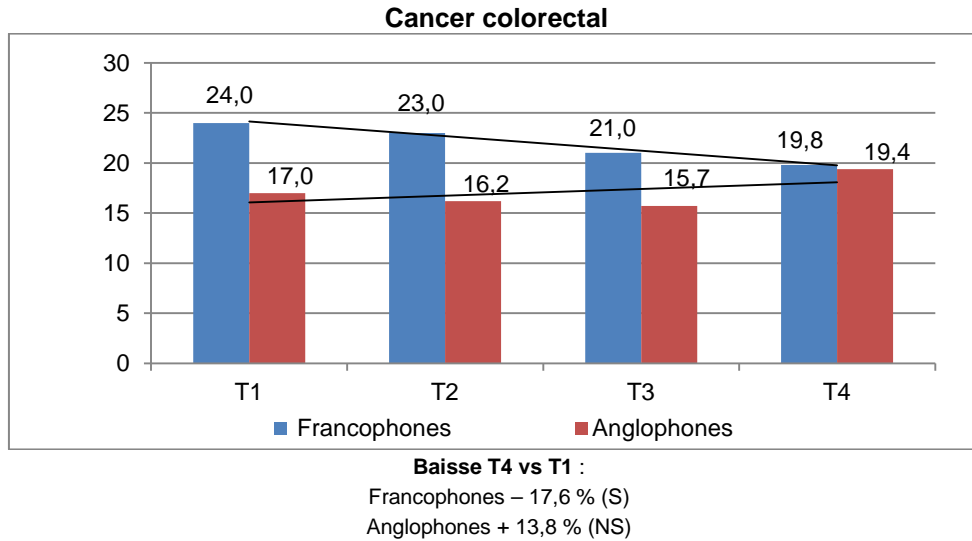


Figure 6 Taux de mortalité évitable pour le cancer colorectal chez les hommes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

2.2 LA SITUATION AU NIVEAU DES TERRITOIRES

L'analyse par territoire est plus complexe puisque les nombres de décès réduits se traduisent plus fréquemment en coefficients de variation trop élevés pour tirer des conclusions significatives sur des causes spécifiques. Certains constats se dégagent toutefois.

Tableau 5 Taux standardisés de mortalité évitable générale et par type de prévention chez les hommes selon le territoire, la langue maternelle[†], et la période^{††} (taux ajustés par 100 000 habitants)

	Territoire	Langue	T1 1990- 1994	T2 1995- 1999	T3 2000- 2004	T4 2005- 2007	T4 vs T1 %	P value
Générale	RMR MTL	Français	519,6	441,7	350,8	310,3	-40,3	S
		Anglais	326,6	300,2	266,1	238,6	-26,9	S
	Autres RMR	Français	469,7	407,6	327,9	281,5	-40,1	S
		Anglais	284,6	267,9	207,7	139,0	-51,2	S
	Hors RMR	Français	461,2	415,7	347,1	309,3	-32,9	S
		Anglais	347,4	326,9	289,0	283,2	-18,5	NS
Par prévention primaire	RMR MTL	Français	317,9	269,0	212,6	189,2	-40,5	S
		Anglais	189,8	174,7	152,3	136,5	-28,1	S
	Autres RMR	Français	285,2	249,2	199,7	171,8	-39,8	S
		Anglais	173,7	167,1	125,0	85,2	-51,0	S
	Hors RMR	Français	279,1	252,3	211,6	190,1	-31,9	S
		Anglais	207,0	193,1	163,9	167,3	-19,2	NS
Par prévention secondaire	Québec	Français	105,0	91,3	73,2	62,1	-40,8	S
		Anglais	70,6	65,8	59,0	53,6	-24,1	S
	Autres RMR	Français	95,7	82,9	67,9	57,7	-39,7	S
		Anglais	56,8*	52,1*	41,9*	26,6*	-53,1	S
	Hors RMR	Français	90,6	83,0	69,2	59,8	-33,9	S
		Anglais	70,9	67,6	65,3	55,2	-22,1	NS
Par prévention tertiaire	RMR MTL	Français	96,8	81,4	65,0	59,0	-39,0	S
		Anglais	66,1	59,7	54,9	48,5	-26,6	S
	Autres RMR	Français	88,7	75,6	60,3	52,0	-41,4	S
		Anglais	54,0	48,8	40,8	27,2	-49,7	S
	Hors RMR	Français	91,5	80,4	66,3	59,4	-35,1	S
		Anglais	69,4	66,2	59,8	60,7	-12,6	NS

[†] Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux francophones et anglophones pour chacune des périodes. Les cases où les différences entre francophones et anglophones ne sont pas statistiquement significatives sont teintées de vert.

^{††} Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux les taux de la première période (T1) à la dernière (T4), séparément pour les francophones et les anglophones. (S indique une baisse statistiquement significative et NS non significative).

* Indique un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Dans ces cas, la valeur du taux doit être interprétée avec prudence.

Les tendances observées lors des analyses réalisées pour le Québec dans son ensemble s'observent également au niveau de la RMR de Montréal. Sur ce territoire, les taux de mortalité évitable générale ou celle inhérente aux interventions de prévention primaire,

secondaire et tertiaire ont reculé. Ces diminutions sont toutes significatives entre les périodes T1 et T4; elles sont aussi plus prononcées chez les hommes francophones que chez les anglophones mais, chez ces derniers, les taux de mortalité évitable demeurent toujours significativement inférieurs à ceux des francophones.

Dans les autres RMR, de telles diminutions ont été observées, mais davantage chez les populations masculines anglophones, si bien que l'écart entre les deux groupes linguistiques s'est au contraire accentué. Les taux de mortalité chez les francophones sont toujours significativement supérieurs à ceux des anglophones.

Hors RMR, la réduction de la mortalité évitable générale et de celle attribuable aux trois types de prévention est significative chez les hommes francophones; la faiblesse des effectifs anglophones ne permet pas d'atteindre le seuil statistique requis même si, en absolu, les taux semblent aussi avoir diminué. Constat intéressant, les taux chez les francophones étaient tous significativement supérieurs à ceux des anglophones, peu importe le type de prévention, pour les deux premières périodes (T1 et T2) mais cette différence est disparue pour tous les types d'intervention lors de la dernière période (T4). Par ailleurs, le recul des taux chez les hommes tant francophones qu'anglophones n'a pas été aussi prononcé hors RMR que dans les deux autres territoires.

L'analyse par territoire permet aussi certains constats pour quelques causes spécifiques de mortalité évitable. Les maladies ischémiques du cœur, la première cause de mortalité évitable, présentent dans la RMR de Montréal et dans les autres RMR les mêmes tendances que pour l'ensemble du Québec, c'est-à-dire une baisse significative dans le temps et des taux plus élevés chez les francophones que chez les anglophones. Hors RMR, par contre, aucune différence significative entre hommes anglophones et francophones n'est enregistrée durant les quatre périodes étudiées et les taux de mortalité sont semblables lors des deux dernières périodes. Par ailleurs, la réduction des taux de mortalité évitable entre les périodes T1 et T4 est significative et importante tant pour les hommes francophones qu'anglophones (-55,4 % et -43,8 % respectivement).

En ce qui concerne le cancer du poumon, la seconde cause de mortalité évitable en importance, les effectifs de décès ne sont pas suffisants pour tirer des conclusions, à l'exception de la RMR de Montréal où la diminution temporelle est significative pour les deux groupes linguistiques, bien qu'un peu plus prononcée chez les hommes francophones. Mais chez ces derniers, là encore, le taux de mortalité évitable demeure toujours plus élevé que celui des hommes anglophones. La situation est semblable pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC); tous les taux sont en baisse partout mais ne sont significatifs que pour les francophones.

Tableau 6 Taux standardisés de mortalité évitable pour certaines causes spécifiques chez les hommes, selon le territoire, la langue maternelle[†] et la période^{††} (taux ajustés par 100 000 habitants)

Mortalité évitable	Territoires	Groupe linguistique	T1 1990- 1994	T2 1995- 1999	T3 2000- 2004	T4 2005- 2007	T1 vs T4	P value
Maladies ischémiques	RMR Montréal	Francophone	146,3 [†]	116,3	79,9	61,9	-58,0	S ^{††}
		Anglophone	108,9	92,1	72,1	54,2	-50,0	S
	Autres RMR	Francophone	142,7	110,6	74,3	56,4	-60,5	S
		Anglophone	102,6	73,5	62,4	36,5	-64,4	S
	Hors RMR	Francophone	135,5	109,7	75,7	60,5	-55,4	S
		Anglophone	111,3	92,2	80,1	62,5*	-43,8	S
Cancer du poumon	RMR Montréal	Francophone	100,0	86,9	71,9	65,0	-35,0	S
		Anglophone	52,6	47,7	43,7	37,7	-28,2	S
	Autres RMR	Francophone	93,6	82,2	69,5	58,3	-37,7	S
		Anglophone	52,0*	53,1*	37,8*	29,3**	-43,6	NS
	Hors RMR	Francophone	93,1	83,5	73,3	66,3	-28,8	S
		Anglophone	62,0*	50,8*	39,2*	40,1*	-35,2	NS
MPOC	RMR Montréal	Francophone	25,4	20,7	15,0	12,3	-51,6	S
		Anglophone	10,9*	11,3*	7,7*	6,2*	-43,5	NS
	Autres RMR	Francophone	28,4	21,2	15,8	12,4	-56,2	S
		Anglophone	15,3**	11,7**	8,2**	6,4**	-58,5	NS
	Hors RMR	Francophone	25,6	21,6	15,7	12,2	-52,5	S
		Anglophone	15,8**	14,6**	12,7**	8,4**	-46,7	NS
Cancer colorectal	RMR Montréal	Francophone	26,1	24,7	22,5	19,9	-23,7	S
		Anglophone	16,9	16,7	16,8	20,7	+22,2	NS
	Autres RMR	Francophone	25,1	21,9	20,4	20,3	-19,2	NS
		Anglophone	9,8**	16,6**	8,7**	9,9**	+2,0	NS
	Hors RMR	Francophone	21,6	21,8	20,0	19,5	-9,7	NS
		Anglophone	19,5*	13,8**	15,2**	17,5*	-9,9	NS

[†] Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux francophones et anglophones pour chacune des périodes. Les cases où les différences entre francophones et anglophones ne sont pas statistiquement significatives sont teintées de vert.

