



Les inégalités sociales de santé dans Basse-Ville et Limoilou–Vanier

Regard spécifique sur **18 indicateurs** du Plan national de surveillance

**Surveillance de l'état de santé et de ses déterminants
Équipe Planification, évaluation, surveillance et administration
Direction de santé publique du Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Mars 2018**

Analyse et rédaction

Sous la coordination de Sonia Dugal, adjointe au directeur de santé publique et coordonnatrice de l'équipe Planification, évaluation, surveillance et administration (PESA)

Myriam Duplain, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche

Isabelle Mauger, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche

Équipe Santé et environnement (SE)

Isabelle Goupil-Sormany, M.D., M. Sc., FRCPC, adjointe médicale à la coordination

Daria Pereg, Ph. D., agente de planification, de programmation et de recherche

Joël Riffon, M. Sc., agent de planification, de programmation et de recherche

Équipe Déterminants de la santé/Équité en santé (DSES)

Shelley-Rose Hyppolite, M.D., M. Sc., FRCPC, médecin-conseil,

Marianne Corneau, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche

Relecture

Jean-François Duchesne, M. Sc., agent de planification, de programmation et de recherche, équipe SE

Germain Lebel, M.A., M. Sc., conseiller scientifique, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie, INSPQ

Benoît Lévesque, M.D., M. Sc., FRCPC, médecin-conseil, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie, INSPQ

Michèle Paradis, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche, équipe PESA

Membres du comité conseil du projet « Mon environnement, ma santé (MEMS) »

Mise en forme

Marie-Josée Paquet, technicienne en administration, équipe PESA

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

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

Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2018

ISBN : 978-2-550-80659-2 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

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

Référence suggérée :

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Les inégalités sociales de santé dans Basse-Ville et Limoilou–Vanier. Regard spécifique sur 18 indicateurs*. Québec, Direction de santé publique, 2018, 35 p.

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



Tables des matières

Liste des figures.....	4
Liste des sigles et des acronymes.....	5
Introduction.....	6
Précisions méthodologiques sur la présentation des données.....	7
La population de la Capitale-Nationale en 2017.....	8
Thématique I. Les inégalités dans l'accès au revenu	
1. Revenu médian (\$) des ménages après impôt.....	9
2. Familles vivant avec un faible revenu (MFR-apl).....	10
3. Prestataires d'assistance sociale chez les 0-64 ans.....	11
Thématique II. Les inégalités du parcours scolaire	
4. Enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement.....	12
5. Décrochage scolaire au secondaire.....	13
Thématique III. Les inégalités de l'accès ou du recours aux services	
6. Hospitalisation liée aux conditions propices aux soins ambulatoires.....	14
7. Mortalité évitable générale.....	15
Thématique IV. Les inégalités dans les habitudes de vie	
8. Usage de la cigarette.....	16
Thématique V. Les inégalités des maladies chroniques	
9. Prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).....	17
10. Incidence (nouveaux cas) de l'asthme.....	18
11. Prévalence de l'asthme.....	19
12. Hospitalisation pour maladies respiratoires.....	20
13. Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques.....	21
Thématique VI. Les inégalités devant la mort	
14. Espérance de vie à la naissance.....	22
15. Mortalité prématurée.....	23
16. Mortalité par maladies respiratoires.....	24
17. Mortalité par cardiopathies ischémiques.....	25
18. Mortalité par cancer (trachée, bronches, poumon).....	26
Conclusion.....	27
ANNEXES	
Annexe A – Correspondance approximative des territoires sociosanitaires et municipaux, région de la Capitale-Nationale, juin 2017.....	28
Annexe B – Synthèse d'inégalités sociales de santé dans Basse-Ville et Limoilou–Vanier, 18 indicateurs du Plan national de surveillance (PNS).....	29
Annexe C – Forces vives du milieu pour Basse-Ville et Limoilou–Vanier.....	30
Annexe D – Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires.....	31
Annexe E – Mortalité évitable générale.....	32
Annexe F – Hospitalisation et mortalité pour maladies de l'appareil respiratoire.....	34



Liste des figures

Figure a.	Répartition des 748 061 résidents de la région de la Capitale-Nationale, par territoire de CLSC, en 2017.....	8
Figure 1.	Revenu médian (\$) des ménages après impôt en 2010.....	9
Figure 2.	Familles vivant avec un faible revenu (MFR-api), proportion brute (%), 2010.....	10
Figure 3.	Prestataires d'assistance sociale chez les 0-64 ans, taux pour 100 personnes, mars 2017.....	11
Figure 4.	Enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement, proportion (%), 2012.....	12
Figure 5.	Décrochage scolaire au secondaire, taux annuel pour 100 élèves, 2012-2013.....	13
Figure 6.	Hospitalisation liée aux conditions propices aux soins ambulatoires, taux annuel moyen ajusté pour 10 000 personnes, avril 2012 à mars 2017.....	14
Figure 7.	Mortalité évitable générale, taux annuel moyen ajusté pour 100 000 personnes, 2010 à 2014.....	15
Figure 8.	Fumeurs de cigarettes, proportion ajustée (%) chez les 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	16
Figure 9.	Prévalence des diagnostics de MPOC chez les 35 ans et plus, taux annuel ajusté pour 100 personnes, 2015-2016.....	17
Figure 10.	Incidence des diagnostics d'asthme chez les 1 an et plus, taux annuel ajusté pour 1 000 personnes, 2015-2016.....	18
Figure 11.	Prévalence des diagnostics d'asthme chez les 1 an et plus, taux annuel ajusté pour 100 personnes, 2015-2016.....	19
Figure 12.	Hospitalisation pour maladies respiratoires, taux annuel moyen ajusté pour 10 000 personnes, avril 2012 à mars 2017.....	20
Figure 13.	Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques, taux annuel moyen ajusté pour 10 000 personnes, avril 2012 à mars 2017.....	21
Figure 14.	Espérance de vie à la naissance, nombre moyen d'années, 2010 à 2014.....	22
Figure 15.	Mortalité prématurée (0-74 ans), taux annuel moyen brut pour 100 000 personnes, 2010 à 2014.....	23
Figure 16.	Mortalité par maladies respiratoires, taux annuel moyen ajusté pour 100 000 personnes, 2010 à 2014.....	24
Figure 17.	Mortalité par cardiopathies ischémiques, taux annuel moyen ajusté pour 100 000 personnes, 2010 à 2014.....	25
Figure 18.	Mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, taux annuel moyen ajusté pour 100 000 personnes, 2010 à 2014.....	26



Liste des sigles et des acronymes

CIM-10	Classification internationale des maladies – 10 ^e version
CIM-10-CA	Classification internationale des maladies – 10 ^e version canadienne
CLSC	Centre local de services communautaires
CV	Coefficient de variation
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
IC	Intervalle de confiance
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISS	Inégalités sociales de santé
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MEMS	Mon environnement, ma santé
MFR-apl	Mesure de faible revenu après impôt
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PNS	Plan national de surveillance
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec



Introduction

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des écarts de santé ou de déterminants de la santé entre des groupes sociaux définis par le territoire, le groupe socioéconomique, le groupe ethnique, le genre, la structure du ménage, un indice écologique, etc. Elles sont pour la plupart évitables et injustes (adapté du Système de surveillance des ISS de santé au Québec, Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]).

Par la fonction de surveillance, le directeur de santé publique a le mandat légal de cerner les populations vivant les situations les plus vulnérables et d'en informer les décideurs, les intervenants et le grand public. Ce portrait thématique vise à documenter la situation des territoires de centres locaux de services communautaires (CLSC) de Basse-Ville et de Limoilou–Vanier face à une série d'ISS observées dans la région de la Capitale-Nationale (voir l'annexe A pour la correspondance des territoires).

Il fait suite à un rapport du directeur¹ où ce dernier s'engageait à maintenir la surveillance des inégalités sociales de santé sur son territoire. Il réunit trois équipes dont le mandat est totalement ou en partie dédié aux inégalités. De plus, il vient appuyer la pertinence d'un projet de la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale sur les inégalités environnementales présentes dans ces deux territoires : Mon environnement, ma santé (MEMS).

Sur le plan canadien comme sur le plan québécois, la Capitale-Nationale jouit d'un statut privilégié quant aux conditions et à la qualité de vie. Cependant, cette position globale masque des écarts importants et systématiques observés à l'intérieur de la région. Pour montrer cette série d'ISS, ce portrait repose sur dix-huit indicateurs du Plan national de surveillance (PNS) du Québec selon les six thématiques suivantes : le revenu, le parcours scolaire, l'organisation de services de santé et de services sociaux, une habitude de vie, un choix de maladies chroniques et la mortalité (voir l'annexe B).

Ces dix-huit indicateurs ont été retenus en raison du lien direct de ce portrait avec le projet MEMS, mais aussi pour leur disponibilité à l'échelle des territoires de CLSC. Les huit premiers indicateurs sont reconnus comme d'importants déterminants de la santé et les dix autres touchent des maladies chroniques liées à la santé respiratoire et cardiovasculaire ainsi qu'à la mortalité.

Dans la région de la Capitale-Nationale, le croisement de ces indicateurs selon les treize territoires de CLSC témoigne, pour la plupart des cas, d'une très grande disparité ou iniquité entre les populations locales pour l'accès aux ressources ou encore pour l'accès à la santé.

Il faut rappeler que les deux territoires ciblés par les analyses comportent également des particularités environnementales : la présence d'industries lourdes (activités portuaires et ferroviaires, usine de pâtes et papiers, incinérateur) et de lignes électriques à haute tension, d'importants axes routiers, une concentration d'îlots de chaleur ainsi que des vents dominants qui diffusent les polluants atmosphériques émis par certaines de ces activités.

Toutefois, les inégalités sociales combinées à une qualité environnementale moins favorable peuvent avoir un impact sur la santé. En effet, selon les connaissances actuelles, la santé est influencée par plusieurs facteurs ou déterminants, couvrant les caractéristiques individuelles jusqu'aux grands systèmes sociaux, économiques et politiques².

Bien que les résultats qui vont suivre illustrent avec évidence la vulnérabilité de ces deux territoires face à de grands déterminants ou à l'état de santé, les situations documentées dans ce portrait ne s'appliquent pas à toutes les personnes qui y vivent.

Actuellement, plusieurs éléments contribuent aux forces vives ou au dynamisme de ces milieux (voir l'annexe C). Ces résultats ne devraient donc pas conduire à stigmatiser ces deux territoires, mais plutôt à comprendre que l'action de santé publique doit y être renforcée pour permettre à tous les groupes sociaux d'atteindre leur plein potentiel de santé.

