



Portrait de santé de l'Estrie

et de la Ville de Sherbrooke 2006

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec 

Coordination de l'édition

Pierrot Richard, chef de service

Rédaction

Michel Carbonneau, agent de planification, de programmation et de recherche

Michel Des Roches, agent de planification, de programmation et de recherche

Natalie Stronach, agente de planification, de programmation et de recherche

Traitement des données

Annie Béliste, technicienne en recherche

Brigitte Martin, technicienne en recherche

Traitement de texte et mise en page

Marie-Ève Brière, agente administrative

Julie Marceau, agente administrative

Caroline Smith, agente administrative

Communications et conception graphique

Valérie Bouchard, technicienne en arts graphiques

Yan Quirion, conseiller aux établissements

Collaboration

Denise Donovan, médecin-conseil

Louis Hébert, agent de planification, de programmation et de recherche

René Lavallée, chef de service

Guyline Lemieux, agente de planification, de programmation et de recherche

Nous désirons remercier les membres du comité de direction de l'Agence et les répondants de santé publique des CSSS pour leur collaboration tout au long du processus de rédaction ainsi que toutes les personnes qui ont collaboré de près ou de loin à ce portrait de santé. Votre contribution a permis d'enrichir chacune des pages de ce document.

Les commentaires et les demandes de renseignements concernant ce portrait de santé peuvent être adressés au :

Service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation

Direction de santé publique et de l'évaluation

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300

Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 566-7861

Télécopieur : 819 569-8894

Courriel : sspe.agence05@ssss.gouv.qc.ca

Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au www.santeestrie.qc.ca; onglet *Santé publique* en haut, section *Surveillance de la santé publique et de l'évaluation* au menu de gauche; *Portrait de la région*.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2009

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 978-2-921776-90-5 (Version papier)

978-2-921776-91-2 (Version PDF)

Dans ce document, le genre masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et, lorsqu'il y a lieu, désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée et encouragée en autant que la source soit mentionnée.

Ce document est imprimé sur du papier 100 % recyclé, post-consommation, entièrement fabriqué au Québec.

Mot de la directrice de santé publique



La Loi de santé publique adoptée en 2001 par l'Assemblée nationale du Québec a confirmé une fonction essentielle de la santé publique : la surveillance. Celle-ci consiste à surveiller l'état de santé et de bien-être de la population et à l'informer, ainsi que les décideurs, de ses constats.

C'est dans ce contexte qu'il me fait plaisir de vous présenter votre portrait de santé : le portrait de famille de l'Estrie et les portraits individuels de chacune des MRC et de la Ville de Sherbrooke.

C'est la première fois que la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie produit des données analysées à l'échelle de chacun de ses territoires. Ainsi, pour chacun d'eux, vous trouverez une analyse des divers déterminants de santé et des indicateurs de santé et de bien-être ainsi que les faits saillants et les éléments qui feront l'objet d'une surveillance plus attentive au cours des prochaines années.

Le *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006* offre une mine de renseignements et constitue un document de référence pour les professionnels, les planificateurs et les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires intersectoriels. Il se veut également un outil d'aide à la planification et à la programmation des services à la population.

Ce portrait constitue, par ailleurs, une base précieuse pour enrichir la réflexion sur les cibles d'action à privilégier dans les années à venir pour aller dans le sens des grands objectifs de la santé publique : allonger la vie en bonne santé de la population et réduire les disparités de toutes sortes.

Bonne lecture!

Louise Soulière

Louise Soulière, M.D.



En résumé...



État de santé globale

L'espérance de vie en Estrie est similaire à celle du Québec, sauf chez les Estriennes où elle est supérieure à celle des Québécoises. Cependant, l'espérance de vie des personnes défavorisées est moindre que celle des personnes favorisées.

Environ 10 % des Estriens de 12 ans ou plus ne se perçoivent pas en bonne santé, proportion similaire aux Québécois.

Le taux de suicide est à la baisse en Estrie comme au Québec.



La consommation des produits du tabac est en baisse depuis quelques années. La mortalité associée au tabagisme en Estrie est plus faible qu'au Québec. Cependant, la fumée secondaire affecte 1 Estrien sur 10.

La moitié des Estriens ne consomment pas suffisamment de fruits et légumes.



La population estrienne n'est pas assez active durant les loisirs.

Il y a décroissance du poids démographique des 0-14 ans en Estrie et au Québec. La population de l'Estrie est un peu plus vieille et vieillit plus rapidement qu'au Québec.

Les Estriens sont davantage scolarisés, mais un quart des Estriens de 25 ans ou plus n'a pas de diplôme d'études secondaires.



La chlamydie génitale, une infection transmise sexuellement, est en hausse depuis quelques années.

Il y a diminution de la mortalité infantile, mais augmentation des naissances prématurées.



L'Estrie présente un des pires bilans régionaux quant au décrochage scolaire du secteur public.



La proportion de familles monoparentales et de personnes vivant seules est en hausse.

L'obésité est en hausse autant chez les adultes que chez les jeunes.



Les services préventifs gagnent des adeptes quant à l'usage d'Info-Santé et au recours à la mammographie.

La population estrienne augmente principalement grâce à la migration interrégionale.



Près de 40 % des Estriens sont approvisionnés en eau potable par des eaux souterraines et 26,5 % ne sont pas desservis en eau potable par un système d'aqueduc.



La mortalité estrienne à la suite d'une maladie de l'appareil circulatoire est inférieure à celle de la province et est à la baisse.

La structure de l'emploi s'est récemment modifiée : en baisse des emplois dans le secteur industriel, mais en hausse dans les services.



La situation économique des Estriens se situe au-dessus de la moyenne québécoise.

Les problèmes sociaux en hausse ou plus élevés qu'au Québec :

- Prises en charge par la DPJ
- Infractions au *Code criminel* par les jeunes
- Violence conjugale faite aux femmes
- Crimes contre la personne



Le nombre de places en services de garde s'est accru.

Les chutes accidentelles et les victimes d'incendie sont des traumatismes non intentionnels plus importants en Estrie qu'au Québec.



Les services médicaux et hospitaliers de 2^e ligne s'avèrent plus favorables en Estrie qu'au Québec.

Il y a diminution des grossesses à l'adolescence.



Le taux de lésions professionnelles déclarées et indemnisées est à la baisse en Estrie, mais supérieur à celui du Québec.



Le quart des enfants de la maternelle en Estrie présentent des caries dentaires.



Parmi les traumatismes non intentionnels, comparé au Québec, l'Estrie présente un taux supérieur d'hospitalisations et de mortalité liées aux véhicules à moteur.



L'Estrie connaît une croissance accélérée de sa population atteinte de maladies chroniques.

Table des matières

Mot de la directrice de santé publique	iii
En résumé	iv
Table des matières	vii
Liste des figures	viii
Introduction.....	1
SECTION 1	
Analyse régionale – L’Estrie	3
Faits saillants	7
Analyse	11
Tableau des données	23
SECTION 2	
Analyse locale – La Ville de Sherbrooke	37
Faits saillants	41
Analyse	45
Tableau des données	59
SECTION 3	
Tableau synthèse des indicateurs	71
Déterminants de la santé	73
État de santé.....	82
SECTION 4	
Notes méthodologiques	89
Indicateurs retenus	91
Modèle de classification des indicateurs.....	91
Découpage géographique	91
Région métropolitaine de recensement de Sherbrooke.....	92
Cartographie	92
Calcul des indicateurs.....	93
Numérotation des indicateurs	94
Précision statistique des indicateurs.....	94
Comparaison des indicateurs	94
Fiches descriptives des indicateurs	96

Liste des figures

SECTION 1

Figure 1 : Pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus	12
Figure 2 : Pourcentage de jeunes âgés de 14 ans ou moins.....	12
Figure 3 : Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels selon le sexe, population de 12 ans ou plus	15
Figure 4 : Pourcentage de fumeurs de cigarette et de cigare, élèves du secondaire	15
Figure 5 : Nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus atteintes de diabète	19
Figure 6 : Pourcentage de personnes avec un excès de poids selon le sexe, population âgée de 20 ans ou plus.....	19

SECTION 2

Figure 7 : Pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus	45
Figure 8 : Pourcentage de jeunes âgés de 14 ans ou moins.....	45
Figure 9 : Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels selon le sexe, population de 12 ans ou plus	49
Figure 10 : Pourcentage de fumeurs de cigarette et de cigare, élèves du secondaire	49
Figure 11 : Nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus atteintes de diabète	54
Figure 12 : Pourcentage de personnes avec un excès de poids selon le sexe, population âgée de 20 ans ou plus.....	54

Introduction

Le *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006* brosse un large tableau descriptif et analytique de la santé de la population de l'Estrie, de chacune de ses six MRC et de la Ville de Sherbrooke. Il regroupe, sous les grandes dimensions de la santé et leurs composantes, quelque 130 indicateurs sociosanitaires ventilés à l'occasion en sous-catégories et mesurés selon les données disponibles lors de la rédaction.

Le document se décline en deux versions, soit la version intégrale qui regroupe en un seul bloc l'Estrie et chacun de ses sept territoires et la version abrégée qui présente l'Estrie et un de ses territoires. Dans les deux versions, le document est composé de quatre grandes sections. La première (**analyse régionale**) et la deuxième section (**analyse locale**) analysent globalement et présentent sous forme d'un tableau les données des indicateurs retenus respectivement pour l'Estrie et, selon la version, pour un ou chacun des sept territoires de la région. Dans ces deux premières sections, les données sont présentées dans la mesure du possible à la fois pour la région ou le territoire et pour le Québec selon une période récente et une période antérieure. Cette façon de faire permet une comparaison dans le temps et dans l'espace et rend possible, pour l'analyse, l'identification des problématiques de santé en émergence ou les écarts à signaler par rapport au Québec¹.

La troisième section du document (**tableau synthèse**) regroupe la majeure partie de l'information statistique du présent portrait. Ce tableau permet un survol rapide des données récentes des indicateurs du document à l'échelle de l'Estrie, de chacun de ses territoires et du Québec.

La dernière partie du document (**notes méthodologiques**) renferme les informations utiles à la compréhension, entre autres, des indicateurs utilisés, des informations manquantes, du découpage géographique, des analyses et des tests statistiques appliqués.

Le *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006* s'inspire fortement du contenu et du modèle de classification des indicateurs du *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006*². Une bonne partie des indicateurs du portrait québécois, mais également des indicateurs d'autres sources, souvent complémentaires, se retrouvent dans le présent document. Certains indicateurs par contre n'ont pu être présentés faute de disponibilité ou de signification au niveau d'un petit territoire. Dans la plupart des cas, il s'agit cependant d'indicateurs tirés d'enquêtes de santé dont les données en Estrie, contrairement à d'autres régions sociosanitaires, ne sont présentement pas disponibles par territoire de MRC ou pour la Ville de Sherbrooke. Ces données manquantes concernant les territoires constituent donc une limite importante du présent document.

Le *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006* constitue une mine de renseignements fort pertinents et utiles pour quiconque souhaite connaître l'état de santé de la population de l'Estrie et de chacun de ses territoires. Il s'avère également un instrument utile à la planification des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

1. Dans le présent document, le Québec et non pas l'Estrie a été choisi comme « norme » de comparaison. La raison principale en est que la Ville de Sherbrooke constitue environ 50 % de la population de l'Estrie, ce qui biaise toute comparaison, par exemple, entre une MRC et l'Estrie et à plus forte raison, entre la Ville de Sherbrooke et l'Estrie.

2. 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. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 659 p.

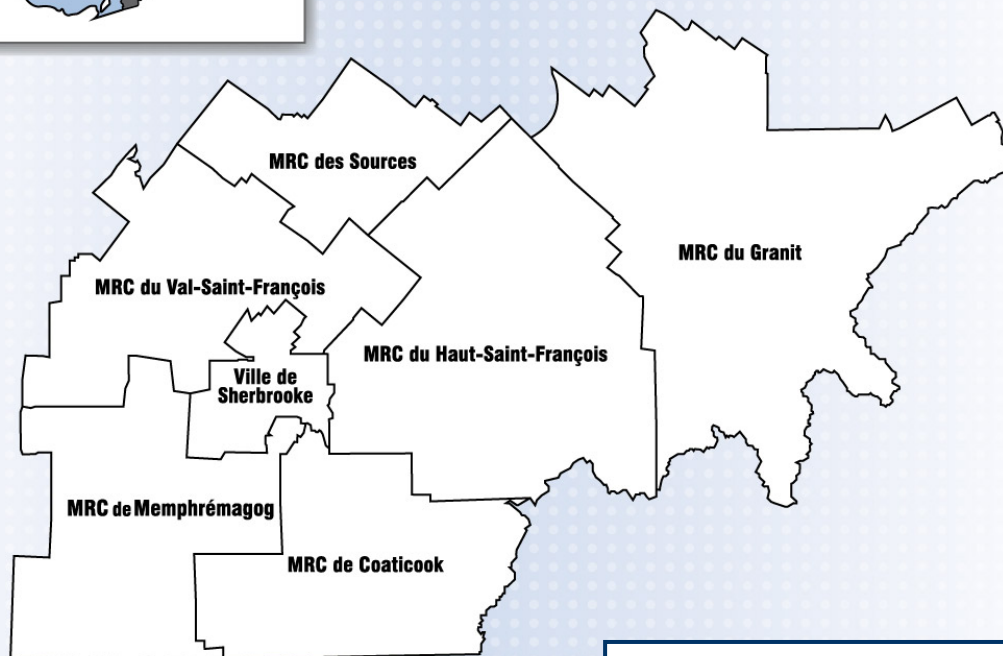
Section 1

Analyse régionale

L'Estrie en 2006

Rédaction : Michel Carbonneau

Estrie



**Espérance de vie des femmes
à la naissance en 2000-2003 :** 82,7 ans

**Espérance de vie des hommes
à la naissance en 2000-2003 :** 76,5 ans

Population en 2006 :

Estrie	302 901
MRC du Granit	22 396
MRC des Sources	14 158
MRC du Haut-Saint-François	22 001
MRC du Val-Saint-François	29 091
Ville de Sherbrooke	150 536
MRC de Coaticook	18 770
MRC de Memphrémagog	45 949



FAITS SAILLANTS

À SIGNALER

À SURVEILLER

CONDITIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- La population de l'Estrie augmente de façon soutenue et plus fortement que le Québec.
- La population de l'Estrie est un peu plus âgée et vieillit plus rapidement que le Québec.
- Un nombre moyen d'enfants par femme en Estrie (1,57) légèrement supérieur à celui du Québec (1,48).
- Un écart important entre le nombre de grossesses par femme (2,03) et le nombre de naissances vivantes (1,57).
- Le solde migratoire de l'Estrie et de chaque territoire.
- Le vieillissement de la population et son impact socioéconomique.
- Le nombre moyen d'enfants par femme en Estrie.
- Le taux d'interruption volontaire de grossesse.

CONDITIONS SOCIOCULTURELLES

- Les changements dans la structure de la famille et du ménage.
- La proportion des personnes âgées vivant en ménage privé augmente.
- La proportion de familles monoparentales et des personnes vivant seules.
- La répartition des personnes âgées selon le milieu de vie.

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

- Le niveau de scolarité des 25 ans ou plus en Estrie s'est amélioré entre 1991 et 2006 et est comparable à celui du Québec.
- En 2005, une personne sur sept en Estrie vit sous le seuil de faible revenu contre une sur six au Québec.
- La structure industrielle de l'Estrie connaît des changements importants.
- Le niveau de scolarité des 25 ans ou plus en Estrie.
- L'évolution de la défavorisation en Estrie.
- L'évolution des emplois dans les secteurs secondaire (en particulier dans l'industrie manufacturière) et primaire en Estrie.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

- Environ le tiers (37,8 %) de la population de l'Estrie prend son eau de consommation dans un puits contre 23 % au Québec.
- Un non-fumeur sur dix est exposé à la fumée de tabac à la maison.
- La proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison.



FAITS SAILLANTS

À SIGNALER

À SURVEILLER

ENVIRONNEMENT SOCIAL

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de nouvelles prises en charge dans le cadre de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> est en augmentation en Estrie comme au Québec. • Le taux des infractions au <i>Code criminel</i> et aux lois a augmenté d'environ 22 % entre 1999 et 2005 chez les jeunes de 12 à 17 ans en Estrie. • Le taux de décrochage scolaire au secondaire public en Estrie est parmi les plus élevés des régions du Québec (35,7 % contre 27,8 % en moyenne au Québec). Par contre, le niveau de scolarité des Estriens de 25 ans ou plus est comparable à celui des Québécois et s'améliore. • Le taux de femmes victimes de violence conjugale en Estrie est inférieur à celui du Québec, mais en forte hausse. • Le taux de crimes contre la personne en Estrie est inférieur à celui du Québec, mais en forte hausse. • Le taux de places disponibles en services de garde pour les enfants de moins de 5 ans est à la hausse, en Estrie comme au Québec. • Environ deux personnes sur dix prodiguent sans rémunération des soins à des personnes âgées et cette proportion est en hausse. | <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de nouvelles prises en charge dans le cadre de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i>. • Le taux des infractions au <i>Code criminel</i> et aux lois chez les jeunes de 12 à 17 ans. • Le taux de décrochage au secondaire, dans les secteurs public et privé, en lien avec le niveau de scolarité des Estriens de 25 ans ou plus. • Le taux de femmes victimes de violence conjugale en Estrie. • Le taux de crimes contre la personne en Estrie. • Le taux de places disponibles en services de garde pour les moins de 5 ans. • La proportion de personnes qui prodiguent sans rémunération des soins à des personnes âgées. |
|---|---|

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de fumeurs de cigarette est à la baisse dans la population, mais les jeunes ont tendance à remplacer la cigarette par le cigare ou le cigarillo. • La proportion de personnes suffisamment actives durant les loisirs est à la hausse. • La moitié de la population ne consomme pas suffisamment de fruits et de légumes. • La consommation élevée d'alcool douze fois ou plus dans l'année tend à augmenter au sein de la population, surtout chez les jeunes. • Le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies est globalement à la baisse, mais en hausse chez les jeunes. | <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation des produits de tabac chez les adultes et les jeunes. • Le taux d'activité physique chez les adultes et les jeunes. • La proportion de jeunes de 20 à 24 ans buvant de façon excessive, c'est-à-dire une consommation élevée d'alcool douze fois ou plus par année. • Le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies, particulièrement chez les jeunes de moins de 25 ans. |
|--|--|

SERVICES DE SANTÉ – RESSOURCES ET ÉQUIPEMENTS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • L'Estrie dépasse la moyenne québécoise en ressources humaines directement affectées aux soins (médecins, infirmières, préposées aux bénéficiaires). • Depuis une dizaine d'années, en Estrie comme au Québec, le taux d'occupation en centre hospitalier de courte durée et en centre d'hébergement et de soins de longue durée augmente et la durée moyenne de séjour dans ces établissements diminue. | <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité des ressources humaines directement affectées aux soins en Estrie. • La proportion de personnes âgées recevant des services à domicile. |
|--|---|



FAITS SAILLANTS

À SIGNALER

À SURVEILLER

SERVICES DE SANTÉ – SERVICES PRÉVENTIFS

- Le recours à la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans est plus élevé en Estrie qu'au Québec.

- Le taux de couverture de la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans.

SERVICES DE SANTÉ – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

- Un peu plus de facilité d'accès à un médecin de famille en Estrie qu'au Québec.
- Les Estriens utilisent davantage que les Québécois le service téléphonique Info-Santé.

- L'accès à un médecin de famille.

SERVICES DE SANTÉ – SERVICES HOSPITALIERS

- Le pourcentage des séjours excessifs à l'urgence est en augmentation. En Estrie, il est inférieur à celui du Québec.
- Le taux de césarienne est plus faible en Estrie qu'au Québec, malgré qu'il soit en hausse depuis le milieu des années 1990.
- Le pourcentage de personnes âgées vivant en institution de santé (foyer, maison de repos, etc.) est plus élevé en Estrie qu'au Québec.

- Le pourcentage de séjours excessifs à l'urgence.
- Le taux de césarienne.

ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE

- L'état de santé globale des Estriens se compare à celui des Québécois : l'espérance de vie des femmes est un peu plus élevée en Estrie qu'au Québec.

- L'écart d'espérance de vie entre les personnes défavorisées et favorisées.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – MALADIES CHRONIQUES

- Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dans la population connaît une croissance accélérée.
- La proportion de personnes avec un excès de poids augmente de façon soutenue.

- La prévalence des principales maladies chroniques en Estrie.
- Le taux des principaux facteurs de risque des maladies chroniques en Estrie.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS

- Les affections néonatales graves (syndrome de détresse respiratoire, septicémie néonatale) ainsi que la prématurité sont à la hausse, en Estrie et au Québec.

- Les affections néonatales graves.
- La prématurité.
- La proportion de naissances multiples.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

- Une problématique un peu particulière en Estrie concernant les accidents de la route, les chutes et les victimes d'incendie.

- La proportion en Estrie de conducteurs décédés au volant avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise.
- Le taux de victimes d'incendie en Estrie.



FAITS SAILLANTS

À SIGNALER

À SURVEILLER

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – MALADIES INFECTIEUSES

- L'Estrie affiche des taux supérieurs à la moyenne québécoise de giardiase et d'infections à *Streptococcus pneumoniae*.
- L'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – MALADIES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT

- Le taux des personnes intoxiquées et signalées au Centre Anti-Poison est légèrement à la hausse en Estrie.
- Le taux des personnes intoxiquées et signalées.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – MALADIES LIÉES AU MILIEU DE TRAVAIL

- Un taux d'incidence de lésions professionnelles (accidents au travail ou maladies professionnelles) un peu plus élevé en Estrie qu'au Québec.
- Le taux d'incidence de lésions professionnelles en Estrie.

ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE OU MENTALE

- En Estrie et au Québec, on enregistre annuellement environ 20 suicides pour 100 000 personnes.
- Le taux de suicide par sexe et par groupe d'âge.



DESCRIPTION BRÈVE DU TERRITOIRE

Située au sud du Québec, la région de l'Estrie comprend six municipalités régionales de comté (MRC) et un territoire équivalent (TE) : les MRC du Granit, des Sources, du Haut-Saint-François, du Val-Saint-François, de Coaticook, de Memphrémagog et le territoire équivalent de la Ville de Sherbrooke. En Estrie, ces territoires sont identiques à ceux des centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Avec une superficie en terre ferme de 10 187,5 km² pour 302 901 habitants en 2006, l'Estrie arrive au 7^e rang parmi les dix-sept régions administratives du Québec quant à la densité de la population (29,7 hab./km²), précédée par le Centre-du-Québec et suivie par Chaudière-Appalaches. La population de l'Estrie représente 4 % de la population du Québec. Environ la moitié (49,7 %) habite dans la Ville de Sherbrooke, 21,3 % en milieu rural et 29 % dans des villes ou villages dont le nombre d'habitants se situe entre 2 500 et 25 000.

L'Estrie compte une région métropolitaine de recensement (RMR) sur son territoire, la RMR de Sherbrooke. Cette RMR forme un noyau urbain qui regroupe autour de la ville de Sherbrooke huit municipalités adjacentes³. Avec 186 952 habitants en 2006, la RMR de Sherbrooke se classe 4^e parmi les régions métropolitaines de recensement du Québec quant à l'effectif de sa population. À ce chapitre, elle est devancée par les RMR de Montréal, Québec, Ottawa-Gatineau (partie québécoise) et suivie par celles de Saguenay et de Trois-Rivières. Plusieurs données et analyses par RMR sont produites par des organismes fédéraux tels Statistique Canada et la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL). Le présent portrait de santé ne contient aucune donnée ou analyse pour la RMR de Sherbrooke.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Conditions sociodémographiques

Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec, la région sociosanitaire de l'Estrie compte 302 901 habitants en 2006. C'est une région qui voit sa population augmenter chaque recensement et de façon accrue depuis 2001. Entre 1991 et 1996, l'Estrie a vu sa population croître de 2,9 % et de 3,9 % entre 2001 et 2006. Ces résultats sont supérieurs à ceux du Québec qui affiche une croissance stable de quelque 2,5 % entre les recensements des mêmes périodes. Un solde migratoire positif parmi les plus élevés au Québec explique cette situation.

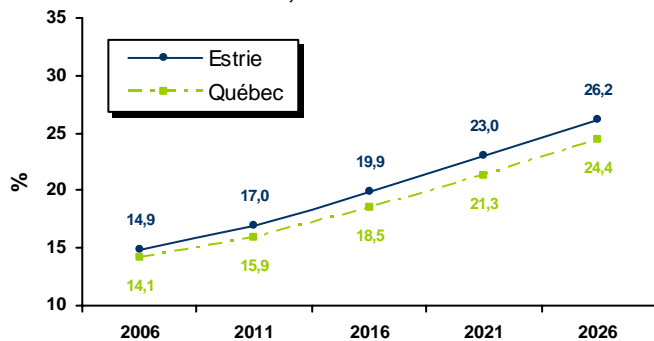
La population de l'Estrie, comme celle du Québec, est vieillissante : des indicateurs comme « l'âge médian », « l'indice de vieillesse » et le « pourcentage de 65 ans ou plus » reflètent bien cette réalité et sont tous à la hausse. La région de l'Estrie est cependant un peu plus vieille que le Québec avec 14,9 % de personnes âgées de 65 ans ou plus en 2006 contre 14,1 % au Québec.

Elle vieillit aussi plus rapidement que le Québec : l'Institut de la statistique du Québec prévoit qu'en 2026, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus aura presque doublé et représentera alors près de 26 % de la population en Estrie contre 24 % au Québec (Figure 1).

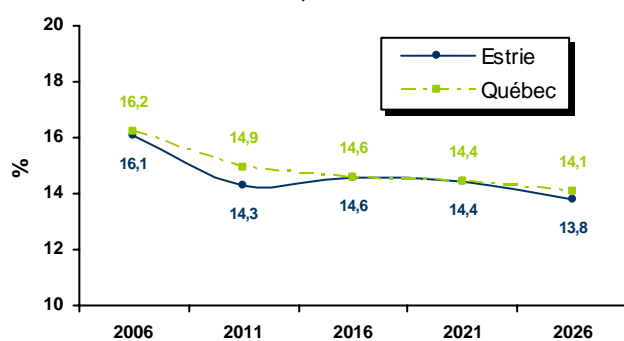
À l'inverse, la proportion de jeunes de 14 ans ou moins aura diminué, passant d'environ 16 % à 14 %, en Estrie comme au Québec au cours de la même période⁴ (Figure 2).

3. Voir dans la section des notes méthodologiques, la définition et la composition de la RMR de Sherbrooke.

4. Données non publiées dans les tableaux du présent document.

**Figure 1 : Pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus, Estrie et Québec, 2006 à 2026**

Source : Institut de la statistique du Québec.

Figure 2 : Pourcentage de jeunes âgés de 14 ans ou moins, Estrie et Québec, 2006 à 2026

Source : Institut de la statistique du Québec.

Ce déclin démographique des jeunes s'explique par la baisse constante de la natalité. En Estrie, le nombre annuel moyen de naissances a chuté de 9 % entre 1994-1998 et 1999-2003 contre 13 % au Québec. En parallèle, l'indice synthétique de fécondité, soit le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer, est passé en région de 1,65 enfant pour la période 1994-1998 à 1,57 pour 1999-2003. Même si cet indice est plus élevé en Estrie (1,57) qu'au Québec (1,48), il est en deçà des 2,1 enfants nécessaires pour assurer le renouvellement de la population. Toutefois, vers la même période, l'indice synthétique de grossesse, soit le nombre de grossesses par femme en âge de procréer, s'est maintenu à des valeurs proches de 2,1, l'écart entre les indices synthétiques de grossesses et de naissances étant dû pour 85 % des cas aux interruptions volontaires de grossesse et pour 15 % des cas aux avortements spontanés.

Le déclin démographique des jeunes associé à la part grandissante des aînés, c'est-à-dire le vieillissement de la population, a un impact social et économique croissant sur la capacité des adultes (les 15-64 ans) à « soutenir » les plus âgés de la société. Ainsi, l'indice de dépendance des aînés est en augmentation dans la population et cette dépendance est un peu plus élevée en Estrie qu'au Québec étant donné que la population de l'Estrie est un peu plus âgée que celle de la province.

Conditions socioculturelles

Certaines conditions socioculturelles peuvent avoir un impact tangible sur la santé et le bien-être des individus. Au cours des dernières décennies, la structure de la société a connu des changements en profondeur et rien n'indique que ces transformations soient terminées. Ainsi, entre 1991 et 2006, au sein des familles qui ont des enfants de moins de 18 ans, on a assisté, en Estrie comme au Québec, à une augmentation importante de la proportion des couples en union libre (de 13,9 % à 36,6 % en Estrie) et, dans une moindre mesure, de la proportion des familles monoparentales (de 18,1 % à 24,3 %) en Estrie. En contrepartie, la proportion des couples mariés a chuté (de 68 % à 39 % en Estrie). Parallèlement, une proportion de plus en plus importante de personnes âgées de 18 ans ou plus vit seule. En Estrie, cette proportion est passée de 13,4 % à 17,9 % entre 1991 et 2006. De plus, elle augmente avec l'âge, particulièrement à partir de 65 ans. Chez les 75 ans ou plus, quatre personnes sur dix vivent seules, en Estrie comme au Québec. Les raisons à l'origine du fait de vivre seul varient au fil des âges. Chez les personnes âgées, le décès du conjoint explique souvent cette situation.

Par ailleurs, entre 1991 et 2001, on a assisté, en Estrie plus qu'au Québec, à une augmentation de la proportion de personnes âgées vivant à domicile. Toutefois, en dépit de cette hausse en région, l'Estrie compte proportionnellement moins de personnes âgées vivant en ménage privé, surtout chez les 85 ans ou plus (49,5 % en Estrie contre 58,9 % au Québec), cette situation s'expliquant en partie par une bonne disponibilité de logements collectifs sur le territoire estrien.

Enfin, en comparaison de la moyenne québécoise, il y a en région proportionnellement plus de francophones (93 % en Estrie contre 82,7 % au Québec) et moins d'immigrants (4,6 % en Estrie contre 11,5 % au Québec). Relativement à l'immigration, soulignons que l'Estrie constitue le 3^e pôle d'attraction des nouveaux arrivants au Québec, après la grande région de Montréal et l'Outaouais.



Conditions socioéconomiques

L'association entre la santé et les conditions socioéconomiques a été démontrée depuis longtemps. À cet égard, le niveau de scolarité des Estriens s'est grandement amélioré au fil des années. En 1991, 44,1 % des Estriens de 25 ans ou plus ne possédaient aucun diplôme d'études secondaires contre 25,3 % en 2006⁵. Durant cette période, la proportion des 25 ans ou plus ayant un grade universitaire (au moins un baccalauréat) augmentait de 9,7 % à 16 %. Toutes ces proportions sont comparables à celles du Québec.

En 2005, 14,6 % de la population de l'Estrie, contre 17,2 % au Québec, vit sous le seuil de faible revenu. Historiquement, cette proportion est légèrement supérieure chez les femmes. Entre 2000 et 2005, le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de faible revenu a diminué en Estrie, passant de 16 % à 14,6 %, alors qu'au Québec il a chuté de 19,1 % à 17,2 %. En parallèle à ces chiffres sur la défavorisation économique, l'Estrie affiche en 2006, en comparaison du Québec, un taux de chômage légèrement inférieur et un taux de prestataires de l'assistance-emploi un peu plus élevé. Également, 50 % des aînés de l'Estrie, contre 46,5 % du Québec, bénéficient du Supplément de revenu garanti. Malgré ces écarts, les taux de chômage, de prestataires de l'assistance-emploi et de bénéficiaires du Supplément de revenu garanti s'inscrivent tous dans une tendance à la baisse, en Estrie comme au Québec.

Au plan économique en 2006, plus des deux-tiers (68,7 %) de la main-d'œuvre de l'Estrie occupent des emplois reliés au secteur tertiaire (commerce, transport, hôtellerie, services et soins) contre 26,6 % dans le secteur secondaire (21 % pour l'industrie et 5,6 % en construction) et 4,7 % dans le secteur primaire (agriculture, exploitation forestière et extraction minière). Au Québec, ces proportions s'élèvent respectivement à 77,3 %, 19,8 % et 2,9 %. En Estrie comme au Québec, on constate au fil des ans une augmentation soutenue de la proportion de travailleurs employés dans le secteur tertiaire au détriment des secteurs primaire et secondaire.

Environnement physique

Il est difficile de juger de la qualité de l'environnement à partir des quelques indicateurs disponibles. Quelques constats méritent toutefois d'être signalés : une part importante de la population en Estrie (37,8 %) puise son eau potable dans un puits (eaux souterraines) contre 22,7 % de la population du Québec.

Environ une personne sur quatre en Estrie, contre une sur huit au Québec, n'est pas raccordée à un réseau de distribution d'eau potable. Par rapport au Québec, une plus faible proportion d'Estriens est desservie par des installations d'épuration d'eaux usées (67,3 % en Estrie contre 79,4 % au Québec).

Par ailleurs, un peu plus d'un non-fumeur sur dix en Estrie et au Québec est exposé à la maison chaque jour ou presque à la fumée de tabac des autres personnes dans le ménage. Ce constat est important puisque la fumée de tabac dans l'environnement est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire et de cancer, tout en étant une cause potentielle de problèmes respiratoires (ex. : asthme) chez les enfants.

D'autre part, près de neuf personnes sur dix (87,1 %) en Estrie utilisent un véhicule à moteur privé comme conducteur ou passager pour se rendre au travail et près d'une personne sur dix (8 %) s'y rend à pied. Au Québec, ces proportions se chiffrent respectivement à 78,2 % et 6,6 %. Si la marche est en soi une bonne habitude de vie en regard de la santé, ce mode de transport pour se rendre au travail recrute toutefois de moins en moins d'adeptes, la proportion de marcheurs en Estrie étant passée de 10 % à 8 % entre 1996 et 2006. Dans les faits, de plus en plus d'Estriens remplacent la marche par le véhicule à moteur privé pour se rendre au travail. Dans l'ensemble du Québec, il semble que la diminution de la marche soit due à un recours accru au transport en commun. La marche entraîne une activité physique plus grande et un bilan environnemental plus favorable que l'utilisation d'une automobile.

Environnement social

En ce qui a trait à l'environnement social, l'Estrie fait plus ou moins bonne figure par rapport au Québec dépendant de la problématique étudiée et de son angle d'analyse.

Dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, 315 nouvelles prises en charge sont dénombrées en région par année, ce qui correspond à 5,1 cas pour 1 000 jeunes de moins de 18 ans, un taux statistiquement comparable à celui du

5. Les données du recensement de 2006 sur la scolarité ne sont pas présentées parce que non comparables à celles des recensements précédents.



Québec (5,6 cas). La négligence et les troubles de comportement sont à l'origine de la grande majorité de ces prises en charge. Fait à souligner cependant, le taux de nouvelles prises en charge a augmenté au Québec jusqu'en 2005 et cette hausse s'explique surtout par la croissance du nombre de cas de négligence. L'Estrie suit cette tendance provinciale, qui pourrait cependant être modifiée à la suite du changement en 2006 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

Chez les jeunes de 12 à 17 ans en Estrie, le taux d'infractions au *Code criminel* et aux lois a augmenté d'environ 22 % entre 1999 et 2005, passant d'une moyenne annuelle de 4 754 à 5 810 infractions pour 100 000 jeunes. Durant cette période, ce taux a été relativement stable au Québec, gravitant annuellement autour de 5 700 infractions pour 100 000 jeunes. En 1999-2000, l'Estrie affichait un taux inférieur à celui du Québec. En 2003-2005, l'Estrie rejoint maintenant la moyenne provinciale avec un taux presque comparable (5 810 contre 5 619/100 000). Chez les jeunes de 12 à 17 ans, environ 70 % des infractions sont commises par les 15-17 ans. La hausse de 22 % enregistrée en Estrie entre 1999 et 2005 leur est donc majoritairement imputable.