^{††} Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux les taux de la première période (T1) à la dernière (T4), séparément pour les francophones et les anglophones. (S indique une baisse statistiquement significative et NS non significative).

* Indique un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Dans ces cas, la valeur du taux doit être interprétée avec prudence.

3 LA MORTALITÉ ÉVITABLE CHEZ LES FEMMES ANGLOPHONES ET FRANCOPHONES DU QUÉBEC POUR LA PÉRIODE 1990 À 2007

3.1 LA SITUATION POUR L'ENSEMBLE DU QUÉBEC

3.1.1 La mortalité évitable générale et par types de prévention

Le tableau 7 résume l'évolution de la mortalité évitable pour l'ensemble du Québec chez les femmes. Le profil est très semblable à celui des hommes. Une diminution des taux de mortalité générale évitable et pour les trois types d'intervention, primaire, secondaire et tertiaire a été enregistrée chez les deux groupes linguistiques. Ce gain est statistiquement significatif entre 1990-1994 (T1) et 2005-2007 (T4). Les taux de mortalité évitable des femmes anglophones sont le plus souvent significativement inférieurs à ceux des femmes francophones, à l'exception des périodes T3 et T4 pour la mortalité évitable par la prévention secondaire et de la période T3 pour la mortalité évitable par la prévention tertiaire. Ces taux, soulignés en vert dans le tableau, ne sont pas statistiquement différents entre femmes anglophones et francophones.

Tableau 7 Taux standardisés de mortalité évitable générale et par type de prévention chez les femmes, selon la langue maternelle[†] et la période^{††} pour l'ensemble du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

	Groupe linguistique	T1 1990- 1994	T2 1995- 1999	T3 2000- 2004	T4 2005- 2007	T1 vs T4 %	P value
Mortalité évitable générale	Francophone	231,5	214,0	188,5	178,6	-22,9	S
	Anglophone	181,1	172,3	162,7	144,7	-20,0	S
Par prévention primaire	Francophone	113,4	110,1	101,1	98,7	-13,0	S
	Anglophone	87,2	85,9	82,5	73,3	-16,0	S
Par prévention secondaire	Francophone	59,8	52,8	44,2	39,2	-34,5	S
	Anglophone	46,9	43,7	40,9	35,7	-23,8	S
Par prévention tertiaire	Francophone	58,2	51,1	43,3	40,7	-30,2	S
	Anglophone	47,0	42,7	39,4	35,8	-24,0	S

[†] Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux francophones et anglophones pour chacune des périodes. Les cases où les différences entre francophones et anglophones ne sont pas statistiquement significatives sont teintées de vert.

^{††} Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux les taux de la première période (T1) à la dernière (T4), séparément pour les francophones et les anglophones. (S indique une baisse statistiquement significative et NS non significative).

La figure 7 permet de visualiser les tendances à la baisse et les écarts qui existent entre les taux de mortalité évitable des femmes anglophones et francophones. La diminution de la mortalité évitable par la prévention primaire, cette dernière comptant le double des décès évitables par rapport aux deux autres types de prévention, a été plus ténue que celle enregistrée pour les deux autres types de prévention et ce, pour les deux groupes linguistiques.

On n'observe pas de réduction de l'écart des taux de mortalité évitable entre les populations féminines francophones et anglophones pour la mortalité évitable grâce à la prévention primaire. Par contre l'écart semble s'être estompé en ce qui a trait à la mortalité évitable par les préventions secondaire et tertiaire.

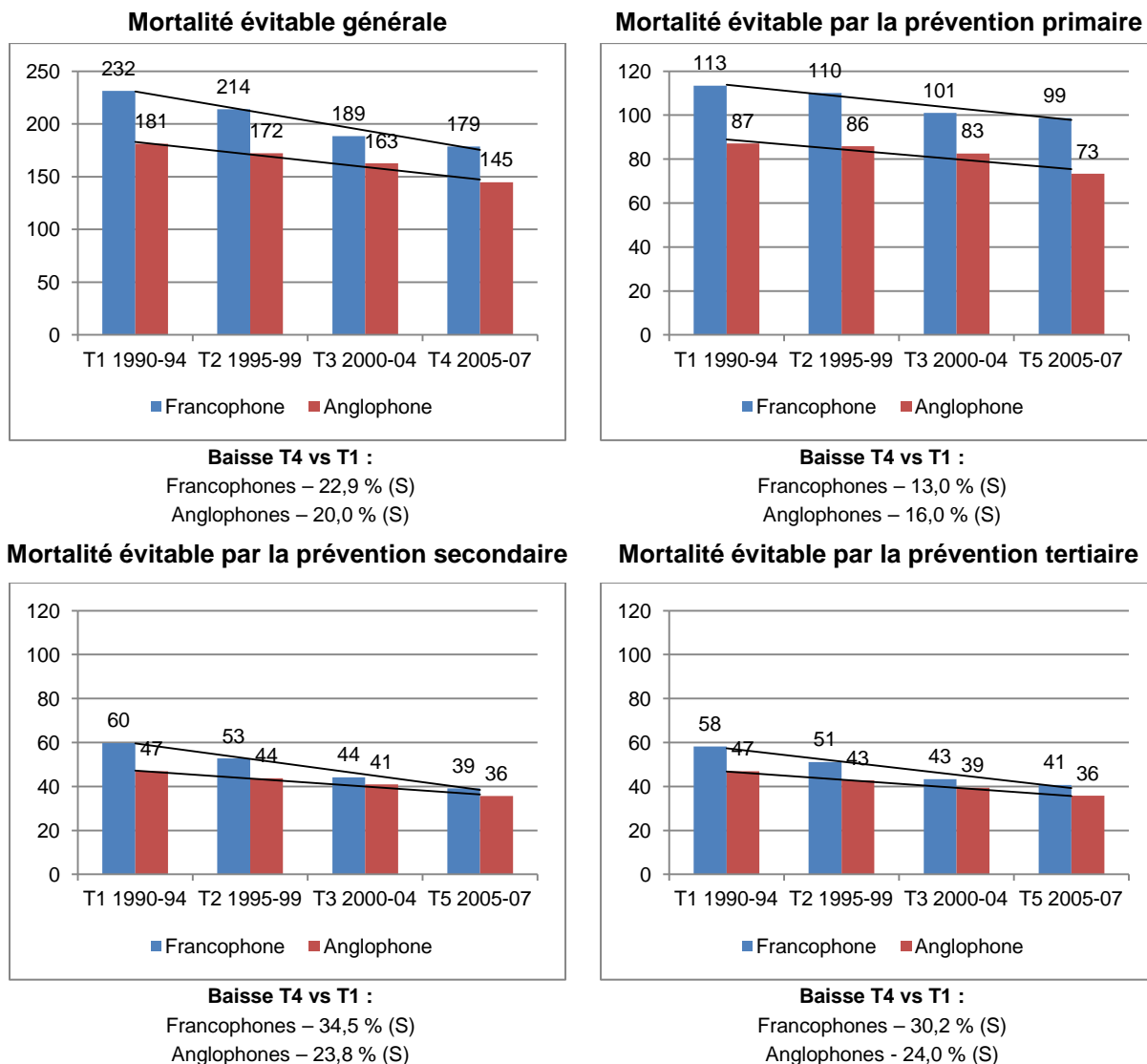


Figure 7 Taux de mortalité évitable générale et par prévention primaire, secondaire et tertiaire, chez les femmes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

N.B. Les échelles dans les figures ne sont pas toutes identiques.

3.1.2 Les causes majeures de mortalité évitable

Afin de guider l'analyse des causes plus spécifiques, nous présentons celles ayant compté plus de 500 décès évitables de 2005 à 2007. Nous utilisons un seuil de 500 décès chez les femmes contrairement à un seuil de 1 000 chez les hommes parce que le nombre de décès évitables est beaucoup moins élevé chez celles-ci.

Tableau 8 Les 9 causes majeures de décès évitables chez les femmes du Québec de 2005 à 2007

	Total des décès évitables	%	Prévention primaire	%	Prévention secondaire	%	Prévention tertiaire	%
FEMMES								
Cancer de poumon	4 451	24,3	4 228	42,1	0	0,0	223	5,3
Cancer du sein	2 309	12,6	346	3,5	808	19,8	1 155	27,4
Maladies ischémiques du cœur	2 115	11,5	1 058	10,5	529	12,9	529	12,5
Cancer colorectal	1 212	6,6	485	4,8	606	14,8	121	2,9
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	1 004	5,5	803	8,0	100	2,5	100	2,4
Maladies cérébrovasculaires	878	4,8	263	2,6	439	10,7	176	4,2
Suicides et blessures volontaires	823	4,5	494	4,9	247	6,0	82	2,0
Diabète	590	3,2	177	1,8	354	8,7	59	1,4
Accidents de la circulation	499	2,7	299	3,0	0	0,0	200	4,7
Autres causes	4 457	24,3	1 881	18,8	1 003	24,6	1 572	37,3
Total pour toutes les causes évitables	18 338	100	10 034	100	4 086	100	4 217	100

Les causes majeures de mortalité évitable chez les femmes du Québec pour cette période sont le cancer du poumon (4 451 décès), le cancer du sein (2 309 décès), les maladies ischémiques du cœur (2 115) et le cancer colorectal (1 212 décès); ce dernier est suivi de près par les maladies pulmonaires obstructives chroniques (1 004 décès). Ces cinq (5) causes réunies comptent pour 61 % des décès évitables chez les femmes.

