



recherche



information

# LA MORTALITÉ AU QUÉBEC EN 2001 :

une comparaison internationale



# LA MORTALITÉ AU QUÉBEC EN 2001 :

---

une comparaison internationale

Juillet 2007

## AUTEURS

Robert Choinière, coordonnateur scientifique

Carolyne Alix, agente de recherche sociosanitaire

Laurie Paquette, agente de recherche sociosanitaire

Brahim Belhocine, stagiaire

Unité Études et analyses de l'état de santé de la population

Direction Planification, recherche et innovation

Institut national de santé publique du Québec

**Cette étude compare le Québec à 15 pays dont le Canada. L'utilisation du mot pays pour identifier le Québec de la même façon que les 15 autres unités géographiques l'est uniquement pour des commodités rédactionnelles.**

*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](mailto: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<sup>e</sup> TRIMESTRE 2007

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN 13 : 978-2-550-50218-0 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN 13 : 978-2-550-50217-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2007)

## Remerciements

Nous remercions Jérôme Martinez et Sylvie Martel de l'Institut national de santé publique du Québec pour leurs judicieux commentaires.

Nous désirons également remercier Karlyne Guilbeault de l'Institut national de santé publique pour la mise en page du document.



## Avant-propos

En 2003, l'Institut national de santé publique du Québec publiait « *La mortalité au Québec : une comparaison internationale* ». On énonçait alors le souhait que cet exercice de comparaison soit effectué régulièrement afin d'estimer l'évolution de la mortalité québécoise sur le plan international.

Le présent ouvrage représente la seconde édition de cette comparaison. La première couvrait la période 1996-1998 alors que celle-ci s'intéresse à la période 2000-2002 pour le Québec et de périodes comprises entre 1999 et 2003 pour les pays de l'OCDE retenus.

Cette édition a donc pour principal objectif d'actualiser les comparaisons internationales de la mortalité québécoise. Toutefois, elle ne permet pas, comme dans l'édition précédente, d'effectuer des analyses détaillées dans le temps. En effet, depuis la dernière édition, le Québec a adopté une nouvelle classification des causes de décès, soit celle se rapportant à la 10<sup>e</sup> Révision de la Classification internationale des Maladies. Les différences entre cette classification et la précédente sont suffisamment considérables pour rendre difficiles les comparaisons dans le temps de la majorité des causes de décès.

À partir des données de mortalité portant sur le début du millénaire, la présente étude tente de répondre aux questions suivantes :

- Comment se situe le Québec sur le plan international?
- Quelles sont les causes pour lesquelles le Québec présente une position avantageuse et celles pour lesquelles sa situation est défavorable?
- Quels seraient les objectifs de réduction de la mortalité qui permettraient au Québec d'atteindre les valeurs des pays ayant les résultats les plus favorables?
- Comment se compare le Québec par rapport au Canada?

Les données internationales présentées dans ce document ont été calculées à partir des fichiers bruts disponibles sur le site de l'Organisation mondiale de la santé pour les différents indicateurs de mortalité tels que l'espérance de vie et le taux de mortalité infantile, ainsi que les taux ajustés et les taux des années potentielles de vie perdues pour les principales causes de décès.

Cette étude constitue un complément à d'autres produits réalisés dans le cadre de la surveillance de l'état de santé de la population du Québec, tels que le *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Éco-Santé Québec et le site Internet *Santéscope* ([www.inspq.qc.ca/Santescope](http://www.inspq.qc.ca/Santescope)).

Nous réaliserons prochainement une comparaison des statistiques québécoises de mortalité à celles des autres provinces canadiennes et des états américains. Cette étude nous permettra ainsi d'approfondir, selon des niveaux géographiques plus précis, la comparaison de la mortalité québécoise par rapport à celle de ses voisins nord-américains.

Président-directeur général,



Richard Massé  
Institut national de santé publique du Québec





## Table des matières

<b>Liste des tableaux et graphiques.....</b>	<b>VII</b>
<b>Liste des notes des tableaux et graphiques.....</b>	<b>IX</b>
<b>Faits saillants .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>Chapitre 1 Méthodologie .....</b>	<b>5</b>
1.1 Les sources de données .....	7
1.2 Les périodes couvertes .....	7
1.3 Le choix des pays.....	8
1.4 Les causes de décès retenues.....	9
1.5 La comparabilité des statistiques de décès des pays étudiés.....	10
1.6 Le calcul des indicateurs .....	11
<b>Chapitre 2 Résultats détaillés .....</b>	<b>15</b>
2.1 Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, 2001 .....	16
2.2 Mortalité infantile, 2001 .....	17
2.3 Ensemble des causes, 2001 .....	18
2.4 Tumeurs malignes, 2001 .....	20
2.5 Tumeurs malignes du côlon et du rectum, 2001 .....	22
2.6 Tumeurs malignes du poumon, 2001 .....	24
2.7 Tumeurs malignes du sein chez la femme, 2001 .....	26
2.8 Tumeurs malignes de la prostate, 2001 .....	28
2.9 Maladies de l'appareil circulatoire, 2001 .....	30
2.10 Cardiopathies ischémiques, 2001 .....	32
2.11 Maladies vasculaires cérébrales, 2001 .....	34
2.12 Maladies des artères, 2001 .....	36
2.13 Maladies de l'appareil respiratoire, 2001 .....	38
2.14 Pneumonie et grippe, 2001 .....	40
2.15 Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, 2001 .....	42
2.16 Traumatismes non intentionnels, 2001 .....	44
2.17 Accidents de transport, 2001 .....	46
2.18 Chutes accidentelles, 2001 .....	48
2.19 Suicide, 2001 .....	50
<b>Chapitre 3 Synthèse des résultats .....</b>	<b>53</b>
3.1 Situation du Québec sur le plan international .....	55
3.1.1 Rang du Québec parmi les 16 pays comparés .....	55
3.1.2 Comparaison de la mortalité québécoise par rapport à la moyenne des 16 pays .....	58
3.1.3 Évolution de la situation du Québec sur le plan international entre 1996-1998 et 2001.....	60
3.2 Pays présentant les indices de mortalité les plus favorables et objectifs à atteindre pour le Québec .....	63
3.3 Classement des différents pays selon certaines grandes causes de décès .....	65
3.4 Comparaison de la mortalité entre le Québec et le Canada .....	71
3.5 Données complémentaires sur les caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires des pays étudiés .....	73
<b>Conclusion .....</b>	<b>83</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>89</b>



## Liste des tableaux et graphiques

### Tableaux

Tableau 1.1	Pays et périodes retenus pour les comparaisons internationales .....	8
Tableau 1.2	Causes de décès retenues et codes correspondants selon la 10 <sup>e</sup> Révision de la Classification Internationale des Maladies .....	7
Tableau 3.1	Rang du Québec parmi les 16 pays comparés pour l'espérance de vie, la mortalité infantile et la mortalité selon la cause, 2001.....	56
Tableau 3.2	Écarts de mortalité entre le Québec et la moyenne des 16 pays comparés, 2001 .....	59
Tableau 3.3	Variation de l'espérance de vie et de la mortalité infantile, Québec et moyenne des pays comparés, 1996-1998 et 2001 .....	61
Tableau 3.4	Rang du Québec parmi les 16 pays comparés pour l'espérance de vie, la mortalité infantile et la mortalité selon la cause, 1996-1998 et 2001 .....	62
Tableau 3.5	Pays présentant les valeurs les plus favorables d'espérance de vie et de mortalité et objectifs à atteindre pour le Québec, 2001.....	64
Tableau 3.6	Rang des 16 pays comparés selon certaines grandes causes de décès, femmes, 2001 .....	67
Tableau 3.7	Rang des 16 pays comparés selon certaines grandes causes de décès, hommes, 2001 .....	70
Tableau 3.8	Espérance de vie et mortalité infantile, Québec et Canada, 2001 .....	71
Tableau 3.9	Certaines caractéristiques démographiques et économiques des 16 pays comparés.....	74
Tableau 3.10	Certaines caractéristiques sanitaires des 16 pays comparés.....	75

### Graphiques

Graphique 3.1	Rang du Québec parmi les 16 pays comparés selon la cause de mortalité, 2001 .....	57
Graphique 3.2	Écart de mortalité entre le Québec et l'ensemble du Canada selon la cause de mortalité, 2001 .....	72
Graphique 3.3	Vieillessement de la population et système de santé ....	78
Graphique 3.4	Éducation et emploi .....	79
Graphique 3.5	Espérance de vie à la naissance et système de santé .....	80
Graphique 3.6	Diagrammes de dispersion des pays étudiés selon certaines variables sélectionnées.....	81
Graphique 3.7	Tabagisme et taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du poumon.....	82



## Liste des notes des tableaux et graphiques

Les notes ci-dessous sont relatives aux tableaux et graphiques présentés dans ce document.

- <sup>a</sup> Données pour 1999-2000 : Danemark; Données pour 1999-2001 : États-Unis, Allemagne, Suède, Suisse, Australie; Données pour 2000-2001 : France; Données pour 2000-2002 : Canada, Japon, Finlande, Pays-Bas, Norvège, Espagne, Québec; Données pour 2001-2002 : Royaume-Uni; Données pour 2002-2003 : Autriche.
- <sup>b</sup> Taux pour 100 000 ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.
- <sup>c</sup> Taux APVP : Taux des années potentielles de vie perdues.
- <sup>d</sup> Rang sur 16. Le premier rang est occupé par le pays présentant le taux le plus faible et le 16<sup>e</sup> rang par le pays enregistrant le taux le plus élevé.
- <sup>e</sup> Rang sur 15. Le premier rang est occupé par le pays présentant le taux le plus faible et le 15<sup>e</sup> rang par le pays enregistrant le taux le plus élevé.
- <sup>f</sup> Rang sur 16. Le premier rang est occupé par le pays présentant l'espérance de vie la plus élevée et le 16<sup>e</sup> rang par le pays enregistrant l'espérance de vie la plus faible.
- <sup>g</sup> Taux pour 1 000 naissances vivantes.
- <sup>h</sup> Les décès pour cette cause n'étant pas disponibles pour la Suisse, le rang est calculé sur 15 pays.
- <sup>i</sup> Écart absolu de mortalité entre le Québec et la moyenne des 16 pays à l'étude (Québec – Moyenne des pays).
- <sup>j</sup> Écart relatif de mortalité entre le Québec et la moyenne des 16 pays à l'étude ((Québec – Moyenne des pays)/Moyenne des pays).
- <sup>k</sup> Les décès pour cette cause n'étant pas disponibles pour la Suisse, la moyenne est calculée sur 15 pays.
- <sup>l</sup> VRI : voies respiratoires inférieures.
- <sup>m</sup> Pour la période autour de 2001, le classement se fait sur 15 pays pour les traumatismes non intentionnels, puisque les décès liés à cette cause ne sont pas disponibles pour la Suisse pour cette période.
- <sup>n</sup> En général, il s'agit des trois pays présentant les indices de mortalité les plus favorables, sauf s'il y a égalité entre les taux des pays.
- <sup>o</sup> En général, il s'agit de la valeur de l'indice de mortalité du pays se classant au 3<sup>e</sup> rang.
- <sup>p</sup> Écart à réduire pour atteindre l'espérance de vie ou le taux de mortalité du pays se classant au 3<sup>e</sup> rang.
- <sup>q</sup> Écart à réduire pour atteindre le taux de mortalité de la France.
- <sup>r</sup> Écart à réduire pour atteindre le taux de mortalité de l'Espagne.
- <sup>s</sup> Données pour 2000-2002.
- <sup>t</sup> Écart relatif de mortalité entre le Québec et l'ensemble du Canada ((Québec – Canada)/Canada).
- <sup>u</sup> Estimations de l'UNESCO.
- <sup>v</sup> Données pour 2003-2004.
- <sup>w</sup> Données pour 2002.
- <sup>x</sup> Données pour 2003.
- <sup>y</sup> Données pour 2005.
- <sup>z</sup> Données pour 1999.
- <sup>aa</sup> Données pour 2003 : Australie, Danemark et Suède.
- <sup>bb</sup> Données pour 2002 : Autriche, Japon, Québec, Royaume-Uni et Suède. Estimations de l'UNESCO : Australie, Canada, France, Japon, Norvège et Suisse.
- s.o. Sans objet.
- ND Non disponible.



## Faits saillants

### Rang du Québec parmi les 16 pays comparés

Parmi les 16 pays retenus, toutes causes de décès confondues, le Québec se positionne au milieu du classement, tant chez les femmes que chez les hommes. Le rang qu'occupe le Québec varie cependant selon la cause de décès retenue.

Au cours de la période entourant 2001, l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans des femmes et des hommes du Québec sont légèrement supérieures aux espérances de vie moyennes des femmes et des hommes des 16 pays étudiés. Pour la même période, le taux de mortalité infantile du Québec, quoique faible, est un peu plus élevé que le taux moyen de mortalité infantile des 16 pays à l'étude. En général, les excès de mortalité les plus considérables au Québec par rapport à la moyenne des 16 pays sont enregistrés pour les tumeurs malignes du poumon et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, ainsi que pour le suicide chez les hommes. À l'opposé, les causes de décès pour lesquelles le Québec affiche une mortalité nettement inférieure à la mortalité moyenne des pays étudiés sont les chutes accidentelles<sup>1</sup>, les pneumonies et gripes<sup>1</sup> ainsi que l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire.

### Objectifs de réduction du Québec sur le plan international

Afin que le Québec se classe parmi les trois pays ayant les niveaux les plus faibles de mortalité, ses taux devraient diminuer de plus de 30 %, tant chez les femmes que chez les hommes, pour les tumeurs malignes du poumon, les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et les cardiopathies ischémiques, ainsi que pour le suicide chez les hommes.

### Évolution de la situation du Québec

De façon générale, entre 1996-1998 et 2001, le Québec a amélioré sa situation en termes de mortalité et se compare plus favorablement qu'auparavant sur le plan international. Toutefois, pour les grandes catégories de décès étudiées, le Québec demeure généralement au milieu du classement. Les gains en espérance de vie à la naissance et à 65 ans ont été plus importants au Québec que pour la moyenne des 16 pays. On observe une importante amélioration du classement de la mortalité québécoise pour les maladies de l'appareil respiratoire et les

traumatismes non intentionnels chez les hommes. La situation du Québec demeure relativement avantageuse pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire mais reste particulièrement inquiétante pour les tumeurs malignes et le suicide chez les hommes.

### Classement des différents pays

Le classement des différents pays fluctue en fonction des causes de décès retenues. Chez les femmes, les Japonaises se démarquent nettement pour l'espérance de vie à la naissance, devançant par près de deux ans les Espagnoles qui occupent le 2<sup>e</sup> rang. Ce sont cependant ces dernières et les Françaises qui se positionnent au haut du classement pour le plus grand nombre de causes de décès. Si chez les hommes les Japonais bénéficie de l'espérance de vie à la naissance la plus longue, ce sont les Suisses qui affichent le plus souvent, d'une cause à l'autre, une position favorable au classement.

### Comparaison de la mortalité entre le Québec et le Canada

De façon générale, on constate que le nombre de causes de décès pour lesquelles le Québec présente une mortalité plus élevée que le Canada est sensiblement le même que celui pour lesquelles il enregistre une mortalité plus faible. Les causes pour lesquelles le Québec affiche une surmortalité par rapport au Canada sont le suicide, les tumeurs malignes du poumon, les tumeurs malignes du côlon et du rectum et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, ainsi que l'ensemble des tumeurs malignes et des maladies de l'appareil respiratoire chez les hommes. Pour quatre causes, soit les chutes accidentelles<sup>1</sup>, les pneumonies et gripes<sup>1</sup>, les maladies vasculaires cérébrales et les maladies des artères chez les femmes, la mortalité du Québec est plus faible que celle du Canada.

### Données complémentaires sur les caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires

Des données complémentaires sur les pays à l'étude montrent que le Québec recense l'une des populations les plus jeunes et qu'il se compare défavorablement par rapport aux autres pays en matière d'éducation et d'emploi. Au niveau sanitaire, le Québec se situe à l'avant-dernier rang pour le nombre de médecins pour 1 000 habitants et au milieu du classement pour les dépenses en santé par habitant. Enfin, les données sur le tabagisme laissent entrevoir que, dans l'avenir, plusieurs pays pourraient se classer beaucoup plus désavantageusement que le Québec en ce qui a trait à la mortalité par tumeurs malignes du poumon et aux autres causes de décès associées au tabagisme.

<sup>1</sup> Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Voir la section 1.6 - Calculs des indicateurs, à la page 11.





## Introduction

Cette étude compare les statistiques de mortalité de la population québécoise à celles des populations de 15 pays industrialisés, dont le Canada. Plusieurs objectifs sont visés par cette comparaison :

- ⇒ Décrire la situation du Québec sur le plan international en matière de mortalité;
- ⇒ Identifier les causes de décès pour lesquelles le Québec présente un portrait comparatif favorable et défavorable;
- ⇒ Quantifier les écarts par rapport aux pays se positionnant aux premiers rangs.

Le document est divisé en trois chapitres. Le premier chapitre porte sur les aspects méthodologiques de l'étude. On y passe en revue, les sources de données utilisées, les périodes couvertes, le choix des pays comparés au Québec, les causes de décès retenues, la comparabilité des statistiques de décès des pays étudiés et le calcul des indicateurs utilisés pour établir les comparaisons internationales.

Le deuxième chapitre est consacré à la présentation détaillée des données. Il débute avec la présentation des indicateurs de mortalité générale, soit l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans et le taux de mortalité infantile. Puis, pour chaque cause de décès retenue, les données sont présentées sur deux pages en accordant une attention particulière au Québec et au Canada. Sur la première page, on retrouve une série de quatre figures illustrant par ordre croissant les taux de mortalité et les taux des années potentielles de vie perdues (APVP) de chaque pays, selon le sexe, pour la période entourant l'année 2001. Le rang du Québec ainsi que la valeur moyenne des taux des 16 pays comparés sont indiqués au bas des graphiques. Sur une deuxième page, sont présentés dans un tableau, les taux selon l'âge et le sexe du Québec, du Canada et du pays se positionnant au premier rang. Au bas du tableau, un court texte décrit les principaux résultats selon le sexe.

Le troisième et dernier chapitre dresse une synthèse des résultats présentés le chapitre précédent. Cette synthèse est organisée en cinq sections. On y aborde, tour à tour, la position du Québec sur le plan international, les pays présentant les indices de mortalité les plus favorables et les objectifs à atteindre pour le Québec, le classement des différents pays selon certaines grandes causes de décès, la comparaison de la mortalité entre le Québec et le Canada et enfin quelques données complémentaires sur les caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires des pays étudiés.

Cette étude est une mise à jour de l'exercice de comparaison réalisé par Choinière (2003) intitulé : « La mortalité au Québec : une comparaison internationale ». Elle constitue un complément aux données diffusées sur le site Internet *Santéscope*<sup>2</sup> de l'Institut national de santé publique du Québec. Les statistiques présentées ici sont plus détaillées que celles apparaissant sur le site Internet *Santéscope*, notamment en ce qui a trait aux APVP et à des groupes d'âge spécifique.

À l'instar de l'édition précédente, les statistiques présentées dans ce document pourront être mises à jour périodiquement, dans la mesure où l'OMS continue d'ajouter régulièrement des données pour de nouvelles années dans les fichiers bruts disponibles sur son site Internet<sup>3</sup>. Ceci permettra de juger de l'évolution, favorable ou non, de la situation du Québec en matière de mortalité sur le plan international.

<sup>2</sup> [www.inspq.qc.ca/Santescope](http://www.inspq.qc.ca/Santescope)

<sup>3</sup> [www3.who.int/whosis/mort/text/download.cfm?path=whosis,mort,mort\\_download&language=english](http://www3.who.int/whosis/mort/text/download.cfm?path=whosis,mort,mort_download&language=english)





Chapitre 1

---

# MÉTHODOLOGIE



Ce chapitre est consacré à la présentation des aspects méthodologiques liés à la réalisation de cette étude. On examine tour à tour les sources de données utilisées, les périodes couvertes, le choix des pays comparés au Québec, les causes de décès retenues, la comparabilité des statistiques sur les causes de décès des pays étudiés et le calcul des indicateurs utilisés pour effectuer les comparaisons internationales.

### **1.1 Les sources de données**

Plusieurs organismes présentent sur leur site Internet des comparaisons internationales de la mortalité. Parmi ceux-ci, on compte entre autres l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Institut national d'études démographiques (INED) de la France, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le bureau régional de l'OMS pour l'Europe et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). La comparaison des statistiques fournies par ces sites à celles tirées des fichiers des décès du Québec est cependant difficile. Les méthodes de calcul ne sont pas toujours définies, les populations de référence utilisées dans le calcul des taux ajustés ne sont pas les mêmes et souvent les résultats présentés sont basés sur des estimations à partir de modèles complexes plutôt que sur les données réelles. De plus, les données sont généralement compilées sur une base annuelle, ce qui ne permet pas de limiter les variations aléatoires en regroupant les données sur plusieurs années.

Pour contourner ces obstacles, nous avons utilisé les fichiers disponibles sur le site Internet de l'OMS. Cette organisation fournit des fichiers bruts téléchargeables comprenant les effectifs de décès pour la plupart des pays dans le monde selon le groupe d'âge, le sexe, la cause de décès détaillée, de 1960 à 2004. On y retrouve quatre fichiers pour les décès, soit un pour chacune des quatre dernières révisions de la Classification internationale des Maladies (CIM-7, CIM-8, CIM-9 et CIM-10). Le site de l'OMS rend également disponible un fichier qui comprend, généralement pour les mêmes années que celui des décès, les effectifs de population selon l'âge, le sexe, l'année et le pays.

Il est donc possible, à partir de ces fichiers, de calculer différents indicateurs de mortalité selon les méthodes désirées pour des périodes couvrant plusieurs années et d'effectuer des comparaisons internationales sur une base commune.

Les fichiers bruts disponibles sur le site de l'OMS sont régulièrement mis à jour. Dans cette étude, nous avons utilisé les fichiers produits en mars 2005. Cette version était la dernière disponible au moment du calcul des indices de mortalité à l'automne 2005.

Pour le Québec, les statistiques ont été compilées à partir des fichiers des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des estimations de population produites par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et diffusées par le MSSS en février 2005.

Au dernier chapitre, des données complémentaires sur les caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires des pays étudiés sont présentées. Ces données proviennent de l'ISQ, du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MELS), de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ainsi que de différents organismes internationaux, tels que l'United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), l'OCDE et la Banque mondiale. Les sources sont précisées au bas des tableaux 3.9 et 3.10.

### **1.2 Les périodes couvertes**

La période entourant l'année 2001 a été retenue comme période d'analyse dans cette étude. Au moment où les calculs ont été faits, 2001 représentait l'année centrale autour de laquelle les données sur les causes de décès selon la 10<sup>e</sup> Révision de la Classification internationale des Maladies étaient disponibles pour le plus grand nombre de pays industrialisés. La période retenue varie légèrement d'un pays à l'autre, comme le montre le tableau 1.1 à la page suivante. Nous avons tenté de privilégier une période de trois ans centrée sur l'année 2001. Pour 7 pays, les données ont été calculées pour la période de 2000 à 2002. Pour 5 autres pays, la période couverte est aussi de trois ans, mais couvre la période de 1999 à 2001. Enfin, pour les 4 autres pays faisant partie des comparaisons, les calculs ont été effectués pour une période de deux ans (tableau 1.1).

Fait important à mentionner, cette étude ne présente pas de comparaisons détaillées dans le temps. L'adoption de la CIM-10 a entraîné une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès (OCDE, 2005). Par rapport à la 9<sup>e</sup> Révision, dans la 10<sup>e</sup> Révision, de nouvelles catégories ont été ajoutées alors que d'autres ont été modifiées ou regroupées et certaines règles d'identification de la cause de décès ont changé (Statistique Canada, 2005; National Center for Health Statistics, 2000). Ces différences entre les deux révisions de la CIM sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès dans le temps (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). Ainsi, dans la section 3.1.3, l'analyse des tendances temporelles se limite à comparer, pour chaque cause de décès, le rang du Québec en 2000-2002 à celui de 1996-1998, calculé dans l'édition précédente de cette étude (Choinière, 2003).

### 1.3 Le choix des pays

Le choix des pays comparés au Québec dans cette étude s'est fait tout d'abord à partir de la liste des pays membres de l'OCDE qui ont adopté la Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies. Ainsi, parmi les pays faisant partie de l'OCDE, la Belgique, la Corée, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Pologne, le Portugal, la République Tchèque, la Slovaquie et la Turquie ont été exclus. Ces pays n'ont pas été retenus pour les raisons suivantes :

- ⇒ Les données n'étaient pas disponibles en CIM-10 (Grèce, Irlande, et Italie) ou n'étaient disponibles que pour une seule année en CIM-10 (Nouvelle-Zélande et Portugal);
- ⇒ Les données n'étaient pas disponibles pour la période retenue (Belgique);
- ⇒ Les effectifs de population étaient trop petits pour obtenir des mesures robustes de la mortalité selon la cause (moins d'un million d'habitants en Islande et au Luxembourg);
- ⇒ Le niveau socioéconomique était nettement inférieur aux autres pays (Corée, Hongrie, Mexique, Pologne, République Tchèque, Slovaquie et Turquie).

Au total, 16 unités géographiques ont été retenues. Il a été ainsi possible d'établir le rang du Québec parmi ces 16 unités, appelées pays pour des commodités rédactionnelles, pour la période autour de 2001. Cependant, pour deux des causes étudiées, soit les maladies des artères et les traumatismes non intentionnels, les données pour la Suisse n'étaient pas disponibles. Dans ces deux cas, le rang a donc été établi sur 15 pays.

Les pays et les périodes retenus dans cette étude sont présentés dans le tableau suivant.

**Tableau 1.1 Pays et périodes retenus pour les comparaisons internationales**

Pays	Période
Danemark	1999-2000
Allemagne	1999-2001
Australie	1999-2001
États-Unis	1999-2001
Suède	1999-2001
Suisse	1999-2001
France	2000-2001
Canada	2000-2002
Espagne	2000-2002
Finlande	2000-2002
Japon	2000-2002
Norvège	2000-2002
Pays-Bas	2000-2002
Québec	2000-2002
Royaume-Uni	2001-2002
Autriche	2002-2003

## 1.4 Les causes de décès retenues

Le choix des causes de décès s'est fait à partir des causes de décès retenues dans l'étude précédente (Choinière, 2003). Ce choix est basé sur les catégories disponibles dans les fichiers de l'OMS ainsi que sur les principales causes de décès observées au Québec et analysées dans les travaux produits dans le réseau québécois de la santé publique (Institut national de santé publique du Québec et coll., 2006; Pageau *et al.*, 2001; MSSS, 2001).

Le tableau ci-dessous présente les causes retenues et les codes de la CIM-10 correspondants. Mentionnons que certaines causes de décès, telles que agression/homicide, virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et leucémie, n'ont pas été retenues puisque dans plusieurs pays les taux qui leur sont associés sont très faibles.

**Tableau 1.2 Causes de décès retenues et codes correspondants selon la 10<sup>e</sup> Révision de la Classification Internationale des Maladies**

Cause de décès	Code de la CIM-10
<b>Ensemble des causes</b>	<b>AAA</b>
<b>Tumeurs malignes</b>	<b>C00-C97</b>
Tumeurs malignes du côlon et du rectum	C18-C21
Tumeurs malignes du poumon	C33-C34
Tumeurs malignes du sein chez la femme	C50
Tumeurs malignes de la prostate	C61
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>I00-I99</b>
Cardiopathies ischémiques	I20-I25
Maladies vasculaires cérébrales	I60-I69
Maladies des artères	I70-I78
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>J00-J99</b>
Pneumonie et grippe	J10-J18
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	J40-J47
<b>Traumatismes non intentionnels</b>	<b>V01-X59 et Y85-Y86</b>
Accidents de transport	V01-V99 et Y85
Chutes accidentelles	W00-W19
<b>Suicide</b>	<b>X60-X84 et Y87.0</b>

## 1.5 La comparabilité des statistiques de décès des pays étudiés

Tous les pays sélectionnés pour cette étude utilisent la 10<sup>e</sup> Révision de la Classification internationale des Maladies pour coder les causes de décès. Une étude réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale de la France (INSERM) sur la comparabilité et la qualité des statistiques sur les causes de décès dans les pays européens montre cependant que les procédures suivies pour identifier la cause initiale du décès varient d'un pays à l'autre (INSERM, 2001). Dans la plupart des pays, c'est un médecin qui complète l'information sur la cause de décès dans le formulaire de décès. Néanmoins, dans le cas d'une mort violente ou inexplicée, les modalités pour identifier la cause ne sont pas les mêmes. Au Royaume-Uni, on doit obligatoirement avoir recours à un coroner. En Finlande, tous les décès inexplicés, accidentels, par suicide ou des suites de violence sont examinés par un médecin légiste. Enfin, dans certains pays comme la France, la décision est laissée au médecin à savoir s'il détermine lui-même la cause de la mort violente ou s'il demande les services d'un spécialiste.

On constate également que le recours à une autopsie fluctue énormément d'un pays à l'autre. La façon dont est déterminée la cause de décès peut dépendre de la formation des médecins qui, elle aussi, varie selon les pays et même à l'intérieur des pays. Ainsi, les médecins pratiquant dans les hôpitaux universitaires auraient une meilleure formation pour déterminer plus précisément la cause initiale du décès (INSERM, 2001). Le choix de la cause de décès peut aussi être influencé par le contexte culturel et religieux du pays. Par exemple, jusqu'à tout récemment, le suicide était considéré inacceptable dans plusieurs pays catholiques (INSERM, 2001).

Le choix des pays quant à l'application de l'une ou l'autre Révision de la Classification internationale des Maladies peut également entraîner des biais dans la réalisation de comparaisons internationales (Paquette *et al.*, 2006). L'utilisation de plus en plus répandue de la 10<sup>e</sup> Révision et d'un système automatique de codification devrait contribuer à harmoniser le choix de la cause initiale de décès (INSERM, 2001).

Dans son étude, l'INSERM (2001) s'est intéressé à la comparabilité et à la qualité des données de quelques causes spécifiques de décès, telles

que le suicide, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire et les tumeurs malignes du sein. L'étude conclut que, même si certains suicides sont identifiés erronément comme des décès indéterminés quant à l'intention et que la sous-estimation des suicides suite à cette pratique peut varier d'un pays à l'autre, les données agrégées sont fiables et le classement des pays ne devrait pas être affecté. Pour les maladies de l'appareil circulatoire, l'étude mentionne que, selon des experts de différents pays européens, les statistiques nationales sont fiables. De plus, lorsque les sous-catégories des maladies de l'appareil circulatoire sont assez importantes, comme les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales, les données sont considérées suffisamment adéquates pour être utilisées à des fins de surveillance épidémiologique.

Une autre étude, réalisée cette fois dans le cadre des travaux sur le fardeau de la maladie, montre au contraire que dans plusieurs pays une proportion importante de décès par cardiopathies ischémiques est par erreur codée comme insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, athérosclérose généralisée et sans précision ou complications des cardiopathies et maladies cardiaques mal définies. D'après cette étude, ces erreurs de codifications sont beaucoup plus fréquentes dans certains pays (Japon, France et Espagne) que dans d'autres (Canada, Finlande, Norvège, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et Suède), ce qui peut entraîner un biais dans les comparaisons internationales. Elle démontre par ailleurs que les décès par maladies vasculaires cérébrales seraient mieux codés que ceux par cardiopathies ischémiques et qu'il y aurait même une surestimation aux âges élevés (Murray et Lopez, 1996).

Pour les maladies de l'appareil respiratoire, l'étude de l'INSERM (2001) souligne qu'il s'agit de la cause de décès la plus difficile à identifier. Ces maladies seraient largement sous-estimées dans les statistiques de mortalité et pourraient être faussement classées comme maladies de l'appareil circulatoire.

Enfin, l'INSERM (2001) conclut que les données sur les décès par tumeurs malignes du sein, à l'échelle des pays, sont précises et que la sous-estimation ne dépasserait pas 3 %.



Ainsi, ces études montrent que même si les données de mortalité sont généralement comparables entre elles, il faut être prudent dans l'analyse de certaines causes de décès, en particulier lorsqu'il s'agit de causes plus spécifiques. En effet, la comparaison des grandes catégories de décès fournit des résultats plus justes.

## 1.6 Le calcul des indicateurs

Dans ce document, les indicateurs utilisés pour comparer la mortalité de la population québécoise à celle des autres pays industrialisés sont les suivants :

- ⇒ Espérance de vie à la naissance et à 65 ans;
- ⇒ Taux de mortalité infantile;
- ⇒ Taux ajusté de mortalité selon certaines causes de décès;
- ⇒ Taux ajusté des années potentielles de vie perdues selon certaines causes de décès;
- ⇒ Taux de mortalité selon l'âge pour certaines causes de décès.

Exception faite pour le taux de mortalité infantile, les indicateurs ont tous été calculés à la fois pour les femmes et pour les hommes. Les taux ont été ajustés selon l'âge de façon à permettre les comparaisons selon le sexe et entre les pays et ce, en éliminant les différences de structure par âge. Cet ajustement a été effectué en appliquant les taux par âge des différents pays à la structure par âge d'une population de référence appelée population-type. De plus, afin de comparer les données de mortalité à celles d'autres sources internationales, les taux ont été ajustés en utilisant plusieurs populations de référence. Ces populations de référence sont :

- ⇒ La population-type européenne du bureau régional de l'OMS pour l'Europe;
- ⇒ La population de référence de l'OCDE de 1980;
- ⇒ La population du Québec en 2001;
- ⇒ La population du Canada en 1991.