1. S.-R. HYPOLYTE. *Comprendre et agir autrement : Pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*, Québec, Direction régionale de santé publique, 2012, 161. [En ligne].

http://www.ciuiss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/rapportiss_versionintegrale.pdf

2. Voir la carte interactive de la santé et de ses déterminants au lien suivant : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/>

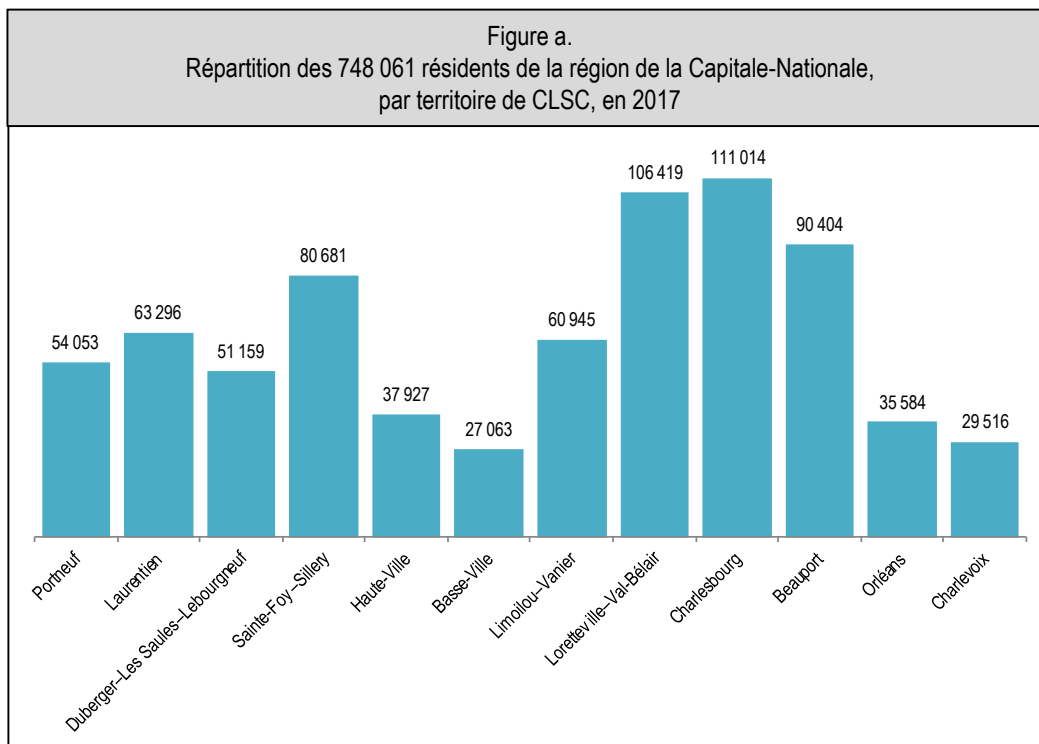


Précisions méthodologiques sur la présentation des données

- Chaque indicateur est documenté par une fiche comprenant cinq zones d'information :
 - une figure illustrant les données statistiques accompagnée d'un premier constat d'analyse;
 - un deuxième constat d'analyse indiquant un écart quantifié;
 - des informations sur la tendance temporelle ou toute autre information pertinente;
 - un encadré d'information sur la nature de l'indicateur;
 - une note méthodologique et les sources.
- Les données statistiques, en provenance de dix sources, sont illustrées par un diagramme à barres où chacune de ces barres représente les données pour les treize territoires de CLSC de la région de la Capitale-Nationale, la donnée régionale et celle pour l'ensemble du Québec. Ces figures permettent de visualiser rapidement les écarts, sous forme de gradient (ou échelle), entre les territoires.
- Comme les données de surveillance sont soumises à des standards de diffusion, une donnée précédée d'un astérisque (*) doit être considérée avec prudence en raison de son coefficient de variation (CV) qui altère sa précision. Les détails sur le CV sont indiqués dans la note au bas de la fiche.
- La première analyse, à l'exception des figures 1 et 2, consiste à comparer chaque donnée régionale et locale (CLSC) avec celle de l'ensemble du Québec par un test statistique ou par l'observation des intervalles de confiance (IC) au seuil 0,01 ou 0,05. Cette comparaison répond à une pratique en surveillance régionale et au critère 1.3 de la norme surveillance en santé publique d'Agrément Canada³.
- Le résultat de cette comparaison apparaît dans les barres selon une légende à trois couleurs. Le vert indique une position statistiquement avantageuse, le bleu indique une position comparable (différence non significative) et le rouge indique une position statistiquement désavantageuse du territoire avec l'ensemble ou le reste du Québec. La légende précise la méthode par test ou par observation des IC et le seuil de signification 0,01 ou 0,05.
- La deuxième analyse mesure l'ampleur de l'inégalité entre chacun des deux CLSC visés et la Capitale-Nationale. Pour le revenu médian des ménages, l'inégalité est exprimée en pourcentage, alors que pour l'espérance de vie, elle est exprimée en nombre d'années. Pour tous les autres indicateurs, le calcul est basé sur un rapport (ou ratio) entre la donnée de CLSC et celle de la Capitale-Nationale. Par exemple, si le rapport de taux et de proportion est de 3,22, il indique que la donnée est 3,2 fois plus élevée.
- Pour cette deuxième analyse sans figure, un test statistique ou la comparaison des IC a été fait préalablement entre la donnée régionale et la donnée des deux CLSC. Les différences exprimées sont donc significatives.
- Les figures 1-2 et 3 présentent des valeurs brutes afin de considérer les conditions réelles de revenu au sein de la population. Les données grisées réfèrent à des territoires où le taux global de non-réponse à l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM 2011) est supérieur à 25 %, situation qui peut en altérer la précision. Les figures 4 et 5 présentent des valeurs brutes, car elles concernent des âges spécifiques. Les figures présentant des valeurs ajustées réfèrent à des indicateurs influencés par l'âge.



La population de la Capitale-Nationale en 2017



- En 2017, les deux territoires concernés totalisent 88 000 personnes, soit :
 - **près de 12 %** de la population régionale;
 - **un peu plus de 16 %** de la population de la Ville de Québec.
- Selon les projections actuelles, la population totale de ces deux territoires pourrait atteindre 94 580 personnes en 2036.

Les projections de population sont les données officielles utilisées par les organismes publics. Elles reposent sur une méthode de calcul proposée par l'Organisation des Nations-Unies (ONU), intégrant le décompte de population au Recensement, la fécondité, la mortalité ainsi que les migrations internes et externes.

Les territoires de CLSC s'appuient sur le découpage territorial issu du référentiel M34 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Ce découpage sociosanitaire permet de suivre l'état de santé et plusieurs déterminants de la santé depuis plus de trois décennies (voir l'annexe A pour la correspondance entre les territoires de CLSC et les territoires municipaux dans la région de la Capitale-Nationale).

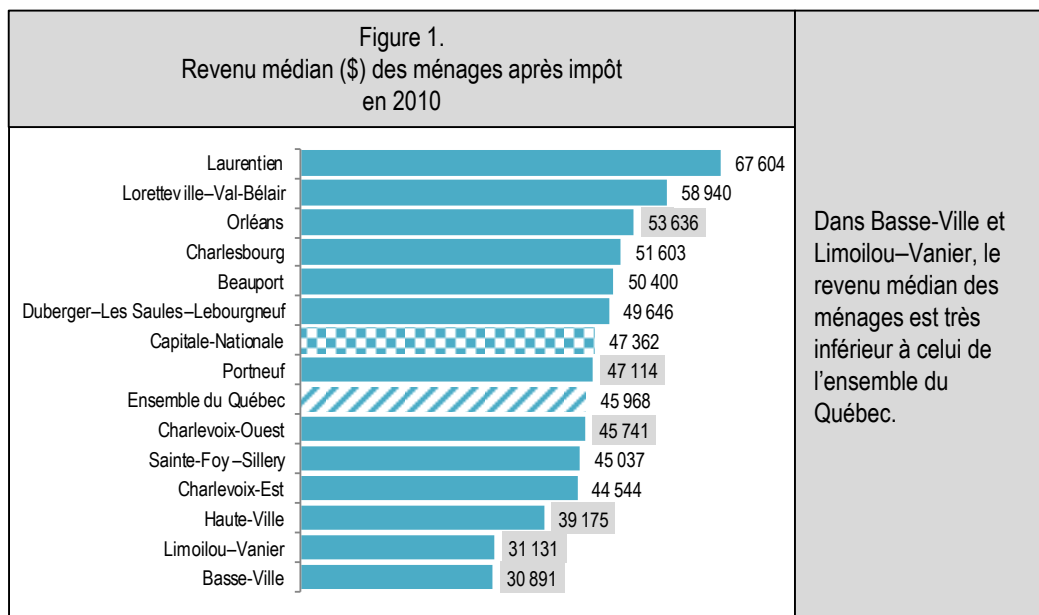
Note : pour cette figure, le territoire de Charlevoix regroupe les populations des territoires CLSC Charlevoix-Ouest et Charlevoix-Est.

Source : MSSS. *Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015).
Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en juillet 2017.



Thématique I. Les inégalités dans l'accès au revenu

1. Revenu médian (\$) des ménages après impôt
2. Familles vivant avec un faible revenu (MFR-apl)
3. Prestataires d'assistance sociale chez les 0-64 ans



- Par rapport à l'ensemble des ménages de la Capitale-Nationale, le revenu médian est :
 - **35 % plus bas** dans Basse-Ville;
 - **34 % plus bas** dans Limoilou-Vanier.
- La tendance temporelle ne peut être établie parce que le revenu est exprimé en dollars courants. Les comparaisons temporelles doivent se faire avec des dollars constants. De plus, il n'est pas recommandé de comparer les données de l'ENM 2011 aux données antérieures du Recensement canadien.

Le revenu médian correspond au revenu annuel séparant le nombre de ménages d'un territoire en deux parties égales. Donc, une moitié des ménages a un revenu supérieur à ce montant et l'autre moitié a un revenu inférieur à ce montant. Ce revenu est rajusté en fonction de la taille du ménage. Le revenu médian est préféré au revenu moyen, car il n'est pas influencé par les valeurs extrêmes comme peut l'être le revenu moyen.

Note : formule pour le calcul de l'écart relatif du revenu (D est la donnée) : $\frac{D_{CN} - D_{CISC}}{D_{CN}} \times 100$

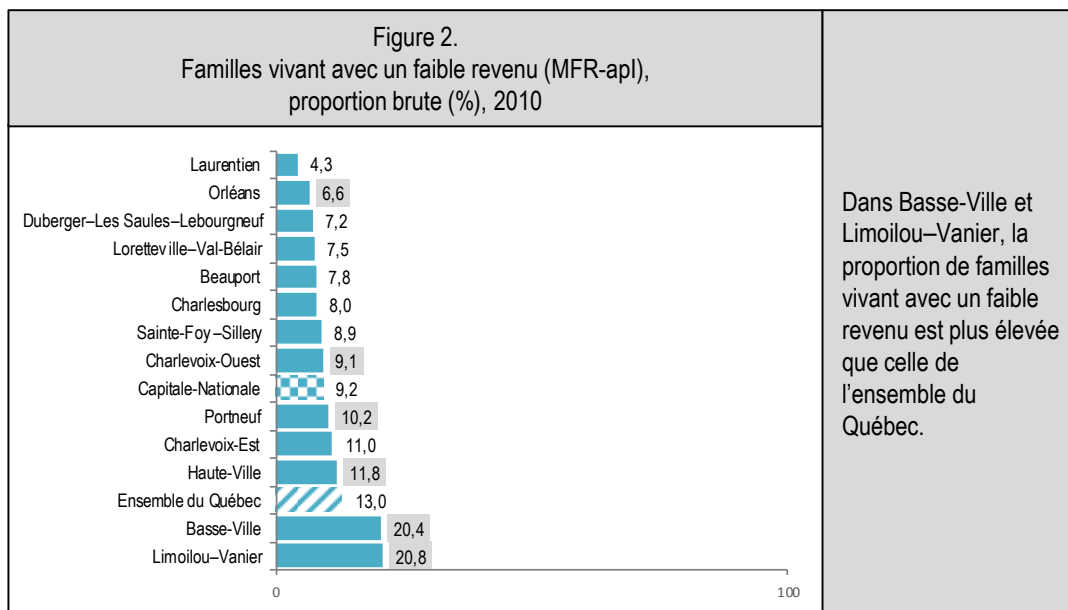
Source : Statistique Canada. ENM 2011.

Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en juillet 2017.



Thématique I. Les inégalités dans l'accès au revenu

1. Revenu médian (\$) des ménages après impôt
2. **Familles vivant avec un faible revenu (MFR-apl)**
3. Prestataires d'assistance sociale chez les 0-64 ans



- Par rapport à l'ensemble des familles de la Capitale-Nationale, la proportion de familles vivant avec un faible revenu est :
 - **2,2 fois plus élevée** dans Basse-Ville;
 - **2,3 fois plus élevée** dans Limoilou-Vanier.
- La tendance temporelle ne peut être établie parce qu'il n'est pas recommandé de comparer les données de l'ENM 2011 aux données antérieures du Recensement canadien. Toutefois, cette proportion a connu une diminution constante entre 1996 et 2006.

Le faible revenu est calculé ici selon la mesure de faible revenu après impôt (MFR-apl). Il s'agit de familles dont le revenu annuel total après impôt est au moins 50 % plus bas que le revenu médian présenté à la figure 1. Cet indicateur a l'avantage de pouvoir être calculé à partir de plusieurs sources de données (Recensement canadien, Enquête sur la population active, Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, fichier T1 de déclaration de revenu).

Pour en savoir plus sur les trois principales mesures de faible revenu utilisées au Canada (mesure de faible revenu [MFR], seuil de faible revenu [SFR] et mesure du panier de consommation [MPC]) :

<https://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/75f0002m2010003-fra.htm>

<https://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2012002/lim-mfr-fra.htm>

Note : formule pour le calcul du rapport de proportions (D est la donnée) : D_{Clsc} / D_{Cn} - Rapports de proportions de 2,22 et 2,26.

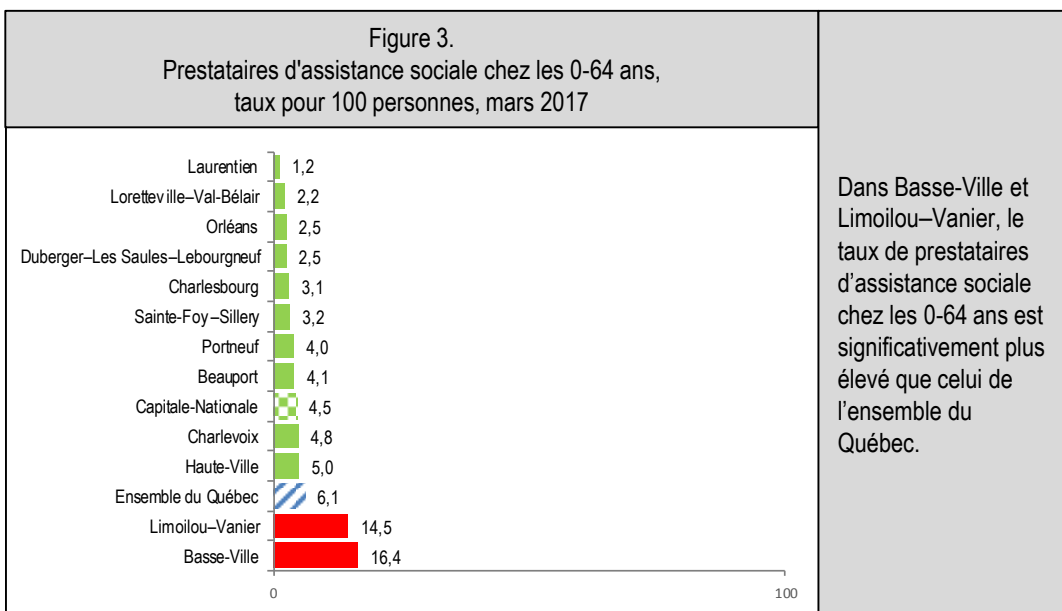
Source : Statistique Canada. ENM 2011.

Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en juillet 2017.



Thématique I. Les inégalités dans l'accès au revenu

1. Revenu médian (\$) des ménages après impôt
2. Familles vivant avec un faible revenu (MFR-apl)
3. **Prestataires d'assistance sociale chez les 0-64 ans**



Dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier, le taux de prestataires d'assistance sociale chez les 0-64 ans est significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec.

Comparaison par IC au seuil 0,05 avec l'ensemble du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble des 0-64 ans de la Capitale-Nationale, le taux de prestataires d'assistance sociale est :
 - **3,6 fois plus élevé** dans Basse-Ville;
 - **3,2 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- En mars 2006, le taux de prestataires d'assistance sociale était de 23 % dans Basse-Ville et de 18,8 % dans Limoilou-Vanier. Sur dix ans, ce taux a donc diminué de manière importante.

Les trois programmes québécois d'aide sociale et de solidarité sociale offrent des prestations maintenant les individus et les familles dans une situation économique très inférieure aux seuils de faible revenu en vigueur au Canada (réf. : voir p. 10). Par exemple, en 2017, un adulte sans contrainte à l'emploi recevait annuellement 7 536 \$ en prestations de ce programme et avait droit à un revenu maximum de travail de 2 400 \$ sans pénalité.

http://www.emploiquebec.gouv.qc.ca/publications/pdf/00_nouv-montants-prestation_2017.pdf

Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 3,64 et 3,22.

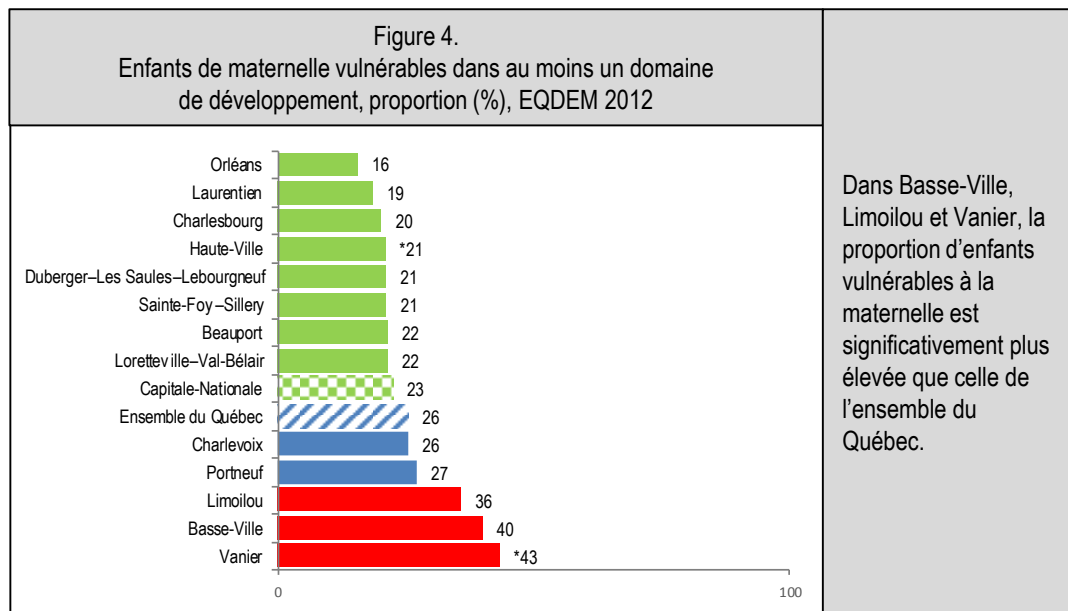
Sources : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS). *Statistiques mensuelles des trois programmes d'assistance sociale* (produites par la Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique). MSSS. *Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015).

Rapport de l'onglet PNS à l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en septembre 2017.



Thématique II. Les inégalités du parcours scolaire

4. Enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement
5. Décrochage scolaire au secondaire



Comparaison par IC au seuil 0,05 avec l'ensemble du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la Capitale-Nationale, la proportion d'enfants vulnérables à la maternelle est :
 - **1,7 fois plus élevée** dans Basse-Ville;
 - **1,6 fois plus élevée** dans Limoilou;
 - **1,9 fois plus élevée** dans Vanier.
- Une partie plus importante des enfants de Basse-Ville et de Limoilou-Vanier démarrent moins avantagés pour la suite de leur parcours scolaire, comparativement à ceux des autres territoires. Ils sont identifiés parmi les plus vulnérables au Québec, selon l'indice écologique des jeunes développé pour la Fondation du Dr Julien.

http://pediatriesociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2017/01/IMPLANTATION_DE_NOUVELLES_CLINIQUES_DE_PEDIATRIE_SOCIALE_EN_COMMUNAUTE_AU_QUEBEC_RapportFinal_Jan25.pdf

L'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) mesure les acquis des enfants dans cinq domaines spécifiques : santé physique et bien-être, maturité affective, compétences sociales, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales. Les enfants sont classés vulnérables lorsqu'ils se situent sous le score québécois de 2012. La proportion n'est donc pas une prévalence. Une étude québécoise a montré que près de la moitié des enfants vulnérables à la maternelle ont éprouvé des difficultés en lecture et en écriture en 1^{re}, 4^e et 6^e année du primaire.

Pour en savoir plus sur l'EQDEM : <http://www.eqdem.stat.gouv.qc.ca/>

Note 1 : formule pour le calcul du rapport de proportions (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de proportions de 1,74, 1,57 et 1,86.

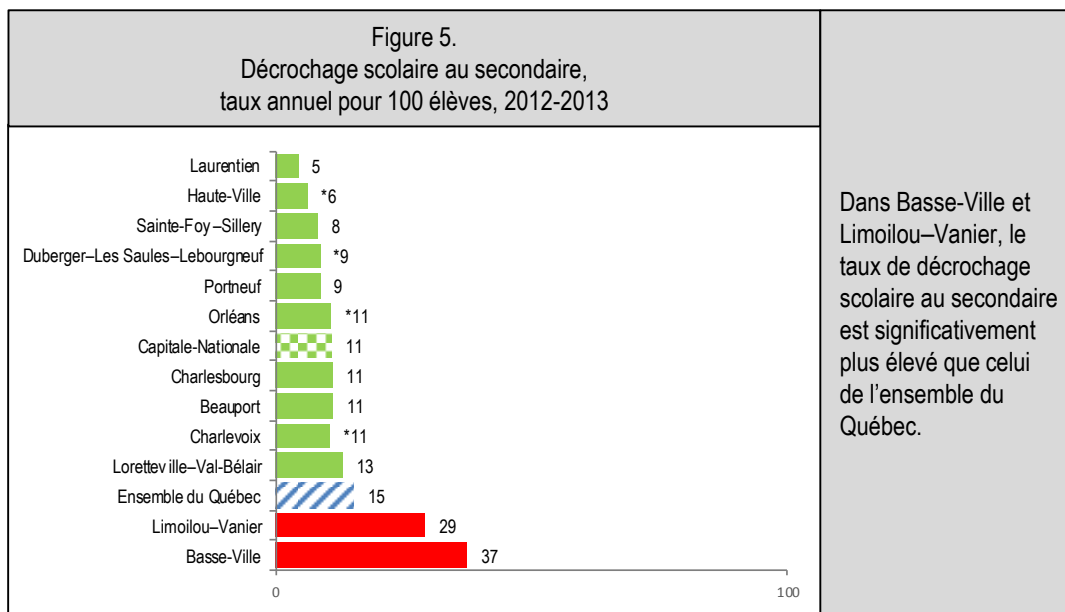
Note 2 : *donnée à considérer avec prudence en raison d'un coefficient de variation supérieur à 15 %, mais égal ou inférieur à 25 %.