Le cancer du poumon est la principale cause pouvant être évitée par des interventions de prévention primaire alors que le cancer du sein peut davantage être évité par des interventions de prévention secondaire et tertiaire. Quant aux décès par maladies ischémiques du cœur, 50 % pourraient théoriquement être évitées par des interventions de prévention primaire, 25 % par la prévention secondaire et 25 % par la prévention tertiaire.

Tableau 9 Taux standardisés de mortalité évitable pour certaines causes spécifiques chez les femmes, selon la langue maternelle[†] et la période^{††} pour l'ensemble du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

Mortalité évitable	Groupe linguistique	T1 1990- 1994	T2 1995- 1999	T3 2000- 2004	T4 2005- 2007	T1 vs T4 %	P value
Cancer du Poumon	Francophone	33,9	38,3	42,1	44,6	+31,5	S
	Anglophone	27,5	30,5	29,9	28,0	+2,1	NS
Cancer du sein	Francophone	31,5	27,0	24,4	22,1	-29,6	S
	Anglophone	26,7	23,5	22,1	20,3	-24,0	NS
Maladies ischémiques	Francophone	50,3	39,7	25,7	20,1	-60,1	S
	Anglophone	36,8	29,9	24,7	19,5	-47,1	S
Cancer colorectal	Francophone	15,8	14,5	12,5	11,4	-27,4	S
	Anglophone	12,1	11,7	11,6	12,0	-0,9	NS
MPOC	Francophone	10,1	10,9	10,4	10,1	-0,5	NS
	Anglophone	6,3*	7,5*	8,1*	6,0*	-4,6	NS
Maladies cérébrovasculaires	Francophone	15,5	13,6	10,4	8,5	-45,0	S
	Anglophone	11,5	11,7	8,9*	6,0*	-47,4	S
Suicides	Francophone	8,3	10,4	9,4	8,6	+15,5	NS
	Anglophone	3,6*	4,4*	5,0*	4,2*	+3,4	NS
Diabète	Francophone	8,6	7,7	7,1	5,6	-35,3	S
	Anglophone	6,9*	7,0*	8,1*	5,8*	-16,1	NS
Accidents de la circulation	Francophone	8,4	6,9	5,3	5,3	-36,4	S
	Anglophone	3,9*	2,7*	2,4**	2,0**	-51,4	NS

[†] Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux francophones et anglophones pour chacune des périodes. Les cases où les différences entre francophones et anglophones ne sont pas statistiquement significatives sont teintées de vert.

^{††} Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux les taux de la première période (T1) à la dernière (T4), séparément pour les francophones et les anglophones. (S indique une baisse statistiquement significative et NS non significative).

* Indique un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Dans ces cas, la valeur du taux doit être interprétée avec prudence.

Le taux de mortalité évitable par cancer du poumon a connu une augmentation, statistiquement significative, chez les femmes francophones alors qu'il est resté stable chez les femmes anglophones. Ceci a eu pour effet de creuser l'écart entre francophones et anglophones durant la période étudiée qui s'étend sur 18 années; partis de taux comparables au temps 1 de l'étude (1990-1994), nous observons depuis ce temps des taux significativement plus élevés chez les femmes francophones. L'augmentation de l'usage du tabac chez les femmes durant les 30 ou 40 dernières années est l'explication la plus plausible d'une telle hausse.

Il est difficile de trouver des données sur la consommation de tabac au Québec pour les années 60 mais, selon diverses enquêtes de population plus récentes, le taux chez les femmes aurait varié entre 32 % et 38 % de 1985 à 1994³⁸. Par ailleurs, des données pour la France indiquent une hausse de l'usage du tabac chez les femmes de 9 % en 1952 à 21 % en 1995³⁹. L'enquête sur le tabagisme au Canada de 1995 nous révèle par ailleurs que 35 % des femmes francophones fumaient comparativement à 24 % des femmes anglophones⁴⁰.

L'usage du tabac est aussi un facteur de risque des maladies ischémiques du cœur⁴¹. Le taux de mortalité évitable attribuable à ces maladies a connu une évolution semblable dans les deux groupes linguistiques, soit des diminutions significatives de 60 % chez les femmes francophones et de 47 % chez les femmes anglophones. La baisse plus prononcée chez les francophones s'est traduite en un effacement de l'écart avec les anglophones lors de la dernière période (T4).

Il semblerait donc que les interventions de nature secondaire (contrôle du cholestérol et de l'hypertension, médicaments) et tertiaire (angioplastie, pontage) qui peuvent prévenir 50 % des décès évitables par maladies ischémiques aient contrecarré l'effet néfaste du tabagisme.

Il faut rappeler aussi que nous ne considérons ici que les décès avant l'âge de 75 ans. Le fait que le cancer du poumon se manifeste à un plus jeune âge que les maladies ischémiques du cœur contribue probablement aussi à cette différence de tendance⁴².

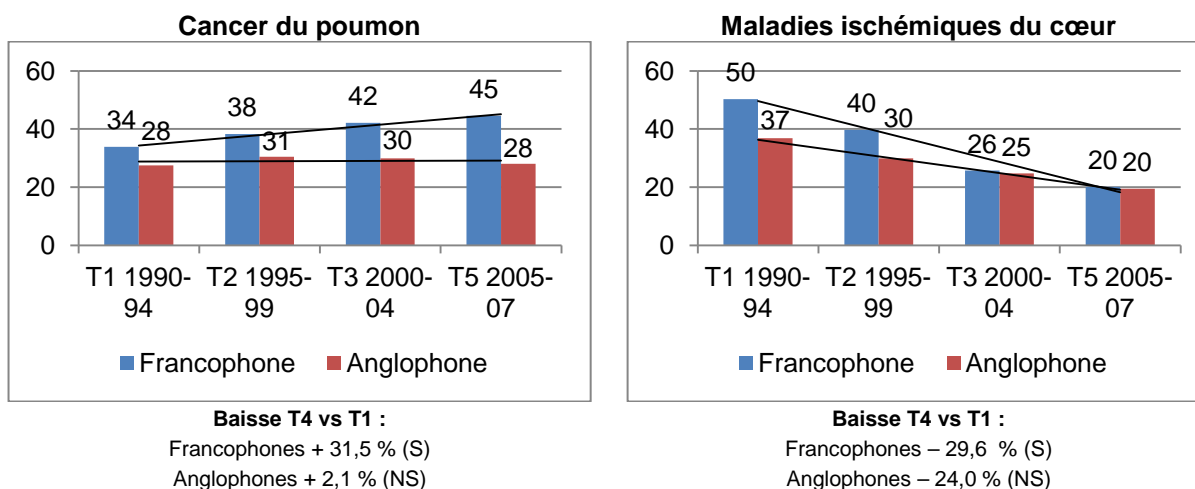


Figure 8 Taux de mortalité évitable générale pour le cancer du poumon et les maladies ischémiques du cœur chez les femmes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

³⁸ Aubin, J. et Caouette, L. « L'usage de la cigarette au Québec de 1985 à 1994 : une comparaison avec le Canada ». *Revue canadienne de santé publique*, Vol. 89, no 1, janvier-février 1998.

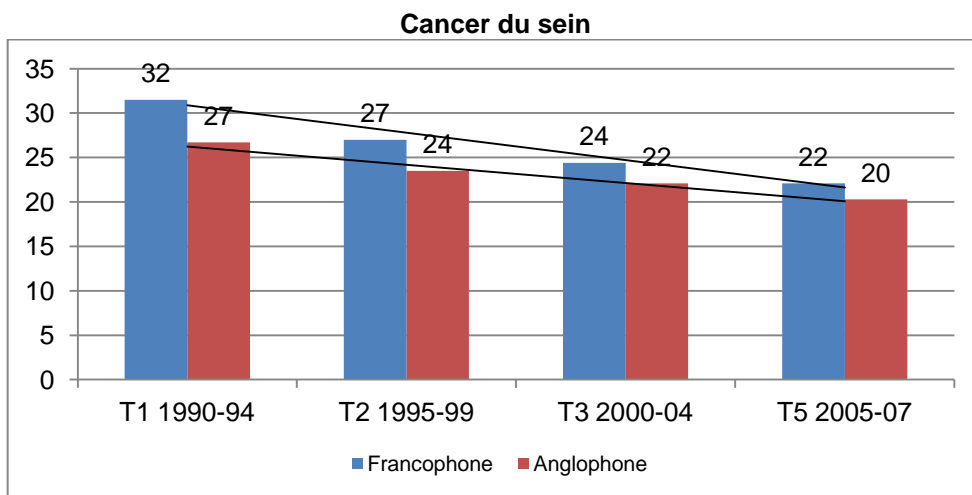
³⁹ Bulletin épidémiologique hebdomadaire. République française, Institut de veille sanitaire. No 21-22/2005.

⁴⁰ Enquête sur le tabagisme au Canada. Cycles 1 à 4, 1995, Service des publications, Santé Canada.

⁴¹ <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/risques-risk-fra.php>.

⁴² Les taux de mortalité sexes réunis par 100 000 habitants au Québec pour 2005-2008 étaient respectivement pour le cancer du poumon, trachée, bronches et pour les cardiopathies ischémiques de 79 vs 57 (45-64 ans), 293 vs 234 (65-74 ans) et de 424 vs 1 077 (75 ans et plus). Source : *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011*, ministère de la Santé et des Services sociaux.