Cette approche méthodologique nous a permis de comparer les taux que nous avons calculés à partir des fichiers bruts de l'OMS aux taux ajustés diffusés par l'OMS-Europe (population-type européenne), le MSSS, l'ISQ et l'INSPQ (population-type du Québec en 2001) ainsi que Statistique Canada (population-type du Canada en 1991). Ces comparaisons nous ont permis de valider les taux que nous avons calculés.

Dans la présente étude, ce sont les taux ajustés selon la structure par âge de la population du Québec en 2001 (population-type) qui ont été utilisés. Les taux ont été ajustés en utilisant la ventilation suivante selon l'âge : < 1 an, 5-9 ans, 10-14 ans, ..., 80-84 ans et 85 ans et plus.

Le calcul de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie à 65 ans a été réalisé à partir d'une table de mortalité abrégée à l'aide de la méthode actuarielle. Dans le calcul des différents indicateurs, le dernier groupe d'âge ouvert est fixé à 85 ans et plus. Dans les fichiers de l'OMS, les données ne sont disponibles pour le groupe d'âge de 90 ans et plus que pour certains pays. Dans le *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* (INSPQ et coll., 2006), les taux de mortalité ont été calculés pour de plus grands groupes d'âge que dans la présente étude et en utilisant comme dernier groupe d'âge celui des 75 ans et plus. L'utilisation des grands groupes d'âge permet de réduire quelque peu l'imprécision des taux ajustés lorsqu'ils sont calculés sur la base de faibles effectifs, notamment à l'échelle des régions sociosanitaires. On pourra donc constater, dans certains cas, de légères différences, pour l'ensemble du Québec, entre les données de mortalité présentées ici et celles du *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006*.

Les années potentielles de vie perdues fournissent une estimation du nombre d'années de vie perdues avant l'âge de 75 ans. Pour chaque décès survenant avant l'âge de 75 ans, la durée de vie perdue est définie par l'intervalle de temps séparant la mort du 75<sup>e</sup> anniversaire. Les APVP représentent ainsi une mesure de la mortalité prématurée. Elles donnent davantage de poids aux causes de décès qui surviennent à un jeune âge lorsqu'elles sont calculées pour l'ensemble des causes (Choinière *et al.*, 1998). Les taux des APVP ont également été ajustés selon l'âge.

Les catégories d'âge retenues pour l'analyse des taux de mortalité selon la cause sont : < 1 an, 1-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus. Les taux pour ces catégories ont été ajustés à partir des groupes d'âge de cinq ans, puisque la répartition par groupe d'âge de 5 ans, à l'intérieur des grands groupes d'âge, varie d'un pays à l'autre. Pour plusieurs causes de décès, les taux pour certains groupes d'âge n'ont pas été présentés dans les tableaux parce que les effectifs étaient trop faibles, soit moins de 10 décès.

Les résultats présentés aux chapitres 2 et 3 ont été calculés à partir d'un tableur Excel. Il est donc possible de constater des différences entre les résultats présentés dans ce document et des calculs faits à la main à partir de données arrondies. Par ailleurs, mentionnons qu'afin de faciliter la lecture de ce document, les notes relatives aux tableaux et graphiques sont détaillées dans *La liste des notes des tableaux et graphiques*.

Des données complémentaires à celles de la mortalité sont présentées à la fin du dernier chapitre. Pour illustrer les caractéristiques démographiques des pays étudiés, nous avons retenu l'effectif total de la population et la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus. Les caractéristiques économiques y sont décrites à l'aide de trois indicateurs : l'espérance de scolarisation selon le sexe, le taux de chômage selon le sexe et le produit intérieur brut par habitant en parité de pouvoir d'achat, exprimé en dollars américains. L'espérance de scolarisation représente le nombre d'années de scolarité qu'un élève de maternelle peut espérer atteindre si sa cohorte est soumise aux taux de scolarisation par âge, par régime d'étude et par niveau d'enseignement observés durant une période donnée (L'espérance, 1998).

Les caractéristiques sanitaires portent sur le système de santé et les habitudes de vie. Les deux indicateurs relatifs au système de santé sont le nombre de médecins pour 1 000 habitants et les dépenses en santé par habitant en parité de pouvoir d'achat, exprimées en dollars américains. Enfin, pour les habitudes de vie, le seul indicateur comparable disponible, mais qui représente cependant le facteur de risque le plus important, est la proportion de fumeurs réguliers âgés de 15 ans et plus selon le sexe.

Dans cette étude, nous présentons, pour l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans, pour la mortalité infantile ainsi que pour les différents taux de mortalité, le rang du Québec parmi les 16 pays comparés<sup>4</sup>. Pour l'espérance de vie, le premier rang est occupé par le pays présentant l'espérance de vie la plus élevée et le dernier rang par le pays enregistrant l'espérance de vie la plus faible. Pour la mortalité infantile et la mortalité selon la cause, le premier rang correspond au pays présentant la mortalité la plus faible et le dernier rang à celui enregistrant la mortalité la plus élevée. Le rang permet ainsi d'établir de façon simple et rapide la situation du Québec sur le plan international.

Cette approche est pratique mais ne permet pas de mesurer précisément l'évolution dans le temps du Québec au classement. Le Québec peut ainsi passer du 10<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> rang tout en ayant diminué l'écart relatif par rapport au pays enregistrant le taux le plus faible. Comme il a été mentionné précédemment, nous n'avons pas pu analyser en détail l'évolution dans le temps de la situation québécoise sur le plan international à la suite du passage de la CIM-9 à la CIM-10. Soulignons cependant que malgré les difficultés que cette transition a pu engendrer, l'application de la CIM-10 va constituer un atout dans la poursuite de cet exercice de comparabilité des statistiques internationales de la mortalité, de par sa précision, son efficacité, son large champ d'application et sa facilité d'adaptation. Ainsi, il sera particulièrement important de réaliser l'exercice de comparaison temporelle lors de la prochaine version de ce document.

Dans cette étude, nous avons calculé la valeur moyenne de chacun des indicateurs de mortalité des 16 pays industrialisés. Donc, pour chacun de ces indicateurs, les valeurs du Québec ont été comparées aux valeurs moyennes des pays à l'étude. Étant donné que l'effectif de population des pays retenus varie beaucoup, soit entre 4 millions et 293 millions, la valeur moyenne de chacun des indicateurs de mortalité des 16 pays industrialisés a été calculée directement à partir des différents indices de mortalité. De cette façon, pour chaque indicateur, chaque pays a le même poids dans le calcul de la moyenne des 16 pays étudiés.

<sup>4</sup> Le classement se fait sur 15 pays pour deux causes, soit les maladies des artères et les traumatismes non intentionnels, puisque les décès liés à ces deux causes ne sont pas disponibles pour la Suisse.

Enfin, mentionnons que les procédures suivies pour identifier la cause initiale de décès diffèrent d'un pays à l'autre et peuvent avoir un impact important sur la comparabilité des statistiques de certaines causes de décès entre les pays étudiés. C'est le cas notamment des statistiques de mortalité par chutes accidentelles et par pneumonie et grippe. En effet, des procédures différentes font en sorte que la transition à la CIM-10 a des conséquences majeures sur les données de mortalité relatives à ces deux causes. Compte tenu de ces problèmes de comparabilité, il est préférable d'interpréter avec beaucoup de prudence les résultats sur la mortalité par chutes accidentelles et par pneumonie et grippe présentés dans ce document. Pour plus de détails sur la comparabilité des données de mortalité entre la CIM-9 et la CIM-10, le lecteur pourra se référer, entre autres, aux travaux de Robitaille (2006), Kreisfeld et Harrison (2005) et Anderson *et al.* (2001) pour les chutes accidentelles ainsi qu'à ceux de Statistique Canada (2005) et Anderson *et al.* (2001) pour les pneumonies et grippes.





Chapitre 2

---

## **RÉSULTATS DÉTAILLÉS**

## 2.1 Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, 2001<sup>a</sup>

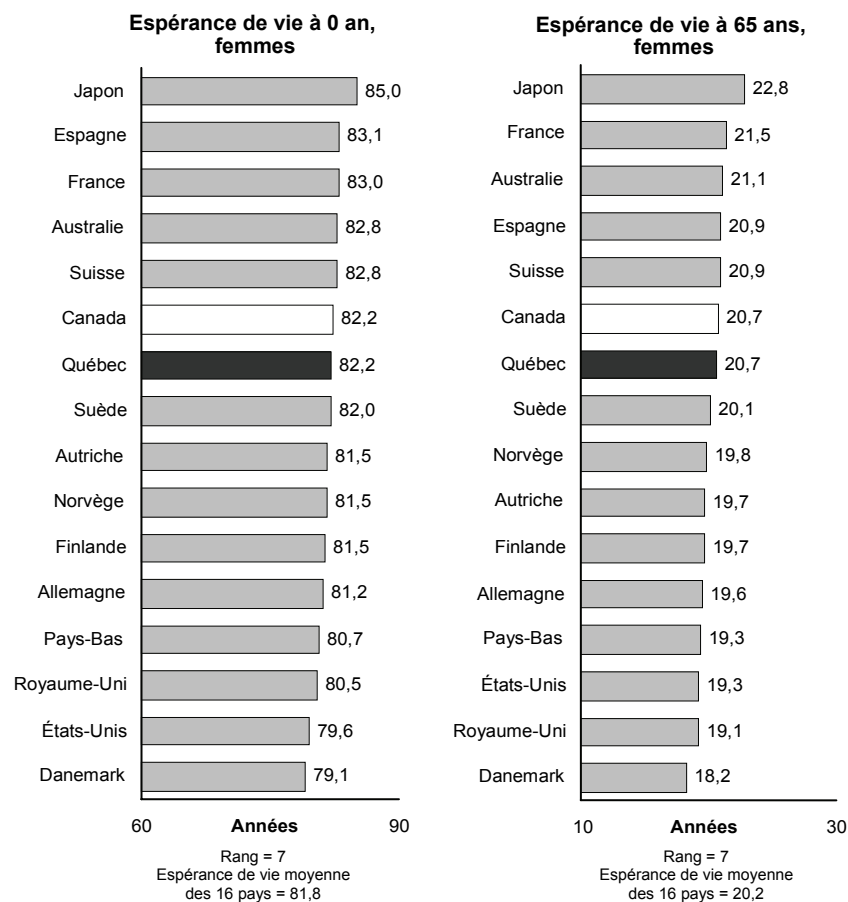
### FEMMES

#### ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Même niveau chez les Québécoises et les Canadiennes.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Retard de 2,8 ans par rapport au Japon.

#### ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Même niveau chez les Québécoises et les Canadiennes.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Retard de 2,1 ans par rapport au Japon.



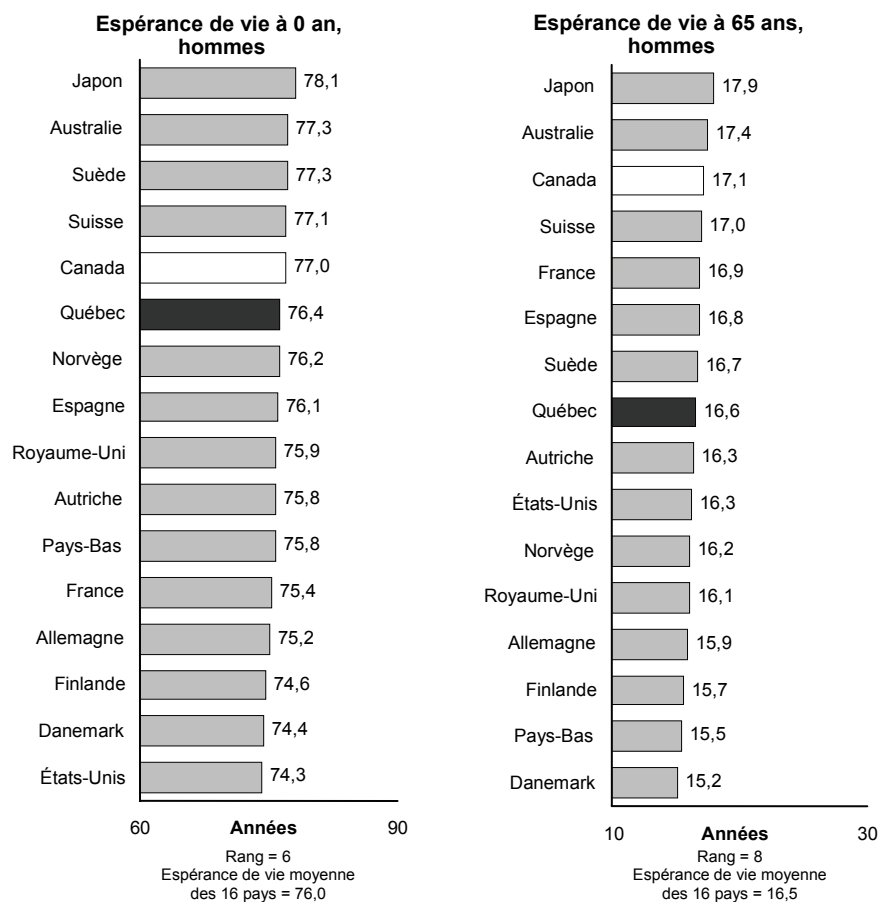
### HOMMES

#### ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Retard de 0,7 an.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Retard de 1,7 an par rapport au Japon.

#### ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Retard de 0,5 an.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Retard de 1,2 an par rapport au Japon.

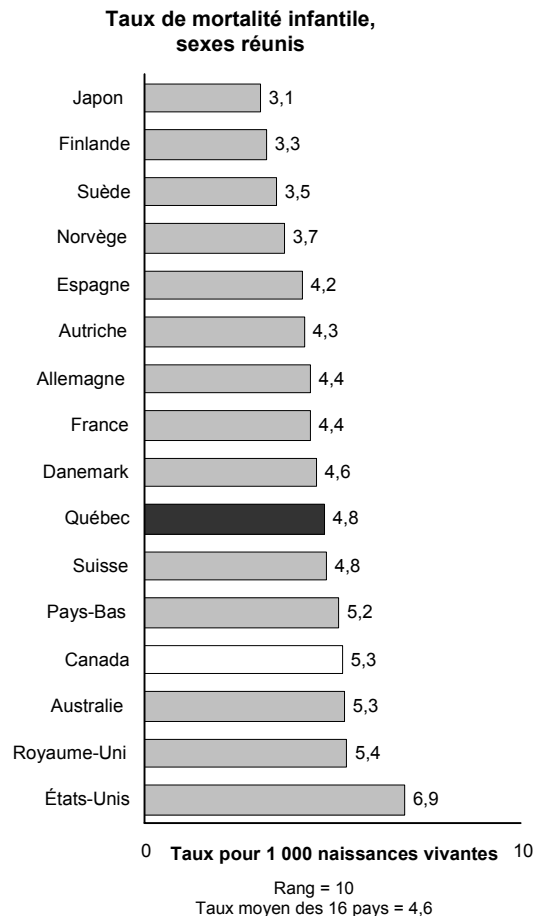


## 2.2 Mortalité infantile, 2001<sup>a</sup>

### SEXES RÉUNIS

#### TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 10 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 53 % par rapport au Japon.



### Espérance de vie chez les femmes

Au cours de la période entourant l'année 2001, les femmes du Québec occupent le 7<sup>e</sup> rang sur 16 pays pour l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans. On constate que les niveaux d'espérance de vie des Québécoises et des Canadiennes sont identiques. Parmi les cinq pays devant le Québec et le Canada, le Japon se démarque avec une espérance de vie à la naissance de 85 ans et une espérance de vie à 65 ans de près de 23 années. Par rapport à la moyenne des 16 pays, l'espérance de vie des Québécoises est supérieure de 0,4 an à la naissance et de 0,5 an à 65 ans.

### Espérance de vie chez les hommes

Avec une espérance de vie à la naissance de 76,4 ans, les Québécois se classent au 6<sup>e</sup> rang sur 16 pays industrialisés. Toutefois, avec une espérance de vie à 65 ans de 16,6 années, ils se situent deux rangs plus bas, soit au 8<sup>e</sup> rang. Lorsque l'on compare les hommes du Canada et du Québec, on observe une longévité moyenne plus faible chez ces derniers. En effet, les Québécois accusent un retard de 0,6 année pour l'espérance de vie à la naissance et de 0,5 année pour l'espérance de vie à 65 ans. Quatre pays présentent une espérance de vie à la naissance supérieure à celle des Canadiens et seulement deux pays enregistrent une espérance de vie à 65 ans plus élevée. Dans les deux cas, ce sont les Japonais qui occupent le premier rang avec une espérance de vie à la naissance de 78,1 ans et une espérance de vie à 65 ans de près de 18 ans. Comparativement à la moyenne des 16 pays, les Québécois ont une durée de vie supérieure de 0,4 an à la naissance et de 0,1 an à 65 ans.

### Mortalité infantile

Il est usuel de calculer le taux de mortalité infantile pour les deux sexes réunis. En 2000-2002, au Québec, ce taux est de 4,8 pour 1 000 naissances vivantes. Le Québec se classe au 10<sup>e</sup> rang avec une mortalité infantile légèrement plus élevée que celle de la moyenne des 16 pays comparés. Par rapport à celui du Canada, le taux de mortalité infantile enregistré au Québec est 10 % plus faible. Enfin, on observe dans quatre pays (Japon, Finlande, Suède et Norvège) un taux de mortalité infantile qui se situe sous la barre des 4,0 pour 1 000.

## 2.3 Ensemble des causes, 2001<sup>a</sup>

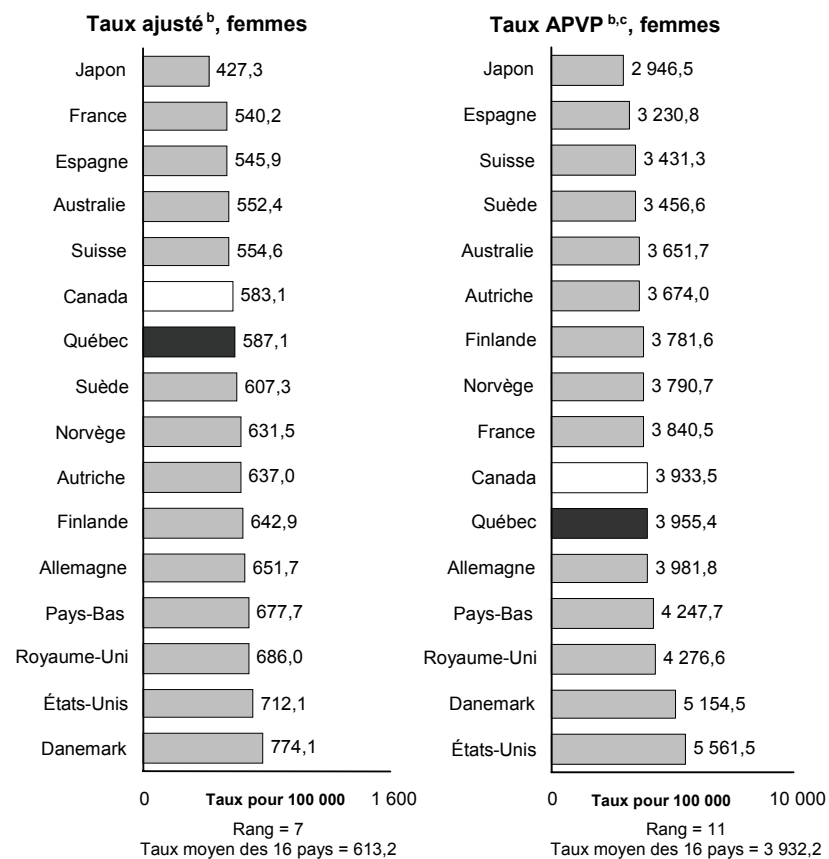
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 1 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 37 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 1 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 34 % par rapport au Japon.



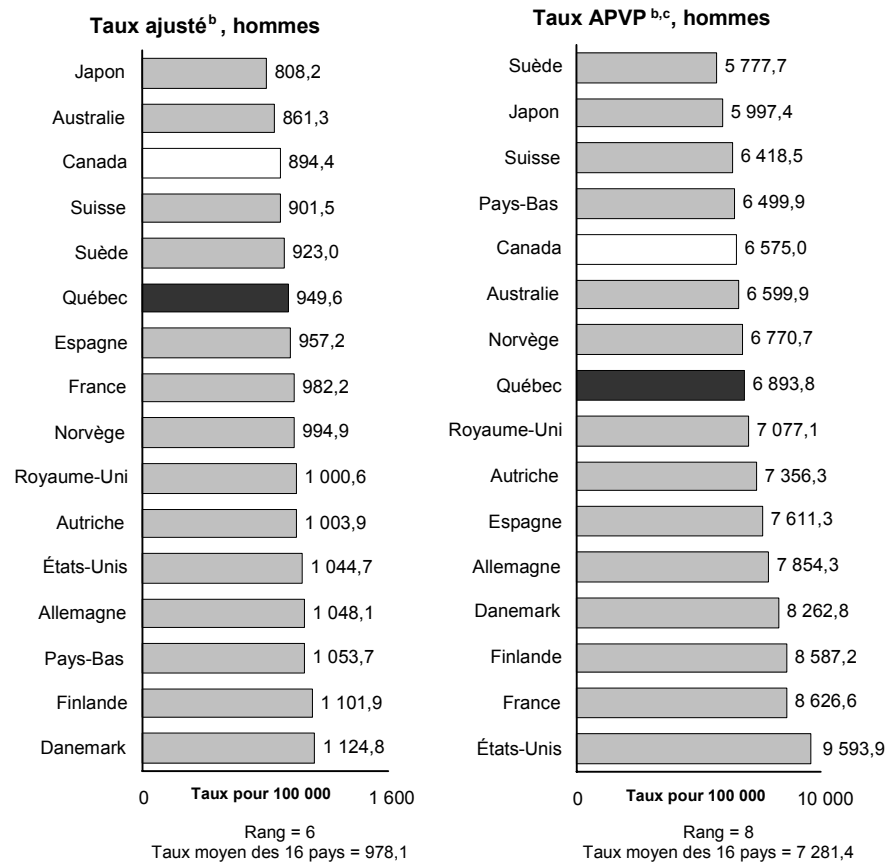
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 6 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 17 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 5 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 19 % par rapport à la Suède.





	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	10	419	13	465	Finlande	272	10	533	13	576	Japon	335
1-14 ans	4	13	11	14	Finlande	11	4	17	7	18	Suède	13
15-24 ans	13	32	12	32	Suède	22	10	84	6	76	Japon	55
25-44 ans	8	71	7	70	Suède	58	6	131	5	125	Pays-Bas	107
45-64 ans	11	370	9	361	Japon	260	8	623	6	590	Australie	515
65-74 ans	11	1 478	10	1 476	Japon	951	10	2 731	5	2 520	Japon	2 242
75 ans et plus	5	6 241	4	6 206	Japon	4 698	8	9 404	3	8 891	Japon	7 916
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	7	587	6	583	Japon	427	6	950	3	894	Japon	808
<b>Taux APVP<sup>b,c</sup></b>	11	3 955	10	3 934	Japon	2 947	8	6 894	5	6 575	Suède	5 778

### Femmes

Les Québécoises enregistrent, autour de 2001, le 7<sup>e</sup> plus bas taux ajusté de mortalité et occupent le 11<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues. Elles affichent une mortalité inférieure à la moyenne des 16 pays pour le taux ajusté de mortalité mais une mortalité légèrement supérieure pour le taux des années potentielles de vie perdues. Au Québec, c'est dans le groupe des 1-14 ans que les femmes se classent le mieux, en se logeant en 4<sup>e</sup> position. Toutefois, entre 15 et 24 ans, elles se situent au 13<sup>e</sup> rang du classement. On observe les taux de mortalité les plus faibles chez les Japonaises, sauf pour les groupes couvrant les 14 ans et moins et les 15-44 ans, où ce sont les Finlandaises et les Suédoises, respectivement, qui bénéficient du premier rang. Lorsque l'on compare les Québécoises aux Canadiennes, on constate qu'elles ont un profil de mortalité analogue.

### Hommes

Au cours de la période entourant l'année 2001, les hommes du Québec se positionnent au 6<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité et au 8<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues. Les Québécois enregistrent des taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues inférieurs à la moyenne des pays à l'étude. Pour leur part, les hommes du Canada affichent un profil de mortalité plus favorable que ceux du Québec en se classant au 3<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté et au 5<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues. Sur le plan international, c'est entre 1 et 14 ans que les Québécois se comparent le plus favorablement, en occupant le 4<sup>e</sup> rang. Par contre, ils glissent à la 10<sup>e</sup> position du classement chez les moins d'un an, les 15-24 ans et les 65-74 ans. C'est au Japon et en Suède que l'on profite, respectivement, des plus faibles taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues chez les hommes.

## 2.4 Tumeurs malignes, 2001<sup>a</sup>

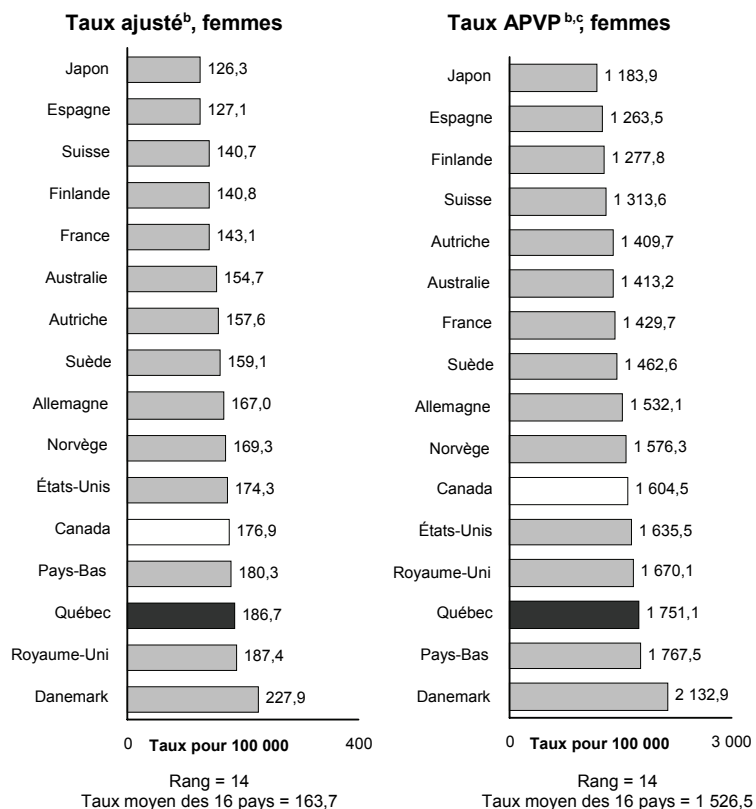
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 6 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 48 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 9 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 48 % par rapport au Japon.



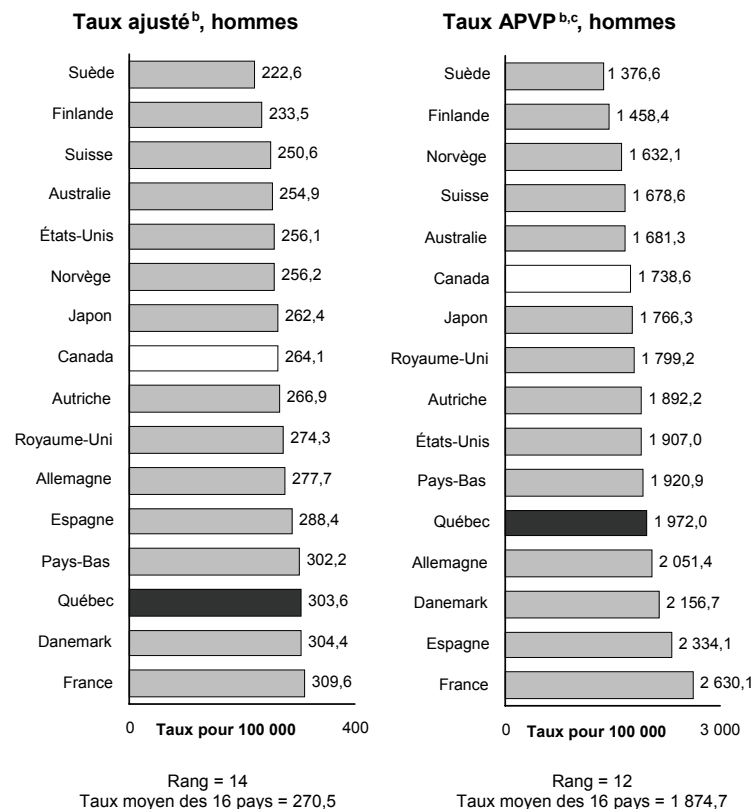
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 15 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 36 % par rapport à la Suède.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 13 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 43 % par rapport à la Suède.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	2	1	9	2	Suisse	1	14	3	9	3	Japon	2
15-24 ans	12	4	7	4	Suède	2	9	5	4	5	Japon	4
25-44 ans	14	30	8	26	Suisse	22	9	20	3	19	Suède	16
45-64 ans	14	218	10	201	Japon	138	12	261	7	229	Suède	172
65-74 ans	13	654	12	646	Japon	400	15	1 170	8	1 014	Suède	836
75 ans et plus	14	1 288	13	1 220	Espagne	915	15	2 538	10	2 196	États-Unis	1 952
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	14	187	12	177	Japon	126	14	304	8	264	Suède	223
<b>Taux APVP<sup>b, c</sup></b>	14	1 751	11	1 604	Japon	1 184	12	1 972	6	1 739	Suède	1 377

### Femmes

Au Québec, autour de 2001, les femmes occupent le bas du classement, soit le 14<sup>e</sup> rang sur 16 pays pour les taux ajustés de mortalité et d'années potentielles de vie perdues par tumeurs malignes. Cette situation change peu selon l'âge car les femmes se situent systématiquement entre la 12<sup>e</sup> et la 14<sup>e</sup> position à partir de 15 ans. On remarque toutefois qu'avant 15 ans, les Québécoises se classent exceptionnellement au 2<sup>e</sup> rang. Bien que les Canadiennes bénéficient généralement de taux légèrement moins élevés que les Québécoises, elles connaissent tout de même une mortalité plus importante que la moyenne des pays choisis. Lorsque l'on compare les femmes de certains pays industrialisés, on remarque que ce sont les Japonaises qui jouissent des taux les plus bas, à la fois pour la mortalité tout âge confondu, pour les années potentielles de vie perdues et pour les groupes d'âge couvrant les 45 à 74 ans. Par contre, les Espagnoles enregistrent la plus faible mortalité chez les 75 ans et plus, alors que les Suédoises et les Suissesses se positionnent au premier rang pour les groupes d'âge inférieurs à 45 ans.

### Hommes

Au cours de la période entourant 2001, les Québécois se classent au 14<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes et au 12<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par tumeurs malignes. À l'image des femmes, les hommes du Québec enregistrent des taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues supérieurs à la moyenne des pays étudiés. C'est dans les groupes des 15-24 ans et des 25-44 ans que les Québécois se comparent le plus favorablement, en se classant au 9<sup>e</sup> rang. Les Canadiens, quant à eux, affichent un profil de mortalité plus favorable que les Québécois et se situent sous la moyenne des 16 pays étudiés. Les Suédois présentent les valeurs les plus faibles pour le taux de mortalité et celui des années potentielles de vie perdues ainsi que pour les groupes d'âge couvrant les 25-74 ans. Toutefois, c'est le Japon qui occupe la 1<sup>re</sup> position avant 25 ans et les États-Unis qui sont au premier rang après 75 ans.

## 2.5 Tumeurs malignes du côlon et du rectum, 2001<sup>a</sup>

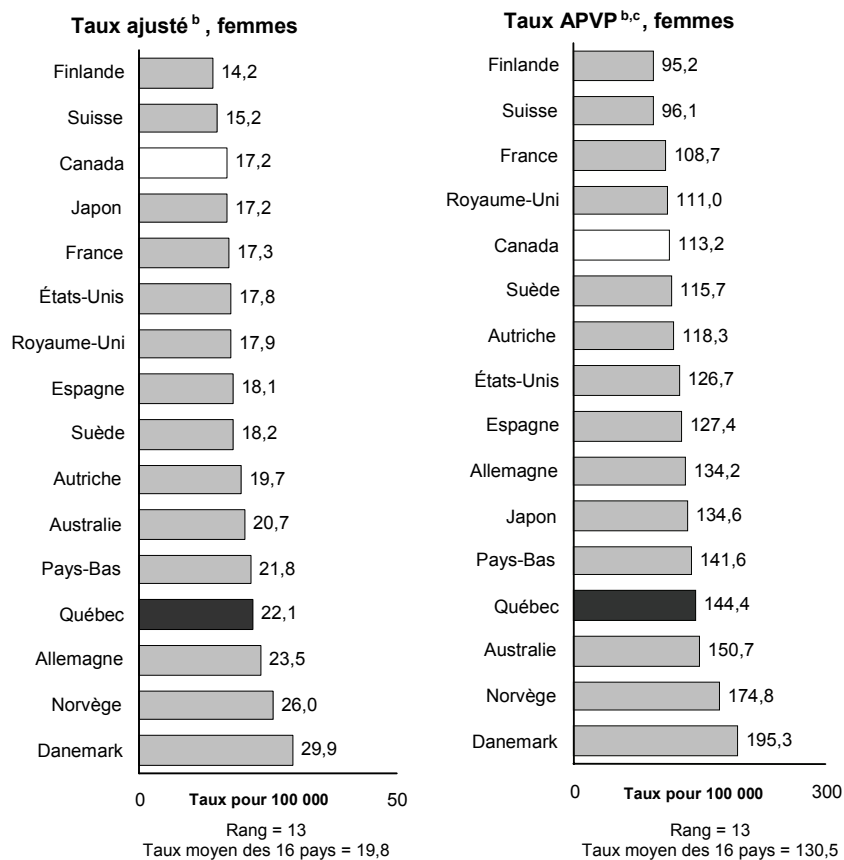
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 28 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 55 % par rapport à la Finlande.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 28 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 52 % par rapport à la Finlande.



