



Portrait de santé 2019 de la population de la Capitale-Nationale

Santé globale

**Direction de santé publique du Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Juin 2019**

Ce document est une réalisation de la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Coordination

Sonia Dugal, directrice adjointe au programme de santé publique

Analyse, rédaction et traitement des données

Myriam Duplain, agente de planification, de programmation et de recherche
Équipe Planification, évaluation, surveillance et administration (PESA)

Relecture

Francine Borduas, M.D., équipe PESA
Louise Moreault, M.D., équipe PESA
Stéphanie Major, agente administrative, équipe PESA
Line Plamondon, agente administrative, équipe PESA

Mise en forme

Marie-Josée Paquet, technicienne en administration, équipe PESA

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

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2019
ISBN : 978-2-550-84264-4 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source en soit mentionnée.

Référence suggérée :

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Portrait de santé 2019 de la population de la Capitale-Nationale. La santé globale*. Québec, Direction de santé publique, 2019, 22 p.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

TABLE DES MATIÈRES

<u>Liste des figures et des tableaux</u>	4
<u>Liste des sigles et des acronymes</u>	5
<u>Introduction</u>	6
<u>Faits saillants</u>	7
<u>La perception de la santé</u>	8
<u>L'espérance de vie à la naissance</u>	9
<u>La mortalité prématurée</u>	10
<u>Les principales causes de mortalité</u>	11
<u>Les cinq cancers les plus mortels</u>	12
<u>L'hospitalisation et la mortalité liées en partie aux soins de 1^{re} ligne</u>	13
<u>Synthèse de comparaisons statistiques entre le Québec et la Capitale-Nationale</u>	14
<u>Sources</u>	15
ANNEXES	
<u>Annexe A – Carte de la santé et de ses déterminants</u>	16
<u>Annexe B – Information méthodologique générale sur les données de surveillance populationnelle</u>	17
<u>Annexe C – Correspondance entre les territoires sociosanitaires et municipaux</u>	18
<u>Annexe D – Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires</u>	19
<u>Annexe E – Mortalité évitable générale</u>	20

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition de la population selon la perception de sa santé, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015.....	8
Figure 2. Population percevant sa santé excellente ou très bonne selon l'âge, 5 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015.....	8
Figure 3. Population ne se percevant pas en bonne santé selon deux habitudes, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015.....	8
Figure 4. Inégalités sociales de population ne se percevant pas en bonne santé, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015.....	8
Figure 5. Évolution de l'espérance de vie à la naissance, par sexe, Capitale-Nationale, 1981-1983 à 2014-2016.....	9
Figure 6. Espérance de vie à la naissance, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016.....	9
Figure 7. Évolution de la mortalité prématurée (0-74 ans), par sexe, Capitale-Nationale, 1981-1983 à 2014-2016.....	10
Figure 8. Mortalité prématurée, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016.....	10
Figure 9. Évolution de l'inégalité de mortalité prématurée, indice de défavorisation matérielle de la Capitale-Nationale.....	10
Figure 10. Répartition des cinq principales causes de décès, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2014-2016.....	11
Figure 11. Évolution de la mortalité par cancers et maladies du cœur, par sexe, Capitale-Nationale, 1982-1984 à 2014-2016.....	11
Figure 12. Mortalité par cancers, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016.....	11
Figure 13. Mortalité par maladies du cœur, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016.....	11
Figure 14. Répartition des décès des cinq principaux sièges de cancers, femmes, Capitale-Nationale, 2014-2016.....	12
Figure 15. Répartition des décès des cinq principaux sièges de cancers, hommes, Capitale-Nationale, 2014-2016.....	12
Figure 16. Évolution de l'hospitalisation pour conditions propices, aux soins ambulatoires, Capitale-Nationale, 1991-1994 à 2015-2018.....	13
Figure 17. Hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires, territoires de CLSC, 2013-2018.....	13
Figure 18. Évolution de la mortalité évitable générale, Capitale-Nationale, 1982-1984 à 2014-2016.....	13
Figure 19. Mortalité évitable générale, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016.....	13

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CV	Coefficient de variation
EQSP	Enquête sur la santé de la population
ISS	Inégalités sociales de santé
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

INTRODUCTION

Ce module spécifique du *Portrait de santé 2019 de la population de la Capitale-Nationale* présente l'état de santé globale et sera mis à jour aux cinq ans. Il s'inscrit dans le mandat légal de surveillance du directeur selon la Loi de santé publique ([LSP 2001](#)). La surveillance vise à informer régulièrement les décideurs, les intervenants, les médias et la population sur l'état de santé et ses déterminants dans le but d'influencer ou de soutenir la mise en place de services ou de conditions pour maintenir, améliorer ou rétablir la santé. Au Québec, ce mandat de surveillance populationnelle est balisé par le Plan national de surveillance (PNS) regroupant actuellement plus de mille indicateurs en provenance de plus de soixante-dix sources. Les productions de surveillance ne se limitent pas aux modules thématiques du Portrait de santé. Par exemple, certaines seront consacrées aux données du recensement canadien et aux enquêtes de santé.

L'exercice de la surveillance repose sur trois questions fondamentales :

- 1) Quelle est la situation selon les données les plus récentes?
- 2) Quelles sont les différences entre les sous-groupes de la population?
- 3) Si les données ou la méthodologie le permettent, quelle est la tendance temporelle?

À ces trois questions, s'ajoute la comparaison des données régionales et locales à celles du Québec. La santé globale est couverte par les sept indicateurs qui suivent, tirés d'une enquête de santé menée à l'échelle du Québec et de ses régions sociosanitaires ainsi que de cinq banques de données provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), soit :

- la perception de la santé;
- l'espérance de vie à la naissance;
- la mortalité prématurée;
- la mortalité par cancers;
- la mortalité par maladies du cœur;
- l'hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires;
- la mortalité évitable générale.

Ces indicateurs sont reconnus pour synthétiser l'impact cumulatif de tous les déterminants de la santé, soit les caractéristiques biologiques, génétiques et héréditaires, les conditions socioéconomiques, les comportements préventifs ou à risque, les environnements et milieux favorisant ou non la santé, l'organisation des services de santé et des services sociaux, etc. (voir [l'annexe A](#) pour la Carte de la santé et de ses déterminants).

Les données statistiques sont illustrées par dix-neuf figures précédées ou suivies de brèves analyses descriptives. L'information méthodologique et les notes techniques (a, b, c, d et e) sont regroupées à [l'annexe B](#) pour alléger la lecture. À plusieurs reprises, des hyperliens vers des documents complémentaires sont ajoutés pour en savoir plus sur le sujet couvert. Sur le plan local, les données de surveillance sont produites depuis 1981 sur la base d'un découpage sociosanitaire afin d'assurer une stabilité pour le suivi de l'état de santé. [L'annexe C](#) présente la correspondance entre les territoires de centre local de services communautaires (CLSC) et les territoires municipaux.

Ces premières statistiques sur la santé globale de la population de la Capitale-Nationale soulèvent d'importantes inégalités sociales de santé (ISS) entre divers groupes de la population selon leur situation de revenu, de scolarité, d'emploi ou du quintile de défavorisation matérielle. Lorsque les inégalités de santé s'appliquent aux territoires de CLSC, une légende à trois couleurs est utilisée (vert, bleu, rouge) pour signaler si ces populations connaissent une situation moins vulnérable, comparable ou plus vulnérable que celle de l'ensemble du Québec à l'égard de leur santé globale.

La mesure de la tendance temporelle des ISS pour voir si elles augmentent, persistent ou diminuent, ne s'applique pas à l'espérance de vie, car la méthodologie actuelle retient des indicateurs de taux ou de proportion. Parmi les autres indicateurs de ce module, seul le taux de mortalité prématurée (Fig. 9) permet de répondre à cette question sur l'évolution des ISS. Les indicateurs présentés par territoire de CLSC ne permettent pas de suivre la tendance temporelle des ISS, car les conditions de vie des populations connaissent des changements continuels.