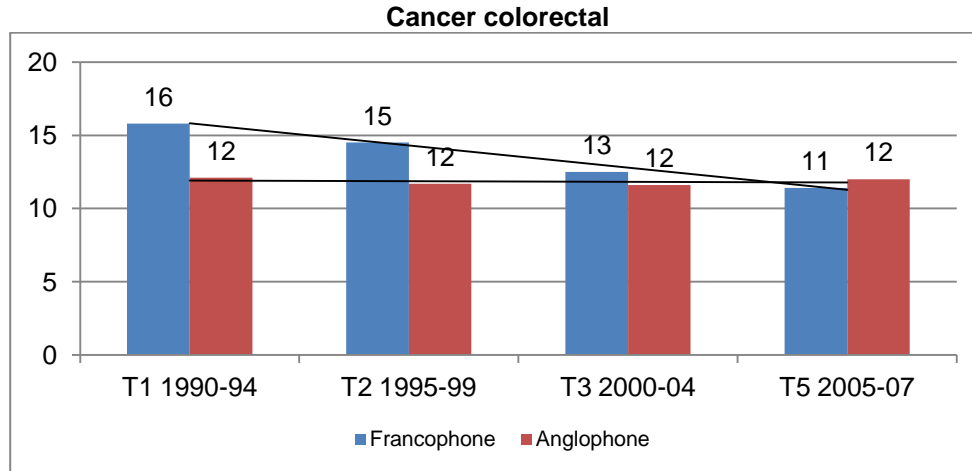
La seconde cause de décès évitable en importance chez les femmes est le cancer du sein (2 309 décès), décès surtout évitables par des interventions de nature tertiaire et secondaire. Durant les quatre périodes étudiées, les taux de mortalité évitable des femmes francophones et des femmes anglophones n'ont jamais présenté de différences significatives même s'ils ont toujours été un peu plus élevés chez les femmes francophones. Ces dernières ont vu leur taux de mortalité évitable diminuer de façon significative entre les périodes T1 et T4; le recul de la mortalité évitable par cancer du sein observé chez les femmes anglophones semble tout aussi important, mais non significatif sur le plan statistique.



Baisse T4 vs T1 :
 Francophones - 29,6 % (S)
 Anglophones - 24,0 % (NS)

Figure 9 Taux de mortalité évitable générale pour le cancer du sein chez les femmes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

La mortalité évitable attribuable au cancer colorectal nous apparaît importante à présenter même s'il n'y a eu aucune différence significative entre les femmes francophones et anglophones durant les quatre périodes étudiées. On observe en effet des tendances temporelles divergentes chez ces deux groupes de la population : entre la période T1 et la période T4 le taux de mortalité évitable des femmes francophones a accusé une diminution statistiquement significative de 27,4 %, alors que chez les femmes anglophones il est resté stable.



Baisse T4 vs T1 :

Francophones – 27,4 % (S)

Anglophones – 0,9 % (NS)

Figure 10 Taux de mortalité évitable générale pour le cancer colorectal chez les femmes francophones et anglophones du Québec (taux ajustés par 100 000 habitants)

3.2 LA SITUATION AU NIVEAU DES TERRITOIRES

L'importance des effectifs de décès dans la RMR de Montréal permet de tirer certaines conclusions pour ce territoire. Les femmes francophones et anglophones ont vu baisser significativement leurs taux de mortalité évitable générale, et pour les trois types de prévention entre 1990 et 2007. Cette baisse est encore une fois toujours plus prononcée chez les francophones à l'exception de la baisse qui serait due à des interventions de nature primaire où les taux des femmes anglophones ont baissé plus rapidement.

Pour la mortalité évitable par des interventions de nature secondaire et tertiaire, les femmes francophones auraient rejoint les anglophones entre 1990 et 2008; la différence qui était significative en début ne l'est plus lors des deux dernières périodes. Malgré la disparition de différences significatives dans certains cas, les taux absolus chez les femmes francophones restent toujours supérieurs à ceux des femmes anglophones.

En raison des faibles effectifs de décès dans les autres RMR et hors des RMR, les différences observées entre femmes anglophones et francophones des taux de mortalité évitable sont rarement significatives (tableau 10, cases vertes). Par ailleurs, bien qu'une diminution ait été enregistrée entre les périodes T1 et T4 chez les deux groupes, cette diminution n'est significative sur le plan statistique que pour les femmes francophones.

Une particularité mérite d'être soulignée en ce qui touche la réduction de la mortalité évitable hors RMR par des interventions de nature primaire. La baisse chez les francophones et la hausse chez les anglophones ne sont pas significatives laissant croire à une absence de changement entre 1990 et 2007. Quand on parle prévention primaire, on pense évidemment au tabagisme sur lequel nous reviendrons dans nos conclusions.

Dans les autres RMR par contre, la mortalité évitable semble avoir diminué plus rapidement chez les femmes anglophones que chez les francophones. Les différences entre anglophones et francophones au T4 ne sont cependant jamais significatives sauf en ce qui a trait à la mortalité pouvant être réduite par des interventions de nature primaire; dans ce cas, les femmes francophones présentent un taux de mortalité évitable significativement supérieur.

Tableau 10 Taux standardisés de mortalité évitable générale et par type de prévention chez les femmes selon le territoire, la langue maternelle[†], et la période^{††} (taux ajustés par 100 000 habitants)

	Territoire	Langue	T1 1990- 1994	T2 1995- 1999	T3 2000- 2004	T4 2005- 2007	T1 vs T4 %	P value
Générale	RMR MTL	Français	247,5	230,2	200,0	187,3	-24,3	S
		Anglais	182,6	173,6	166,4	144,7	-20,7	S
	Autres RMR	Français	217,5	202,5	175,9	170,2	-21,8	S
		Anglais	149,6*	128,2*	124,1*	108,9*	-27,2	NS
	Hors RMR	Français	216,6	203,2	184,7	175,5	-19,0	S
		Anglais	178,9	188,1	168,8	166,6	-6,9	NS
Par prévention primaire	RMR MTL	Français	124,1	120,2	107,5	104,1	-16,1	S
		Anglais	88,6	84,3	83,6	71,3	-19,6	S
	Autres RMR	Français	104,3	103,7	94,1	93,4	-10,5	S
		Anglais	69,6*	70,3*	68,6*	58,7*	-15,7	NS
	Hors RMR	Français	104,5	103,1	98,8	97,0	-7,3	NS
		Anglais	83,4	102,4	86,5	93,1	+11,6	NS
Par prévention secondaire	RMR MTL	Français	63,1	56,4	47,1	41,3	-34,5	S
		Anglais	46,7	45,1	42,2	36,8	-21,2	S
	Autres RMR	Français	57,5	50,8	41,4	38,1	-33,7	S
		Anglais	41,2*	31,5*	27,8*	25,3*	-38,6	NS
	Hors RMR	Français	56,2	50,1	42,9	37,8	-32,8	S
		Anglais	48,5	41,9	42,2	36,1	-25,6	NS
Par prévention tertiaire	RMR MTL	Français	60,3	53,6	45,4	41,9	-30,5	S
		Anglais	47,4	44,2	40,6	36,7	-22,5	S
	Autres RMR	Français	55,7	48,0	40,4	38,7	-30,5	S
		Anglais	38,8*	26,4*	27,8*	24,9*	-35,8	NS
	Hors RMR	Français	55,8	50,0	43,0	40,7	-27,1	S
		Anglais	46,9	43,8	40,2	37,4	-20,3	NS

[†] Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux francophones et anglophones pour chacune des périodes. Les cases où les différences entre francophones et anglophones ne sont pas statistiquement significatives sont teintées de vert.

^{††} Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux de la première période (T1) à la dernière (T4), séparément pour les francophones et les anglophones. (S indique une baisse statistiquement significative et NS non significative).

* Indique un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Dans ces cas, la valeur du taux doit être interprétée avec prudence.

De même, peu de différences significatives ressortent au niveau des causes plus spécifiques de mortalité évitable, hormis des taux plus élevés chez les femmes francophones dans la RMR de Montréal pour le cancer du poumon et, lors des périodes T1 et T2 uniquement, pour les maladies ischémiques du cœur.

Les variations entre 1990 et 2007 (T1 vs T4) ne sont jamais significatives chez les femmes anglophones à une exception près (maladies ischémiques du cœur dans la RMR de Montréal). Par ailleurs, il est important de souligner la hausse significative des taux de mortalité évitable pour le cancer du poumon chez les femmes francophones partout au Québec. Il semble y avoir aussi hausse apparente chez les femmes anglophones des autres RMR et hors RMR pour la même cause mais ces hausses ne sont pas significatives statistiquement.

Tableau 11 Taux standardisés de mortalité évitable pour certaines causes spécifiques chez les femmes, selon le territoire, la langue maternelle[†] et la période^{††} (taux ajustés par 100 000 habitants)

Mortalité évitable	Territoires	Groupe linguistique	T1 1990- 1994	T2 1995- 1999	T3 2000- 2004	T4 2005- 2007	T1 vs T4	P value
Cancer du poumon	RMR Montréal	Francophone	39,2	44,8	45,7	48,7	+24	S
		Anglophone	28	29,8	30,8	25,9	-7,4	NS
	Autres RMR	Francophone	31,6	34,9	40,1*	41,5**	+31,6	S
		Anglophone	21,4**	22,9**	28,1**	25,7**	+20,5	NS
	Hors RMR	Francophone	29	33,6	39,7	42,4	+46,2	S
		Anglophone	24,8*	37,3*	26,4*	39,8*	+60,5	NS
Cancer du sein	RMR Montréal	Francophone	33,7	29,5	26,8	22,8	-32,3	S
		Anglophone	27,5	25,5	24,3	22,4	-18,3	NS
	Autres RMR	Francophone	31,6	25,7	23,1	22,1	-30	S
		Anglophone	19,2**	7,4**	10,6**	10,0**	-47,8	NS
	Hors RMR	Francophone	28,6	25,2	22,6	21,5	-24,9	S
		Anglophone	24,4*	21,5*	16,8**	14,8**	-39,2	NS
Maladies ischémiques	RMR Montréal	Francophone	56,1	46	29,6	22	-60,7	S
		Anglophone	37,9	30,6	25,1	20,2	-46,7	S
	Autres RMR	Francophone	45,2	35,1	21,2	18,4	-59,3	S
		Anglophone	28,4**	26,2**	23,5**	13,1**	-53,8	NS
	Hors RMR	Francophone	45,9	35,6	24,5	19,1	-58,5	S
		Anglophone	33,4*	27,9*	24,2*	19,4*	-41,9	NS
Cancer colorectal	RMR Montréal	Francophone	16	14,6	12,6	11,7	-26,7	S
		Anglophone	12,1*	11,9*	11,8*	12,1*	-0,3	NS
	Autres RMR	Francophone	15,1	13,9	12,6	11,9	-21	NS
		Anglophone	12,9**	9,5**	8,7**	12,4**	-4,4	NS
	Hors RMR	Francophone	15,6	14,7	12,5	10,9	-30,4	S
		Anglophone	10,5**	11,6**	11,8**	11,6**	+10,7	NS

[†] Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux francophones et anglophones pour chacune des périodes. Les cases où les différences entre francophones et anglophones ne sont pas statistiquement significatives sont teintées de vert.