Parallèlement, la situation du décrochage scolaire dans le secteur public en Estrie est des plus préoccupantes. La région se classe parmi les régions administratives les moins performantes en matière de réussite scolaire au secondaire public, près du dernier rang. Concrètement, en 2004-2005 dans le réseau public de l'éducation, 35,7 % des élèves du secondaire de l'Estrie ont décroché avant d'avoir obtenu leur diplôme d'études secondaires contre 27,8 % au Québec. Le décrochage touche plus les garçons : en Estrie, 46,1 % d'entre eux décrochent contre 24,4 % chez les filles. Malgré ce constat de décrochage scolaire, il faut quand même souligner que, tel que décrit dans le chapitre sur l'environnement socioéconomique, le niveau de scolarité des Estriens s'est amélioré de façon notable au cours des ans.

Par ailleurs, le taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 19 ans est comparable entre l'Estrie et le Québec avec des taux annuels respectifs de 38,5 et 36,6 pour 1 000 adolescentes au cours de la période de 2002-2004. Même si la tendance est à la baisse, les grossesses à l'adolescence demeurent toujours problématiques, car elles risquent d'interrompre la scolarisation de la mère et son cheminement professionnel, d'autant plus qu'elles sont souvent associées à des conditions familiales et socioéconomiques défavorables, à une faible estime de soi et au peu d'intérêt pour les études.

Quant à la violence conjugale faite aux femmes, entre 1999-2000 et 2003-2005, le taux de femmes victimes a augmenté de près de 35 % en Estrie contre 6 % au Québec. Cette hausse peut s'expliquer en partie par une plus grande propension de la population à rapporter ces crimes aux autorités. De plus, cette hausse du taux en Estrie amène la région à rejoindre peu à peu le taux du Québec. Au cours de la période citée, le taux de l'Estrie a toujours été inférieur à celui du Québec. En 2003-2005, il s'établit en Estrie à 336 femmes victimes pour 100 000 femmes âgées de 12 ans ou plus contre 425/100 000 femmes du même âge au Québec. Ces statistiques ne montrent bien sûr qu'un aspect de la violence conjugale. Une enquête québécoise menée en 1998⁶ indiquait que 6 % des femmes ayant vécu en couple pendant au moins deux mois rapportent avoir subi de la violence physique, alors que 7 % affirment avoir subi de la violence sexuelle de la part de leur conjoint.

Les données relatives aux crimes contre la personne indiquent qu'en moyenne 2 300 infractions ont été enregistrées chaque année en Estrie entre 2003 et 2005, soit un taux annuel moyen de 769 infractions pour 100 000 personnes. Ce taux est inférieur à celui du Québec (1 003 infractions pour 100 000). Par rapport à 1999-2000, le taux de crimes contre la personne est en hausse en Estrie (32 %) comme au Québec (6 %). Les voies de fait et les menaces sont les infractions les plus souvent enregistrées dans ce type de crime.

Également, le nombre de places disponibles en services de garde pour les enfants de moins de 5 ans a connu un essor important durant la dernière décennie, particulièrement depuis la création en 1997 des centres de la petite enfance (CPE). En Estrie comme au Québec, on dénombrait, en 2006, 53 places disponibles pour 100 enfants de moins de 5 ans contre environ 18 places en 1996.

Enfin, environ deux personnes sur dix (18,5 %) âgées de 15 ans ou plus, de l'Estrie comme du Québec, plus souvent des femmes (21,7 %) que des hommes (15,1 %), prodiguent sans rémunération des soins aux personnes âgées. Avec le vieillissement de la population, cette proportion d'aidants auprès des aînés connaît une hausse soutenue.

Habitudes de vie et comportements

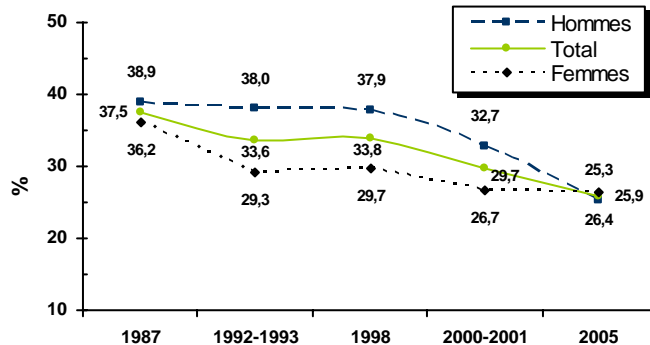
À la lumière des indicateurs figurant dans le présent document, la population de l'Estrie affiche des habitudes de vie et des comportements liés à la santé tout à fait comparables à la population du Québec. Cependant, en Estrie comme au Québec, certains de ces facteurs de risque sont à la baisse alors que d'autres sont à la hausse.

6. La violence envers les conjointes dans les couples québécois, Institut de la statistique du Québec, 1998.



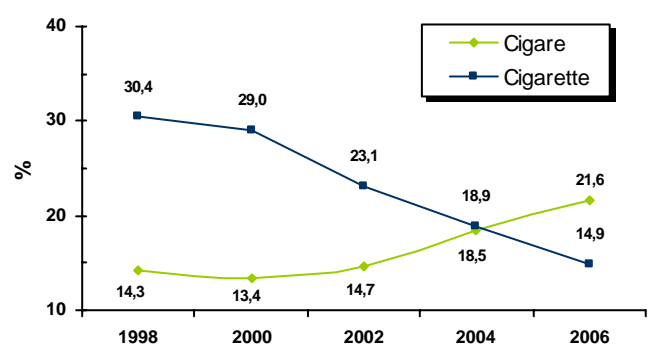
Le tabagisme affecte présentement une personne sur quatre en Estrie comme au Québec et accuse une baisse constante depuis plusieurs années, autant chez les hommes que chez les femmes (Figure 3). C'est un facteur de risque important de maladies chroniques comme le cancer et les maladies cardiovasculaires. Chez les jeunes du secondaire de l'Estrie, le taux de fumeurs de cigarette a diminué drastiquement entre 2000 et 2005, passant de 30,1 % à 16,8 %. Au Québec, ce taux a subi une décroissance semblable, passant de 29 % à 14,9 % entre 2000 et 2006. Une étude récente⁷ révèle toutefois qu'au Québec, le taux de fumeurs de cigares ou de cigarillos est à la hausse chez les jeunes du secondaire (Figure 4).

Figure 3 : Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels selon le sexe, population de 12 ans ou plus, Estrie, 1987 à 2005



Source : Institut de la statistique du Québec.

Figure 4 : Pourcentage de fumeurs de cigarette et de cigare, élèves du secondaire, Québec, 1998 à 2006



Source : Institut de la statistique du Québec.

De plus, la proportion de la population qui n'est pas suffisamment active physiquement durant les loisirs est à la baisse en Estrie comme au Québec, autant chez les hommes que chez les femmes. En région, cette proportion est passée de 73,9 % à 64,7 % entre 2001 et 2005. Ce constat est encourageant même si la proportion des personnes qui ne bougent pas assez durant les loisirs est encore trop élevée. Un niveau suffisant d'activité physique réduit, entre autres, le risque de contracter une maladie cardiovasculaire tout en permettant de diminuer le poids et d'améliorer le cholestérol sanguin, la tension artérielle et le diabète. Chez les 12 à 17 ans, la proportion de jeunes qui ne sont pas suffisamment actifs durant les loisirs s'élève à près de 60 %. Contrairement aux adultes, entre 2003 et 2005 en Estrie comme au Québec, aucune baisse significative n'est notée chez les jeunes.

Également, la moitié de la population âgée de 12 ans ou plus ne consomme pas suffisamment de fruits ou de légumes (cinq fois ou plus par jour). Cette proportion est plus forte chez les hommes que chez les femmes (59,5 % contre 40,6 % en Estrie). Or, la consommation quotidienne cinq fois ou plus de fruits et légumes réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de certains cancers, du diabète de type 2 et de l'obésité.

Par ailleurs, la consommation élevée d'alcool en une même occasion (cinq consommations ou plus) douze fois l'an ou plus est en hausse au Québec depuis une dizaine d'années. En Estrie, la tendance est semblable à celle du Québec. Plus particulièrement entre 2001 et 2005, la proportion de ce type de buveurs en région est passée de 15,9 % à 18,1 % et beaucoup plus d'hommes que de femmes déclarent avoir ce type de comportement (25,9 % contre 10,7 %). Cette augmentation de personnes qui boivent trop souvent beaucoup d'alcool en une seule occasion est inquiétante d'autant plus qu'annuellement en Estrie, on estime à plus de 185 le nombre de décès liés à la consommation d'alcool. C'est chez les jeunes de 20 à 24 ans que ce genre de comportement excessif est le plus souvent observé.

La conduite avec facultés affaiblies par l'alcool résultant d'une consommation d'alcool élevée se retrouve parmi les principaux facteurs de risque occasionnant des blessures graves ou mortelles chez les usagers du réseau routier. En Estrie comme au Québec, le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies est comparable tout en étant à la baisse. En 1995-1997, environ 440 condamnations pour 100 000 titulaires de permis de conduire étaient enregistrées annuellement contre quelque 300/100 000 en 2002-2004. Toutefois, l'analyse provinciale de la tendance par groupe d'âge montre une baisse chez les 25 à 64 ans, mais fait malheureusement ressortir une hausse chez les jeunes de moins de 25 ans. L'analyse par sexe révèle par ailleurs que la conduite avec facultés affaiblies demeure avant tout un comportement masculin.

7. Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, Institut de la statistique du Québec, 2006.



Services de santé – Ressources et équipements

En matière de ressources humaines affectées aux soins, l'Estrie se démarque avantageusement de la moyenne québécoise sauf en ce qui a trait au nombre de dentistes.

Concrètement, la région bénéficie d'environ 120 omnipraticiens pour 100 000 habitants contre 101/100 000 au Québec, un écart positif de 20 % par rapport à la province. La population de l'Estrie peut aussi compter sur quelque 125 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 107/100 000 au Québec, soit un écart positif de 17 % par rapport à la moyenne du Québec. Il y a aussi en Estrie proportionnellement plus d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires. La présence d'un centre hospitalier universitaire en région explique en bonne partie cette situation. Par contre, la région se situe sous la moyenne du Québec quant au nombre de dentistes par 100 000 habitants (39 contre 50/100 000). Toutefois, au-delà de ces comparaisons, on assiste ces dernières années à un accroissement du nombre de ressources humaines affectées aux soins, en Estrie et dans l'ensemble du Québec.

Concernant les soins physiques hospitaliers de courte durée, l'Estrie, comme le Québec, a connu depuis le milieu des années 1990 une diminution du nombre de lits disponibles. Cette rationalisation a fait grimper le taux d'occupation des lits et diminuer la durée moyenne de séjour, permettant de compenser en partie la réduction du nombre de lits.

Le secteur public de l'hébergement et des soins de longue durée a également connu une rationalisation au cours des dix dernières années. Dans ce secteur, une réduction du nombre de lits s'est traduite par une légère augmentation du taux d'occupation avoisinant maintenant 100 %, mais surtout par une diminution appréciable de la durée moyenne de séjour qui s'établit maintenant à près de 205 jours. Cette réduction de la durée d'hébergement est associée à un resserrement des critères d'admission qui fait en sorte que maintenant les personnes admises sont en état de maladie plus avancée et y décèdent plus rapidement.

Services de santé – Services préventifs

L'Estrie ne se démarque pas vraiment de la moyenne du Québec en ce qui concerne les services préventifs, du moins selon les indicateurs disponibles. On note toutefois, chez les femmes de l'Estrie âgées de 50 à 69 ans, un plus grand recours à la mammographie (72,3 % en Estrie contre 65,5 % au Québec). Il faut aussi signaler que les taux de vaccination contre la grippe chez les 50 et les 60 ans ou plus sont légèrement inférieurs en Estrie (42,3 % et 55,9 %) par rapport au Québec (45,2 % et 59,8 %).

Également, au fil des ans en Estrie comme au Québec, les motifs de retrait préventif des travailleuses enceintes et l'ampleur de ces motifs ont évolué. Une plus grande conscientisation des travailleuses enceintes aux risques pour leur grossesse en milieu de travail explique en partie ce phénomène.

Services de santé – Services de première ligne

Les indicateurs disponibles sur les services de première ligne positionnent l'Estrie dans une situation un peu plus favorable que la moyenne québécoise. Tout d'abord, il semblerait un peu plus facile d'avoir accès à un médecin de famille en région alors que 21,6 % de la population déclare ne pas avoir de médecin de famille contre 24,9 % au Québec. Cependant, les enquêtes⁸ consultées révèlent que la moitié des personnes sans médecin de famille affirment ne pas en chercher. De plus, ces mêmes enquêtes montrent une tendance à la baisse de la proportion de personnes sans médecin de famille, celle-ci étant passée de 31,3 % à 21,6 % en Estrie entre 2001 et 2005. Ces chiffres sur l'accès à un médecin de famille doivent cependant être interprétés avec prudence étant donné qu'ils sont tirés d'enquêtes (en bonne partie téléphoniques) basées sur la perception des gens sondés.

Par ailleurs, le recours à certains services ambulatoires est différent en région. Les Estriens utilisent davantage que les Québécois le service téléphonique Info-Santé dont la rapidité d'accès en région est parmi les meilleures du Québec.

Par contre, un taux plus faible en Estrie qu'au Québec de femmes âgées de 14 à 49 ans a recourt aux interruptions volontaires de grossesse (12,9/1 000 contre 16,4/1 000). Cet écart entre l'Estrie et le Québec est surtout imputable aux femmes de 25 ans ou plus. Finalement, en Estrie comme au Québec, près d'une personne sur dix âgées de 65 ans ou plus reçoit des services à domicile, une proportion relativement stable depuis quelques années.

8. Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada.



Services de santé – Services hospitaliers

La compréhension du système de santé repose souvent sur l'analyse des services hospitaliers. En Estrie, les indicateurs des services hospitaliers se retrouvent assez souvent dans la moyenne du Québec. Parmi ceux disponibles dans le présent document, il appert que la région affiche une meilleure performance à certains égards. Ainsi, même si l'urgence des hôpitaux est de plus en plus sollicitée, le pourcentage des séjours excessifs à l'urgence⁹ en Estrie est inférieur à celui du Québec.

Le taux de césarienne est également plus faible en Estrie qu'au Québec (17,1 % des accouchements contre 22,1 %), un phénomène par ailleurs à la hausse en Estrie comme dans toutes les autres régions du Québec.

Autre indicateur de performance à souligner au chapitre de l'organisation des services hospitaliers : le taux de mortalité évitable en Estrie est inférieur à la valeur moyenne du Québec.

L'Estrie se démarque aussi du Québec par une plus grande proportion de personnes de 65 ans ou plus vivant en institution de santé tel un foyer, une maison de repos, etc. (11,6 % contre 8,6 %), un plus fort taux d'angioplastie (33,9/10 000 personnes de 20 ans ou plus contre 25,5/10 000), un plus fort taux de chirurgies d'un jour (384,9/10 000 contre 361,6/10 000) et finalement, une propension légèrement plus élevée que la moyenne du Québec à hospitaliser pour des conditions propices aux soins ambulatoires (41,2/10 000 contre 38,3/10 000).

ÉTAT DE SANTÉ

État de santé globale

Globalement l'état de santé de la population de l'Estrie se maintient dans la moyenne québécoise, et ce, depuis plusieurs années. Un des indicateurs fiables et valides souvent utilisé pour mesurer cette réalité est la perception que se font les individus de leur état de santé. Or, en Estrie comme au Québec, environ neuf personnes sur dix se perçoivent en bonne santé.

L'espérance de vie est aussi un bon indicateur global de l'état de santé des populations. En Estrie comme au Québec, l'espérance de vie à la naissance est en hausse constante depuis plusieurs années tout en étant à peu près comparable entre les deux territoires. Chez les hommes de l'Estrie comme du Québec, l'espérance de vie à la naissance s'établit maintenant à 76,5 ans. Par contre, chez les femmes, on note une espérance de vie un peu plus élevée en Estrie (82,7 ans) qu'au Québec (82,1 ans). Fait à souligner, l'espérance de vie varie en fonction de la défavorisation matérielle et sociale. En Estrie, par exemple, les hommes plus défavorisés peuvent s'attendre à vivre en moyenne environ sept années de moins que ceux plus favorisés. Chez les femmes, l'écart entre les deux groupes est d'environ trois années¹⁰.

Si l'espérance de vie est un peu plus élevée en Estrie, c'est qu'on y relève un taux ajusté de mortalité un peu plus faible (702,3/100 000) qu'au Québec (724,6/100 000). De la même façon, si l'espérance de vie est à la hausse, c'est que la mortalité est à la baisse en Estrie comme au Québec. Par contre, l'examen plus détaillé de la mortalité par cause fait ressortir en Estrie une surmortalité due aux traumatismes non intentionnels, une problématique davantage documentée dans le chapitre sur les traumatismes non intentionnels.

9. Plus de 24 heures ou plus de 48 heures.

10. Données non publiées dans les tableaux du présent document.



LA DÉFAVORISATION ET LA SANTÉ

Le lien entre la défavorisation et l'état de santé est bien connu : les personnes les moins favorisées risquent davantage de présenter différents types de maladies, d'être malades à un plus jeune âge et de mourir plus tôt. La défavorisation peut s'articuler autour de deux volets complémentaires, soit la défavorisation matérielle et la défavorisation sociale¹¹. La scolarité et le revenu sont parmi les déterminants les plus influents de la défavorisation matérielle, et en cette matière, les indicateurs montrent une amélioration depuis quelques années en Estrie et au Québec. Par ailleurs, les indicateurs de la défavorisation sociale dont le fait de vivre seul, la monoparentalité et le fait d'être séparé, divorcé ou veuf brossent un tableau moins réjouissant. Cependant, au-delà de ces tendances décrites au chapitre sur l'environnement social, il faut surtout retenir que **des écarts de santé persistent** en Estrie entre les mieux nantis et les plus défavorisés, parce que ces derniers sont souvent, entre autres, isolés ou exclus ou encore sous-scolarisés, pauvres ou sans emploi.

Spécifiquement, au Québec, naître défavorisé matériellement ou socialement augmente par exemple le risque d'avoir un poids insuffisant à la naissance (+ 60 %), de souffrir d'asthme ou d'otites (+ 70 %), d'avoir de l'embonpoint dès l'enfance (+ 170 %) ou encore d'avoir une mauvaise santé dentaire¹². Pour plusieurs, naître défavorisé voudra également dire grandir défavorisé, ce qui se traduit par une moins bonne santé et des chances de vivre moins longtemps (environ 4,4 années en Estrie, sexes réunis).

Quelques constats éclairants en Estrie :

- Pour la période de 1999 à 2004, on a enregistré en moyenne annuellement un taux ajusté d'hospitalisations (toutes causes pathologiques confondues) de 57 % plus élevé chez les moins bien nantis comparativement aux plus favorisés.
- Le taux ajusté de mortalité est 46 % plus élevé chez les moins bien nantis par rapport aux mieux nantis.

État de santé physique – Maladies chroniques

L'Estrie se compare à la moyenne québécoise pour les principaux problèmes de santé chronique, sauf le diabète où la région présente un taux ajusté inférieur à celui du Québec (5,2 % contre 6,5 %)¹³. En 2005 en Estrie, dans la population des 12 ans ou plus, environ une personne sur quatre (25 %) déclare souffrir d'allergies autres qu'alimentaires, ce qui en fait le problème de santé chronique le plus fréquemment rapporté. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (18 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (14 %), l'hypertension (12 %) et les migraines (10 %). Ces proportions sont semblables à celles du Québec.

Au-delà des comparaisons avec le Québec, il faut cependant souligner au chapitre des maladies chroniques la croissance accélérée de la prévalence (nombre de cas) de ces maladies au sein de la population. En région comme au Québec, le nombre de personnes atteintes par ces maladies chroniques est en augmentation, surtout parce que le nombre de personnes âgées est en hausse dans la population, mais aussi parce que la prévalence de certains facteurs de risque associés est également en croissance ou encore trop élevée. Le diabète, par exemple, est de plus en plus fréquent au sein de la population. Entre 2000 et 2005 en Estrie, soit sur une période de cinq ans seulement, le nombre de diabétiques a augmenté de 47 %, passant de 8 943 à 13 132 (Figure 5). Parallèlement, le surplus de poids, un facteur de risque du diabète, mais aussi d'autres maladies chroniques, est un problème de santé de plus en plus courant en Estrie et au Québec. De 1987 à 2005, en Estrie, le pourcentage de la population qui présente un excès de poids est passé de 44 % à 53 % chez les hommes et de 26 % à 40 % chez les femmes (Figure 6).

À mentionner également un taux ajusté d'incidence du cancer plus faible en Estrie, particulièrement pour le cancer du sein chez la femme. On dénote aussi en région une plus faible mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire, aux pneumonies et gripes ainsi qu'aux conditions associées au tabagisme, particulièrement les cardiopathies ischémiques.

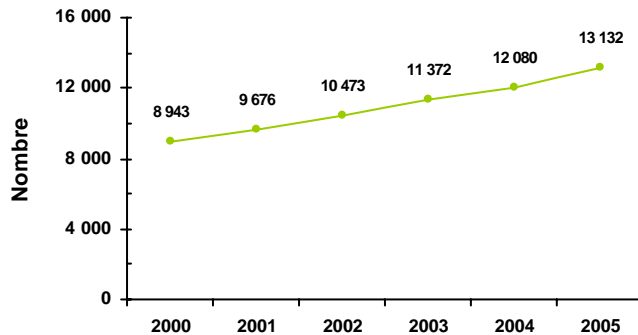
11. Pampalon, R. et coll. (2004). *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, n° INSPQ : 295, 12 p.

12. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – Riches de tous nos enfants – La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, 162 p.

13. Il s'agit ici du taux de diabète diagnostiqué par un médecin.



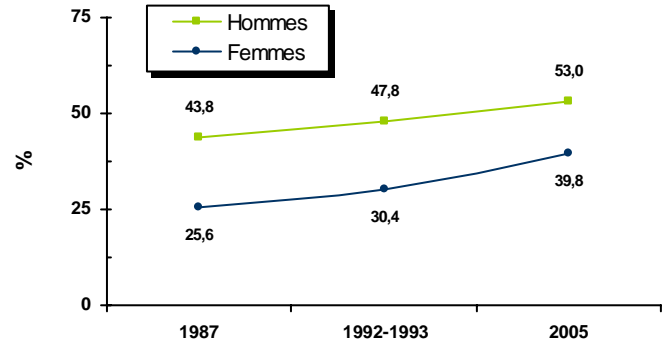
Figure 5 : Nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus atteintes de diabète, Estrie, 2000 à 2005



Source : Institut national de santé publique du Québec.

Note : Les cas de diabète correspondent ici à des cas diagnostiqués par un médecin.

Figure 6 : Pourcentage de personnes avec un excès de poids selon le sexe, population âgée de 20 ans ou plus, Estrie, 1987, 1992-1993, et 2005



Sources : Enquête santé Québec 1987, Institut de la statistique du Québec. Enquête sociale et de santé 1992-1993, Institut de la statistique du Québec. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005.

Note : L'excès de poids correspond ici à un indice de masse corporelle de 25 ou plus (norme internationale).

État de santé physique – Santé des nouveau-nés

La santé des nouveau-nés en Estrie se compare globalement à celle des nouveau-nés du Québec, si ce n'est que les bébés de l'Estrie sont moins touchés par le syndrome de détresse respiratoire (9,6 cas pour 1 000 nouveau-nés en Estrie contre 15,9 cas pour 1 000 au Québec).

En Estrie comme au Québec, le taux de mortalité infantile a diminué de façon spectaculaire au cours des dernières décennies, passant d'environ 10 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1981, à près de 5/1 000 en moyenne par année au cours de 2000-2003. Le taux des naissances présentant un retard de croissance intra-utérine a aussi diminué au cours de la même période. Ces gains pourraient être attribuables à de meilleures habitudes de vie des mères, comme leur plus faible propension à fumer durant la grossesse. Ce progrès doit cependant être nuancé par une augmentation marquée, en Estrie comme au Québec, des naissances prématurées (près de 8 % des naissances vivantes en Estrie et au Québec) et des affections néonatales graves comme le syndrome de détresse respiratoire et la septicémie néonatale (au total : 30 cas pour 1 000 nouveau-nés en Estrie contre 33/1 000 au Québec). Il y a une dizaine d'années, le taux de ces deux affections néonatales graves s'élevait à 16 cas pour 1 000 nouveau-nés en Estrie alors que la proportion de naissances prématurées se chiffrait à près de 6,3 %. La hausse des naissances multiples (de 1,8 % à 3 % entre 1989 et 2001 en Estrie) notamment liée à la fécondation in vitro et à l'amélioration des techniques médicales évitant la mort infantile pourraient en partie expliquer l'augmentation de la proportion des naissances prématurées et des nouveau-nés souffrant de détresse respiratoire.

État de santé physique – Traumatismes non intentionnels

Comme évoqué au chapitre sur l'état de santé globale, il semble y avoir en Estrie une problématique particulière concernant les traumatismes non intentionnels (les accidents), plus spécifiquement en ce qui a trait aux accidents de transport ou de véhicules à moteur, aux chutes ainsi qu'aux incendies.

Pour ce qui est de la mortalité par traumatismes non intentionnels, on relève annuellement en Estrie environ 31 décès pour 100 000 personnes contre 26/100 000 au Québec. Plus particulièrement, les accidents de transport ou de véhicule à moteur sont responsables chaque année de quelque 14 décès pour 100 000 en Estrie contre près de 10/100 000 au Québec. L'alcool est peut-être en cause dans cette surmortalité estrienne. En région, 39 % des conducteurs décédés au volant ont un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise. Au Québec, cette proportion s'établit à 31 %. Quant à l'hospitalisation, la région enregistre également des taux supérieurs au Québec relativement aux accidents de véhicule à moteur et aux chutes accidentelles.

Autre indicateur préoccupant : avec un taux annuel moyen de 8,8 victimes d'incendie par 100 000 habitants enregistré pendant la période de 1998 à 2002, l'Estrie, avec Montréal, se classe au premier rang des dix-huit régions sociosanitaires concernant cette problématique. À titre de comparaison, la moyenne québécoise a été de 6,1 victimes d'incendie par 100 000 habitants au cours de la même période.



Si les traumatismes non intentionnels sont responsables chaque année en Estrie de quelque 100 décès, soit 4,3 % de l'ensemble des décès, leur fardeau sur le système de santé est encore plus appréciable. Sur une base annuelle, ils génèrent environ 2 350 hospitalisations en Estrie pour près de 9 % de l'ensemble des hospitalisations dues à la maladie. À ce fardeau, il faut ajouter celui des incapacités qui découlent souvent des accidents.

État de santé physique – Maladies infectieuses

L'analyse de l'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire pour une région sociosanitaire comme l'Estrie n'est pas toujours évidente parce que le nombre de cas annuel est soit sous-déclaré, soit souvent petit et donc fluctuant d'année en année. Malgré cette difficulté, on relève en région pour la période de 2002 à 2006 un taux annuel moyen significativement supérieur au Québec de giardiase (21,8/100 000 en Estrie contre 12,8/100 000 au Québec) et d'infections à *Streptococcus pneumoniae* (19,1/100 000 en Estrie contre 11/100 000 au Québec).

Parmi les principales maladies infectieuses, on note, en Estrie comme au Québec, entre 1992 et 2006, que l'incidence de la coqueluche est à la baisse alors que celle de la *chlamydia trachomatis* génitale, de l'hépatite C chronique et de l'infection à *Streptococcus pneumoniae* est à la hausse. Il faut être prudent dans l'analyse d'une tendance pour l'hépatite C, car cette maladie n'est à déclaration obligatoire que depuis 2002. Avant cette date, l'hépatite C était sous-diagnostiquée et sous-déclarée.

État de santé physique – Maladies liées à l'environnement

La disponibilité d'indicateurs d'impact de l'environnement physique sur l'état de santé est récente. La spécificité de ces quelques indicateurs à ne mesurer que l'impact de l'environnement sur la santé est variable. Malgré tout, il est connu que des conditions environnementales comme le smog ou la chaleur accablante peuvent exacerber par exemple des problèmes cardiaques ou pulmonaires.

Selon les quelques indicateurs disponibles, l'Estrie ne se démarque pas vraiment du Québec au chapitre des maladies liées à l'environnement. Tout au plus, on relève de légers écarts en défaveur de l'Estrie concernant les hospitalisations dues à des causes comme certaines cardiopathies ischémiques, les affections cardio-pulmonaires aiguës et les troubles du rythme cardiaque. Par contre, l'écart est favorable à l'Estrie pour ce qui est des avortements spontanés.

Fait à noter : les intoxications déclarées et signalées au Centre Anti-Poison sont en baisse au Québec, mais légèrement en hausse en Estrie. Dans cette problématique, les enfants de 15 ans ou moins sont au moins trois fois plus victimes d'intoxications que le reste de la population.

État de santé physique – Maladies liées au milieu de travail

Comme pour l'environnement physique, il est difficile de relier directement des problèmes de santé au milieu de travail, même si certaines maladies y sont davantage associées, par exemple le cancer de la plèvre et l'amiantose.

Malgré tout, l'Estrie se démarque de la moyenne québécoise par un taux d'incidence supérieur d'accidents et de maladies liées au travail, soit 47 pour 1 000 travailleurs en région contre 43,7/1 000 au Québec, entre 2003 et 2005. Cette légère surmorbidity en Estrie s'explique surtout par une structure industrielle différente de celle du Québec. En Estrie comme au Québec, les maladies et accidents du travail sont nettement plus fréquents chez les hommes, et ce, dans tous les groupes d'âge. Cependant, depuis quelques années, la tendance est à la baisse.

Par ailleurs, près de quatre travailleurs sur dix, en Estrie comme au Québec, déclarent ne pas avoir une grande latitude de prise de décision au travail et une pareille proportion dit éprouver un stress quotidien élevé en milieu de travail. Or, lorsque les travailleurs manquent de latitude en matière de prise de décision, cela peut représenter une source de stress et avoir des effets néfastes sur leur santé psychologique.

État de santé psychosociale ou mentale

Peu d'indicateurs sont disponibles pour décrire l'état de santé mentale ou psychosociale de la population. L'analyse des quelques indicateurs du présent document ne relève pas de différence significative entre l'Estrie et le Québec. Ainsi, la très grande majorité des Estriens comme des Québécois ont une perception positive de leur état de santé mentale. De fait, moins



de 4 % de la population ne se perçoit pas en bonne santé mentale. Par contre, entre deux et trois adultes sur dix disent éprouver un stress quotidien élevé.

Environ 2 % de la population affirme avoir des idées suicidaires sérieuses alors que près de 20 personnes sur 100 000 passent à l'acte. Après avoir connu une hausse dans les années 1990, le taux ajusté de suicide tend à diminuer depuis l'an 2000 pour atteindre des valeurs comparables à celles observées dans les années 1980, soit 20 décès en moyenne annuellement par 100 000 personnes de 2001 à 2003. Plus de 80 % des suicides surviennent chez l'homme. Pour 2001-2003, ce taux était en Estrie de 32 décès pour 100 000 hommes par rapport à 8/100 000 femmes, ces valeurs étant comparables à celles du Québec. La problématique du suicide est préoccupante même si elle ne découle pas obligatoirement de problèmes de santé mentale. Assez souvent, les idées suicidaires et le suicide sont révélateurs d'une profonde détresse psychologique et sociale des individus. À ce titre, ils demeurent parmi les principales préoccupations de santé publique en Estrie et au Québec.



DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
1. Taux d'accroissement %	(1991-1996)	(2001-2006)	(1991-1996)	(2001-2006)
Total	2,9	3,9	2,5	2,7
0-14 ans	-4,5	-5,7	-1,1	-5,5
15-64 ans	4,1	5,0	2,3	3,3
65 ans ou plus	8,4	10,5	10,5	10,4
2. Population	(1986)	(2006)	(1986)	(2006)
Total n	264 583	302 901	6 708 468	7 603 083
0-14 ans %	21,6	16,1	20,2	16,2
15-64 ans %	67,3	68,9	70,0	69,7
65 ans ou plus %	11,1	14,9	9,8	14,1
Indice de dépendance totale %	48,6	45,1	43,0	43,5
Indice de dépendance des jeunes %	32,1	23,4	28,9	23,3
Indice de dépendance des aînés %	16,5	21,6	14,0	20,2
Indice de vieillesse %	51,3	92,4	48,4	86,7
Âge médian ans	31,5	41,2	31,8	40,7
Rapport de masculinité hommes par 100 femmes	98	98	97	98
3. Taux de grossesse selon l'âge de la femme p. 1 000	(1999-2001)	(2002-2004)	(1999-2001)	(2002-2004)
14-19 ans	42,2	38,5	41,1	36,6
20-24 ans	107,2	102,2 (+)	98,2	91,3
25-29 ans	137,0	141,0 (+)	133,6	134,4
30-34 ans	86,2	92,1 (-)	98,9	109,6
35-49 ans	10,6	10,1 (-)	15,5	16,2
Indice synthétique de grossesse grossesses par femme	2,02	2,03	2,09	2,12
Nombre annuel moyen de grossesses n	3 868	3 822	104 437	104 570
4. Taux de fécondité selon l'âge de la mère p. 1 000	(1994-1998)	(1999-2003)	(1994-1998)	(1999-2003)
15-19 ans	18,6	16,3 (+)	16,2	13,3
20-24 ans	86,7	74,1 (+)	71,2	56,7
25-29 ans	131,9	125,2 (+)	118,1	108,5
30-34 ans	71,3	75,6 (-)	80,3	83,9
35-49 ans	7,7	7,6 (-)	10,9	11,0
Indice synthétique de fécondité enfants par femme	1,65	1,57	1,58	1,48
Âge moyen des mères ans	27,2	27,3	28,3	28,5
Nombre annuel moyen de naissances vivantes n	3 191	2 874	83 679	73 140
CONDITIONS SOCIOCULTURELLES				
6. Familles avec enfants de moins de 18 ans selon la structure familiale %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Couples mariés	68,0	39,0	68,6	44,5
Couples en union libre	13,9	36,6	13,5	31,8
Familles monoparentales	18,1	24,3	17,9	23,7
8. Population vivant seule %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Total (18 ans ou plus)	13,4	17,9	12,7	16,7
18-64 ans	10,8	14,8	10,3	13,8
65-74 ans	25,0	26,3	23,7	25,4
75 ans ou plus	34,5	40,4	35,8	39,3



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
9. Population de 65 ans ou plus vivant en ménage privé %	(1991)	(2001)	(1991)	(2001)
Total (65 ans ou plus)	84,7	87,0	89,1	90,1
65-74 ans	93,9	95,7	95,4	96,7
75-84 ans	77,6	85,0	84,6	88,2
85 ans ou plus	46,2	49,5	58,2	58,9
Hommes (65 ans ou plus)	89,5	90,3	92,3	93,3
Femmes (65 ans ou plus)	81,3	84,7	86,9	87,9
10. Population selon la langue parlée à la maison %	(2001)	(2006)	(2001)	(2006)
Français	91,3	93,0	83,9	82,7
Anglais	7,6	5,0	10,0	10,2
Autres langues	1,1	2,0	6,0	7,1
	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
11. Immigrants %	3,2	4,6	8,7	11,5
CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES				
12. Population des 25 ans ou plus selon le plus haut niveau de scolarité atteint %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Inférieur au certificat d'études secondaires	44,1	25,3	39,7	22,9
Certificat d'études secondaires	15,5	ND	16,6	ND
Études postsecondaires partielles (inférieures au baccalauréat)	30,7	ND	32,2	ND
Grade universitaire	9,7	16,0	11,5	18,5
13. Population active totale selon le type d'industrie %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Secteur primaire	6,3	4,7	4,0	2,9
Industries manufacturières	22,9	21,0	17,7	14,6
Construction	5,9	5,6	6,0	5,2
Transport et communications	4,6	5,7	7,3	8,0
Commerce	15,5	13,8	17,5	16,4
Services gouvernementaux	5,1	4,1	7,4	6,2
Enseignement	8,6	8,2	6,8	6,9
Santé et services sociaux	10,9	12,4	9,6	11,2
Hébergement et restauration	6,9	6,2	6,2	6,3
Autres services	13,2	18,3	17,4	22,3
14. Population active totale selon la profession %	(2001)	(2006)	(2001)	(2006)
Gestion	8,0	7,7	9,4	9,0
Affaires, finances et administration	14,0	15,3	18,3	18,2
Sciences naturelles et appliquées	4,6	4,8	6,4	6,5
Secteur de la santé	6,1	6,8	5,6	6,0
Sciences sociales, enseignement, etc.	8,2	9,1	8,2	9,1
Arts, culture, sports et loisirs	2,1	2,4	3,0	3,2
Ventes et services	21,2	22,3	22,9	23,9
Métiers, transport et machinerie	15,8	16,5	14,6	14,8
Professions du secteur primaire	5,1	4,2	2,9	2,6
Transformation, fabrication et services d'utilité publique	15,0	10,9	8,6	6,7
	(2001)	(2006)	(2001)	(2006)
15. Taux d'emploi %	60,3	59,4	59,0	60,4
	(2001)	(2006)	(2001)	(2006)
16. Taux de chômage %	6,9	6,7	8,2	7,0
	(1998)	(2006)	(1998)	(2006)
17. Revenu personnel disponible par habitant \$ courants	16 432	21 310	17 204	23 273



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
18. Population vivant sous le seuil de faible revenu %	(2000)	(2005)	(2000)	(2005)
Total	16,0	14,6	19,1	17,2
Hommes	14,6		17,3	
Femmes	17,4		20,8	
	(1996)	(2006)	(1996)	(2006)
19. Prestataires de l'assistance-emploi %	12,5	8,2	12,3	7,8
20. Personnes de 65 ans ou plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti %	(1995)	(2006)	(1995)	(2006)
Total	55,4	50,0	51,0	46,5
Hommes	ND	42,4	ND	39,6
Femmes	ND	56,6	ND	51,7
21. Population en situation d'insécurité alimentaire %		(2005)		(2005)
Total (12 ans ou plus)	—	* 3,9	—	4,6
Hommes (12 ans ou plus)	—	** n.p.	—	4,1
Femmes (12 ans ou plus)	—	* 4,8	—	5,1
22. Logements privés selon le mode d'occupation %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Loués	40,9	38,3	44,4	39,8
Possédés	59,1	61,7	55,6	60,1
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE				
23. Population selon la source d'approvisionnement en eau potable %		(2003)		(2003)
Eaux de surface	—	58,9	—	74,9
Eaux souterraines	—	37,8	—	22,7
Eaux mixtes	—	3,3	—	2,4
Population selon le mode de traitement de l'eau potable %		(2003)		(2003)
Traitement complet	ND	4,8	ND	44,3
Autres traitements	ND	51,4	ND	28,4
Simple chloration	ND	12,8	ND	10,0
Sans traitement	ND	4,5	ND	4,8
N'ayant pas de réseau de distribution	ND	26,5	ND	12,5
	(2003)	(2004)	(2003)	(2004)
24. Population touchée quotidiennement par un avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau %	0,2	0,9	0,5	0,8
		(2002)		(2002)
25. Population desservie par des installations d'épuration des eaux usées %	ND	67,3	ND	79,4
26. Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison presque chaque jour %	(2003)	(2005)	(2003)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	13,6	10,4	15,7	13,0
Hommes (12 ans ou plus)	14,4	* 9,4	16,7	14,1
Femmes (12 ans ou plus)	12,8	* 11,3	14,7	12,0
	(1995-1999)	(2000-2005)	(1995-1999)	(2000-2005)
27. Nombre annuel moyen de jours de smog n	2,4	2,3	s.o.	s.o.
30. Population active occupée de 15 ans ou plus selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail %	(1996)	(2006)	(1996)	(2006)
Conducteur	78,9	80,7	73,1	72,7
Passager	6,5	6,4	6,0	5,5
Transport en commun	3,3	3,3	11,8	12,8
À pied	10,0	8,0	7,4	6,6
À bicyclette	0,6	0,8	1,0	1,4
Autres moyens	0,6	0,8	0,7	0,9
	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
32. Logements privés nécessitant des réparations majeures %	8,2	6,9	8,0	7,7



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
ENVIRONNEMENT SOCIAL				
33. Taux de sortie sans diplôme du secondaire (secteur public) %	(2001-2002)	(2004-2005)	(2001-2002)	(2004-2005)
Total	35,3	35,7	27,8	27,8
Garçons	42,9	46,1	35,3	35,1
Filles	27,2	24,4	20,4	20,5
35. Naissances selon la scolarité de la mère %	(1991-1994)	(2001-2004)	(1991-1994)	(2001-2004)
Moins de 11 ans	13,9	11,8	14,9	12,3
11 ans	11,7	10,6	12,2	9,9
12-13 ans	34,7	22,2 (+)	31,2	19,9
14-15 ans	21,2	24,2	21,1	23,8
16 ans ou plus	18,4	31,1 (-)	20,7	34,1
36. Taux de grossesse à l'adolescence p. 1 000 adolescentes	(1999-2001)	(2002-2004)	(1999-2001)	(2002-2004)
14-19 ans	42,2	38,5	41,1	36,6
	(1997-1999)	(2003-2005)	(1997-1999)	(2003-2005)
37. Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> p. 1 000	4,8	5,1	4,7	5,6
38. Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au <i>Code criminel</i> et aux lois p. 100 000	(1999-2000)	(2003-2005)	(1999-2000)	(2003-2005)
Total (12-17 ans)	4 754	5 810	5 841	5 619
12-14 ans	3 159	3 450	3 706	3 619
15-17 ans	6 242	8 328	7 874	7 823
	(1999-2000)	(2003-2005)	(1999-2000)	(2003-2005)
39. Taux de crimes contre la personne p. 100 000	585,0	769,0 (-)	945,0	1 003,0
	(1999-2000)	(2003-2005)	(1999-2000)	(2003-2005)
40. Taux de victimisation pour violence conjugale (femmes de 12 ans ou plus) p. 100 000	250,0	336,0 (-)	403,0	425,0
	(1996)	(2006)	(1996)	(2006)
41. Taux de places disponibles en services de garde pour 100 enfants de 0-4 ans	18,4	53,2	16,5	53,8
42. Personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées %	(1996)	(2006)	(1996)	(2006)
Total (15 ans ou plus)	17,0	18,5	16,2	18,6
Hommes (15 ans ou plus)	13,5	15,1	13,3	15,8
Femmes (15 ans ou plus)	20,3	21,7	19,1	21,3
43. Population n'ayant pas un niveau élevé de soutien social %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	18,4	12,9	14,4	15,2
Hommes (12 ans ou plus)	22,7	13,0	14,5	16,6
Femmes (12 ans ou plus)	14,3	12,8	14,2	13,8
44. Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale %	(2003)	(2005)	(2003)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	7,7	11,0	11,1	12,6
Hommes (12 ans ou plus)	* 7,4	12,5	11,9	12,4
Femmes (12 ans ou plus)	* 8,1	* 9,6	10,4	12,8



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS				
45. Personnes consommant moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes %	(2001)	(2003)	(2001)	(2003)
Total (12 ans ou plus)	53,4	50,0	57,7	54,9
Hommes (12 ans ou plus)	57,7	59,5	63,9	63,4
Femmes (12 ans ou plus)	49,2	40,6	51,8	46,7
46. Population insuffisamment active durant les loisirs %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (18 ans ou plus)	73,9	64,7	69,0	61,9
Hommes (18 ans ou plus)	73,0	63,7	67,0	60,1
Femmes (18 ans ou plus)	76,0	65,7	72,0	63,7
	(2003)	(2005)	(2003)	(2005)
Total (12-17 ans)	57,6	59,0	56,2	57,5
Garçons (12-17 ans)	50,1	43,8	47,6	47,6
Filles (12-17 ans)	66,1	76,6	65,5	68,0
49. Fumeurs %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	29,7	25,9	29,5	24,4
Hommes (12 ans ou plus)	32,7	25,3	31,1	25,4
Femmes (12 ans ou plus)	26,7	26,4	27,9	23,4
Fumeurs parmi les jeunes du secondaire ¹⁴ %	(2000)	(2005)	(2000)	(2006)
Total	30,1	16,8	29,0	14,9
Garçons	25,8	13,7	24,7	13,0
Filles	34,5	19,8	33,4	16,8
50. Population prenant 14 consommations ou plus d'alcool au cours d'une semaine %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	6,0	5,8	5,9	7,1
Hommes (12 ans ou plus)	9,8	* 9,3	9,9	11,5
Femmes (12 ans ou plus)	** n.p.	** n.p.	2,0	3,0
51. Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	15,9	18,1	14,8	16,8
Hommes (12 ans ou plus)	21,8	25,9	22,1	24,3
Femmes (12 ans ou plus)	10,1	10,7	7,7	9,5
	(1995-1997)	(2002-2004)	(1995-1997)	(2002-2004)
54. Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies p. 100 000 titulaires	439,2	304,6	441,2	300,8
SERVICES DE SANTÉ				
RESSOURCES ET ÉQUIPEMENTS				
55. Nombre de médecins p. 100 000	(1997)	(2007)	(1998)	(2006)
Omnipraticiens	103,4	120,5	95,0	101,0
	(1998)	(2007)	(1998)	(2006)
Spécialistes	107	125	98	107,3
	(1995-1997)	(2004-2006)	(1996)	(2004-2006)
Nombre de dentistes et spécialistes en chirurgie buccale p. 100 000	35,3	39,2	44,0	50,4

14. Le nombre de fumeurs chez les jeunes comprend les fumeurs réguliers, occasionnels et débutants.



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
56. Nombre de personnes directement affectées aux soins p. 100 000	(2003-2004)	(2005-2006)	(2003-2004)	(2006-2007)
Infirmières	653	673	573	562
Infirmières auxiliaires	150	156	140	143
Préposées aux bénéficiaires	400	409	354	352
57. Taux d'occupation des lits dressés %	(1994-1995)	(2003-2004)	(1994-1995)	(2003-2004)
Soins physiques de courte durée	80,5	87,4	79,7	85,2
Hébergement et soins de longue durée	94,3	97,7	96,1	97,3
Séjour moyen des usagers jours				
Soins physiques de courte durée	7,4	6,9	7,3	6,5
Hébergement et soins de longue durée	252,9	204,9	242,9	204,9
SERVICES DE SANTÉ				
SERVICES PRÉVENTIFS				
	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
61. Femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP au cours d'une période de moins de trois ans %	65,2	69,9	69,6	70,1
	(1998-1999)	(2005-2006)	(1998-1999)	(2005-2006)
62. Femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours d'une période de deux ans %	70,8	72,3	61,1	65,5
64. Demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes avec risques à éliminer selon les risques du milieu de travail %	(1994-1997)	(2001-2004)	(1996)	(2000-2004)
Contraintes ergonomiques	68,6	77,4	93,6	87,3
Agresseurs chimiques	12,5	28,2	22,9	26,1
Agresseurs biologiques	9,0	33,4	23,3	36,5
Agresseurs physiques	6,8	14,0	14,3	15,1
Risques à la sécurité	9,6	31,7	40,9	47,5
	(2000-2001)	(2004-2005)	(2000-2001)	(2004-2005)
65. Élèves de 4 ^e année ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B %	90,9	87,8	90,9	89,0
66. Population ayant reçu le vaccin contre la grippe au cours d'une campagne de vaccination %	(2003-2004)	(2005-2006)	(2003-2004)	(2005-2006)
50 ans ou plus	40,2	42,3	43,2	45,2
60 ans ou plus	51,8	55,9	58,1	59,8
SERVICES DE SANTÉ				
SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE				
68. Taux d'interruption volontaire de grossesse selon l'âge p. 1 000 femmes	(1999-2001)	(2002-2004)	(1999-2001)	(2002-2004)
Total (14-49 ans)	13,6	12,9 (-)	16,4	16,4
14-24 ans	30,3	27,7	32,8	31,8
25-29 ans	20,0	20,1 (-)	27,4	27,8
30-49 ans	4,6	4,6 (-)	7,6	7,8
Indice synthétique d'interruption volontaire de grossesse interruption par femme	0,50	0,48	0,62	0,63
	(1999-2000)	(2005-2006)	(1999-2000)	(2003-2004)
73. Taux d'utilisation du service Info-Santé p. 1 000	354	381	315	325



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
	(1994)	(2003)	(1994)	(2003)
75. Taux de participation au programme de services dentaires p. 100 enfants de 0-9 ans	48,5	50,5	50,8	49,8
Nombre de services par participant n	3,1	2,8	3,1	2,7
79. Population recevant des services à domicile %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (65 ans ou plus)	* 9,0	* 11,3	9,9	9,3
	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
80. Population de 12 ans ou plus n'ayant pas de médecin de famille %	31,3	21,6	28,6	24,9
SERVICES DE SANTÉ SERVICES HOSPITALIERS				
84. Séjours excessifs à l'urgence (2 ^e semestre) %	(1999-2000)	(2006-2007)	(1999-2000)	(2006-2007)
24 heures	4,7	11,0	17,2	18,8
48 heures	0,8	1,7	3,3	4,2
85. Population de 65 ans ou plus vivant en institution de santé %	(1991)	(2001)	(1991)	(2001)
Total (65 ans ou plus)	11,9	11,6	8,2	8,6
65-74 ans	3,6	3,0	2,7	2,5
75-84 ans	17,9	14,2	11,8	10,7
85 ans et plus	48,6	46,4	37,5	37,0
Hommes (65 ans ou plus)	8,7	7,3	6,0	5,7
Femmes (65 ans ou plus)	14,3	14,6	9,8	10,6
	(2003-2004)	(2006-2007)	(2003-2004)	(2006-2007)
86. Taux d'admission des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée p. 100 lits	ND	40,6	ND	ND
Durée moyenne d'attente dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée jours	33,8	12,7	ND	ND
87. Taux ajusté de certaines interventions chirurgicales ¹ p. 10 000	(2000-2003)	(2003-2006)	(2000-2003)	(2003-2006)
Angioplastie (20 ans ou plus)	34,3	33,9 (+)	22,4	25,5
Pontage aortocoronarien par greffe (20 ans ou plus)	11,6	8,4 (-)	10,8	9,7
Arthroplastie de la hanche	4,8	5,1	4,5	5,2
Arthroplastie du genou	4,7	5,0 (-)	4,5	6,3
	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
88. Taux de césarienne p. 100 accouchements	10,8	17,1 (-)	16,6	22,1
	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
92. Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (0-74 ans) ¹ p. 10 000	62,08	41,21 (+)	62,49	38,29
		(2000-2003)		(2000-2003)
93. Taux ajusté de mortalité évitable (0-74 ans) ^{1,2} p. 100 000	—	90,3 (-)	—	103,2
94. Taux ajusté de chirurgie d'un jour selon le diagnostic principal ¹ p. 10 000	(2000-2003)	(2003-2006)	(2000-2003)	(2003-2006)
Ensemble des diagnostics	351,8	384,9 (+)	357,3	361,6
Appareil digestif	54,5	57,1 (+)	49,8	50,5
Appareil respiratoire	29,3	25,7 (-)	33,5	30,2
Organes génito-urinaires	28,5	36,4	38,0	37,9
Système nerveux et organes des sens	122,2	123,1 (+)	107,1	116,8
Système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	39,7	44,3 (+)	39,2	37,6
Tumeurs	26,2	38,2 (+)	28,5	29,4



ÉTAT DE SANTÉ
ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE

	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
95. Population ne se percevant pas en bonne santé %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	11,2	10,2	11,1	10,3
Hommes (12 ans ou plus)	10,6	* 9,7	9,6	9,7
Femmes (12 ans ou plus)	11,7	10,7	12,5	10,9
96. Espérance de vie à la naissance ans	(1990-1994)	(2000-2003)	(1990-1994)	(2000-2003)
Total	77,8	79,7	77,4	79,4
Hommes	74,2	76,5	73,8	76,5
Femmes	81,2	82,7 (+)	80,8	82,1
97. Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) ans		(2001)		(2001)
Total	—	66,7	—	67,0
Hommes	—	65,1	—	65,8
Femmes	—	68,2	—	68,1
99. Taux ajusté d'hospitalisations en soins physiques de courte durée ¹ p. 10 000	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Ensemble des diagnostics	1 043,4	812,1 (+)	954,0	729,3
Tumeurs malignes	82,5	58,6	71,6	57,2
Appareil circulatoire	202,9	145,6 (+)	168,7	124,7
Appareil respiratoire	104,4	87,7 (+)	98,6	76,2
Appareil digestif	132,9	89,4 (+)	124,4	82,9
Organes génito-urinaires	70,8	51,5 (+)	70,8	43,5
Lésions traumatiques et empoisonnements	86,1	76,4 (+)	72,4	64,3
	(1998)	(2006)	(1998)	(2006)
101. Élèves de maternelle affectés par la carie dentaire %	30,6	26,6	41,8	ND
103. Population ayant une incapacité %		(2001)		(2001)
Total	—	11,5	—	11,1
Hommes	—	11,2	—	10,3
Femmes	—	11,9	—	11,8
105. Taux d'enfants handicapés p. 1 000	(2002)	(2006)	(2002)	(2006)
Total (0-17 ans)	16,1	21,2	15,5	19,8
Garçons (0-17 ans)	19,0	26,8	18,4	25,0
Filles (0-17 ans)	12,9	15,3	12,4	14,4
106. Taux de mortalité selon l'âge p. 100 000	(1991-1993)	(2001-2003)	(1991-1993)	(2001-2003)
0-4 ans	137,1	120,5	138,0	108,6
5-14 ans	* 19,0	* 12,7	19,6	11,1
15-24 ans	91,9	61,7	72,5	56,3
25-44 ans	110,6	118,5	122,9	97,5
45-64 ans	590,9	470,6	633,9	488,2
65-74 ans	2 255,2	1 730,2 (-)	2 408,1	1 989,8
75 ans ou plus	7 994,0	7 143,4	7 773,0	7 258,6
107. Taux ajusté de mortalité selon la cause ^{1,2} p. 100 000	(1991-1993)	(2001-2003)	(1991-1993)	(2001-2003)
Ensemble des causes	823,1	702,3 (-)	834,3	724,6
Tumeurs malignes	—	223,9	—	229,6
Appareil circulatoire	—	200,4 (-)	—	213,7
Appareil respiratoire	—	53,0	—	57,6
Appareil digestif	—	24,7	—	26,3
Traumatismes non intentionnels	—	30,5 (+)	—	25,9



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
108. Taux ajusté des années potentielles de vie perdues selon la cause ^{1,2} p. 100 000	(1991-1993)	(2001-2003)	(1991-1993)	(2001-2003)
Ensemble des causes	6 407,6	5 454,2	6 722,4	5 267,3
Tumeurs malignes	—	1 795,6	—	1 813,8
Appareil circulatoire	—	865,9	—	867,2
Appareil respiratoire	—	142,3	—	169,3
Appareil digestif	—	112,3	—	167,5
Traumatismes non intentionnels	—	735,0 (+)	—	549,9
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE MALADIES CHRONIQUES				
109. Population présentant un surplus de poids %	(1987)	(2005)	(1987)	(2005)
Total (20 ans ou plus)	34,4	46,4	34,0	48,0
Hommes (20 ans ou plus)	43,8	53,0	42,8	56,1
Femmes (20 ans ou plus)	25,6	39,8	26,1	39,9
111. Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques (12 ans ou plus) %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Allergies non alimentaires	21,1	25,6	24,2	24,7
Maux de dos (autres que la fibromyalgie et l'arthrite)	11,5	17,6	13,4	16,4
Hypertension	12,2	12,3	12,6	15,1
Arthrite ou rhumatisme	10,4	13,8	11,5	14,1
Migraines	5,2	10,0	7,3	9,8
Asthme	6,0	7,6	8,7	8,6
Problèmes de la thyroïde	* 4,4	7,2	5,3	6,7
Allergies alimentaires	* 4,5	5,8	5,8	5,8
Maladies cardiaques	* 4,5	* 4,9	5,2	5,1
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	* 2,2	* 1,9	3,7	3,4
Cancer	** n.p.	** n.p.	1,4	1,2
112. Taux ajusté de prévalence du diabète ¹ %	(1999-2000)	(2004-2005)	(1999-2000)	(2004-2005)
Total (20 ans ou plus)	4,1	5,2 (-)	5,0	6,5
Hommes (20 ans ou plus)	4,7	6,1 (-)	5,7	7,5
Femmes (20 ans ou plus)	3,6	4,6 (-)	4,4	5,7
113. Taux ajusté d'incidence du cancer ¹ p. 100 000	(1989-1992)	(1999-2002)	(1989-1992)	(1999-2002)
Ensemble des sièges	472,5	444,2 (-)	475,6	470,3
Côlon et rectum	64,4	59,1	65,3	64,7
Pancréas	9,6	12,0	12,6	12,2
Trachée, bronches et poumon	82,8	77,3	87,0	82,7
Sein chez la femme	110,9	111,0 (-)	112,5	128,5
Prostate	122,1	110,6	109,8	106,9
Rein	13,1	14,3	13,4	14,4
Leucémie	14,1	12,9	13,3	13,3
114. Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Total	—	223,9	—	229,6
Estomac	—	6,9	—	7,2
Côlon et rectum	—	24,0	—	27,1
Pancréas	—	13,2	—	11,4
Trachée, bronches et poumon	—	64,1	—	69,0
Sein chez la femme	—	27,5	—	30,7
Prostate	—	29,6	—	26,7



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
115. Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Total	—	200,4 (-)	—	213,7
Cardiopathies ischémiques	—	110,0 (-)	—	119,9
Maladies vasculaires cérébrales	—	37,7	—	39,1
Maladies des artères	—	12,9	—	11,4
116. Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Total	—	53,0	—	57,6
Pneumonies et gripes	—	6,6 (-)	—	10,3
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	—	36,2	—	36,4
117. Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées au tabagisme ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Ensemble des conditions	—	256,6 (-)	—	273,7
Cancer de la bouche et du pharynx	—	4,0	—	3,5
Cancer de l'œsophage	—	* 2,7	—	3,6
Cancer du larynx	—	* 2,0	—	2,3
Cancer du poumon	—	64,1	—	69,0
Cardiopathies ischémiques	—	110,0 (-)	—	119,9
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	—	36,2	—	36,4
Maladies vasculaires cérébrales	—	37,7	—	39,1
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE				
SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS				
118. Naissances de faible poids %	(1989-1993)	(1999-2003)	(1989-1993)	(1999-2003)
Moins de 1 500 g	0,7	0,8	0,8	0,9
Moins de 2 500 g	5,4	6,0	5,9	5,6
119. Naissances prématurées %	(1989-1993)	(1999-2003)	(1989-1993)	(1999-2003)
	6,3	7,8	6,7	7,6
120. Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine %	(1989-1993)	(1999-2003)	(1989-1993)	(1999-2003)
	10,9	8,3	11,5	8,3
122. Taux d'hospitalisations au cours de la première année de vie p. 10 000	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Ensemble des diagnostics	2 356,6	2 250,1	2 316,9	2 203,5
Maladies infectieuses et parasitaires	205,1	190,0	150,6	139,2
Appareil respiratoire	758,8	647,9	854,2	676,1
Appareil digestif	144,6	167,3	219,0	190,1
Organes génito-urinaires	192,2	209,2	152,0	145,9
Anomalies congénitales	158,5	178,7	172,2	175,1
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	444,8	448,9	291,6	441,5
123. Taux de morbidité néonatale p. 1 000 nouveau-nés	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Syndrome de détresse respiratoire	8,9	9,6 (-)	11,4	15,9
Septicémie néonatale	7,5	19,9	14,1	17,1
124. Taux de mortalité infantile p. 1 000 naissances vivantes	(1990-1994)	(2000-2003)	(1990-1994)	(2000-2003)
	6,0	4,9	5,8	4,6
125. Taux de mortalité périnatale p. 1 000 naissances totales	(1990-1994)	(2000-2003)	(1990-1994)	(2000-2003)
	7,4	7,0	7,5	6,9
Taux de mortinatalité p. 1 000 naissances totales				
	3,9	4,4	4,3	4,0



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE				
TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS				
126. Population victime de blessures %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	11,5	12,7	11,0	11,6
Hommes (12 ans ou plus)	14,1	14,9	13,0	13,7
Femmes (12 ans ou plus)	* 8,9	* 10,6	9,1	9,6
127. Taux ajusté d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels ¹ p. 10 000	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Ensemble des traumatismes non intentionnels	75,2	68,3	74,1	65,6
Occupants de véhicules à moteur	8,6	6,8 (+)	5,7	4,3
Cyclistes	1,4	1,5	1,6	1,5
Intoxications accidentelles	0,7	0,7	1,0	0,9
Chutes accidentelles	31,7	32,8 (+)	29,8	29,6
Incendies et brûlures	0,9	0,7	0,8	0,6
		(1998-2002)		(1998-2002)
128. Taux de victimes attribuables à l'incendie p. 100 000	ND	8,8 (+)	ND	6,1
129. Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Total	—	30,5 (+)	—	25,9
Accidents de transport	—	13,7 (+)	—	9,6
Accidents de véhicules à moteur	—	13,5 (+)	—	8,9
Chutes accidentelles	—	3,9	—	3,4
		(1990-1996)		(1997-2003)
130. Proportion de conducteurs décédés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise %	41,0	39,2	38,6	31,1
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE				
MALADIES INFECTIEUSES				
131. Taux d'incidence des principales maladies infectieuses à déclaration obligatoire p. 100 000	(1992-1996)	(2002-2006)	(1992-1996)	(2002-2006)
Coqueluche	50,9	* 7,7	45,2	8,3
Infection à méningocoques	** n.p.	** n.p.	1,4	1,0
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> génitale	138,4	181,8	120,2	164,1
Hépatite C chronique	0	25,8	2,7	32,5
Infection gonococcique	0	** n.p.	0	8,3
Entérite à <i>Campylobacter</i>	38,7	40,8	33,7	32,5
Salmonellose	17,6	16,4	18,6	14,5
Giardiase	16,5	21,8 (+)	11,1	12,8
Amibiase	** n.p.	** n.p.	3,0	2,8
Infection entéro-hémorragique à <i>Escherichia coli</i>	* 4,7	** n.p.	4,5	2,3
Shigellose	** n.p.	** n.p.	4,3	2,6
Infection à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	0.	19,1 (+)	* 0,2	11,0
Tuberculose	** n.p.	** n.p.	5,1	3,3
Infection à streptocoque, groupe A	** n.p.	* 3,3	0,6	2,7
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE				
MALADIES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT				
136. Taux d'intoxications déclarées et signalées p. 100 000	(1995)	(2004)	(1995)	(2004)
	663,0	693,0	732,0	650,0



	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
137. Taux ajusté d'incidence pour certains cancers associés à des facteurs de risque environnementaux ¹ p. 100 000	(1989-1992)	(1999-2002)	(1989-1992)	(1999-2002)
Cancer du foie	* 2,8	4,7	3,8	5,5
Cancer de l'appareil respiratoire	92,1	84,0	97,8	91,3
Cancer de l'utérus	46,3	44,1	48,2	46,3
Cancer du rein	13,1	14,3	13,4	14,4
Cancer du cerveau	7,5	5,5	7,7	7,7
Cancer de la glande thyroïde	5,2	5,4	3,8	6,9
Lymphome	7,0	3,9	5,6	4,0
Myélomes multiples et néoplasmes immunoprolifératifs	5,2	6,4	5,7	6,2
Leucémie	14,1	12,9	13,3	13,3
138. Taux ajusté d'hospitalisations pour certains diagnostics associés à des facteurs de risque environnementaux ¹ p. 10 000	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques	10,8	19,7 (+)	10,8	15,5
Affections cardio-pulmonaires aiguës	3,0	3,8 (+)	1,8	2,5
Troubles du rythme cardiaque	20,5	17,7 (+)	13,7	13,9
Bronchite et bronchiolite aiguës	6,9	6,2	6,6	6,0
Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes	0,7	1,5	0,9	1,5
Avortements spontanés	3,7	1,9 (-)	6,3	3,0
Anomalies congénitales	5,5	4,4	6,0	4,6
139. Taux ajusté de mortalité pour certaines maladies associées à des facteurs de risque environnementaux ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Tumeur maligne de l'appareil respiratoire	—	66,9	—	72,0
Tumeur maligne du rein	—	5,8	—	5,0
Tumeur maligne du cerveau	—	4,8	—	5,5
Tumeur maligne de la glande thyroïde	—	** n.p.	—	0,4
Autres formes des cardiopathies ischémiques	—	* 3,8	—	3,2
Troubles du rythme cardiaque	—	4,7	—	5,6
Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires	—	* 2,3	—	2,7
Courte gestation et faible poids	—	** n.p.	—	0,8
Anomalies congénitales	—	* 3,1	—	2,4
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE				
MALADIES LIÉES AU MILIEU DE TRAVAIL				
140. Travailleurs n'ayant pas une grande latitude de prise de décision au travail %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (15-74 ans)	45,3	37,2	43,5	42,6
Hommes (15-74 ans)	41,3	32,2	40,6	38,9
Femmes (15-74 ans)	50,0	43,5	46,9	46,9
141. Travailleurs éprouvant un stress quotidien élevé au travail %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (15-74 ans)	38,7	35,0	41,2	36,6
Hommes (15-74 ans)	31,6	31,7	38,8	35,0
Femmes (15-74 ans)	46,9	39,2	43,9	38,3
142. Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées p. 1 000	(1997-1999)	(2003-2005)	(1997-1999)	(2003-2005)
	58,8	47,0 (+)	52,6	43,7
143. Taux de travailleurs dont la durée d'indemnisation pour lésions professionnelles est égale ou supérieure à trois mois p. 1 000	(1997-1999)	(2003-2005)	(1997-1999)	(2003-2005)
	4,3	5,0	5,3	5,6



ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE OU MENTALE	Estrie		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
145. Population ne se percevant pas en bonne santé mentale %	(2003)	(2005)	(2003)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	* 2,7	* 2,0	3,6	3,7
147. Population éprouvant un stress quotidien élevé %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (18 ans ou plus)	27,6	23,8	30,1	25,6
Hommes (18 ans ou plus)	24,4	22,7	30,1	25,5
Femmes (18 ans ou plus)	30,6	25,0	30,1	25,7
		(2000-2003)		(2000-2003)
149. Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool ^{1,2} p. 100 000	—	67,4	—	62,0
	(1992-1993)	(2005)	(1992-1993)	(2005)
150. Population de 15 ans ou plus présentant des idées suicidaires sérieuses %	5,6	* 1,9	3,9	2,3
151. Taux ajusté de mortalité par suicide ¹ p. 100 000	(1991-1993)	(2001-2003)	(1991-1993)	(2001-2003)
Total	19,2	19,9	17,4	17,6
Hommes	31,8	31,7	28,3	28,0
Femmes	* 7,0	* 8,2	7,0	7,5

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

(+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que le reste du Québec au seuil de 0,01.

ND Non disponible.

s.o. Sans objet.

— Non traité dans ce document pour des raisons méthodologiques.

¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

² L'utilisation de la CIM-10 depuis l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès.

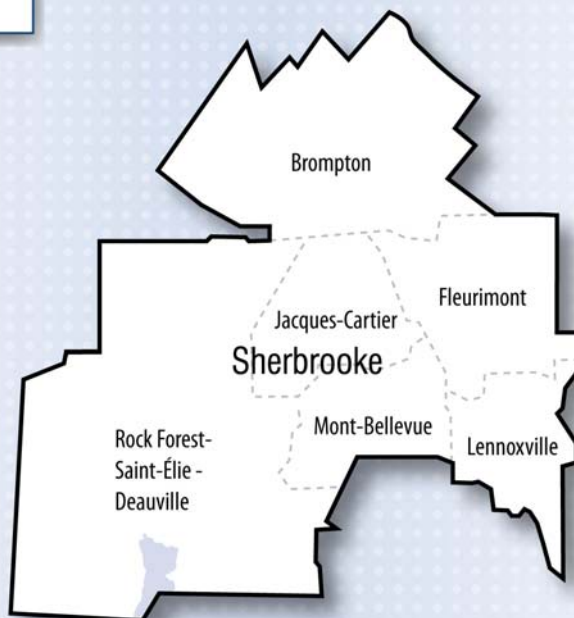
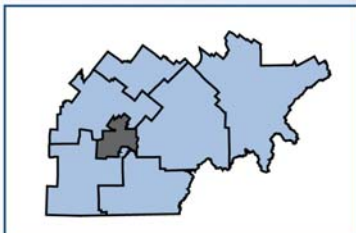
Section 2

Analyse locale

La Ville de Sherbrooke en 2006

Rédaction : Michel Des Roches

Ville de Sherbrooke



Population en 2006 :

Ville de Sherbrooke	150 536
Arrondissement Brompton	6 240
Arrondissement Fleurimont	41 292
Arrondissement Lennoxville	5 618
Arrondissement Mont-Bellevue	32 257
Arrondissement RF-St-Élie-Deauville	32 956
Arrondissement Jacques-Cartier	32 388

**Espérance de vie des femmes
à la naissance en 2000-2003 :** 82,9 ans

**Espérance de vie des hommes
à la naissance en 2000-2003 :** 76 ans



FAITS SAILLANTS

À SIGNALER

À SURVEILLER

CONDITIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- Une des plus fortes progressions démographiques de la région entre 2001 et 2006 (5,8 %).
- La population de Sherbrooke est pratiquement aussi vieille que celle de la province
- Un nombre moyen d'enfants par femme identique à celui du Québec (1,48).
- Le solde migratoire de la population de la Ville de Sherbrooke.
- Le vieillissement de la population de la Ville de Sherbrooke son impact socioéconomique.
- Le nombre moyen d'enfants par femme.

CONDITIONS SOCIOCULTURELLES

- Augmentation de la proportion des familles monoparentale depuis 1991 et plus forte proportion dans la région en 2006. Proportion de personnes seules la plus importante en Estrie (20,6 %).
- Taux d'immigration le plus important dans la région (6,3 %).
- La proportion de familles monoparentales et de personnes vivant seules.
- Le taux d'immigration.

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

- Le niveau de scolarité des 25 ans ou plus est supérieur à celui du Québec et est le plus élevé en Estrie.
- Un des revenus personnels disponibles par habitant les plus importants de la région ainsi qu'un des plus hauts taux d'emploi en 2006. Proportion de gens vivant sous le seuil de faible revenu la plus élevée en 2005 (18,4 %). Les écarts de revenus sont présents à Sherbrooke.
- Le niveau de scolarité des 25 ans ou plus de la Ville de Sherbrooke.
- La situation de l'emploi, des revenus personnels disponibles et de la proportion de gens vivant sous le seuil de faible revenu.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

- En Estrie, un non-fumeur sur dix est exposé à la fumée secondaire à la maison, représentant près de 10 000 personnes à l'échelle de la Ville de Sherbrooke.
- La proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison.