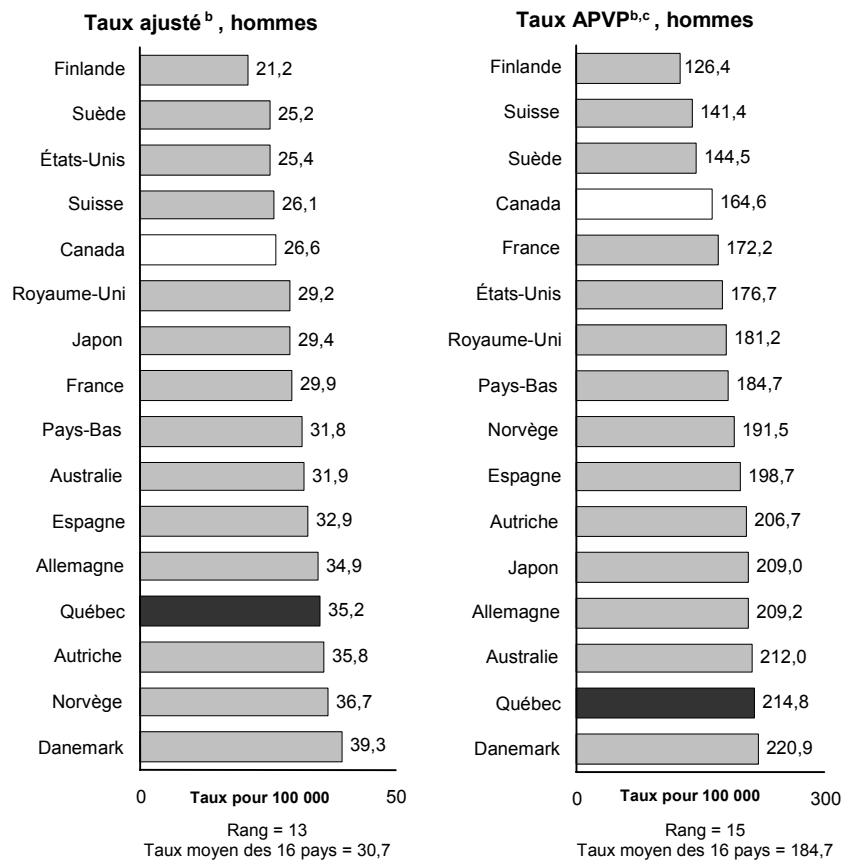
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 32 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 66 % par rapport à la Finlande.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 31 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 70 % par rapport à la Finlande.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	10	2	6	1	Finlande	1	8	2	7	1	Suisse	1
45-64 ans	13	19	6	15	Finlande	13	15	31	5	23	Finlande	17
65-74 ans	13	75	6	59	Finlande	48	11	129	5	101	Finlande	81
75 ans et plus	13	197	5	152	Finlande	125	13	305	4	226	Finlande	186
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	13	22	3	17	Finlande	14	13	35	5	27	Finlande	21
<b>Taux APVP<sup>b, c</sup></b>	13	144	5	113	Finlande	95	15	215	4	165	Finlande	126

### Femmes

Les Québécoises se situent en 13<sup>e</sup> position parmi les 16 pays étudiés pour les taux ajustés de mortalité et d'années potentielles de vie perdues par tumeurs malignes du côlon et du rectum, au cours de la période entourant 2001. Ainsi, elles enregistrent une mortalité plus élevée que la moyenne des pays à l'étude. Le rang des Québécoises varie peu selon l'âge. De façon générale, on constate que les femmes du Canada se classent nettement mieux que celles du Québec. En effet, pour le taux ajusté de mortalité, seuls deux pays font mieux que les Canadiennes : la Suisse et la Finlande. Ce sont d'ailleurs les Finlandaises qui bénéficient des taux les plus bas pour tous les groupes d'âge étudiés.

### Hommes

Autour de 2001, les Québécois occupent le 13<sup>e</sup> rang du classement pour le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum et le 15<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par tumeurs malignes du côlon et du rectum. À l'instar des femmes, les hommes du Québec présentent des taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues supérieurs à la moyenne des 16 pays. Les Canadiens, quant à eux, affichent un profil de mortalité plus favorable que les Québécois et ce, pour tous les groupes d'âge pris individuellement. Sur le plan international, c'est dans le groupe des 25-44 ans que les hommes du Québec se comparent le plus favorablement, en se classant au 8<sup>e</sup> rang. Toutefois, ils se situent au 15<sup>e</sup> rang du classement entre 45 et 64 ans. De façon générale, on observe les valeurs les plus faibles de mortalité chez les Finlandais, à l'exception du groupe des 25-44 ans pour lequel ce sont les Suisses qui détiennent la 1<sup>re</sup> position.

## 2.6 Tumeurs malignes du poumon, 2001<sup>a</sup>

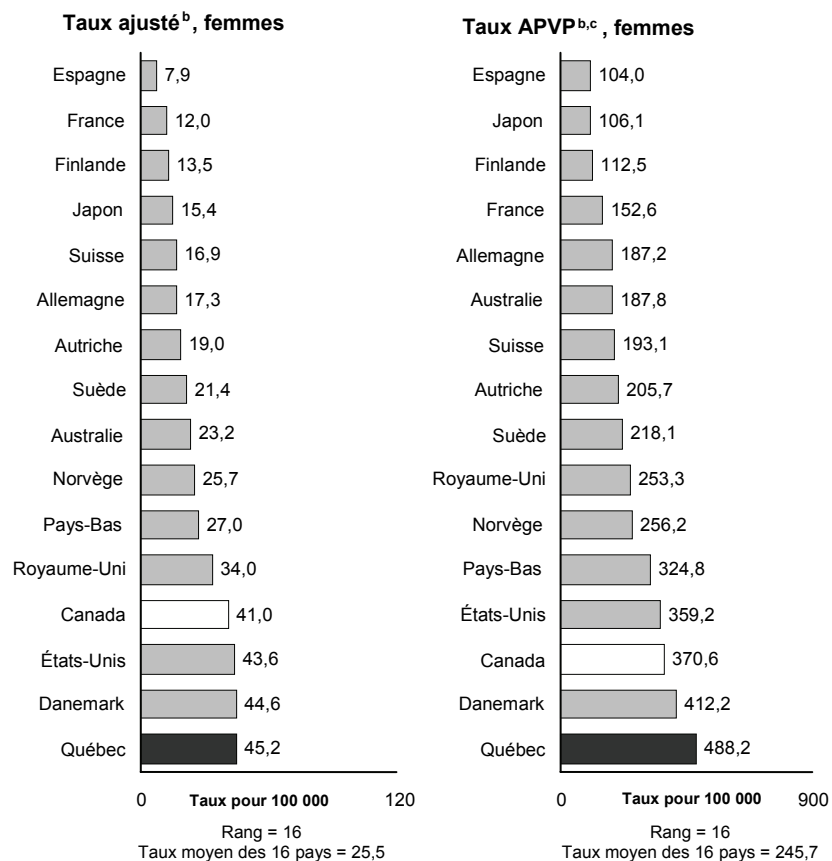
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 10 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 472 % par rapport à l'Espagne.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 32 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 369 % par rapport à l'Espagne.



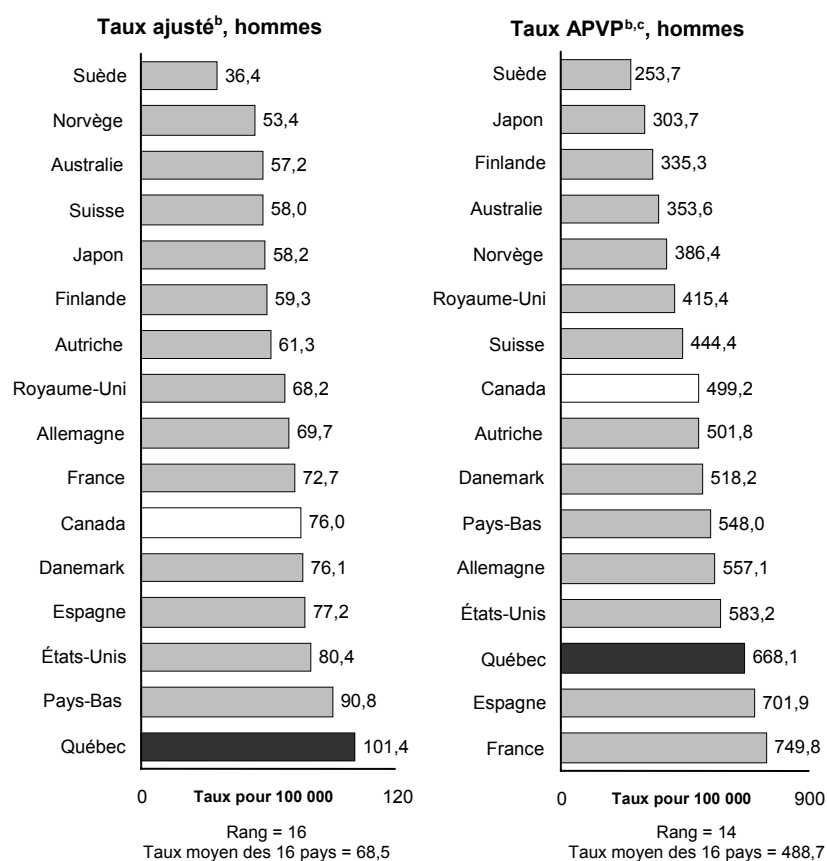
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 33 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 179 % par rapport à la Suède.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 34 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 163 % par rapport à la Suède.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	16	7	14	4	Finlande	1	12	4	6	3	Finlande	1
45-64 ans	16	67	14	53	Espagne	12	14	99	8	75	Suède	37
65-74 ans	14	187	13	184	Espagne	23	16	453	12	343	Suède	177
75 ans et plus	13	214	15	225	Espagne	41	16	734	14	545	Suède	236
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	16	45	13	41	Espagne	8	16	101	11	76	Suède	36
<b>Taux APVP<sup>b, c</sup></b>	16	488	14	371	Espagne	104	14	668	8	499	Suède	254

### Femmes

Au cours de la période entourant 2001, les Québécoises occupent le dernier rang pour les taux ajustés de mortalité et d'années potentielles de vie perdues par tumeurs malignes du poumon. Ainsi, elles enregistrent une mortalité presque deux fois supérieure à la moyenne des pays à l'étude pour le taux ajusté et pour le taux des années potentielles de vie perdues. C'est dans le groupe des 75 ans et plus que les femmes du Québec se positionnent le moins défavorablement parmi tous les groupes d'âge étudiés en se classant au 13<sup>e</sup> rang. Même si la situation des Canadiennes est similaire à celle des Québécoises, on observe chez les premières des taux systématiquement plus faibles chez les moins de 75 ans. Ce sont généralement les Espagnoles qui bénéficient des taux les plus bas.

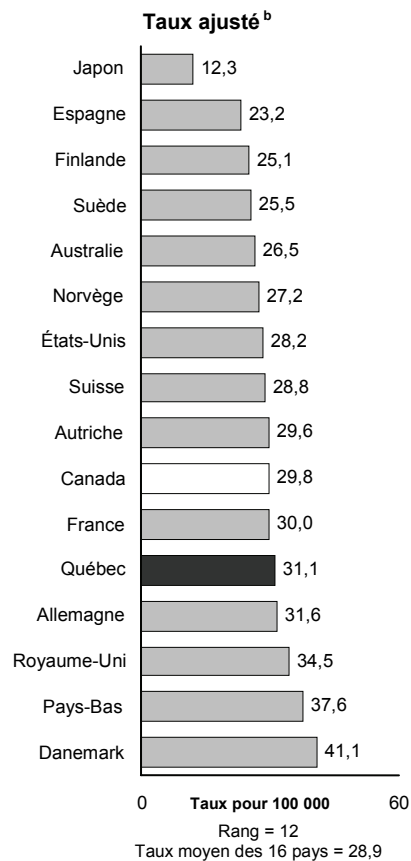
### Hommes

Tout comme les femmes, les hommes du Québec affichent autour de 2001 le pire bilan des pays industrialisés pour le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du poumon. Ils occupent le 14<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par tumeurs malignes du poumon. C'est dans le groupe des 25-44 ans que les Québécois se classent le mieux, soit au 12<sup>e</sup> rang sur 16 pays. Les Canadiens présentent un profil de mortalité nettement plus favorable que les Québécois bien qu'ils enregistrent une mortalité plus élevée que la moyenne des 16 pays étudiés. Enfin, ce sont les Suédois qui profitent des taux les plus faibles de mortalité pour tous les groupes d'âge supérieurs à 45 ans.

## 2.7 Tumeurs malignes du sein chez la femme, 2001<sup>a</sup>

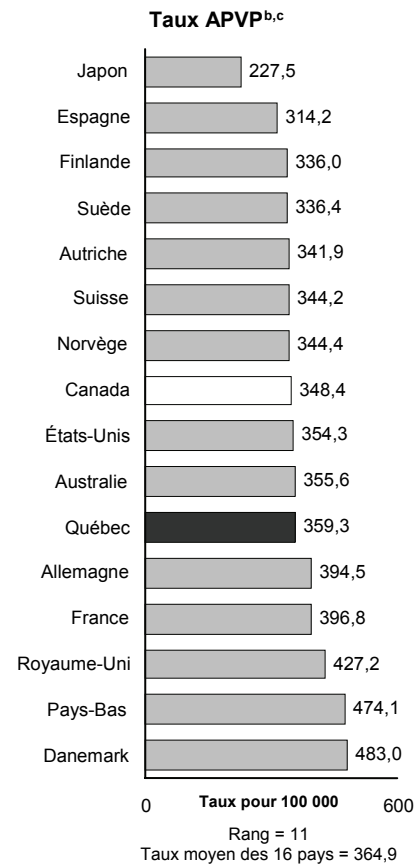
### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 5 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 154 % par rapport au Japon.



### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 3 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 58 % par rapport au Japon.





	FEMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>						
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	3	7	4	7	Japon	6
45-64 ans	10	45	9	44	Japon	27
65-74 ans	13	97	11	92	Japon	26
75 ans et plus	16	211	6	144	Pays-Bas	30
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	12	31	10	30	Japon	12
<b>Taux APVP<sup>b, c</sup></b>	11	359	8	348	Japon	227

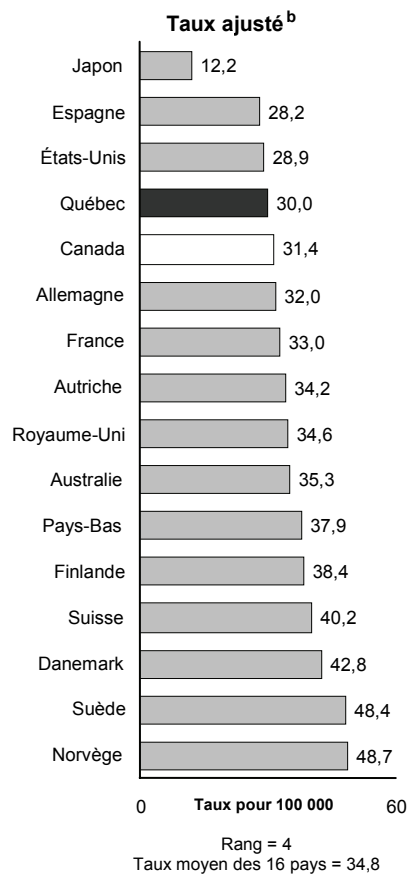
Autour de 2001, les Québécoises s'inscrivent au 12<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du sein et au 11<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par tumeurs malignes du sein. Pour le taux ajusté, la mortalité des Québécoises est supérieure à celle de la moyenne des pays alors que pour le taux des années potentielles de vie perdues, la valeur québécoise est légèrement inférieure à celle de la moyenne des 16 pays. C'est dans le groupe des 75 ans et plus que les femmes du Québec enregistrent la pire performance sur le plan international en se classant au dernier rang des 16 pays.

*A contrario*, c'est dans le groupe des 25-44 ans qu'elles se comparent le plus favorablement avec une 3<sup>e</sup> position au sein du classement. C'est d'ailleurs à partir de 45 ans que les Québécoises affichent systématiquement des taux plus élevés que les Canadiennes. Sur le plan international, les niveaux les plus faibles de mortalité par tumeurs malignes du sein chez la femme sont observés au Japon pour le taux ajusté et les années potentielles de vie perdues.

## 2.8 Tumeurs malignes de la prostate, 2001<sup>a</sup>

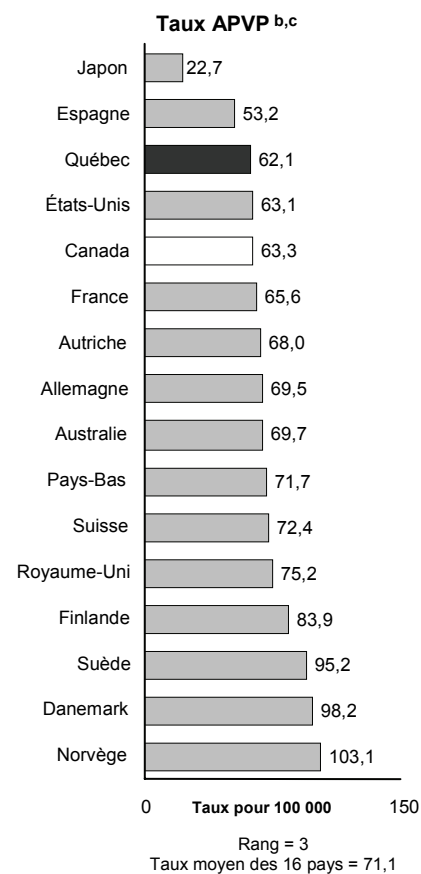
### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 5 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 146 % par rapport au Japon.



### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 2 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 173 % par rapport au Japon.



	HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>						
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	-	-	-	-	-	-
45-64 ans	3	7	4	8	Japon	3
65-74 ans	4	86	5	88	Japon	33
75 ans et plus	4	386	5	407	Japon	160
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	4	30	5	31	Japon	12
<b>Taux APVP<sup>b, c</sup></b>	3	62	5	63	Japon	23

Autour de 2001, les hommes du Québec se classent au 4<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes de la prostate et au 3<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par tumeurs malignes de la prostate. De ce fait, ils enregistrent une mortalité inférieure à celle de la moyenne des pays étudiés. Les Canadiens, quant à eux, affichent un profil de mortalité semblable à celui des Québécois.

C'est dans le groupe des 45-64 ans que les hommes du Québec se comparent le plus favorablement. En effet, dans ce groupe d'âge, seuls deux pays devancent le Québec pour le taux de mortalité par tumeurs malignes de la prostate. Enfin, ce sont les Japonais qui bénéficient des valeurs les plus faibles de mortalité pour tous les groupes d'âge.

## 2.9 Maladies de l'appareil circulatoire, 2001<sup>a</sup>

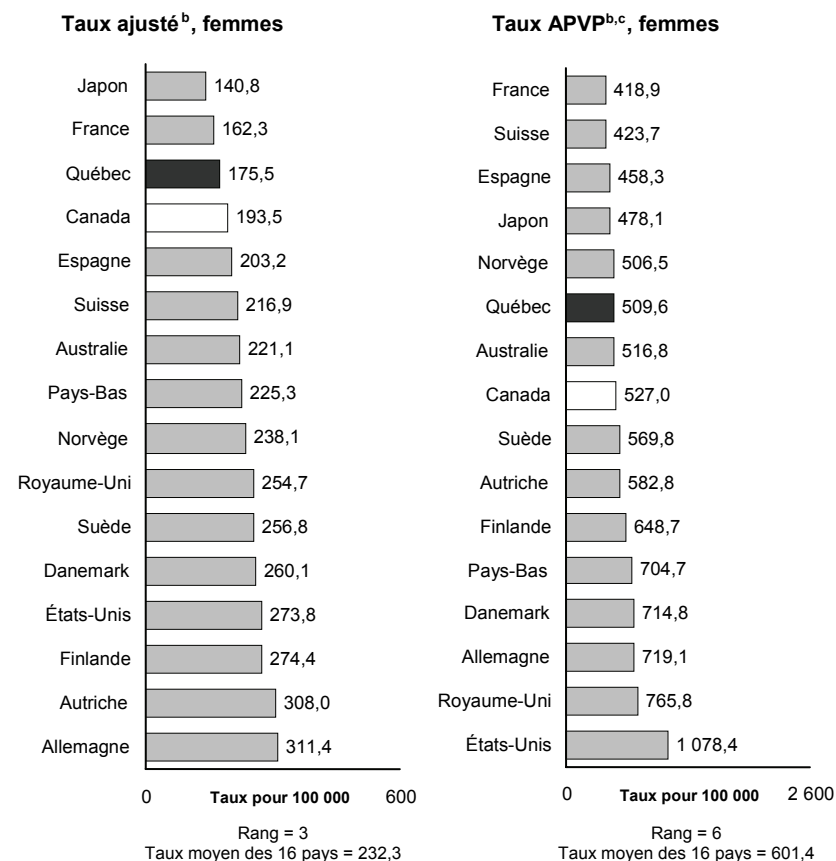
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 9 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 25 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 3 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 22 % par rapport à la France.



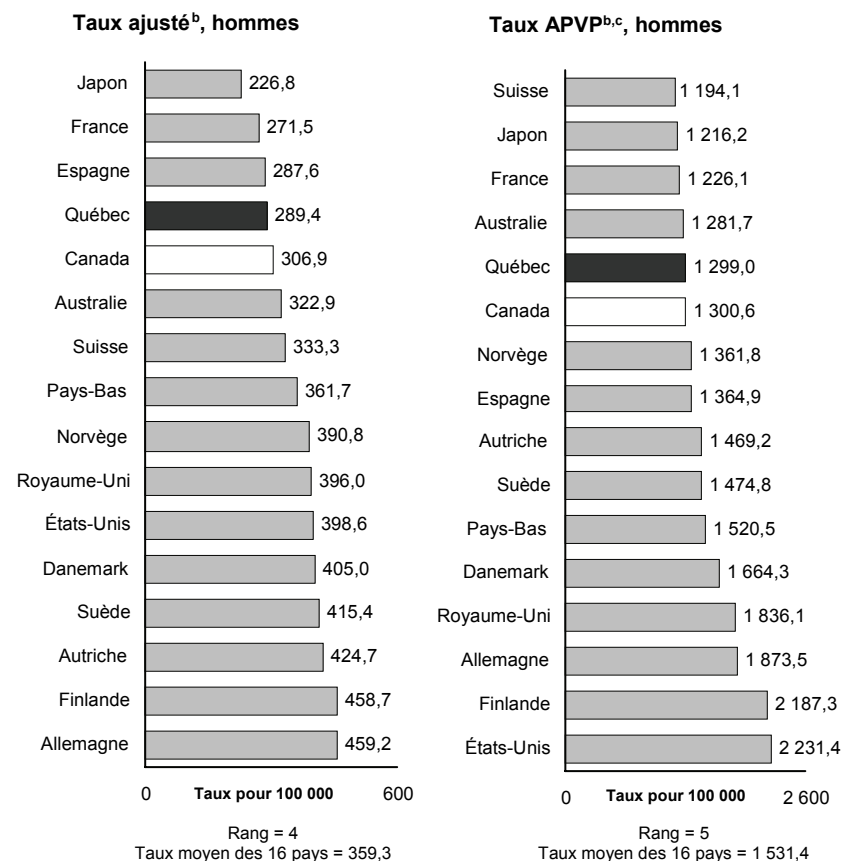
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 6 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 28 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de moins de 1 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 9 % par rapport à la Suisse.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	8	2	7	2	Pays-Bas	1	7	3	3	2	Norvège	1
25-44 ans	2	7	5	7	Suisse	6	2	16	1	16	Canada	16
45-64 ans	6	57	8	59	France	42	6	164	7	165	Japon	137
65-74 ans	5	379	6	397	Japon	265	6	817	7	823	Japon	563
75 ans et plus	3	2 316	4	2 606	Japon	1 869	3	3 228	5	3 529	Japon	2 528
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	3	175	4	194	Japon	141	4	289	5	307	Japon	227
<b>Taux APVP<sup>b, c</sup></b>	6	510	8	527	France	419	5	1 299	6	1 301	Suisse	1 194

### Femmes

Au cours de la période entourant 2001, le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire des Québécoises est l'un des plus faibles au monde, soit grandement inférieur au taux moyen des 16 pays. En effet, les femmes du Québec se classent en 3<sup>e</sup> position sur 16 pays industrialisés pour le taux ajusté de mortalité et au 6<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues. L'examen de la mortalité par âge montre que ce sont les Québécoises de 25-44 ans qui se positionnent le mieux sur le plan international, en occupant le 2<sup>e</sup> rang. Toutefois, les Québécoises se situent à la 8<sup>e</sup> position du classement entre 15 et 24 ans. Lorsque l'on compare les femmes du Québec à celles du Canada, on remarque des taux légèrement plus élevés chez ces dernières. Ce sont les Japonaises et les Françaises qui bénéficient, respectivement, des taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues les plus faibles.

### Hommes

Au Québec, autour de 2001, les hommes enregistrent le 4<sup>e</sup> plus faible taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et occupent le 5<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par maladies de l'appareil circulatoire. Les Canadiens affichent un profil de mortalité très similaire à celui des Québécois et se situent largement sous la moyenne des 16 pays industrialisés pour les taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues. C'est dans le groupe des 25-44 ans que les hommes du Québec se comparent le plus favorablement, en se positionnant au 2<sup>e</sup> rang du classement. Par contre, ils se classent moins bien chez les 15-24 ans, où ils glissent au 7<sup>e</sup> rang. On observe les valeurs de mortalité les plus faibles chez les Japonais, sauf pour les 15-24 ans et les 25-44 ans où ce sont les Norvégiens et les Canadiens qui dominent, respectivement, les classements. Les Suisses, eux, occupent le 1<sup>er</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues.

## 2.10 Cardiopathies ischémiques, 2001<sup>a</sup>

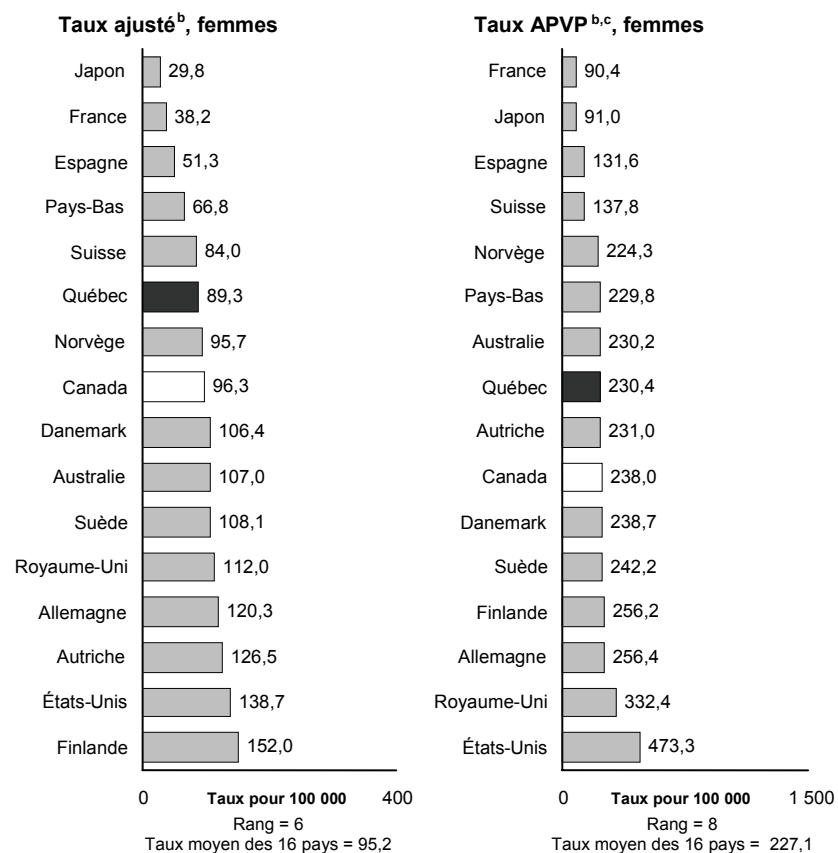
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ Comparativement à l'ensemble du Canada :  
Sous-mortalité de 7 %.
- ⇒ Comparativement au pays occupant le premier rang :  
Surmortalité de 200 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ Comparativement à l'ensemble du Canada :  
Sous-mortalité de 3 %.
- ⇒ Comparativement au pays occupant le premier rang :  
Surmortalité de 155 % par rapport à la France.



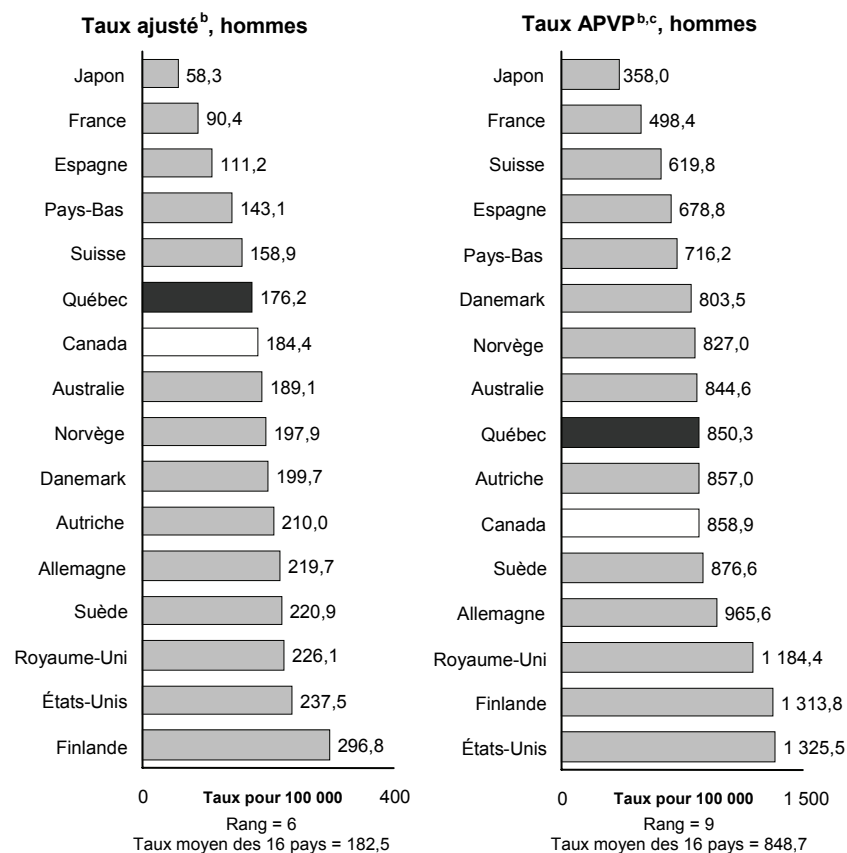
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ Comparativement à l'ensemble du Canada :  
Sous-mortalité de 4 %.
- ⇒ Comparativement au pays occupant le premier rang :  
Surmortalité de 202 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ Comparativement à l'ensemble du Canada :  
Sous-mortalité de 1 %.
- ⇒ Comparativement au pays occupant le premier rang :  
Surmortalité de 137 % par rapport au Japon.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	9	2	8	2	Suisse	1	8	9	7	9	Japon	6
45-64 ans	9	28	13	30	France	10	10	116	11	117	Japon	44
65-74 ans	7	207	8	217	Japon	67	6	530	8	537	Japon	168
75 ans et plus	5	1 175	7	1 280	Japon	385	5	1 859	7	1 992	Japon	578
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	6	89	8	96	Japon	30	6	176	7	184	Japon	58
<b>Taux APVP<sup>b, c</sup></b>	8	230	10	238	France	90	9	850	11	859	Japon	358

### Femmes

Au cours de la période entourant 2001, les femmes du Québec occupent le 6<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité par cardiopathies ischémiques et se classent au 8<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par cardiopathies ischémiques. Les Québécoises affichent un taux ajusté de mortalité un peu plus faible que celui de la moyenne des pays choisis tandis que pour les années potentielles de vie perdues, elles enregistrent un taux légèrement plus élevé. C'est dans le groupe des 75 ans et plus que les Québécoises se positionnent le mieux sur le plan international, soit au 5<sup>e</sup> rang. On dénote peu de différences entre la mortalité par cardiopathies ischémiques des femmes du Québec et du Canada. Les pays où on observe les niveaux les plus faibles de mortalité pour cette cause chez les femmes varient selon l'âge : le Japon pour le taux ajusté et les 65 ans et plus, la France pour les 45-64 ans et les années potentielles de vie perdues et la Suisse pour les 25-44 ans.