^{††} Un test Z sur la transformation logarithmique des taux a été fait pour comparer les taux de la première période (T1) à la dernière (T4), séparément pour les francophones et les anglophones. (S indique une baisse statistiquement significative et NS non significative).

* Indique un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Dans ces cas, la valeur du taux doit être interprétée avec prudence.

4 LES PRINCIPAUX CONSTATS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA MINORITÉ ANGLOPHONE AU QUÉBEC

Les résultats observés au chapitre de la mortalité évitable indiquent que d'importants progrès ont été accomplis ces dernières années. Que ce soit au sein du groupe linguistique anglophone ou francophone, la baisse de mortalité évitable est marquée. Chez les hommes, la mortalité évitable générale a baissé de 38 % chez les francophones et de 28 % chez les anglophones alors que la diminution a été de 23 % chez les femmes francophones et de 20 % chez les femmes anglophones. Il semble donc que les efforts de promotion de la santé, de prévention des maladies et des traumatismes de même que les progrès accomplis dans les méthodes de dépistage, de diagnostic et de soins aient globalement porté fruit au cours des vingt dernières années.

Un écart de mortalité évitable entre les deux communautés linguistiques demeure perceptible. Bien que cet écart reste favorable aux anglophones, il a sensiblement diminué depuis le début des années 1990, principalement en raison de la diminution plus accentuée de la mortalité chez les francophones. Cette tendance traduirait non pas une détérioration pour les anglophones mais plutôt un rattrapage chez les francophones qui, au début des années 1990, présentaient des taux ajustés de mortalité évitable notablement plus élevés que ceux des anglophones. Chez les hommes, les taux de mortalité évitable générale sont passés de 489 à 303 par 100 000 chez les francophones et de 329 à 234 par 100 000 chez les anglophones. Du côté féminin, ces taux sont passés de 231 à 179 par 100 000 chez les francophones et de 181 à 145 par 100 000 chez les anglophones.

Les effectifs de décès parfois réduits dans le groupe anglophone ne permettent pas toujours de tirer des conclusions pour des causes spécifiques. Cependant, du côté des **hommes anglophones**, nous constatons une diminution significative et importante de la mortalité évitable pour les maladies ischémiques du cœur pour l'ensemble du Québec et pour les trois territoires analysés. Les gains sont variables selon les territoires mais sont toujours importants (diminutions allant de 44 % à 64 %). La situation est la même pour le cancer du poumon où le recul est significatif dans l'ensemble du Québec et dans la RMR de Montréal (baisse de 28 % pour la RMR de Montréal et tendance à la baisse non significative dans les deux autres territoires). Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) présentent un profil identique à celui du cancer du poumon avec une diminution importante et significative de l'ordre de 48 % pour le Québec et la RMR de Montréal.

Dans tous ces cas, les gains chez les anglophones sont presque aussi importants que chez les francophones et nous pouvons conclure que les mesures de prévention primaire, secondaire ou tertiaire mises en place au cours des vingt dernières années ont eu un impact similaire et significatif chez les hommes des deux groupes linguistiques.

Nous avons regardé de plus près le cancer colorectal à cause de son importance parmi les causes évitables de décès. Les francophones de l'ensemble du Québec et de la RMR de Montréal ont connu une baisse significative du taux de mortalité pour cette cause alors qu'il n'y a eu aucun changement significatif chez les hommes anglophones. Pour l'ensemble des hommes anglophones du Québec, le taux de la dernière période T4 est supérieur à celui de la première T1 (19,4 vs 17 par 100 000) mais la différence n'est significative sur le plan

statistique, contrairement aux francophones chez qui la diminution est marquée et significative (-18 %). Il est difficile d'interpréter la stagnation des taux de mortalité des hommes anglophones, l'évolution des taux de mortalité chez les francophones indiquent certainement un rattrapage par rapport aux anglophones.

Du côté des **femmes anglophones**, le cancer du poumon est la cause de mortalité évitable la plus préoccupante. Le taux de mortalité évitable attribuable à ce cancer serait resté stable pour l'ensemble du Québec alors que c'est une des causes pour laquelle une diminution importante a été observée chez les hommes. Cela traduit-il un impact différencié selon le genre des mesures de santé publique mises en place pour réduire l'usage de la cigarette? Cette relative stabilité est malgré tout positive lorsque comparée à la hausse importante enregistrée chez les femmes francophones au Québec (+32 %) et à la tendance générale canadienne qui a mis en évidence une augmentation des taux de décès par cancer du poumon chez les femmes de 28 décès par 100 000 en 1990 à 40 par 100 000 en 2007⁴³.

Il existe peu de données détaillées sur l'usage du tabac selon la langue mais l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010 nous indique que 14,8 % des femmes de Montréal parlant l'anglais à la maison étaient fumeuses, contre 24,6 % des femmes parlant le français.

Par ailleurs, les taux de mortalité évitable pour maladies ischémiques du cœur ont diminué de façon significative chez les femmes anglophones (-47 %) comme chez les francophones (-60 %), dans l'ensemble du Québec et dans la RMR de Montréal (baisse importante mais non significative ailleurs au Québec).

Le cancer du sein a aussi connu une diminution dans les deux groupes linguistiques qui est cependant non significative du côté des femmes anglophones (-30 % et -24 % respectivement).

Enfin, à l'image des observations faites pour les hommes, le cancer colorectal semble connaître une évolution de ses taux de mortalité évitable différente chez les femmes anglophones comparées aux francophones. Ces dernières ont connu des diminutions significatives à peu près partout au Québec (entre -21 et -30 %), alors qu'aucun changement significatif n'a été constaté chez les anglophones.

⁴³ « Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*, Toronto, Canada, 2007 ». Avril 2007, ISSN 0835-2976 ET Institut national du cancer du Canada : *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1990*, Toronto, Canada, 1990. Avril 1990, ISSN 0835-2984. À noter que l'on compte ici tous les décès et non seulement ceux avant l'âge de 75 ans.

CONCLUSION

Il est impossible avec l'ensemble des paramètres analysés de tirer une conclusion simple qui s'appliquerait à toute la population anglophone du Québec. Il est certain qu'une géographie plus fine aurait favorisé une compréhension détaillée des problèmes spécifiques à la minorité anglophone, mais les faibles effectifs rendent difficile une telle entreprise.

Des analyses ultérieures devraient aussi inclure le statut socioéconomique des anglophones et des francophones parmi les paramètres d'analyse. D'autres travaux menés dans le cadre de notre projet⁴⁴ laissent entrevoir un appauvrissement d'une partie de la population anglophone et l'élargissement du fossé entre riches et pauvres chez les anglophones du Québec plus prononcé que chez les francophones. Certains de nos résultats pourraient être nuancés par ces nouvelles analyses.

Certains constats divergents entre les hommes et les femmes soulèvent quelques interrogations. C'est le cas par exemple du cancer du poumon pour lequel les taux de mortalité ont diminué de façon marquée chez les hommes, mais sont demeurés assez stables chez les femmes. Cette différence reflète certainement des tendances historiques différentes entre les hommes et les femmes en matière de tabagisme. Mais elle interpelle aussi les efforts de prévention en santé publique et notamment les programmes de cessation du tabagisme qui pourraient avoir porté fruits de façon différenciée selon le genre.

Nos analyses ont aussi révélé une diminution marquée de la mortalité par cancer colorectal chez les francophones (hommes et femmes) mais non chez les anglophones pour qui les taux sont demeurés assez stables. Il est important de préciser qu'en 1990-1994 (période T1) les taux de mortalité des francophones étaient nettement supérieurs à ceux des anglophones, alors que cet écart est totalement comblé lors de la période plus récente 2005-2007 (T4). Cela traduit sans conteste un rattrapage des francophones pour cette cause de mortalité. La question qui subsiste est de savoir si la communauté anglophone aurait pu enregistrer une diminution des taux, quoique plus légère, dans ce même laps de temps plutôt que la stagnation observée? Autrement-dit, les taux des hommes et femmes anglophones représentent-ils une valeur seuil difficile à franchir, déjà atteinte dans leur cas dès la période T1?

Nous pouvons conclure, mis à part ces quelques particularités, que l'ensemble des mesures de nature primaire, secondaire et tertiaire produisent l'effet attendu, tant chez les anglophones que chez les francophones, et que les deux groupes linguistiques connaissent en ce sens une évolution positive de leur état de santé. Il s'est produit en vingt ans un rattrapage important en termes de mortalité évitable pour la population francophone du Québec; il s'agit maintenant de s'assurer que les deux communautés linguistiques continuent à évoluer de pair.

⁴⁴ Lussier, M.-H. *La situation socioéconomique des anglophones du Québec*. Institut national de santé publique du Québec, décembre 2011.