FAITS SAILLANTS

Globalement, la population de la Capitale-Nationale se porte plutôt bien.

- Une grande majorité des 15 ans et plus, soit 9 personnes sur 10, évaluent leur santé excellente, très bonne ou bonne. Cependant près de 1 personne sur 10 évalue sa santé comme passable ou mauvaise.
- L'espérance de vie s'allonge continuellement.
- La mortalité prématurée, soit les décès survenus entre 0 et 74 ans, a diminué.
- Les mortalités par cancers et par maladies du cœur ont diminué, mais demeurent les deux premières causes de décès loin devant les autres.
- L'hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires a diminué.
- La mortalité évitable a diminué.

Pour ces indicateurs de la santé globale, la région connaît une meilleure situation que celle de l'ensemble du Québec.

L'écart historique entre les sexes en faveur de l'espérance de vie des femmes se rétrécit parce qu'actuellement, l'espérance de vie des hommes progresse deux fois plus vite que celle des femmes.

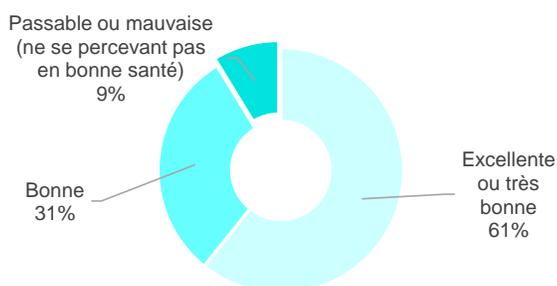
Les dernières données sur la mortalité prématurée par cancers et par maladies du cœur montrent que la santé des femmes de la Capitale-Nationale est comparable à celle de leurs consœurs du Québec, alors que les hommes de la région connaissent une situation avantageuse comparativement à leurs confrères du Québec.

Malgré ces constats encourageants, la Capitale-Nationale enregistre d'importantes inégalités de santé en fonction du statut socioéconomique des personnes, des ménages, du territoire de résidence ou de l'indice de défavorisation. L'inégalité de mortalité prématurée, entre les très favorisés et les très défavorisés matériellement, a augmenté entre 1989-1993 et 2009-2013.

La perception de la santé

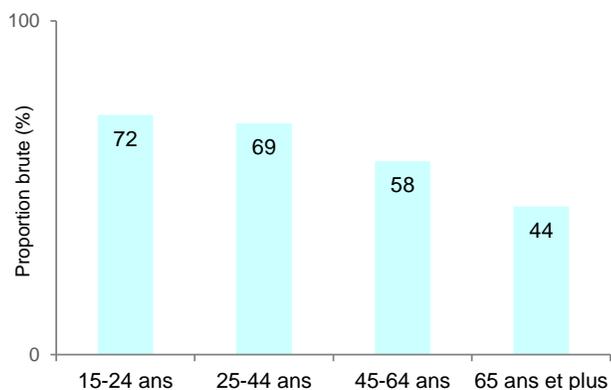
Cet indicateur très populaire est également nommé « santé autodéclarée » ou « autoévaluation de la santé ». Cette mesure, obtenue par enquête, est reconnue fiable et valide, car il existe une bonne concordance entre cet indicateur subjectif et des indicateurs objectifs de l'état de santé. Autrement dit, la majorité des personnes ont un bon jugement de leur état de santé. La catégorie « ne se percevant pas en bonne santé » regroupe les choix de réponses « passable » ou « mauvaise ». Pour en savoir plus sur la source de données utilisée, voir le rapport provincial de *L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)*.

Fig. 1 – Répartition de la population selon la perception de sa santé, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015



En 2014-2015, une majorité des 15 ans et plus de la Capitale-Nationale, soit plus de 6 personnes sur 10, perçoivent leur santé excellente ou très bonne, alors que près de 1 sur 10 la juge passable ou mauvaise (Fig. 1). La perception de l'état de santé est relativement stable depuis plusieurs années et il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes. La perception d'une santé excellente ou très bonne diminue plus on avance en âge, passant graduellement de 72 % chez les jeunes de 15-24 ans à 44 % chez les aînés (Fig. 2).

Fig. 2 – Population percevant sa santé excellente ou très bonne selon l'âge, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015



La santé est très influencée par les habitudes de vie, tout particulièrement par le tabagisme et la pratique de l'activité physique (Fig. 3). La perception d'une santé passable ou mauvaise est trois fois plus fréquente chez les fumeurs réguliers^a que chez les personnes n'ayant jamais fumé (21 % c. 7 %) ainsi que chez les sédentaires comparativement aux actifs^b (15 % c. 5 %).

Fig. 3 – Population ne se percevant pas en bonne santé selon deux habitudes, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015

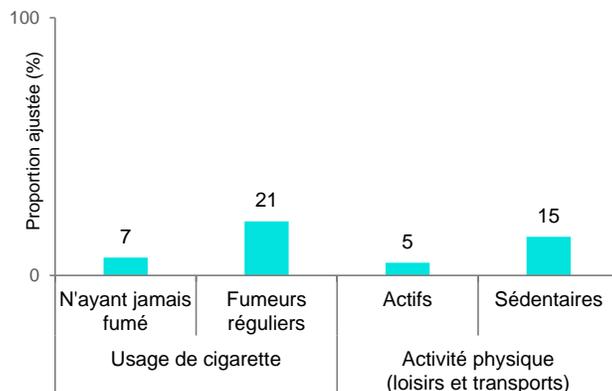
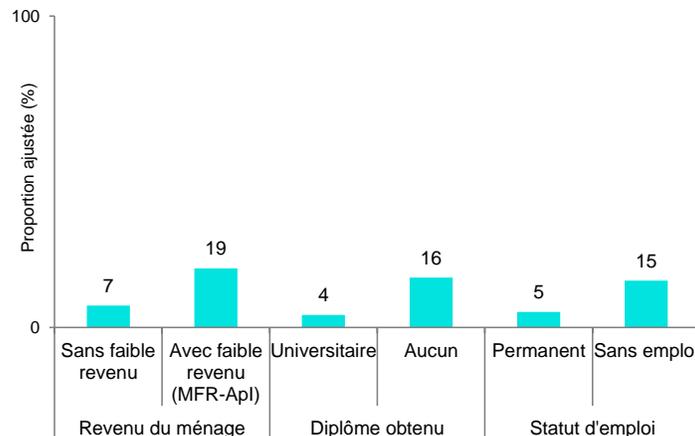


Fig. 4 – Inégalités sociales de population ne se percevant pas en bonne santé, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015



Parmi la population ne se percevant pas en bonne santé, d'importantes inégalités se présentent en fonction des conditions de vie (Fig. 4). La perception d'une santé passable ou mauvaise est :

- 2,7 fois plus fréquente chez les personnes à faible revenu que chez les personnes sans faible revenu^c (19 % c. 7 %);
- 4 fois plus fréquente chez les personnes sans diplôme que chez les universitaires (16 % c. 4 %);
- 3 fois plus fréquente chez les sans-emploi que chez les personnes occupant un emploi permanent (15 % c. 5 %).