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Fichier maître de l'EQDEM 2012*.
Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en septembre 2017.



Thématique II. Les inégalités du parcours scolaire

4. Enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement
5. **Décrochage scolaire au secondaire**



Dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier, le taux de décrochage scolaire au secondaire est significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec.

Comparaison par IC au seuil 0,05 avec l'ensemble du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble des élèves du secondaire de la Capitale-Nationale, le taux de décrochage scolaire est :
 - **3,4 fois plus élevé** dans Basse-Ville;
 - **2,6 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Parmi ces décrocheurs, plusieurs vont reprendre ultérieurement des formations à l'éducation des adultes. Toutefois, la proportion des 25-64 ans sans aucun diplôme est parmi les plus élevées. En 2011, la proportion est de 13 % dans Basse-Ville et de 16 % dans Limoilou-Vanier, comparativement à 9 % dans la Capitale-Nationale (données de l'ENM 2011 non présentées).

La donnée regroupe les élèves sortants : 1) n'ayant pas obtenu de diplôme ni de qualification durant l'année scolaire considérée; 2) non inscrits ailleurs au Québec durant toute l'année suivante, ni en formation générale (jeunes ou adultes), ni en formation professionnelle, ni au collégial. Cet indicateur est celui qui qualifie le plus adéquatement le décrochage des jeunes au secondaire sur une base annuelle quoique la sortie sans diplôme peut être attribuable à d'autres causes que le décrochage scolaire (ex. : études à l'étranger, maladie, décès).

Note 1 : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 3,36 et 2,63.

Note 2 : * donnée à considérer avec prudence en raison d'un coefficient de variation supérieur à 16,6 % mais égal ou inférieur à 33,3 %.

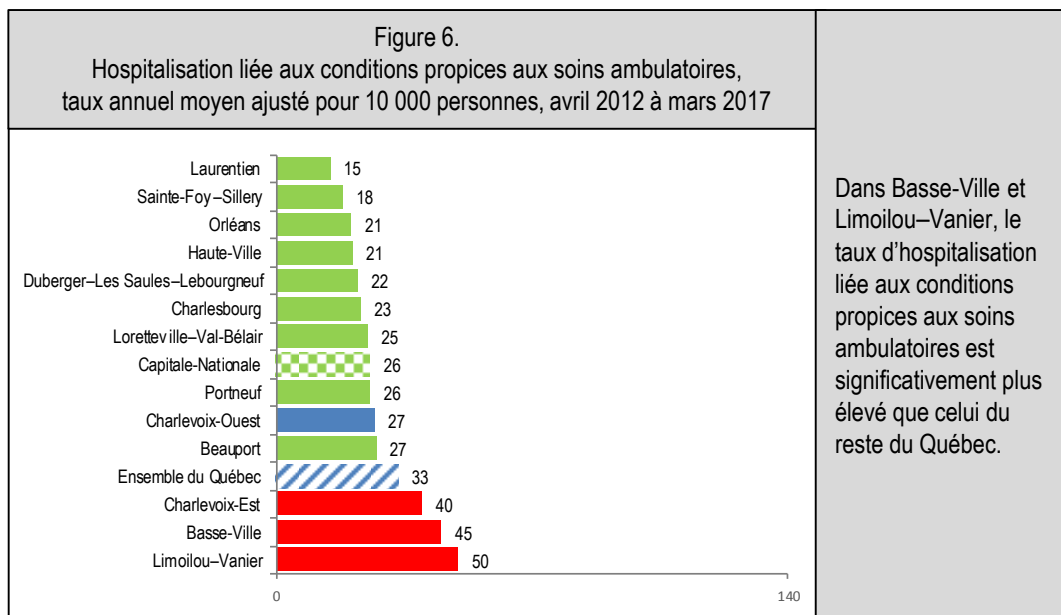
Source : MEES. *Système Charlemagne*.

Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en septembre 2017.



Thématique III. Les inégalités de l'accès ou du recours aux services

6. Hospitalisation liée aux conditions propices aux soins ambulatoires
7. Mortalité évitable générale



Dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier, le taux d'hospitalisation liée aux conditions propices aux soins ambulatoires est significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la population de la Capitale-Nationale, le taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires est :
 - **1,7 fois plus élevé** dans Basse-Ville.
 - **1,9 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Depuis la période d'avril 2006 à mars 2011, ces deux territoires ont connu une relative stabilité de ce taux, alors qu'il a diminué pour tous les autres territoires.

Ce sont des hospitalisations qui auraient pu être évitées en partie par des soins de première ligne offerts en CLSC ou en clinique médicale (ex. : épilepsie, diabète, maladies pulmonaires obstructives chroniques [MPOC]). Il peut s'agir : 1) d'un problème d'offre de service; 2) d'un problème de recours aux services alors que certaines personnes n'osent pas ou tardent avant de consulter; 3) du degré de gravité de la maladie. Voir l'annexe D pour les détails sur les causes retenues au calcul de l'indicateur.

Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 1,73 et 1,92.

Source : MSSS. Fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO), *Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015).

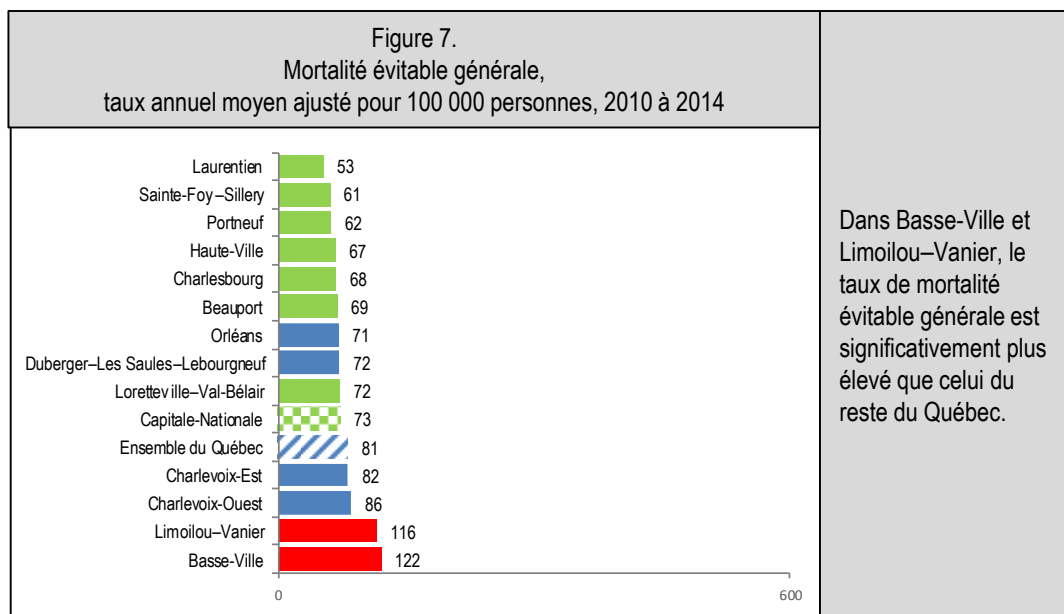
Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en décembre 2017.



Thématique III. Les inégalités de l'accès ou du recours aux services

6. Hospitalisation liée aux conditions propices aux soins ambulatoires

7. Mortalité évitable générale



Dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier, le taux de mortalité évitable générale est significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la population de la Capitale-Nationale, le taux de mortalité évitable générale est :
 - **1,7 fois plus élevé** dans Basse-Ville;
 - **1,6 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Dans ces deux territoires comme ailleurs, le taux a diminué. Il était de 173 p.100 000 dans Basse-Ville et de 146 p.100 000 dans Limoilou-Vanier pour la période 2000 à 2004.

Ce sont des décès survenus prématurément selon les âges spécifiques pour certaines causes où il existe des interventions préventives ou cliniques reconnues efficaces (ex. : mourir du diabète sucré avant 50 ans, mourir du cancer de l'utérus ou de leucémies avant 45 ans). Voir l'annexe E pour les détails sur les causes retenues au calcul de l'indicateur.

Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 1,67 et 1,59.

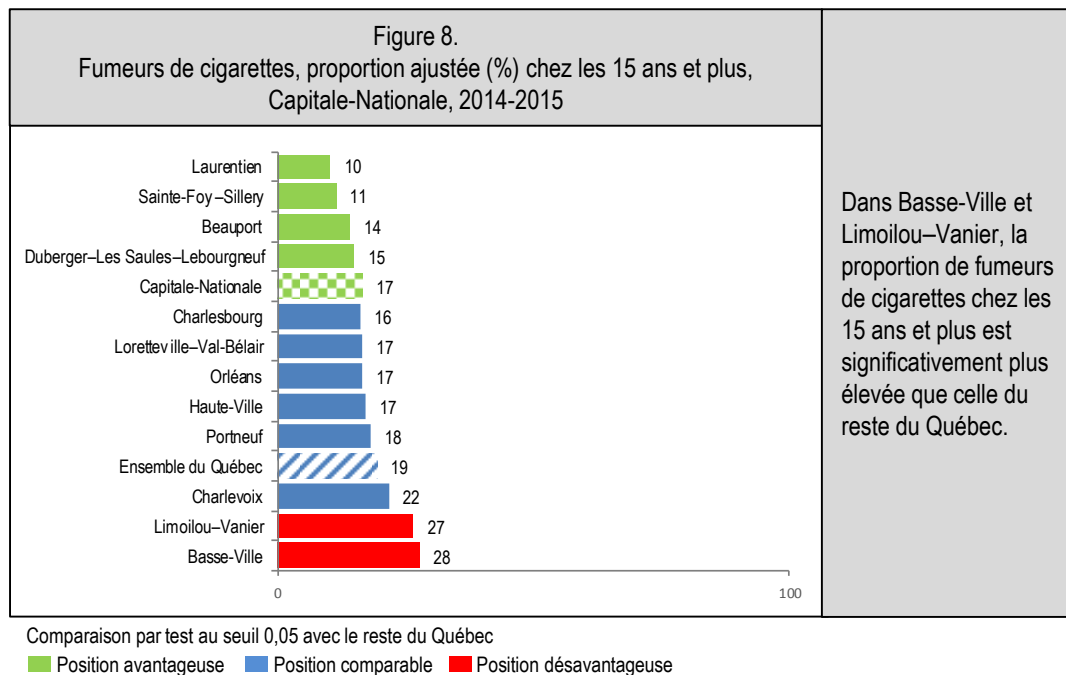
Source : MSSS. *Fichier des décès. Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015).

Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en février 2018.



Thématique IV. Les inégalités dans les habitudes de vie

8. Usage de la cigarette



- Par rapport à l'ensemble des 15 ans et plus de la Capitale-Nationale, la proportion de fumeurs est :
 - **1,7 fois plus élevée** dans Basse-Ville;
 - **1,6 fois plus élevée** dans Limoilou-Vanier.
- Dans ces deux territoires comme ailleurs, l'usage de la cigarette a diminué de manière importante. La proportion de fumeurs était de 37 % en 2007-2008 .

La donnée regroupe les personnes fumant la cigarette de manière quotidienne ou occasionnelle. Les nombreux produits présents dans la cigarette sont reconnus pour leur pouvoir addictif, rendant ardues les démarches de cessation tabagique pour plusieurs personnes. Selon la Société canadienne du cancer, le tabac est à l'origine de 85 % des cancers du poumon, considéré le plus mortel. Voir le lien suivant pour plus de détails :

<http://www.cancer.ca/fr-ca/support-and-services/support-services/webinars-qc/?region=qc>

Le tabagisme est aussi associé aux MPOC qui regroupent la bronchite chronique et l'emphysème.