ANNEXE 1

CLASSIFICATION DES CAUSES DE DÉCÈS ÉVITABLES DU HUNTER NEW ENGLAND NSW HEALTH

CLASSIFICATION DES CAUSES DE DÉCÈS ÉVITABLES DU HUNTER NEW ENGLAND NSW HEALTH							
	Groupe	Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Mortalité évitable par la prévention primaire	Mortalité Évitable par la prévention secondaire	Mortalité Évitable par la prévention tertiaire
1	Entérite et autres maladies diarrhéiques	Maladies diarrhéiques	001-009	A00-A09	0.7	0.1	0.2
2	Infection	Tuberculose	010-018,137	A15-A19, B90	0.6	0.35	0.05
3	Maladies pouvant être prévenues par un vaccin	Diphthérie, coqueluche, tétanos, polio, Hib, rougeole, rubéole	032-033, 036.0, 037, 041.2, 041.5, 045, 052, 055-056	A35-A37, A49.1, A49.2, A80, B01, B05-B06, J11	0.9	0.05	0.05
4	Infections bactériennes invasives sélectionnées	Sepsie, paludisme, méningite, cellulite, pneumonie	034-035, 038, 084, 320, 481-482, 485, 681-682	A38-A41, A46, A48.1, B50-B54, G00, G03, J13-J15, J18, L03	0.3	0.4	0.3
5	Infections transmissibles sexuellement, à l'exception du VIH/sida		090-099, 614.0-614.5, 614.7-616.9, 633	A50-A64, M02.3, N34.1, N70-N73, N75.0, N75.1, N76.4, N76.6, O00	0.8	0.1	0.1
6	Infection	VIH/sida	042, '279.10	B20-B24	0.9	0.05	0.05
7	Infection	Hépatite	070	B15-B19	0.7	0.1	0.2
8	Infection	Pneumonie virale, grippe	480, 487	J10, J12, J17.1, J21	0.4	0.5	0.1
9	Tumeurs	Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	140-149	C00-C14	0.8	0.1	0.1
10	Tumeurs	Cancer de l'oesophage	150	C15	0.95	0	0.05
11	Tumeurs	Cancer de l'estomac	151	C16	0.4	0.2	0.4
12	Tumeurs	Cancer colorectal	153, 154	C18-C21	0.4	0.5	0.1
13	Tumeurs	Cancer du foie	155	C22	0.7	0.1	0.2
14	Tumeurs	Cancer du poumon	162	C33-C34	0.95	0	0.05
15	Tumeurs	Cancer de la peau (mélanome)	172	C43	0.6	0.1	0.3
16	Tumeurs	Cancer de la peau (non-mélanome)	173	C44	0.6	0.1	0.3
17	Tumeurs	Tumeur maligne du sein	174	C50	0.15	0.35	0.5
18	Tumeurs	Cancer de l'utérus	179, 182	C54-C55	0.1	0.4	0.5

CLASSIFICATION DES CAUSES DE DÉCÈS ÉVITABLES DU HUNTER NEW ENGLAND NSW HEALTH							
	Groupe	Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Mortalité évitable par la prévention primaire	Mortalité Évitable par la prévention secondaire	Mortalité Évitable par la prévention tertiaire
19	Tumeurs	Cancer du col de l'utérus	180	C53	0.3	0.5	0.2
20	Tumeurs	Cancer de la vessie	188	C67	0.5	0.25	0.25
21	Tumeurs	Cancer des testicules	186	C62	0	0.3	0.7
22	Tumeurs	Cancer des yeux	190	C69	0	0	1
23	Tumeurs	Cancer de la thyroïde	193	C73	0.1	0.2	0.7
24	Tumeurs	Maladie de Hodgkin	201	C81	0	0.1	0.9
25	Tumeurs	Leucémie (âge < 44 seul.)	204-208	C91.0, C91.1	0.05	0.05	0.9
26	Tumeurs	Tumeurs bénignes	210-229	D10-D36	0	0	1
27	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Anémie due à une déficience nutritionnelle	280-281	D50-D53	1	0	0
28	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Affections de la thyroïde	240-246	E00-E07	0.1	0.7	0.2
29	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Diabètes	250	E10-E14	0.3	0.6	0.1
30	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Maladies de la glande surrénale *	255.0, 255.4	E24, E27			
31	Anomalies congénitales métaboliques	Hypothyroïdisme congénital, CAH, PKU, galatosaemia	255.2, 270.1, 271.1	E25, E70.0, E74.2	0	0.8	0.2
32	Troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues	Maladies liées à la consommation d'alcool, à l'exception des causes externes	291, 303, 305.0, 425.5, 535.3, 571.0-571.3	F10, I42.6, K29.2, K70	0.9	0	0.1
33	Troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues	Troubles liés à la consommation de drogues	292, 304, 305.2-305.9	F11-F16, F18-F19	0.9	0	0.1
34	Affections du système nerveux	Épilepsie	345	G40-G41	0	0.9	0.1
35	Maladies de l'appareil circulatoire	Cardiopathie rhumatismale	391-398	I01-I09	0.3	0.6	0.1
36	Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies hypertensives	402	I11	0.3	0.65	0.05

CLASSIFICATION DES CAUSES DE DÉCÈS ÉVITABLES DU HUNTER NEW ENGLAND NSW HEALTH							
	Groupe	Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Mortalité évitable par la prévention primaire	Mortalité Évitable par la prévention secondaire	Mortalité Évitable par la prévention tertiaire
37	Maladies de l'appareil circulatoire	Cardiopathie ischémique	410-414	I20-I25	0.5	0.25	0.25
38	Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies cérébrovasculaires	430-438	I60-I69	0.3	0.5	0.2
39	Maladies de l'appareil circulatoire	Anévrisme aortique	441	I71	0.3	0.3	0.3
40	Maladies de l'appareil génito-urinaire	Néphrite et néphrose	403, 580-589, 591	I12-I13, N00-N09, N17-N19	0.1	0.2	0.7
41	Maladies de l'appareil génito-urinaire	Uropathie obstructive, lithiase urinaire et hyperplasie de la prostate	592, 593.7, 594, 598, 599.6, 600	N13, N20-N21, N35, N40, N99.1	0.3	0.3	0.3
42	Maladies de l'appareil circulatoire	Thrombo-embolie veineuse	415.1, 451.1	I26, I80.2	0.3	0.3	0.3
43	Maladies de l'appareil respiratoire	Maladies pulmonaires obstructives chroniques	490-492, 496	J40-J44	0.8	0.1	0.1
44	Maladies de l'appareil respiratoire	Asthme	493	J45-J46	0.1	0.7	0.2
45	Maladies des voies respiratoires supérieures		382-383, 460-465	J00-J06, H66, H70	0.4	0.5	0.1
46	Maladies de l'appareil digestif	Ulcère digestif	531-534	K25-K28	0.05	0.75	0.2
47	Maladies de l'appareil digestif	Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	540-543, 550-553, 574-577	K35-K38, K40-K46, K80-K83, K85-K86, K91.5	0	0	1
48	Maladies de l'appareil digestif	Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	571.4-571.9	K73, K74	0.7	0.1	0.2
49	Maladies du système ostéo-articulaire	Ostéomyélite, peau, os et inflammation des jointures	730	M86, M89-M90	0.2	0.5	0.3

CLASSIFICATION DES CAUSES DE DÉCÈS ÉVITABLES DU HUNTER NEW ENGLAND NSW HEALTH							
	Groupe	Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Mortalité évitable par la prévention primaire	Mortalité Évitable par la prévention secondaire	Mortalité Évitable par la prévention tertiaire
50	Infantiles et maternelles	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	237.70, 740-760	H31.1, P00, P04, Q00-Q99	0.1	0.2	0.7
51	Infantiles et maternelles	Grossesse, accouchement et puerpéralité	630-632, 634-676	O01-O99	0.2	0.5	0.3
52	Infantiles et maternelles	Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	764-779	P03, P05-P95	0.3	0.2	0.5
53	Le syndrome de mort subite du nourrisson	SIDS	798.0	R95	1	0	0
54	Blessures non intentionnelles	Accidents de transport	E810-E819	V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99	0.6	0	0.4
55	Blessures non intentionnelles	Intoxication accidentelle	E850-E869	X40-X49	0.6	0	0.4
56	Blessures non intentionnelles	Chutes	E880-E886, E888	W00-W19	0.6	0	0.4
57	Blessures non intentionnelles	Feu et flammes	E890-E899	X00-X09	0.8	0	0.2
58	Blessures non intentionnelles	Noyade	E910	W65-W74	0.8	0	0.2
59	Blessures intentionnelles	Suicide et blessures auto-infligées	E950-E959, E980-E989	X60-X84, Y87.0, Y10-Y34	0.6	0.3	0.1
60	Blessures intentionnelles	Agressions	E960-E969	X85-Y09, Y87.1	1	0	0
61	Guerre		E990-E999	Y36	1	0	0
62	Effets indésirables de soins médicaux et chirurgicaux	Incidents survenus aux patients au cours d'actes médicaux ou chirurgicaux; actes à l'origine de réactions anormales du patient	E870 - E879	Y60-Y84	0	0.2	0.8

Source: Hunter New England Population Health, Health in Hunter New England e-Resource, Hunter New England Area Health Service, 2007. Available at: http://www.hnehealth.nsw.gov.au/HNEPH/HHNE/toc/app_icd_avm.htm.

Note : Les maladies de la glande surrénale (cause 30) n'ont pas été retenues dans nos analyses considérant le petit nombre des décès.