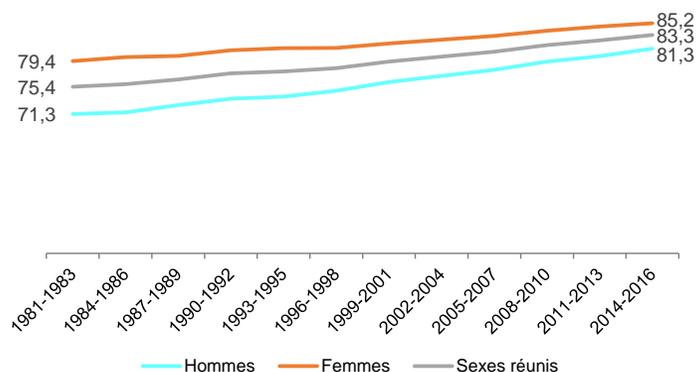
L'espérance de vie à la naissance

Par son calcul traditionnel, cet indicateur exprime le nombre moyen d'années de vie qu'un groupe de population peut espérer vivre à sa naissance si les mêmes conditions de mortalité se maintiennent durant toute sa vie. Il représente une mesure quantitative de la santé, mais n'en indique pas la qualité.

Depuis plusieurs décennies, l'espérance de vie s'allonge continuellement et les gains actuels sont surtout attribuables aux âges avancés. Par le passé, les gains de l'espérance de vie ont été réalisés grâce au recul de la mortalité chez les nouveau-nés et les enfants, en particulier en raison de la vaccination. L'espérance de vie en 1901 au Québec était de 47,7 ans pour les femmes et de 44,9 ans pour les hommes.

Pour en savoir plus à ce sujet, voir [l'espérance de vie au Canada](#) ou [l'espérance de vie en santé au Canada](#).

Fig. 5 – Évolution de l'espérance de vie à la naissance, par sexe, Capitale-Nationale, 1981-1983 à 2014-2016

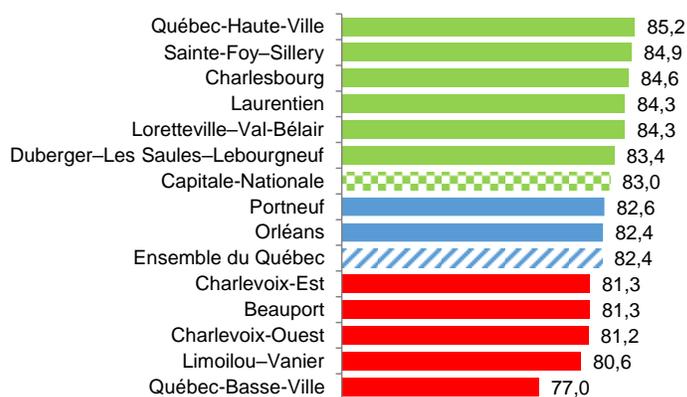


De 1981-1983 à 2014-2016, les femmes de la région ont gagné 5,8 ans d'espérance de vie, celle-ci passant de 79,4 ans à 85,2 ans. Le gain est de 10 ans chez les hommes, leur espérance de vie passant de 71,3 ans à 81,3 ans (Fig. 5). La réduction de l'écart entre les sexes se poursuit, passant de 8,1 ans à 3,9 ans entre le début et la fin de cette période. Au Québec, la longévité s'accroît actuellement au rythme de quatre mois par année chez les hommes et de deux mois par année chez les femmes.

Pour en savoir plus à ce sujet, voir [l'espérance de vie au Québec](#).

Bien que l'espérance de vie s'allonge dans tous les groupes de la population, les gains ne se font pas au même rythme partout et les écarts entre les territoires de CLSC montrent d'importantes inégalités dès la naissance. Elles ne relèvent pas directement du territoire lui-même, mais bien des conditions d'existence inéquitables qui y prévalent pour une partie de la population.

Fig. 6 – Espérance de vie à la naissance, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016



Comparativement à l'ensemble du Québec pour la période 2012-2016, la population de la Capitale-Nationale a une espérance de vie légèrement supérieure (Fig. 6). Parmi les territoires de CLSC, six ont aussi une plus grande longévité (vert), deux sont comparables (bleu), mais cinq ont une espérance de vie plus courte (rouge).

C'est dans Québec-Basse-Ville que l'inégalité de l'espérance de vie est la plus marquée alors qu'elle est de six ans plus courte que celle de la région de la Capitale-Nationale. C'est le seul territoire de la région où l'espérance de vie n'a pas encore atteint 80 ans.

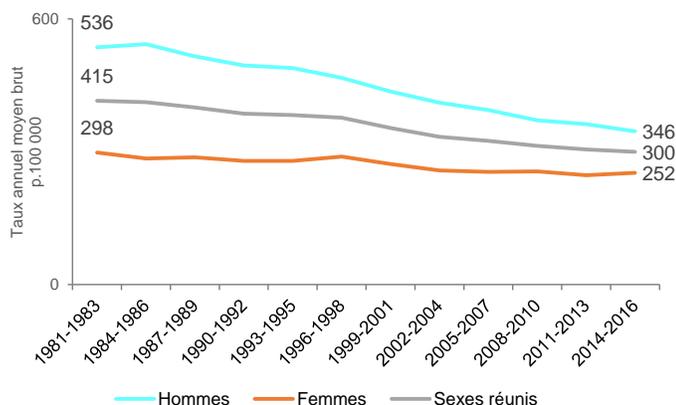
Une autre méthode de calcul de l'espérance de vie permet de considérer les probabilités d'atteindre l'âge de 100 ans. Pour les femmes nées en 2015 au Québec, cette probabilité de devenir centenaire serait de 25 % comparativement à 5 % selon le calcul traditionnel. Chez les hommes, cette probabilité serait de 14 % comparativement à 2 %. *Autrement dit, dans la génération née en 2015, une femme sur quatre et un homme sur sept pourraient atteindre 100 ans selon le scénario de référence.*

La mortalité prématurée

Cet indicateur de santé regroupe les décès de toutes causes survenus entre 0 et 74 ans. Ce seuil d'âge est retenu pour définir le concept de mortalité prématurée, car il est inférieur à l'espérance de vie à la naissance observée depuis plusieurs années au Canada et dans d'autres pays développés. Ces décès réfèrent aux bébés dont la santé était précaire dès leur naissance, aux traumatismes intentionnels ou non, aux maladies chroniques, etc. Cet indicateur est aussi associé aux années potentielles de vie perdue.

De nouveaux médicaments ou traitements préventifs, de nouvelles interventions cliniques et plusieurs mesures de santé publique ont influencé la mortalité prématurée, dont les mesures de sécurité routière ayant réduit les décès sur la route, les actions législatives pour diminuer la consommation de tabac, etc.

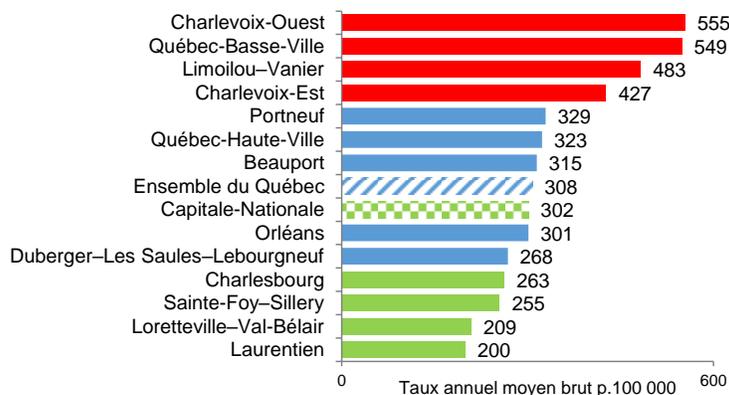
Fig. 7 – Évolution de la mortalité prématurée (0-74 ans), par sexe. Capitale-Nationale, 1981-1983 à 2014-2016



Dans la région de la Capitale-Nationale, le taux de mortalité prématurée a grandement diminué entre 1981-1983 et 2014-2016 (Fig. 7). Chez les hommes, il est passé de 536 à 346 pour 100 000. Chez les femmes, il est passé de 298 à 252 pour 100 000. La diminution a donc été beaucoup plus importante chez les hommes. Chez l'un et l'autre sexe, la diminution est beaucoup moins prononcée depuis 2008-2010.