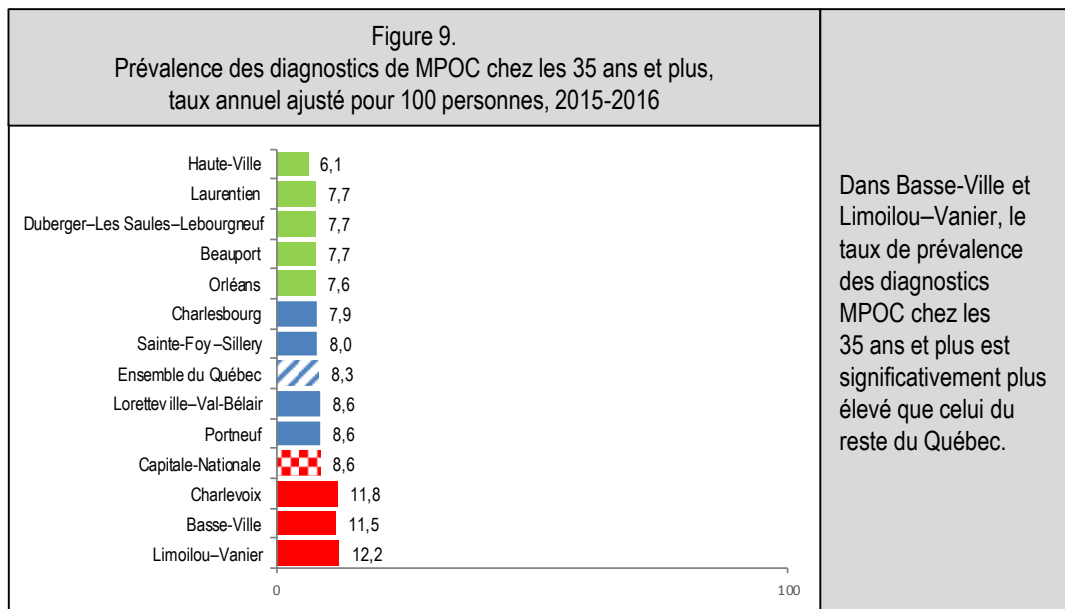
Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 1,65 et 1,59.

Source : ISQ. *Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP 2014-2015).
Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en juillet 2017.



Thématique V. Les inégalités des maladies chroniques

9. **Prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)**
10. Incidence (nouveaux cas) de l'asthme
 11. Prévalence de l'asthme
 12. Hospitalisation pour maladies respiratoires
 13. Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques



Dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier, le taux de prévalence des diagnostics MPOC chez les 35 ans et plus est significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

Comparaison par IC au seuil 0,01 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la Capitale-Nationale, le taux de prévalence des diagnostics MPOC chez les 35 ans et plus est :
 - **1,3 fois plus élevé** dans Basse-Ville.
 - **1,4 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Dans ces deux territoires comme ailleurs, il y a une légère diminution de la prévalence des MPOC depuis 2011-2012, conséquence directe de la diminution du tabagisme.

Les MPOC regroupent la bronchite chronique et l'emphysème. Ces troubles respiratoires sont causés en grande partie par le tabagisme. Les MPOC sont associées à une morbidité et une mortalité importantes.

Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 1,34 et 1,42.

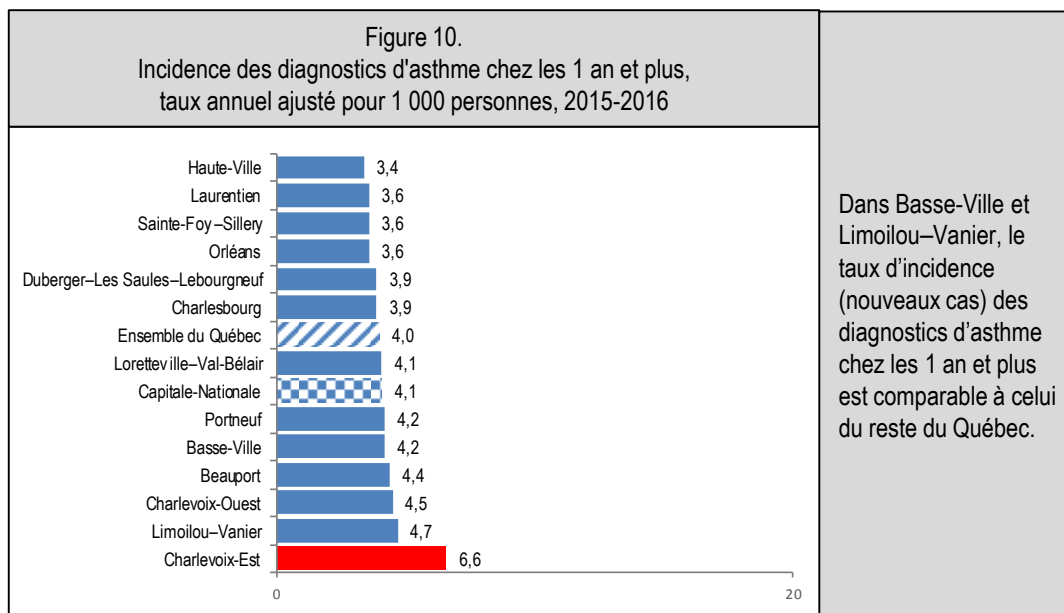
Source : INSPQ. *Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec (SISMACQ)*.

Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en juillet 2017. Les données compilées par le SISMACQ n'incluent que les diagnostics médicaux provenant des demandes de remboursement à l'acte déposées à la RAMQ.



Thématique V. Les inégalités des maladies chroniques

- 9. Prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)
- 10. Incidence (nouveaux cas) de l'asthme
- 11. Prévalence de l'asthme
- 12. Hospitalisation pour maladies respiratoires
- 13. Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques



Comparaison par IC au seuil 0,01 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble des 1 an et plus de la Capitale-Nationale, le taux des nouveaux diagnostics d'asthme est :
 - **sans différence significative** dans Basse-Ville;
 - **sans différence significative** dans Limoilou-Vanier.
- Dans ces deux territoires comme ailleurs, il y a une tendance à la diminution des nouveaux diagnostics d'asthme. Le taux était de 8,2 p.1 000 dans Basse-Ville et de 8,0 p.1 000 dans Limoilou-Vanier en 2001-2002.

Parmi les facteurs de risque qui contribuent au développement de l'asthme, on compte des antécédents familiaux d'allergies, des expositions à la fumée de tabac et des infections respiratoires fréquentes durant la petite enfance. Parmi les facteurs déclencheurs d'une crise d'asthme, on compte des allergènes, de la fumée de tabac et des polluants aériens (réf. : fiche indicateur incidence de l'asthme).

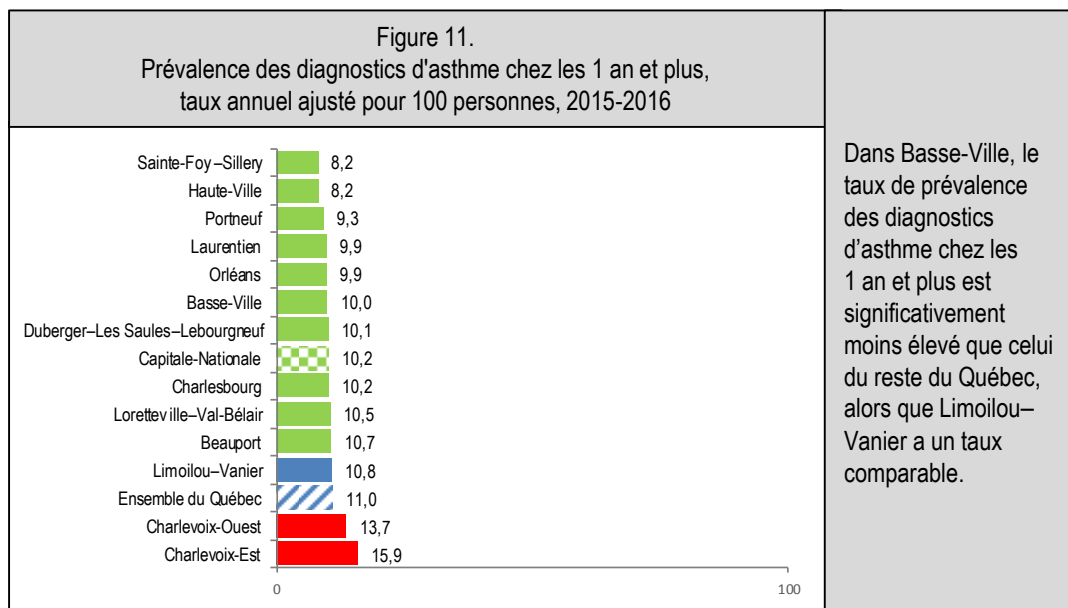
Source : INSPQ. SISMALCQ.

Compilations spéciales de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ de novembre 2017. Les données compilées par le SISMALCQ n'incluent que les diagnostics médicaux provenant des demandes de remboursement à l'acte déposées à la RAMQ.



Thématique V. Les inégalités des maladies chroniques

- 9. Prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)
- 10. Incidence (nouveaux cas) de l'asthme
- 11. Prévalence de l'asthme
- 12. Hospitalisation pour maladies respiratoires
- 13. Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques



Comparaison par IC au seuil 0,01 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble des 1 an et plus de la Capitale-Nationale, le taux de prévalence des diagnostics d'asthme est :
 - **sans différence significative** dans Basse-Ville;
 - **légèrement plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Dans ces deux territoires comme ailleurs, il y a une hausse du taux de prévalence de l'asthme. Il était de 6,6 % dans Basse-Ville et de 6,9 % dans Limoilou-Vanier en 2001-2002.

La prévalence de l'asthme comprend les nouveaux diagnostics de l'année en cours plus ceux de l'année précédente.

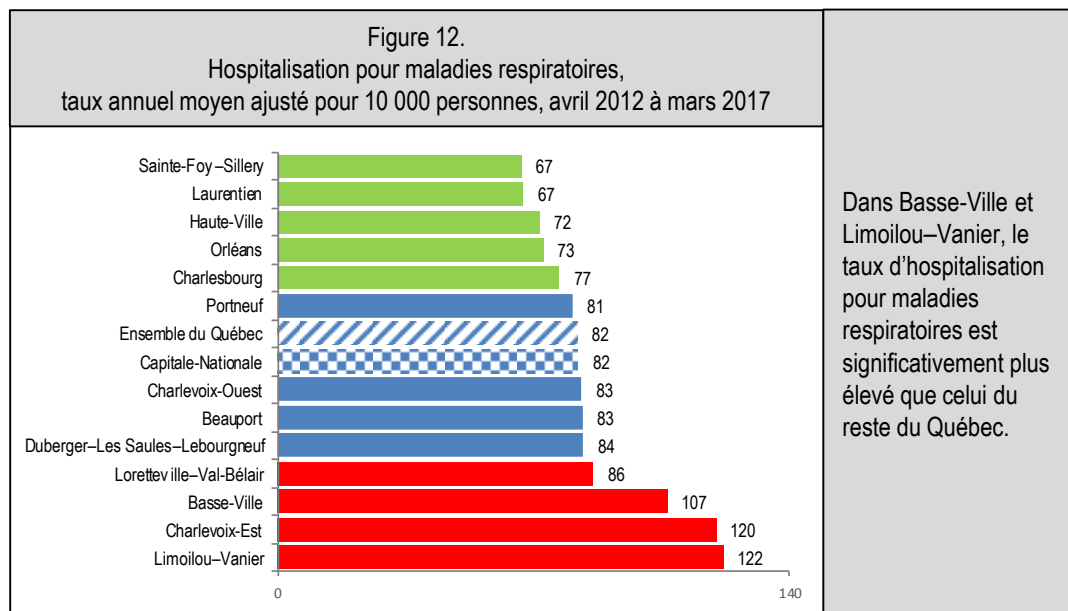
Source : INSPQ. SISMALCQ.