ANNEXE 2

**TAUX DE MORTALITÉ POUR CAUSES DÉTAILLÉES
DE MORTALITÉ ÉVITABLE SELON LA LANGUE ET LE SEXE,
ENSEMBLE DU QUÉBEC ET TERRITOIRES, 1990-2007**

Tableau 12 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les hommes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
Hommes Québec									
1	Maladies diarrhéiques			1	1,7				
2	Tuberculose	0,6							
4	Infections bactériennes invasives	3,3	2,8	5,3	5,9	3,5	2,9	5,7	6
6	HIV/AIDS	11,2	7,5	3	2,7	10,5	6,7	2,9	
7	Hépatite	0,5	0,8	0,8	1				
9	Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	7,7	5,6	4,5	3,6	3,9	5,3	3,4	4,2
10	Cancer de l'œsophage	4,5	5,3	5	5,3	4,8	5,5	4,4	4,4
11	Cancer de l'estomac	8,7	7,9	6,4	5,6	6,4	6	6,3	6
12	Cancer colorectal	24	23	21	19,8	17	16,2	15,7	19,4
13	Cancer du foie	4,1	4,5	4,6	4,9	3,8	4,2	5	5,8
14	Cancer du poumon	96,6	84,5	72	64,1	54,4	48,8	42,6	37,3
15	Cancer de la peau (mélanome)	1,8	2	1,9	2				2,9
16	Cancer de la peau (non-mélanome)	0,6	1	0,5	0,5				
20	Cancer de la vessie	4,4	3,9	3,7	3,6	3,3		3,5	3,1
24	Maladie de Hodgkin	0,8	0,6	0,5	0,5				
25	Leucémie (âge < 44 seul.)	0,9	0,9						
26	Tumeurs bénignes		0,4						
29	Diabète	13,4	14	13,5	11,1	12,2	12	14,1	9,9
32	Maladies liées à la consommation d'alcool	8,9	8,4	7,6	6,7	5,6	7,7	7,1	5,2
34	Épilepsie	1,2	1,1	1,2	1,2				
35	Cardiopathie rhumatismale	1,2	1	0,8	0,5				
36	Maladies hypertensives	0,5							
37	Cardiopathie ischémique	146,3	116,3	79,9	61,9	108,9	92,1	72,1	54,2
38	Maladies cérébrovasculaires	23,7	19,8	14,2	11,7	15,8	17,8	13,6	10,7
39	Anévrisme aortique	6,7	5,3	4,3	3,5	5,1	4,1	3,3	3,5
40	Néphrite et néphrose	5,6	5,1	4,8	4,2	3,5	4,3	4,6	3
42	Thrombo-embolie veineuse	1,8	1,8	1,7	1,3				
43	MPOC	26,3	21,2	15,5	12,3	12,1	11,9	8,5	6,4
44	Asthme	0,8	0,5						
46	Ulcère digestif	1,5	1,1	0,6	0,5				
47	Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	2,4	2	1,8	1,6				
48	Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	6,8	5,2	4,6	4,1	5,6	3,8	4,1	
50	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3,9	3,1	2,7	2,5		3,1		2,7

Tableau 12 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les hommes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007 (suite)

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
52	Complications durant la période périnatale	2,2	1,7	2,1	2,5				2,6
53	SIDS	0,8	0,5						
54	Accidents de transport			12,8	13,6			5,1	5,3
55	Intoxication accidentelle			3,2	3,8				4
56	Chutes			2,9	3,1				3
57	Feu et flammes			0,7	0,7				
58	Noyade			1,1	1,1				
59	Suicide et blessures auto-infligées			32,6	28,9			13,3	13,5
60	Agressions			2	1,5				2,8
62	Effets indésirables de soins médicaux et chirurgicaux			0,4					
Hommes RMR Montréal									
1	Maladies diarrhéiques			1,5	2,2				
4	Infections bactériennes invasives	4,4	3,1	5,7	6,4	4,2		6,4	6,3
6	HIV/AIDS	21,6	13,1	5,2	5	7,9			
7	Hépatite		1,3	1,3	1,3				
9	Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	9	6,5	5,1	3,5	5,4		4,4	
10	Cancer de l'œsophage	5,3	5,7	4,8	5,6	5,5	4,1	3,9	
11	Cancer de l'estomac	9	7,3	6,3	6	6,9	6,2	6,4	6,9
12	Cancer colorectal	26,1	24,7	22,5	19,9	16,9	16,7	16,8	20,7
13	Cancer du foie	5,3	5	5,4	5,8	4,2	5,5	6,6	
14	Cancer du poumon	100	86,9	71,9	65	47,7	43,7	37,7	
15	Cancer de la peau (mélanome)	2,1	1,8	2,1	2,3				
16	Cancer de la peau (non-mélanome)		1,1						
20	Cancer de la vessie	4,7	4,4	4,3	3,9		3,9		
25	Leucémie (âge < 44 seul.)	0,9	1						
29	Diabète	15,6	16,7	14,9	12,1	12	11,4	14,6	11,2
32	Maladies liées à la consommation d'alcool	10,3	9,5	8,1	7,2	7,5	7,2	5,4	
34	Épilepsie	1,3	1,3	1,1	1,5				
35	Cardiopathie rhumatismale	1,4	1,2						
37	Cardiopathie ischémique	157	126,6	87,8	66,7	93,6	71,5	55,1	
38	Maladies cérébrovasculaires	24,3	20,6	14,7	12	15,5	18,5	14	11,8
39	Anévrisme aortique	7,6	5,2	4,7	4	5,5	4		
40	Néphrite et néphrose	6,1	5,5	4,9	4,8	3,8	4,5	4,9	
42	Thrombo-embolie veineuse	2,1	1,4	1,6	1,5				
43	MPOC	25,4	20,7	15	12,3	11,3	7,7	6,2	

Tableau 12 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les hommes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007 (suite)

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
44	Asthme								
46	Ulcère digestif	2,3	1,6						
47	Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	2,3	2,4	1,9	2,1				
48	Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	8,1	6,1	5,1	4,8	4,1	4,2		
50	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3,9	3	2,5	2,7		2,9		
52	Complications durant la période périnatale	2,5	1,9	2,2	2,5				
53	SIDS	1							
54	Accidents de transport			7,5	8,9			4	3,7
55	Intoxication accidentelle			3,7	4,3				4,2
56	Chutes			2,9	3,2				
58	Noyade			0,9					
59	Suicide et blessures auto-infligées			26,7	23,7			11,8	12,4
60	Agressions			2,6	2,1				
61	Guerre								
Hommes Autres RMR									
4	Infections bactériennes invasives	2,5	2,9	4,7	5,3				
6	HIV/AIDS	6,5	5,5	2,3	1,9				
9	Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	8,6	5,8	4,8	3				
10	Cancer de l'œsophage	5	5,6	5,1	5,5				
11	Cancer de l'estomac	7,9	6,9	5,4	4,9				
12	Cancer colorectal	25,1	21,9	20,4	20,3				
13	Cancer du foie	3,9	5	4,6	5,5				
14	Cancer du poumon	93,6	82,2	69,5	58,3	53,1	37,8		
15	Cancer de la peau (mélanome)		2,4	1,7	1,8				
20	Cancer de la vessie	4,9	4,1	3,2	3,1				
29	Diabète	13,5	13,8	13,3	10,8				
32	Maladies liées à la consommation d'alcool	8,7	9,5	8,1	7				
37	Cardiopathie ischémique	142,7	110,6	74,3	56,4	73,5	62,4	36,5	
38	Maladies cérébrovasculaires	23,1	19	13,6	11,3				
39	Anévrisme aortique	6,9	5,6	4,8	3,2				
40	Néphrite et néphrose	5,8	4,6	5,6	3,8				
42	Thrombo-embolie veineuse		2,1						
43	MPOC	28,4	21,2	15,8	12,4				

Tableau 12 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les hommes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007 (suite)

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
48	Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	7,1	5,4	4,9	3,7				
50	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3,7	2,5	2,7	2,1				
52	Complications durant la période périnatale	2,3	2	2	2,6				
53	SIDS								
54	Accidents de transport			9,6	9,7				
55	Intoxication accidentelle			3,3	3,7				
56	Chutes			2,8	2,5				
59	Suicide et blessures auto-infligées			32,7	29,5				
Hommes Hors RMR									
1	Maladies diarrhéiques				1,4				
4	Infections bactériennes invasives	2,8	2,4	5,2	5,8				
6	HIV/AIDS	3,2	2,8	1,2					
9	Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	5,9	4,7	3,8	4				
10	Cancer de l'œsophage	3,5	4,6	5,1	4,9				
11	Cancer de l'estomac	8,7	8,9	7,2	5,7				
12	Cancer colorectal	21,6	21,8	20	19,5	19,5			17,5
13	Cancer du foie	3,1	3,8	3,8	3,7				
14	Cancer du poumon	93,1	83,5	73,3	66,3	50,8	39,2	40,1	
15	Cancer de la peau (mélanome)	1,5	2	1,7	1,8				
20	Cancer de la vessie	3,8	3,3	3,5	3,5				
25	Leucémie (âge < 44 seul.)	1							
29	Diabète	11,2	11,8	12,4	10,4				
32	Maladies liées à la consommation d'alcool	7,6	6,9	6,9	6,2				
34	Épilepsie	1,1	1,2	1,2	1				
35	Cardiopathie rhumatismale	1,1	1						
37	Cardiopathie ischémique	135,5	109,7	75,7	60,5	92,2	80,1	62,5	
38	Maladies cérébrovasculaires	23	19,4	14,1	11,6				
39	Anévrisme aortique	5,8	5,4	3,8	3,3				
40	Néphrite et néphrose	5,1	5	4,5	3,9				
42	Thrombo-embolie veineuse	1,5	2	1,8	1,2				
43	MPOC	25,6	21,6	15,7	12,2				
46	Ulcère digestif	1,1							
47	Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	2,5	1,9	2	1,4				

Tableau 12 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les hommes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007 (suite)

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
48	Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	5,4	4,3	4	3,6				
50	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3,9	3,5	2,9	2,6				
52	Complications durant la période périnatale	1,9	1,4	2,2	2,3				
53	SIDS	0,6							
54	Accidents de transport			20,1	21,2				
55	Intoxication accidentelle			2,6	3,5				
56	Chutes			3	3,3				
57	Feu, flammes			1	1				
58	Noyade			1,4	1,6				
59	Suicide et blessures auto-infligées			38,7	34,5			25,1	27,2
60	Agressions			1,8	1,5				