Durant ces trois décennies, l'écart entre les hommes et les femmes s'est grandement réduit, alors que la différence entre les taux masculin et féminin est passée de 238 à 94 pour 100 000.

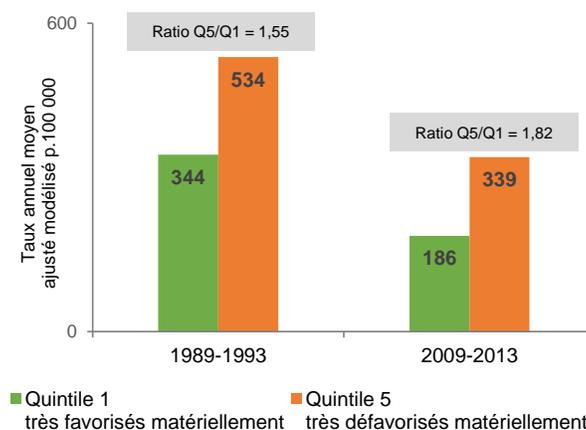
Fig. 8 – Mortalité prématurée, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016



Comparativement à l'ensemble du Québec pour la période 2012-2016, la région de la Capitale-Nationale a un taux de mortalité prématurée légèrement plus bas (Fig. 8). Parmi les territoires de CLSC, quatre ont aussi un taux plus bas (vert), cinq sont comparables (bleu), mais quatre ont un taux plus élevé (rouge). Les données par territoire de CLSC ne permettent pas de suivre l'évolution des ISS, car les conditions socioéconomiques n'y sont pas stables.

Le suivi temporel des ISS est possible avec l'utilisation de variables fixes comme un indice écologique. Selon la défavorisation matérielle dans la Capitale-Nationale, l'inégalité de mortalité prématurée entre les très défavorisés et les très favorisés a augmenté entre 1989-1993 et 2009-2013, le ratio de taux passant 1,55 à 1,82 (Fig. 9). Les taux ont grandement diminué dans ces deux groupes, mais à un rythme moins soutenu chez les très défavorisés.

Fig. 9 – Évolution de l'inégalité de mortalité prématurée, indice de défavorisation matérielle de la Capitale-Nationale



Les principales causes de mortalité

Ces indicateurs présentent les principales causes de décès. Les deux premières causes de décès sont habituellement assez stables durant plusieurs années. Les cancers^d et les maladies du cœur^e constituent les deux premières causes de décès. Une partie de ceux-ci pourraient être évités ou retardés par l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.

Fig. 10 – Répartition des cinq principales causes de décès, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2014-2016

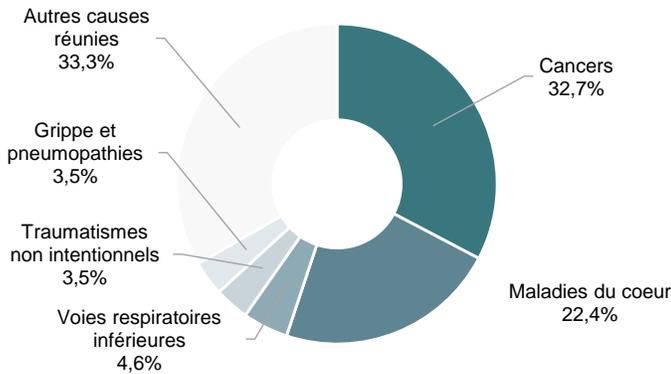
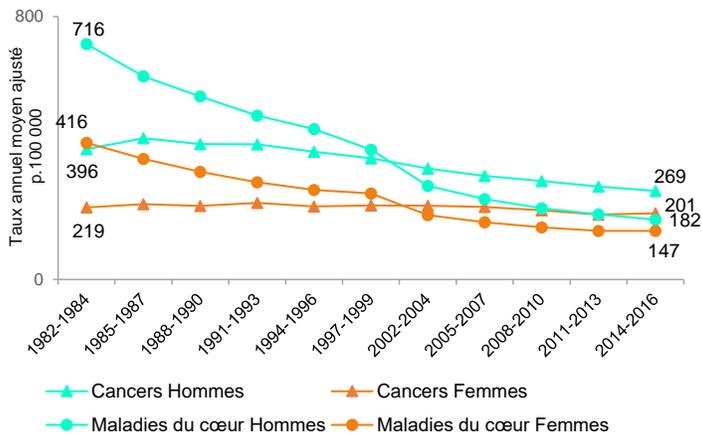
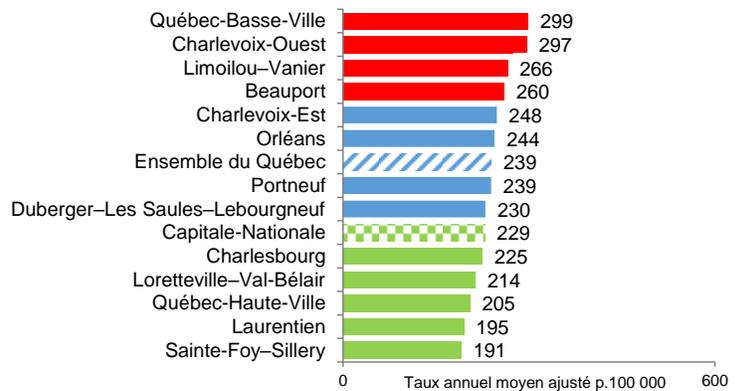


Fig. 11 – Évolution de la mortalité par cancers et maladies du cœur, par sexe, Capitale-Nationale, 1982-1984 à 2014-2016



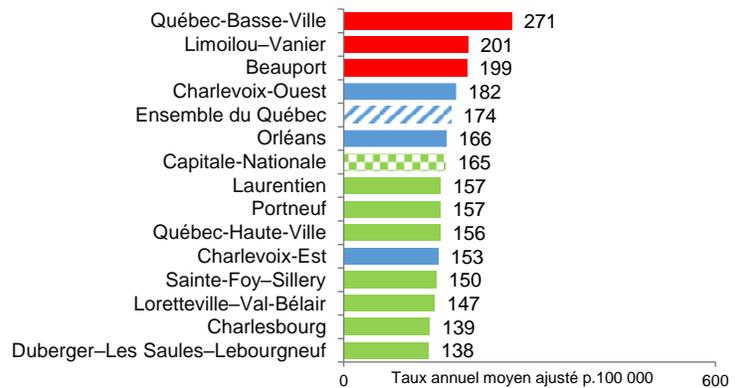
Ces deux premières causes totalisent 56 % des décès (Fig. 10). Ces décès ont diminué de 1982-1984 à 2014-2016 et de manière très prononcée chez les hommes. Le taux masculin de mortalité par cancers est passé de 396 à 269 pour 100 000 et celui de la mortalité par maladies du cœur est passé de 716 à 182 pour 100 000. Chez les femmes, le taux de mortalité par cancers est passé de 219 à 201 pour 100 000 et celui de la mortalité par maladies du cœur est passé de 416 à 147 pour 100 000 (Fig. 11). Pour en savoir plus, voir [ces deux causes de mortalité au Québec](#).

Fig. 12 – Mortalité par cancers, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016



Comparativement à l'ensemble du Québec pour la période 2012-2016, la région de la Capitale-Nationale a un taux de mortalité par cancers plus bas (Fig. 12). Parmi les territoires de CLSC, cinq ont aussi un taux plus bas (vert), quatre sont comparables (bleu), mais quatre ont un taux plus élevé (rouge).