ENVIRONNEMENT SOCIAL

- Dans la région, plus haut taux de sortie sans diplôme au secondaire (38,4 %). Le décrochage touche plus particulièrement les garçons.
- 27,6 % des résidents âgés de 25 ans ou plus n'ont pas complété un certificat d'études secondaires comparativement à 31,3 % d'entre eux au Québec.
- Augmentation de la violence conjugale faite aux femmes entre 1999 et 2005.
- Le taux de crimes contre la personne dans la Ville de Sherbrooke est inférieur à celui du Québec, mais en hausse de 1999 à 2005.
- Le taux d'infractions au *Code criminel* et aux lois équivaut à celui du Québec chez les jeunes de 12 à 17 ans de la Ville de Sherbrooke, mais tend à augmenter entre 1999 et 2005.
- Le taux de grossesse des adolescentes de 14 à 19 ans est plus important que celui des jeunes Québécoises du même âge.
- Le taux de décrochage au secondaire, dans les secteurs publics.
- Le niveau de scolarité de la population âgée de 25 ans ou plus.
- Le taux de femmes victimes de violence conjugale dans la Ville de Sherbrooke.
- Le taux de crimes contre la personne.
- Le taux d'infractions au *Code criminel* et aux lois chez les jeunes de 12 à 17 ans.
- Le taux de grossesse des adolescentes de 14 à 19 ans de la Ville de Sherbrooke.



FAITS SAILLANTS

À SIGNALER

À SURVEILLER

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS

- Le nombre de fumeurs dans la Ville de Sherbrooke est estimé à environ 33 700 personnes, soit 25,9 % de la population âgée de 12 ans ou plus.
- Proportion égale des élèves du secondaire de Sherbrooke consommant la cigarette sur une base régulière ou occasionnelle que celle observée à l'échelle du Québec en 2005 (14,9 %) et plus forte présence du tabagisme chez les jeunes filles.
- Environ 77 000 personnes âgées de 18 ans ou plus à Sherbrooke ne font pas suffisamment d'activité physique durant les loisirs.
- La moitié de la population de la Ville de Sherbrooke ne consomme pas suffisamment de fruits ou de légumes.
- Environ 23 500 personnes consomment de l'alcool de façon excessive (5 consommations ou plus 12 fois l'an ou plus).
- Le taux de tabagisme dans la Ville de Sherbrooke.
- Le taux de tabagisme chez les jeunes qui fréquentent une école secondaire dans la Ville de Sherbrooke.
- Le taux d'inactivité physique chez les adultes et les jeunes.
- La proportion de personnes de Sherbrooke buvant de façon excessive, par groupe d'âge.

SERVICES DE SANTÉ – RESSOURCES ET ÉQUIPEMENTS

- Un ratio médecins/population supérieur à celui du Québec (148 omnipraticiens pour 100 000 habitants contre 101/100 000).
- La Ville de Sherbrooke se situe au-dessus de la moyenne du Québec pour ce qui est du nombre d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposées aux bénéficiaires et de dentistes.
- Accroissement du nombre de ressources humaines directement affectées aux soins à Sherbrooke et dans l'ensemble du Québec.
- La disponibilité des ressources humaines directement affectées aux soins à Sherbrooke (médecins, infirmières, préposées aux bénéficiaires).

SERVICES DE SANTÉ – SERVICES PRÉVENTIFS

- Le recours à la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans à Sherbrooke est plus élevé qu'au Québec (74 % contre 65,5 %).
- La Ville de Sherbrooke fait bonne figure quant à la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les élèves de 4^e année comparativement à la province (87 % contre 89 %).
- Le taux de couverture de la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans.

SERVICES DE SANTÉ – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

- La population sherbrookoise utilise davantage que les Québécois le service téléphonique Info-Santé.
- Un recours comparable des femmes de la province quant aux services d'interruption volontaire de grossesse, mais avec le taux le plus élevé de la région.
- Le taux d'utilisation d'Info-Santé par la population sherbrookoise.
- Le taux d'interruption volontaire de grossesse chez les femmes de la Ville de Sherbrooke.



FAITS SAILLANTS

À SIGNALER

À SURVEILLER

SERVICES DE SANTÉ – SERVICES HOSPITALIERS

- Un plus fort taux d'angioplastie et de chirurgies d'un jour au sein de la population sherbrookoise.
 - Le taux de césarienne est plus faible dans la Ville de Sherbrooke qu'au Québec, malgré qu'il soit en hausse.
 - Le pourcentage de personnes âgées vivant en institution de santé est plus élevé à Sherbrooke qu'au Québec, plus particulièrement en ce qui a trait aux personnes âgées de 85 ans ou plus.
- Le taux d'angioplastie et de chirurgies d'un jour.
 - Le taux de césarienne.

ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE

- Les taux d'hospitalisations en soins physiques de courte durée sont plus importants à Sherbrooke que dans l'ensemble de la province.
 - Un peu plus d'un élève de la maternelle sur quatre est affecté par la carie dentaire (26,6 %).
 - L'espérance de vie de la population sherbrookoise à la naissance est comparable à celle des Québécois (près de 80 ans).
 - L'examen de la mortalité par principales causes de décès ne fait ressortir aucune surmortalité dans la Ville de Sherbrooke comparativement à la province. De même, aucune différence significative avec l'ensemble du territoire québécois n'est observée relativement aux taux de mortalité par groupe d'âge.
- Le taux ajusté d'hospitalisations en soins physiques de courte durée.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – MALADIES CHRONIQUES

- Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dans la population connaît une croissance accélérée.
 - Le taux ajusté de prévalence du diabète de la Ville de Sherbrooke est inférieur à celui de la province. Entre 2000 et 2005, le nombre de diabétiques dans cette ville a cependant augmenté de 49,7 %, passant de 4 005 à 5 995.
 - La proportion de personnes avec un excès de poids augmente de façon soutenue en Estrie et possiblement à Sherbrooke.
 - Un taux ajusté d'incidence du cancer à Sherbrooke statistiquement équivalent à celui de la province. Les cancers représentent la principale cause de mortalité sur le territoire sherbrookoise, totalisant 31 % des décès. Le taux de décès par tumeurs malignes de la population sherbrookoise est comparable à celui de l'ensemble de la population québécoise.
- La prévalence des principales maladies chroniques dans à Sherbrooke.
 - Le taux ajusté de prévalence du diabète.
 - Le taux des principaux facteurs de risque des maladies chroniques à Sherbrooke.
 - Le taux de mortalité et d'incidence du cancer.



FAITS SAILLANTS

À SIGNALER

À SURVEILLER

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS

- La santé des nouveau-nés à Sherbrooke se compare à celle des nouveau-nés du Québec. De 1989 à 2003, la proportion de naissances prématurées a toutefois augmenté sur le territoire sherbrookoïse, à l'exemple de la province.
- Le taux de septicémie sur le territoire sherbrookoïse n'est pas statistiquement différent de celui de la province. Toutefois, comme au Québec, ce taux a progressé à Sherbrooke entre 1994 et 2006 (7,3 cas pour 1 000 nouveau-nés à 20/1 000).
- La proportion de naissances de moins de 2 500 grammes, de naissances de moins de 37 semaines et de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine.
- Le taux de septicémie sur le territoire sherbrookoïse.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

- Les chutes accidentelles sont à l'origine d'un plus haut taux d'admissions hospitalières chez les résidents sherbrookoïse comparativement à la population québécoise.
- Le taux de mortalité attribuable aux accidents de transport ou de véhicule à moteur de la population sherbrookoïse équivaut à celui du Québec.
- Le taux ajusté d'hospitalisations dues aux chutes accidentelles chez la population sherbrookoïse.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – MALADIES INFECTIEUSES

- Le taux d'incidence de chlamydie génitale est plus important à Sherbrooke qu'au Québec entre 2002 et 2006 (259,3 nouveaux cas/100 000 personnes contre 164,2/100 000). Ce taux est en progression depuis 1992.
- Le taux d'incidence de la chlamydie génitale.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – MALADIES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT

- Plusieurs indicateurs analysés pouvant être associés à des facteurs de risque environnementaux, tels que les taux ajustés d'incidence pour les cancers du foie, du rein, les leucémies ou les tumeurs malignes de l'appareil respiratoire ne font ressortir aucun écart important entre la population sherbrookoïse et celle de la province.

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE – MALADIES LIÉES AU MILIEU DE TRAVAIL

- Sherbrooke se démarque de la moyenne québécoise par un taux brut d'incidence inférieur de lésions professionnelles déclarées et indemnisées. De 1997 à 2005, le taux d'incidence de lésions professionnelles est à la baisse à Sherbrooke et dans l'ensemble du territoire québécois.
- Le taux d'incidence de lésions professionnelles chez les travailleurs de la Ville de Sherbrooke.

ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE OU MENTALE

- Près de 20 personnes sur 100 000 passent à l'acte et se suicident à Sherbrooke annuellement. Au Québec, ce taux n'est pas statistiquement différent. Entre 1991 et 2003, le taux de mortalité par suicide de la population sherbrookoïse n'a pratiquement pas augmenté.



DESCRIPTION BRÈVE DU TERRITOIRE

Située en plein cœur de l'Estrie, la Ville de Sherbrooke se divise en six arrondissements dont le nombre d'habitants oscille entre 5 618 et 41 292 personnes. En ordre croissant selon le nombre de résidents, ces arrondissements sont ceux de Lennoxville, Brompton, Mont-Bellevue, Jacques-Cartier, Rock-Forest-Saint-Élie-Deauville et Fleurimont.

Ce territoire est le plus peuplé en Estrie. Avec une superficie en terre ferme de 366 km² pour 150 536 personnes en 2006, la Ville de Sherbrooke arrive au premier rang parmi les sept territoires sociosanitaires de la région quant à la densité de la population (411 habitants/km²). Sherbrooke regroupe la moitié des résidents estriens (49,7 %).

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

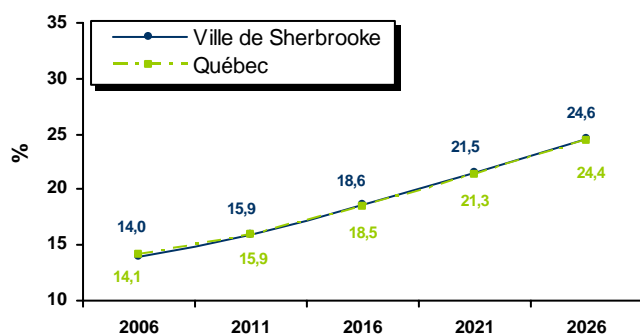
Conditions démographiques

Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec, la Ville de Sherbrooke compte 150 536 habitants en 2006. À l'exemple de l'ensemble de l'Estrie qui a vu sa population augmenter à chaque recensement, cette ville a connu une hausse de ses effectifs populationnels depuis plusieurs années. Entre 2001 et 2006, ce territoire sociosanitaire présente une des plus fortes progressions démographiques de la région, soit 5,8 %. À titre de comparaison, le Québec affiche une croissance stable de quelque 2,7 % entre ces mêmes périodes de recensement.

Par ailleurs, on recense 94 hommes pour 100 femmes à Sherbrooke. Il s'agit du plus faible rapport de masculinité de la région. Par exemple, la MRC du Haut-Saint-François compte 107 hommes pour 100 femmes et au Québec, on compte 98 hommes pour 100 femmes. Sur le territoire sherbrookoïse, une analyse plus détaillée du rapport homme/femme par groupe d'âge démontre cependant que la part de la population masculine est plus importante chez les jeunes âgés de 14 ans ou moins (106 garçons pour 100 filles) et qu'elle équivaut à celle de la population féminine chez les gens âgés de 15 à 64 ans (100 hommes pour 100 femmes). La surreprésentation des femmes est notée principalement chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (62 hommes pour 100 femmes).

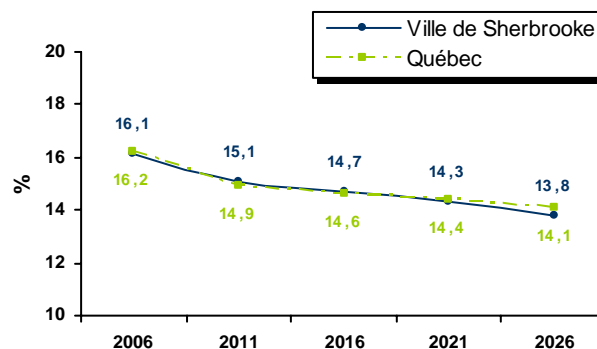
La population de la région sherbrookoïse, à l'instar de celle du Québec, est vieillissante. Un indicateur comme la proportion de 65 ans ou plus reflète bien cette réalité et est à la hausse (Figure 7). La population de Sherbrooke est pratiquement aussi vieille que celle de la province. À titre d'exemple, on y retrouve 14 % de personnes âgées de 65 ans ou plus en 2006 contre 14,1 % au Québec. L'Institut de la statistique du Québec prévoit qu'en 2026, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus représentera alors 24,6 % de la population à Sherbrooke contre 24,4 % au Québec (Figure 7). Autre constat, les aînés de la Ville de Sherbrooke auront un poids démographique de 20 % en 2019. Ce même poids sera atteint en 2017 pour l'Estrie et en 2019 pour le Québec. De son côté, la part relative des jeunes de 14 ans ou moins aura diminué, passant d'environ 16 % à 14 % sur le territoire de la ville au cours de la même période (Figure 8). À l'échelle provinciale, on remarquera sensiblement le même phénomène.

Figure 7 : Pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus, de la Ville de Sherbrooke et du Québec, 2006 à 2026



Source : Institut de la statistique du Québec.

Figure 8 : Pourcentage de jeunes âgés de 14 ans ou moins, de la Ville de Sherbrooke et du Québec, 2006 à 2026



Source : Institut de la statistique du Québec.

Ce déclin démographique des jeunes s'explique par la baisse constante de la natalité. Entre 1994 et 2003, le nombre annuel moyen de naissances dans la Ville de Sherbrooke a chuté de 9 % comparativement à 13 % au Québec. En parallèle, l'indice synthétique de fécondité, soit le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer, est passé à Sherbrooke de 1,54



enfant par femme pour la période 1994-1998 à 1,48 pour la période 1999-2003. Même si la valeur de cet indice est identique à celle du Québec, elle est en-deçà des 2,1 enfants nécessaires pour assurer le renouvellement de la population. À peu près au cours de la même période, l'indice synthétique de grossesse, soit le nombre de grossesses par femme en âge de procréer, s'est maintenu à des valeurs proches de 2. L'écart entre les indices synthétiques de grossesses et de naissances est dû dans environ 85 % des cas aux interruptions volontaires de grossesse et pour quelque 15 % des cas aux avortements spontanés. Toutes proportions gardées, ces réalités ne sont toutefois pas plus présentes à Sherbrooke que dans l'ensemble de la province. En somme, les naissances ne sont pas suffisantes pour expliquer à elles seules l'augmentation de la population du territoire sherbrookoise d'année en année. Cette croissance démographique est de plus en plus alimentée par l'arrivée de nouveaux arrivants, provenant d'autres régions du Québec, d'autres provinces canadiennes ou de pays étrangers.

Le déclin démographique des jeunes associé à la part grandissante des aînés, c'est-à-dire le vieillissement de la population, a un impact social et économique croissant sur la capacité des adultes à « soutenir » les plus vieux de la société. Ainsi, l'indice de dépendance des aînés, soit le rapport de gens âgés de 65 ans ou plus sur celle de la population active de 15 à 64 ans, est en augmentation à Sherbrooke comme à l'échelle provinciale. En 2006, l'indice de cette ville est cependant presque identique à celui du Québec (20 % contre 20,2 %) puisque les structures d'âge de ces deux populations sont assez comparables.

Conditions socioculturelles

Certaines conditions socioculturelles peuvent avoir un impact tangible sur la santé et le bien-être des individus. Ainsi, entre 1991 et 2006, au sein des familles qui ont des enfants de moins de 18 ans, on a assisté dans la Ville de Sherbrooke et au Québec à une augmentation importante de la proportion des couples en union libre (de 14,4 % à 33,9 % à Sherbrooke) et, dans une moindre mesure, de la proportion des familles monoparentales (de 22,9 % à 27,6 % à Sherbrooke). En contrepartie, la proportion des couples mariés a chuté de 62,7 % à 38,4 %. En 2006, la plus forte proportion de familles monoparentales de la région est enregistrée à Sherbrooke. Cette proportion est supérieure à celle notée à l'échelle provinciale (23,7 %).

Parallèlement, une proportion de plus en plus élevée de personnes âgées de 18 ans ou plus déclare vivre seule. Dans la Ville de Sherbrooke, cette proportion est passée de 15,7 % à 20,6 % entre 1991 et 2006. C'est d'ailleurs sur ce territoire que la proportion de personnes seules est la plus importante en Estrie. De plus, elle augmente avec l'âge, particulièrement à partir de 65 ans. Chez les 75 ans ou plus, près d'une personne sur deux (45,2 %) vit une telle situation. Au Québec, cette proportion est moins importante (39,3 %). Les raisons de vivre seul varient selon les groupes d'âge. Par exemple, chez les personnes âgées, le décès du conjoint explique souvent cette réalité.

Par ailleurs, en comparaison de la moyenne québécoise, la Ville de Sherbrooke compte moins de personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en ménage privé (84,4 % contre 90,1 %). À 85 ans ou plus, la moitié de la population sherbrookoise se retrouve en ménage privé (51,7 %). Au Québec, cette proportion est plus élevée (58,9 %). La disponibilité des logements collectifs explique souvent une bonne part de cette différence avec la province.

Enfin, on dénombre nettement plus de francophones dans la Ville de Sherbrooke (93,1 % contre 82,7 % au Québec) et moins d'immigrants qu'à l'échelle provinciale (6,3 % contre 11,5 % au Québec). Toutefois, à l'échelle régionale, c'est à Sherbrooke que le taux d'immigration est le plus important. Entre 1991 et 2001, ce taux est demeuré relativement stable autour de 4 %. Entre 2001 et 2006, ce taux a atteint 6,3 %. Sherbrooke comptait alors un peu plus de 9 000 immigrants reçus, c'est-à-dire des personnes à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider en permanence au Canada. Un peu plus de la moitié de ces immigrants sherbrookoises proviennent d'Europe (34 %) ou d'Afrique (20,1 %). Les autres immigrants arrivent principalement d'Asie et du Moyen-Orient (14,5 %), d'Amérique du Sud (12,1 %), des États-Unis d'Amérique (8,2 %) ou d'Amérique centrale (7,7 %). À Sherbrooke, près de quatre immigrants sur dix (39,4 %) sont arrivés récemment au pays, soit entre le 1^{er} janvier 2001 et le 16 mai 2006.

Conditions socioéconomiques

L'association entre la santé et les conditions socioéconomiques a été démontrée depuis longtemps. À cet égard, le niveau de scolarité de la population de la Ville de Sherbrooke s'est grandement amélioré au fil des années. En 1991, un peu plus de la moitié (46,6 %) des résidents de cette ville âgés de 25 ans ou plus ne possédaient aucun diplôme d'études secondaires contre 27,6 % en 2001 et 19,6 % en 2006. Au cours de la même période, la proportion des 25 ans ou plus ayant un grade universitaire (au moins un baccalauréat) augmentait de 9,9 % à 17,6 % puis à 21 %. La proportion de la population de Sherbrooke âgée de 25 ans ou plus n'ayant pas complété un diplôme d'études secondaires était moins importante que celle



du Québec (27,6 % contre 31,3 %). Également, toute proportion gardée, on relève davantage de gens possédant un grade universitaire à Sherbrooke que dans l'ensemble de la province en 2006 (21 % contre 18,5 %).

En 2000, 19,5 % de la population de la Ville de Sherbrooke vivait sous le seuil de faible revenu, soit 17,6 % des hommes et 21,3 % des femmes. Ces pourcentages étaient presque identiques à ceux du Québec alors que 19,1 % de la population se retrouvaient dans les mêmes conditions (17,3 % des hommes contre 20,8 % des femmes). Sur une période de dix ans, soit entre 1990 et 2000, le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de faible revenu a augmenté à Sherbrooke (16,5 % à 19,5 %). Au même moment, ce pourcentage est demeuré à peu près stable à 19 % au Québec. De 2000 à 2005, la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu a diminué légèrement à Sherbrooke, passant de 19,5 % à 18,4 %. En 2005, cette proportion était légèrement supérieure à celle du Québec (18,4 % contre 17,2 %).

En parallèle à ces chiffres sur la défavorisation économique, la Ville de Sherbrooke affiche en 2006 un taux de prestataires de l'assistance-emploi plus élevé que celui du Québec (9,3 % contre 7,8 %). La moitié (48,7 %) des aînés sherbrookoïses contre 46,5 % de ceux du Québec bénéficient du Supplément de revenu garanti. Malgré ces écarts, les taux de prestataires de l'assistance-emploi et de bénéficiaires du Supplément de revenu garanti s'inscrivent tous dans une tendance à la baisse, à Sherbrooke comme au Québec.

En 2006, la population de la Ville de Sherbrooke présentait un des plus hauts taux d'emploi (60 %) de la région ainsi qu'un des revenus personnels disponibles par habitant les plus importants (21 779 \$). Le revenu personnel disponible est défini comme le solde du revenu personnel après le paiement des impôts directs des particuliers et divers autres droits, licences et permis. Par contre, c'est sur ce territoire estrien que la proportion de gens vivant sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada est la plus élevée en 2005 (18,4 %). Ces indicateurs économiques laissent entendre que, malgré la présence d'une certaine richesse relative, la pauvreté et les écarts de revenus sont bien présents à Sherbrooke.

Toujours sur le plan économique en 2006, un peu plus des trois quarts (78,4 %) de la main-d'œuvre de la Ville de Sherbrooke occupent des emplois reliés au secteur tertiaire (commerce, transport, hôtellerie, services et soins) contre 20,6 % dans le secteur secondaire (industries manufacturières et construction) et 1 % dans le secteur primaire (agriculture, exploitation forestière et extraction minière). Au Québec, le portrait est sensiblement comparable alors que ces proportions s'élèvent respectivement à 77,3 %, 19,8 % et 2,9 %. C'est à Sherbrooke que se retrouve la plus forte concentration de travailleurs de l'Estrie œuvrant dans le secteur de l'enseignement (10,8 %) et de la santé et des services sociaux (15,3 %).

Par ailleurs, sur le territoire sherbrookoïse, un logement privé sur deux est occupé par un locataire. Il s'agit de la plus forte proportion de locataires de la région. À l'échelle provinciale, ce phénomène est moins présent (39,8 %).

Environnement physique

Il est difficile de juger de la qualité de l'environnement à partir des quelques indicateurs disponibles. Quelques constats méritent toutefois d'être signalés : près d'une personne sur cinq (18,4 %) puise son eau potable dans un puits (eaux souterraines) à Sherbrooke contre 22,7 % de la population du Québec. De plus, un logement sur vingt nécessite des réparations majeures sur ce territoire. Au Québec, cette proportion est légèrement supérieure (7,7 %).

Par ailleurs, en Estrie, un non-fumeur sur dix âgé de 12 ans ou plus déclare être exposé presque chaque jour à la fumée secondaire à la maison. À l'échelle de la Ville de Sherbrooke, cela représente quelque 10 000 personnes. Bien que cette donnée soit comparable à celle de la province (13 %), il n'en demeure pas moins que ces personnes vivent quotidiennement dans un environnement dont la qualité de l'air est inadéquate. Les effets nocifs de la fumée secondaire sur la santé ne sont plus à démontrer, notamment en tant que facteur de risque du cancer du poumon et d'autres maladies du système respiratoire.

Enfin, la majorité des travailleurs âgés de 15 ans ou plus de la Ville de Sherbrooke utilise un véhicule pour se rendre au travail (79,3 %). Au Québec, cette proportion est moins importante (72,7 %). Entre 1996 et 2006, la proportion des travailleurs sherbrookoïses se rendant à pied ou à bicyclette à leur emploi est passée de 8,4 % à 8,2 %. En 2006, cette proportion est sensiblement la même que celle observée à l'échelle provinciale (8 %).

Environnement social

En ce qui a trait à l'environnement social, Sherbrooke fait plus ou moins bonne figure par rapport au Québec dépendant de la problématique étudiée et de l'angle d'analyse.



Ainsi, dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, on dénombre dans la Ville de Sherbrooke environ 148 nouvelles prises en charge par année, ce qui correspond à 5 cas pour 1 000 jeunes de moins de 18 ans, un taux statistiquement comparable à celui du Québec (5,6 cas). À Sherbrooke, ce taux est demeuré stable entre 1997 et 2005. Dans l'ensemble de la région, la négligence et les troubles de comportement sont à l'origine de la grande majorité de ces prises en charge. Dans les années à venir, il faudra surveiller l'influence de la nouvelle *Loi sur la protection de la jeunesse*, adoptée en 2006, qui pourrait avoir un impact sur la tendance de la problématique.

Chez les jeunes Sherbrookoises de 12 à 17 ans, le taux d'infractions au *Code criminel* et aux lois équivaut à 5 798 infractions pour 100 000 jeunes pour la période 2003 à 2005. Ce taux est statistiquement comparable à celui observé dans l'ensemble du Québec. Parmi la population sherbrookoise âgée de 12 à 17 ans, un peu plus de 70 % de toutes les infractions sont commises par les 15 à 17 ans. Parmi l'ensemble des infractions enregistrées en territoire sherbrookoise, 19,6 % sont des méfaits contre la personne (ex. : voies de fait, menaces) et 44,2 % concernent les délits à la propriété (ex. : vol, introduction par effraction). Entre 1999 et 2005, on parle d'une tendance à la hausse du taux d'infractions au *Code criminel* et aux lois chez les 12 à 17 ans à Sherbrooke (5 123 infractions pour 100 000 jeunes à 5 798/100 000). Durant cette même période, on assiste plutôt à une légère diminution de ce taux dans l'ensemble de la province (5 841 infractions pour 100 000 jeunes à 5 619/100 000).

Parallèlement, la situation du décrochage scolaire dans le secteur public en Estrie est des plus préoccupantes. La région se classe parmi les régions administratives les moins performantes en matière de réussite scolaire, près du dernier rang. En 2004-2005, dans le réseau public de l'éducation, 38,4 % des élèves du secondaire de la Ville de Sherbrooke ont décroché contre 27,8 % au Québec. Le décrochage touche plus particulièrement les garçons : à Sherbrooke, 45,4 % d'entre eux décrochent avant d'avoir obtenu leur diplôme du secondaire contre 28,7 % chez les filles. À l'échelle régionale, la ville détient le taux de sortie sans diplôme du secondaire le plus important de la région, en partie attribuable à un taux de décrochage relativement élevé des jeunes Sherbrookoises.

Parmi la population âgée de 25 ans ou plus, 27,6 % des résidents de Sherbrooke n'ont pas complété un certificat d'études secondaires. Au Québec, la proportion de gens faiblement scolarisés est plus importante (31,3 %). Fait à noter, on remarque peu de différences entre les sexes à Sherbrooke sur cette question (26,4 % des hommes contre 28,5 % des femmes). Également, ce même écart entre les sexes n'est pas très important au niveau provincial (30,6 % des hommes contre 31,8 % des femmes).

Par ailleurs, le taux de grossesse des adolescentes sherbrookoises de 14 à 19 ans est plus important que celui des jeunes Québécoises du même âge (49 grossesses pour 1 000 adolescentes contre 36/1 000). Sherbrooke est le seul endroit de la région dont l'écart avec la province est significatif pour cet indicateur. Les grossesses à l'adolescence demeurent toujours problématiques parce qu'elles sont souvent associées à des conditions familiales et socioéconomiques défavorables, à une faible estime de soi et à un peu d'intérêt pour les études. Comparativement au Québec, Sherbrooke compte cependant une moins forte proportion des naissances vivantes dont les mères ont moins de onze ans de scolarité (10,1 % contre 12,3 %). À l'échelle régionale, il s'agit d'un des territoires où cette caractéristique sociale est la moins présente. En contrepartie, c'est à Sherbrooke qu'on retrouve la plus importante proportion de mères ayant seize ans ou plus de scolarité en Estrie (37 %).

En ce qui concerne la violence conjugale faite aux femmes, il faut noter qu'entre 1999 et 2005, le taux de femmes victimes a augmenté dans la Ville de Sherbrooke et au Québec. Cette hausse peut probablement s'expliquer en partie par une plus grande propension de la population à rapporter ces crimes aux autorités qu'auparavant. De plus, cette hausse fait en sorte que ce taux de victime en région rejoint de plus en plus le taux québécois. Au cours de la période citée, le taux de Sherbrooke n'a jamais été supérieur à celui du Québec. En 2003-2005, il s'établissait à 367 victimes pour 100 000 femmes âgées de 12 ans ou plus contre 425/100 000 au Québec. Ces statistiques ne montrent bien sûr qu'une partie du problème de la violence conjugale. Une enquête québécoise¹⁵ menée en 1998 indiquait que 6 % des femmes ayant vécu en couple pendant au moins deux mois rapportent avoir subi de la violence physique, alors que 7 % affirment avoir subi de la violence sexuelle de la part de leur conjoint.

Les données relatives aux crimes contre la personne indiquent qu'en moyenne 1 254 infractions ont été enregistrées chaque année dans la Ville de Sherbrooke entre 2003 et 2005, soit un taux annuel moyen de 849 infractions pour 100 000. Ce taux est inférieur à celui du Québec (1 003/100 000). Par rapport à la période 1999-2000, le taux de crimes contre la personne est en hausse dans cette ville comme au Québec. Les voies de fait et les menaces sont les infractions les plus souvent enregistrées dans ce type de crimes à Sherbrooke (environ 80 %).

Enfin, il ne faut pas passer sous silence que le nombre de places disponibles en services de garde pour les enfants de moins de 5 ans a connu un essor important durant la dernière décennie, particulièrement depuis la création en 1997 des centres de

15. La violence envers les conjointes dans les couples québécois, 1998, Institut de la statistique du Québec.



la petite enfance (CPE). À Sherbrooke en 2006, on dénombrait 62 places disponibles pour 100 enfants de moins de 5 ans contre environ 20 places en 1996. Concrètement, cela représentait environ 4 700 espaces de garderie en 2006.

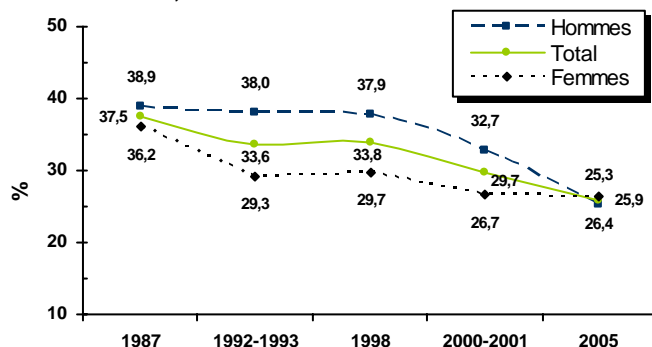
Environ une personne sur six âgées de 15 ans ou plus (17,4 %) affirme avoir prodigué sans rémunération des soins à des personnes âgées à Sherbrooke durant la semaine ayant précédé le recensement. Il peut s'agir, entre autres, de consacrer du temps à donner des soins personnels à un parent âgé ou d'avoir aidé un voisin âgé à faire ses emplettes. Il peut être question aussi de visites ou de discussions téléphoniques auprès de personnes âgées ou d'aide à la prise de médicaments. Cette proportion est légèrement inférieure à celle observée à l'échelle du Québec (18,6 %). À l'instar de la situation provinciale, cette implication sociale touche davantage les femmes que les hommes dans le territoire sherbrookoïse (20,4 % contre 14,2 %).

Habitudes de vie et comportements

À la lumière des indicateurs figurant dans le présent document, on constate que la population de l'Estrie affiche des habitudes de vie et des comportements liés à la santé tout à fait comparables à la population du Québec. Cependant, dans la région comme à l'échelle provinciale, certains de ces facteurs de risque sont à la baisse alors que d'autres sont à la hausse. Pour la Ville de Sherbrooke comme pour toutes les MRC de l'Estrie, on ne sait presque rien de la prévalence des habitudes de vie puisque la quasi-totalité des informations à ce sujet ne sont pas disponibles à ce niveau géographique dans la région. Cela étant, la seule possibilité offerte est de transposer les taux estriens à l'échelle sous-régionale afin d'estimer une donnée locale. Pour ce faire, on doit alors poser l'hypothèse que les tendances ou constats observés en Estrie s'appliquent au territoire local. Or, il peut exister des écarts significatifs entre des territoires estriens sur certaines habitudes de vie ou comportements. Les données d'une récente enquête régionale sur la consommation de tabac chez les jeunes l'ont d'ailleurs clairement démontré.

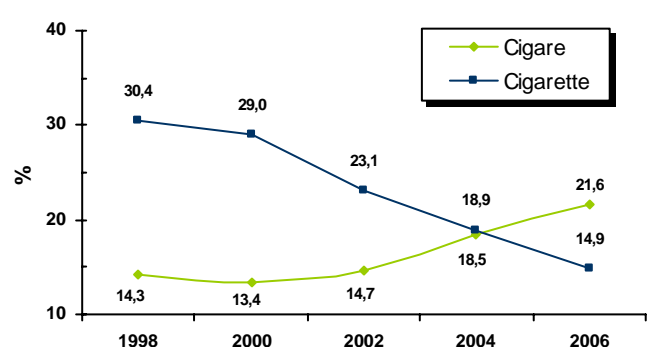
Le tabagisme affecte présentement une personne sur quatre en Estrie comme au Québec et accuse une baisse constante depuis plusieurs années, autant chez les hommes que chez les femmes (Figure 9). En 2005, cela représenterait environ 33 700 fumeurs dans la Ville de Sherbrooke, soit 25,9 % de la population âgée de 12 ans ou plus. C'est un facteur de risque important de maladies chroniques comme le cancer et les maladies cardiovasculaires. Chez les jeunes du secondaire de Sherbrooke, le taux de fumeurs de cigarette a diminué drastiquement entre 2000 et 2005, passant de 27,6 % à 14,3 %. Au Québec, ce taux a subi une décroissance semblable, passant de 29 % à 14,9 % entre 2000 et 2006. Seule note discordante à ce tableau encourageant : une étude récente¹⁶ révèle que le taux de fumeurs de cigare ou de cigarillo est à la hausse chez les jeunes du secondaire (Figure 10). À l'exemple de la situation provinciale, les résultats de l'enquête régionale de 2005 illustraient également une présence un peu plus importante du tabagisme chez les jeunes Sherbrookoïses (16,1 % contre 12,6 % chez les garçons). Cette étude régionale a permis de faire ressortir des différences assez significatives entre certains territoires sociosanitaires. La comparaison entre le taux de tabagisme de Sherbrooke (14,3 %) et ceux du Granit (23,9 %) et de Coaticook (23,2 %) en est un bon exemple.

Figure 9 : Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels selon le sexe, population de 12 ans ou plus, Estrie, 1987 à 2005



Source : Institut de la statistique du Québec.

Figure 10 : Pourcentage de fumeurs de cigarette et de cigare, élèves du secondaire, Québec, 1998 à 2006



Source : Institut de la statistique du Québec.

16. Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006, Institut de la statistique du Québec.