Tableau 13 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les femmes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
Femmes Québec									
1	Maladies diarrhéiques			0,8	1,3				
2	Tuberculose								
4	Infections bactériennes invasives	2	1,7	3,3	4,1			3,8	3
6	HIV/AIDS	1,1	0,9	0,6	0,6				
7	Hépatite		0,3	0,3	0,3				
9	Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	1,5	1,5	1,3	1,2				
10	Cancer de l'œsophage	1,1	1	0,8	1				
11	Cancer de l'estomac	4	3,5	2,5	2,5	2,9	3,4	2,8	2,8
12	Cancer colorectal	15,8	14,5	12,5	11,4	12,1	11,7	11,6	12
13	Cancer du foie	1,9	1,8	1,9	2,1				
14	Cancer du poumon	33,9	38,3	42,1	44,6	27,5	30,5	29,9	28
15	Cancer de la peau (mélanome)	1,1	1,1	1	1,1				
16	Cancer de la peau (non-mélanome)				0,3				
17	Cancer du sein (femmes seul.)	31,5	27	24,4	22,1	26,7	23,5	22,1	20,3
18	Cancer de l'utérus	3,3	3	2,5	2,5	3,2	2,9	3	4,5
19	Cancer du col utérin	2,1	1,9	1,6	1,4				
20	Cancer de la vessie r	1,1	1,2	1	1				
23	Cancer de la thyroïde		0,4		0,3				
24	Maladie de Hodgkin	0,4			0,4				
25	Leucémie (âge < 44 seul.)	0,7	0,6						
26	Tumeurs bénignes	0,5		0,4	0,4				
29	Diabète	8,6	7,7	7,1	5,6	6,9	7	8,1	5,8
32	Maladies liées à la consommation d'alcool	1,7	1,9	1,8	1,6				
34	Épilepsie	0,9	0,7	0,8	0,8				
35	Cardiopathie rhumatismale	2	1,8	1,2	1				
37	Cardiopathie ischémique	50,3	39,7	25,7	20,1	36,8	29,9	24,7	19,5
38	Maladies cérébrovasculaires	15,4	13,6	10,4	8,5	11,4	11,7	8,9	6
39	Anévrisme aortique	1,9	1,8	1,3	1				
40	Néphrite et néphrose	3,4	3,1	2,7	2,3		3,6		
42	Thrombo-embolie veineuse	1,4	1,6	1,6	1,4				
43	MPOC	10,1	10,9	10,4	10,1	6,3	7,5	8,1	6
44	Asthme	1,1	0,7	0,4	0,3				
46	Ulcère digestif	0,6	0,5						
47	Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	1,1	1,1	1	0,9				

Tableau 13 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les femmes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007 (suite)

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
48	Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	2,9	2,5	2,3	2	2,7			
50	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3,3	2,8	2,4	2,5	2,6	2,4		
52	Complications durant la période périnatale	1,6	1,4	2	2,1				
53	SIDS	0,5	0,3						
54	Accidents de transport			5,3	5,3				
55	Intoxication accidentelle			1,3	1,7				
56	Chutes			0,8	0,8				
57	Feu et flammes			0,4	0,4				
58	Noyade				0,3				
59	Suicide et blessures auto-infligées			9,4	8,6			5	4,1
60	Agressions			0,9	0,7				
62	Effets indésirables de soins médicaux et chirurgicaux			0,4					
Femmes RMR Montréal									
1	Maladies diarrhéiques			1,3	1,7				
4	Infections bactériennes invasives	2,5	2	3,3	5			3,9	
6	HIV/AIDS	2,1	1,6	1,1	0,8				
7	Hépatite								
9	Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	1,9	1,7	1,4	1,1				
10	Cancer de l'œsophage	1,4	1,3	0,8	1,1				
11	Cancer de l'estomac	3,4	3,1	2,4	2,3		3,6		
12	Cancer colorectal	16	14,6	12,6	11,7	12,1	11,9	11,8	12,1
13	Cancer du foie	2,3	1,9	2,3	2,1				
14	Cancer du poumon	39,2	44,8	45,7	48,7	28	29,8	30,8	25,9
15	Cancer de la peau (mélanome)	1,3	1,2	1	1,3				
16	Cancer de la peau (non-mélanome)								
17	Cancer du sein (femmes seul.)	33,7	29,5	26,8	22,8	27,5	25,5	24,3	22,4
18	Cancer de l'utérus	3,4	3,4	2,5	2,6				
19	Cancer du col utérin	2,5	1,7	1,7	1,1				
20	Cancer de la vessie	1,1	1,3	1,1	1				
29	Diabète	8,6	8,5	8,1	6,3	6,4	7,1	7,9	5,2
32	Maladies liées à la consommation d'alcool	2,1	2	2,1	1,7				
34	Épilepsie	0,9		0,8	0,9				
35	Cardiopathie rhumatismale	2,1	2	1,5	1,3				

Tableau 13 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les femmes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007 (suite)

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
37	Cardiopathie ischémique	56,1	46	29,6	22	37,9	30,6	25,1	20,2
38	Maladies cérébrovasculaires	15,3	14,1	10,3	9,1	10,3	11,4	9,3	6,4
39	Anévrisme aortique	2	1,6	1,4	1,2				
40	Néphrite et néphrose	3,2	3,3	2,8	2,6		3,8		
42	Thrombo-embolie veineuse	1,5	1,6	1,7	1,7				
43	MPOC	10,5	12,1	10,7	10,7	6,7	6,7	7,6	5,2
44	Asthme	0,9							
47	Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	1,1	1,3	1,2	0,9				
48	Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	3,5	2,7	2,4	2				
50	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3,1	2,4	2,2	2,3				
52	Complications durant la période périnatale	1,9	1,5	1,9	2,1				
53	SIDS								
54	Accidents de transport			3	3,4				
55	Intoxication accidentelle			1,5	1,8				
56	Chutes			0,9	0,8				
58	Noyade								
59	Suicide et blessures auto-infligées			8,8	7,6			5	4
60	Agressions			8,8					
61	Guerrer			1					
Femmes autres RMR									
4	Infections bactériennes invasives	1,8		3,4	3,4				
6	HIV/AIDS								
9	Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx				1,4				
10	Cancer de l'œsophage								
11	Cancer de l'estomac	3,8	3,8	2,2	2,4				
12	Cancer colorectal	15,1	13,9	12,6	11,9				
13	Cancer du foie		2		2,3				
14	Cancer du poumon	31,6	34,9	40,1	41,5				
15	Cancer de la peau (mélanome)								
17	Cancer du sein (femmes seul.)	31,6	25,7	23,1	22,1				
18	Cancer de l'utérus	3,6	2,6	2,5	2,2				
19	Cancer du col utérin	2	1,8	1,6	1,7				
20	Cancer de la vessie								

Tableau 13 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les femmes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007 (suite)

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
29	Diabète	8,8	7,9	6,3	5,5				
32	Maladies liées à la consommation d'alcool		2,1	2	1,7				
35	Cardiopathie rhumatismale	1,8	2						
37	Cardiopathie ischémique	45,2	35,1	21,2	18,4				
38	Maladies cérébrovasculaires	15,8	13	9,5	7,5				
39	Anévrisme aortique	1,7	1,9						
40	Néphrite et néphrose	3,7	3,3	2,5	2,4				
42	Thrombo-embolie veineuse			1,8					
43	MPOC	9,5	11,7	9,9	9,7				
48	Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	2,9	2,4	2,3	2,3				
50	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3,6	2,7	2,4	2,6				
52	Complications durant la période périnatale	1,5	1,3	2,5	2,2				
53	SIDS			4,1					
54	Accidents de transport				3,5				
55	Intoxication accidentelle				1,5				
56	Chutes								
59	Suicide et blessures auto-infligées Suicide and self inflicted injuries			9,6	9,2				
Femmes hors RMR									
1	Maladies diarrhéiques				1				
4	Infections bactériennes invasives	1,5	1,6	3,3	3,7				
6	HIV/AIDS								
9	Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	1,3	1,3	1,2	1,1				
10	Cancer de l'œsophage				0,8				
11	Cancer de l'estomac	4,6	3,8	2,9	2,9				
12	Cancer colorectal	15,6	14,7	12,5	10,9				
13	Cancer du foie	1,8	1,6	1,8	2				
14	Cancer du poumon	29	33,6	39,7	42,4	37,3	26,4	39,8	
15	Cancer de la peau (mélanome)	1	1,1	0,9	0,9				
17	Cancer du sein (femmes seul.)	28,6	25,2	22,6	21,5	24,4	21,5		
18	Cancer de l'utérus	3	2,8	2,6	2,5				
19	Cancer du col utérin	1,7	2,2	1,5	1,4				
20	Cancer de la vessie	1,1	1,1	0,9	0,9				
29	Diabète	8,4	6,7	6,6	4,9				

Tableau 13 Taux de mortalité pour causes détaillées de mortalité évitable selon la langue, chez les femmes, ensemble du Québec et territoires, 1990-2007 (suite)

		1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2007
		Francophones				Anglophones			
32	Maladies liées à la consommation d'alcool	1,4	1,8	1,4	1,6				
34	Épilepsie	1							
35	Cardiopathie rhumatismale	1,8	1,6	1,1					
37	Cardiopathie ischémique	45,9	35,6	24,5	19,1	27,9	24,2	19,4	
38	Maladies cérébrovasculaires	14,9	13,3	10,9	8,5				
39	Anévrisme aortique	2	2	1,2	1				
40	Néphrite et néphrose	3,1	2,8	2,7	2				
42	Thrombo-embolie veineuse	1,1	1,7	1,4	1,2				
43	MPOC	9,7	9,3	10,3	9,6				
44	Asthme	1,4							
47	Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	1,2	1	0,9	0,8				
48	Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	2,1	2,5	2,2	1,8				
50	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3,2	3,2	2,6	2,7				
52	Complications durant la période périnatale	1,3	1,4	1,8	2,2				
53	SIDS								
54	Accidents de transport			8,5	8,7				
55	Intoxication accidentelle			1,2	1,7				
56	Chutes				1				
57	Feu, flammes								
58	Noyade								
59	Suicide et blessures auto-infligées			9,9	9,4				
60	Agressions			1					

Les valeurs avec un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 % sont inscrites en rouge. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Les valeurs avec un coefficient de variation supérieur à 33,33 % ne sont pas présentées.

Le lecteur peut référer à l'annexe 1 pour la liste des codes de CIM-9 et de CIM-10 correspondant aux causes apparaissant dans la liste.

Source : Compilations spéciales, INSPQ.