Fig. 13 – Mortalité par maladies du cœur, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016



Comparativement à l'ensemble du Québec pour la période 2012-2016, la région de la Capitale-Nationale a un taux de mortalité par maladies du cœur un peu plus bas (Fig. 13). Parmi les territoires de CLSC, sept ont aussi un taux plus bas (vert), six sont comparables (bleu), mais trois ont un taux plus élevé (rouge).

Les cinq cancers les plus mortels

Cette information classe les cinq cancers les plus mortels chez les femmes et les hommes. Rappelons que les cancers sont la première cause et représentent le tiers de tous les décès dans la Capitale-Nationale. Cette classification permet d'établir des priorités sur le plan de programmes de dépistage à maintenir ou à développer, de services en oncologie et en soins palliatifs, de campagnes de sensibilisation auprès du public pour les saines habitudes de vie et de mesures législatives pour réduire les facteurs de risque, dont le tabac.

Pour en savoir plus sur le sujet, voir la situation québécoise à propos des [cancers](#).

Fig. 14 – Répartition des décès des cinq principaux sièges de cancers, femmes, Capitale-Nationale, 2014-2016

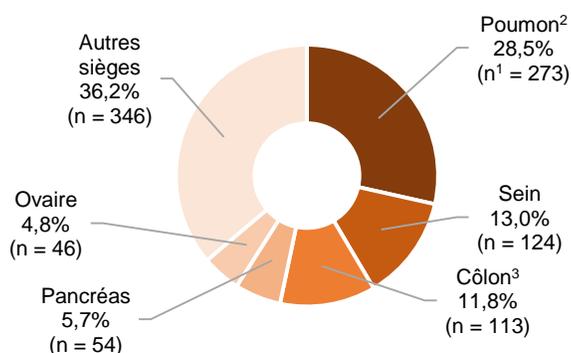
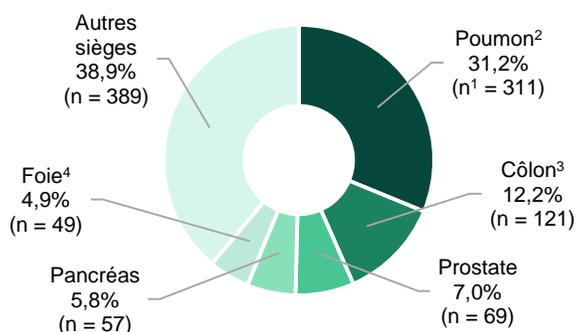


Fig. 15 – Répartition des décès des cinq principaux sièges de cancers, hommes, Capitale-Nationale, 2014-2016



¹ nombre annuel moyen de décès pour chaque siège de cancer

² regroupe les décès pour les sièges poumon, trachée, bronches

³ regroupe les décès pour les sièges côlon, rectum, anus

⁴ regroupe les décès pour les sièges foie et voies biliaires

Pour la période 2014-2016, on dénombre en moyenne 5 900 décès par année dans la Capitale-Nationale, dont un peu plus de 1 900 par cancers. À eux seuls, ces cinq sièges de cancers représentent près de 60 % de tous les décès par cancers (Fig. 14 et Fig.15).

Depuis plusieurs années, le cancer du poumon est de loin le plus mortel, tant chez les femmes que les hommes. C'est pour cette raison qu'on le qualifie parfois de « premier tueur ». La Société canadienne du cancer rapporte que 85 % des cas de ce cancer relèvent du tabagisme. Il peut s'écouler 20 ans entre le début du tabagisme et l'apparition de ce cancer. Actuellement, il est difficilement dépistable à un stade précoce.

Chez les femmes, le cancer du sein est le deuxième cancer le plus mortel. Depuis 1998, le Québec dispose d'un programme de dépistage populationnel ciblant toutes les femmes de 50 à 69 ans, afin d'intervenir le plus tôt possible en cas de mammographie anormale.

Pour en savoir plus, voir le [Programme québécois de dépistage du cancer du sein \(PQDCS\)](#).

Le cancer du côlon est le deuxième cancer le plus mortel chez les hommes et le troisième chez les femmes. Le Québec a émis des recommandations cliniques pour un dépistage ciblé du cancer colorectal auprès de la population de 50 à 74 ans.

Pour en savoir plus, voir les [recommandations cliniques de dépistage du cancer colorectal](#).

Le cancer de la prostate est le troisième cancer le plus mortel chez les hommes.

Le cancer du pancréas est le quatrième cancer le plus mortel, tant chez les femmes que les hommes. Selon la Société canadienne du cancer, ce cancer a le taux de survie le moins élevé parmi tous les cancers.

Pour en savoir plus, voir [le cancer du pancréas](#).

Le cinquième cancer le plus mortel est celui des ovaires chez les femmes et celui du foie chez les hommes.

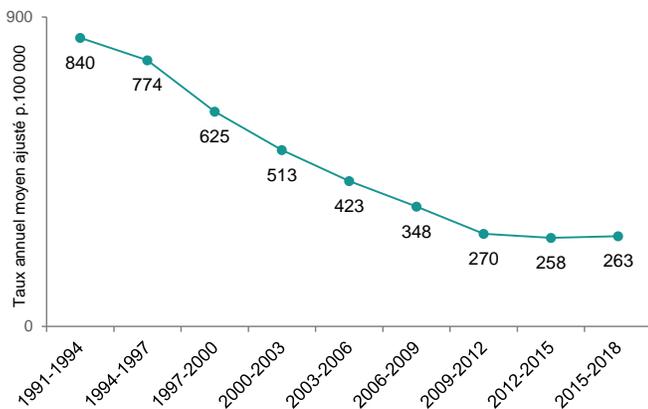
La lutte au tabagisme doit se maintenir en raison de la première position toujours occupée par le cancer du poumon parmi les décès. Mais les positions des cancers digestifs (côlon, pancréas, foie) rappellent l'importance d'une alimentation variée et riche en nutriments et limitée en sucre et en alcool.

L'hospitalisation et la mortalité liées en partie aux soins de 1^{re} ligne

Au plan national de surveillance (PNS), ces deux indicateurs sont classés dans le déterminant de l'organisation des services de santé et services sociaux. L'hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires et la mortalité évitable générale peuvent, en partie, être réduite par un accès ou un recours aux services de 1^{re} ligne offerts en clinique médicale, en CLSC, à domicile ou en pharmacie pour les personnes atteintes d'épilepsie, de diabète, de maladies obstructives chroniques (MPOC), etc.

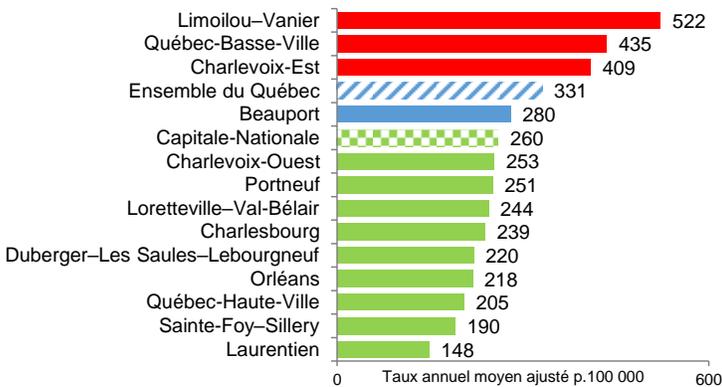
Les annexes D et E donnent plus de précisions sur les maladies concernées.