### Hommes

Autour de 2001, les hommes du Québec se situent au 6<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité par cardiopathies ischémiques et au 9<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par cardiopathies ischémiques. Les Québécois enregistrent un taux ajusté un peu plus faible que la moyenne des 16 pays industrialisés et un taux des années potentielles de vie perdues légèrement plus élevé. On observe un profil de mortalité analogue chez les Canadiens et les Québécois. C'est dans le groupe des 75 ans et plus que les hommes du Québec se comparent le plus favorablement, en se classant au 5<sup>e</sup> rang. Par contre, ils se classent moins bien chez les 45-64 ans, où ils glissent au 10<sup>e</sup> rang. Pour tous les groupes d'âge, on observe les plus faibles taux de mortalité par cardiopathies ischémiques chez les Japonais.

## 2.11 Maladies vasculaires cérébrales, 2001<sup>a</sup>

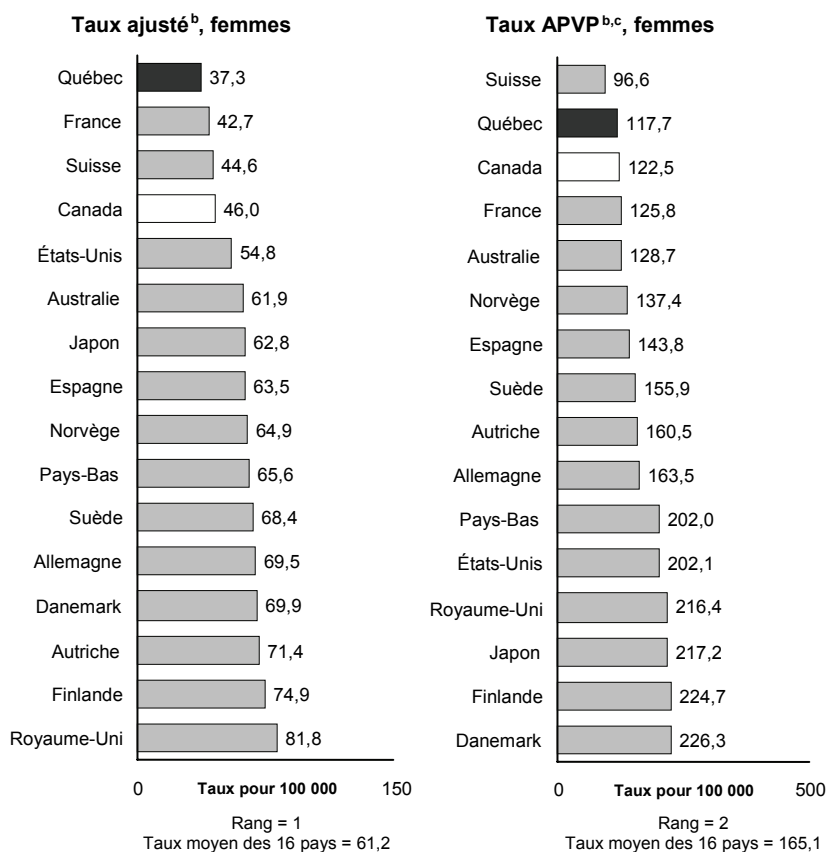
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 19 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Le Québec occupe le premier rang.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 4 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 22 % par rapport à la Suisse.



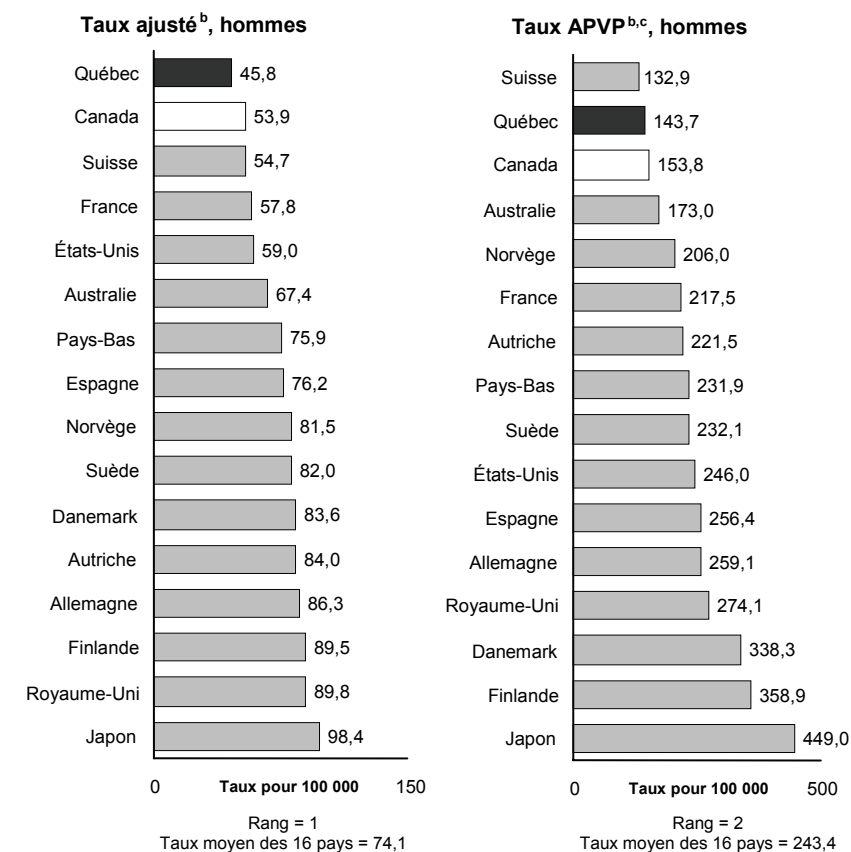
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 15 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Le Québec occupe le premier rang.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 7 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 8 % par rapport à la Suisse.





	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	2	2	4	2	Suisse	2	1	2	2	2	Québec	2
45-64 ans	3	12	4	13	Suisse	10	2	16	3	18	Suisse	15
65-74 ans	3	74	4	82	Suisse	63	2	115	3	121	Suisse	113
75 ans et plus	1	496	3	638	Québec	496	1	578	3	707	Québec	578
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	1	37	4	46	Québec	37	1	46	2	54	Québec	46
<b>Taux APVP<sup>b, c</sup></b>	2	118	3	122	Suisse	97	2	144	3	154	Suisse	133

### Femmes

Les Québécoises enregistrent, autour de 2001, le taux le plus bas de mortalité par maladies vasculaires cérébrales. De plus, elles occupent une position très avantageuse pour le taux des années potentielles de vie perdues par maladies vasculaires cérébrales, soit le 2<sup>e</sup> rang sur 16 pays industrialisés. Le premier rang des femmes du Québec s'explique principalement par le faible taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales des Québécoises âgées de 75 ans et plus. Lorsque l'on examine la situation des Canadiennes, on remarque qu'elles présentent aussi une position très favorable et des taux inférieurs à la moyenne. Ce sont les femmes de la Suisse qui bénéficient des taux les moins élevés pour les années potentielles de vie perdues ainsi que pour le taux ajusté chez les moins de 75 ans.

### Hommes

Pour la période entourant 2001, les hommes du Québec occupent le 1<sup>er</sup> rang pour le taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales. En outre, ils se classent en 2<sup>e</sup> position pour le taux des années potentielles de vie perdues par maladies vasculaires cérébrales. On constate que les Canadiens enregistrent aussi des taux systématiquement plus bas que la moyenne des 16 pays étudiés. À l'instar des femmes, les hommes de la Suisse affichent la plus faible mortalité entre 45 et 74 ans tout comme pour le taux des années potentielles de vie perdues.

## 2.12 Maladies des artères, 2001<sup>a</sup>

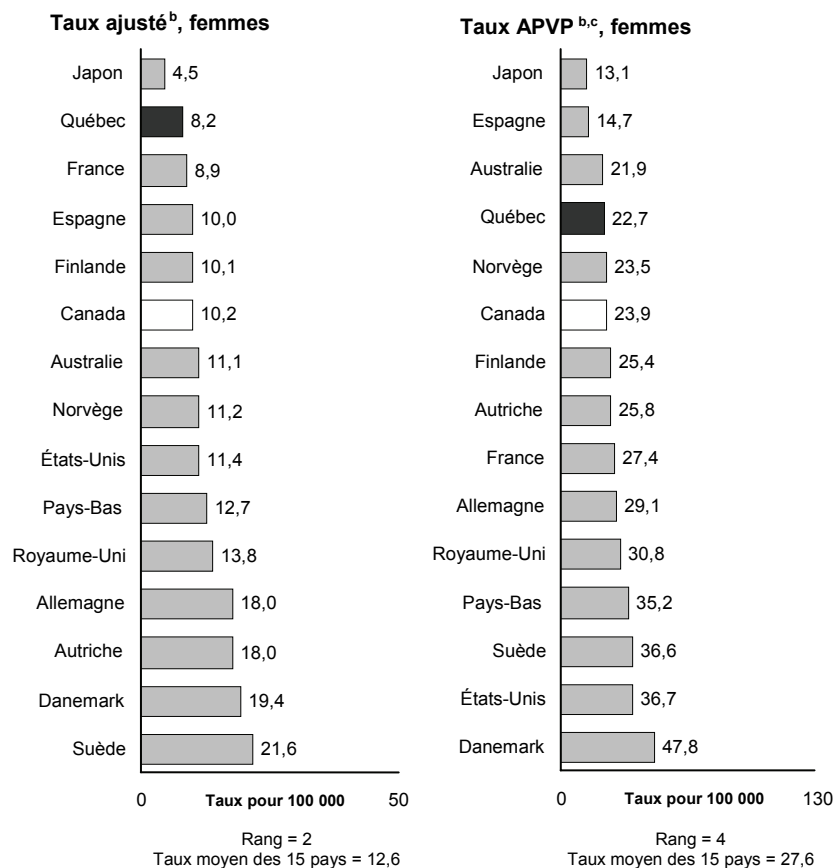
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 20 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 84 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 5 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 73 % par rapport au Japon.



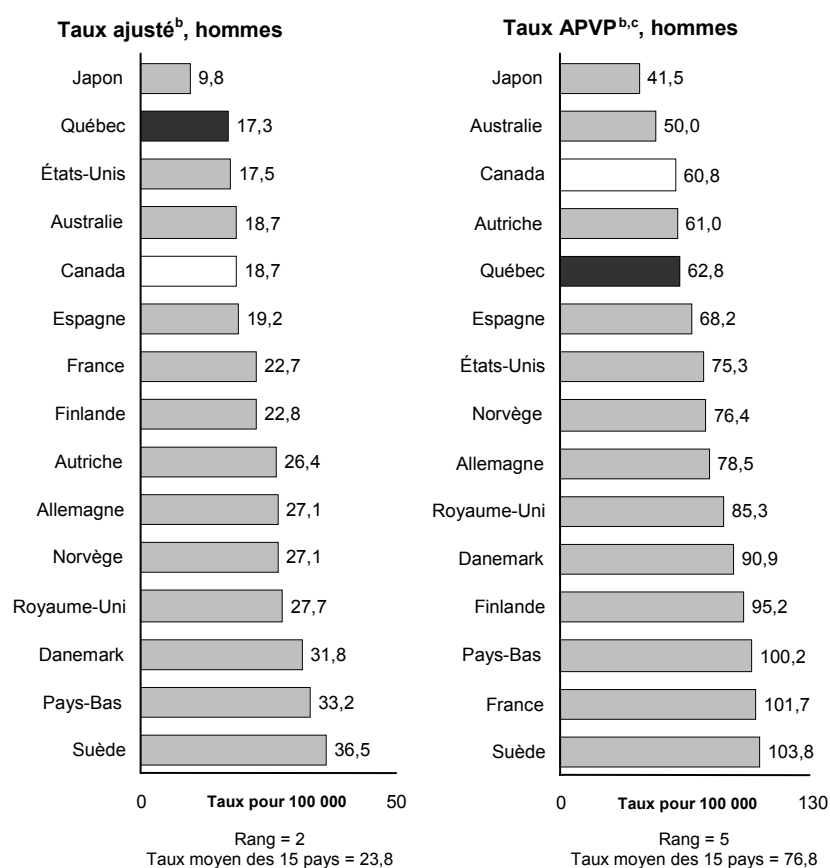
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 7 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 76 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 3 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 51 % par rapport au Japon.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>e</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>e</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>e</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>e</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45-64 ans	6	2	9	3	Espagne	1	3	7	4	7	Japon	5
65-74 ans	4	20	6	22	Espagne	10	3	49	6	53	Japon	28
75 ans et plus	2	107	5	140	Japon	57	3	207	4	226	Japon	113
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	2	8	6	10	Japon	4	2	17	5	19	Japon	10
<b>Taux APVP<sup>b, c</sup></b>	4	23	6	24	Japon	13	5	63	3	61	Japon	42

### Femmes

Les Québécoises enregistrent, autour de 2001, le 2<sup>e</sup> plus faible taux de mortalité par maladies des artères et se positionnent au 4<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par maladies des artères. Les femmes du Québec affichent une mortalité plus faible que la moyenne des pays étudiés pour le taux ajusté de mortalité et pour le taux des années potentielles de vie perdues. C'est dans le groupe des 75 ans et plus que les Québécoises se situent le plus favorablement, en se classant au 2<sup>e</sup> rang. Par contre, elles se positionnent moins bien chez les 45-64 ans, où elles glissent au 6<sup>e</sup> rang. Ce sont les Espagnoles qui bénéficient des taux les plus faibles entre 45 et 74 ans. Tandis que ce sont les Japonaises qui occupent le premier rang pour les 75 ans et plus, pour la mortalité tout âge confondu ainsi que pour les années potentielles de vie perdues. Lorsque l'on compare les femmes du Québec à celles du Canada, on observe des taux plus faibles chez les premières pour tous les groupes d'âge étudiés.

### Hommes

Autour de 2001, les hommes du Québec se situent en 2<sup>e</sup> position sur 15 pays industrialisés pour le taux de mortalité par maladies des artères et au 5<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par maladies des artères. À l'instar des Québécoises, les Québécois enregistrent des taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues inférieurs à la moyenne des pays à l'étude. Les Canadiens affichent un profil de mortalité, pour tous les groupes d'âge, moins favorable que les Québécois, exception faite du taux des années potentielles de vie perdues. Pour tous les groupes d'âge, les valeurs les plus faibles de mortalité sont observées chez les Japonais.

## 2.13 Maladies de l'appareil respiratoire, 2001<sup>a</sup>

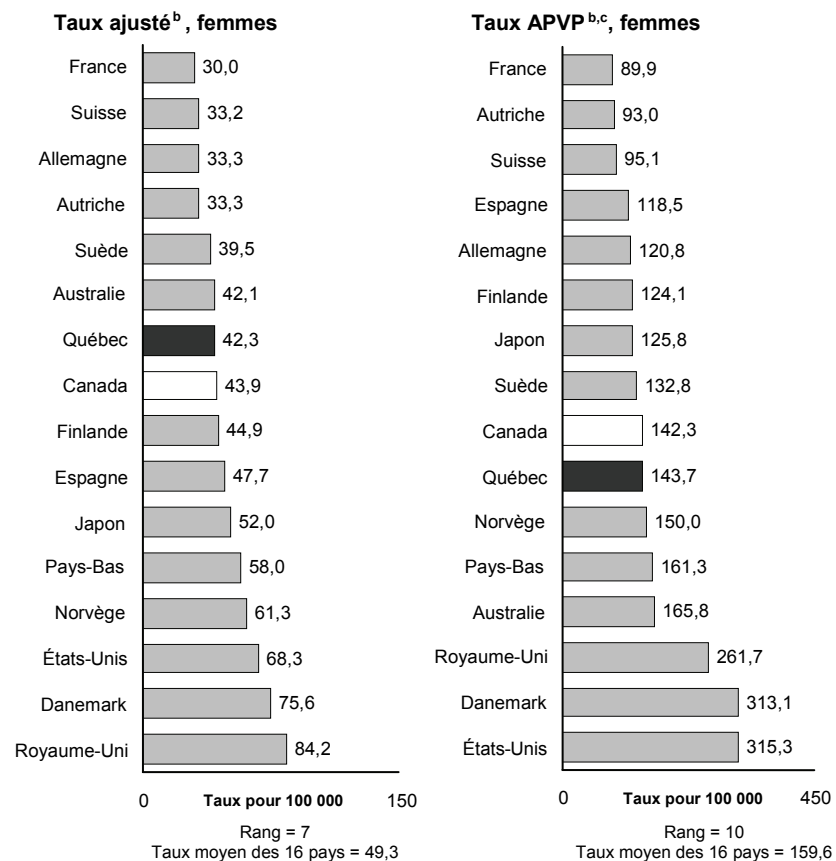
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 4 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 41 % par rapport à la France.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 1 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 60 % par rapport à la France.



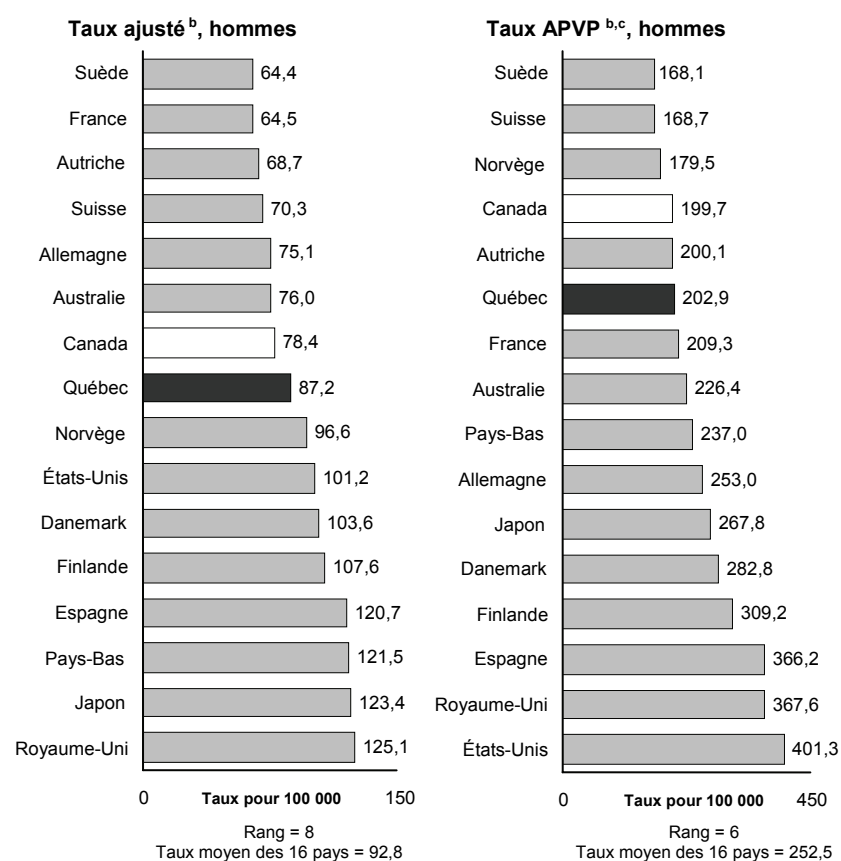
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 11 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 35 % par rapport à la Suède.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 2 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 21 % par rapport à la Suède.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	6	2	4	2	Suisse	1	4	2	5	2	Autriche	1
45-64 ans	10	16	9	15	France	8	5	21	4	20	Suède	18
65-74 ans	9	111	10	112	France	48	6	200	5	181	Suède	136
75 ans et plus	7	520	8	553	France	421	9	1 176	7	1 048	France	826
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	7	42	8	44	France	30	8	87	7	78	Suède	64
<b>Taux APVP<sup>b,c</sup></b>	10	144	9	142	France	90	6	203	4	200	Suède	168

### Femmes

Au Québec, autour de 2001, les femmes se classent 7<sup>e</sup> sur 16 pays pour le taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire et 10<sup>e</sup> pour le taux des années potentielles de vie perdues par maladies de l'appareil respiratoire. Malgré ces positions médianes, les Québécoises affichent tout de même une mortalité plus faible que la moyenne des 16 pays membres de l'OCDE étudiés dans ce document. On observe peu de différences entre les taux des femmes du Québec et du Canada. Lorsque l'on examine la mortalité par âge, on constate que ce sont les Québécoises de 25-44 ans qui se positionnent le mieux sur le plan international, en occupant la 6<sup>e</sup> position. À l'opposé, les femmes du Québec se situent au 10<sup>e</sup> rang du classement entre 45 et 64 ans. On remarque que les Françaises jouissent généralement des taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire les plus faibles.

### Hommes

À l'instar des Québécoises, les Québécois jouissent de taux ajustés de mortalité et d'années potentielles de vie perdues par maladies de l'appareil respiratoire plus faibles que la moyenne des 16 pays étudiés autour de 2001. Bien qu'ils se situent au 8<sup>e</sup> rang pour le taux de mortalité, ils présentent toutefois une position plus avantageuse que les femmes pour le taux des années potentielles de vie perdues, soit le 6<sup>e</sup> rang au classement. Les Canadiens affichent un profil de mortalité par âge relativement similaire à celui des Québécois. C'est dans le groupe des 25-44 ans que les hommes du Québec se comparent le plus favorablement en se classant au 4<sup>e</sup> rang sur 16 pays. Par contre, ils se positionnent moins bien chez les 75 ans et plus, où ils occupent le 9<sup>e</sup> rang. De façon générale, on observe les taux de mortalité les plus faibles chez les Suédois, sauf pour les 25-44 ans et les 75 ans et plus où ce sont les Autrichiens et les Français qui bénéficient, respectivement, du premier rang.

## 2.14 Pneumonie et grippe, 2001<sup>a</sup>

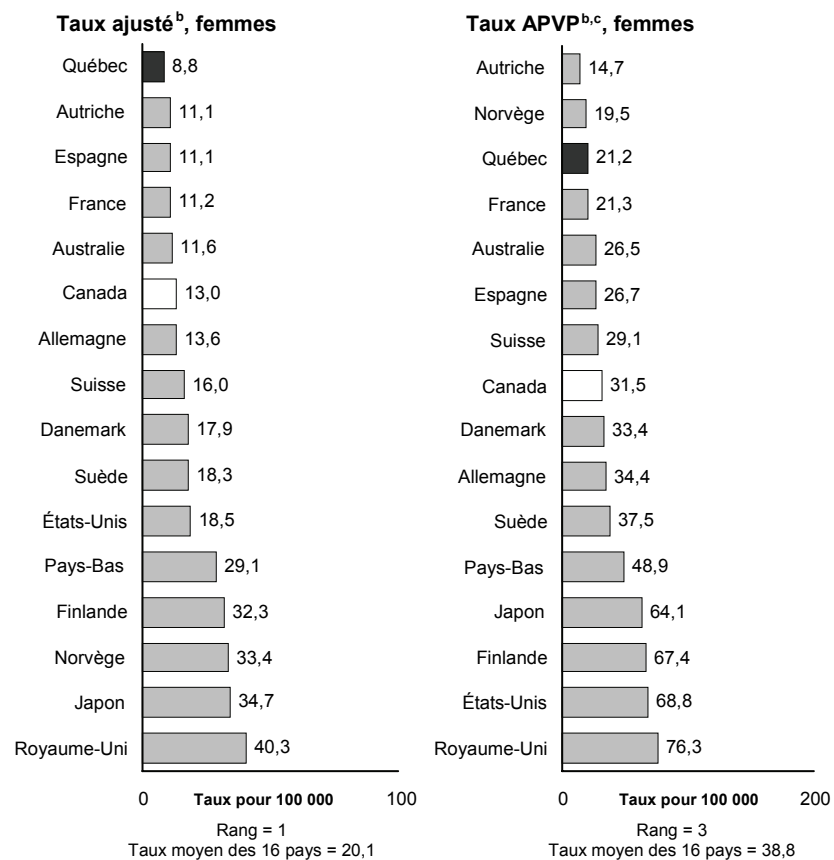
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 32 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Le Québec occupe le premier rang.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 33 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 44 % par rapport à l'Autriche.



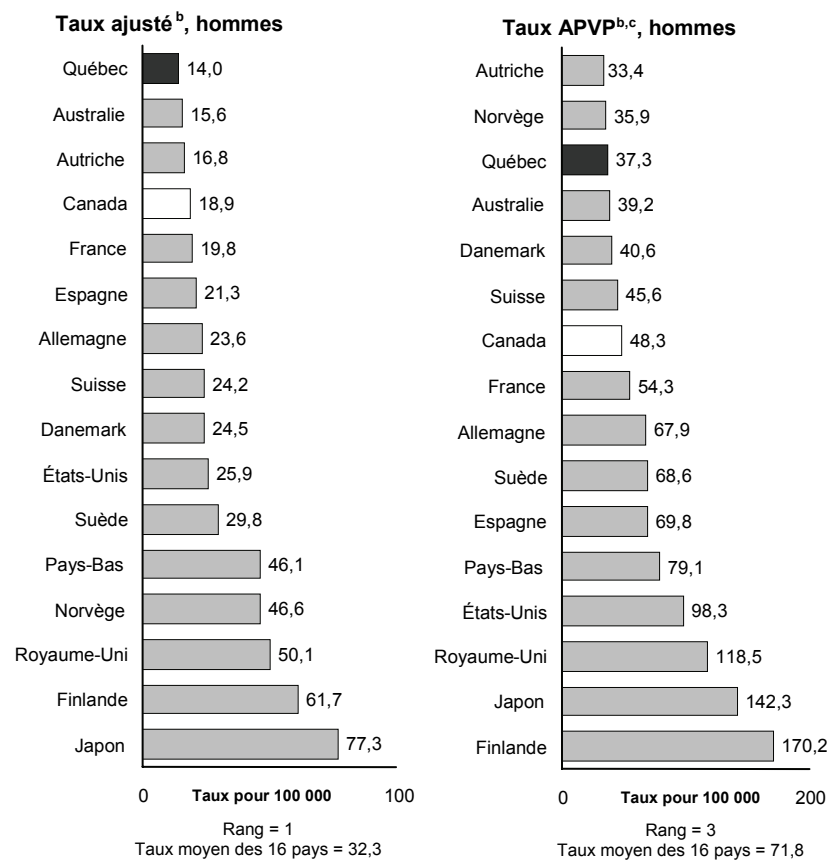
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 26 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Le Québec occupe le premier rang.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 23 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 11 % par rapport à l'Autriche.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45-64 ans	3	2	7	3	Autriche	1	2	3	7	5	Australie	3
65-74 ans	3	12	8	15	Autriche	11	1	19	4	25	Québec	19
75 ans et plus	1	130	6	194	Québec	130	1	202	4	276	Québec	202
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	1	9	6	13	Québec	9	1	14	4	19	Québec	14
<b>Taux APVP<sup>b,c</sup></b>	3	21	8	31	Autriche	15	3	37	7	48	Autriche	33

### Femmes

Pour la période entourant 2001, les Québécoises sont en tête du classement pour la mortalité par pneumonie et grippe<sup>5</sup>. Elles occupent également une position très favorable dans le classement pour le taux des années potentielles de vie perdues par pneumonie et grippe<sup>5</sup>, soit le 3<sup>e</sup> rang sur 16 pays industrialisés. Les Canadiennes se situent au milieu du classement, mais enregistrent tout de même des taux de mortalité inférieurs à la moyenne des pays choisis. Ce sont les Autrichiennes qui bénéficient des taux les plus faibles pour les groupes d'âge couvrant les 45-74 ans de même que pour les années potentielles de vie perdues. Après 75 ans, par contre, ce sont les femmes du Québec qui jouissent du premier rang.

### Hommes

À l'instar des femmes, les hommes du Québec occupent d'une part, le 1<sup>er</sup> rang du classement pour le taux ajusté de mortalité par pneumonie et grippe<sup>5</sup> et d'autre part, le 3<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté des années potentielles de vie perdues par pneumonie et grippe<sup>5</sup>. Bien que les Canadiens affichent un profil de mortalité moins favorable que les Québécois, ils présentent des taux nettement inférieurs à la moyenne des 16 pays étudiés. Sur le plan international, les Québécois sont en 1<sup>re</sup> position du classement chez les 65 ans et plus tandis que les Australiens jouissent des taux les plus faibles pour le groupe des 45-64 ans. Enfin, ce sont les Autrichiens qui enregistrent le taux des années potentielles de vie perdues le moins élevé.

<sup>5</sup> Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Voir la section 1.6 - Calculs des indicateurs, à la page 11.

## 2.15 Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, 2001<sup>a</sup>

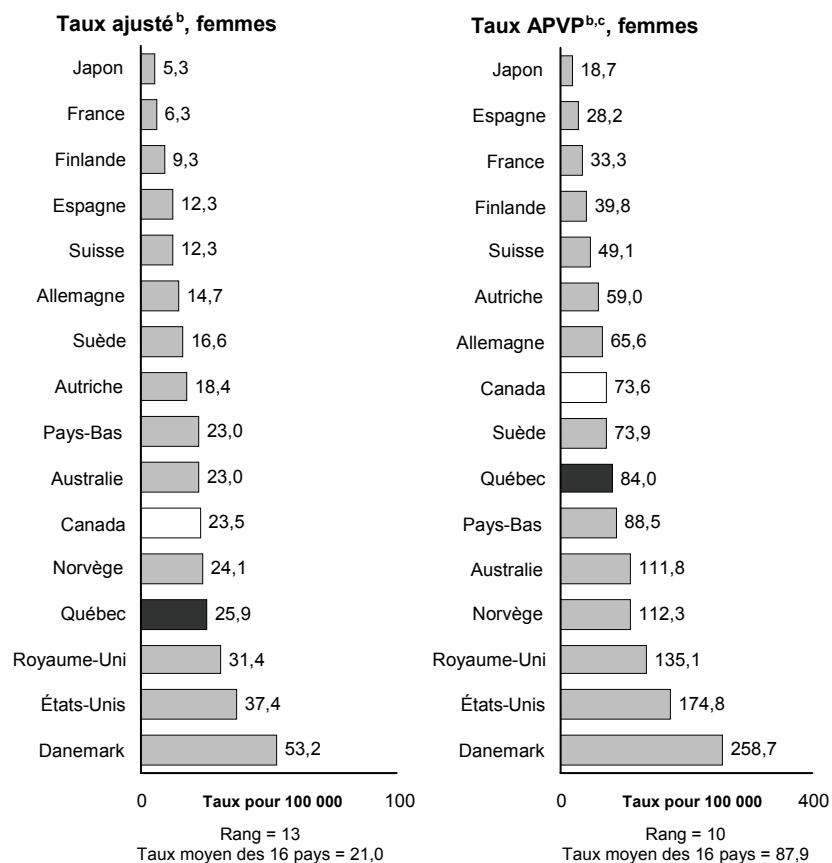
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ Comparativement à l'ensemble du Canada :  
Surmortalité de 10 %.
- ⇒ Comparativement au pays occupant le premier rang :  
Surmortalité de 387 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ Comparativement à l'ensemble du Canada :  
Surmortalité de 14 %.
- ⇒ Comparativement au pays occupant le premier rang :  
Surmortalité de 349 % par rapport au Japon.



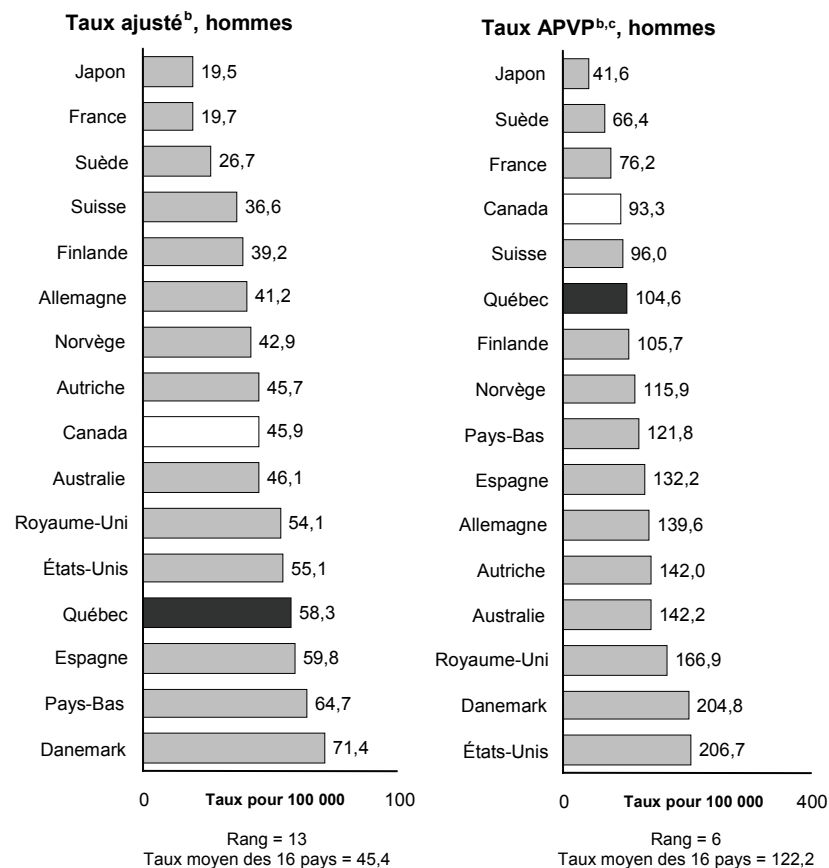
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ Comparativement à l'ensemble du Canada :  
Surmortalité de 27 %.
- ⇒ Comparativement au pays occupant le premier rang :  
Surmortalité de 198 % par rapport au Japon.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ Comparativement à l'ensemble du Canada :  
Surmortalité de 12 %.
- ⇒ Comparativement au pays occupant le premier rang :  
Surmortalité de 152 % par rapport au Japon.