Compilations spéciales de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ de novembre 2017. Les données compilées par le SISMALCQ n'incluent que les diagnostics médicaux provenant des demandes de remboursement à l'acte déposées à la RAMQ.



Thématique V. Les inégalités des maladies chroniques

- 9. Prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)
- 10. Incidence (nouveaux cas) de l'asthme
- 11. Prévalence de l'asthme
- 12. Hospitalisation pour maladies respiratoires
- 13. Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques



Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la Capitale-Nationale, le taux d'hospitalisation pour maladies respiratoires est :
 - **1,3 fois plus élevé** dans Basse-Ville;
 - **1,5 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Dans ces deux territoires, il y a une hausse du taux d'hospitalisation pour maladies respiratoires. Il était de 94 p.10 000 dans Basse-Ville et de 88 p.10 000 dans Limoilou-Vanier pour la période d'avril 2006 à mars 2011. Pour les autres territoires, la tendance est à la diminution, à la stabilité ou à l'augmentation.

L'annexe F précise les causes spécifiques retenues dans les hospitalisations pour maladies respiratoires.

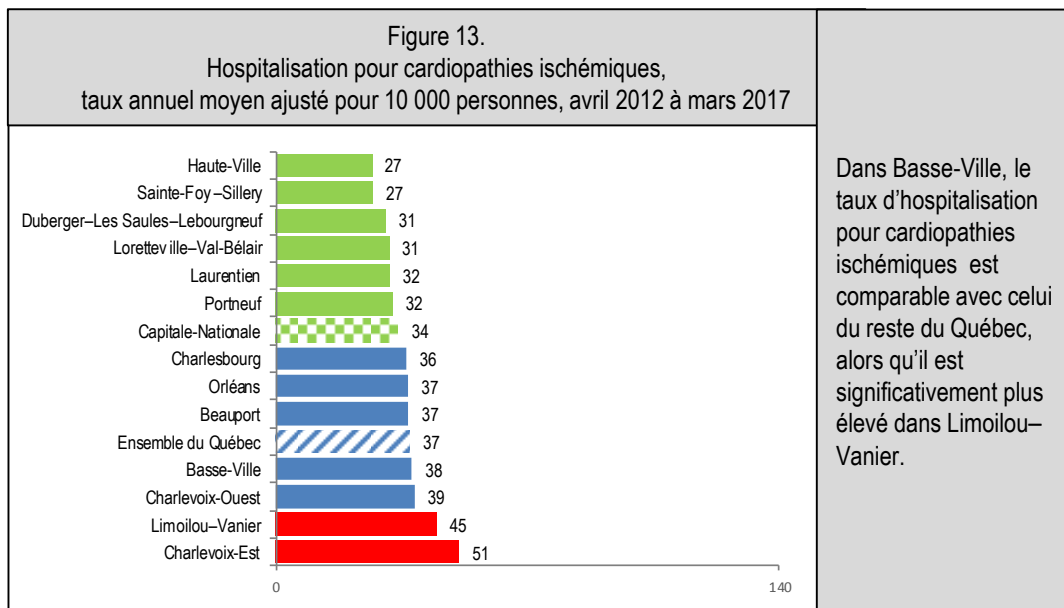
Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 1,30 et 1,49.

Source : MSSS. *Fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO), Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015). Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en décembre 2017.



Thématique V. Les inégalités des maladies chroniques

- 9. Prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)
- 10. Incidence (nouveaux cas) de l'asthme
- 11. Prévalence de l'asthme
- 12. Hospitalisation pour maladies respiratoires
- 13. Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques



Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la population de la Capitale-Nationale, le taux d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques est :
 - **1,1 fois plus élevé** dans Basse-Ville;
 - **1,3 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Il y a une baisse du taux d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques. Il était de 55 p.10 000 dans Basse-Ville et de 62 p.10 000 dans Limoilou-Vanier pour la période d'avril 2006 à mars 2011.

Les cardiopathies ischémiques mesurées par l'indicateur regroupent l'infarctus du myocarde et d'autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques (CIM-10-CA^a = I20-I25). Elles sont associées en partie à l'impact des polluants aériens sur la santé (voir page 24).

a. Classification internationale des maladies – 10^e version canadienne

Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 1,12 et 1,32.

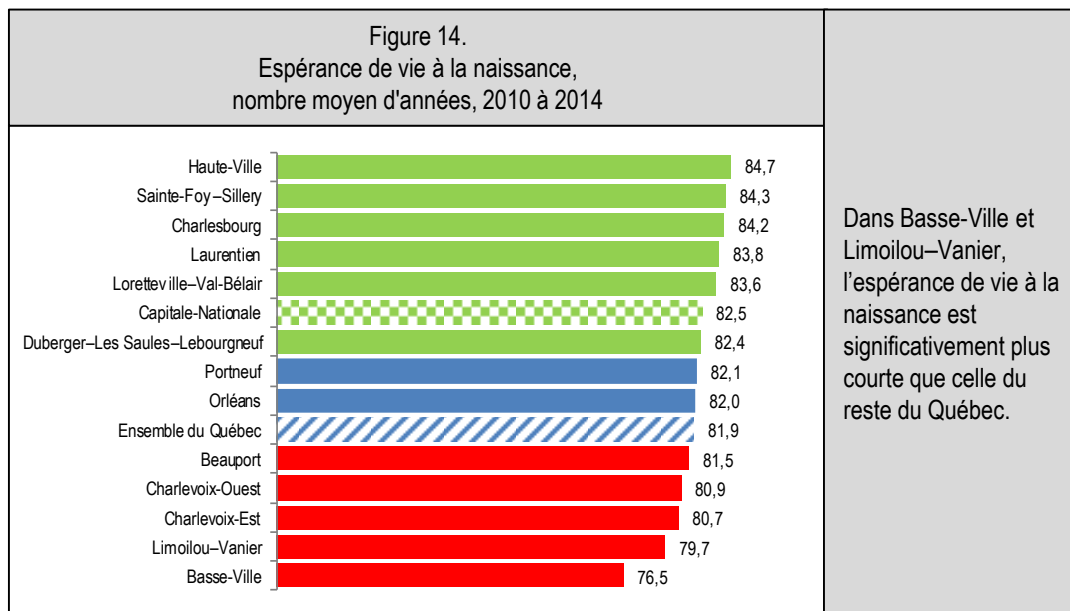
Source : MSSS. *Fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO), Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015). Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en décembre 2017.



Thématique VI. Les inégalités devant la mort

- 14. Espérance de vie à la naissance
- 15. Mortalité prématurée
- 16. Mortalité par maladies respiratoires

- 17. Mortalité par cardiopathies ischémiques
- 18. Mortalité par cancer (trachée, bronches, poumon)



Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'espérance de vie dans la Capitale-Nationale, on projette que les personnes nées durant la période 2010-2014 vivront :
 - **6 années de moins** dans Basse-Ville;
 - **2,8 années de moins** dans Limoilou-Vanier.
- Dans ces deux territoires comme ailleurs, l'espérance de vie s'allonge continuellement. Pour la période 1989 à 1993, l'espérance de vie était de 72 ans dans Basse-Ville et de 75,7 ans dans Limoilou-Vanier.

L'espérance de vie à la naissance mesure le nombre moyen d'années qu'une cohorte de population peut espérer vivre à sa naissance si les conditions de mortalité se maintiennent tout au long de sa vie.

Note : formule pour le calcul de la différence du nombre d'années (D est la donnée) : $D_{CN} - D_{CLSC}$

Source : MSSS. *Fichier des décès, fichier des naissances, Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015).
Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en février 2018.



Thématique VI. Les inégalités devant la mort

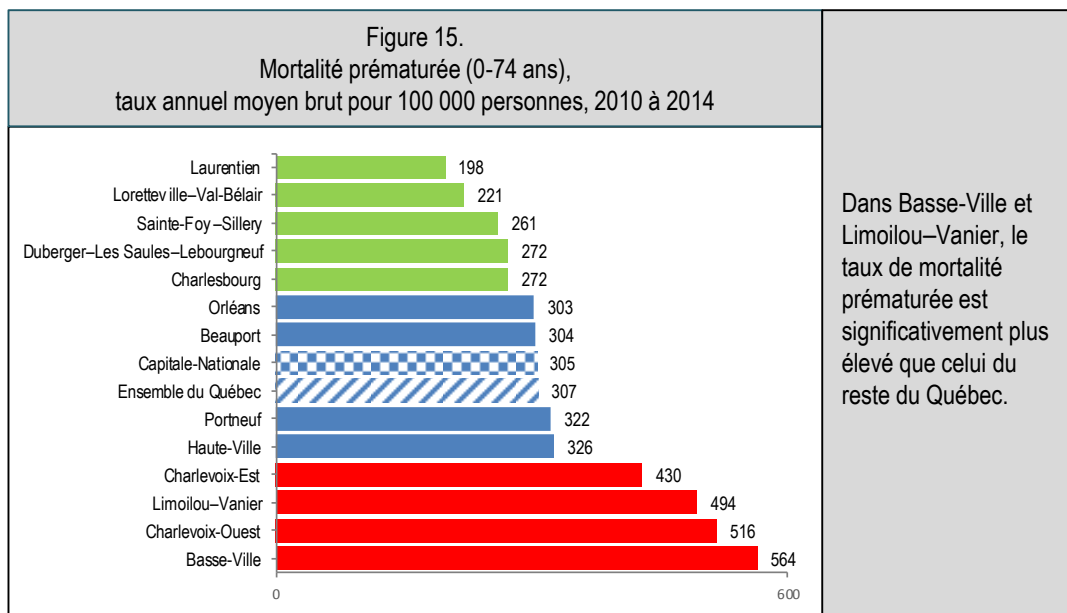
14. Espérance de vie à la naissance

15. Mortalité prématurée

16. Mortalité par maladies respiratoires

17. Mortalité par cardiopathies ischémiques

18. Mortalité par cancer (trachée, bronches, poumon)



Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la Capitale-Nationale, le taux de mortalité prématurée est :
 - **1,9 fois plus élevé** dans Basse-Ville;
 - **1,6 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Dans ces deux territoires comme ailleurs, il y a une diminution de la mortalité prématurée. Le taux était de 652 p.100 000 dans Basse-Ville et de 535 p.100 000 dans Limoilou-Vanier pour la période 2000 à 2004.

La mortalité prématurée exprime les décès de toutes causes survenus entre 0 et 74 ans. Ce seuil d'âge est retenu, car il est inférieur à l'espérance de vie à la naissance observée durant la période couverte.

Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 1,85 et 1,62.

Source : MSSS. *Fichier des décès, Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015).

Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en février 2018.