Fig. 16 – Évolution de l'hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires, Capitale-Nationale, 1991-1994 à 2015-2018



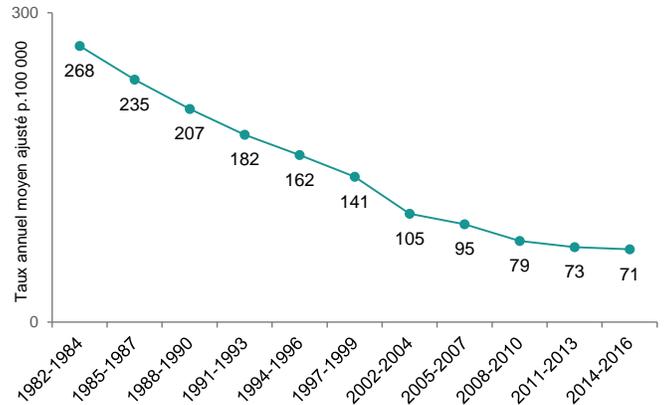
Entre les périodes 1991-1994 à 2015-2018, le taux d'hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires a connu une diminution très importante, passant de 840 à 263 pour 100 000 (Fig. 16). Il est stable depuis la période 2009-2012.

Fig. 17 – Hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires, territoires de CLSC, 2013-2018



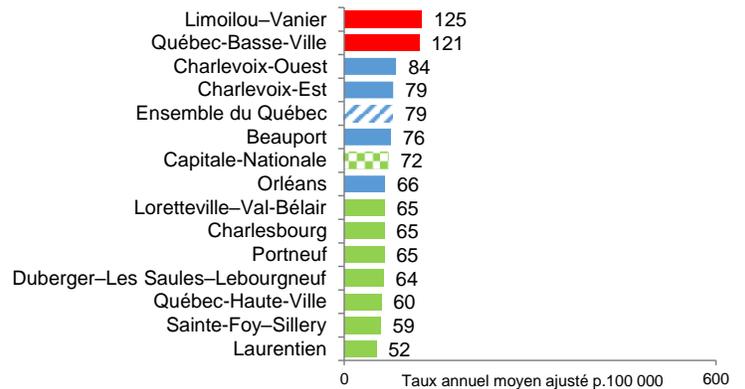
Comparativement à l'ensemble du Québec pour la période 2013-2018, la région de la Capitale-Nationale a un taux d'hospitalisation plus bas (Fig. 17). Parmi les territoires de CLSC, neuf ont aussi un taux est plus bas (vert), un est comparable (bleu), mais trois ont un taux plus élevé (rouge).

Fig. 18 – Évolution de la mortalité évitable générale, Capitale-Nationale, 1982-1984 à 2014-2016



Entre les périodes 1982-1984 à 2014-2016, le taux de mortalité évitable générale a connu une importante diminution, passant de 268 à 71 pour 100 000 (Fig. 18). Il est stable depuis la période 2008-2010.

Fig. 19 – Mortalité évitable générale territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016



Comparativement à l'ensemble du Québec pour la période 2012-2016, la région de la Capitale-Nationale a un taux de mortalité évitable générale plus bas (Fig. 19). Parmi les territoires de CLSC, sept ont aussi un taux plus bas (vert), quatre sont comparables (bleu), mais deux ont un taux plus élevé (rouge).

Sur la question des services de 1^{re} ligne, ces deux indicateurs peuvent refléter :

- un problème d'offre de service;
- un problème de recours aux services pour des personnes n'osant pas ou tardant avant de consulter;
- le degré de gravité ou l'évolution rapide de la maladie.

SYNTHÈSE DE COMPARAISONS STATISTIQUES ENTRE LE QUÉBEC ET LA CAPITALE-NATIONALE

La santé globale de la population de la Capitale-Nationale : comparaisons statistiques							
Indicateur	Mesure	Québec	Capitale-Nationale	Méthode ²	P ³	C ⁴	
Perception de la santé excellente ou très bonne	Proportion ajustée (%)	56,6	60,8	test à 0,05	R		2014-2015
Perception de la santé bonne	Proportion ajustée (%)	33,1	30,5	test à 0,05	R		
Perception de la santé passable ou mauvaise	Proportion ajustée (%)	10,3	8,7	test à 0,05	R		
Espérance de vie à la naissance : Sexes réunis	Ans	83,3	82,6	test à 0,05	R		2014-2016
Espérance de vie à la naissance : Femmes	Ans	85,2	84,4	test à 0,05	R		
Espérance de vie à la naissance : Hommes	Ans	81,3	80,6	test à 0,05	R		
Mortalité prématurée (0-74 ans) : Sexes réunis	Taux brut p. 100 000 ⁵	299,7	307,9	test à 0,05	R		
Mortalité prématurée (0-74 ans) : Femmes	Taux brut p. 100 000 ⁵	252,2	254,0	test à 0,05	R		
Mortalité prématurée (0-74 ans) : Hommes	Taux brut p. 100 000 ⁵	346,3	360,6	test à 0,05	R		
Mortalité par cancers ¹ : Sexes réunis	Taux ajusté p. 100 000 ⁵	228,0	237,4	test à 0,05	R		
Mortalité par cancers ¹ : Femmes	Taux ajusté p. 100 000 ⁵	200,8	207,6	test à 0,05	R		
Mortalité par cancers ¹ : Hommes	Taux ajusté p. 100 000 ⁵	269,0	278,4	test à 0,05	R		
Mortalité par maladies du coeur: Sexes réunis	Taux ajusté p. 100 000 ⁵	163,8	171,9	test à 0,05	R		
Mortalité par maladies du coeur: Femmes	Taux ajusté p. 100 000 ⁵	147,5	150,5	test à 0,05	R		
Mortalité par maladies du coeur : Hommes	Taux ajusté p. 100 000 ⁵	181,7	195,5	test à 0,05	R		
Mortalité évitable générale	Taux ajusté p. 100 000 ⁵	70,7	77,1	test à 0,05	R		
Hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires	Taux ajusté p. 100 000 ⁵	262,8	333,9	test à 0,05	R		6

¹ Excluant les cancers de la peau, sauf le mélanome

² Comparaisons effectuées par tests statistiques au seuil 0,05

³ Population de référence pour la comparaison : R (reste du Québec) ou E (ensemble du Québec)

⁴ Résultat de la comparaison avec les reste ou l'ensemble du Québec :