	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45-64 ans	10	11	8	9	Japon	2	6	12	4	10	Japon	3
65-74 ans	11	83	9	78	Japon	10	9	141	5	119	Japon	42
75 ans et plus	13	301	12	272	France	70	14	794	11	608	France	230
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	13	26	11	24	Japon	5	13	58	9	46	Japon	20
<b>Taux APVP<sup>b,c</sup></b>	10	84	8	74	Japon	19	6	105	4	93	Japon	42

### Femmes

Au cours de la période entourant 2001, les Québécoises se retrouvent au 13<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité par maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et au 10<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par maladies chroniques des voies respiratoires inférieures. Les femmes du Québec affichent une mortalité plus élevée que la moyenne des pays à l'étude pour le taux ajusté de mortalité tandis qu'elles enregistrent une mortalité légèrement inférieure à la moyenne pour le taux des années potentielles de vie perdues. Sur le plan international, c'est dans le groupe des 45-64 ans que les Québécoises se positionnent le plus favorablement, en se classant au 10<sup>e</sup> rang. Avant 75 ans, les Japonaises bénéficient des taux de mortalité les plus faibles. Elles jouissent également du premier rang pour le taux de mortalité tout âge confondu et les années potentielles de vie perdues. Après 75 ans, ce sont les Françaises qui sont au premier rang. Lorsque l'on compare les Québécoises aux Canadiennes, on observe des taux plus faibles chez ces dernières pour tous les groupes d'âge.

### Hommes

Autour de 2001, les hommes du Québec se classent au 13<sup>e</sup> rang pour le taux de mortalité par maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et au 6<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par maladies chroniques des voies respiratoires inférieures. Les Québécois enregistrent une mortalité supérieure à celle de la moyenne des pays étudiés pour le taux de mortalité alors qu'ils présentent une mortalité inférieure à celles des pays à l'étude pour le taux des années potentielles de vie perdues. C'est dans le groupe des 45-64 ans que les Québécois se classent le mieux parmi tous les groupes d'âge étudiés, en se positionnant au 6<sup>e</sup> rang. Sur le plan international, ce sont les Japonais qui bénéficient généralement des taux les plus faibles. À l'instar des femmes, on observe des taux plus faibles chez les hommes du Canada lorsqu'ils sont comparés à ceux du Québec.

## 2.16 Traumatismes non intentionnels, 2001<sup>a</sup>

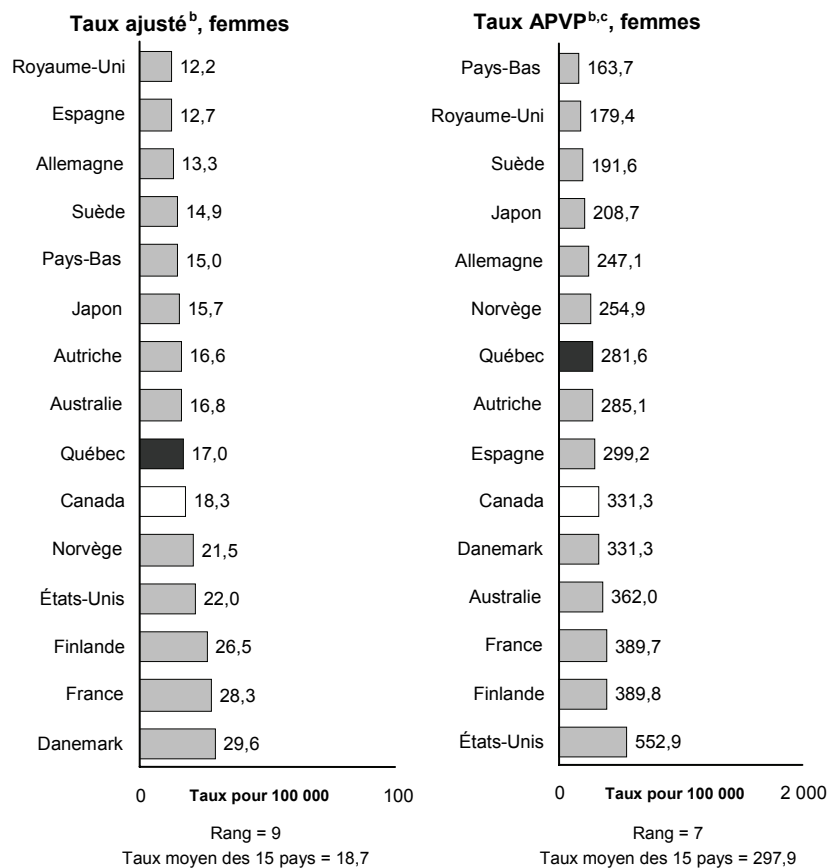
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 7 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 39 % par rapport au Royaume-Uni.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 15 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 72 % par rapport aux Pays-Bas.



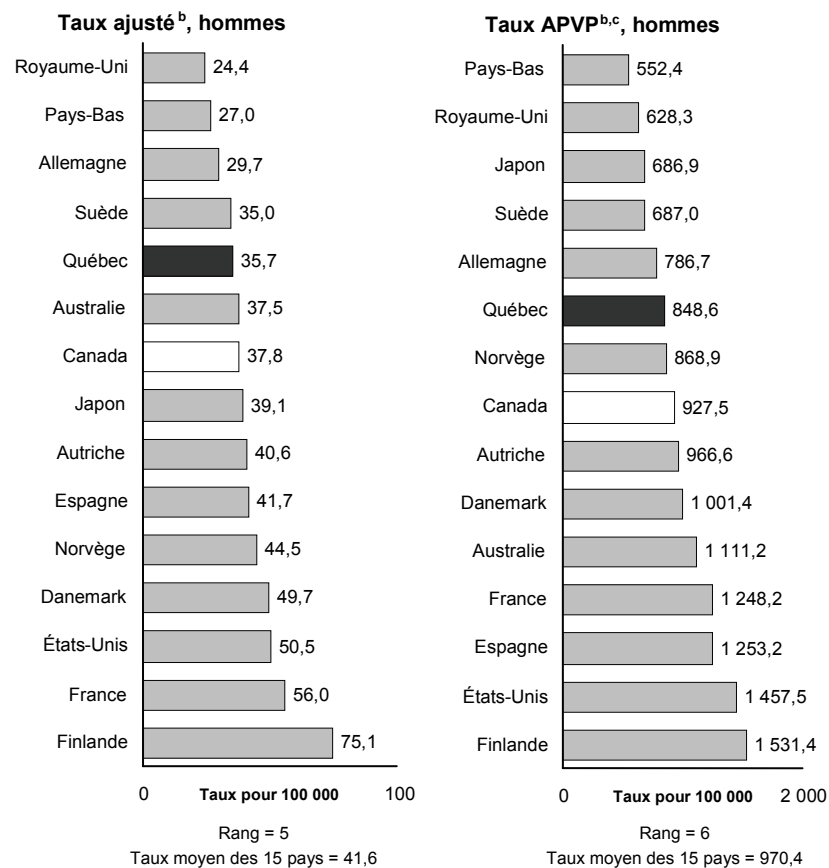
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 6 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 46 % par rapport au Royaume-Uni.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 9 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 54 % par rapport aux Pays-Bas.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>e</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>e</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>e</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>e</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	11	4	13	4	Royaume-Uni	2	10	6	12	7	Suède	3
15-24 ans	10	12	11	12	Pays-Bas	6	5	33	7	34	Japon	23
25-44 ans	7	7	10	9	Pays-Bas	4	6	26	9	30	Pays-Bas	16
45-64 ans	5	9	11	12	Pays-Bas	7	5	29	7	31	Pays-Bas	17
65-74 ans	6	22	8	23	Royaume-Uni	17	6	48	5	47	Royaume-Uni	28
75 ans et plus	10	157	9	153	Espagne	68	9	204	8	204	Espagne	113
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	9	17	10	18	Royaume-Uni	12	5	36	7	38	Royaume-Uni	24
<b>Taux APVP<sup>b,c</sup></b>	7	282	10	331	Pays-Bas	164	6	849	8	927	Pays-Bas	552

### Femmes

Les Québécoises occupent, autour de 2001, le 9<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels et le 7<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par traumatismes non intentionnels. Celles-ci enregistrent une mortalité plus faible que la moyenne des pays étudiés pour le taux de mortalité et pour le taux des années potentielles de vie perdues. C'est dans le groupe des 45-64 ans que les femmes du Québec se classent le plus favorablement, soit au 5<sup>e</sup> rang. Toutefois, entre 1 et 14 ans, elles se situent au 11<sup>e</sup> rang du classement. On dénote peu de différences entre les taux de mortalité par âge des Québécoises et des Canadiennes. Sur le plan international, on observe les plus faibles taux de mortalité par âge essentiellement chez les femmes du Royaume-Uni et des Pays-Bas.

### Hommes

Au cours de la période entourant 2001, les hommes du Québec se retrouvent au 5<sup>e</sup> rang pour le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels et au 6<sup>e</sup> rang pour celui des années potentielles de vie perdues par traumatismes non intentionnels. Tout comme les Québécoises, les Québécois affichent des taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues inférieurs à la moyenne des pays étudiés. On observe un profil de mortalité analogue entre les hommes du Québec et du Canada. C'est dans les groupes des 15-24 ans et des 45-64 ans que les Québécois se comparent le plus favorablement, en se classant au 5<sup>e</sup> rang. Entre 1 et 14 ans, ils occupent par contre le 10<sup>e</sup> rang du classement. C'est au Royaume-Uni et aux Pays-Bas que les hommes jouissent, respectivement, des plus bas taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues.

## 2.17 Accidents de transport, 2001<sup>a</sup>

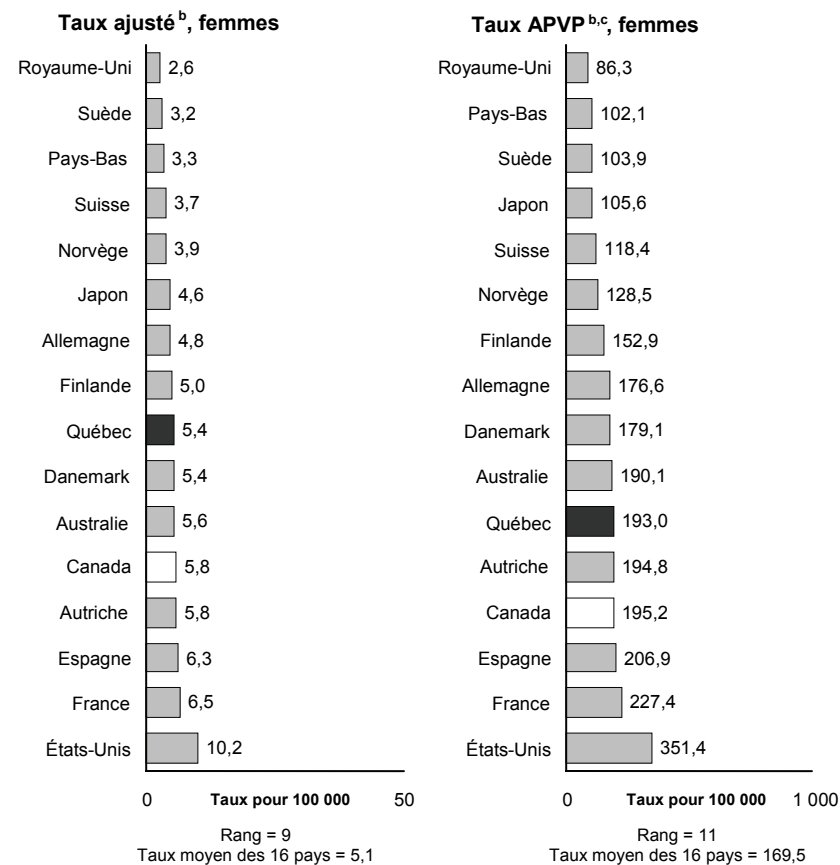
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 6 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 106 % par rapport au Royaume-Uni.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 1 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 124 % par rapport au Royaume-Uni.



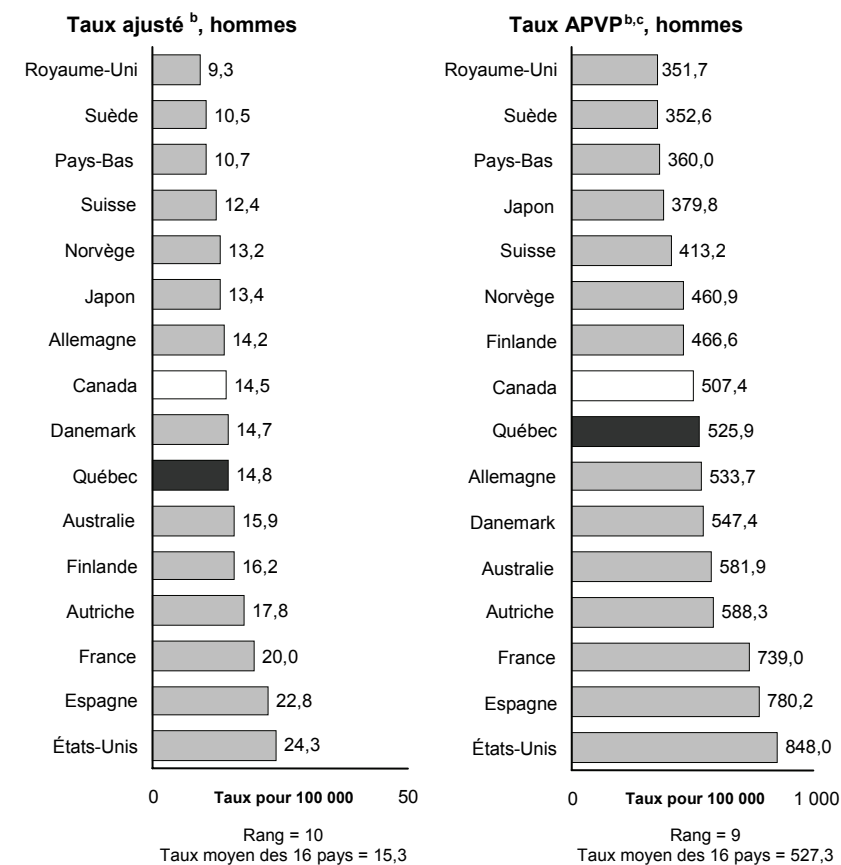
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 2 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 59 % par rapport au Royaume-Uni.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 4 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 50 % par rapport au Royaume-Uni.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	14	2	15	2	Royaume-Uni	1	14	4	13	4	Norvège	1
15-24 ans	13	11	11	10	Suisse	4	9	26	8	25	Suède	17
25-44 ans	9	4	10	4	Japon	2	11	15	9	15	Pays-Bas	10
45-64 ans	9	5	13	5	Royaume-Uni	2	10	13	9	13	Royaume-Uni	7
65-74 ans	8	7	10	8	Royaume-Uni	4	7	15	6	15	Royaume-Uni	7
75 ans et plus	6	10	11	12	Royaume-Uni	7	7	27	8	29	Royaume-Uni	15
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	9	5	12	6	Royaume-Uni	3	10	15	8	14	Royaume-Uni	9
<b>Taux APVP<sup>b,c</sup></b>	11	193	13	195	Royaume-Uni	86	9	526	8	507	Royaume-Uni	352

### Femmes

Au cours de la période entourant 2001, les femmes du Québec se retrouvent en 9<sup>e</sup> position sur 16 pays pour le taux ajusté de mortalité par accidents de transport et au 11<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par accidents de transport. Les Québécoises présentent une mortalité plus élevée que la moyenne des pays étudiés pour le taux de mortalité et pour le taux des années potentielles de vie perdues. C'est dans le groupe des 75 ans et plus que les femmes du Québec se classent le plus favorablement, soit au 6<sup>e</sup> rang. Entre 1 et 14 ans, elles occupent par contre le 14<sup>e</sup> rang du classement. Les femmes du Royaume-Uni, quant à elles, sont au premier rang pour tous les groupes d'âge à partir de 45 ans. Elles jouissent également des taux les plus faibles pour la mortalité tout âge confondu et pour les années potentielles de vie perdues. Lorsque l'on compare les Québécoises aux Canadiennes, on observe des taux relativement similaires pour tous les groupes d'âge observés.

### Hommes

Les Québécois occupent, autour de 2001, le 10<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité par accidents de transport et le 9<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par accidents de transport. À l'inverse des femmes du Québec, les hommes affichent des taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues légèrement inférieurs à la moyenne des pays à l'étude. On observe chez les Canadiens un profil de mortalité analogue à celui des Québécois. C'est dans les groupes des 65-74 ans et des 75 ans et plus que les Québécois se situent le mieux, soit au 7<sup>e</sup> rang. Cependant, entre 1 et 14 ans, ils se positionnent au 14<sup>e</sup> rang du classement. Sur le plan international, ce sont les hommes du Royaume-Uni qui bénéficient des taux de mortalité les plus faibles et ce, pour les groupes d'âge couvrant les 45 ans et plus, pour la mortalité tout âge confondu et pour les années potentielles de vie perdues.

## 2.18 Chutes accidentelles, 2001<sup>a</sup>

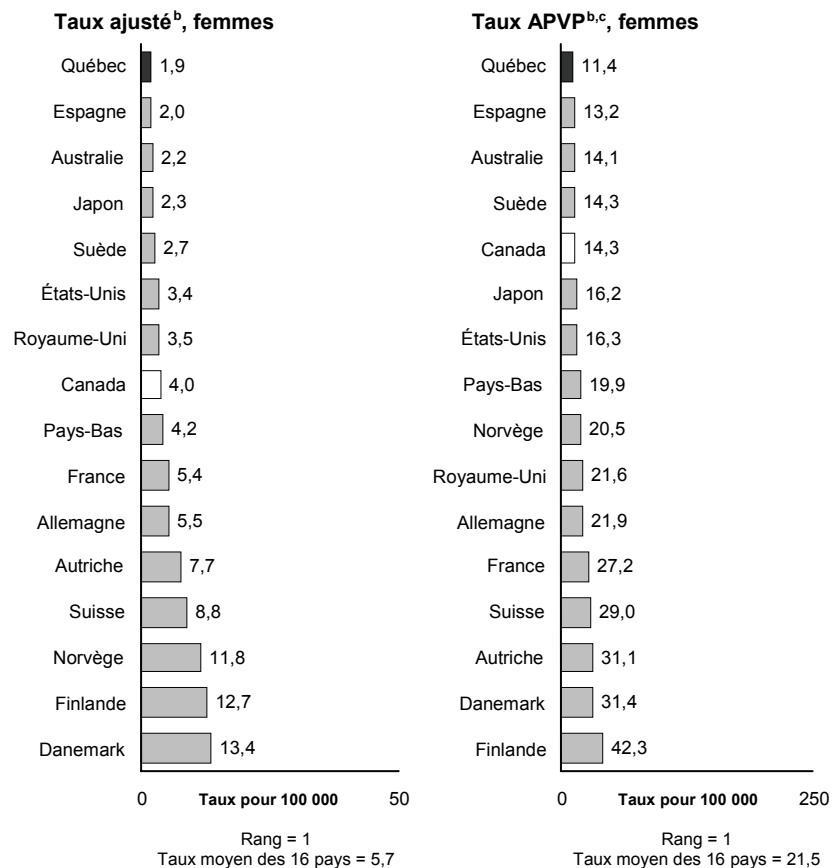
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 53 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Le Québec occupe le premier rang.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 20 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Le Québec occupe le premier rang.



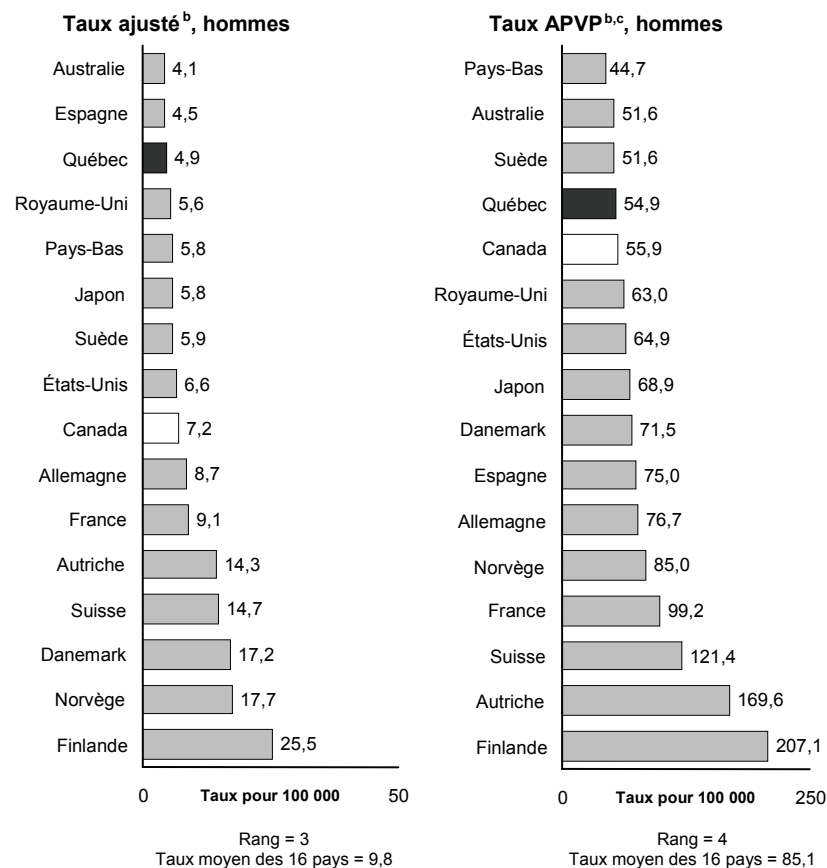
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 32 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 18 % par rapport à l'Australie.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Sous-mortalité de 2 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 23 % par rapport aux Pays-Bas.



	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45-64 ans	3	1	5	1	Espagne	1	2	4	4	4	Australie	3
65-74 ans	2	4	5	6	Espagne	3	5	12	7	14	Espagne	7
75 ans et plus	1	23	9	56	Québec	23	3	42	9	80	Espagne	31
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	1	2	8	4	Québec	2	3	5	9	7	Australie	4
<b>Taux APVP<sup>b,c</sup></b>	1	11	5	14	Québec	11	4	55	5	56	Pays-Bas	45

### Femmes

Les Québécoises enregistrent, autour de 2001, les plus faibles taux de mortalité et d'années potentielles de vie perdues par chutes accidentelles<sup>6</sup>. C'est dans le groupe des 75 ans et plus que les Québécoises se comparent le plus favorablement, en se classant au 1<sup>er</sup> rang sur 16 pays. Par contre, entre 65 et 74 ans, elles occupent le 2<sup>e</sup> rang du classement et entre 45 et 64 ans, le 3<sup>e</sup> rang. Dans ces deux groupes d'âge, les valeurs les plus faibles de mortalité sont observées chez les Espagnoles. Lorsque l'on compare les Québécoises aux Canadiennes, on remarque des taux plus élevés chez ces dernières à partir de 65 ans.

### Hommes

Autour de 2001, les hommes du Québec s'inscrivent au 3<sup>e</sup> rang pour le taux ajusté de mortalité par chutes accidentelles<sup>6</sup> et au 4<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par chutes accidentelles<sup>6</sup>. À l'instar des Québécoises, les Québécois enregistrent une mortalité inférieure à la moyenne des pays à l'étude. Quant aux Canadiens, ils affichent un profil de mortalité plus défavorable que les Québécois pour tous les groupes d'âge. Au Québec, ce sont les hommes de 45-64 ans qui se comparent le plus favorablement, en se classant au 2<sup>e</sup> rang. Dans le groupe des 65-74 ans, ils se situent toutefois au 5<sup>e</sup> rang du classement. À partir de 65 ans, ce sont les Espagnols qui bénéficient des taux de mortalité les plus faibles, alors que pour la mortalité tout âge confondu et le groupe des 45-64 ans, ce sont les Australiens qui occupent le 1<sup>er</sup> rang.

<sup>6</sup> Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Voir la section 1.6 - Calculs des indicateurs, à la page 11.

## 2.19 Suicide, 2001<sup>a</sup>

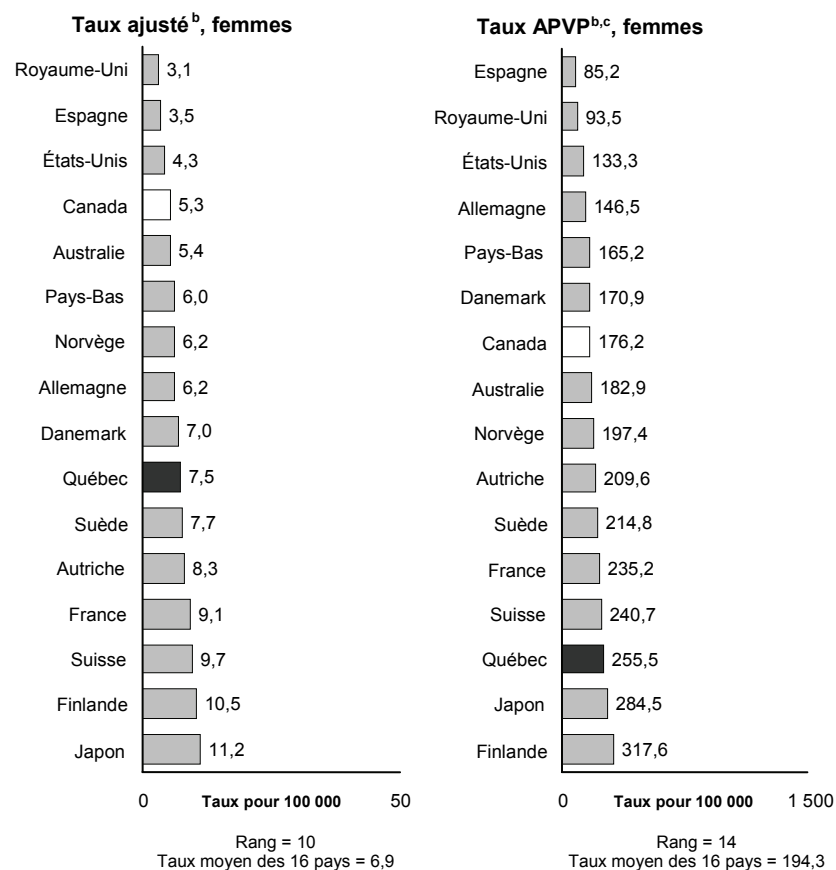
### FEMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 42 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 144 % par rapport au Royaume-Uni.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 45 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 200 % par rapport à l'Espagne.



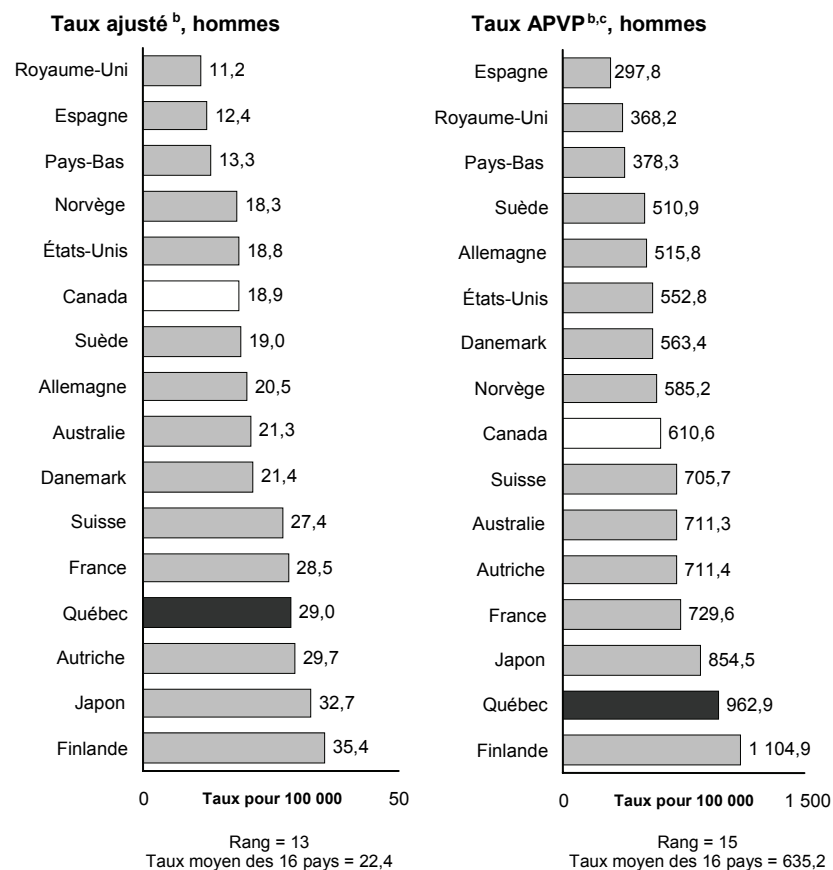
### HOMMES

#### TAUX AJUSTÉ DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 53 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 159 % par rapport au Royaume-Uni.

#### TAUX DES APVP DU QUÉBEC

- ⇒ **Comparativement à l'ensemble du Canada :**  
Surmortalité de 58 %.
- ⇒ **Comparativement au pays occupant le premier rang :**  
Surmortalité de 223 % par rapport à l'Espagne.





	FEMMES						HOMMES					
	Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang		Québec		Canada		Pays au 1 <sup>er</sup> rang	
	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Rang <sup>d</sup>	Taux <sup>b</sup>	Pays	Taux <sup>b</sup>
<b>Taux selon l'âge</b>												
Moins d'un an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 ans	16	8	11	5	Espagne	2	15	30	10	19	Espagne	7
25-44 ans	13	10	6	7	Espagne	3	15	39	9	24	Espagne	12
45-64 ans	9	11	5	8	Royaume-Uni	4	14	38	7	25	Royaume-Uni	13
65-74 ans	5	6	3	4	Royaume-Uni	3	8	24	3	18	Royaume-Uni	9
75 ans et plus	1	3	2	3	Québec	3	4	27	2	22	Royaume-Uni	12
<b>Taux ajusté<sup>b</sup></b>	10	7	4	5	Royaume-Uni	3	13	29	6	19	Royaume-Uni	11
<b>Taux APVP<sup>b,c</sup></b>	14	255	7	176	Espagne	85	15	963	9	611	Espagne	298

### Femmes

Les Québécoises enregistrent, autour de 2001, le 10<sup>e</sup> plus faible taux de mortalité par suicide et se situent au 14<sup>e</sup> rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par suicide. Ainsi, ces dernières présentent une mortalité supérieure à celle de la moyenne des pays à l'étude, allant jusqu'à atteindre le dernier rang chez les 15-24 ans. En fait, les femmes du Québec occupent des positions très variées selon le groupe d'âge étudié. Plus exactement, avant 65 ans, elles se classent à des rangs plutôt désavantageux, tandis qu'après cet âge, elles sont nettement plus favorisées et détiennent même la 1<sup>re</sup> position du classement dans le groupe des 75 ans et plus. En général, les résidentes du Royaume-Uni et de l'Espagne bénéficient des taux les plus bas. Lorsque l'on compare les Québécoises aux Canadiennes, on remarque des taux plus élevés chez les premières pour tous les groupes d'âge observés, à l'exception des 75 ans et plus.

### Hommes

Au cours de la période entourant 2001, les hommes du Québec se classent au 13<sup>e</sup> rang pour le taux de mortalité par suicide et à l'avant-dernier rang pour le taux des années potentielles de vie perdues par suicide. Ils présentent une mortalité plus élevée que la moyenne des pays étudiés. À l'instar des Québécoises, le rang qu'occupent les Québécois pour la mortalité par suicide varie beaucoup selon l'âge. En effet, au Québec, les hommes de moins de 65 ans font face à une situation particulièrement défavorable, en se positionnant systématiquement dans le bas du classement. À l'opposé, les Québécois âgés de 65 ans et plus jouissent de meilleures positions sur le plan international. Les Canadiens, quant à eux, affichent un profil de mortalité plus avantageux que les Québécois. En général, on observe les valeurs les plus faibles de mortalité chez les habitants du Royaume-Uni, exception faite des groupes d'âge couvrant les 15-44 ans et des années potentielles de vie perdues, pour lesquels les Espagnols occupent les premiers rangs.





Chapitre 3

---

## **SYNTHÈSE DES RÉSULTATS**



Ce chapitre a pour objectif de dresser une synthèse des résultats présentés dans la section précédente. Cette synthèse est divisée en cinq sections :

- 3.1 Situation du Québec sur le plan international;
- 3.2 Pays présentant les indices de mortalité les plus favorables et objectifs de réduction pour le Québec;
- 3.3 Classement des différents pays selon certaines grandes causes de décès;
- 3.4 Comparaison de la mortalité entre le Québec et le Canada;
- 3.5 Données complémentaires sur les caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires des pays étudiés.

### **3.1 Situation du Québec sur le plan international**

#### **3.1.1 Rang du Québec parmi les 16 pays comparés**

Le tableau 3.1 et le graphique 3.1 permettent de voir les causes de décès pour lesquelles le Québec se classe favorablement et défavorablement parmi les 16 pays retenus<sup>7</sup>. On retrouve, en noir, les causes où le Québec se classe dans le peloton de queue (12<sup>e</sup> au 16<sup>e</sup> rang), en gris, celles où il se situe au milieu du classement (6<sup>e</sup> au 11<sup>e</sup> rang) et enfin, en blanc, les causes qui identifient le Québec comme étant un des pays ayant la mortalité la plus faible (1<sup>er</sup> au 5<sup>e</sup> rang).