Thématique VI. Les inégalités devant la mort

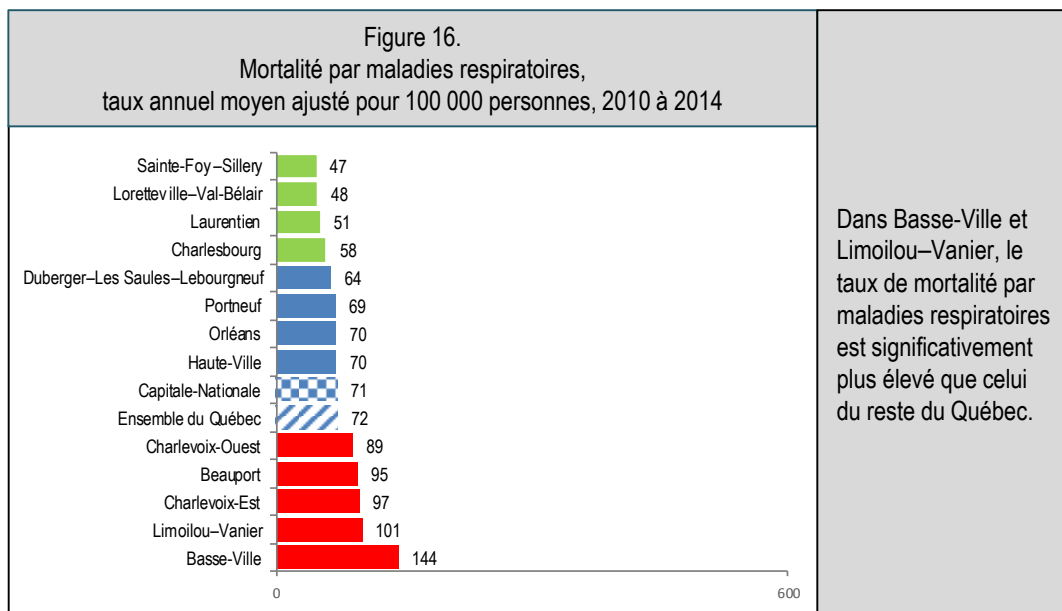
14. Espérance de vie à la naissance

15. Mortalité prématurée

16. Mortalité par maladies respiratoires

17. Mortalité par cardiopathies ischémiques

18. Mortalité par cancer (trachée, bronches, poumon)



Dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier, le taux de mortalité par maladies respiratoires est significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la Capitale-Nationale, le taux de mortalité par maladies respiratoires est :
 - **2 fois plus élevé** dans Basse-Ville;
 - **1,4 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Il y a une tendance à la hausse de cette cause de mortalité dans Limoilou-Vanier depuis la période 2000 à 2004, alors que le taux était de 84 p.100 000. Dans Basse-Ville, cette cause de mortalité est restée plutôt stable.

La mortalité par maladies respiratoires regroupe les décès de tous âges pour cette cause. L'annexe F précise les maladies respiratoires.

Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 2,03 et 1,42.

Source : MSSS. *Fichier des décès, Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015).

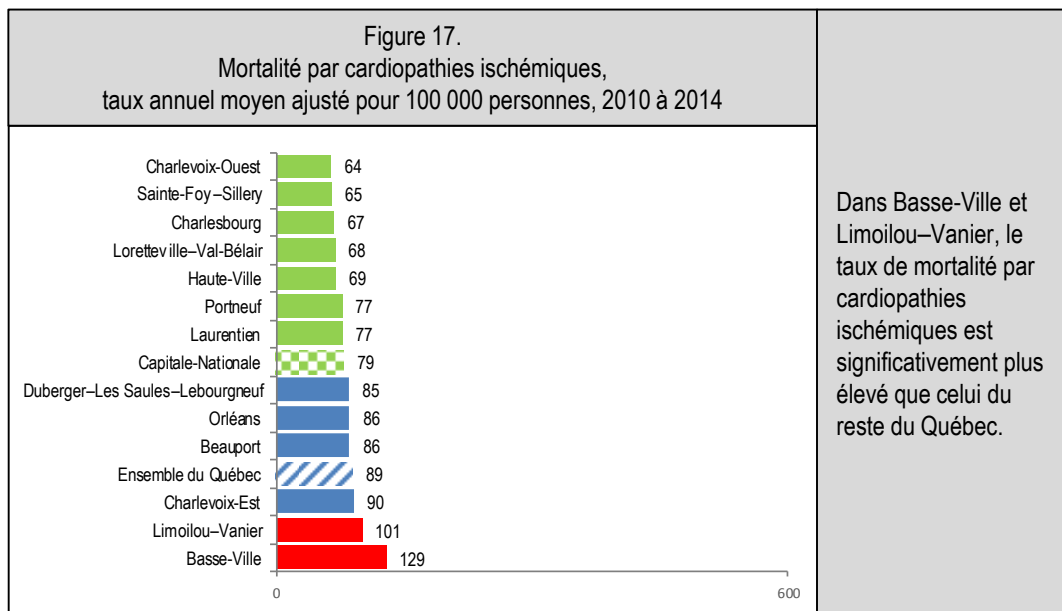
Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en février 2018.



Thématique VI. Les inégalités devant la mort

- 14. Espérance de vie à la naissance
- 15. Mortalité prématurée
- 16. Mortalité par maladies respiratoires

- 17. Mortalité par cardiopathies ischémiques
- 18. Mortalité par cancer (trachée, bronches, poumon)



Dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier, le taux de mortalité par cardiopathies ischémiques est significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la Capitale-Nationale, le taux de mortalité par cardiopathies ischémiques est :
 - **1,6 fois plus élevé** dans Basse-Ville;
 - **1,3 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Dans ces deux territoires comme ailleurs, il y a une tendance à la baisse de cette cause de mortalité. Le taux était de 195 p.100 000 dans Basse-Ville et de 143 p.100 000 dans Limoilou-Vanier pour la période 2000 à 2004.

La mortalité par cardiopathies ischémiques regroupe les décès de tous âges pour causes d'infarctus du myocarde et autres formes aiguës ou subaiguës de cardiopathies ischémiques (code CIM 10^a = I20-I25).

Voir le lien suivant pour plus de détails sur les liens d'associations avec les polluants aériens et d'autres facteurs de risques (réf. : fiche indicateur Infocentre) : <http://stats.oecd.org/>

a. Classification internationale des maladies – 10^e version

Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapports de taux de 1,63 et 1,28.

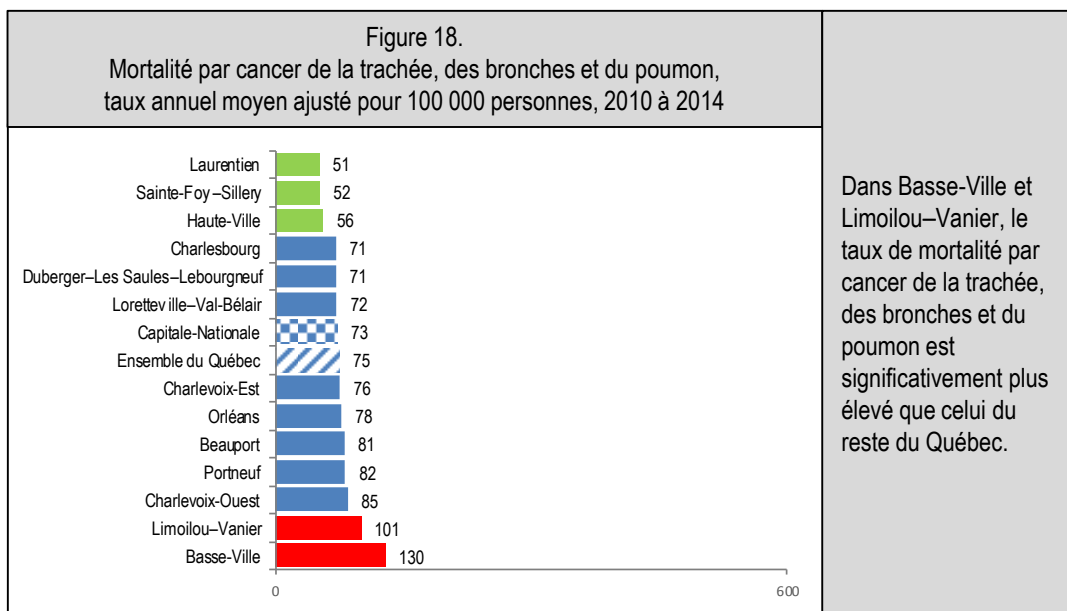
Source : MSSS. *Fichier des décès, Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015).
Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en février 2018.



Thématique VI. Les inégalités devant la mort

- 14. Espérance de vie à la naissance
- 15. Mortalité prématurée
- 16. Mortalité par maladies respiratoires

- 17. Mortalité par cardiopathies ischémiques
- 18. **Mortalité par cancer (trachée, bronches, poumon)**



Dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier, le taux de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Position avantageuse ■ Position comparable ■ Position désavantageuse

- Par rapport à l'ensemble de la Capitale-Nationale, le taux de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est :
 - **1,8 fois plus élevé** dans Basse-Ville;
 - **1,4 fois plus élevé** dans Limoilou-Vanier.
- Il y a une tendance à la diminution de la mortalité pour ce cancer dans Limoilou-Vanier, alors que le taux était de 112 p.100 000 pour la période 2000 à 2004. Dans Basse-Ville, cette cause de mortalité est restée plutôt stable.

La mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon regroupe les décès de tous âges pour cette cause. Il s'agit du siège entraînant le plus grand nombre de décès par cancer. Il est très associé au tabagisme, mais aussi à d'autres facteurs d'exposition comme les polluants aériens.

Voir le lien suivant pour en savoir plus : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/risks/?region=on>

Note : formule pour le calcul du rapport de taux (D est la donnée) : D_{CLSC} / D_{CN} . Rapport de taux de 1,78 et 1,38.

Source : MSSS. *Fichier des décès, Estimations et projections démographiques* (produit électronique 2015).
Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ en février 2018.



Conclusion

Ce portrait de santé thématique vise essentiellement à documenter la position des territoires de CLSC de Basse-Ville et de Limoilou–Vanier face à une série d'inégalités sociales de santé dans la Capitale-Nationale. Bien que les dix-huit indicateurs retenus montrent que des situations de vulnérabilité existent partout quant aux déterminants ou à l'état de santé, l'ampleur des inégalités observées au sein de ces deux territoires est particulièrement préoccupante. Ces résultats soulèvent donc de grands enjeux d'équité dans la région de la Capitale-Nationale.

Les trois premières thématiques de ce document couvrent l'accès à des ressources dont l'influence sur la santé n'est plus à démontrer. Dans le cas de l'accès au revenu, une partie de la population de ces deux territoires connaît un accès très limité. Les données sur le parcours scolaire à la maternelle et au secondaire montrent aussi que le désavantage socioéconomique se manifeste très tôt dans le parcours de vie pour une partie de la population. La situation face au revenu et au décrochage scolaire s'est améliorée là comme dans tous les autres territoires, mais les inégalités persistent.

Les inégalités pour les deux indicateurs de l'accès aux services de santé et aux services sociaux, soit le taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires et le taux de mortalité évitable générale, sont plus complexes à interpréter. D'une part, les inégalités soulevées peuvent traduire des difficultés ou obstacles pour le réseau à rejoindre les groupes plus vulnérables. D'autre part, elles peuvent aussi révéler que certains groupes tardent ou hésitent avant de consulter pour leur santé. Enfin, elles peuvent signaler que des maladies ont un développement plus avancé. Ces trois éléments d'interprétation méritent d'être mieux documentés.