Autre tendance à signaler : la proportion de la population qui n'est pas suffisamment active physiquement durant les loisirs est à la baisse en Estrie comme au Québec, autant chez les hommes que chez les femmes. En région, cette proportion est passée de 73,9 % à 64,7 % entre 2001 et 2005. Ce constat est encourageant même si la proportion des personnes qui ne bougent pas assez durant les loisirs est encore trop élevée. Dans la Ville de Sherbrooke, on estime qu'environ 77 000 personnes de 18 ans ou plus ne font pas suffisamment d'activité physique durant les loisirs. Il est connu, de fait, qu'un niveau suffisant d'activité physique réduit, entre autres, le risque de contracter une maladie cardiovasculaire tout en permettant de diminuer le poids et d'améliorer le cholestérol sanguin, la tension artérielle et le diabète. Chez les 12 à 17 ans, la proportion de jeunes qui ne sont pas suffisamment actifs durant les loisirs s'élève à 59 % (environ 6 500 jeunes de 12 à 17 ans à Sherbrooke). En Estrie comme au Québec, la proportion de gens insuffisamment actifs n'a pas baissé de façon significative chez les jeunes entre 2003 et 2005.

Également, la moitié des personnes âgées de 12 ans ou plus ne consomment pas suffisamment (cinq fois ou plus par jour) de fruits ou de légumes en Estrie. Cette proportion est plus forte chez les hommes que chez les femmes (59,5 % contre 40,6 %). Appliquées à la population sherbrookoise, ces proportions laissent croire qu'environ 65 000 habitants du territoire consomment ce type d'aliments en quantité insuffisante, soit 37 500 hommes et 27 500 femmes. Or, la consommation quotidienne cinq fois ou plus de fruits et légumes réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de certains cancers, du diabète de type 2 et de l'obésité.

Par ailleurs, la consommation élevée d'alcool (cinq consommations ou plus douze fois l'an ou plus) est en hausse au Québec depuis une dizaine d'années. En Estrie, la tendance est semblable à celle du Québec. De fait, plus particulièrement entre 2001 et 2005, la proportion de ce type de buveurs en région est passée de 15,9 % à 18,1 %. Beaucoup plus d'hommes que de femmes déclarent avoir ce comportement (25,9 % contre 10,7 %). Au Québec, c'est chez les jeunes de 20 à 24 ans que l'on observe le plus souvent ce comportement excessif. Dans la Ville de Sherbrooke, c'est quelque 23 500 personnes âgées de 12 ans ou plus (16 300 hommes et 7 200 femmes) qui afficheraient ce comportement à risque face à l'alcool. L'augmentation de personnes qui boivent trop souvent beaucoup d'alcool en une seule occasion est préoccupante. En se basant sur une étude provinciale, on estimerait annuellement à 90 le nombre de décès liés à la consommation d'alcool à Sherbrooke.

En lien avec la consommation élevée de produits alcoolisés, il faut noter que parmi les principaux facteurs de risque occasionnant des blessures graves ou mortelles chez les usagers du réseau routier, on retrouve la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool. Dans la Ville de Sherbrooke comme au Québec, le taux de condamnations reliées à ce type d'infractions est comparable tout en étant à la baisse. Entre 1995 et 1997, on enregistrait annuellement à Sherbrooke environ 403 condamnations pour 100 000 titulaires de permis de conduire contre quelque 253 condamnations pour 100 000 en 2002-2004. L'analyse provinciale de la tendance par groupe d'âge démontre une baisse chez les 25 à 64 ans, mais malheureusement fait ressortir une hausse chez les jeunes de moins de 25 ans. L'analyse par sexe révèle par ailleurs que la conduite avec facultés affaiblies demeure avant tout un comportement masculin. On peut présumer que ces constats s'appliquent également à la population sherbrookoise.

Services de santé – Ressources et équipements

La Ville de Sherbrooke bénéficie d'environ 148 omnipraticiens pour 100 000 habitants contre 101/100 000 au Québec, un écart positif de 46,5 % par rapport à la province. Avec la MRC des Sources, cette ville présente d'ailleurs un des meilleurs ratios médecins/population de l'Estrie. La population sherbrookoise dispose de médecins spécialistes installés directement sur son territoire. La population estrienne dans son ensemble peut compter sur quelque 125 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 107/100 000 au Québec, soit un écart positif de 16,8 % par rapport à la moyenne du Québec. La présence d'un centre hospitalier universitaire à Sherbrooke explique en bonne partie cette situation.

En parallèle à ces ressources médicales, la Ville de Sherbrooke se situe au-dessus de la moyenne québécoise pour ce qui est du nombre d'infirmières (1 089 contre 562/100 000 habitants), d'infirmières auxiliaires (187 contre 143/100 000 habitants), de préposées aux bénéficiaires (572 contre 352/100 000) et de dentistes (52 contre 50/100 000). En Estrie, c'est d'ailleurs à Sherbrooke où le taux d'infirmières et le taux de préposées aux bénéficiaires est le plus important. De façon générale, on a assisté au cours des dernières années à un accroissement du nombre de ressources humaines directement affectées aux soins en territoire sherbrookoise et dans l'ensemble du Québec.

En ce qui concerne les soins physiques hospitaliers de courte durée, l'Estrie, comme le Québec, a connu une diminution du nombre de lits disponibles depuis le milieu des années 1990. Cette rationalisation a fait en sorte que le taux d'occupation des lits a grimpé et que la durée moyenne de séjour a diminué, ce qui a permis de compenser en partie la réduction du nombre de lits. Le secteur public de l'hébergement et des soins de longue durée a également connu une rationalisation au cours des dix dernières années. Dans ce secteur, on a assisté à une réduction du nombre de lits, ce qui s'est traduit par une légère augmentation du taux d'occupation qui avoisine maintenant 100 %, mais surtout par une diminution appréciable de la durée



moyenne de séjour qui s'établit maintenant à près de 205 jours en Estrie. Cette réduction de la durée d'hébergement est associée à un resserrement des critères d'admission qui font en sorte que maintenant les personnes admises y décèdent plus rapidement à cause de leur état de santé. Comme le reste de la population estrienne, les résidents de la Ville de Sherbrooke ont dû composer avec cette nouvelle réalité régionale de services.

Services de santé – Services préventifs

La proportion d'élèves de 4^e année ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B à Sherbrooke est sensiblement comparable à la donnée provinciale (87 % contre 89 % au Québec). Par ailleurs, chez les Sherbrookoises âgées de 50 à 69 ans, on note un plus grand recours à la mammographie (74 % contre 65,5 % au Québec). La Ville de Sherbrooke présente d'ailleurs le taux de mammographie le plus élevé de la région.

Également, au fil des ans, dans la Ville de Sherbrooke comme au Québec, les motifs de retrait préventif des travailleuses enceintes et l'ampleur de ces motifs ont évolué. Par exemple, des motifs comme « contraintes ergonomiques », « agresseurs chimiques », « agresseurs biologiques » et « risques à la sécurité » ont été davantage évoqués entre 2001 à 2004 comparativement à la période 1994 à 1997. Une plus grande conscientisation des travailleuses enceintes aux risques pour leur grossesse en milieu de travail peut expliquer en partie ce phénomène.

Services de santé – Services de première ligne

Les quelques indicateurs disponibles sur les services de première ligne positionnent l'Estrie dans une situation un peu plus favorable que la moyenne québécoise. Tout d'abord, il semblerait un peu plus facile d'avoir accès à un médecin de famille en région alors que 21,6 % de la population déclare ne pas avoir de médecin de famille contre 24,9 % au Québec en 2005. À l'échelle de la Ville de Sherbrooke, cela représenterait environ 28 000 personnes. Fait à noter cependant, les enquêtes¹⁷ consultées révèlent que la moitié des personnes sans médecin de famille affirment ne pas en chercher. De plus, ces mêmes enquêtes montrent une tendance à la baisse de la proportion de personnes déclarant ne pas avoir de médecin de famille, une proportion qui est passée de 31,3 % à 21,6 % en Estrie entre 2001 et 2005. Ces chiffres sur l'accès à un médecin de famille doivent cependant être interprétés avec circonspection étant donné qu'ils sont tirés d'enquêtes (en bonne partie téléphoniques) basées sur la perception des gens sondés. Dans certains cas, il peut arriver que des personnes croient pouvoir contacter un médecin de famille en cas de besoin sans que cela ne soit possible en réalité.

Le recours à certains services ambulatoires est différent en région. De fait, la population sherbrookoise utilise davantage que les Québécois le service téléphonique Info-Santé dont la rapidité d'accès en région est parmi les meilleures de la province (445 appels traités pour 1 000 personnes comparativement à 325/1 000 au Québec). En fait, il s'agit du plus haut taux d'utilisation de ce type de service en Estrie.

Comparativement au Québec, un taux comparable de femmes âgées de 14 à 49 ans recourt aux interruptions volontaires de grossesse dans la Ville de Sherbrooke (16,7 interruptions pour 1 000 femmes contre 16,4/1 000). Toutefois, le taux d'interruption volontaire de grossesse enregistré à Sherbrooke est le plus élevé de la région. En Estrie, l'écart observé entre certains milieux ruraux et urbains à ce sujet laisse supposer que les facteurs explicatifs de ce phénomène peuvent parfois référer davantage à des éléments d'ordre culturel qu'à des questions d'accès ou d'organisation de services. À l'échelle régionale, il faut rappeler que c'est uniquement à Sherbrooke que le taux de grossesse chez les jeunes filles âgées de 14 à 19 ans est plus important qu'au Québec (49 grossesses pour 1 000 femmes contre 36/1 000). Le nombre de grossesses regroupe l'ensemble des événements suivants ayant fait l'objet d'une déclaration : les naissances vivantes, les mortinaissances survenues après au moins 20 semaines de gestation, les interruptions volontaires de grossesses et les avortements spontanés.

Par ailleurs, en Estrie comme au Québec, près d'une personne sur dix âgées de 65 ans ou plus reçoit des services à domicile, une proportion relativement stable depuis quelques années. En appliquant cette statistique à la population de la Ville de Sherbrooke, ces services rejoindraient environ 2 300 aînés.

De son côté, le taux de participation au programme de services dentaires chez les enfants âgés de moins de 10 ans en Estrie se compare à celui observé dans l'ensemble du Québec, soit environ 50 %. En inférant ce résultat à l'échelle locale, on peut estimer que près de 7 700 jeunes du même âge n'auraient pas utilisé les services de ce programme à Sherbrooke en 2003.

17. Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada.



Services de santé – Services hospitaliers

Souvent, la compréhension du système de santé repose sur l'analyse des services hospitaliers. En Estrie, les indicateurs des services hospitaliers se situent assez souvent dans la moyenne du Québec. Parmi les indicateurs disponibles dans le présent document, on relève toutefois que la région affiche une meilleure performance à certains égards. Ainsi, même si l'urgence des hôpitaux est de plus en plus sollicitée, le pourcentage des séjours excessifs à l'urgence¹⁸ en Estrie est inférieur à celui du Québec (11 % pour un séjour de 24 heures ou plus comparativement à 18,8 % au Québec). Bien qu'on ne dispose pas de données à l'échelle locale à ce sujet, on peut penser que la population sherbrookoise bénéficie de cette structure de services régionale.

Également, on note que le taux de césarienne est plus faible dans la Ville de Sherbrooke qu'au Québec (17,7 % des accouchements contre 22,1 %). Ce phénomène est à la hausse sur le territoire sherbrookoise (10,3 % des accouchements en 1994-1997 contre 17,7 % en 2003-2006) comme dans toutes les autres régions de la province. On enregistre environ 250 césariennes par année en moyenne à Sherbrooke.

Autre indicateur de performance à souligner au chapitre de l'organisation des services hospitaliers : le taux de mortalité évitable en Estrie est inférieur à la valeur moyenne de la province. Dans la Ville de Sherbrooke, on observe la même tendance comparativement au Québec bien que l'écart observé ne soit pas statistiquement significatif (93,1 décès pour 10 000 personnes âgées de moins de 75 ans contre 103,2/10 000 au Québec). Les causes de mortalité évitables peuvent être, par exemple : les cardiopathies ischémiques, le cancer du côlon et du rectum, les maladies vasculaires cérébrales, le cancer du sein chez la femme, les néphrites et les néphroses. En fait, la sélection des maladies jugées évitables repose sur deux principes généraux : des interventions connues et efficaces existent et des soins appropriés peuvent être dispensés.

La Ville de Sherbrooke se démarque du Québec par une plus grande proportion de personnes de 65 ans ou plus vivant en institution de santé, tels un foyer, une maison de repos, etc. (13,2 % contre 8,6 %). Cet écart avec la province est particulièrement observé chez les personnes âgées de 85 ans ou plus (45,2 % contre 37 % au Québec). À l'échelle régionale, c'est dans le secteur sherbrookoise que le taux de personnes âgées de 65 ans ou plus résidant en milieu institutionnel est le plus important.

Comparativement au Québec, on relève dans la Ville de Sherbrooke un taux plus important d'angioplastie (34,9 interventions pour 10 000 personnes âgées de 20 ans ou plus contre 25,5/10 000) et un plus fort taux de chirurgies d'un jour (382,8 chirurgies pour 10 000 personnes contre 361,6/10 000). Par ailleurs, sur le territoire sherbrookoise, on remarque une propension plus élevée que la moyenne provinciale à hospitaliser pour des conditions propices aux soins ambulatoires (42,9 admissions hospitalières pour 10 000 personnes contre 38,3/10 000). On peut alors faire référence aux problèmes de santé suivants : épilepsie, maladies pulmonaires obstructives chroniques, pneumonie, asthme, insuffisance cardiaque congestive, hypertension, angine et diabète.

À Sherbrooke, le taux d'admission des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée est légèrement inférieur à celui observé dans l'ensemble du territoire estrien pour la période 2006 à 2007 (37,1 % de gens nouvellement admis depuis douze mois contre 40,6 % en Estrie). Au même moment, la durée moyenne d'attente des personnes admises dans ce type d'établissement était supérieure à celle enregistrée à l'échelle régionale (16 jours contre 12,7 jours en Estrie). Les personnes admises sont celles qui, après la décision d'un comité d'orientation et d'admission, occupent pour la première fois un lit d'hébergement et de soins de longue durée. La réduction des durées est une des raisons qui peut modifier le rythme d'admission. Ce dernier est influencé par la durée de séjour des personnes hébergées et par l'offre de lits gérés par le même comité. Cette offre est dépendante des mouvements d'ouverture et de fermeture des lits et des opérations de rehaussement ou de compression budgétaire.

ÉTAT DE SANTÉ

État de santé globale

Globalement, l'état de santé de la population de l'Estrie se maintient dans la bonne moyenne québécoise et cela depuis plusieurs années. Un des indicateurs fiables et valides souvent utilisé pour mesurer cette réalité est la perception que se font les individus de leur état de santé. Or, en Estrie comme au Québec, environ neuf personnes sur dix se perçoivent en bonne santé. Ne disposant pas de données locales sur le sujet, tout porte cependant à croire que cette perception positive de l'état de santé rejoint la même proportion de gens dans la Ville de Sherbrooke.

18. Plus de 24 heures ou plus de 48 heures.



L'espérance de vie est aussi un bon indicateur global de l'état de santé des populations. À Sherbrooke comme au Québec, l'espérance de vie à la naissance est en hausse constante depuis plusieurs années tout en étant comparable entre les deux territoires. Chez les hommes Sherbrookoises comme pour l'ensemble de la population masculine québécoise, l'espérance de vie à la naissance s'établit maintenant autour de 76 ans. L'espérance de vie des Sherbrookoises est supérieure à celle des hommes et elle est statistiquement comparable à celle de la population féminine provinciale (82,9 ans contre 82,1 ans au Québec). Fait à souligner, l'espérance de vie varie sensiblement en fonction de la défavorisation matérielle et sociale. En Estrie, par exemple, les hommes plus défavorisés peuvent s'attendre à vivre en moyenne environ sept années de moins que ceux plus favorisés. Chez les femmes, l'écart entre les deux groupes est d'environ trois années¹⁹.

Si l'espérance de vie observée dans la Ville de Sherbrooke est sensiblement la même que celle de la province, c'est qu'on y relève un taux ajusté de mortalité comparable à celui du Québec (701 décès pour 100 000 personnes à Sherbrooke contre 724/100 000). De la même façon, si l'espérance de vie est à la hausse, c'est que la mortalité est à la baisse, à Sherbrooke comme au Québec. Par ailleurs, l'examen de la mortalité par principales causes de décès ne fait ressortir aucune surmortalité dans la Ville de Sherbrooke comparativement à la province. De même, aucune différence significative avec l'ensemble du territoire québécois n'est observée relativement aux taux de mortalité par groupe d'âge.

Une étude régionale sur la santé dentaire des élèves de la maternelle a démontré qu'un peu plus d'un enfant sur quatre est affecté par la carie dentaire (26,6 %). Les élèves de Sherbrooke sont moins affectés par ce mauvais état de santé dentaire (20,8 %) que ceux d'autres territoires tels que les MRC du Haut-Saint-François (44,5 %), du Granit (38,6 %) et des Sources (37 %).

D'avril 2003 à mars 2006, les taux d'hospitalisations en soins physiques de courte durée sont plus importants dans la Ville de Sherbrooke que dans l'ensemble de la province (815 hospitalisations pour 10 000 personnes contre 729,3/10 000 au Québec). On peut d'ailleurs faire ce constat pour la plupart des causes d'admissions hospitalières. L'interprétation de ces données commande cependant la prudence. Le simple fait d'observer un taux d'hospitalisations plus important sur un territoire donné ne signifie pas nécessairement que la population de ce territoire soit plus malade que la population de référence. L'écart entre ces taux peut être attribuable à des différences dans les structures d'organisation de services, dans les pratiques médicales ou administratives, dans l'accessibilité des services ou dans la disponibilité des ressources. À l'échelle régionale, il est à noter que c'est dans les MRC des Sources et du Granit que les taux d'hospitalisations sont les plus élevés.

Dans la Ville de Sherbrooke, 11 % de la population aurait une incapacité. Au Québec, cette proportion serait identique (11,1 %). D'après Statistique Canada, une personne se retrouve dans cette situation lorsqu'elle a de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables.

Selon la Régie des rentes du Québec, environ 19 enfants sur 1 000 âgés de moins de 18 ans ont bénéficié d'une allocation pour personnes handicapées dans la Ville de Sherbrooke en 2006. Ce taux était alors statistiquement comparable à l'échelle provinciale. Afin de recevoir une allocation pour personnes handicapées, l'enfant doit être atteint d'une déficience physique ou mentale ou d'un trouble du développement. Au Québec comme à Sherbrooke, les garçons sont beaucoup plus nombreux que les filles à vivre avec ces handicaps (24,7/1 000 contre 14,2/1 000 sur le territoire sherbrookoise).

État de santé physique – Maladies chroniques

La Ville de Sherbrooke affiche un taux brut de prévalence comparable à la moyenne québécoise pour les principaux problèmes de santé chronique. Dans le cas du diabète, la ville présente un taux ajusté inférieur à celui du Québec chez les personnes âgées de 20 ans ou plus (5,1 % contre 6,5 %)²⁰. À l'exemple de la situation provinciale, les Sherbrookoises sont davantage atteints de cette maladie que les Sherbrookoises (6,1 % contre 4,3 %). Il est à noter que les cas retenus comprennent les personnes souffrant de diabète de type 1 et de type 2, mais excluent les femmes ayant seulement eu un diabète gestationnel.

En 2005, parmi la population de l'Estrie âgée de 12 ans ou plus, environ une personne sur quatre (25 %) déclare souffrir d'allergies autres qu'alimentaires, ce qui en fait le problème de santé chronique le plus fréquemment rapporté. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (18 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (14 %), l'hypertension (12 %) et les migraines (10 %). Ces proportions sont semblables à celles du Québec. Ces données n'étant pas disponibles à l'échelle sous-régionale, tout porte à croire que ce portrait s'applique également à la population sherbrookoise.

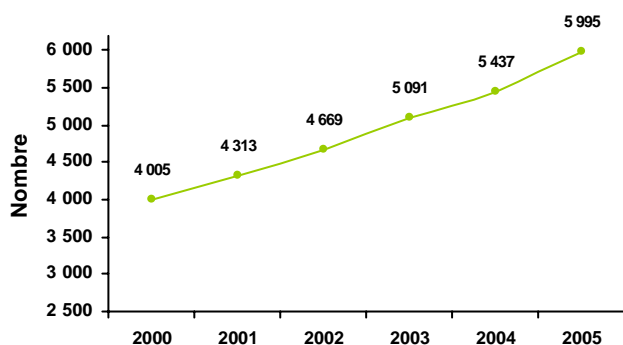
19. Données non publiées dans les tableaux du présent document.

20. Il s'agit ici du taux de diabète diagnostiqué par un médecin.



Mises à part ces comparaisons avec le Québec, il faut cependant souligner au chapitre des maladies chroniques la croissance accélérée de la prévalence (nombre de cas) de ces maladies au sein de la population. De fait, en région comme au Québec, le nombre de personnes atteintes par ces maladies chroniques est en forte augmentation puisque le nombre de personnes âgées est en hausse dans la population et que la prévalence de certains facteurs de risque associés est également en croissance ou encore trop élevée. Le diabète, par exemple, est de plus en plus fréquent au sein de la population. Entre 2000 et 2005 dans la Ville de Sherbrooke, soit sur une courte période, le nombre de diabétiques a augmenté de 49,7 %, passant de 4 005 à 5 995 (Figure 11). Parallèlement, le surplus de poids, un facteur de risque du diabète, mais aussi d'autres maladies chroniques, est un problème de santé de plus en plus courant en Estrie et au Québec. De 1987 à 2005, sur le territoire estrien, le pourcentage de la population âgée de 20 ans ou plus présentant un excès de poids est passé de 44 % à 53 % chez les hommes et de 26 % à 40 % chez les femmes (Figure 12). Ne disposant pas de données locales à ce sujet, on estime cependant que cette situation affecte dans une même mesure la population de Sherbrooke. En se basant sur ces statistiques régionales, environ 29 000 Sherbrookoises et 24 000 Sherbrookoises seraient aux prises avec ce facteur de risque en 2005.

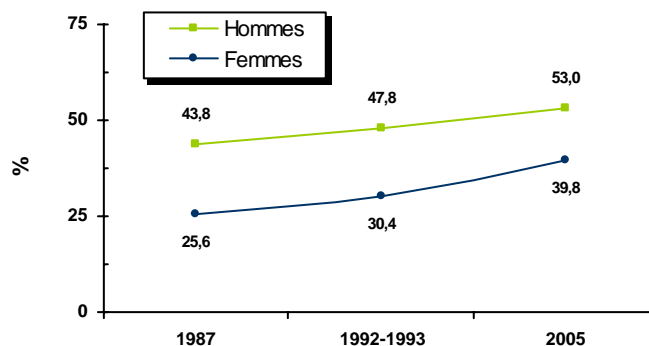
Figure 11 : Nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus atteintes de diabète, Ville de Sherbrooke, 2000 à 2005



Source : Institut national de santé publique du Québec.

Note : Les cas de diabète correspondent ici à des cas diagnostiqués par un médecin.

Figure 12 : Pourcentage de personnes avec un excès de poids selon le sexe, population âgée de 20 ans ou plus, Estrie, 1987, 1992-1993, et 2005



Sources : Enquête santé Québec 1987, Institut de la statistique du Québec. Enquête sociale et de santé 1992-1993, Institut de la statistique du Québec. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005.

Note : L'excès de poids correspond ici à un indice de masse corporelle de 25 ou plus (norme internationale).

Dans l'ensemble, on note un taux ajusté d'incidence du cancer dans la Ville de Sherbrooke statistiquement équivalent à celui de la province (449 nouveaux cas pour 100 000 personnes contre 470/100 000 au Québec). À l'exemple de la situation provinciale, les cancers représentent la principale cause de mortalité à Sherbrooke, totalisant 31 % des décès. Toutefois, le taux de décès par tumeurs malignes de la population sherbrookoise est comparable à celui de l'ensemble de la population québécoise (223 décès pour 100 000 personnes contre 229/100 000).

Par ailleurs, on dénote sur ce territoire un niveau de mortalité équivalent au Québec attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire (194 décès pour 100 000 personnes à Sherbrooke contre 213/100 000), aux maladies de l'appareil respiratoire (51 décès pour 100 000 personnes à Sherbrooke contre 57/100 000) ainsi qu'à certaines conditions associées au tabagisme, particulièrement en ce qui a trait aux cardiopathies ischémiques.

État de santé physique – Santé des nouveau-nés

En regard des indicateurs disponibles, la santé des nouveau-nés sherbrookoises se compare à celle des nouveau-nés du Québec. Par exemple, on ne remarque aucun écart marqué au chapitre des naissances de moins de 2 500 grammes (5,9 % des naissances à Sherbrooke contre 5,6 %), des naissances de moins de 37 semaines de gestation (7,8 % des naissances à Sherbrooke contre 7,6 %) et des naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (8,5 % des naissances à Sherbrooke contre 8,3 %). De 1989 à 2003, la proportion de naissances de moins de 2 500 grammes a augmenté légèrement à Sherbrooke (5,3 % à 5,9 %). Durant la même période, les naissances prématurées ont progressé de façon un peu plus importante sur le territoire sherbrookoise (6,7 % à 7,8 %), à l'exemple de l'ensemble de la province.

Par ailleurs, le taux d'hospitalisations au cours de la première année de vie de la population sherbrookoise est équivalent à celui enregistré au Québec (2 269 admissions hospitalières pour 10 000 enfants à Sherbrooke contre 2 203 hospitalisations pour 10 000). Un taux d'hospitalisations plus important ne veut pas nécessairement dire que les jeunes enfants d'un territoire



donné soient plus malades que la population de référence. L'écart entre ces taux peut être attribuable, par exemple, à des différences dans les structures d'organisation de services, dans les pratiques médicales ou administratives, dans l'accessibilité des services ou dans la disponibilité des ressources.

Le taux de mortalité infantile à Sherbrooke se compare au taux provincial (5,4 décès pour 1 000 naissances vivantes contre 4,6/1 000 au Québec) au cours de la période 2000-2003. Ce taux est stable depuis le début des années 1990. Parallèlement, le taux des naissances présentant un retard de croissance intra-utérine ne se démarque pas non plus du taux québécois (8,5 % des naissances contre 8,3 % au Québec). De 1989 à 2003, le taux des naissances présentant un retard de croissance intra-utérine a diminué sur le territoire sherbrookoise (10,2 % des naissances à 8,5 %). Ce gain pourrait être attribuable à de meilleures habitudes de vie des mères, comme leur plus faible propension à fumer durant la grossesse.

Les affections graves au cours de la période néonatale constituent un prédateur important de morbidité et d'incapacités postnéonatales. Une d'entre elles, le syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né, est moins présente à Sherbrooke que dans l'ensemble de la province (7,7 cas pour 1 000 nouveau-nés contre 15,9/1 000). De 1994 à 2006, ces cas de détresse respiratoire ont eu tendance à diminuer sur le territoire sherbrookoise (10 cas pour 1 000 nouveau-nés à 7,7/1 000). Durant la même période, ce phénomène a plutôt augmenté au Québec (11,4 cas pour 1 000 nouveau-nés à 15,9/1 000). La septicémie néonatale constitue un autre type d'affection grave. Le taux de septicémie à Sherbrooke n'est pas statistiquement différent de celui de la province (20 cas pour 1 000 nouveau-nés contre 17/1 000 au Québec). Toutefois, à l'exemple de la situation provinciale, ce taux a progressé à Sherbrooke entre 1994 et 2006 (7,3 cas pour 1 000 nouveau-nés à 20/1 000). Les taux de syndrome de détresse respiratoire et de septicémie ont été calculés à partir de données sur l'hospitalisation. Les cas retenus ne comprennent que les nourrissons dont l'affection a été diagnostiquée lors du séjour hospitalier suivant la naissance.

État de santé physique – Traumatismes non intentionnels

Le taux de mortalité pour l'ensemble des traumatismes non intentionnels à Sherbrooke est comparable à celui de la province, soit autour de 28 décès pour 100 000 personnes contre 26/100 000. Plus spécifiquement, le taux de mortalité attribuable aux accidents de transport ou de véhicule moteur à Sherbrooke équivaut également à celui du Québec (11 décès pour 100 000 personnes contre 8,9/100 000). Concrètement, ce type d'accidents est responsable de 16 décès en moyenne chaque année à Sherbrooke. L'alcool est peut-être en cause dans cette surmortalité. En région, 39 % des conducteurs décédés au volant avaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise. Au Québec, cette proportion s'établit à 31 %. Cette proportion n'est pas disponible pour Sherbrooke. Pour ce qui est des hospitalisations, cette ville enregistre un taux légèrement supérieur au Québec relativement aux accidents de véhicules à moteur (5,4 admissions hospitalières pour 10 000 personnes contre 4,3/10 000).

Autres composantes des traumatismes non intentionnels, les chutes accidentelles sont à l'origine d'un plus haut taux d'admissions hospitalières chez les résidents sherbrookoise comparativement à l'ensemble de la population québécoise (36,7 admissions hospitalières pour 10 000 personnes contre 29,6/10 000). Sherbrooke est le seul territoire estrien à se démarquer statistiquement de la province à ce sujet.

À Sherbrooke, si les traumatismes non intentionnels sont responsables de quelques 44 décès chaque année, soit 4 % de l'ensemble de la mortalité, leur fardeau sur le système de santé est encore plus appréciable. Sur une base annuelle, ils génèrent environ 1 066 hospitalisations chez la population de ce territoire pour environ 8,6 % de l'ensemble des admissions hospitalières dues à la maladie. À ce fardeau, il faut ajouter celui des incapacités qui découlent souvent des accidents.

Selon une enquête canadienne, un peu plus d'une personne sur dix âgées de 12 ans ou plus déclare s'être blessée au cours des douze derniers mois en Estrie. Au Québec, cette proportion est comparable. Plus précisément, il est question de blessures suffisamment graves pour entraîner une limitation des activités normales sans inclure cependant les blessures attribuables à des mouvements répétitifs. En appliquant ce résultat à l'échelle sous-régionale, on estime que près de 16 500 résidents sherbrookoise se blesseraient sérieusement chaque année.

État de santé physique – Maladies infectieuses

L'analyse de l'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire pour une région sociosanitaire comme l'Estrie n'est pas toujours évidente parce que le nombre de cas annuel est soit sous-déclaré, soit petit et donc fluctuant d'année en année. À défaut de chiffres analysables, on peut penser que les tendances et constats régionaux s'appliquent possiblement aussi à la MRC.



Sur le plan régional, on relève, pour la période de 2002 à 2006, un taux annuel moyen significativement supérieur au Québec de giardiose (21,8 nouveaux cas pour 100 000 personnes en Estrie contre 12,8/100 000 au Québec) et d'infections à *Streptococcus pneumoniae* (19,1 nouveaux cas pour 100 000 personnes en Estrie contre 11/100 000 au Québec).

Parmi les principales maladies infectieuses, on note, en Estrie comme au Québec entre 1992 et 2006, que l'incidence de la coqueluche est à la baisse alors que celle de la chlamydie génitale, de l'hépatite C chronique et de l'infection à *Streptococcus pneumoniae* est à la hausse. Relativement à l'hépatite C, il faut être prudent dans l'analyse d'une tendance, car cette maladie n'est à déclaration obligatoire que depuis 2002. Avant cette date, la maladie était sous-diagnostiquée et sous-déclarée.

Les données indiquent que le taux d'incidence de chlamydie génitale a augmenté entre 1992 et 2006 sur le territoire de la Ville de Sherbrooke (196,2 nouveaux cas pour 100 000 personnes contre 259,3/100 000). De 2002 à 2006, ce taux était plus important que celui de la province (164/100 000).

État de santé physique – Maladies liées à l'environnement

Plusieurs indicateurs analysés pouvant être associés à des facteurs de risque environnementaux, tels que les taux ajustés d'incidence pour les cancers du foie, du rein, les leucémies ou les tumeurs malignes de l'appareil respiratoire ne font ressortir aucun écart important entre la population sherbrookoise et l'ensemble de la population provinciale. Tout au plus, on relève un léger écart en défaveur de la Ville de Sherbrooke concernant les hospitalisations dues aux troubles du rythme cardiaque (18,1 admissions hospitalières pour 10 000 personnes contre 13,9/10 000), aux autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques (19,3 admissions hospitalières pour 10 000 personnes contre 15,5/10 000) et aux affections cardio-pulmonaires aiguës (4 admissions hospitalières pour 10 000 personnes contre 2,5/10 000).

De 1995 à 2004, les intoxications déclarées et signalées au Centre Anti-Poison sont en baisse au Québec (732 intoxications pour 100 000 personnes en 1995 contre 650/100 000), mais légèrement en hausse en Estrie (663 intoxications pour 100 000 personnes en 1995 contre 693/100 000). En 2005, le taux d'intoxication de la population estrienne est cependant statistiquement comparable à celui de la population québécoise. Il est connu que les enfants de 15 ans ou moins sont au moins trois fois plus victimes d'intoxications que le reste de la population. Ces données ne sont pas disponibles à l'échelle de la Ville de Sherbrooke.

État de santé physique – Maladies liées au milieu de travail

Comme pour l'environnement physique, il est assez difficile de relier directement des problèmes de santé au milieu de travail, même si certaines maladies y sont davantage associées, par exemple le cancer de la plèvre et l'amiantose.

La Ville de Sherbrooke se démarque de la moyenne québécoise par un taux brut d'incidence inférieur de lésions professionnelles déclarées et indemnisées (38,8 nouveaux cas par 1 000 travailleurs contre 43,7/1 000 au Québec). Avec la MRC des Sources, il s'agit d'un des territoires estriens dont le taux est le plus faible. Une lésion professionnelle correspond à un accident de travail ou à une maladie professionnelle. À Sherbrooke et dans l'ensemble du territoire québécois, le taux d'incidence de lésions professionnelles est à la baisse de 1997 à 2005. Finalement, que ce soit en Estrie ou au niveau provincial, ce taux est nettement supérieur chez les hommes, et ce, dans tous les groupes d'âge.

Par ailleurs, près de quatre travailleurs sur dix, en Estrie comme au Québec, déclarent ne pas avoir une grande latitude de prise de décision au travail, alors que 35 % des personnes occupant un emploi éprouvent un stress quotidien élevé en milieu de travail. Or, lorsque les travailleurs manquent de latitude en matière de prise de décision, cela peut représenter une source de stress et avoir des effets néfastes sur leur santé psychologique. Ces données ne sont pas disponibles à l'échelle de la Ville de Sherbrooke.

État de santé psychosociale ou mentale

Peu d'indicateurs sont disponibles pour décrire l'état de santé mentale ou psychosociale de la population. L'analyse des quelques indicateurs du présent document ne relève pas de différence significative entre l'Estrie et le Québec. Ainsi, la très grande majorité des Estriens comme des Québécois ont une perception positive de leur état de santé mentale. De fait, moins de 4 % de la population ne se perçoit pas en bonne santé mentale. À Sherbrooke, cela représenterait environ 2 600 personnes âgées de 12 ans ou plus. Selon d'autres données d'enquêtes régionales, près d'un adulte sur quatre éprouverait un stress quotidien élevé. En sol sherbrookoise, on estime qu'environ 28 300 personnes âgées de 18 ans ou plus seraient aux prises avec ce problème.