Sur le plan international, pour la période autour de 2001, le Québec se classe au 7<sup>e</sup> rang chez les femmes et au 6<sup>e</sup> rang chez les hommes pour l'espérance de vie à la naissance. Quant à l'espérance de vie à 65 ans, les positions sont sensiblement les mêmes que l'espérance de vie à la naissance, soit le 7<sup>e</sup> rang pour les femmes et le 8<sup>e</sup> rang pour les hommes. En ce qui concerne la mortalité infantile, même si celle-ci a diminué de près de 40 % au Québec depuis quinze ans, le Québec se classe tout de même au 10<sup>e</sup> rang parmi les 16 pays étudiés.

Pour la période entourant 2001, les femmes et les hommes du Québec se rangent parmi les populations affichant les taux ajustés de mortalité

les plus faibles pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, les maladies vasculaires cérébrales, les maladies des artères, les pneumonies et gripes<sup>8</sup> et les chutes accidentelles<sup>8</sup>. De plus, les hommes se situent favorablement pour les tumeurs malignes de la prostate et les traumatismes non intentionnels.

Pour d'autres causes de décès, les taux enregistrés au Québec sont parmi les plus élevés des pays industrialisés. Ces causes regroupent les tumeurs malignes dans leur ensemble, ainsi que les tumeurs malignes du côlon et du rectum, du poumon et du sein chez la femme. Les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, pour les deux sexes, ainsi que le suicide chez les hommes sont, elles aussi, des causes pour lesquelles le Québec se classe défavorablement sur le plan international.

On constate que le classement du Québec peut passer du premier au dernier rang selon la cause de décès étudiée. Par exemple, le Québec se retrouve au 1<sup>er</sup> rang pour les pneumonies et gripes<sup>8</sup> et les maladies vasculaires cérébrales, à la fois chez les femmes et chez les hommes, ainsi que pour les chutes accidentelles<sup>8</sup> chez les femmes. À l'inverse, le Québec se situe au dernier rang pour les tumeurs malignes du poumon, tant chez les femmes que chez les hommes.

Les taux des années potentielles de vie perdues montrent généralement les mêmes résultats que les taux ajustés de mortalité. On observe cependant quelques exceptions marquantes. D'une part, le classement du Québec pour le taux des APVP est meilleur que celui du taux ajusté de mortalité, pour les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, tant chez les femmes que chez les hommes. À l'inverse, pour l'ensemble des causes et le suicide, l'utilisation des APVP fait perdre quatre rangs aux femmes tandis que c'est pour les cardiopathies ischémiques et les maladies des artères que les APVP font reculer les hommes de trois rangs.

En général, pour une même cause, le rang du Québec parmi les 16 pays comparés varie peu selon le sexe. Ainsi, ce sont pour les mêmes causes de décès que les hommes et les femmes du Québec se positionnent favorablement ou défavorablement.

<sup>7</sup> Le classement se fait sur 15 pays pour deux causes, soit les maladies des artères et les traumatismes non intentionnels, puisque les décès liés à ces deux causes ne sont pas disponibles pour la Suisse.

<sup>8</sup> Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Voir la section 1.6 - Calculs des indicateurs, à la page 11.

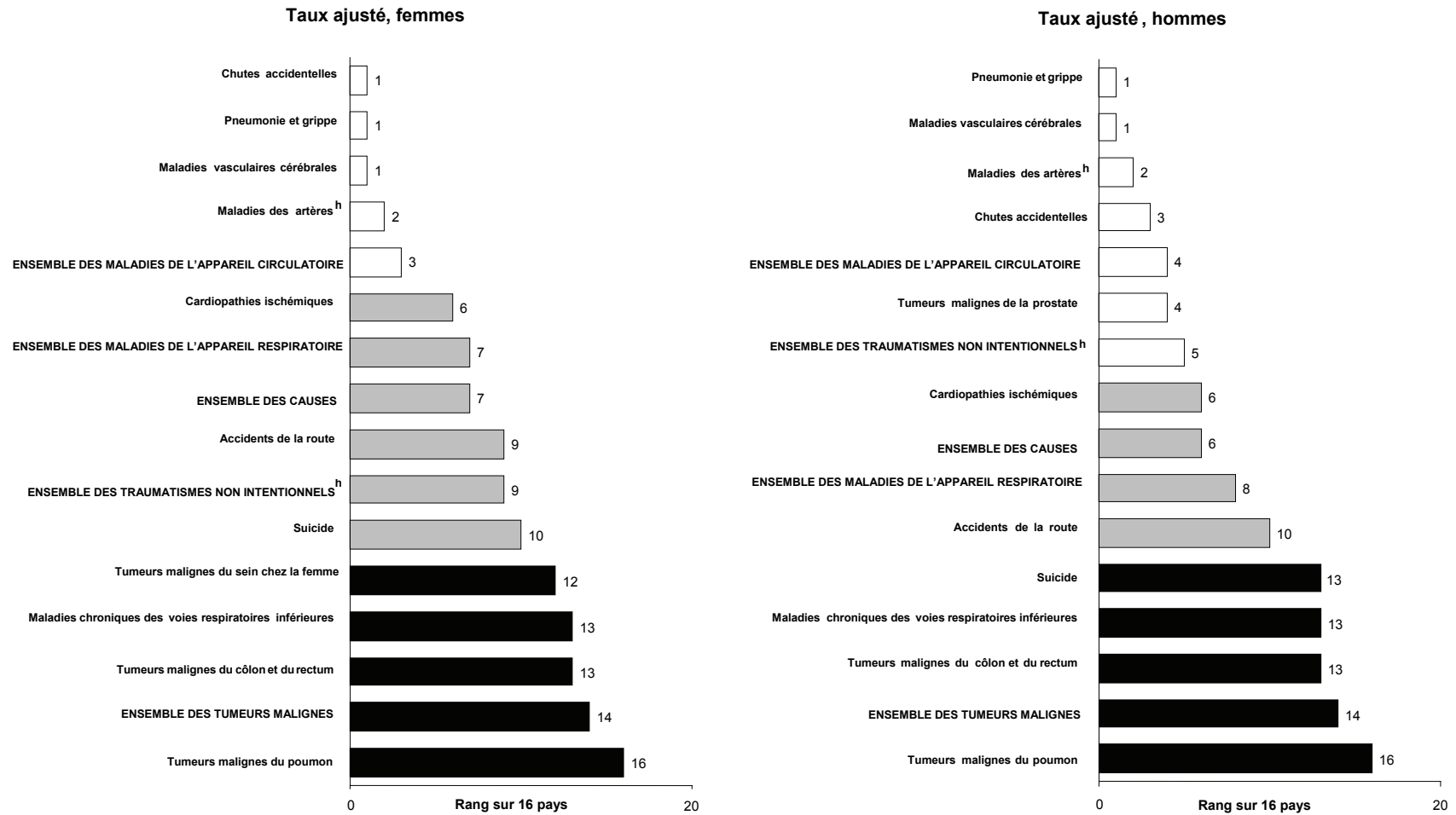
**Tableau 3.1 Rang du Québec parmi les 16 pays comparés pour l'espérance de vie, la mortalité infantile et la mortalité selon la cause, 2001<sup>a</sup>**

Espérance de vie	Femmes	Hommes
	Rang <sup>f</sup>	Rang <sup>f</sup>
Espérance de vie à la naissance	7	6
Espérance de vie à 65 ans	7	8

Mortalité infantile	Sexes réunis
	Rang <sup>d</sup>
Taux de mortalité infantile <sup>g</sup>	10

Mortalité par cause	Femmes		Hommes	
	Taux ajusté	Taux APVP <sup>c</sup>	Taux ajusté	Taux APVP <sup>c</sup>
	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>
<b>Ensemble des causes</b>	7	11	6	8
<b>Tumeurs malignes</b>	14	14	14	12
Tumeurs malignes du côlon et du rectum	13	13	13	15
Tumeurs malignes du poumon	16	16	16	14
Tumeurs malignes du sein chez la femme	12	11	s.o.	s.o.
Tumeurs malignes de la prostate	s.o.	s.o.	4	3
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	3	6	4	5
Cardiopathies ischémiques	6	8	6	9
Maladies vasculaires cérébrales	1	2	1	2
Maladies des artères <sup>h</sup>	2	4	2	5
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	7	10	8	6
Pneumonie et grippe	1	3	1	3
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	13	10	13	6
<b>Traumatismes non intentionnels<sup>h</sup></b>	9	7	5	6
Accidents de transport	9	11	10	9
Chutes accidentelles	1	1	3	4
<b>Suicide</b>	10	14	13	15

Graphique 3.1 Rang<sup>d</sup> du Québec parmi les 16 pays comparés selon la cause de mortalité, 2001<sup>a</sup>



### 3.1.2 Comparaison de la mortalité québécoise par rapport à la moyenne des 16 pays

Le tableau 3.2 présente les écarts de mortalité observés entre le Québec et la moyenne des 16 pays étudiés<sup>9</sup>. Au cours de la période entourant 2001, l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans des Québécoises et des Québécois sont légèrement supérieures à celles enregistrées pour la moyenne des 16 pays étudiés.

Le taux de mortalité infantile des Québécois est sensiblement le même que celui de la moyenne des 16 pays à l'étude. Le Québec présente cependant un léger excès de mortalité infantile de l'ordre de 4 %.

En ce qui concerne les causes de décès prises dans leur ensemble, le Québec affiche une mortalité légèrement inférieure à celle de la moyenne des 16 pays étudiés et ce, tant pour les femmes que pour les hommes.

Pour les différentes causes de décès, on remarque, tant chez les femmes que chez les hommes, que les excès de mortalité les plus considérables au Québec par rapport à la moyenne des 16 pays sont enregistrés pour les tumeurs malignes du poumon et pour les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures. D'autre part, les hommes du Québec présentent une mortalité par suicide particulièrement supérieure à celle de la moyenne des pays étudiés.

À l'inverse, les causes de décès pour lesquelles le Québec affiche une mortalité nettement inférieure à celle de la moyenne des pays étudiés sont les chutes accidentelles<sup>10</sup>, les pneumonies et gripes<sup>10</sup> ainsi que l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, plus spécifiquement deux de ses sous-catégories, soit les maladies vasculaires cérébrales et les maladies des artères et ce, à la fois chez les femmes et chez les hommes.

Ainsi, on constate que la mortalité des Québécoises et des Québécois est, pour la majorité des causes, inférieure à la moyenne des 16 pays à l'étude.

---

<sup>9</sup> La moyenne des pays à l'étude est calculée sur 15 pays pour deux causes : les maladies des artères et les traumatismes non intentionnels.

---

<sup>10</sup> Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Voir la section 1.6 - Calculs des indicateurs, à la page 11.



Tableau 3.2 Écarts de mortalité entre le Québec et la moyenne des 16 pays comparés, 2001<sup>a</sup>

Espérance de vie	Femmes			Hommes		
	Québec	Moyenne des pays	Écart absolu <sup>i</sup>	Québec	Moyenne des pays	Écart absolu <sup>i</sup>
	Années					
Espérance de vie à la naissance	82,2	81,8	0,4	76,4	76,0	0,4
Espérance de vie à 65 ans	20,7	20,2	0,5	16,6	16,5	0,1

Mortalité infantile	Sexes réunis		
	Québec	Moyenne des pays	Écart relatif <sup>j</sup>
	Taux pour 1 000 naissances vivantes		
Taux de mortalité infantile	4,8	4,6	4

Mortalité par cause	Femmes			Hommes		
	Québec	Moyenne des pays	Écart relatif <sup>j</sup>	Québec	Moyenne des pays	Écart relatif <sup>j</sup>
	Taux ajusté <sup>b</sup>			Taux ajusté <sup>b</sup>		
	%			%		
<b>Ensemble des causes</b>	<b>587,1</b>	<b>613,2</b>	<b>-4</b>	<b>949,6</b>	<b>978,1</b>	<b>-3</b>
<b>Tumeurs malignes</b>	<b>186,7</b>	<b>163,7</b>	<b>14</b>	<b>303,6</b>	<b>270,5</b>	<b>12</b>
Tumeurs malignes du côlon et du rectum	22,1	19,8	12	35,2	30,7	15
Tumeurs malignes du poumon	45,2	25,5	77	101,4	68,5	48
Tumeurs malignes du sein chez la femme	31,1	28,9	8	s.o.	s.o.	s.o.
Tumeurs malignes de la prostate	s.o.	s.o.	s.o.	30,0	34,8	-14
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>175,5</b>	<b>232,3</b>	<b>-24</b>	<b>289,4</b>	<b>359,3</b>	<b>-19</b>
Cardiopathies ischémiques	89,3	95,2	-6	176,2	182,5	-3
Maladies vasculaires cérébrales	37,3	61,2	-39	45,8	74,1	-38
Maladies des artères <sup>k</sup>	8,2	12,6	-35	17,3	23,8	-27
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>42,3</b>	<b>49,3</b>	<b>-14</b>	<b>87,2</b>	<b>92,8</b>	<b>-6</b>
Pneumonie et grippe	8,8	20,1	-56	14,0	32,3	-57
Maladies chroniques des VRI <sup>l</sup>	25,9	21,0	23	58,3	45,4	28
<b>Traumatismes non intentionnels<sup>k</sup></b>	<b>17,0</b>	<b>18,7</b>	<b>-9</b>	<b>35,7</b>	<b>41,6</b>	<b>-14</b>
Accidents de transport	5,4	5,1	5	14,8	15,3	-3
Chutes accidentelles	1,9	5,7	-67	4,9	9,8	-51
<b>Suicide</b>	<b>7,5</b>	<b>6,9</b>	<b>8</b>	<b>29,0</b>	<b>22,4</b>	<b>30</b>

### 3.1.3 Évolution de la situation du Québec sur le plan international entre 1996-1998 et 2001

Entre 1996-1998 et 2001, l'espérance de vie à la naissance des Québécoises a augmenté à un rythme légèrement plus rapide que l'espérance de vie moyenne des femmes des 16 pays étudiés. À 65 ans, les Québécoises ont gagné un peu de terrain et elles se retrouvent toujours au-dessus de la moyenne des pays. Chez les hommes du Québec, les gains en espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, ont été plus importants que ceux pour la moyenne des 16 pays (tableau 3.3).

Le taux de mortalité infantile a diminué de 8 % au Québec entre 1996-1998 et 2001, soit une diminution semblable à celle observée pour le taux moyen des 16 pays à l'étude. Ainsi, tout comme pour la période 1996-1998, le taux québécois de mortalité infantile demeure très proche de celui du taux moyen des 16 pays.

Le tableau 3.4 permet de voir l'évolution du classement<sup>11</sup> du Québec sur le plan international entre 1996-1998 et 2001. Soulignons cependant que les changements observés dans le classement du Québec sur le plan international ne s'expliquent pas uniquement par une augmentation ou une diminution de la mortalité québécoise. En effet, ces changements sont aussi le résultat de l'évolution de la mortalité des autres pays à l'étude.

De façon générale, on constate que le Québec a amélioré sa situation et se compare plus favorablement sur le plan international en 2001 qu'en 1996-1998. Des gains au classement se sont faits, à la fois pour l'espérance de vie à la naissance, tant chez les femmes que chez les hommes, pour l'espérance de vie à 65 ans chez les hommes et pour la mortalité infantile. Malgré ces améliorations, on constate que le Québec demeure au milieu du classement.

Avec le passage de la CIM-9 à la CIM-10, il est difficile de comparer avec précision la position du Québec avant et après l'année 2000 pour les différentes causes de décès. On peut cependant examiner, pour les grandes catégories de décès, l'évolution du rang du Québec entre 1996-1998 et 2001. En effet, les grandes catégories de décès ainsi que le suicide sont moins affectés par la transition de la CIM-9 à la CIM-10 (Paquette *et al.*, 2006).

Ainsi, on constate que le Québec a progressé et se classe maintenant plus avantageusement en termes de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, tant chez les femmes que chez les hommes et par traumatismes non intentionnels chez les hommes. De plus, la situation du Québec demeure particulièrement favorable pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire.

Le classement des taux des années potentielles de vie perdues évolue généralement dans le même sens et à la même vitesse que celui des taux ajustés de mortalité. On observe cependant quelques exceptions marquantes. En effet, pour les maladies de l'appareil circulatoire, les APVP indiquent une amélioration plus importante du classement de la mortalité québécoise que celle observée pour le taux ajusté alors que des progrès moins notables sont observés pour les APVP, comparativement au taux ajusté, pour les maladies de l'appareil respiratoire.

Malgré les améliorations observées dans le classement du Québec sur le plan international entre 1996-1998 et 2001, celui-ci reste dans une position désavantageuse par rapport aux autres 15 pays industrialisés pour les tumeurs malignes et le suicide chez les hommes.

---

<sup>11</sup> Pour la période autour de 2001, le classement se fait sur 15 pays pour deux causes, soit les maladies des artères et les traumatismes non intentionnels, puisque les décès liés à ces deux causes ne sont pas disponibles pour la Suisse pour cette période.

Tableau 3.3 Variation de l'espérance de vie et de la mortalité infantile, Québec et moyenne des pays comparés, 1996-1998 et 2001<sup>a</sup>

Espérance de vie à la naissance	1996-1998			2001			Variation de 1996-1998 à 2001	
	Québec	Moyenne des pays	Écart absolu <sup>i</sup>	Québec	Moyenne des pays	Écart absolu <sup>i</sup>	Québec	Moyenne des pays
	Années							
Femmes	81,3	81,2	0,1	82,2	81,8	0,4	0,9	0,6
Hommes	75,0	75,1	-0,1	76,4	76,0	0,3	1,4	1,0

Espérance de vie à 65 ans	1996-1998			2001			Variation de 1996-1998 à 2001	
	Québec	Moyenne des pays	Écart absolu <sup>i</sup>	Québec	Moyenne des pays	Écart absolu <sup>i</sup>	Québec	Moyenne des pays
	Années							
Femmes	20,1	19,8	0,2	20,7	20,2	0,5	0,6	0,4
Hommes	15,6	15,8	-0,2	16,6	16,5	0,1	1,0	0,7

Taux de mortalité infantile	1996-1998			2001			Variation de 1996-1998 à 2001	
	Québec	Moyenne des pays	Écart relatif <sup>j</sup>	Québec	Moyenne des pays	Écart relatif <sup>j</sup>	Québec	Moyenne des pays
	Taux pour 1 000 naissances vivantes			Taux pour 1 000 naissances vivantes			%	
Sexes réunis	5,2	5,0	4,0	4,8	4,6	4,3	-7,7	-8,0

**Tableau 3.4 Rang du Québec parmi les 16 pays comparés pour l'espérance de vie, la mortalité infantile et la mortalité selon la cause, 1996-1998 et 2001<sup>a</sup>**

Espérance de vie	Femmes		Hommes	
	1996-1998	2001	1996-1998	2001
	Rang <sup>f</sup>	Rang <sup>f</sup>	Rang <sup>f</sup>	Rang <sup>f</sup>
Espérance de vie à la naissance	8	7	8	6
Espérance de vie à 65 ans	7	7	9	8

Mortalité infantile	Sexes réunis	
	1996-1998	2001
	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>
Taux de mortalité infantile <sup>g</sup>	11	10

Mortalité par cause	Femmes				Hommes			
	Taux ajusté		Taux APVP <sup>c</sup>		Taux ajusté		Taux APVP <sup>c</sup>	
	1996-1998	2001	1996-1998	2001	1996-1998	2001	1996-1998	2001
	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>	Rang <sup>d</sup>
Ensemble des causes	8	7	11	11	9	6	9	8
<b>Tumeurs malignes</b>	14	14	13	14	15	14	12	12
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	3	3	9	6	5	4	8	5
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	9	7	12	10	11	8	7	6
<b>Traumatismes non intentionnels<sup>m</sup></b>	10	9	9	7	7	5	8	6
Suicide	11	10	15	14	14	13	15	15

### 3.2 ***Pays présentant les indices de mortalité les plus favorables et objectifs à atteindre pour le Québec***

Le tableau 3.5 présente, pour les indicateurs de mortalité générale et pour chaque cause de décès, les trois pays affichant les résultats les plus favorables. Nous avons retenu la valeur du pays se situant au 3<sup>e</sup> rang<sup>12</sup> comme référence pour estimer l'objectif à atteindre pour le Québec, afin que celui-ci se retrouve éventuellement parmi les pays occupant le haut du classement. La valeur du pays se situant au premier rang n'a pas été retenue pour estimer cet objectif car, dans plusieurs cas, celle-ci se démarquait nettement des valeurs enregistrées par les pays se classant aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> rangs. Cette situation pourrait être le résultat de biais dans la codification des causes de décès.

Afin de se positionner parmi les trois pays ayant les plus longues espérances de vie à la naissance, soit le Japon, l'Espagne et la France chez les femmes et le Japon, l'Australie et la Suède chez les hommes, la longévité moyenne des Québécoises doit augmenter de 0,8 an et celles des Québécois de 0,9 an. Pour l'espérance de vie à 65 ans, les gains nécessaires sont de 0,4 an chez les femmes (Japon, France et Australie) et de 0,5 an chez les hommes (Japon, Australie et Canada). Enfin, le Québec doit réduire sa mortalité infantile de près du quart (27 %) pour atteindre le niveau observé en Suède, soit le pays qui se situe au 3<sup>e</sup> rang après le Japon et la Finlande.

L'ampleur de l'objectif de réduction varie grandement selon la cause de décès et le sexe. Chez les femmes, on retrouve des objectifs de réduction supérieurs à 30 % pour les causes suivantes :

- ⇒ Tumeurs malignes du poumon (70 %; Espagne, France et Finlande);
- ⇒ Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (64 %; Japon, France et Finlande);
- ⇒ Cardiopathies ischémiques (43 %; Japon, France et Espagne).

Pour les accidents de transport et le suicide, l'objectif de réduction est également supérieur à 30 %, mais les taux observés chez les femmes du Québec sont trop faibles (< 10 pour 100 000) pour que l'ampleur soit précisée.

Chez les hommes, les causes de décès dont les objectifs de réduction dépassent 30 % sont les suivantes :

- ⇒ Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (54 %; Japon, France et Suède);
- ⇒ Suicide (54 %; Royaume-Uni, Espagne et Pays-Bas);
- ⇒ Tumeurs malignes du poumon (44 %; Suède, Norvège et Australie);
- ⇒ Cardiopathies ischémiques (37 %; Japon, France et Espagne).

Il est à noter que le Québec se situe parmi les trois pays ayant les taux les plus faibles pour les maladies vasculaires cérébrales, les maladies des artères, les pneumonies et gripes<sup>13</sup> et les chutes accidentelles<sup>13</sup>, tant chez les femmes que chez les hommes, ainsi que pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes.

<sup>12</sup> Le classement se fait sur 15 pays pour deux causes, soit les maladies des artères et les traumatismes non intentionnels, puisque les décès liés à ces deux causes ne sont pas disponibles pour la Suisse.

<sup>13</sup> Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Voir la section 1.6 - Calculs des indicateurs, à la page 11.

**Tableau 3.5 Pays présentant les valeurs les plus favorables d'espérance de vie et de mortalité et objectifs à atteindre pour le Québec, 2001<sup>a</sup>**

Espérance de vie	Femmes			Hommes		
	Pays <sup>n</sup>	Valeurs <sup>o</sup> (années)	Objectif d'augmentation pour le Québec <sup>p</sup>	Pays <sup>n</sup>	Valeurs <sup>o</sup> (années)	Objectif d'augmentation pour le Québec <sup>p</sup>
Espérance de vie à la naissance	Japon, Espagne, France	83,0	0,8 an	Japon, Australie, Suède	77,3	0,9 an
Espérance de vie à 65 ans	Japon, France, Australie	21,1	0,4 an	Japon, Australie, Canada	17,1	0,5 an

Mortalité infantile	Sexes réunis		
	Pays <sup>n</sup>	Taux <sup>q,o</sup>	Objectif de réduction pour le Québec <sup>p</sup>
Taux de mortalité infantile	Japon, Finlande, Suède	3,5	27 %

Mortalité par cause	Femmes			Hommes		
	Pays <sup>n</sup>	Taux ajusté <sup>b,o</sup>	Objectif de réduction pour le Québec <sup>p</sup>	Pays <sup>n</sup>	Taux ajusté <sup>b,o</sup>	Objectif de réduction pour le Québec <sup>p</sup>
<b>Ensemble des causes</b>	Japon, France, Espagne	546	7 %	Japon, Australie, Canada	894	6 %
<b>Tumeurs malignes</b>	Japon, Espagne, Suisse, Finlande	141	25 %	Suède, Finlande, Suisse	251	17 %
Tumeurs malignes du côlon et du rectum	Finlande, Suisse, Canada, Japon, France	17	22 %	Finlande, Suède, États-Unis	25	28 %
Tumeurs malignes du poumon	Espagne, France, Finlande	13	70 %	Suède, Norvège, Australie	57	44 %
Tumeurs malignes du sein chez la femme	Japon, Espagne, Finlande	25	19 %	S.O.	S.O.	S.O.
Tumeurs malignes de la prostate	S.O.	S.O.	S.O.	Japon, Espagne, États-Unis	29	4 %
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	Japon, France, <b>Québec</b>	162	7 % <sup>q</sup>	Japon, France, Espagne	288	1 %
Cardiopathies ischémiques	Japon, France, Espagne	51	43 %	Japon, France, Espagne	111	37 %
Maladies vasculaires cérébrales	<b>Québec</b> , France, Suisse	45	0 %	<b>Québec</b> , Canada, Suisse	55	0 %
Maladies des artères <sup>h</sup>	Japon, <b>Québec</b> , France	9	0 %	Japon, <b>Québec</b> , États-Unis	17	0 %
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	France, Suisse, Allemagne, Autriche	33	21 %	Suède, France, Autriche	69	21 %
Pneumonie et grippe	<b>Québec</b> , Autriche, Espagne, France	11	0 %	<b>Québec</b> , Australie, Autriche	17	0 %
Maladies chroniques des VRI <sup>l</sup>	Japon, France, Finlande	9	64 %	Japon, France, Suède	27	54 %
<b>Traumatismes non intentionnels<sup>h</sup></b>	Royaume-Uni, Espagne, Allemagne	13	22 %	Royaume-Uni, Pays-Bas, Allemagne	30	17 %
Accidents de transport	Royaume-Uni, Suède, Pays-Bas	3	39 %	Royaume-Uni, Suède, Pays-Bas	11	28 %
Chutes accidentelles	<b>Québec</b> , Espagne, Australie, Japon	2	0 %	Australie, Espagne, <b>Québec</b>	4	8 % <sup>f</sup>
<b>Suicide</b>	Royaume-Uni, Espagne, États-Unis	4	43 %	Royaume-Uni, Espagne, Pays-Bas	13	54 %

### 3.3 Classement des différents pays selon certaines grandes causes de décès

Les tableaux 3.6 et 3.7 illustrent, respectivement, le classement de chacun des pays pour l'espérance de vie à la naissance ainsi que pour le taux ajusté de mortalité selon les principales causes de décès, chez les femmes et chez les hommes<sup>14</sup>. Les mêmes trames de fond qu'à la section 3.1 ont été utilisées pour repérer rapidement les rangs favorables (1<sup>er</sup> au 5<sup>e</sup> rang), en blanc, les rangs moyens (6<sup>e</sup> au 11<sup>e</sup> rang), en gris et les rangs défavorables (12<sup>e</sup> au 16<sup>e</sup> rang), en noir.

Les pays ont été regroupés en régions géographiques selon le découpage retenu par l'Institut national d'études démographiques de la France (INED) dans la présentation des données internationales sur son site Internet. Les tendances géographiques peuvent être le reflet des habitudes de vie et du fonctionnement du système de santé, mais peuvent aussi être influencées par des procédures, variant d'un pays à l'autre, dans la codification des causes de décès et ce, entre autres, suite à la transition à la CIM-10.

#### Femmes

Les pays qui affichent les espérances de vie à la naissance les plus élevées chez les femmes sont dans l'ordre, le Japon, l'Espagne, la France, l'Australie et la Suisse. Malgré le fait que les Japonaises se distinguent nettement des autres femmes des pays industrialisés avec une durée de vie à la naissance de près de deux ans plus longue que celle des Espagnoles, qui se classent au deuxième rang, ce sont ces dernières avec les Françaises qui se positionnent favorablement au plan international pour le plus grand nombre de causes de décès, soit six causes sur huit grandes causes de décès. La Suisse et le Japon présentent un rang favorable pour cinq et quatre causes, respectivement. Le Canada se positionne avantageusement pour trois causes de décès. Plusieurs pays se situent favorablement sur le plan international pour seulement deux causes : Finlande, Royaume-Uni, Suède, Allemagne, Pays-Bas, Québec et États-Unis. Quant à l'Autriche et l'Australie, ils occupent un rang favorable pour une

seule cause de décès. Enfin, le Danemark et la Norvège ne montrent, pour aucune cause de décès, un rang avantageux.

Les pays se situant au bas de l'échelle pour l'espérance de vie à la naissance chez les femmes sont le Danemark, les États-Unis, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et l'Allemagne. Le Danemark se démarque nettement des autres pays en se plaçant au bas du classement pour six causes de décès. La Finlande, le Royaume-Uni et les États-Unis suivent de près, avec un rang désavantageux pour cinq causes de décès. L'Autriche et l'Allemagne se positionnent défavorablement pour quatre et trois causes, respectivement. Les pays qui se situent défavorablement pour une ou deux causes de décès sont, dans un premier temps, la Norvège, la Suisse et le Japon et dans un deuxième temps, la France, les Pays-Bas, le Québec et le Canada. Finalement, la Suède, l'Espagne et l'Australie ne se positionnent jamais désavantageusement par rapport aux autres pays industrialisés.

À partir du regroupement des pays en régions, on constate que le seul pays représentant l'Europe méridionale<sup>15</sup>, l'Espagne, se situe en haut du classement pour la majorité des grandes causes de décès, à l'exception des maladies vasculaires cérébrales et des maladies de l'appareil respiratoire pour lesquelles elle occupe une position médiane. Ainsi, parmi les différentes régions, l'Europe méridionale semble présenter le profil de mortalité le plus avantageux. Le regroupement Océanie et Asie (Australie et Japon) se positionne de façon relativement favorable en termes de mortalité, à la seule exception du haut taux de mortalité par suicide enregistré au Japon.

<sup>14</sup> Le classement se fait sur 15 pays pour deux causes, soit les maladies des artères et les traumatismes non intentionnels, puisque les décès liés à ces deux causes ne sont pas disponibles pour la Suisse.

<sup>15</sup> Parmi les pays de l'Europe méridionale qui sont membres de l'OCDE, seules les données de mortalité de la Grèce, de l'Italie et du Portugal sont disponibles. Toutefois, celles de la Grèce et de l'Italie ne sont pas comparables à celles des autres pays étudiés puisqu'elles sont codées selon la CIM-9 tandis que celles du Portugal ne sont disponibles que pour une seule année en CIM-10. Voir Choinière (2003) pour obtenir plus d'information sur les données de mortalité de ces trois pays.

Sauf pour les Pays-Bas, les pays d'Europe occidentale (Allemagne, Autriche, France et Suisse) se positionnent favorablement pour la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire. Pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, ainsi que pour deux de ses sous-catégories, on observe un net clivage entre, d'une part, l'Allemagne et l'Autriche qui affichent des taux parmi les plus élevés et, d'autre part, la France qui bénéficie de taux nettement plus faibles.



Tableau 3.6 Rang des 16 pays comparés selon certaines grandes causes de décès, femmes, 2001<sup>a</sup>

Pays	Rang <sup>f</sup>	Rang <sup>d</sup>							
	Espérance de vie à la naissance	Tumeurs malignes	Tumeurs malignes du poumon	Maladies de l'appareil circulatoire	Cardiopathies ischémiques	Maladies vasculaires cérébrales	Maladies de l'appareil respiratoire	Traumatismes non intentionnels <sup>h</sup>	Suicide
<b>Europe septentrionale</b>									
Danemark	16	16	15	12	9	13	15	15	9
Finlande	11	4	3	14	16	15	9	13	15
Norvège	10	10	10	9	7	9	13	11	7
Royaume-Uni	14	15	12	10	12	16	16	1	1
Suède	8	8	8	11	11	11	5	4	11
<b>Europe occidentale</b>									
Allemagne	12	9	6	16	13	12	3	3	8
Autriche	9	7	7	15	14	14	4	7	12
France	3	5	2	2	2	2	1	14	13
Pays-Bas	13	13	11	8	4	10	12	5	6
Suisse	5	3	5	6	5	3	2	ND	14
<b>Europe méridionale</b>									
Espagne	2	2	1	5	3	8	10	2	2
<b>Océanie et Asie</b>									
Australie	4	6	9	7	10	6	6	8	5
Japon	1	1	4	1	1	7	11	6	16
<b>Amérique du Nord</b>									
Québec	7	14	16	3	6	1	7	9	10
Canada	6	12	13	4	8	4	8	10	4
États-Unis	15	11	14	13	15	5	14	12	3

Les trois pays de l'Amérique du Nord (Québec, Canada et États-Unis) montrent tous une situation avantageuse en matière de maladies vasculaires cérébrales mais se classent plutôt défavorablement pour les tumeurs malignes dans leur ensemble et plus particulièrement, pour les tumeurs malignes du poumon. Les pays de l'Europe septentrionale (Danemark, Finlande, Norvège, Royaume-Uni et Suède) se classent, en général, défavorablement pour les maladies vasculaires cérébrales et les maladies de l'appareil respiratoire tandis qu'ils se retrouvent au milieu du classement pour les maladies de l'appareil circulatoire et les cardiopathies ischémiques.

De l'ensemble de ces régions, l'Europe septentrionale semble présenter le profil de mortalité le plus défavorable. Toutefois, un pays de cette région (Royaume-Uni) affiche le plus bas taux de mortalité par traumatismes non intentionnels et par suicide sur le plan international.