Situation moins vulnérable

Situation comparable

Situation plus vulnérable

⁵ Il s'agit de taux annuel moyen ajusté sur une période triennale

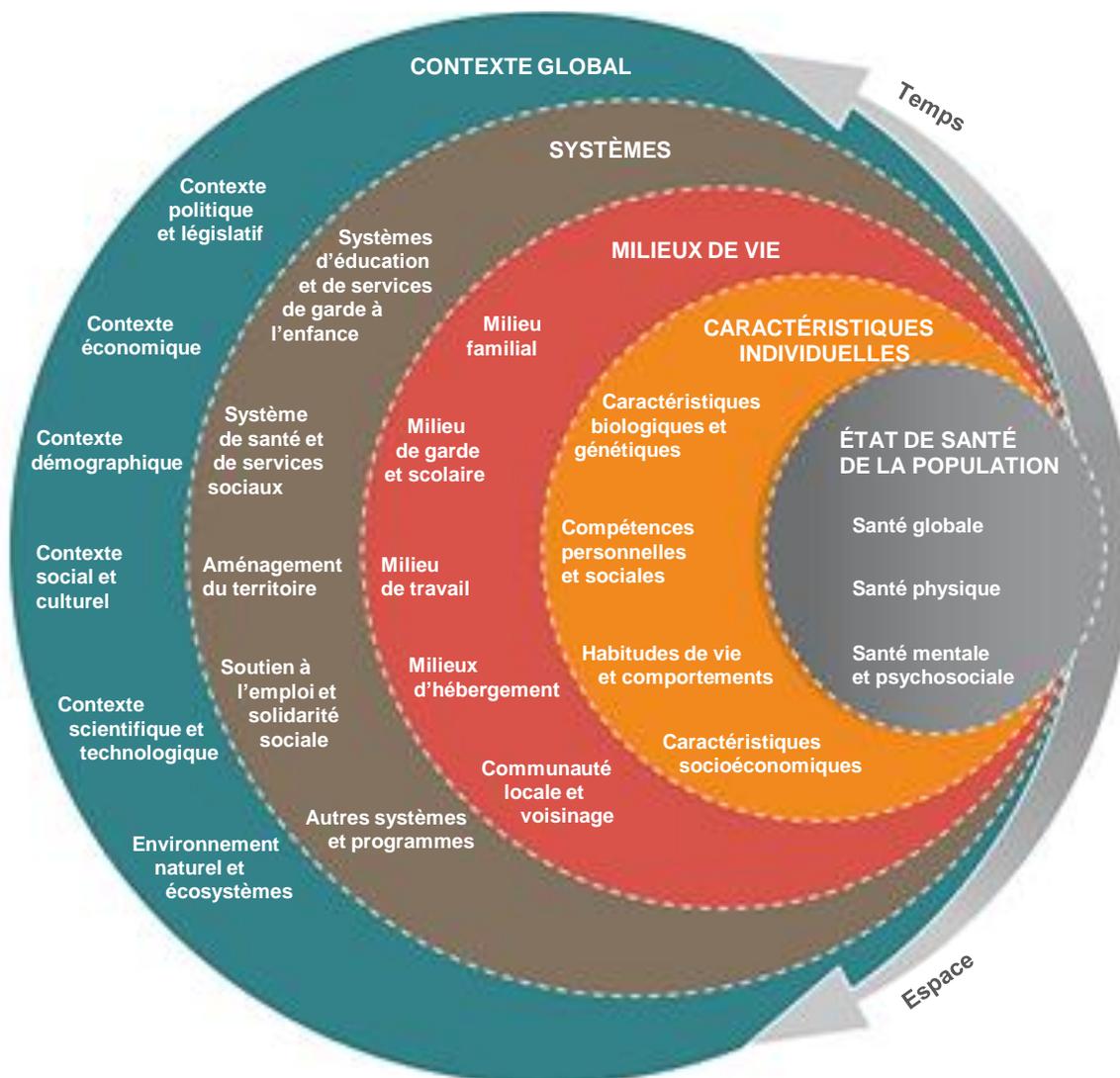
⁶ Du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2018

SOURCES

Fiche	Titre de la figure	Source
La perception de la santé	Fig. 1 – Répartition de la population selon la perception de sa santé, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015	Institut de la statistique du Québec (ISQ), <i>Enquête québécoise sur la santé de la population</i> (EQSP 2014-2018).
	Fig. 2 – Population percevant sa santé excellente ou très bonne selon l'âge, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015	
	Fig. 3 – Population ne se percevant pas en bonne santé selon deux habitudes, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015	
	Fig. 4 – Inégalités sociales de population ne se percevant pas en bonne santé, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2014-2015	
L'espérance de vie à la naissance	Fig. 5 – Évolution de l'espérance de vie à la naissance, par sexe, Capitale-Nationale, 1981-1983 à 2014-2016	MSSS, <i>Fichier des naissances. Fichier des décès. Estimations et projections démographiques.</i>
	Fig. 6 – Espérance de vie à la naissance, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	
La mortalité prématurée	Fig. 7 – Évolution de la mortalité prématurée (0-74 ans), par sexe, Capitale-Nationale, 1981-1983 à 2014-2016	MSSS, <i>Fichier des décès. Estimations et projections démographiques.</i>
	Fig. 8 – Mortalité prématurée, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	
	Fig. 9 – Évolution de l'inégalité de mortalité prématurée, indice de défavorisation matérielle de la Capitale-Nationale	INSPQ, <i>Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec (SSISSQ).</i>
Les principales causes de mortalité	Fig. 10 – Répartition des cinq principales causes de décès, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2014-2016	MSSS, <i>Fichier des décès.</i>
	Fig. 11 – Évolution de la mortalité par cancers et maladies du cœur, par sexe, Capitale-Nationale, 1982-1984 à 2014-2016	MSSS, <i>Fichier des décès. Estimations et projections démographiques.</i>
	Fig. 12 – Mortalité par cancers, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	
	Fig. 13 – Mortalité par maladies du cœur, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	
Les cinq cancers les plus mortels	Fig. 14 – Répartition des décès des cinq principaux sièges de cancers, femmes, Capitale-Nationale, 2014-2016	MSSS, <i>Fichier des décès.</i>
	Fig. 15 – Répartition des décès des cinq principaux sièges de cancers, hommes, Capitale-Nationale, 2014-2016	
L'hospitalisation et la mortalité liées en partie aux soins de 1 ^{re} ligne	Fig. 16 – Évolution de l'hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires, Capitale-Nationale, 1991-1994 à 2015-2018	MSSS, <i>Fichier MED-ÉCHO. Estimations et projections démographiques.</i>
	Fig. 17 – Hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires, territoires de CLSC, 2013-2018	
	Fig. 18 – Évolution de la mortalité évitable générale, Capitale-Nationale, 1982-1984 à 2014-2016	MSSS, <i>Fichier des décès. Estimations et projections démographiques.</i>
	Fig. 19 – Mortalité évitable générale territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	

ANNEXE A

CARTE DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



ANNEXE B

INFORMATION MÉTHODOLOGIQUE GÉNÉRALE SUR LES DONNÉES DE SURVEILLANCE POPULATIONNELLE

Principales caractéristiques

- Elles ne sont pas disponibles en temps réel en raison des délais soumis aux étapes de validation, d'imputation et de correction des données. Dans le cas des enquêtes, les délais s'expliquent aussi par la fréquence des collectes. Plusieurs données de surveillance en santé publique ou celles de grands organismes provinciaux et fédéraux présentent généralement des délais de 2 à 5 ans et parfois plus. Ces délais ne rendent pas les données caduques pour autant car plusieurs des phénomènes documentés par la surveillance, évoluent généralement à un rythme plutôt lent. Comme les données présentées dans ce document proviennent de plusieurs sources, les périodes ou les années couvertes varient d'un indicateur à l'autre.
- Elles se présentent sous diverses mesures permettant de relativiser les indicateurs en les appliquant à la population entière ou à un sous-groupe (ex : sexe, âge, territoire de CLSC). Pour la très grande majorité des indicateurs, les mesures de santé ou de déterminants expriment des proportions (%) ou des taux pour 100, pour 1 000, pour 10 000 ou pour 100 000 personnes. Elles sont présentées avec une décimale ou arrondies à l'unité selon la source.
- Elles ne présentent pas de valeurs exactes, mais constituent de bons estimés de la réalité. La qualité de ces estimés varie en fonction de la taille de la population, en référence à la puissance statistique. Ainsi, plus la taille d'une population est grande, plus les valeurs estimées s'approchent de la réalité. À l'inverse, plus la taille de la population est petite, plus les valeurs estimées présentent des variations en terme d'intervalles de confiance.
- Elles sont diffusées selon des critères de précision, de fiabilité et de protection de la confidentialité établis par le coefficient de variation (CV) et par des règles de masquage ou d'arrondissement sur les petits nombres. Ainsi, une donnée précédée d'un astérisque * signale une valeur instable à interpréter avec prudence. Selon la source, ce critère se base sur un CV se situant entre 15 % et 25 % ou entre 16,6 % et 33,3 %. Une donnée remplacée par un double-astérisque ** signale une valeur peu fiable en raison d'un CV supérieur à 25 % ou 33,3 % et son illustration n'est offerte qu'à titre indicatif.
- Elles reposent sur des règles statistiques pour des fins de comparaison effectuées par l'observation des intervalles de confiance (IC) ou par l'application de tests statistiques spécifiques selon les indicateurs. Ces règles ou standards permettent de comparer les données régionales et locales (territoire de RLS ou CLSC) avec les données du Québec ou entre sous-groupes. Dans ce document, tous les résultats de comparaisons proviennent de tests statistiques appliqués au seuil 0,05. Les comparaisons territoriales sont illustrées selon la légende suivante :

	Situation moins vulnérable
	Situation comparable
	Situation plus vulnérable

Notes techniques

- ^a Les fumeurs réguliers sont définis par une consommation quotidienne de cigarettes.
- ^b Les catégories d'activité physique dans les loisirs et les transports sont définies par l'indice de dépense énergétique (IDE) selon la nature, l'intensité et la fréquence des activités déclarées.
- ^c La catégorie faible revenu de l'EQSP s'appuie sur la mesure de faible revenu après impôt (MFR-ApI). Il s'agit de personnes vivant dans des ménages dont le revenu est au moins 50 % plus bas que le revenu médian des ménages de la Capitale-Nationale.
- ^d Les cancers excluent les cancers de la peau, sauf le mélanome.
- ^e Les maladies du cœur regroupent les maladies cardiaques et les maladies cardiovasculaires.