Dans l'ensemble du territoire estrien, environ 2 % de la population affirme avoir des idées suicidaires sérieuses. Ces statistiques sont comparables à celles se rapportant à l'ensemble de la population québécoise. Ce type d'information n'est toutefois pas disponible à l'échelle sous-régionale. Par ailleurs, près de 20 personnes sur 100 000 passent à l'acte et se suicident à Sherbrooke annuellement. Au Québec, ce taux n'est pas statistiquement différent (17,6/100 000). Il est question d'environ 27 suicides par année en moyenne dans cette ville estrienne. Entre 1991 et 2003, le taux de mortalité par suicide de la population sherbrookoise n'a pratiquement pas augmenté (18,6 décès pour 100 000 contre 19,1/100 000). Durant la même période, on fait pareil constat à l'échelle du Québec. Enfin, un peu plus de 80 % des suicides des résidents de Sherbrooke surviennent chez l'homme. La problématique du suicide est préoccupante même si elle ne découle pas obligatoirement de problèmes de santé mentale. Assez souvent, les idées suicidaires et le suicide sont révélateurs d'une profonde détresse psychologique et sociale des individus. À ce titre, ils demeurent parmi les principales préoccupations de santé publique en Estrie et au Québec.



DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
1. Taux d'accroissement %	(1991-1996)	(2001-2006)	(1991-1996)	(2001-2006)
Total	3,7	5,8	2,5	2,7
0-14 ans	-2,6	-1,1	-1,1	-5,5
15-64 ans	4,3	6,5	2,3	3,3
65 ans ou plus	10,0	10,9	10,5	10,4
2. Population	(1986)	(2006)	(1986)	(2006)
Total n	124 873	150 536	6 708 468	7 603 083
0-14 ans %	20,4	16,1	20,2	16,2
15-64 ans %	69,2	69,9	70,0	69,7
65 ans ou plus %	10,4	14,0	9,8	14,1
Indice de dépendance totale %	44,5	43,2	43,0	43,5
Indice de dépendance des jeunes %	29,4	23,1	28,9	23,3
Indice de dépendance des aînés %	15,1	20,0	14,0	20,2
Indice de vieillesse %	51,2	86,7	48,4	86,7
Âge médian ans	31,0	39,3	31,8	40,7
Rapport de masculinité hommes par 100 femmes	94	94	97	98
3. Taux de grossesse selon l'âge de la femme p. 1 000	(1999-2001)	(2002-2004)	(1999-2001)	(2002-2004)
14-19 ans	50,6	49,1 (+)	41,1	36,6
20-24 ans	108,7	93,7	98,2	91,3
25-29 ans	123,1	127,1	133,6	134,4
30-34 ans	92,9	95,7	98,9	109,6
35-49 ans	12,1	11,6 (-)	15,5	16,2
Indice synthétique de grossesse grossesses par femme	2,06	2,02	2,09	2,12
Nombre annuel moyen de grossesses n	2 156	2 086	104 437	104 570
4. Taux de fécondité selon l'âge de la mère p. 1 000	(1994-1998)	(1999-2003)	(1994-1998)	(1999-2003)
15-19 ans	18,7	15,8	16,2	13,3
20-24 ans	71,3	59,4	71,2	56,7
25-29 ans	121,2	113,1	118,1	108,5
30-34 ans	73,8	81,2	80,3	83,9
35-49 ans	8,1	8,4 (-)	10,9	11,0
Indice synthétique de fécondité enfants par femme	1,54	1,48	1,58	1,48
Âge moyen des mères ans	27,3	27,6	28,3	28,5
Nombre annuel moyen de naissances vivantes n	1 613	1 468	83 679	73 140
CONDITIONS SOCIOCULTURELLES				
6. Familles avec enfants de moins de 18 ans selon la structure familiale %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Couples mariés	62,7	38,4	68,6	44,5
Couples en union libre	14,4	33,9	13,5	31,8
Familles monoparentales	22,9	27,6	17,9	23,7
8. Population vivant seule %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Total (18 ans ou plus)	15,7	20,6	12,7	16,7
18-64 ans	6,9	17,1	10,3	13,8
65-74 ans	19,6	32,7	23,7	25,4
75 ans ou plus	31,7	45,2	35,8	39,3
Hommes (18 ans ou plus)	13,8	17,8	11,3	15,6
Femmes (18 ans ou plus)	17,3	23,0	14,0	17,9



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
9. Population de 65 ans ou plus vivant en ménage privé %	(1991)	(2001)	(1991)	(2001)
Total (65 ans ou plus)	81,1	84,4	89,1	90,1
65-74 ans	91,4	93,4	95,4	96,7
75-84 ans	73,3	82,5	84,6	88,2
85 ans ou plus	41,9	51,7	58,2	58,9
Hommes (65 ans ou plus)	87,8	87,6	92,3	93,3
Femmes (65 ans ou plus)	77,2	82,4	86,9	87,9
10. Population selon la langue parlée à la maison %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Français	92,7	93,1	90,8	82,7
Anglais	5,9	3,7	8,4	10,2
Autres langues	1,4	3,1	0,8	7,1
	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
11. Immigrants %	4,0	6,3	8,7	11,5
CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES				
12. Population des 25 ans ou plus selon le plus haut niveau de scolarité atteint %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Inférieur au certificat d'études secondaires	46,6	19,6	39,7	22,9
Certificat d'études secondaires	16,2	ND	16,6	ND
Études postsecondaires partielles (inférieures au baccalauréat)	27,1	ND	32,2	ND
Grade universitaire	9,9	21,0	11,5	18,5
13. Population active totale selon le type d'industrie %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Secteur primaire	1,6	1,0	4,0	2,9
Industries manufacturières	16,7	15,7	17,7	14,6
Construction	5,4	4,9	6,0	5,2
Transport et communications	4,7	5,7	7,3	8,0
Commerce	17,4	15,0	17,5	16,4
Services gouvernementaux	6,5	4,7	7,4	6,2
Enseignement	11,0	10,8	6,8	6,9
Santé et services sociaux	13,6	15,3	9,6	11,2
Hébergement et restauration	7,4	6,7	6,2	6,3
Autres services	15,7	20,1	17,4	22,3
14. Population active totale selon la profession %	(2001)	(2006)	(2001)	(2006)
Gestion	8,5	8,1	9,4	9,0
Affaires, finances et administration	15,7	16,9	18,3	18,2
Sciences naturelles et appliquées	5,5	5,9	6,4	6,5
Secteur de la santé	7,8	8,2	5,6	6,0
Sciences sociales, enseignement, etc.	10,5	11,8	8,2	9,1
Arts, culture, sports et loisirs	2,4	2,8	3,0	3,2
Ventes et services	24,7	24,6	22,9	23,9
Métiers, transport et machinerie	13,6	13,3	14,6	14,8
Professions du secteur primaire	1,4	1,2	2,9	2,6
Transformation, fabrication et services d'utilité publique	9,9	7,2	8,6	6,7
	(2001)	(2006)	(2001)	(2006)
15. Taux d'emploi %	60,8	60,0	59,0	60,4
	(2001)	(2006)	(2001)	(2006)
16. Taux de chômage %	7,1	6,9	8,2	7,0
	(1998)	(2006)	(1998)	(2006)
17. Revenu personnel disponible par habitant \$ courants	16 925	21 779	17 204	23 273
18. Population vivant sous le seuil de faible revenu %	(2000)	(2005)	(2000)	(2005)
Total	19,5	18,4	19,1	17,2
Hommes	17,6		17,3	
Femmes	21,3		20,8	



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
	(1996)	(2006)	(1996)	(2006)
19. Prestataires de l'assistance-emploi %	13,4	9,3	12,3	7,8
20. Personnes de 65 ans ou plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti %	(1995)	(2006)	(1995)	(2006)
Total	53,2	48,7	51,0	46,5
Hommes	ND	38,8	ND	39,6
Femmes	ND	54,9	ND	51,7
21. Population en situation d'insécurité alimentaire %		(2005)		(2005)
Total (12 ans ou plus)	—	ND	—	4,6
Hommes (12 ans ou plus)	—	ND	—	4,1
Femmes (12 ans ou plus)	—	ND	—	5,1
22. Logements privés selon le mode d'occupation %	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
Loués	53,5	50,6	44,4	39,8
Possédés	46,5	49,4	55,6	60,1
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE				
23. Population selon la source d'approvisionnement en eau potable %		(2000)		(2003)
Eaux de surface	—	81,6	—	74,9
Eaux souterraines	—	18,4	—	22,7
Eaux mixtes	—	ND	—	2,4
Population selon le mode de traitement de l'eau potable %		(2003)		(2003)
Traitement complet	ND	ND	ND	44,3
Autres traitements	ND	ND	ND	28,4
Simple chloration	ND	ND	ND	10,0
Sans traitement	ND	ND	ND	4,8
N'ayant pas de réseau de distribution	ND	ND	ND	12,5
	(2003)	(2004)	(2003)	(2004)
24. Population touchée quotidiennement par un avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau %	ND	ND	0,5	0,8
		(2002)		(2002)
25. Population desservie par des installations d'épuration des eaux usées %	ND	ND	ND	79,4
26. Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison presque chaque jour %	(2003)	(2005)	(2003)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	15,7	13,0
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	16,7	14,1
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	14,7	12,0
	(1995-1999)	(2000-2005)	(1995-1999)	(2000-2005)
27. Nombre annuel moyen de jours de smog n	ND	ND	s.o.	s.o.
30. Population active occupée de 15 ans ou plus selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail %	(1996)	(2006)	(1996)	(2006)
Conducteur	79,5	79,3	73,1	72,7
Passager	5,8	5,9	6,0	5,5
Transport en commun	5,7	5,8	11,8	12,8
À pied	7,8	7,4	7,4	6,6
À bicyclette	0,6	0,8	1,0	1,4
Autres moyens	0,6	0,7	0,7	0,9
	(1991)	(2006)	(1991)	(2006)
32. Logements privés nécessitant des réparations majeures %	6,0	5,4	8,0	7,7



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
ENVIRONNEMENT SOCIAL				
33. Taux de sortie sans diplôme du secondaire (secteur public) %	(2001-2002)	(2004-2005)	(2001-2002)	(2004-2005)
Total	36,6	38,4	27,8	27,8
Garçons	43,0	45,4	35,3	35,1
Filles	29,7	28,7	20,4	20,5
35. Naissances selon la scolarité de la mère %	(1991-1994)	(2001-2004)	(1991-1994)	(2001-2004)
Moins de 11 ans	10,5	10,1 (-)	14,9	12,3
11 ans	9,0	8,8	12,2	9,9
12-13 ans	30,8	19,4	31,2	19,9
14-15 ans	24,6	24,7	21,1	23,8
16 ans et plus	25,0	37,0 (+)	20,7	34,1
36. Taux de grossesse à l'adolescence p. 1 000 adolescentes 14-19 ans	(1999-2001)	(2002-2004)	(1999-2001)	(2002-2004)
	50,6	49,1 (+)	41,1	36,6
	(1997-1999)	(2003-2005)	(1997-1999)	(2003-2005)
37. Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> p. 1 000	5,1	5,0	4,7	5,6
38. Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au <i>Code criminel</i> et aux lois p. 100 000	(1999-2000)	(2003-2005)	(1999-2000)	(2003-2005)
Total (12-17 ans)	5 123	5 798	5 841	5 619
12-14 ans	3 501	3 000	3 706	3 619
15-17 ans	6 592	8 805	7 874	7 823
	(1999-2000)	(2003-2005)	(1999-2000)	(2003-2005)
39. Taux de crimes contre la personne p. 100 000	643,0	849,0 (-)	945,0	1 003,0
	(1999-2000)	(2003-2005)	(1999-2000)	(2003-2005)
40. Taux de victimisation pour violence conjugale (femmes de 12 ans ou plus) p. 100 000	264,0	367,0	403,0	425,0
	(1996)	(2006)	(1996)	(2006)
41. Taux de places disponibles en services de garde pour 100 enfants de 0-4 ans	20,1	62,3	16,5	53,8
42. Personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées %	(1996)	(2006)	(1996)	(2006)
Total (15 ans ou plus)	16,3	17,4	16,2	18,6
Hommes (15 ans ou plus)	12,7	14,2	13,3	15,8
Femmes (15 ans ou plus)	19,4	20,4	19,1	21,3
43. Population n'ayant pas un niveau élevé de soutien social %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	14,4	15,2
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	14,5	16,6
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	14,2	13,8
44. Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale %	(2003)	(2005)	(2003)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	11,1	12,6
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	11,9	12,4
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	10,4	12,8
HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS				
45. Personnes consommant moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes %	(2001)	(2003)	(2001)	(2003)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	57,7	54,9
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	63,9	63,4
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	51,8	46,7



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
46. Population insuffisamment active durant les loisirs %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (18 ans ou plus)	ND	ND	69,0	61,9
Hommes (18 ans ou plus)	ND	ND	67,0	60,1
Femmes (18 ans ou plus)	ND	ND	72,0	63,7
	(2003)	(2005)	(2003)	(2005)
Total (12-17 ans)	ND	ND	56,2	57,5
Garçons (12-17 ans)	ND	ND	47,6	47,6
Filles (12-17 ans)	ND	ND	65,5	68,0
49. Fumeurs %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	29,5	24,4
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	31,1	25,4
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	27,9	23,4
Fumeurs parmi les jeunes du secondaire ²¹ %	(2000)	(2005)	(2000)	(2006)
Total	27,6	14,3	29,0	14,9
Garçons	23,5	12,6	24,7	13,0
Filles	31,8	16,1	33,4	16,8
50. Population prenant 14 consommations ou plus d'alcool au cours d'une semaine %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	5,9	7,1
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	9,9	11,5
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	2,0	3,0
51. Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	14,8	16,8
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	22,1	24,3
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	7,7	9,5
	(1995-1997)	(2002-2004)	(1995-1997)	(2002-2004)
54. Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies p. 100 000 titulaires	403,5	253,4	441,2	300,8
SERVICES DE SANTÉ RESSOURCES ET ÉQUIPEMENTS				
55. Nombre de médecins p. 100 000	(1997)	(2007)	(1998)	(2006)
Omnipraticiens	125,2	148,8	95,0	101,0
	(1998)	(2007)	(1998)	(2006)
Spécialistes	s.o.	s.o.	98	107,3
	(1995-1997)	(2004-2006)	(1996)	(2004-2006)
Nombre de dentistes et spécialistes en chirurgie buccale p. 100 000	46,7	51,8	44,0	50,4
56. Nombre de personnes directement affectées aux soins p. 100 000	(2003-2004)	(2005-2006)	(2003-2004)	(2006-2007)
Infirmières	1 051	1 089	573	562
Infirmières auxiliaires	175	187	140	143
Préposées aux bénéficiaires	555	572	354	352
57. Taux d'occupation des lits dressés %	(1994-1995)	(2003-2004)	(1994-1995)	(2003-2004)
Soins physiques de courte durée	ND	ND	79,7	85,2
Hébergement et soins de longue durée	ND	ND	96,1	97,3
Séjour moyen des usagers jours				
Soins physiques de courte durée	ND	ND	7,3	6,5
Hébergement et soins de longue durée	ND	ND	242,9	204,9

21. Le nombre de fumeurs chez les jeunes comprend les fumeurs réguliers, occasionnels et débutants.



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
SERVICES DE SANTÉ				
SERVICES PRÉVENTIFS				
	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
61. Femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP au cours d'une période de moins de trois ans %	ND	ND	69,6	70,1
	(1998-1999)	(2005-2006)	(1998-1999)	(2005-2006)
62. Femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours d'une période de deux ans %	72,8	74,0	61,1	65,5
64. Demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes avec risques à éliminer selon les risques du milieu de travail %	(1994-1997)	(2001-2004)	(1996)	(2000-2004)
Contraintes ergonomiques	67,0	80,2	93,6	87,3
Agresseurs chimiques	11,7	25,9	22,9	26,1
Agresseurs biologiques	11,4	43,3	23,3	36,5
Agresseurs physiques	5,5	10,2	14,3	15,1
Risques à la sécurité	12,0	36,5	40,9	47,5
	(2000-2001)	(2004-2005)	(2000-2001)	(2004-2005)
65. Élèves de 4 ^e année ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B %	89,4	87,0	90,9	89,0
66. Population ayant reçu le vaccin contre la grippe au cours d'une campagne de vaccination %	(2003-2004)	(2005-2006)	(2003-2004)	(2005-2006)
50 ans ou plus	ND	ND	43,2	45,2
60 ans ou plus	ND	ND	58,1	59,8
SERVICES DE SANTÉ				
SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE				
68. Taux d'interruption volontaire de grossesse selon l'âge p. 1 000 femmes	(1999-2001)	(2002-2004)	(1999-2001)	(2002-2004)
Total (14-49 ans)	17,5	16,7	16,4	16,4
14-24 ans	40,3	36,5	32,8	31,8
25-29 ans	21,9	22,9	27,4	27,8
30-49 ans	5,9	5,7	7,6	7,8
Indice synthétique d'interruption volontaire de grossesse interruption par femme	0,64	0,60	0,62	0,63
	(1999-2000)	(2005-2006)	(1999-2000)	(2003-2004)
73. Taux d'utilisation du service Info-Santé p. 1 000	401	445	315	325
	(1994)	(2003)	(1994)	(2003)
75. Taux de participation au programme de services dentaires p. 100 enfants de 0-9 ans	ND	ND	50,8	49,8
Nombre de services par participant n	ND	ND	3,1	2,7
79. Population recevant des services à domicile %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (65 ans ou plus)	ND	ND	9,9	9,3
	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
80. Population de 12 ans ou plus n'ayant pas de médecin de famille %	ND	ND	28,6	24,9
SERVICES DE SANTÉ				
SERVICES HOSPITALIERS				
84. Séjours excessifs à l'urgence (2 ^e semestre) %	(1999-2000)	(2006-2007)	(1999-2000)	(2006-2007)
24 heures	ND	ND	17,2	18,8
48 heures	ND	ND	3,3	4,2



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
85. Population de 65 ans ou plus vivant en institution de santé %	(1991)	(2001)	(1991)	(2001)
Total (65 ans et plus)	12,8	13,2	8,2	8,6
Hommes (65 ans ou plus)	9,7	8,2	6,0	5,7
Femmes (65 ans ou plus)	14,8	16,2	9,8	10,6
65-74 ans	4,3	4,1	2,7	2,5
75-84 ans	18,6	15,4	11,8	10,7
85 ans ou plus	48,1	45,2	37,5	37,0
	(2003-2004)	(2006-2007)	(2003-2004)	(2006-2007)
86. Taux d'admission des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée p. 100 lits	ND	37,1	ND	ND
Durée moyenne d'attente des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée jours	36,2	16,0	ND	ND
87. Taux ajusté de certaines interventions chirurgicales ¹ p. 10 000	(2000-2003)	(2003-2006)	(2000-2003)	(2003-2006)
Angioplastie (20 ans ou plus)	36,6	34,9 (+)	22,4	25,5
Pontage aortocoronarien par greffe (20 ans ou plus)	11,3	8,1	10,8	9,7
Arthroplastie de la hanche	4,4	4,5	4,5	5,2
Arthroplastie du genou	3,9	4,0 (-)	4,5	6,3
	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
88. Taux de césarienne p. 100 accouchements	10,3	17,7 (-)	16,6	22,1
	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
92. Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (0-74 ans) ¹ p. 10 000	61,74	42,89 (+)	62,49	38,29
		(2000-2003)		(2000-2003)
93. Taux ajusté de mortalité évitable (0-74 ans) ^{1,2} p. 100 000	—	93,1	—	103,2
94. Taux ajusté de chirurgie d'un jour selon le diagnostic principal ¹ p. 10 000	(2000-2003)	(2003-2006)	(2000-2003)	(2003-2006)
Ensemble des diagnostics	360,3	382,8 (+)	357,3	361,6
Appareil digestif	51,4	54,7 (+)	49,8	50,5
Appareil respiratoire	28,8	24,0 (-)	33,5	30,2
Organes génito-urinaires	29,0	36,6	38,0	37,9
Système nerveux et organes des sens	132,3	123,0 (+)	107,1	116,8
Système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	40,6	47,2 (+)	39,2	37,6
Tumeurs	27,0	39,4 (+)	28,5	29,4
ÉTAT DE SANTÉ ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE				
95. Population ne se percevant pas en bonne santé %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	11,1	10,3
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	9,6	9,7
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	12,5	10,9
96. Espérance de vie à la naissance ans	(1990-1994)	(2000-2003)	(1990-1994)	(2000-2003)
Total	78,0	79,7	77,4	79,4
Hommes	74,0	76,0	73,8	76,5
Femmes	81,6	82,9	80,8	82,1
97. Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) ans		(2001)		(2001)
Total	—	—	—	67,0
Hommes	—	—	—	65,8
Femmes	—	—	—	68,1



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
99. Taux ajusté d'hospitalisations en soins physiques de courte durée ² p. 10 000	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Ensemble des diagnostics	1 018,4	815,9 (+)	954,0	729,3
Tumeurs malignes	82,8	55,7	71,6	57,2
Appareil circulatoire	203,0	145,7 (+)	168,7	124,7
Appareil respiratoire	101,9	90,2 (+)	98,6	76,2
Appareil digestif	123,7	90,2 (+)	124,4	82,9
Organes génito-urinaires	71,8	52,5 (+)	70,8	43,5
Lésions traumatiques et empoisonnements	83,9	76,4 (+)	72,4	64,3
	(1998)	(2006)	(1998)	(2006)
101. Élèves de maternelle affectés par la carie dentaire %	22,5	20,8	41,8	ND
103. Population ayant une incapacité %		(2001)		(2001)
Total	—	11,0	—	11,1
Hommes	—	10,1	—	10,3
Femmes	—	11,8	—	11,8
105. Taux d'enfants handicapés p. 1 000	(2002)	(2006)	(2002)	(2006)
Total (0-17 ans)	16,3	19,6	15,5	19,8
Garçons (0-17 ans)	19,4	24,7	18,4	25,0
Filles (0-17 ans)	12,9	14,2	12,4	14,4
106. Taux de mortalité selon l'âge p. 100 000	(1991-1993)	(2001-2003)	(1991-1993)	(2001-2003)
0-4 ans	141,4	* 135,5	138,0	108,6
5-14 ans	* 24,9	** n.p.	19,6	11,1
15-24 ans	76,2	* 48,1	72,5	56,3
25-44 ans	112,1	108,2	122,9	97,5
45-64 ans	551,7	478,5	633,9	488,2
65-74 ans	2 288,0	1 815,2	2 408,1	1 989,8
75 ans ou plus	7 927,2	7 059,6	7 773,0	7 258,6
107. Taux ajusté de mortalité selon la cause ^{1,2} p. 100 000	(1991-1993)	(2001-2003)	(1991-1993)	(2001-2003)
Ensemble des causes	811,1	701,4	834,3	724,6
Tumeurs malignes	—	223,3	—	229,6
Appareil circulatoire	—	194,7	—	213,7
Appareil respiratoire	—	51,2	—	57,6
Appareil digestif	—	22,8	—	26,3
Traumatismes non intentionnels	—	28,7	—	25,9
108. Taux ajusté des années potentielles de vie perdues selon la cause ^{1,2} p. 100 000	(1991-1993)	(2001-2003)	(1991-1993)	(2001-2003)
Ensemble des causes	6 219,6	5 399,5	6 722,4	5 267,3
Tumeurs malignes	—	1 763,7	—	1 813,8
Appareil circulatoire	—	838,1	—	867,2
Appareil respiratoire	—	* 179,0	—	169,3
Appareil digestif	—	* 93,8	—	167,5
Traumatismes non intentionnels	—	546,4	—	549,9
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE				
MALADIES CHRONIQUES				
109. Population présentant un surplus de poids %	(1987)	(2005)	(1987)	(2005)
Total (20 ans ou plus)	ND	ND	34,0	48,0
Hommes (20 ans ou plus)	ND	ND	42,8	56,1
Femmes (20 ans ou plus)	ND	ND	26,1	39,9



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
111. Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques (12 ans ou plus) %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Allergies non alimentaires	ND	ND	24,2	24,7
Maux de dos (autres que la fibromyalgie et l'arthrite)	ND	ND	13,4	16,4
Hypertension	ND	ND	12,6	15,1
Arthrite ou rhumatisme	ND	ND	11,5	14,1
Migraines	ND	ND	7,3	9,8
Asthme	ND	ND	8,7	8,6
Problèmes de la thyroïde	ND	ND	5,3	6,7
Allergies alimentaires	ND	ND	5,8	5,8
Maladies cardiaques	ND	ND	5,2	5,1
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	ND	ND	3,7	3,4
Cancer	ND	ND	1,4	1,2
112. Taux ajusté de prévalence du diabète ¹ %	(1999-2000)	(2004-2005)	(1999-2000)	(2004-2005)
Total (20 ans ou plus)	3,9	5,1 (-)	5,0	6,5
Hommes (20 ans ou plus)	4,7	6,1 (-)	5,7	7,5
Femmes (20 ans ou plus)	3,3	4,3 (-)	4,4	5,7
113. Taux ajusté d'incidence du cancer ¹ p. 100 000	(1989-1992)	(1999-2002)	(1989-1992)	(1999-2002)
Ensemble des sièges	469,1	449,4	475,6	470,3
Côlon et rectum	68,7	59,2	65,3	64,7
Pancréas	8,1	11,9	12,6	12,2
Trachée, bronches et poumon	77,8	76,6	87,0	82,7
Sein chez la femme	115,4	113,3	112,5	128,5
Prostate	122,5	117,3	109,8	106,9
Rein	14,6	16,1	13,4	14,4
Leucémie	13,1	10,8	13,3	13,3
114. Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Total	—	223,3	—	229,6
Estomac	—	* 5,3	—	7,2
Côlon et rectum	—	24,9	—	27,1
Pancréas	—	16,0	—	11,4
Poumon	—	63,4	—	69,0
Sein chez la femme	—	27,1	—	30,7
Prostate	—	29,8	—	26,7
115. Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Total	—	194,7	—	213,7
Cardiopathies ischémiques	—	106,3	—	119,9
Maladies vasculaires cérébrales	—	37,9	—	39,1
Maladies des artères	—	11,6	—	11,4
116. Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Total	—	51,2	—	57,6
Pneumonies et gripes	—	* 5,5 (-)	—	10,3
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	—	37,2	—	36,4
117. Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées au tabagisme ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Ensemble des conditions	—	253,1	—	273,7
Cancer de la bouche et du pharynx	—	* 5,0	—	3,5
Cancer de l'œsophage	—	** n.p.	—	3,6
Cancer du larynx	—	** n.p.	—	2,3
Cancer du poumon	—	63,4	—	69,0
Cardiopathies ischémiques	—	106,3	—	119,9
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	—	37,2	—	36,4
Maladies vasculaires cérébrales	—	37,9	—	39,1



ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE
SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS

	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
118. Naissances de faible poids %	(1989-1993)	(1999-2003)	(1989-1993)	(1999-2003)
Moins de 1 500 g	0,8	0,9	0,8	0,9
Moins de 2 500 g	5,3	5,9	5,9	5,6
119. Naissances prématurées %	(1989-1993)	(1999-2003)	(1989-1993)	(1999-2003)
	6,7	7,8	6,7	7,6
120. Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine %	(1989-1993)	(1999-2003)	(1989-1993)	(1999-2003)
	10,2	8,5	11,5	8,3
122. Taux d'hospitalisations au cours de la première année de vie p. 10 000	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Ensemble des diagnostics	2 293,9	2 269,9	2 316,9	2 203,5
Maladies infectieuses et parasitaires	216,9	* 213,4	150,6	139,2
Appareil respiratoire	695,6	589,5	854,2	676,1
Appareil digestif	* 156,3	* 136,4	219,0	190,1
Organes génito-urinaires	185,6	* 235,3	152,0	145,9
Anomalies congénitales	* 129,0	* 171,6	172,2	175,1
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	467,0	486,1	291,6	441,5
123. Taux de morbidité néonatale p. 1 000 nouveau-nés	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Syndrome de détresse respiratoire	10,0	* 7,7 (-)	11,4	15,9
Septicémie néonatale	7,3	20,6	14,1	17,1
124. Taux de mortalité infantile p. 1 000 naissances vivantes	(1990-1994)	(2000-2003)	(1990-1994)	(2000-2003)
	5,0	* 5,4	5,8	4,6
125. Taux de mortalité périnatale p. 1 000 naissances totales	(1990-1994)	(2000-2003)	(1990-1994)	(2000-2003)
Taux de mortinatalité p. 1 000 naissances totales	6,6	7,5	7,5	6,9
	* 3,9	* 4,2	4,3	4,0

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE
TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

126. Population victime de blessures %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	11,0	11,6
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	13,0	13,7
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	9,1	9,6
127. Taux ajusté d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels ¹ p. 10 000	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Ensemble des traumatismes non intentionnels	69,8	67,4	74,1	65,6
Occupants de véhicules à moteur	6,1	5,4 (+)	5,7	4,3
Cyclistes	1,4	1,8	1,6	1,5
Intoxications accidentelles	* 0,7	* 0,7	1,0	0,9
Chutes accidentelles	34,0	36,7 (+)	29,8	29,6
Incendies et brûlures	* 0,8	* 0,8	0,8	0,6
128. Taux de victimes attribuables à l'incendie p. 100 000	(1998-2002)	(1998-2002)	(1998-2002)	(1998-2002)
	ND	ND	ND	6,1
129. Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels ^{1,2} p. 100 000	(2001-2003)	(2001-2003)	(2001-2003)	(2001-2003)
Total	—	28,7	—	25,9
Accidents de transport	—	11,1	—	9,6
Accidents de véhicules à moteur	—	11,1	—	8,9
Chutes accidentelles	—	* 3,6	—	3,4
130. Proportion de conducteurs décédés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise %	(1990-1996)	(1997-2003)	(1990-1996)	(1997-2003)
	ND	ND	38,6	31,1



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE				
MALADIES INFECTIEUSES				
131. Taux d'incidence des principales maladies infectieuses à déclaration obligatoire p. 100 000	(1992-1996)	(2002-2006)	(1992-1996)	(2002-2006)
Coqueluche	—	—	45,2	8,3
Infection à méningocoques	—	—	1,4	1,0
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> génitale	196,2	259,3 (+)	120,2	164,1
Hépatite C chronique	—	—	2,7	32,5
Infection gonococcique	—	—	0	8,3
Entérite à <i>Campylobacter</i>	—	—	33,7	32,5
Salmonellose	—	—	18,6	14,5
Giardiase	—	—	11,1	12,8
Amibiase	—	—	3,0	2,8
Infection entéro-hémorragique à <i>Escherichia coli</i>	—	—	4,5	2,3
Shigellose	—	—	4,3	2,6
Infection à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	—	—	* 0,2	11,0
Tuberculose	—	—	5,1	3,3
Infection à streptocoque, groupe A	—	—	0,6	2,7
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE				
MALADIES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT				
136. Taux d'intoxications déclarées et signalées p. 100 000	(1995)	(2004)	(1995)	(2004)
	ND	ND	732,0	650,0
137. Taux ajusté d'incidence pour certains cancers associés à des facteurs de risque environnementaux ¹ p. 100 000	(1989-1992)	(1999-2002)	(1989-1992)	(1999-2002)
Cancer du foie	** n.p.	* 4,7	3,8	5,5
Cancer de l'appareil respiratoire	85,7	81,6	97,8	91,3
Cancer de l'utérus	53,3	43,2	48,2	46,3
Cancer du rein	14,6	16,1	13,4	14,4
Cancer du cerveau	* 7,0	* 5,4	7,7	7,7
Cancer de la glande thyroïde	* 4,7	* 6,5	3,8	6,9
Lymphome	* 6,8	* 3,6	5,6	4,0
Myélomes multiples et néoplasmes immunoprolifératifs	* 4,5	6,6	5,7	6,2
Leucémie	13,1	10,8	13,3	13,3
138. Taux ajusté d'hospitalisations pour certains diagnostics associés à des facteurs de risque environnementaux ¹ p. 10 000	(1994-1997)	(2003-2006)	(1994-1997)	(2003-2006)
Autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques	7,8	19,3 (+)	10,8	15,5
Affections cardio-pulmonaires aiguës	3,2	4,0 (+)	1,8	2,5
Troubles du rythme cardiaque	19,6	18,1 (+)	13,7	13,9
Bronchite et bronchiolite aiguës	5,6	5,5	6,6	6,0
Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes	* 0,8	1,5	0,9	1,5
Avortements spontanés	3,5	1,9	6,3	3,0
Anomalies congénitales	5,3	4,5	6,0	4,6
139. Taux ajusté de mortalité pour certaines maladies associées à des facteurs de risque environnementaux ^{1,2} p. 100 000		(2001-2003)		(2001-2003)
Tumeur maligne de l'appareil respiratoire	—	65,2	—	72,0
Tumeur maligne du rein	—	* 4,6	—	5,0
Tumeur maligne du cerveau	—	* 4,7	—	5,5
Tumeur maligne de la glande thyroïde	—	** n.p.	—	0,4
Autres formes des cardiopathies ischémiques	—	* 2,7	—	3,2
Troubles du rythme cardiaque	—	* 4,6	—	5,6
Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires	—	* 2,0	—	2,7
Courte gestation et faible poids	—	** n.p.	—	0,8
Anomalies congénitales	—	* 3,0	—	2,4



	Ville de Sherbrooke		Québec	
	Données antérieures	Données récentes	Données antérieures	Données récentes
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE				
MALADIES LIÉES AU MILIEU DE TRAVAIL				
140. Travailleurs n'ayant pas une grande latitude de prise de décision au travail %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (15-74 ans)	ND	ND	43,5	42,6
Hommes (15-74 ans)	ND	ND	40,6	38,9
Femmes (15-74 ans)	ND	ND	46,9	46,9
141. Travailleurs éprouvant un stress quotidien élevé au travail %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (15-74 ans)	ND	ND	41,2	36,6
Hommes (15-74 ans)	ND	ND	38,8	35,0
Femmes (15-74 ans)	ND	ND	43,9	38,3
	(1997-1999)	(2003-2005)	(1997-1999)	(2003-2005)
142. Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées p. 1 000	45,3	38,8 (-)	52,6	43,7
	(1997-1999)	(2003-2005)	(1997-1999)	(2003-2005)
143. Taux de travailleurs dont la durée d'indemnisation pour lésions professionnelles est égale ou supérieure à trois mois p. 1 000	3,4	4,6 (-)	5,3	5,6
ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE OU MENTALE				
145. Population ne se percevant pas en bonne santé mentale %	(2003)	(2005)	(2003)	(2005)
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	3,6	3,7
147. Population éprouvant un stress quotidien élevé %	(2001)	(2005)	(2001)	(2005)
Total (18 ans ou plus)	ND	ND	30,1	25,6
Hommes (18 ans ou plus)	ND	ND	30,1	25,5
Femmes (18 ans ou plus)	ND	ND	30,1	25,7
		(2000-2003)		(2000-2003)
149. Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool ^{1,2} p. 100 000	—	62,2	—	62,0
	(1992-1993)	(2005)	(1992-1993)	(2005)
150. Population de 15 ans ou plus présentant des idées suicidaires sérieuses %	ND	ND	3,9	2,3
151. Taux ajusté de mortalité par suicide ¹ p. 100 000	(1991-1993)	(2001-2003)	(1991-1993)	(2001-2003)
Total	18,6	19,1	17,4	17,6
Hommes	29,4	31,8	28,3	28,0
Femmes	* 8,2	* 6,9	7,0	7,5

Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

(+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que le reste du Québec au seuil de 0,01.

ND Non disponible.

s.o. Sans objet.

— Non traité dans ce document pour des raisons méthodologiques.

¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

² L'utilisation de la CIM-10 depuis l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès.