### Hommes

Chez les hommes, le Japon enregistre l'espérance de vie à la naissance la plus élevée. Il est suivi de l'Australie, de la Suède, de la Suisse et du Canada. Si le Japon se classe au premier rang pour l'espérance de vie à la naissance, c'est la Suisse qui se retrouve en haut du classement pour le plus grand nombre de causes de décès, soit cinq causes sur huit. Les pays présentant un rang favorable pour quatre causes de décès sont la Suède et la France. Les Pays-Bas, l'Espagne, le Japon, le Québec et les États-Unis se positionnent avantageusement à trois reprises. La Norvège, le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Australie et le Canada se situent favorablement pour deux causes de décès. Tandis que la Finlande et l'Autriche occupent un rang favorable pour une seule cause de décès. Finalement, le Danemark ne montre, pour aucune cause de décès, un rang avantageux.

*A contrario*, les espérances de vie à la naissance les plus courtes sont enregistrées par les États-Unis, le Danemark, la Finlande, l'Allemagne et la France. La Finlande est le pays se retrouvant le plus souvent dans une position défavorable, soit pour six causes sur huit. Le Danemark suit de près avec un rang désavantageux pour quatre causes de décès. Un bon nombre de pays, soit le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Autriche, la France, les Pays-Bas, l'Espagne, le Japon, le Québec et les États-Unis,

se positionnent au bas du classement pour trois causes de décès. La Suède, quant à elle, se situe défavorablement au classement international pour deux causes de décès. Enfin, les Norvégiens, les Suisses, les Australiens et les Canadiens ne se classent jamais défavorablement.

Parmi les différents regroupements de pays, la région de l'Océanie et de l'Asie bénéficie du profil de mortalité le plus avantageux sur le plan international. Toutefois, le Japon présente une situation défavorable pour les maladies vasculaires cérébrales, les maladies de l'appareil respiratoire et le suicide.

Les pays de l'Amérique du Nord et de l'Europe occidentale semblent enregistrer une mortalité relativement avantageuse pour certaines causes. En fait, la région de l'Amérique du Nord se démarque par un classement particulièrement favorable pour la mortalité par maladies vasculaires cérébrales. Toutefois, elle occupe une position nettement désavantageuse pour les tumeurs malignes du poumon. À l'instar des femmes, les hommes d'Europe occidentale se classent assez favorablement pour la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire. Par ailleurs, on observe une nette distinction en matière de maladies de l'appareil circulatoire parmi les pays de l'Europe occidentale, entre l'Allemagne et l'Autriche qui montrent des taux élevés, et la France, qui présente des valeurs de mortalité nettement plus faibles.

La région de l'Europe méridionale affiche un profil de mortalité plutôt mitigé avec, d'une part, un classement assez avantageux pour les maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques et le suicide et, d'autre part, une position relativement défavorable pour les tumeurs malignes dans leur ensemble, les tumeurs malignes du poumon et les maladies de l'appareil respiratoire.

Finalement, ce sont les pays d'Europe septentrionale qui présentent la situation la plus défavorable en termes de mortalité. En effet, seuls les Suédois se positionnent avantageusement pour plus de deux causes de décès.

### **L'espérance de vie optimale**

À partir des taux les plus faibles de mortalité selon la cause, l'âge et le sexe observés parmi les pays étudiés, nous avons calculé une espérance de vie optimale. Cette valeur optimale serait à la naissance de 88,9 ans chez les femmes et de 81,2 ans chez les hommes. Actuellement, les valeurs les plus élevées d'espérance de vie à la naissance sont observées au Japon : 85,0 ans chez les femmes et 78,1 ans chez les hommes.

Cela montre bien que des gains importants sont encore possible en ce qui concerne la longévité de la vie. Nous aurions pu également utiliser ces données pour illustrer, pour chacune des causes, les valeurs théoriques les plus faibles, à la fois pour le taux ajusté et pour le taux des APVP.

Tableau 3.7 Rang des 16 pays comparés selon certaines grandes causes de décès, hommes, 2001<sup>a</sup>

Pays	Rang <sup>f</sup>	Rang <sup>d</sup>							
	Espérance de vie à la naissance	Tumeurs malignes	Tumeurs malignes du poumon	Maladies de l'appareil circulatoire	Cardiopathies ischémiques	Maladies vasculaires cérébrales	Maladies de l'appareil respiratoire	Traumatismes non intentionnels <sup>h</sup>	Suicide
<b>Europe septentrionale</b>									
Danemark	15	15	12	12	10	11	11	12	10
Finlande	14	2	6	15	16	14	12	15	16
Norvège	7	6	2	9	9	9	9	11	4
Royaume-Uni	9	10	8	10	14	15	16	1	1
Suède	3	1	1	13	13	10	1	4	7
<b>Europe occidentale</b>									
Allemagne	13	11	9	16	12	13	5	3	8
Autriche	10	9	7	14	11	12	3	9	14
France	12	16	10	2	2	4	2	14	12
Pays-Bas	11	13	15	8	4	7	14	2	3
Suisse	4	3	4	7	5	3	4	ND	11
<b>Europe méridionale</b>									
Espagne	8	12	13	3	3	8	13	10	2
<b>Océanie et Asie</b>									
Australie	2	4	3	6	8	6	6	6	9
Japon	1	7	5	1	1	16	15	8	15
<b>Amérique du Nord</b>									
Québec	6	14	16	4	6	1	8	5	13
Canada	5	8	11	5	7	2	7	7	6
États-Unis	16	5	14	11	15	5	10	13	5

### 3.4 Comparaison de la mortalité entre le Québec et le Canada

Au Québec, les espérances de vie à la naissance et à 65 ans sont égales ou légèrement plus courtes à celles enregistrées au Canada. En fait, le tableau 3.8 montre que chez les femmes, il n'y a pas d'écart d'espérance de vie à la naissance et à 65 ans entre le Québec et le Canada. Toutefois, à la naissance, les hommes du Québec peuvent espérer vivre 0,6 an de moins que les Canadiens. À 65 ans, le retard des Québécois par rapport aux Canadiens est de 0,5 an. En revanche, le Québec affiche un taux de mortalité infantile (4,8 pour 1 000) plus favorable que le Canada (5,3 pour 1 000).

Le graphique 3.2 illustre, selon le sexe, pour chacune des causes de décès, les différences de mortalité relatives entre le Québec et le Canada. Lorsque la différence est négative, cela signifie que la mortalité est plus faible au Québec qu'au Canada (bâtonnet blanc). À l'inverse, une différence positive reflète une surmortalité du Québec par rapport à l'ensemble du Canada (bâtonnet noir).

Tant chez les femmes que chez les hommes, on constate que le nombre de causes de décès pour lesquelles le Québec enregistre une mortalité plus élevée que le Canada est sensiblement identique au nombre de causes de décès pour lesquelles le Québec présente une mortalité plus faible que le Canada.

Tout d'abord, chez les femmes, on dénote une surmortalité du Québec par rapport au Canada supérieure ou égale à 10 % pour quatre causes : le suicide (42 %), les tumeurs malignes du côlon et du rectum (28 %), les tumeurs malignes du poumon (10 %), ainsi que les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (10 %).

*A contrario*, les Québécoises présentent une mortalité particulièrement inférieure à celle observée chez les Canadiennes pour quatre causes : les chutes accidentelles<sup>16</sup> (-53 %), les pneumonies et gripes<sup>16</sup> (-32 %), les maladies des artères (-20 %) et les maladies vasculaires cérébrales (-19 %).

Chez les hommes, les causes pour lesquelles le Québec connaît une mortalité nettement plus élevée que dans l'ensemble du Canada sont par ordre : le suicide (53 %), les tumeurs malignes du poumon (33 %), les tumeurs malignes du côlon et du rectum (32 %), les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (27 %), l'ensemble des tumeurs malignes (15 %) et l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire (11 %).

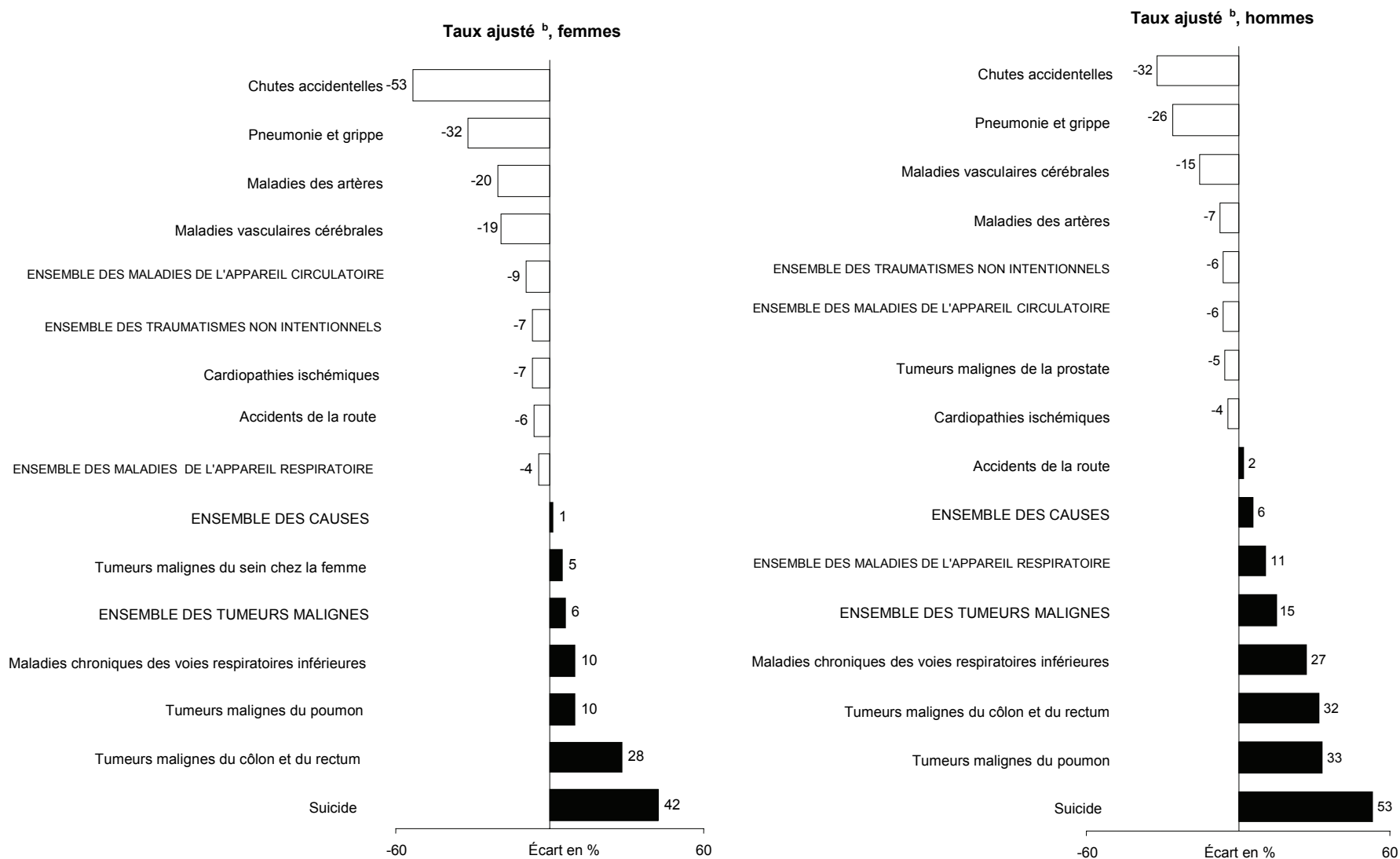
Finalement, pour quelques causes seulement, les hommes du Québec présentent une importante sous-mortalité comparativement aux hommes du Canada : les chutes accidentelles<sup>16</sup> (-32 %), les pneumonies et gripes<sup>16</sup> (-26 %) et les maladies vasculaires cérébrales (-15 %).

**Tableau 3.8** Espérance de vie et mortalité infantile, Québec et Canada, 2001<sup>s</sup>

	Québec		Canada	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Espérance de vie à la naissance	82,2 ans	76,4 ans	82,2 ans	77,0 ans
Espérance de vie à 65 ans	20,7 ans	16,6 ans	20,7 ans	17,1 ans
Taux de mortalité infantile <sup>9</sup> (sexes réunis)	4,8 pour 1 000		5,3 pour 1 000	

<sup>16</sup> Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Voir la section 1.6 - Calculs des indicateurs, à la page 11.

**Graphique 3.2 Écart de mortalité entre le Québec et l'ensemble du Canada<sup>t</sup> selon la cause de mortalité, 2001<sup>s</sup>**



### 3.5 **Données complémentaires sur les caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires des pays étudiés**

Les tableaux 3.9 et 3.10 ainsi que les graphiques 3.3 à 3.7 présentent des données complémentaires sur les caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires des pays qui sont comparés dans cette étude.

En 2004, l'effectif de la population des pays retenus varie entre 4 millions et 293 millions. Sept pays comprennent moins de 10 millions d'habitants tandis que seulement cinq pays regroupent plus de 50 millions de personnes. Le Québec, avec un effectif de 7 millions d'habitants, se classe au 12<sup>e</sup> rang pour la taille de sa population.

La proportion de la population âgée de 65 ans et plus en 2004 fluctue entre 12 % et 19 % d'un pays à l'autre. Les pourcentages les plus faibles sont observés en Amérique du Nord et en Australie, alors que les plus élevés sont enregistrés au Japon et en Allemagne.

En 2004, le nombre de médecins pour 1 000 habitants varie entre 2,0 et 3,8. Il est égal ou supérieur à 3,0 pour 1 000 dans les pays de l'Europe occidentale ainsi qu'en Norvège, en Espagne, en Suède et au Danemark, alors qu'au Québec et au Canada, on enregistre 2,1 médecins pour 1 000 habitants. C'est au Japon qu'on enregistre le moins grand nombre de médecins, soit 2,0 pour 1 000 habitants.

En 2003, les dépenses en santé par habitant diffèrent aussi d'un pays à l'autre. Les États-Unis se démarquent nettement des autres pays étudiés avec des dépenses de plus de 5 000 \$ par habitant. Suivent, loin derrière, la Norvège, la Suisse et le Canada avec des dépenses inférieures à 4 000 \$. Le Québec se classe au 8<sup>e</sup> rang sur 16 pays avec des dépenses en santé de 2 850 \$ par habitant. L'Espagne se situe au bas du classement avec un montant alloué à la santé de 1 835 \$ par habitant.

Le graphique 3.3 illustre, pour chaque pays étudié, l'importance relative des personnes âgées parallèlement avec le nombre de médecins pour 1 000 habitants, d'une part, et les dépenses en santé par habitant, d'autre part. On remarque qu'il ne semble pas y avoir de correspondance entre les différents éléments du graphique. Ainsi, le Japon, qui affiche la plus forte proportion de personnes âgées, présente également le plus faible nombre de médecins pour 1 000 habitants. Par ailleurs, le Japon arrive au 14<sup>e</sup> rang pour les dépenses en santé par habitant. D'autre part, on constate que les États-Unis présentent à la fois la plus faible proportion de personnes âgées et les dépenses en santé par habitant les plus élevées. Pour sa part, l'Espagne affiche les dépenses en santé par habitant les moins élevées ainsi qu'une forte proportion de personnes âgées et un nombre important de médecins pour 1 000 habitants. Quant au Canada, bien qu'il se classe au 14<sup>e</sup> rang pour la proportion de personnes âgées et le nombre de médecins, il occupe la 4<sup>e</sup> position pour les dépenses en santé par habitant.

Pour sa part, le Québec se situe dans le bas du classement pour sa proportion de personnes âgées et son nombre de médecins pour 1 000 habitants. Le Canada affiche une proportion de personnes âgées et un nombre de médecins pour 1 000 habitants semblables à ceux enregistrés au Québec. Toutefois, on remarque que les dépenses en santé par habitant y sont un peu plus élevées. En effet, sur 16 pays industrialisés, le Canada se classe au 4<sup>e</sup> rang pour ses dépenses en santé par habitant alors que le Québec, lui, se positionne au 8<sup>e</sup> rang.

**Tableau 3.9 Certaines caractéristiques démographiques et économiques des 16 pays comparés**

Pays	Effectifs de population, 2004	Proportion de la population de 65 ans et plus, 2004	Espérance de scolarisation, 2004		Taux de chômage, 2004		Produit intérieur brut par habitant en parité de pouvoir d'achat, 2005
	Sexes réunis	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Sexes réunis
	en milliers	%	années	années	%	%	\$ américains
	(a)	(b)	(c)	(c)	(d)	(d)	(e)
<b>Europe septentrionale</b>							
Danemark	5 404	14,9	19,8	18,1	6,2	5,3	34 077
Finlande	5 228	15,7	20,7	19,3	8,9	8,8	30 980
Norvège	4 591	15,0	18,2	16,7	4,0	5,0	42 421
Royaume-Uni	59 867	15,9	22,2	19,2	4,2	5,0	32 160
Suède	8 992	17,1	21,8	18,8	6,2	7,0	32 625
<b>Europe occidentale</b>							
Allemagne	82 516	18,3	17,3	17,5	9,3	10,3	29 808
Autriche	8 173	16,4	16,4	16,1	5,5	4,6	34 052
France	60 380	16,6	17,1	16,5	11,0	9,3	30 912
Pays-Bas	16 282	14,0	17,3	17,5	5,2	4,9	34 086
Suisse	7 390	15,7	16,5	17,1	4,6	3,9	36 437
<b>Europe méridionale</b>							
Espagne	42 690	16,5	17,7	16,6	15,0	8,2	27 196
<b>Océanie et Asie</b>							
Australie	20 111	12,6	20,9	20,4	5,5	5,3	34 023
Japon	127 764	19,2	15,0 <sup>u</sup>	15,0 <sup>u</sup>	4,4	4,9	31 133
<b>Amérique du Nord</b>							
Québec	7 548	13,5	16,2 <sup>v</sup>	15,0 <sup>v</sup>	7,8	9,1	29 163
Canada	31 974	13,0	16,0 <sup>u,w</sup>	16,0 <sup>u,w</sup>	6,8	7,5	33 985
États-Unis	293 655	12,3	17,6	16,3	5,4	5,6	42 075

Sources :

- (a) (b) Banque mondiale (site Internet); Institut de la statistique du Québec (site Internet).  
(c) Organisation de coopération et de développement économiques, *Regards sur l'éducation – Édition 2006*; Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec, *Indicateurs de l'éducation – Édition 2006*; United Nations Statistics Division (site Internet).  
(d) Organisation de coopération et de développement économiques, *OCDE en chiffres – Édition 2005*; Institut de la statistique du Québec (site Internet).  
(e) Institut de la statistique du Québec (2006), *Le Québec dans le monde, statistiques socioéconomiques*.



Tableau 3.10 Certaines caractéristiques sanitaires des 16 pays comparés

Pays	Nombre de médecins pour 1 000 habitants, 2004	Dépenses en santé par habitant en parité de pouvoir d'achat, 2003	Proportion de fumeurs réguliers de 15 ans et plus, 2004	
	Sexes réunis	Sexes réunis	Femmes	Hommes
		\$ américains	%	%
	(a)	(b)	(c)	(c)
<b>Europe septentrionale</b>				
Danemark	3,0 <sup>x</sup>	2 763	23,0	29,0
Finlande	2,4	2 118	18,2 <sup>y</sup>	26,0 <sup>y</sup>
Norvège	3,5	3 807 <sup>u</sup>	24,0 <sup>y</sup>	26,0 <sup>y</sup>
Royaume-Uni	2,3	2 231 <sup>w</sup>	23,0	26,0
Suède	3,3 <sup>x</sup>	2 594 <sup>w</sup>	17,5	15,0
<b>Europe occidentale</b>				
Allemagne	3,4	2 996	19,1 <sup>w</sup>	29,8 <sup>w</sup>
Autriche	3,5	2 280 <sup>w</sup>	32,2 <sup>z</sup>	40,7 <sup>z</sup>
France	3,4	2 903 <sup>u</sup>	19,0	28,0
Pays-Bas	3,6	2 976	26,0	34,0
Suisse	3,8	3 781 <sup>u</sup>	22,8 <sup>w</sup>	31,0 <sup>w</sup>
<b>Europe méridionale</b>				
Espagne	3,4	1 835	22,4 <sup>x</sup>	34,2 <sup>x</sup>
<b>Océanie et Asie</b>				
Australie	2,6 <sup>x</sup>	2 699 <sup>u</sup>	16,5	18,9
Japon	2,0	2 139 <sup>u,w</sup>	13,2	46,9
<b>Amérique du Nord</b>				
Québec	2,1	2 850 <sup>w</sup>	18,1 <sup>y</sup>	20,8 <sup>y</sup>
Canada	2,1	3 003 <sup>u</sup>	15,6 <sup>y</sup>	19,2 <sup>y</sup>
États-Unis	2,4	5 635	15,1	19,0

Sources :

- (a) Éco-Santé OCDE 2006; Éco-Santé Québec 2005.  
 (b) Organisation de coopération et de développement économiques, *OCDE en chiffres – Édition 2005*; Institut de la statistique du Québec (site Internet).  
 (c) Éco-Santé OCDE 2006; Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, Indicateurs de la santé, volume 2006, no 1.

Il semble intéressant d'examiner plus en détails le lien qui existe entre l'espérance de scolarité et le taux de chômage dans certains pays. Le graphique 3.4 qui montre le classement des pays étudiés, selon le sexe, pour l'espérance de scolarisation et le taux de chômage, ne révèle pas de relation particulière entre ces deux variables. Soulignons que l'espérance de scolarisation se définit comme étant le nombre d'années de scolarité qu'un élève de maternelle peut espérer atteindre si sa cohorte est soumise aux taux de scolarisation par âge, par régime d'étude et par niveau d'enseignement observés durant une période donnée (Lespérance, 1998). En 2004, le Québec et le Canada se situent en bas du classement en termes d'espérance de scolarité. Plus exactement, le Québec se positionne au 14<sup>e</sup> rang chez les femmes et au 15<sup>e</sup> rang chez les hommes. De façon générale, l'espérance de scolarité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Chez ces premières, six pays (Royaume-Uni, Suède, Australie, Finlande, Danemark et Norvège) ont une espérance de scolarisation supérieure à 18 ans. Chez les hommes, cinq pays (Australie, Finlande, Royaume-Uni, Suède et Danemark) dépassent le seuil de 18 années de scolarité. C'est au Japon que l'on observe les espérances de scolarisation les moins élevées, soit 15 ans chez les femmes et 15 ans chez les hommes.

La situation du Québec est également défavorable en ce qui a trait au taux de chômage enregistré en 2004. En fait, les femmes se positionnent au 12<sup>e</sup> rang et les hommes au 14<sup>e</sup> rang. Le Canada se classe un peu mieux que le Québec, en se situant en 11<sup>e</sup> position et ce, à la fois chez les femmes et chez les hommes. Chez les femmes, le taux de chômage est égal ou inférieur à 5 % dans quatre pays (Norvège, Royaume-Uni, Japon et Suisse), comparativement à six pays chez les hommes (Suisse, Autriche, Japon, Pays-Bas, Norvège et Royaume-Uni). D'un autre côté, les Allemands, les Françaises et les Espagnoles présentent un taux de chômage supérieur à 10 %. Dans la moitié des pays à l'étude, le taux de chômage est plus faible chez les femmes que chez les hommes. Cependant, mentionnons qu'en Espagne, le taux de chômage chez les femmes est pratiquement le double de celui observé chez les hommes.

Enfin, lorsqu'on examine à la fois la distribution des pays selon les différents indicateurs du système de santé et l'espérance de vie à la naissance, on ne remarque pas de tendances claires (graphique 3.5). Ainsi, l'Espagne, dont les dépenses en santé par habitant représentent moins de la moitié de celles des États-Unis, affiche par rapport à ces derniers, une espérance de vie plus longue de 3,5 années chez les femmes et de 1,8 année chez les hommes.

De même, on constate que le Japon enregistre à la fois des dépenses en santé par habitant qui sont deux fois moindres à celles des États-Unis et une espérance de vie plus longue de 5,4 ans chez les femmes et de 3,8 ans chez les hommes. On observe le même phénomène entre le Japon et les Pays-Bas pour le nombre de médecins pour 1 000 habitants. En effet, bien que le Japon présente une espérance de vie à la naissance plus longue que les Pays-Bas, soit de 4,3 ans chez les femmes et de 2,3 ans chez les hommes, en termes de nombre de médecins, il se classe au dernier rang alors que les Pays-Bas, eux, se positionnent au deuxième rang.

Le graphique 3.6 illustre, à l'aide de diagrammes de dispersion, pour les 16 pays à l'étude, la relation entre différentes variables. Ainsi, dans le premier diagramme, le nombre de médecins pour 1 000 habitants tend à augmenter en fonction de l'importance relative des personnes âgées. Cependant, le Japon se démarque des autres pays industrialisés en enregistrant le plus faible nombre de médecins pour 1 000 habitants et ce, malgré la proportion la plus importante de personnes âgées parmi les pays étudiés.

Le graphique 3.6 présente par ailleurs la relation entre le taux de mortalité infantile et les dépenses en santé. Selon ce second diagramme, il semble que plus les dépenses en santé par habitant augmentent, plus le taux de mortalité infantile diminue. En comparaison avec les autres pays étudiés, les États-Unis contrastent fortement en présentant à la fois, le plus haut niveau de dépenses en santé par habitant et le taux de mortalité infantile le plus élevé.

Mentionnons également que les troisième et quatrième diagrammes du graphique 3.6 illustrent l'absence de relation entre le produit intérieur brut par habitant et l'espérance de vie à la naissance. La Norvège et l'Espagne enregistrent, respectivement, le produit intérieur brut par

habitant le plus élevé et le plus faible parmi les 16 pays à l'étude. Toutefois, non seulement l'espérance de vie à la naissance des Espagnols est semblable à celle des Norvégiens, mais on remarque que l'espérance de vie à la naissance des Espagnoles surpasse nettement celle des Norvégiennes. Pour sa part, le Québec affiche, à la fois, un rang favorable pour son espérance de vie à la naissance et un rang très défavorable pour son produit intérieur brut par habitant. Tandis que le Canada se situe dans une position à la fois favorable pour son espérance de vie à la naissance et son produit intérieur brut par habitant.

Finalement, le graphique 3.7 présente, pour chaque pays étudié, la proportion de fumeurs réguliers en 2004 et le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du poumon autour de 2001, selon le sexe. Les données sur la consommation de tabac portent sur les fumeurs réguliers, mais la définition n'est pas nécessairement identique d'un pays à l'autre. Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi de retenir les informations se rapportant à la population âgée de 15 ans et plus.

Actuellement, le Québec, tant pour les femmes que pour les hommes, affiche le pire bilan des pays industrialisés pour le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du poumon. En ce qui concerne la prévalence du tabagisme, le Québec se situe au 6<sup>e</sup> rang chez les femmes et au 5<sup>e</sup> rang chez les hommes. Le Canada se positionne mieux à la fois pour le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du poumon et pour la proportion de fumeurs réguliers.

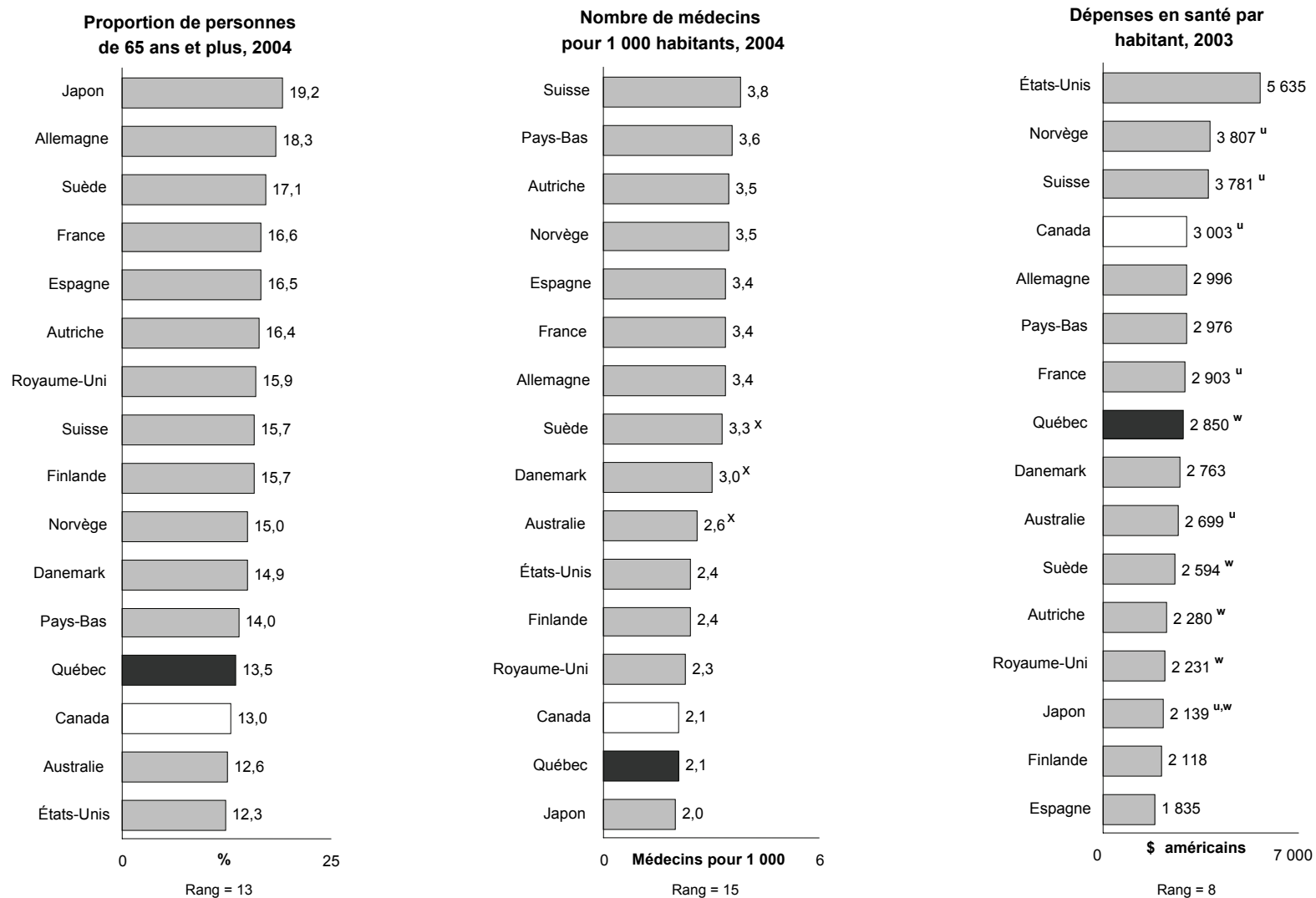
À l'exception d'un pays de l'Europe septentrionale, la Suède, la prévalence du tabagisme est moins élevée chez les femmes que chez les hommes dans l'ensemble des pays à l'étude. En fait, chez les femmes, deux pays présentent une proportion de fumeuses régulières supérieure à 25 %, soit l'Autriche et les Pays-Bas. Tandis que chez les hommes, dans 11 pays sur 16, c'est au moins 25 % de la population de 15 ans et plus qui fume de façon régulière. D'un autre côté, dans neuf pays chez les femmes (Japon, États-Unis, Canada, Australie, Suède, Québec, Finlande, France et Allemagne) et dans quatre pays chez les hommes (Suède, Australie, États-Unis et Canada), c'est moins de 20 % de la population de 15 ans et plus qui fume régulièrement.

Le graphique 3.7 ne tente pas d'établir un lien entre le classement des pays selon la proportion de fumeurs réguliers et le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du poumon. Il a plutôt pour objectif de montrer, à partir des données sur le tabagisme, les changements attendus dans le classement des pays pour le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du poumon et ce, dans l'éventualité où le classement selon la consommation de tabac demeurerait similaire à celui observé en 2004.