ANNEXE C

TERRITOIRES SOCIOSANITAIRES

Les données de santé et de déterminants de la santé sont disponibles sur la base d'un découpage sociosanitaire, le référentiel territorial M34, créé par décret gouvernemental en 1981 sous l'autorité du MSSS qui en assure la mise à jour annuellement. La région sociosanitaire (RSS) de la Capitale-Nationale se décline par ses quatre réseaux locaux de services (RLS) et par ses treize territoires de centre local de services communautaires (CLSC). Les termes RLS et CLSC réfèrent ici au concept de territoire de résidence et non à celui d'établissement de santé. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) doit s'appuyer sur des données probantes pour assumer sa responsabilité populationnelle sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale. Ce module permet de saisir des enjeux non négligeables face à l'organisation des services.

Pour les RLS de Québec-Sud et de Québec-Nord, ce découpage diffère un peu du découpage municipal, mais il a l'avantage de demeurer stable, bien qu'il soit annuellement actualisé. Cette caractéristique est primordiale dans l'exercice de la surveillance, car cette stabilité permet de suivre les tendances temporelles de l'état de santé, ce que permettent difficilement les découpages municipaux soumis à divers phénomènes politiques comme des fusions, défusions, modifications, etc. La Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale dispose de plus de trois décennies de données de santé ou de déterminants avec ce découpage sociosanitaire.

Correspondance entre les territoires sociosanitaires et municipaux,
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Territoires sociosanitaires RLS ¹ et CLSC ²	Quartiers de la Ville de Québec (Plus de 70 % de la population régionale en 2018)	Autres municipalités ou MRC ³ de la Capitale-Nationale
RLS de Portneuf	Aucun	MRC de Portneuf
RLS de Québec-Sud = 6 territoires CLSC		
Laurentien	Cap-Rouge, Aéroport	L'Ancienne-Lorette, Saint-Augustin-de-Desmaures
Duburger–Les Saules–Lebourgneuf	Duburger-Les Saules, Neufchâtel-Est-Lebourgneuf (en partie)	Aucune
Sainte-Foy–Sillery	Pointe-de-Sainte-Foy, Sillery, Cité-Universitaire, Plateau, Saint-Louis	Aucune
Québec-Haute-Ville	Vieux-Québec-Colline parlementaire (sans Cap-Blanc), Saint-Jean-Baptiste, Montcalm, Saint-Sacrement	Aucune
Québec-Basse-Ville	Cap-Blanc, Saint-Roch, Saint-Sauveur	Aucune
Limoilou–Vanier	Vieux-Limoilou, Maizerets, Lairer, Vanier	Aucune
RLS de Québec-Nord = 4 territoires CLSC		
Loretteville–Val-Bélair	Loretteville, Val-Bélair, Saint-Émile, Neufchâtel-Est-Lebourneuf (en partie), Châtels	Saint-Gabriel-de-Valcartier, Lac-St-Joseph, Fossambault-sur-le-Lac, Sainte-Catherine-de-la- Jacques-Cartier, Shannon, Wendake
Charlesbourg	Lac-Saint-Charles, Jésuites, Notre-Dame-des-Laurentides, Quartiers 4-2, 4-3, 4-5,4-6	Lac-Beauport, Lac-Delage, Stoneham-et- Tewkesbury
Beauport	Chutes-Montmorency, Vieux-Moulin, Quartiers 5-1, 5-2, 5-4	Sainte-Brigitte-de-Laval
Orléans	Aucun	MRC de l'Île-d'Orléans, MRC de La Côte-de-Beaupré
RLS de Charlevoix = 2 territoires CLSC		
Charlevoix-Ouest	Aucun	MRC de Charlevoix
Charlevoix-Est	Aucun	MRC de Charlevoix-Est

¹ Réseau local de services

² Centre local de services communautaires

³ Municipalité régionale de comté

ANNEXE D
HOSPITALISATION POUR DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES
(Diagnostics retenus selon le code CIM-10-CA)

Diagnostic principal	CODE CIM-10-CA
Épilepsie et autre mal épileptique	G40, G41
Maladies pulmonaires obstructives chroniques selon l'ICIS	J41, J42, J43, J44, J47, J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22
Asthme	J45
Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire	I50, J81
Hypertension	I10.0, I10.1, I11
Angine	I20, I23.82, I24.0, I24.8, I24.9
Diabète	E10.0, E10.1, E10.63, E10.9, E11.0, E11.1, E11.63, E11.9, E13.0, E13.1, E13.63, E13.9, E14.0, E14.1, E14.63, E14.9

ANNEXE E
MORTALITÉ ÉVITABLE GÉNÉRALE
(Diagnostics retenus selon le code CIM-10)

Causes de décès	Âge	Code CIM-10
Accidents durant des actes médicaux ou chirurgicaux, ou complications de ceux-ci	Tous	Y60-Y69, Y83-Y84
Anomalies congénitales de l'appareil circulatoire	0-74	Q20-Q28
Appendicite	0-74	K35-K38
Cancer de l'utérus et du corps de l'utérus	0-44	C54, C55
Cancer de la peau	0-74	C44
Cancer du col utérin	0-74	C53
Cancer du colon et du rectum	0-74	C18-C21
Cancer du sein chez la femme	0-74	C50
Cancer du testicule	0-74	C62
Cardiopathies ischémiques	0-74	I20-I25
Cardiopathies rhumatismales chroniques	0-74	I05-I09
Cholélithiase et cholécystite	0-74	K80-K81
Coqueluche	0-14	A37
Diabète sucré	0-49	E10-E14
Épilepsie	0-74	G40-G41
Hernie abdominale	0-74	K40-K46
Hyperplasie de la prostate	0-74	N40
Influenza	0-74	J09-J11
Leucémies	0-44	C91-C95
Maladie de Hodgkin	0-74 ans	C81
Maladies cérébrovasculaires	0-74	I60-I69
Maladies de la glande thyroïde	0-74	E00-E07
Maladies hypertensives	0-14	I10-I13, I15

ANNEXE E
MORTALITÉ ÉVITABLE GÉNÉRALE - Suite
(Diagnostics retenus selon le code CIM-10)

Causes de décès	Âge	Code CIM-10
Maladies infectieuses intestinales	0-14	A00-A09
Maladies respiratoires excluant pneumonie et influenza	1-14	J00-J06, J20-J99
Mortalité maternelle	tous	O00-O99
Mortalité périnatale excluant les mortinaissances	tous	P00-P96, A33
Néphrite et néphroses	0-74	N00-N07, N17-N19, N25-N27
Pneumonie	0-74	J12-J18
Rougeole	1-14	B05
Septicémie	0-74	A40-A41
Tuberculose	0-74	A15-A19, B90
Ulcère peptique	0-74	K25-K27

Direction de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 