Section 3

Tableau synthèse



Synthèse des indicateurs pour l'ensemble des territoires

L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
--	-----------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------	-----------	--------------	--------	--------

CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

1.	<i>Taux d'accroissement</i>	%									
	Total (2001-2006)		1,0	-4,2	1,2	1,0	5,8	0,2	6,7	3,9	2,7
	0-14 ans		-9,7	-12,5	-14,1	-9,7	-1,1	-13,4	-5,9	-5,7	-5,5
	15-64 ans		2,1	-3,1	3,6	2,5	6,5	2,8	7,0	5,0	3,3
	65 ans ou plus		8,2	-1,0	9,3	8,2	10,9	6,3	17,9	10,5	10,4
2.	<i>Population (2006)</i>										
	Total	n	22 396	14 158	22 001	29 091	150 536	18 770	45 949	302 901	7 603 083
	0-14 ans	%	16,1	14,8	16,9	17,2	16,1	18,0	14,8	16,1	16,2
	15-64 ans	%	68,3	66,0	68,1	69,1	69,9	67,6	67,9	68,9	69,7
	65 ans ou plus	%	15,6	19,1	14,9	13,7	14,0	14,5	17,3	14,9	14,1
	<i>Indice de dépendance totale (2006)</i>	%	46,4	51,4	46,8	44,6	43,2	48,0	47,2	45,1	43,5
	<i>Indice de dépendance des jeunes (2006)</i>	%	23,6	22,4	24,8	24,9	23,1	26,6	21,8	23,4	23,3
	<i>Indice de dépendance des aînés (2006)</i>	%	22,8	29,0	21,9	19,8	20,0	21,4	25,4	21,6	20,2
	<i>Indice de vieillesse (2006)</i>	%	96,7	129,3	88,4	79,6	86,7	80,6	116,4	92,4	86,7
	<i>Âge médian (2006)</i>	ans	42,2	45,6	42,0	41,4	39,3	40,1	44,9	41,2	40,7
<i>Rapport de masculinité (2006)</i>	hommes /100 femmes	106	99	107	103	94	103	100	98	98	
3.	<i>Taux de grossesse selon l'âge de la femme (2002-2004)</i>	‰									
	14-19 ans		* 18,3	* 30,0	* 28,2	* 25,8	49,1 (+)	* 28,2	37,7	38,5	36,6
	20-24 ans		104,8	106,3	129,9	105,4	93,7	118,0	120,0	102,2 (+)	91,3
	25-29 ans		150,1	153,2	159,0	172,3	127,1	167,7	156,7	141,0 (+)	134,4
	30-34 ans		71,4	* 89,2	89,6	96,3	95,7	82,8	91,0	92,1 (-)	109,6
	35-49 ans		* 7,4 (-)	* 5,2 (-)	* 9,4	* 9,9	11,6 (-)	* 7,3	9,7 (-)	10,1 (-)	16,2
	<i>Indice synthétique de grossesse (2002-2004)</i>	gross. /femme	1,85	1,98	2,18	2,16	2,02	2,10	2,18	2,03	2,12
<i>Nombre annuel moyen de grossesses (2002-2004)</i>	n	232	145	254	355	2 086	227	520	3 822	104 570	
4.	<i>Taux de fécondité selon l'âge de la mère (1999-2003)</i>	‰									
	15-19 ans		14,5	17,9	16,1	14,7	15,8	13,9	20,9 (+)	16,3 (+)	13,3
	20-24 ans		95,7 (+)	87,5 (+)	117,6 (+)	82,9 (+)	59,4	103,2 (+)	93,3 (+)	74,1 (+)	56,7
	25-29 ans		145,7 (+)	124,6	141,6 (+)	132,8 (+)	113,1	160,3 (+)	140,0 (+)	125,2 (+)	108,5
	30-34 ans		65,3	67,6	66,5	71,5	81,2	69,2	73,0	75,6 (-)	83,9
	35-49 ans		6,8 (-)	5,8 (-)	5,9 (-)	7,1 (-)	8,4 (-)	6,5 (-)	7,5 (-)	7,6 (-)	11,0
<i>Indice synthétique de fécondité (1999-2003)</i>	enfants /femme	1,71	1,58	1,79	1,62	1,48	1,83	1,75	1,57	1,48	



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

		Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
Âge moyen des mères (1999-2003)	ans	26,8	26,8	26,8	27,4	27,6	26,6	27,2	27,3	28,5
Nombre annuel moyen de naissances vivantes (1999-2003)	n	216	122	203	268	1 468	192	405	2 874	73 140

CONDITIONS SOCIOCULTURELLES

6.	<i>Familles avec enfants de moins de 18 ans selon la structure familiale (2006)</i>	%									
	Couples mariés	44,2	33,3	36,7	37,4	38,4	46,3	39,0	39,0	44,5	
	Couples en union libre	39,6	40,8	43,1	42,2	33,9	32,8	37,5	36,6	31,8	
	Familles monoparentales	16,1	25,9	19,9	20,3	27,6	20,2	23,5	24,3	23,7	
8.	<i>Population vivant seule (2006)</i>	%									
	Total (18 ans ou plus)	15,2	17,4	13,8	14,3	20,6	13,5	16,7	17,9	16,7	
	18-64 ans	12,8	13,6	11,6	11,4	17,1	10,9	14,1	14,8	13,8	
	65-74 ans	18,6	21,5	20,2	22,2	32,7	22,3	21,9	26,3	25,4	
	75 ans ou plus	37,7	39,6	30,0	40,7	45,2	30,8	35,0	40,4	39,3	
	Hommes (18 ans ou plus)	15,2	16,1	15,0	14,6	17,8	13,4	15,7	16,4	15,6	
	Femmes (18 ans ou plus)	15,4	18,6	12,2	13,9	23,0	13,7	17,6	19,3	17,9	
9.	<i>Population de 65 ans ou plus vivant en ménage privé (2001)</i>	%									
	Total (65 ans ou plus)	89,1	87,8	90,1	87,8	84,4	89,0	90,5	87,0	90,1	
	65-74 ans	98,6	97,3	98,2	96,9	93,4	98,6	96,8	95,7	96,7	
	75-84 ans	86,5	88,6	88,3	88,2	82,5	88,4	86,6	85,0	88,2	
	85 ans ou plus	40,4	24,4	50,9	36,8	51,7	42,4	64,4	49,5	58,9	
	Hommes (65 ans ou plus)	91,9	97,8	95,9	92,2	87,6	90,0	89,5	90,3	93,3	
	Femmes (65 ans ou plus)	87,2	80,9	85,6	84,6	82,4	88,5	91,0	84,7	87,9	
10.	<i>Population selon la langue parlée à la maison (2006)</i>	%									
	Français	98,7	96,3	89,5	91,7	93,1	88,6	80,5	93,0	82,7	
	Anglais	1,0	2,8	9,9	8,0	3,7	10,8	18,5	5,0	10,2	
	Autres langues	0,3	0,9	0,6	0,2	3,1	0,6	0,9	2,0	7,1	
11.	<i>Immigrants (2006)</i>	%	1,9	1,3	2,2	1,8	6,3	3,4	4,8	4,6	11,5

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

12.	<i>Population des 25 ans ou plus selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006)</i>	%								
	Inférieur au certificat d'études secondaires	41,0	31,0	33,6	27,5	19,6	32,1	25,4	25,3	22,9
	Certificat d'études secondaires	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Études postsecondaires partielles (inférieures au baccalauréat)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Grade universitaire	7,9	7,4	8,6	9,8	21,0	9,7	16,8	16,0	18,5


L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

		Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec	
13.	<i>Population active totale selon le type d'industrie (2006)</i>	%									
	Secteur primaire	11,2	15,7	8,9	7,3	1,0	13,7	3,0	4,7	2,9	
	Industries manufacturières	32,1	22,3	27,4	29,7	15,7	26,7	21,8	21,0	14,6	
	Construction	5,0	6,0	7,6	6,3	4,9	5,5	6,3	5,6	5,2	
	Transport et communications	5,8	4,3	6,5	6,0	5,7	4,9	5,8	5,7	8,0	
	Commerce	11,4	11,6	11,2	11,2	15,0	10,3	15,7	13,8	16,4	
	Services gouvernementaux	3,3	3,4	3,7	3,3	4,7	2,9	3,7	4,1	6,2	
	Enseignement	4,3	5,7	4,7	5,8	10,8	6,5	6,3	8,2	6,9	
	Santé et services sociaux	9,6	10,9	10,6	10,6	15,3	8,1	8,6	12,4	11,2	
	Hébergement et restauration	3,8	3,9	4,3	5,2	6,7	5,8	8,0	6,2	6,3	
	Autres services	13,3	16,2	14,9	14,5	20,1	15,5	20,9	18,3	22,3	
14.	<i>Population active totale selon la profession (2006)</i>	%									
	Gestion	8,5	4,4	5,7	6,5	8,1	5,5	9,9	7,7	9,0	
	Affaires, finances et administration	11,6	12,8	13,0	12,9	16,9	13,2	16,0	15,3	18,2	
	Sciences naturelles et appliquées	2,5	2,3	3,9	4,4	5,9	2,9	4,2	4,8	6,5	
	Secteur de la santé	4,8	5,2	6,0	6,5	8,2	4,2	5,2	6,8	6,0	
	Sciences sociales, enseignement, etc.	6,0	6,5	5,7	6,2	11,8	6,8	7,4	9,1	9,1	
	Arts, culture, sports et loisirs	1,4	1,0	1,7	2,2	2,8	1,4	2,8	2,4	3,2	
	Ventes et services	17,1	20,4	18,1	18,6	24,6	17,4	24,3	22,3	23,9	
	Métiers, transport et machinerie	19,9	24,2	21,5	21,6	13,3	18,1	16,5	16,5	14,8	
	Professions du secteur primaire	8,6	10,9	7,9	6,4	1,2	12,3	3,3	4,2	2,6	
	Transformation, fabrication et services d'utilité publique	19,7	12,1	16,4	14,7	7,2	18,0	10,3	10,9	6,7	
15.	<i>Taux d'emploi (2006)</i>	%	59,0	54,2	58,4	61,2	60,0	62,2	57,1	59,4	60,4
16.	<i>Taux de chômage (2006)</i>	%	7,8	7,2	7,2	4,6	6,9	4,7	7,5	6,7	7,0
17.	<i>Revenu personnel disponible par habitant (2006)</i>	\$ courants	19 846	18 150	18 150	20 471	21 779	19 586	24 275	21 310	23 273
18.	<i>Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005)</i>	%									
	Total	10,3	13,2	12,6	9,9	18,4	10,2	10,9	14,6	17,2	
	Hommes										
	Femmes										
19.	<i>Prestataires de l'assistance-emploi (2006)</i>	%	5,5	11,2	9,0	5,9	9,3	4,7	7,4	8,2	7,8
20.	<i>Personnes de 65 ans ou plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti (2006)</i>	%									
	Total	59,9	51,8	57,4	49,9	48,7	53,5	44,2	50,0	46,5	
	Hommes	55,9	43,1	52,6	42,8	38,8	47,5	37,8	42,4	39,6	
	Femmes	63,2	58,0	61,8	56,6	54,9	58,1	49,8	56,6	51,7	
21.	<i>Population en situation d'insécurité alimentaire (2005)</i>	%									
	Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 3,9	4,6	
	Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	** n.p.	4,1	
	Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 4,8	5,1	



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
--	-----------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------	-----------	--------------	--------	--------

22. Logements privés selon le mode d'occupation (2006) %									
Loués	21,9	28,9	19,4	27,5	50,6	28,0	27,2	38,3	39,8
Possédés	78,1	71,2	80,6	72,5	49,4	72,0	72,7	61,7	60,1

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

23. Population selon la source d'approvisionnement en eau potable (Estrie et ses RLS 2000; Québec 2003) %									
Eaux de surface	34,2	60,6	30,9	32,6	81,6	0,2	50,7	58,9	74,9
Eaux souterraines	65,8	39,4	69,1	67,4	18,4	99,8	49,3	37,8	22,7
Eaux mixtes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	3,3	2,4
Population selon le mode de traitement de l'eau potable (2003) %									
Traitement complet	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	4,8	44,3
Autres traitements	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	51,4	28,4
Simple chloration	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12,8	10,0
Sans traitement	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	4,5	4,8
N'ayant pas de réseau de distribution	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	26,5	12,5
24. Population touchée quotidiennement par un avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau (2004) %	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0,9	0,8
25. Population desservie par des installations d'épuration des eaux usées (2002) %	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	67,3	79,4
26. Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison presque chaque jour (2005) %									
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	10,4	13,0
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 9,4	14,1
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 11,3	12,0
27. Nombre annuel moyen de jours de smog (2000-2005) n	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2,3	s.o.
30. Population active occupée de 15 ans ou plus selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail (2006) %									
Conducteur	80,3	83,8	81,4	83,1	79,3	80,2	83,2	80,7	72,7
Passager	7,1	6,5	8,9	6,7	5,9	7,2	5,9	6,4	5,5
Transport en commun	0,5	0,3	0,7	0,3	5,8	0,6	0,9	3,3	12,8
À pied	10,2	8,1	7,5	8,6	7,4	10,6	7,7	8,0	6,6
À bicyclette	0,9	0,6	0,9	0,5	0,8	0,7	1,1	0,8	1,4
Autres moyens	0,9	0,7	0,4	0,7	0,7	0,8	1,1	0,8	0,9
32. Logements privés nécessitant des réparations majeures (2006) %	7,6	10,5	10,7	8,7	5,4	7,5	7,5	6,9	7,7


L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
--	-----------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------	-----------	--------------	--------	--------

ENVIRONNEMENT SOCIAL

33.	<i>Taux de sortie sans diplôme du secondaire (2004-2005)</i>	%								
	Total	35,1	33,3	28,0	36,8	38,4	27,5	25,1	35,7	27,8
	Garçons	45,3	45,5	41,3	54,3	45,4	39,1	34,4	46,1	35,1
	Filles	24,7	23,9	10,5	19,8	28,7	15,5	13,2	24,4	20,5
35.	<i>Naissances selon la scolarité de la mère (2001-2004)</i>	%								
	Moins de 11 ans	11,8	19,1 (+)	16,8 (+)	11,1	10,1 (-)	10,7	13,9	11,8	12,3
	11 ans	10,2	12,9	15,3 (+)	11,0	8,8	14,3 (+)	11,9	10,6	9,9
	12-13 ans	29,5 (+)	22,0	28,6 (+)	23,7	19,4	27,5 (+)	24,8 (+)	22,2 (+)	19,9
	14-15 ans	25,1	25,4	19,7	26,8	24,7	28,5	21,4	24,2	23,8
	16 ans ou plus	23,3 (-)	20,6 (-)	19,6 (-)	27,3 (-)	37,0 (+)	19,0 (-)	28,0 (-)	31,1 (-)	34,1
36.	<i>Taux de grossesse à l'adolescence (2002-2004)</i>	‰								
	14-19 ans	* 18,3	* 30,0	* 28,2	* 25,8	49,1 (+)	* 28,2	37,7	38,5	36,6
37.	<i>Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (2003-2005)</i>	‰								
		* 4,8	* 7,8	* 6,2	* 5,0	5,0	* 4,8	4,6	5,1	5,6
38.	<i>Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois (2003-2005)</i>	‰								
	Total (12-17 ans)	4 720	7 114	4 533	3 378	5 798	6 087	8 356 (+)	5 810	5 619
	12-14 ans	* 3 567	* 4 111	* 2 848	* 2 445	3 000	4 576	5 161 (+)	3 450	3 619
	15-17 ans	5 826	10 088	6 358	4 415 (-)	8 805	7 677	11 787 (+)	8 328	7 823
39.	<i>Taux de crimes contre la personne (2003-2005)</i>	‰								
		580 (-)	789	754 (-)	583 (-)	849 (-)	517 (-)	819 (-)	769 (-)	1 003
40.	<i>Taux de victimisation pour violence conjugale (femmes de 12 ans ou plus) (2003-2005)</i>	‰								
		* 275	* 359	* 345	* 297	367	* 247	308	336 (-)	425
41.	<i>Taux de places disponibles en services de garde (2006)</i>	pour 100 enfants de 0-4 ans								
		37,5	45,8	44,1	48,1	62,3	45,9	41,9	53,2	53,8
42.	<i>Personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2006)</i>	%								
	Total (15 ans ou plus)	19,8	23,0	19,1	19,6	17,4	18,7	18,7	18,5	18,6
	Hommes (15 ans ou plus)	15,9	19,6	14,9	16,1	14,2	15,1	15,3	15,1	15,8
	Femmes (15 ans ou plus)	23,9	26,3	23,3	23,1	20,4	22,2	22,0	21,7	21,3
43.	<i>Population n'ayant pas un niveau élevé de soutien social (2005)</i>	%								
	Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12,9	15,2
	Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	13,0	16,6
	Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12,8	13,8
44.	<i>Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale (2005)</i>	%								
	Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	11,0	12,6
	Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12,5	12,4
	Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 9,6	12,8



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Miémphrémagog	Estrie	Québec
--	-----------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------	-----------	---------------	--------	--------

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS

45. <i>Personnes consommant moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes (2003)</i> %	Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	50,0	54,9	
	Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	59,5	63,4	
	Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	40,6	46,7	
46. <i>Population insuffisamment active durant les loisirs (2005)</i> %	Total (18 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	64,7	61,9	
	Hommes (18 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	63,7	60,1	
	Femmes (18 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	65,7	63,7	
	Total (12-17 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	59,0	57,5	
	Garçons (12-17 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	43,8	47,6	
	Filles (12-17 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	76,6	68,0	
49. <i>Fumeurs (2005)</i> %	Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	25,9	24,4	
	Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	25,3	25,4	
	Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	26,4	23,4	
	<i>Fumeurs parmi les jeunes du secondaire²² (Estrie et ses RLS 2005; Québec 2006)</i> %									
	Total	23,9	ND	18,6	17,6	14,3	23,2	20,9	16,8	14,9
	Garçons	15,9	ND	15,2	10,7	12,6	16,0	17,7	13,7	13,0
	Filles	33,0	ND	22,1	24,1	16,1	27,4	24,0	19,8	16,8
	50. <i>Population prenant 14 consommations ou plus d'alcool au cours d'une semaine (2005)</i> %	Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	5,8	7,1
		Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 9,3	11,5
Femmes (12 ans ou plus)		ND	ND	ND	ND	ND	ND	** n.p.	3,0	
51. <i>Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année (2005)</i> %	Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	18,1	16,8	
	Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	25,9	24,3	
	Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	10,7	9,5	
54. <i>Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies (2002-2004)</i> ^{%₀₀₀₀ titulaires}	310,7	* 312,7	454,1 (+)	275,4	253,4	344,2	385,3	304,6	300,8	

22. Le nombre de fumeurs chez les jeunes comprend les fumeurs réguliers, occasionnels et débutants.



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
--	-----------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------	-----------	--------------	--------	--------

SERVICES DE SANTÉ

Ressources et équipements

55.	Nombre de médecins omnipraticiens (Estrie et ses RLS 2007; Québec 2006)	% ^{ooo}	89,3	134,2	95,5	79,1	148,8	74,6	95,8	120,5	101,0
	Nombre de médecins spécialistes (Estrie et ses RLS 2007; Québec 2006)	% ^{ooo}	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	125,0	107,3
	Nombre de dentistes et spécialistes en chirurgie buccale (2004-2006)	% ^{ooo}	23,9	16,4	13,7	19,5	51,8	30,2	41,1	39,2	50,4
56.	Nombre de personnes directement affectées aux soins (Estrie et ses RLS 2005-2006; Québec 2006-2007)	% ^{ooo}									
	Infirmières		408	341	206	188	1 089	225	265	673	562
	Infirmières auxiliaires		224	177	67	81	187	104	125	156	143
	Préposées aux bénéficiaires		196	301	263	212	572	225	282	409	352
57.	Taux d'occupation des lits dressés (2003-2004)	%									
	Soins physiques de courte durée		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	87,4	85,2
	Hébergement et soins de longue durée		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	97,7	97,3
	Séjour moyen des usagers (2003-2004)	jours									
	Soins physiques de courte durée		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	6,9	6,5
Hébergement et soins de longue durée		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	204,9	204,9	

Services préventifs

61.	Femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP au cours d'une période de moins de trois ans (2005)	%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	69,9	70,1
62.	Femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours d'une période de deux ans (2005-2006)	%	69,4	73,6	66,3	72,1	74,0	67,2	72,7	72,3	65,5
64.	Demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes avec risques à éliminer selon les risques du milieu de travail (Estrie et ses RLS 2001-2004; Québec 2000-2004)	%									
	Contraintes ergonomiques		81,8	73,0	79,8	76,1	80,2	87,1	80,2	77,4	87,3
	Agresseurs chimiques		21,0	27,6	37,0	34,3	25,9	26,9	39,2	28,2	26,1
	Agresseurs biologiques		25,1	36,2	26,5	27,4	43,3	22,6	24,8	33,4	36,5
	Agresseurs physiques		21,0	12,1	25,0	17,3	10,2	23,1	15,8	14,0	15,1
Risques à la sécurité		25,3	48,3	30,7	25,9	36,5	25,2	30,2	31,7	47,5	
65.	Élèves de 4 ^e année ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B (2004-2005)	%	94,6	87,5	82,3	89,3	87,0	89,4	88,7	87,8	89,0



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
--	-----------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------	-----------	--------------	--------	--------

66. Population ayant reçu le vaccin contre la grippe au cours d'une campagne de vaccination (2005-2006)	%								
50 ans ou plus	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	42,3	45,2
60 ans ou plus	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	55,9	59,8

Services de première ligne

68. Taux d'interruption volontaire de grossesse selon l'âge (2002-2004)	% femmes									
Total (14-49 ans)	* 4,6 (-)	* 6,3 (-)	9,2 (-)	8,6 (-)	16,7	9,1 (-)	11,0 (-)	12,9 (-)	16,4	
14-24 ans	* 8,3 (-)	* 11,7	* 16,3	* 18,2	36,5	* 20,1	23,4	27,7	31,8	
25-29 ans	** n.p.	** n.p.	* 20,9	* 17,4	22,9	** n.p.	* 17,8	20,1 (-)	27,8	
30-49 ans	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 3,1 (-)	5,7	** n.p.	* 4,8	4,6 (-)	7,8	
Indice synthétique d'interruption volontaire de grossesse (2002-2004)	interrup. par femme	0,18	0,26	0,37	0,34	0,60	0,34	0,44	0,48	0,63
73. Taux d'utilisation du service Info-Santé (Estrie et ses RLS 2005-2006; Québec 2003-2004)	%	246	342	383	242	445	387	311	381	325
75. Taux de participation au programme de services dentaires (2003)	% enfants de 0-9 ans	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	50,5	49,8
Nombre de services par participant (2003)	n	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2,8	2,7
79. Population recevant des services à domicile (2005)	%									
Total (65 ans ou plus)		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 11,3	9,3
80. Population de 12 ans ou plus n'ayant pas de médecin de famille (2005)	%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	21,6	24,9

Services hospitaliers

84. Séjours excessifs à l'urgence (2 ^e semestre) (2006-2007)	%									
24 heures		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	11,0	18,8
48 heures		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	1,7	4,2
85. Population de 65 ans ou plus vivant en institution de santé (2001)	%									
Total (65 ans ou plus)		11,2	10,4	9,5	11,6	13,2	11,6	8,6	11,6	8,6
65-74 ans		2,2	1,3	2,7	1,7	4,1	2,9	2,0	3,0	2,5
75-84 ans		15,3	13,4	11,2	15,3	15,4	14,5	11,0	14,2	10,7
85 ans ou plus		52,6	57,6	43,9	55,3	45,2	45,8	40,9	46,4	37,0
Hommes (65 ans ou plus)		7,4	6,6	6,7	8,2	8,2	7,7	5,3	7,3	5,7
Femmes (65 ans ou plus)		14,5	13,1	12,3	14,1	16,2	15,0	11,3	14,6	10,6
86. Taux d'admission des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (2006-2007)	p. 100 lits	43,4	43,5	50,9	35,4	37,1	48,9	40,2	40,6	ND



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

		Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec	
	<i>Durée moyenne d'attente des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (2006-2007)</i>	jours	12,0	3,0	4,0	3,0	16,0	13,0	17,0	12,7	ND
87.	<i>Taux ajusté de certaines interventions chirurgicales¹ (2003-2006)</i>	‰									
	Angioplastie (20 ans ou plus)		38,6 (+)	39,9 (+)	34,8 (+)	29,1	34,9 (+)	29,2	31,0 (+)	33,9 (+)	25,5
	Pontage aortocoronarien par greffe (20 ans ou plus)		9,3	8,8	8,2	8,6	8,1	* 7,6	9,2	8,4 (-)	9,7
	Arthroplastie de la hanche		8,1 (+)	* 4,7	6,9	5,3	4,5	* 3,8	5,1	5,1	5,2
	Arthroplastie du genou		7,8	6,1	6,5	6,4	4,0 (-)	* 4,3	4,6	5,0 (-)	6,3
88.	<i>Taux de césarienne (2003-2006)</i>	% accouch.	17,3	14,8 (-)	16,5 (-)	17,9 (-)	17,7 (-)	14,4 (-)	16,7 (-)	17,1 (-)	22,1
92.	<i>Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires¹ (0-74 ans) (2003-2006)</i>	‰	53,27 (+)	46,3	37,54	38,74	42,89 (+)	20,01 (-)	40,43	41,21 (+)	38,29
93.	<i>Taux ajusté de mortalité évitable^{1,2} (0-74 ans) (2000-2003)</i>	‰	76,2	81,1	100,8	78,5	93,1	82,3	98,7	90,3 (-)	103,2
94.	<i>Taux ajusté de chirurgie d'un jour selon le diagnostic principal (2003-2006)¹</i>	‰									
	Ensemble des diagnostics		375,0	425,9 (+)	358,4	366,8	382,8 (+)	354,2	421,7 (+)	384,9 (+)	361,6
	Appareil digestif		55,5	61,6	51,3	55,3	54,7 (+)	52,3	70,6 (+)	57,1 (+)	50,5
	Appareil respiratoire		32,6	54,4 (+)	25,0	21,8 (-)	24,0 (-)	18,2 (-)	25,8	25,7 (-)	30,2
	Organes génito-urinaires		33,7	50,1 (+)	36,0	35,7	36,6	32,6	36,0	36,4	37,9
	Système nerveux et organes des sens		123,3	130,3	109,4	119,9	123,0 (+)	118,9	129,8 (+)	123,1 (+)	116,8
	Système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif		38,6	43,8	39,8	40,6	47,2 (+)	37,5	44,8 (+)	44,3 (+)	37,6
	Tumeurs		29,6	30,0	35,9	36,4 (+)	39,4 (+)	38,4 (+)	44,5 (+)	38,2 (+)	29,4

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.

ND Non disponible.

— Non traité dans ce document pour des raisons méthodologiques.

s.o. Sans objet.

¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

² L'utilisation de la CIM-10 depuis l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès.



Synthèse des indicateurs pour l'ensemble des territoires

L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ ÉTAT DE SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
--	-----------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------	-----------	--------------	--------	--------

ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE

95. Population ne se percevant pas en bonne santé (2005)	%									
	Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	10,2	10,3	
	Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 9,7	9,7	
	Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	10,7	10,9	
96. Espérance de vie à la naissance (2000-2003)	ans									
	Total	79,5	79,5	79,9	79,1	79,7	80,1	79,8	79,7	79,4
	Hommes	77,0	76,0	77,3	75,6	76,0	78,0	76,9	76,5	76,5
	Femmes	82,0	82,8	82,7	83,0	82,9	82,1	82,7	82,7 (+)	82,1
97. Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) (2001)	ans									
	Total	—	—	—	—	—	—	—	66,7	67,0
	Hommes	—	—	—	—	—	—	—	65,1	65,8
	Femmes	—	—	—	—	—	—	—	68,2	68,1
99. Taux ajusté d'hospitalisations en soins physiques de courte durée (2003-2006) ²	% ₁₀₀									
	Ensemble des diagnostics	967,7 (+)	899,0 (+)	813,4 (+)	778,1 (+)	815,9 (+)	675,4 (-)	783,6 (+)	812,1 (+)	729,3
	Tumeurs malignes	64,6	70,8 (+)	59,8	61,1	55,7	52,2	60,5	58,6	57,2
	Appareil circulatoire	184,4 (+)	160,7 (+)	125,4	123,4	145,7 (+)	117,7	152,8 (+)	145,6 (+)	124,7
	Appareil respiratoire	118,0 (+)	93,2 (+)	81,9	84,6	90,2 (+)	55,3 (-)	82,5	87,7 (+)	76,2
	Appareil digestif	116,2 (+)	98,8 (+)	89,5	83,6	90,2 (+)	78,0	79,9	89,4 (+)	82,9
	Organes génito-urinaires	63,8 (+)	62,5 (+)	52,6 (+)	49,0	52,5 (+)	46,1	42,3	51,5 (+)	43,5
	Lésions traumatiques et empoisonnements	80,9 (+)	79,0 (+)	84,6 (+)	76,7 (+)	76,4 (+)	74,5	70,8	76,4 (+)	64,3
	101. Élèves de maternelle affectés par la carie dentaire (2006)	%	38,6	37,0	44,5	23,9	20,8	23,8	31,5	26,6
103. Population ayant une incapacité (2001)	%									
	Total	11,7	12,8	13,3	10,7	11,0	12,2	12,2	11,5	11,1
	Hommes	12,6	11,4	13,1	11,6	10,1	11,7	12,0	11,2	10,3
	Femmes	10,7	14,2	13,6	9,9	11,8	12,8	12,4	11,9	11,8
105. Taux d'enfants handicapés (2006 sauf pour Coaticook 2005)	% ₁₀₀									
	Total (0-17 ans)	14,7	25,6	23,4	22,1	19,6	19,6	19,6	21,2	19,8
	Garçons (0-17 ans)	20,1	36,1	30,6	27,0	24,7	23,9	24,4	26,8	25,0
	Filles (0-17 ans)	* 8,8	* 14,3	15,6	16,9	14,2	15,1	14,7	15,3	14,4



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ ÉTAT DE SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
106. Taux de mortalité selon l'âge (2001-2003) % ⁰⁰⁰									
0-4 ans	** n.p.	0	** n.p.	** n.p.	* 135,5	** n.p.	** n.p.	120,5	108,6
5-14 ans	** n.p.	0	** n.p.	** n.p.	0	** n.p.	** n.p.	* 12,7	11,1
15-24 ans	* 120,1	** n.p.	** n.p.	* 115,7	* 48,1	** n.p.	** n.p.	61,7	56,3
25-44 ans	* 132,6	* 124,0	* 131,3	* 74,8	108,2	* 151,8	157,4	118,5	97,5
45-64 ans	458,6	516,9	416,4	445,2	478,5	480,2	476,0	470,6	488,2
65-74 ans	1445,2	2095,1	1846,4	1890,8	1815,2	1323,9	1529,4	1730,2 (-)	1989,8
75 ans ou plus	6408,5	6856,7	6399,8	8735,8	7059,6	7224,1	7379,6	7143,4	7258,6
107. Taux ajusté de mortalité selon la cause^{1,2} (2001-2003) % ⁰⁰⁰									
Ensemble des causes	650,3	715,6	654,1	789,1	701,4	698,0	712,5	702,3 (-)	724,6
Tumeurs malignes	212,7	256,5	206,8	248,4	223,3	235,2	213,3	223,9	229,6
Appareil circulatoire	171,0	199,9	193,5	221,3	194,7	203,8	225,3	200,4 (-)	213,7
Appareil respiratoire	* 47,5	* 51,7	* 41,0	57,0	51,2	* 48,7	67,2	53,0	57,6
Appareil digestif	* 22,5	* 31,1	* 27,3	* 32,7	22,8	* 22,9	24,8	24,7	26,3
Traumatismes non intentionnels	* 41,7	* 31,6	* 39,6	* 29,3	28,7	* 33,6	* 26,9	30,5 (+)	25,9
108. Taux ajusté des années potentielles de vie perdues selon la cause^{1,2} (2001-2003) % ⁰⁰⁰									
Ensemble des causes	6006,5	4822,9	5060,1	5086,4	5399,5	6269,0	5712,7	5454,2	5267,3
Tumeurs malignes	1743,6	1830,3	1562,4	1548,3	1763,7	2338,8	2004,7	1795,6	1813,8
Appareil circulatoire	* 749,6	* 779,2	* 862,5	* 863,1	838,1	* 981,2	1002,3	865,9	867,2
Appareil respiratoire	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 179,0	** n.p.	* 169,7	142,3	169,3
Appareil digestif	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 93,8	** n.p.	** n.p.	112,3	167,5
Traumatismes non intentionnels	* 1248,0	** n.p.	* 1144,8	* 1087,2	546,4	* 957,4	* 573,5	735,0 (+)	549,9

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

Maladies chroniques

109. Population présentant un surplus de poids (2005) %									
Total (20 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	46,4	48,0
Hommes (20 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	53,0	56,1
Femmes (20 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	39,8	39,9
111. Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques (12 ans ou plus) (2005) %									
Allergies non alimentaires	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	25,6	24,7
Maux de dos (autres que la fibromyalgie et l'arthrite)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	17,6	16,4
Hypertension	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12,3	15,1
Arthrite ou rhumatisme	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	13,8	14,1
Migraines	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	10,0	9,8
Asthme	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	7,6	8,6
Problèmes de la thyroïde	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	7,2	6,7
Allergies alimentaires	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	5,8	5,8
Maladies cardiaques	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 4,9	5,1
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 1,9	3,4
Cancer	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	** n.p.	1,2



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ ÉTAT DE SANTÉ

		Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
112.	<i>Taux ajusté de prévalence du diabète¹ (2004-2005)</i>	%								
	Total (20 ans ou plus)	4,7 (-)	6,1	5,7 (-)	5,5 (-)	5,1 (-)	5,9 (-)	5,0 (-)	5,2 (-)	6,5
	Hommes (20 ans ou plus)	4,8 (-)	7,1	6,0 (-)	6,3 (-)	6,1 (-)	6,6 (-)	5,8 (-)	6,1 (-)	7,5
	Femmes (20 ans ou plus)	4,5 (-)	5,2	5,4	4,7 (-)	4,3 (-)	5,4	4,3 (-)	4,6 (-)	5,7
113.	<i>Taux ajusté d'incidence du cancer² (1999-2002)</i>	% ⁰⁰⁰⁰								
	Ensemble des sièges	438,5	506,7	411,2	429,8	449,4	406,9	447,8	444,2 (-)	470,3
	Côlon et rectum	50,6	60,6	57,4	55,7	59,2	53,4	67,1	59,1	64,7
	Pancréas	** n.p.	** n.p.	* 15,3	* 13,6	11,9	* 13,0	* 12,1	12,0	12,2
	Trachée, bronches et poumon	71,6	106,0	88,6	76,1	76,6	68,1	69,7	77,3	82,7
	Sein chez la femme	141,1	110,0	95,7	114,4	113,3	* 96,0	99,9	111,0 (-)	128,5
	Prostate	123,6	107,9	89,4	98,1	117,3	* 99,3	111,7	110,6	106,9
	Rein	* 10,6	* 15,0	* 11,1	* 17,3	16,1	** n.p.	* 11,1	14,3	14,4
	Leucémie	* 21,5	* 16,7	** n.p.	* 10,6	10,8	* 13,1	* 17,2	12,9	13,3
114.	<i>Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes^{1,2} (2001-2003)</i>	% ⁰⁰⁰⁰								
	Total	212,7	256,5	206,8	248,4	223,3	235,2	213,3	223,9	229,6
	Estomac	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 5,3	** n.p.	* 8,7	6,9	7,2
	Côlon et rectum	* 24,2	* 15,3	* 27,1	* 29,0	24,9	** n.p.	24,5	24,0	27,1
	Pancréas	* 18,0	** n.p.	** n.p.	** n.p.	16,0	** n.p.	* 8,4	13,2	11,4
	Poumon	51,8	104,5 (+)	64,5	61,7	63,4	* 56,5	62,4	64,1	69,0
	Sein chez la femme	* 30,2	** n.p.	* 31,9	* 22,7	27,1	** n.p.	* 38,3	27,5	30,7
	Prostate	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 46,4	29,8	* 39,2	* 18,5	29,6	26,7
115.	<i>Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire^{1,2} (2001-2003)</i>	% ⁰⁰⁰⁰								
	Total	171,0	199,9	193,5	221,3	194,7	203,8	225,3	200,4 (-)	213,7
	Cardiopathies ischémiques	95,1	113,8	120,2	108,7	106,3	120,4	119,9	110,0 (-)	119,9
	Maladies vasculaires cérébrales	* 30,1	* 32,6	* 31,0	* 39,0	37,9	* 33,5	47,4	37,7	39,1
	Maladies des artères	* 20,4	* 15,9	** n.p.	* 19,2	11,6	** n.p.	* 10,9	12,9	11,4
116.	<i>Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire^{1,2} (2001-2003)</i>	% ⁰⁰⁰⁰								
	Total	* 47,5	* 51,7	* 41,0	57,0	51,2	* 48,7	67,2	53,0	57,6
	Pneumonies et gripes	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 5,5 (-)	** n.p.	* 12,6	6,6 (-)	10,3
	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	* 32,9	* 28,3	* 31,2	* 40,3	37,2	* 35,9	37,9	36,2	36,4