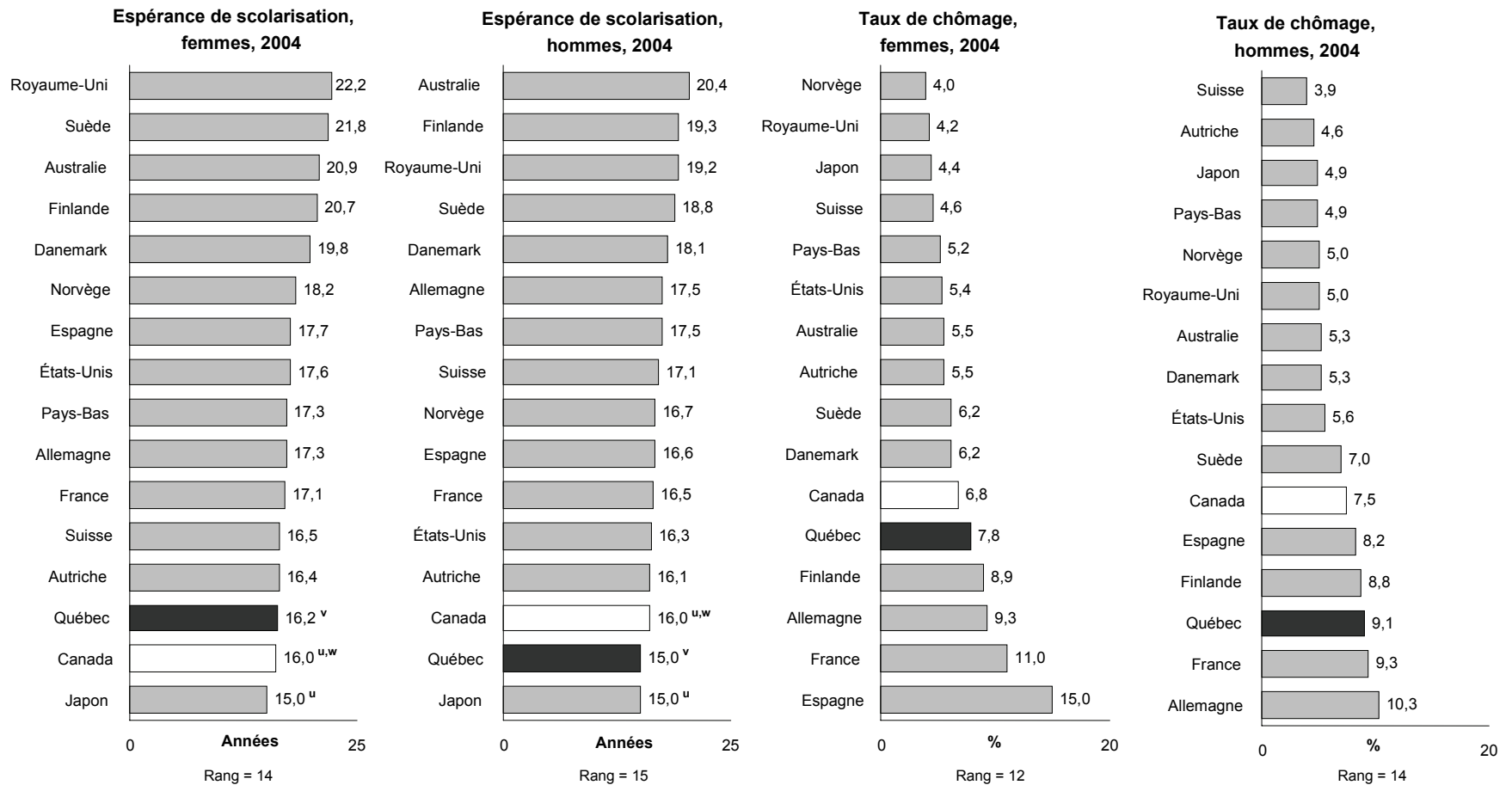
Bref, si on se base sur les proportions de fumeurs réguliers observés en 2004, le classement des pays pour le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du poumon pourrait être largement modifié au cours des années à venir. Pour les femmes, les pays qui devraient voir leur position se détériorer en termes de mortalité par tumeurs malignes du poumon sont l'Autriche, la Suisse, l'Espagne et la France. Chez les hommes, certains pays présentant un taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du poumon relativement faible devraient se comparer plutôt défavorablement dans le futur. Parmi ceux-ci, on retrouve le Japon, l'Autriche et la Suisse qui enregistrent une proportion actuelle de fumeurs réguliers de plus de 30 %.

Du côté des améliorations envisageables, les trois pays qui composent l'Amérique du Nord (Québec, Canada et États-Unis) pourraient se démarquer nettement de l'ensemble des pays étudiés. En effet, ils affichent tous, tant pour les femmes que pour les hommes, une situation nettement plus avantageuse pour la consommation de tabac que pour la mortalité par tumeurs malignes du poumon.

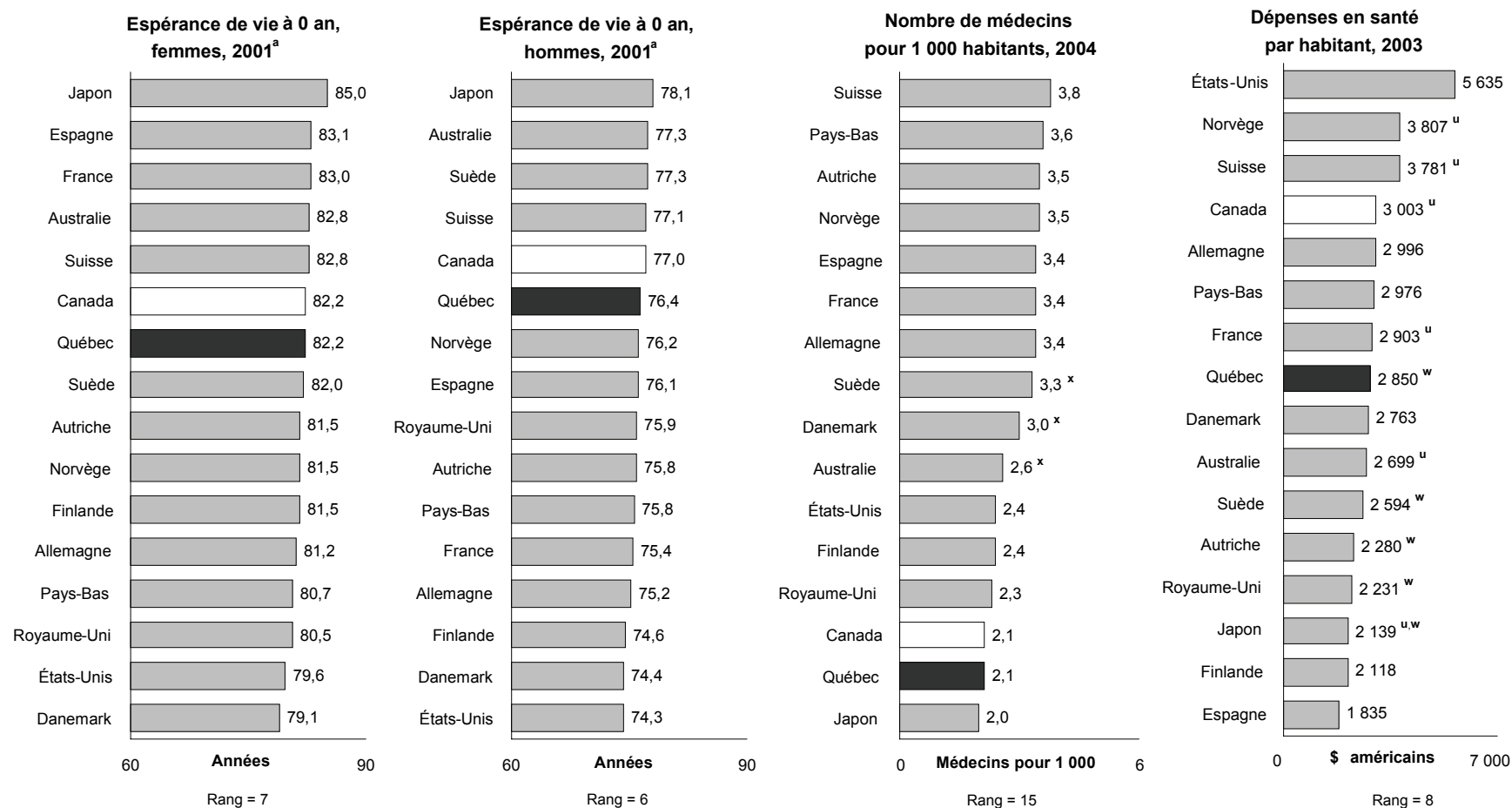
**Graphique 3.3 Vieillesse de la population et système de santé**



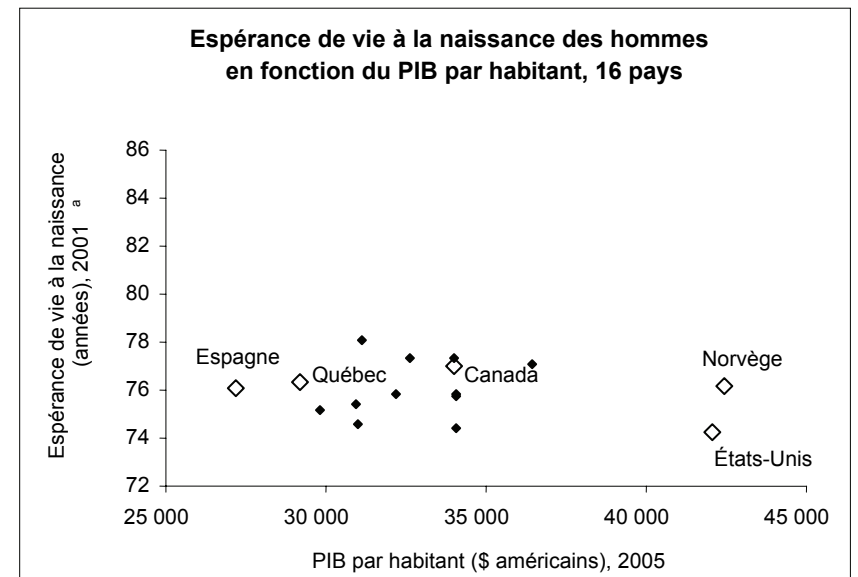
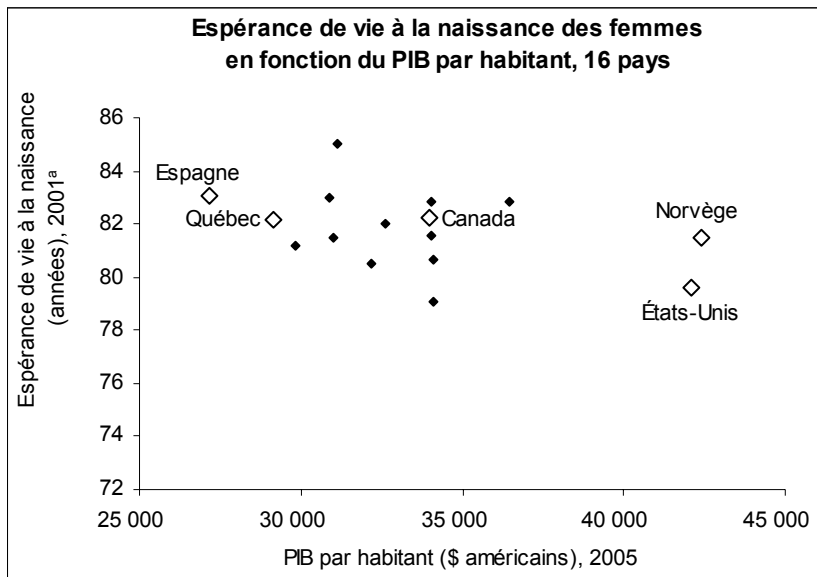
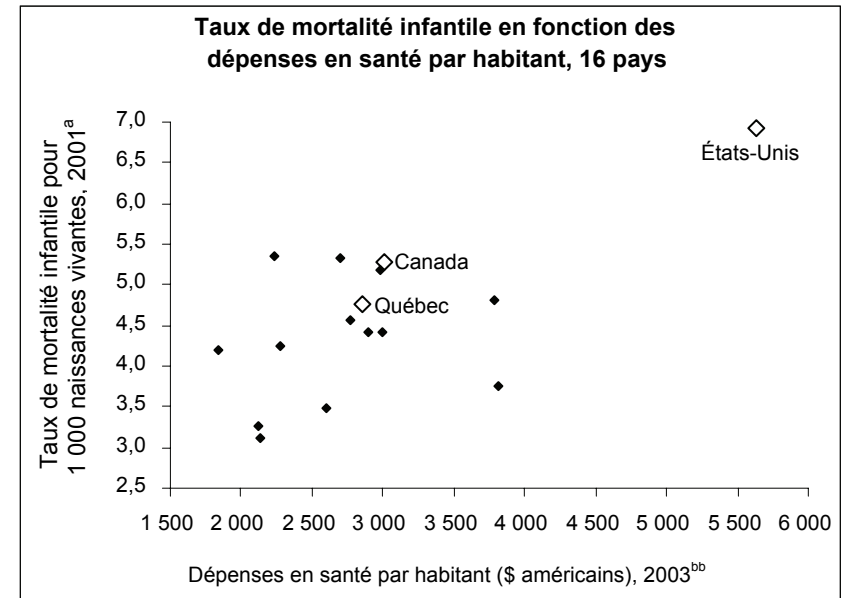
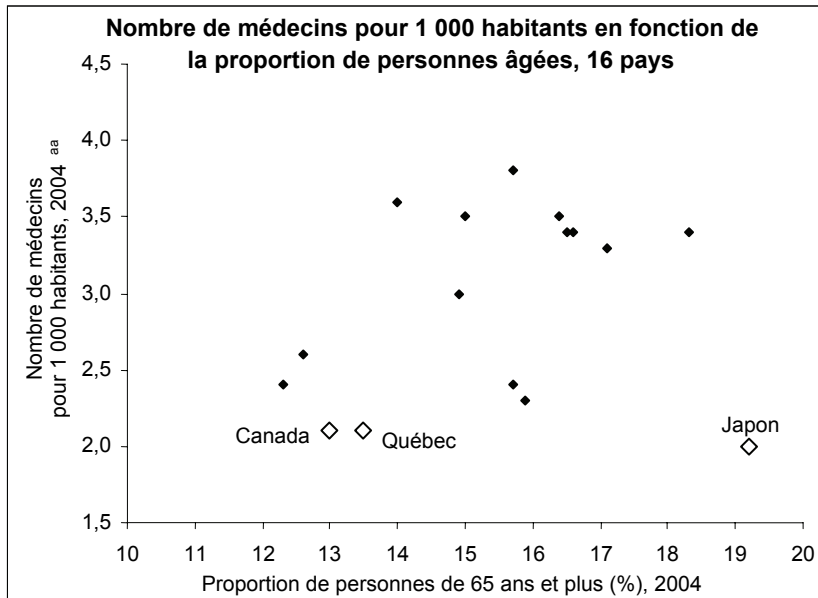
**Graphique 3.4 Éducation et emploi**



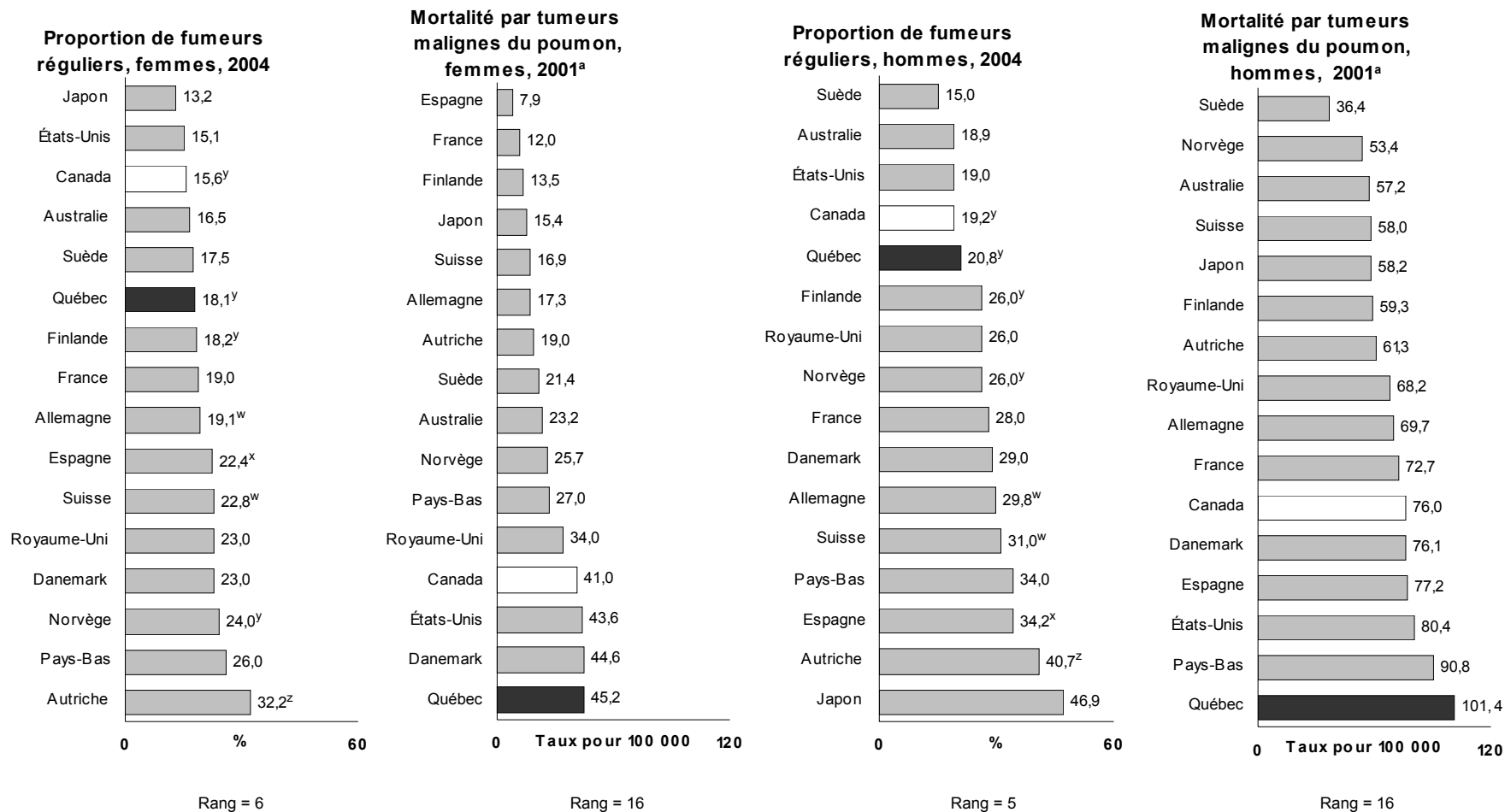
**Graphique 3.5** Espérance de vie à la naissance et système de santé



Graphique 3.6 Diagrammes de dispersion des pays étudiés selon certaines variables sélectionnées



**Graphique 3.7 Tabagisme et taux ajusté<sup>b</sup> de mortalité par tumeurs malignes du poumon**







---

**CONCLUSION**



### **Amélioration du classement de la mortalité québécoise sur le plan international**

Depuis plus de vingt ans déjà, les Québécois connaissent une baisse soutenue de leur mortalité. Entre 1996-1998 et 2001, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de 0,9 an chez les femmes du Québec et de 1,4 an chez les hommes du Québec. Le taux de mortalité infantile a diminué de près de 8 %. Ainsi, le Québec a amélioré sa situation et se compare un peu plus favorablement qu'auparavant sur le plan international. Toutefois, le Québec demeure généralement au milieu du classement pour les grandes catégories de décès étudiées. On observe une importante amélioration du classement de la mortalité québécoise pour les maladies de l'appareil respiratoire, tant chez les femmes que chez les hommes ainsi que pour les traumatismes non intentionnels chez les hommes. La situation du Québec demeure relativement avantageuse pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, mais reste particulièrement inquiétante pour les tumeurs malignes ainsi que pour le suicide chez les hommes.

### **Au sein des pays industrialisés, le Québec occupe une position médiane**

Les femmes et les hommes du Québec occupent le milieu du classement pour la mortalité toutes causes confondues, soit entre le 6<sup>e</sup> et le 11<sup>e</sup> rang, selon qu'on analyse l'espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, le taux de mortalité infantile, le taux ajusté de mortalité ou le taux des années potentielles de vie perdues.

Parmi les 16 unités géographiques comparées dans cette étude, le Québec se classe entre le premier et le dernier rang selon la cause de décès étudiée<sup>17</sup>.

### **Le Québec en tête des pays industrialisés pour la mortalité par pneumonie et grippe, par chutes accidentelles et par maladies de l'appareil circulatoire**

Sur le plan international, les Québécoises et les Québécois occupent le 1<sup>er</sup> rang pour le taux de mortalité par pneumonie et grippe<sup>18</sup>. Les Québécoises sont également les premières au classement de la mortalité par chutes accidentelles<sup>18</sup>, tandis que les Québécois se retrouvent au 3<sup>e</sup> rang. Par ailleurs, les Québécoises et les Québécois bénéficient de taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire qui sont parmi les plus faibles des 16 pays étudiés. Plus exactement, le Québec se situe tout en haut du classement pour la mortalité par maladies vasculaires cérébrales et au 2<sup>e</sup> rang pour la mortalité par maladies des artères. Ainsi, pour chacune de ces causes de décès (pneumonie et grippe<sup>18</sup>, chutes accidentelles<sup>18</sup>, maladies de l'appareil circulatoire, maladies vasculaires cérébrales et maladies des artères), on enregistre un écart entre le Québec et la moyenne des pays industrialisés d'au moins 20 %.

Mentionnons toutefois que, si pour les cardiopathies ischémiques, le Québec se positionne au milieu du classement, c'est probablement parce que dans plusieurs pays cette cause est sous-déclarée et qu'une partie des décès y est classée dans des catégories résiduelles (Murray et Lopez, 1996).

### **Autres constats positifs pour la mortalité québécoise**

Le bilan québécois est également positif pour la mortalité par tumeurs malignes de la prostate ainsi que pour les maladies de l'appareil respiratoire chez les femmes et l'ensemble des traumatismes non intentionnels chez les hommes. En effet, pour ces trois causes, on observe un écart entre le Québec et la moyenne des pays étudiés de plus de 10 %.

<sup>17</sup> Le classement se fait sur 15 pays pour deux causes, soit les maladies des artères et les traumatismes non intentionnels, puisque les décès liés à ces deux causes ne sont pas disponibles pour la Suisse.

<sup>18</sup> Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Voir la section 1.6 - Calculs des indicateurs, à la page 11.

### **La problématique du tabagisme et du suicide chez les hommes du Québec**

Le Québec affiche le pire bilan des pays industrialisés pour le taux de mortalité par tumeurs malignes du poumon. Par ailleurs, pour une autre cause associée au tabagisme, les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, le Québec occupe une position particulièrement défavorable. Ces résultats sont le reflet des mauvaises habitudes tabagiques adoptées par les Québécoises et les Québécois au cours des dernières décennies. Mentionnons cependant qu'on envisage une importante amélioration de la situation du Québec à la suite de la diminution de la proportion de fumeurs réguliers observée depuis dix ans (INSPQ et coll., 2006).

La mortalité québécoise se démarque par ailleurs en termes de suicide chez les hommes. En effet, pour cette cause de décès, on constate un écart de 30 % entre le Québec et la moyenne des pays industrialisés. Bref, ajoutons que pour chacune des trois causes de mortalité mentionnées ci-haut (tumeurs malignes du poumon, maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et suicide chez les hommes), on constate un écart de plus de 20 % entre le Québec et la moyenne des pays industrialisés.

### **Tumeurs malignes : autres constats négatifs pour le Québec**

La situation québécoise en termes de tumeurs malignes est également désavantageuse, à la fois pour l'ensemble des tumeurs malignes, mais aussi pour les tumeurs malignes du côlon et du rectum et les tumeurs malignes du sein chez la femme. D'ailleurs, pour les deux premières catégories, l'écart de mortalité entre le Québec et la moyenne des pays étudiés est de plus de 10 %.

### **Comparaison internationale de la mortalité : objectifs de réduction à long terme**

La comparaison des données de mortalité québécoises à celles des autres pays industrialisés permet de fixer des objectifs de réduction à atteindre. Ainsi, pour certaines causes de décès, le Québec doit réduire ses taux de mortalité de plus de 30 % pour se classer parmi les trois pays ayant les taux spécifiques de mortalité les plus faibles.

Ces causes sont :

- ⇒ Les tumeurs malignes du poumon chez les femmes et chez les hommes;
- ⇒ Les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures chez les femmes et chez les hommes;
- ⇒ Les cardiopathies ischémiques chez les femmes et chez les hommes;
- ⇒ Le suicide chez les hommes.

Mentionnons que pour se positionner en tête du classement, le Québec doit non seulement augmenter son espérance de vie à la naissance de 0,8 an chez les femmes et de 0,9 an chez les hommes, mais aussi réduire sa mortalité infantile de près de 30 %.

### **Comparaison de la mortalité entre le Québec et le Canada : objectifs à atteindre à court terme**

Parmi les 16 pays à l'étude, le Canada est celui dont le contexte socioéconomique et politique se rapproche le plus de celui du Québec. Mentionnons que bien qu'il soit considéré à titre de pays dans cette étude, le Québec est une des dix provinces qui constituent le Canada. Il est donc naturel de désigner le Canada comme pays de référence afin d'établir des objectifs de réduction de la mortalité québécoise à atteindre à court terme.

Le nombre de causes de décès pour lesquelles le Québec affiche une mortalité plus élevée que le Canada est sensiblement le même que celui des causes pour lesquelles il indique une mortalité plus faible.

Par rapport au Canada, les causes pour lesquelles le Québec enregistre une surmortalité sont le suicide, les tumeurs malignes du poumon, les tumeurs malignes du côlon et du rectum et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures ainsi que l'ensemble des tumeurs malignes et des maladies de l'appareil respiratoire chez les hommes. Ainsi, pour se comparer favorablement au Canada, le Québec doit réduire ses taux de mortalité d'au moins 10 % pour ces six causes de décès.

Comparativement au Canada, le Québec affiche également une sous-mortalité de plus de 10 % pour les chutes accidentelles<sup>19</sup>, les pneumonies et grippes<sup>19</sup>, les maladies vasculaires cérébrales ainsi que les maladies des artères chez les femmes.

### **Chutes accidentelles et pneumonie et grippe : impact majeur du passage à la CIM-10**

Les résultats sur la mortalité par chutes accidentelles et par pneumonie et grippe présentés dans ce document doivent être interprétés avec beaucoup de prudence. En effet, la transition à la Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies a eu des conséquences majeures, à la fois sur les données de mortalité par chutes accidentelles et par pneumonie et grippe.

Statistique Canada (2005) a réalisé une étude de comparabilité qui indique qu'au Canada, il y a respectivement 50 % et 44 % moins de décès par chutes accidentelles et par pneumonie et grippe classés sous ces catégories selon la CIM-10 que sous les catégories équivalentes selon la CIM-9. Selon cette étude, la baisse importante des décès par chutes accidentelles et par pneumonie et grippe selon la CIM-10 s'explique, dans une large mesure, dans le premier cas, par un changement de classification des fractures dont la cause est non précisée et dans le deuxième cas, par un changement à la règle de sélection 3<sup>20</sup>.

Ainsi, selon la CIM-9, la catégorie des Chutes accidentelles (E880 à E888) comprend la catégorie E887, « Cause non précisée de fracture ». Par contre, selon la CIM-10, la catégorie des Chutes (W00 à W19) ne comprend pas cette catégorie. Par conséquent, un décès dû à une fracture (à un siège comme la hanche) sans précision de cause externe sera classé comme une chute accidentelle selon la CIM-9, mais sous la rubrique X59, exposition à des facteurs, sans précision, selon la CIM-10 (Kreisfeld et Harrison, 2005).

Le changement à la règle de sélection 3 est directement responsable des changements observés aux décès associés aux pneumonies et grippes entre la CIM-9 et la CIM-10. Ainsi, lorsqu'un certificat médical de décès fait état à la fois de la pneumonie et d'une autre affection et qu'il est certain que la pneumonie est la conséquence directe de cette autre affection, alors c'est cette autre cause qui est identifiée comme étant la cause initiale de décès. Par conséquent, ce changement dans la règle de sélection 3 lors du passage à la CIM-10 a fait largement diminuer le nombre de décès classés sous la catégorie Pneumonie et a fait augmenter d'autant le nombre de décès classés à des affections primitives de décès, telles que les tumeurs malignes, les maladies de l'appareil circulatoire ainsi que les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (Statistique Canada, 2005; Anderson *et al.*, 2001).

### **Une étude à poursuivre dans l'avenir**

Cette étude a permis de situer le Québec et d'identifier ses forces et ses faiblesses en matière de mortalité sur le plan international. Il apparaît pertinent de répéter cet exercice de comparaison, à la fois entre le Québec et le Canada et entre le Québec et les pays industrialisés et ce, afin de suivre régulièrement la performance québécoise dans la lutte contre la maladie et la mort. Le passage de la CIM-9 à la CIM-10 rend difficile les comparaisons dans le temps. Il sera particulièrement intéressant de réaliser de telles comparaisons suite à la transition à la CIM-10. On pourra ainsi savoir si les écarts par rapport aux pays affichant les valeurs les plus favorables, se réduisent ou s'accroissent et adapter en conséquence les objectifs québécois de réduction de la mortalité à atteindre.

Enfin, cette étude compare le Québec à des pays. Il sera intéressant de comparer la mortalité québécoise à celles d'autres juridictions comparables, comme les provinces canadiennes et les états américains. C'est ce que nous comptons faire dans une prochaine étude.

<sup>19</sup> Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Voir la section 1.6 - Calculs des indicateurs, à la page 11.

<sup>20</sup> Les règles de sélection permettent d'identifier la cause initiale de décès dans le cas où le certificat médical fait état de plus d'une affection.





---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES





- ANDERSON, R. N. (2001). « Comparability of Cause of Death Between ICD-9 and ICD-10: Preliminary Estimates », *CDC, NCHS, National Vital Statistics Reports*, vol. 49, no 2, 31 p.
- BANQUE MONDIALE. *Health, Nutrition and Population Database*  
Site Internet : <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/als.asp>
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). *CDC Wonder, Compressed Mortality File 1979-1998 and 1999-2001* (produit électronique).
- CHOINIÈRE, R. (2003). *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 88 p.
- CHOINIÈRE, R., P. LAFONTAINE, M. PAGEAU ET M. FERLAND (1998). *La mortalité au Québec, Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 167 p., (Collection analyses et surveillance, no 6).
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (2001). *Comparability and Quality Improvement of European Causes of Deaths Statistics. Final Report*, Paris, INSERM et European Commission, 192 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC.  
Site Internet : <http://www.stat.gouv.qc.ca/>
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Le Québec dans le monde, statistiques socioéconomiques*, Québec, ISQ, 178 p.
- INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES.  
Site Internet : [http://www.ined.fr/fr/pop\\_chiffres](http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres)
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Santéscope*.  
Site Internet : <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/>
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC EN COLLABORATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Québec, Gouvernement du Québec, 659 p.
- KREISFELD, R. ET J. HARRISON (2005). *Injury deaths, Australia, 1999*. Injury Research and Statistics Series Number 24. (AIHW cat. No INJCAT 67). Adelaide : AIHW.
- LESPÉRANCE, A. (1998). « Le cheminement et la persévérance scolaire au Québec », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 27, no 1, pp. 43-74.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC ET INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006). *Éco-Santé Québec 2006* (produit électronique).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.  
Site Internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/index.php>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, MSSS, 252 p., (Collection Analyse et surveillance, no 14).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Le Québec comparé : Indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques. Évolution de la situation québécoise, canadienne et internationale*, Québec, MSSS, 288 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT DU QUÉBEC (2006). *Indicateurs de l'éducation – Édition 2006*, Québec, MELS, 147 p.
- MURRAY, C. ET A. LOPEZ (1996). *The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Boston, Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank, 990 p.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (2000). *A Guide for Implementation for ICD-10 for Mortality. Part II: Applying Comparability Ratios*, Hyattsville, CDC, 51 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2005). *Éco-Santé OCDE 2005* (produit électronique).

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.  
Site Internet : <http://www.oecd.org/>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.  
Site Internet : <http://www3.who.int/>

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

PAQUETTE, L., C. ALIX ET R. CHOINIÈRE (2006). *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<sup>e</sup> Révision de la Classification internationale des Maladies*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 25 p.

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT.  
Site Internet : <http://www.undp.org/french/>

ROBITAILLE, Y. (2006). *Épidémiologie des chutes – milieu communautaire et d'hébergement – chez les adultes âgés*, Conférence Congrès international francophone de gérontologie et de gériatrie « Vieillesse, santé et société – acquis, défis et perspectives », Québec, 3 octobre 2006.

STATISTIQUE CANADA.  
Site Internet : <http://www.statcan.ca/>

STATISTIQUE CANADA ET INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2002). *Indicateurs de la santé*, vol. 2006, no 1, (produit électronique).

STATISTIQUE CANADA (2005). *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada*, Ottawa, Division de la statistique de la santé, No 84-548-XIF au catalogue, 61 p.

UNITED NATIONS STATISTICS DIVISION.  
Site Internet : <http://unstats.un.org/unsd/default.htm>



Une première étude, publiée en 2003, comparant les statistiques québécoises de mortalité à celles des principaux pays industrialisés, montrait que le Québec se situait au milieu du classement pour la mortalité générale, toutes causes de décès confondues. Par contre, elle révélait également que la position du Québec sur le plan international variait beaucoup selon la cause de décès. On observait en particulier que le Québec affichait une position avantageuse pour les différentes causes liées aux maladies de l'appareil circulatoire, mais à l'opposé, une situation très défavorable pour les tumeurs malignes et le suicide.

Qu'en est-il quelques années plus tard ? Le présent ouvrage offre une mise à jour des comparaisons internationales de la mortalité sur les thèmes suivants :

- la position du Québec sur le plan international ;
- les pays présentant les résultats les plus favorables et les objectifs de réduction de la mortalité pour le Québec ;

- le classement des différents pays ;
- la comparaison entre le Québec et le Canada ;
- les caractéristiques démographiques, économiques et sanitaires des pays comparés.

Pour chaque cause de décès retenue, le document présente des comparaisons détaillées, selon le sexe et l'âge, entre le Québec, le Canada et les principaux pays industrialisés. À l'instar de l'édition précédente, tous les indicateurs analysés ont été calculés à partir des fichiers bruts de l'Organisation mondiale de la santé et ce, pour les causes de décès étudiées habituellement dans les documents produits par le réseau québécois de la santé publique.

Cet ouvrage s'adresse autant aux différentes ressources du réseau gouvernemental, qu'au milieu académique et au grand public intéressé à mieux connaître la situation du Québec en matière de santé sur le plan international.



## LA MORTALITÉ AU QUÉBEC EN 2001 :

une comparaison internationale