Quant aux inégalités liées à la santé respiratoire, Basse-Ville et Limoilou–Vanier ont des proportions d'usage de la cigarette plus élevées, bien qu'on remarque une nette diminution de ce comportement là comme ailleurs. Certaines maladies respiratoires y sont plus fréquentes comme la bronchite chronique et l'emphysème (MPOC). Ces deux populations connaissent aussi des taux d'hospitalisation pour maladies respiratoires plus élevés qu'ailleurs. Pour cette cause d'hospitalisation, la situation de ces deux territoires ne s'est pas améliorée au cours des dernières années, alors qu'une baisse est généralement observée pour les autres territoires.

La dernière thématique, portant sur la mortalité, montre avec une grande évidence les inégalités qui frappent Basse-Ville et Limoilou–Vanier. En effet, dès la naissance, les résidents de ces deux territoires comptent globalement moins d'années devant eux. Quant aux taux de mortalité présentés, ils montrent que la mortalité prématurée et la mortalité liée à la santé respiratoire y sont plus fréquentes.

Malgré ces analyses exprimant l'ampleur des inégalités, les situations problématiques soulevées ne sont pas généralisées à l'ensemble de la population vivant dans ces deux territoires. Elles illustrent cependant qu'une partie de ces deux populations encaisse un cumul de désavantages à la fois sur le plan des grands déterminants et sur le plan de la santé.

Il faut rappeler que les inégalités sociales de santé sont associées à des causes structurelles relevant d'une distribution inéquitable des ressources. De plus, elles sont injustes et évitables. Toutes les instances de la société peuvent contribuer à les réduire.

Annexe A

Correspondance approximative des territoires sociosanitaires et municipaux, région de la Capitale-Nationale, juin 2017

RLS ¹	Territoires de CLSC ² (13)	Quartiers de la Ville de Québec (77 % de la population régionale en 2017)	Autres municipalités ou MRC de la Capitale-Nationale
Portneuf	Portneuf	Aucun	MRC Portneuf
Québec-Sud	Laurentien	Cap-Rouge, Aéroport	Ancienne-Lorette, Saint-Augustin de Desmaures
	Sainte-Foy-Sillery	Sainte-Foy, Sillery, Cité-Universitaire, Plateau, Saint-Louis	Aucune
	Haute-Ville	Vieux-Québec-Colline parlementaire, Saint-Jean-Baptiste, Montcalm, Saint-Sacrement	Aucune
	Basse-Ville	Cap-Blanc, Saint-Roch, Saint-Sauveur	Aucune
	Limoilou-Vanier	Vieux-Limoilou, Maizerets, Lairet, Vanier	Aucune
	Duburger - Les Saules-Lebourneuf	Duburger, Les Saules, Neufchatel-Est, Lebourgneuf	Aucune
Québec-Nord	Loretteville - Val-Bélair	Loretteville, Val-Bélair, Saint-Émile, Châtels	Saint-Gabriel de Valcartier, Lac St-Joseph, Fossambault-sur-le-Lac, Sainte Catherine de la Jacques-Cartier, Shannon, Wendake
	Charlesbourg	Charlesbourg, Lac-Saint-Charles, Jésuites, Notre-Dame des Laurentides	Lac Beauport, Lac Delage, Stoneham-et-Tewkesberry
	Beauport	Beauport, Chutes Montmorency	Sainte-Brigitte-de-Laval
	Orléans	Aucun	MRC Île d'Orléans, MRC Côte de Beaupré
Charlevoix	Charlevoix-Ouest	Aucun	MRC Charlevoix
	Charlevoix-Est	Aucun	MRC Charlevoix-Est

¹RLS : Réseau local de services

²CLSC : Centre local de services communautaires

Note 1 : territoires sociosanitaires sur la base du référentiel M-34 du MSSS d'avril 2015.

Note 2 : la Direction de santé publique détient des informations de santé couvrant plus de trois décennies sur la base des territoires sociosanitaires. Comparativement aux découpages municipaux qui subissent des changements, les territoires sociosanitaires ont l'avantage de rester stables, bien qu'ils soient actualisés annuellement. Ils assurent ainsi des mesures de comparabilité, ce que ne permettent pas les territoires municipaux.

Annexe B

Synthèse d'inégalités sociales de santé dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier, 18 indicateurs du Plan national de surveillance (PNS)

			Ensemble du Québec	Région de la Capitale-Nationale	Territoire de CLSC Basse-Ville	Territoire de CLSC Limoilou-Vanier			
Indicateur			Mesure	Donnée	Donnée Comp Q ⁵	Écart/CN ⁶	Donnée	Comp Q ⁵	Écart/CN ⁶
Inégalités sociales - Déterminants de santé	Revenu	Revenu médian des ménages en 2010	Dollars (\$)	45 968	47 362 ↑	30 891 ↓ 35%	31 131 ↓	34%	
		Familles vivant avec un faible revenu en 2010 (MFR- apI ³)	Proportion (%)	13	9,2 ↓	20,4 ↑ 2,2 fois	20,8 ↑	2,3 fois	
		Prestataires d'assistance sociale, mars 2017	Taux p.100	6,1	4,5 ●	16,4 ● 3,6 fois	14,5 ●	3,2 fois	
	Scolarité	Enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement, 2012	Proportion (%)	26	23 ●	40 ● 1,7 fois	36-43 ●	1,6-1,9 fois	
		Décrochage scolaire au secondaire, 2012-2013	Taux p.100	15	11 ●	37 ● 3,4 fois	29 ●	2,6 fois	
	SSSS	Hospitalisation liée aux conditions propices aux soins ambulatoires, 2012-2017	Taux p.10 000	33	26 ●	45 ● 1,7 fois	50 ●	1,9 fois	
		Mortalité évitable générale, 2010-2014	Taux p.100 000	81	73 ●	122 ● 1,7 fois	116 ●	1,6 fois	
HV ⁷	Fumeurs de cigarettes, 15 ans et plus, 2014-2015	Proportion (%)	19	17 ●	28 ● 1,7 fois	27 ●	1,6 fois		
Inégalités sociales - État de santé	Maladies chroniques	MPOC ⁴ , prévalence, 35 ans et plus, 2015-2016	Taux p.100	8,3	8,6 ●	11,5 ● 1,3 fois	12,2 ●	1,4 fois	
		Asthme, incidence, 1 an et plus, 2015-2016	Taux p.1000	4,0	4,1 ●	4,2 ● ns	4,7 ●	ns	
		Asthme, prévalence, 1 an et plus, 2015-2016	Taux p.100	11	10,2 ●	10,0 ● ns	10,8 ●	ns	
		Hospitalisation pour maladies respiratoires, 2012-2017	Taux p.10 000	82	82 ●	107 ● 1,3 fois	122 ●	1,5 fois	
		Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques, 2012-2017	Taux p.10 000	37	34 ●	45 ● 1,1 fois	51 ●	1,3 fois	
	Mortalité	Espérance de vie à la naissance, 2010-2014	Années	81,9	82,5 ●	76,5 ● 6 ans	79,7 ●	2,8 ans	
		Mortalité prématurée (0-74 ans), 2010-2014	Taux p.100 000	307	305 ●	564 ● 1,9 fois	494 ●	1,6 fois	
		Mortalité par maladies respiratoires, 2010-2014	Taux p.100 000	72	71 ●	144 ● 2 fois	101 ●	1,4 fois	
		Mortalité par cardiopathies ischémiques, 2010-2014	Taux p.100 000	89	79 ●	129 ● 1,6 fois	101 ●	1,3 fois	
		Mortalité par cancer trachée, bronches et poumon, 2010-2014	Taux p.100 000	75	73 ●	130 ● 1,8 fois	101 ●	1,4 fois	

¹ Indicateurs du PNS classés dans l'organisation des services de santé et de services sociaux

² Indicateur du PNS classé dans les habitudes de vie et comportements

³ Mesure de faible revenu après impôt

⁴ Maladies pulmonaires obstructives chroniques

⁵ Comparaison avec l'ensemble ou le reste du Québec :

- position avantageuse
- position comparable
- position désavantageuse

⁶ Ampleur de l'écart avec la donnée de la Capitale-Nationale selon une différence relative (revenu médian des ménages) ou absolue (espérance de vie). Pour les autres indicateurs, le résultat du rapport de proportions ou de taux est exprimé en nombre de fois plus élevées.

↑ Valeur supérieure à celle de l'ensemble du Québec

↓ Valeur inférieure à celle de l'ensemble du Québec

*Donnée à interpréter avec prudence en raison du coefficient de variation >15% et ≤ 25%

ns : différence non statistiquement significative

Annexe C

Forces vives du milieu pour Basse-Ville et Limoilou–Vanier

- Malgré les inégalités de conditions socioéconomiques et de santé observées pour Basse-Ville et Limoilou–Vanier, ces territoires présentent plusieurs caractéristiques témoignant du dynamisme du milieu, dont :
 - une croissance constante de la population;
 - une mixité sociale;
 - une tradition de mobilisations citoyennes;
 - des projets de lutte au décrochage scolaire comme « Le diplôme avant la médaille »;
 - des infrastructures municipales en sport, loisir et culture;
 - un dynamisme de la vie de quartier (événements spéciaux autour du concept de voisinage);
 - de nombreux organismes communautaires;
 - des organisations artistiques reconnus (École de cirque, Méduse, etc.);
 - une offre culturelle diversifiée (théâtres, salles de spectacles, Centre Vidéotron, etc.);
 - la naturalisation des berges de la rivière St-Charles (circuit piétonnier, bicyclette);
 - d'importants espaces de verdure (Parc Victoria, Domaine de Maizerets, Jardin St-Roch, etc.);
 - l'émergence de « places éphémères » durant la saison estivale;
 - un réseau de piste cyclable en développement;
 - plusieurs projets de rénovation immobilière et de revitalisation (écoquartiers, etc.);
 - des axes commerciaux bien établis (rues St-Vallier, St-Joseph, St-Paul, 1^{re} et 3^e avenue, etc.);
 - la présence de commerces de proximité (épicerie, dépanneur, pharmacie, quincaillerie, etc.);
 - des marchés publics permanents ou temporaires (Vieux-port, Limoilou, St-Sauveur);
 - un pôle d'entreprises en technologies de l'information (Beenox, Ubisoft, etc.);
 - un pôle universitaire (Université Laval, Université du Québec, École nationale d'administration publique, Institut national de recherche scientifique, etc.);
 - une bonne desserte du transport collectif (circuits du Réseau de transport de la Capitale, parc Communauto, Gare du Palais).

Annexe D

Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires (diagnostics retenus selon le code CIM-10-CA)

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

Source : Fiche indicateur, Infocentre de santé publique de l'INSPQ

Annexe E

Mortalité évitable générale (diagnostics retenus selon le code CIM-10)

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

Source : Fiche indicateur, Infocentre de santé publique de l'INSPQ

Mortalité évitable générale (diagnostics retenus selon le code CIM-10)

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

Source : Fiche indicateur, Infocentre de santé publique de l'INSPQ

Annexe F

Hospitalisation et mortalité pour maladies de l'appareil respiratoire (diagnostics retenus selon le code CIM-10-CA)

Diagnostic Principal	CODE CIM-10-CA
Affections aiguës des voies respiratoires supérieures	J00-J06
Grippe et pneumopathie	J09-J18
Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures	J20-J22
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	J40-J47
Maladies du poumon dues à des agents externes	J60-J70
Autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel	J80-J84
Maladies suppurées et nécrotiques des voies respiratoires inférieures	J85-J86
Autres affections de la plèvre	J90-J94
Autres maladies de l'appareil respiratoire	J95-J99

Source : Fiche indicateur, Infocentre de santé publique de l'INSPQ.

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

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

Québec 