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ ÉTAT DE SANTÉ

		Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
117. <i>Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées au tabagisme^{1,2} (2001-2003)</i>	% ¹⁰⁰⁰									
Ensemble des conditions		215,5	295,1	254,1	259,8	253,1	253,6	276,8	256,6 (-)	273,7
Cancer de la bouche et du pharynx		** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 5,0	** n.p.	** n.p.	4,0	3,5
Cancer de l'œsophage		** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 2,7	3,6
Cancer du larynx		** n.p.	** n.p.	0	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 2,0	2,3
Cancer du poumon		51,8	104,5 (+)	64,5	61,7	63,4	* 56,5	62,4	64,1	69,0
Cardiopathies ischémiques		95,1	113,8	120,2	108,7	106,3	120,4	119,9	110,0 (-)	119,9
Maladie chronique des voies respiratoires inférieures		* 32,9	* 28,3	* 31,2	* 40,3	37,2	* 35,9	37,9	36,2	36,4
Maladies vasculaires cérébrales		* 30,1	* 32,6	* 31,0	* 39,0	37,9	* 33,5	47,4	37,7	39,1
Santé des nouveau-nés										
118. <i>Naissances de faible poids (1999-2003)</i>	%									
Moins de 1500 g		* 0,8	** n.p.	** n.p.	** n.p.	0,9	** n.p.	* 0,8	0,8	0,9
Moins de 2500 g		5,7	6,4	7,4	5,3	5,9	6,0	5,8	6,0	5,6
119. <i>Naissances prématurées (1999-2003)</i>	%	8,2	7,6	9,3	7,2	7,8	7,4	8,0	7,8	7,6
120. <i>Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (1999-2003)</i>	%	8,2	7,9	8,4	7,0	8,5	8,2	8,6	8,3	8,3
122. <i>Taux d'hospitalisations au cours de la première année de vie (2003-2006)</i>	% ¹⁰⁰									
Ensemble des diagnostics		2106,1	3148,9	2350,0	2171,4	2269,9	2239,6	2012,7	2250,1	2203,5
Maladies infectieuses et parasitaires		** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 213,4	** n.p.	* 222,8	190,0	139,2
Appareil respiratoire		* 984,8	* 992,9	* 666,7	* 645,5	589,5	* 833,3	* 493,2	647,9	676,1
Appareil digestif		** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 136,4	** n.p.	** n.p.	167,3	190,1
Organes génito-urinaires		** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 235,3	** n.p.	** n.p.	209,2	145,9
Anomalies congénitales		** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 171,6	** n.p.	** n.p.	178,7	175,1
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale		** n.p.	** n.p.	* 650,0	* 493,0	486,1	** n.p.	* 366,0	448,9	441,5
123. <i>Taux de morbidité néonatale (2003-2006)</i>	% ¹⁰⁰ nouveau-nés									
Syndrome de détresse respiratoire		** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 12,1	* 7,7 (-)	** n.p.	* 11,0	9,6 (-)	15,9
Septicémie néonatale		** n.p.	** n.p.	* 14,3	* 21,8	20,6	* 21,0	* 22,8	19,9	17,1
124. <i>Taux de mortalité infantile (2000-2003)</i>	% ¹⁰⁰ naissances vivantes	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 5,4	** n.p.	* 5,5	4,9	4,6
125. <i>Taux de mortalité périnatale (2000-2003)</i>	% ¹⁰⁰ naissances totales	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	7,5	** n.p.	* 6,7	7,0	6,9
<i>Taux de mortinatalité (2000-2003)</i>	% ¹⁰⁰ naissances totales	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 4,2	** n.p.	** n.p.	4,4	4,0



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ ÉTAT DE SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
--	-----------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------	-----------	--------------	--------	--------

Traumatismes non intentionnels

126. Population victime de blessure (2005) %									
Total (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12,7	11,6
Hommes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	14,9	13,7
Femmes (12 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 10,6	9,6
127. Taux ajusté d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels ¹ (2003-2006) ‰									
Ensemble des traumatismes non intentionnels	74,2	84,3 (+)	75,7	71,6	67,4	67,8	58,0 (-)	68,3	65,6
Occupants de véhicules à moteur	9,5 (+)	10,9 (+)	10,8 (+)	8,5 (+)	5,4 (+)	8,4 (+)	5,3	6,8 (+)	4,3
Cyclistes	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 1,7	1,8	** n.p.	* 1,3	1,5	1,5
Intoxications accidentelles	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 0,7	** n.p.	** n.p.	0,7	0,9
Chutes accidentelles	29,2	36,9	27,3	29,5	36,7 (+)	27,7	27,6	32,8 (+)	29,6
Incendies et brûlures	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 0,8	** n.p.	** n.p.	0,7	0,6
128. Taux de victimes attribuables à l'incendie (1998-2002) ‰	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	8,8 (+)	6,1
129. Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels ^{1, 2} (2001-2003) ‰									
Total	* 41,7	* 31,6	* 39,6	* 29,3	28,7	* 33,6	* 26,9	30,5 (+)	25,9
Accidents de transport	* 20,9	** n.p.	* 23,6 (+)	* 16,1	11,1	* 19,6	* 9,9	13,7 (+)	9,6
Accidents de véhicules à moteur	* 20,9	** n.p.	* 22,2 (+)	* 14,9	11,1	* 19,6	* 9,9	13,5 (+)	8,9
Chutes accidentelles	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 3,6	** n.p.	** n.p.	3,9	3,4
130. Proportion de conducteurs décédés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise (1997-2003) %	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	39,2	31,1

Maladies infectieuses

131. Taux d'incidence des principales maladies infectieuses à déclaration obligatoire (2002-2006) ‰									
Coqueluche	—	—	—	—	—	—	—	* 7,7	8,3
Infection à méningocoques	—	—	—	—	—	—	—	** n.p.	1,0
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> génitale	* 49,5 (-)	* 139,7	* 99,6	126,3	259,3 (+)	* 133,2	100,4 (-)	181,8	164,1
Hépatite C chronique	—	—	—	—	—	—	—	25,8	32,5
Infection gonococcique	—	—	—	—	—	—	—	** n.p.	8,3
Entérite à <i>Campylobacter</i>	—	—	—	—	—	—	—	40,8	32,5
Salmonellose	—	—	—	—	—	—	—	16,4	14,5
Giardiase	—	—	—	—	—	—	—	21,8 (+)	12,8
Amibiase	—	—	—	—	—	—	—	** n.p.	2,8
Infection entéro-hémorragique à <i>Escherichia coli</i>	—	—	—	—	—	—	—	** n.p.	2,3
Shigellose	—	—	—	—	—	—	—	** n.p.	2,6
Infection à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	—	—	—	—	—	—	—	19,1 (+)	11,0
Tuberculose	—	—	—	—	—	—	—	** n.p.	3,3
Infection à streptocoque, groupe A	—	—	—	—	—	—	—	* 3,3	2,7



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ ÉTAT DE SANTÉ

		Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
Maladies liées à l'environnement										
136.	<i>Taux d'intoxications déclarées et signalées (2004)</i>	% ⁰⁰⁰	ND	ND	ND	ND	ND	ND	693,0	650,0
137.	<i>Taux ajusté d'incidence pour certains cancers associés à des facteurs de risque environnementaux¹ (1999-2002)</i>	% ⁰⁰⁰								
	Cancer du foie	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 4,7	** n.p.	** n.p.	4,7	5,5
	Cancer de l'appareil respiratoire	81,1	123,6	99,7	80,4	81,6	71,9	75,8	84,0	91,3
	Cancer de l'utérus	* 53,6	* 45,1	* 41,1	* 35,4	43,2	* 47,8	45,5	44,1	46,3
	Cancer du rein	* 10,6	* 15,0	* 11,1	* 17,3	16,1	** n.p.	* 11,1	14,3	14,4
	Cancer du cerveau	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 8,8	* 5,4	** n.p.	** n.p.	5,5	7,7
	Cancer de la glande thyroïde	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 6,5	** n.p.	* 5,7	5,4	6,9
	Lymphome	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 3,6	** n.p.	** n.p.	3,9	4,0
	Myélomes multiples et néoplasmes immunoprolifératifs	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	6,6	** n.p.	* 6,7	6,4	6,2
	Leucémie	* 21,5	* 16,7	** n.p.	* 10,6	10,8	* 13,1	* 17,2	12,9	13,3
138.	<i>Taux ajusté d'hospitalisations pour certains diagnostics associés à des facteurs de risque environnementaux¹ (2003-2006)</i>	% ⁰⁰								
	Autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques	27,6 (+)	18,5	15,8	12,8	19,3 (+)	12,1	25,8 (+)	19,7 (+)	15,5
	Affections cardio-pulmonaires aiguës	6,9 (+)	* 3,1	* 2,8	* 3,7	4,0 (+)	* 3,1	2,8	3,8 (+)	2,5
	Troubles du rythme cardiaque	23,4 (+)	15,5	12,0	14,8	18,1 (+)	12,7	20,4 (+)	17,7 (+)	13,9
	Bronchites et bronchiolites aiguës	11,4 (+)	10,6 (+)	7,1	5,6	5,5	* 5,6	4,7	6,2	6,0
	Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes	* 1,3	* 2,2	* 2,1	* 1,1	1,5	** n.p.	* 1,6	1,5	1,5
	Avortements spontanés	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	1,9	** n.p.	* 2,3	1,9 (-)	3,0
	Anomalies congénitales	5,6	* 7,8	* 3,0	4,3	4,5	* 3,4	4,0	4,4	4,6
139.	<i>Taux ajusté de mortalité pour certaines maladies associées à des facteurs de risque environnementaux^{1,2} (2001-2003)</i>	% ⁰⁰⁰								
	Tumeur maligne de l'appareil respiratoire	56,0	111,4 (+)	64,5	64,0	65,2	* 59,7	67,0	66,9	72,0
	Tumeur maligne du rein	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 15,1 (+)	* 4,6	** n.p.	** n.p.	5,8	5,0
	Tumeur maligne du cerveau	** n.p.	** n.p.	0	** n.p.	* 4,7	** n.p.	** n.p.	4,8	5,5
	Tumeur maligne de la glande thyroïde	0	0	** n.p.	0	** n.p.	0	0	** n.p.	0,4
	Autres formes des cardiopathies ischémiques	0	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 2,7	** n.p.	* 8,1	* 3,8	3,2
	Troubles du rythme cardiaque	0	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 4,6	** n.p.	** n.p.	4,7	5,6
	Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 2,0	0	** n.p.	* 2,3	2,7
	Courte gestation et faible poids	0	0	0	0	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	0,8
	Anomalies congénitales	** n.p.	** n.p.	** n.p.	0	* 3,0	** n.p.	** n.p.	* 3,1	2,4



L'ESTRIE ET SES 7 TERRITOIRES DE RLS ■ ÉTAT DE SANTÉ

	Le Granit	Des Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog	Estrie	Québec
--	-----------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------	-----------	--------------	--------	--------

Maladies liées au milieu de travail

140. <i>Travailleurs n'ayant pas une grande latitude de prise de décision au travail (2005)</i>	%									
	Total (15-74 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	37,2	42,6	
	Hommes (15-74 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	32,2	38,9	
	Femmes (15-74 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	43,5	46,9	
141. <i>Travailleurs éprouvant un stress quotidien élevé au travail (2005)</i>	%									
	Total (15-74 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	35,0	36,6	
	Hommes (15-74 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	31,7	35,0	
	Femmes (15-74 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	39,2	38,3	
142. <i>Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées (2003-2005)</i>	‰	66,1 (+)	27,6 (-)	70,3 (+)	59,1 (+)	38,8 (-)	49,8	58,5 (+)	47,0 (+)	43,7
143. <i>Taux de travailleurs dont la durée d'indemnisation pour lésion professionnelle est égale ou supérieure à trois mois (2003-2005)</i>	‰	5,0	3,3	7,8	6,6	4,6 (-)	4,2	5,7	5,0	5,6

ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE OU MENTALE

145. <i>Population ne se percevant pas en bonne santé mentale (12 ans ou plus) (2005)</i>	%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 2,0	3,7
147. <i>Population éprouvant un stress quotidien élevé (2005)</i>	%									
	Total (18 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	23,8	25,6
	Hommes (18 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	22,7	25,5
Femmes (18 ans ou plus)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	25,0	25,7	
149. <i>Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool^{1,2} (2000-2003)</i>	‰‰	88,8 (+)	76,1	82,3	64,6	62,2	63,6	67,2	67,4	62,0
150. <i>Population de 15 ans ou plus présentant des idées suicidaires sérieuses (2005)</i>	%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	* 1,9	2,3
151. <i>Taux ajusté de mortalité par suicide¹ (2001-2003)</i>	‰‰									
	Total	* 24,6	** n.p.	* 21,4	* 13,5	19,1	* 22,7	* 23,6	19,9	17,6
	Hommes	* 32,2	** n.p.	** n.p.	* 21,6	31,8	* 39,8	* 39,0	31,7	28,0
	Femmes	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 6,9	** n.p.	** n.p.	* 8,2	7,5

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.

ND Non disponible.

— Non traité dans ce document pour des raisons méthodologiques.

s.o. Sans objet.

¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

² L'utilisation de la CIM-10 depuis l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès.

Section 4

Notes méthodologiques



Notes méthodologiques

INDICATEURS RETENUS

Les indicateurs du présent document sont, en grande majorité, les mêmes que ceux du *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Certains indicateurs du portrait québécois n'ont pu être présentés faute de disponibilité ou de signification des données au niveau d'un petit territoire (ex. : MRC). Dans la plupart des cas, il s'agit cependant d'indicateurs tirés d'enquêtes de santé dont les données en Estrie, contrairement à d'autres régions sociosanitaires, ne sont présentement pas disponibles par territoire de MRC ou pour la Ville de Sherbrooke. Quelques indicateurs pertinents, provenant d'autres sources, ont également été retenus.

Les indicateurs considérés couvrent le plus largement possible les différents domaines de la santé publique et sont, dans la mesure du possible, complémentaires les uns par rapport aux autres.

MODÈLE DE CLASSIFICATION DES INDICATEURS

Les indicateurs sont présentés selon un modèle de classification qui distingue deux grandes catégories : celle relative aux déterminants de santé et celle décrivant l'état de santé de la population. Ce modèle vise à présenter l'état de santé de la population comme la résultante de plusieurs facteurs ou déterminants agissant sur les individus et leur milieu de vie (approche écologique de la santé).

Le modèle de classification se décline en dix grandes dimensions de la santé, les sept premières référant davantage aux déterminants et les trois dernières à l'état de santé de la population.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

1. Conditions démographiques
2. Conditions socioculturelles
3. Conditions socioéconomiques
4. Environnement physique
5. Environnement social (adaptation sociale)
6. Habitudes de vie et comportements
7. Services de santé
 - 7.1. Ressources et équipements
 - 7.2. Services préventifs
 - 7.3. Services de première ligne
 - 7.4. Services hospitaliers

ÉTATS DE SANTÉ

8. État de santé globale
9. État de santé physique
 - 9.1. Maladies chroniques
 - 9.2. Santé des nouveau-nés
 - 9.3. Traumatismes non intentionnels
 - 9.4. Maladies infectieuses
 - 9.5. Maladies liées à l'environnement
 - 9.6. Maladies liées au lieu de travail
10. État de santé psychosociale ou mentale

DÉCOUPAGE GÉOGRAPHIQUE

À moins d'avis contraire mentionné dans la fiche descriptive, le découpage géographique utilisé pour présenter les données correspond, à partir de 2002, au nouveau découpage en vigueur en Estrie à la suite de la formation du nouveau territoire de la Ville de Sherbrooke et à l'ancien découpage pour les années antérieures à 2002.



Les données produites par l'Infocentre national de santé publique utilisent le nouveau découpage géographique en vigueur pour toutes les périodes de temps rapportées peu importe l'année.

Dans le document, l'Estrie est découpée en sept territoires, soit :

- MRC du Granit
- MRC des Sources
- MRC du Haut-Saint-François
- MRC du Val-Saint-François
- Ville de Sherbrooke
- MRC de Coaticook
- MRC de Memphrémagog

En Estrie, ces territoires sont identiques à ceux des centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Pour la très grande majorité des indicateurs, les données sont présentées selon le territoire de résidence. Cependant, pour certains indicateurs, les données se rapportent à un territoire autre que celui de résidence. Ces indicateurs sont :

- Territoire de l'école : indicateur de décrochage scolaire (n° 33)
- Territoire de travail : indicateurs liés au travail (n°s 64, 142 et 143)
- Territoire de l'infraction : indicateurs sur la criminalité (n°s 38, 39 et 40)
- Territoire de traitement : indicateur sur les services de santé (n°s 55, 56, 57, 84)

RÉGION MÉTROPOLITAINE DE RECENSEMENT DE SHERBROOKE

L'Estrie compte une région métropolitaine de recensement (RMR) sur son territoire, la RMR de Sherbrooke. Une RMR doit avoir une population d'au moins 100 000 personnes dont le noyau urbain est supérieur à 50 000 personnes. La RMR est formée d'une ou de plusieurs municipalités voisines qui sont situées autour d'un grand noyau urbain. Pour être incluses dans une RMR, les municipalités adjacentes doivent avoir un degré d'intégration élevé avec la région urbaine centrale. Ce critère est déterminé par le pourcentage de navetteurs et est établi d'après les données du recensement sur le lieu de travail. La notion de navettage réfère au déplacement aller-retour entre le lieu de résidence et le lieu de travail des gens. Le tableau suivant énumère les municipalités qui font partie de la RMR de Sherbrooke et indique dans quelle MRC ou territoire équivalent elles sont localisées.

Les municipalités qui composent la RMR de Sherbrooke sont :

Municipalité	MRC ou territoire équivalent dans lequel est située la municipalité
Sherbrooke	Ville de Sherbrooke
Ascot Corner	MRC du Haut-Saint-François
Stoke	MRC du Val-Saint-François
Saint-Denis-de-Brompton	
Compton	MRC de Coaticook
Waterville	
Hatley	MRC de Memphrémagog
Magog	
North Hatley	

Le présent document ne contient aucune donnée ou analyse pour la RMR de Sherbrooke.

CARTOGRAPHIE

Des cartes géographiques accompagnent les analyses de données par territoire. Ces cartes reflètent la géographie de l'Estrie, des MRC et de la Ville de Sherbrooke telle que définie par le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire du Québec (MAMROT) en 2006. Les données d'effectifs de population qui sont inscrites sur ces cartes proviennent de deux sources, soit du MAMROT pour ce qui est des municipalités ou arrondissements de la Ville de



Sherbrooke, soit du ministère de la Santé et des Services sociaux (projections de population) pour ce qui est de l'Estrie et de ses territoires. La raison du recours à deux sources de données de population est que les projections de populations, habituellement utilisées, ne sont pas disponibles par municipalités ou pour les arrondissements de la Ville de Sherbrooke. Conséquemment, la somme des données d'effectif de population par municipalité d'un territoire, quoiqu'assez précise, ne peut égaler le total de la population projetée pour ce territoire.

CALCUL DES INDICATEURS

Les indicateurs utilisés sont pour l'essentiel des proportions et des taux, deux types d'indicateurs fréquemment utilisés en santé publique. Ces mesures permettent de comparer des phénomènes entre des populations ou de suivre ces phénomènes dans le temps au sein d'une même population.

Une proportion correspond au rapport d'une partie à un tout. Le numérateur de la proportion est un sous-ensemble du dénominateur (ex. : la proportion de médecins spécialistes parmi l'ensemble des médecins).

Un taux est le rapport d'un nombre d'événements observés au cours d'une période donnée à la population soumise à ces événements au milieu de la période, multiplié par une puissance de 10 (100, 1 000, 10 000 ou 100 000). En santé publique, le taux est une mesure fondamentale, puisqu'il reflète le risque d'une population de subir un événement au cours d'une période.

Selon la situation, deux types de taux sont utilisés : les taux bruts et les taux ajustés. Les taux bruts rapportent directement les événements observés au cours d'une période à la population à risque durant la même période. Ils reflètent ainsi la situation réellement vécue par cette population. Les mesures portant sur les déterminants de la santé sont davantage présentés sous forme de taux bruts afin d'illustrer le fardeau supporté par les populations.

Les taux ajustés pour leur part sont utilisés à des fins de comparaisons, principalement lorsque le phénomène rapporté est fortement influencé par une caractéristique de la population susceptible de biaiser les comparaisons. Le plus souvent, les taux sont ajustés selon l'âge, qui est un déterminant majeur de la santé. Il est normal d'observer un taux brut de mortalité plus élevé dans une population dont la structure d'âge sera plus vieille. L'ajustement selon l'âge permet d'épurer les mesures de l'effet de l'âge afin de pouvoir les comparer. Les taux ajustés n'ont de signification que lorsqu'ils sont utilisés pour comparer l'état de santé de diverses populations entre elles ou dans le temps. Contrairement aux taux bruts, ils ne représentent aucunement une mesure du fardeau réel supporté par les populations.

Les taux ajustés dans ce document concernent surtout la mortalité, les hospitalisations, les chirurgies, l'incidence du cancer et la prévalence du diabète, toutes des problématiques fortement influencées par l'âge de la population. Ces taux ont été ajustés par la méthode de standardisation directe en fonction de la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée du Québec en 2001. Les taux ajustés dans le document sont accompagnés de la note «¹».

On fait également la différence entre les taux de prévalence et les taux d'incidence. Ce sont dans les deux cas des mesures de fréquence de la maladie. La prévalence fait état du nombre d'événements déjà présents dans une population à un moment donné (taux de prévalence du diabète). Par ailleurs, l'incidence fait plutôt état du nombre de nouveaux cas qui se sont déclarés au cours d'une période de temps donnée (taux d'incidence du cancer).

Dans le calcul des taux bruts et ajustés, les effectifs corrigés de population calculés par l'Institut de la statistique du Québec et diffusés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont été utilisés. Ces effectifs, basés sur les données de recensement, sont corrigés pour tenir compte du sous-dénombrement et des résidents non permanents. Également, afin de calculer des indicateurs plus stables dans le temps, moins sujets aux variations aléatoires engendrées par les petits nombres, plusieurs taux ont été calculés, lorsque approprié, sur quelques années au lieu d'une seule année (ex. : le taux de mortalité infantile (indicateur n° 124) est en fait un taux annuel moyen calculé sur les années 2000 à 2003 et les années 1990 à 1994).

Autres indicateurs

Quelques indicateurs ne sont ni des taux, ni des proportions. Il s'agit pour la plupart d'indices ou de rapports, lesquels sont surtout utilisés en démographie : indice de dépendance totale, indice de dépendance des jeunes, indice de dépendance des aînés, indice de vieillesse et rapport de masculinité. Ces indices ou rapports sont de simples ratios de deux populations différentes. Leur méthode de calcul est explicitée plus en détail dans leur fiche descriptive.

D'autres indicateurs, dont le calcul est plus complexe, font également l'objet d'une description dans leur fiche descriptive. C'est le cas des indices synthétiques de fécondité, de grossesse et d'interruption volontaire de grossesse, du taux de sortie



sans diplôme du secondaire, de l'espérance de vie, de l'espérance de vie en bonne santé, du taux d'années potentielles de vie perdues et du taux de retard de croissance intra-utérine.

NUMÉROTATION DES INDICATEURS

Les numéros des indicateurs utilisés dans le présent document correspondent dans la plupart des cas aux numéros des indicateurs utilisés dans le *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Cependant, pour différentes raisons, quelques indicateurs ont été calculés différemment du portrait québécois. Pour une définition des indicateurs utilisés, voir la section sur les fiches descriptives des indicateurs.

PRÉCISION STATISTIQUE DES INDICATEURS

Certains des indicateurs présentés dans ce document peuvent être sujets à une imprécision statistique. Cette dernière peut être inhérente à la nature même des données, notamment lorsque celles-ci sont tirées d'enquêtes réalisées auprès d'un échantillon de la population. Elle peut également être due aux faibles nombres d'événements statistiques sensibles aux variations aléatoires (variabilité vue au sens épidémiologique).

Le coefficient de variation (CV), soit le rapport entre l'erreur-type de l'indicateur et l'indicateur, exprimé en pourcentage, est utilisé dans le présent document comme critère de diffusion des données. Les normes retenues sont celles de Statistique Canada (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999) :

- les indicateurs dont le CV est inférieur ou égal à 16,66 % sont publiés sans restriction;
- les indicateurs dont le CV est supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 % doivent être interprétés avec prudence et sont accompagnés d'un astérisque « * »;
- les indicateurs dont le CV est supérieur à 33,33 % ne sont pas publiés, car la mesure est jugée trop imprécise. La valeur de l'indicateur est alors remplacée par la mention « ** n.p. ».

En général, la précision des indicateurs diminue lorsque :

- l'on travaille avec des événements rares d'un point de vue statistique (faibles effectifs);
- les données sont tirées d'enquêtes (erreur d'échantillonnage);
- l'on travaille sur la base de territoires plus petits (diminution des effectifs);
- l'on ventile les données par sexe et âge (diminution des effectifs);
- l'on ventile les données en catégories et sous-catégories (diminution des effectifs);
- les données ne sont pas agrégées en périodes temporelles (diminution des effectifs).

COMPARAISON DES INDICATEURS

Lorsque la puissance statistique d'un indicateur est assez forte (ex. : les indicateurs calculés à partir des données tirées du recensement), la comparaison directe de la valeur de cet indicateur dans le temps ou dans l'espace ne pose généralement pas de problème. Par contre, il peut être hasardeux de comparer directement deux valeurs qui présentent une variabilité assez importante.

Dans le présent document, pour les indicateurs qui présentent une variabilité jugée assez importante, la comparaison entre le territoire et le Québec des données de la période récente a fait l'objet d'un test statistique. Ces indicateurs sont accompagnés des symboles (+) ou (-) indiquant, au plan statistique, une valeur significativement plus élevée ou plus faible que le Québec (ou le reste du Québec dans certains cas) au seuil de 5 % ou moins (certains indicateurs, dépendant de la source de leur traitement, ont été testés à 5 %, d'autres à 1 % et quelques-uns à moins de 1 %).

Autres précautions

Outre les symboles déjà mentionnés, les indicateurs présentés dans les différents tableaux du document sont à l'occasion accompagnés de signes ou remplacés par un sigle fournissant de l'information sur les données. L'annotation « ND » est utilisée lorsque les données nécessaires au calcul de l'indicateur ne sont pas disponibles pour le territoire ou pour la période spécifiée. Le sigle « s.o. » signifie que l'indicateur présenté dans le tableau est sans objet pour un territoire ou une catégorie spécifique du fait de l'impossibilité de le calculer, par exemple en raison de données incomplètes ou de données non appropriées (ex. : nombre de médecins spécialistes sur le territoire de la MRC de Coaticook). Le signe « — » accompagnant



certain indicateurs (ex. : pourcentage de la population ayant une incapacité, indicateur n° 103) indique que le calcul de l'indicateur est impossible pour des raisons méthodologiques (ex. : changement de la définition de l'indicateur au cours des années). Enfin, la note « ² » est utilisée dans les cas où un indicateur relatif à la mortalité a été calculé avant et après l'année 2000, l'utilisation de la nouvelle classification des maladies (CIM-10) depuis l'année 2000 rendant alors difficile ou impossible l'analyse des données dans le temps.

Le lecteur est fortement invité à lire les notes de bas de page qui accompagnent les tableaux de résultats. Ces notes précisent en effet certaines informations relatives aux indicateurs, aux données ou encore aux sources de données, utiles à une interprétation adéquate des données et de leurs limites.



FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS

1. TAUX D'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION

Définition : Rapport (en pourcentage), pour une période donnée, de la différence d'effectifs de population au début et à la fin de la période, à la population au milieu de la même période¹.

Sources : Institut national de santé publique du Québec, www.infocentre.inspq.riess.qc.ca, consulté le 12 février 2007 (les données de 2006 sont des projections). MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002)

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 6, indicateur n° 1.

2. RÉPARTITION DE LA POPULATION

Définition : **Population selon l'âge (%)** : Proportion (%) de la population d'un groupe d'âge donné par rapport à la population totale¹.

Indice de dépendance totale (%) : Rapport (%) de la population des 0-14 ans et des 65 ans ou plus à celle des 15-64 ans¹.

Indice de dépendance des jeunes (%) : Rapport (%) de la population des 0-14 ans à celle des 15-64 ans¹.

Indice de dépendance des aînés (%) : Rapport (%) de la population des 65 ans ou plus à celle des 15-64 ans¹.

Indice de vieillesse (%) : Rapport (%) de la population des 65 ans ou plus à celle des 0-14 ans¹.

Âge médian (en années) : Âge où l'on retrouve de part et d'autre 50 % de la population¹.

Rapport de masculinité (%) : Rapport (%) de la population masculine à la population féminine¹.

Sources : Les données de 1986 sont des estimations et celles de 2006 sont des projections. MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002)

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 8, indicateur n° 2.

3. TAUX DE GROSSESSE SELON L'ÂGE

Définition : **Taux de grossesse** : Rapport (pour 1 000 femmes), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de grossesses de femmes d'un groupe d'âge déterminé, à la population féminine totale de ce groupe d'âge au milieu de la même période. Le nombre de grossesses regroupe les naissances vivantes, les mortinaissances survenues après 20 semaines de gestation et les interruptions volontaires de grossesse (IVG)¹.

Indice synthétique de grossesse : Nombre moyen de grossesses qu'aurait une cohorte de femmes dans l'hypothèse où ces femmes seraient soumises tout au long de leur période de procréation aux taux de grossesse par âge observés durant une période donnée¹.

Remarque : Contrairement aux données du Portrait de santé du Québec, il manque, dans le calcul de l'indicateur du présent portrait, un certain nombre d'IVG (celles survenues à l'extérieur de l'Estrie, soit environ 10 %) et les avortements spontanés.

Sources : Fichier des naissances vivantes 1999 à 2004, MSSS.
Fichier des mortinaissances 1999 à 2004, MSSS.
Clinique de planification des naissances de l'Estrie (pour les IVG), 1999 à 2004.
Projections de populations 2000, MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 1996, version juillet 2000. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} juin 1998).
Projections de populations 2003 : MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement.
(Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002).

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 12, indicateur n° 3.



4. TAUX DE FÉCONDITÉ SELON L'ÂGE

Définition : **Taux de fécondité** : Rapport (pour 1 000 femmes), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de naissances vivantes de mères d'un groupe d'âge déterminé, à la population féminine de ce groupe d'âge au milieu de la même période¹.

Indice synthétique de fécondité : Nombre moyen d'enfants qu'aurait une cohorte de femmes dans l'hypothèse où ces femmes seraient soumises tout au long de leur période de procréation aux taux de fécondité par âge observés durant une période donnée. L'indice synthétique de fécondité peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer¹.

Source : Institut national de santé publique du Québec, www.infocentre.inspq.qc.ca, consulté le 14 septembre 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 15, indicateur n° 4.

6. FAMILLES AVEC ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS SELON LA STRUCTURE DE LA FAMILLE

Définition : Proportion (en pourcentage) de familles de recensement avec au moins un enfant jamais marié de 17 ans ou moins selon la structure de la famille, par rapport au total des familles de recensement avec au moins un enfant jamais marié de 17 ans ou moins¹.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 20, indicateur n° 6.

8. POPULATION DE 18 ANS OU PLUS VIVANT SEULE

Définition : Proportion (en pourcentage) des personnes de 18 ans ou plus vivant seules dans leur logement par rapport au total des personnes de 18 ans et plus dans les ménages privés¹.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 24, indicateur n° 8.

9. POPULATION DE 65 ANS OU PLUS VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ

Définition : Proportion (en pourcentage) des personnes de 65 ans ou plus vivant dans les ménages privés, par rapport au total des personnes de 65 ans ou plus¹.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2001.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 26, indicateur n° 9.

10. POPULATION SELON LA LANGUE PARLÉE À LA MAISON

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population selon la langue parlée le plus souvent à la maison, par rapport à la population totale non pensionnaire d'institution ayant déclaré une seule langue parlée à la maison¹.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 28, indicateur n° 10.

11. IMMIGRANTS

Définition : Proportion (en pourcentage) d'immigrants reçus, par rapport à la population totale excluant les pensionnaires vivant en institution¹.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 30, indicateur n° 11.



12. POPULATION DE 25 ANS OU PLUS SELON LE PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ ATTEINT

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 25 ans ou plus selon le plus haut niveau de scolarité atteint, par rapport à la population totale de 25 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Les données du recensement de 2006 sur le plus haut certificat, diplôme ou grade ne sont pas directement comparables à celles des recensements précédents. Seules les données équivalentes aux classes « inférieur au certificat d'études secondaires » et « grade universitaire » ont été produites pour 2006. Les données de ces seules classes ont été jugées assez comparables avec celles des recensements antérieurs.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 32, indicateur n° 12.

13. POPULATION ACTIVE TOTALE SELON LE TYPE D'INDUSTRIE

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population active totale de 15 ans ou plus ayant un lieu habituel de travail au Québec ou travaillant en domicile au Québec, selon le type d'industrie, par rapport à la population active totale de 15 ans ou plus ayant un lieu habituel de travail au Québec ou travaillant en domicile au Québec¹.

Remarque : Contrairement au portrait de santé du Québec dans lequel les chiffres de cet indicateur font référence au lieu de travail de la personne, les chiffres présentés dans le présent portrait estrien font référence au lieu de résidence de la personne.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 34, indicateur n° 13.

14. POPULATION ACTIVE TOTALE SELON LA PROFESSION

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population active totale de 15 ans ou plus ayant un lieu habituel de travail au Québec ou travaillant au domicile au Québec, selon la profession, par rapport à la population active totale de 15 ans ou plus ayant un lieu habituel de travail au Québec ou travaillant au domicile au Québec¹.

Remarque : Contrairement au portrait de santé du Québec dans lequel les chiffres de cet indicateur font référence au lieu de travail de la personne, les chiffres présentés dans le présent portrait estrien font référence au lieu de résidence de la personne.

Source : Statistique Canada, recensement de 2001 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 36, indicateur n° 14.

15. TAUX D'EMPLOI

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 15 ans ou plus occupée, par rapport à la population totale de 15 ans ou plus excluant les pensionnaires vivant en institution. La population occupée est composée des personnes de 15 ans ou plus, à l'exclusion des pensionnaires d'un établissement institutionnel, qui, au cours de la semaine de référence, avaient fait un travail quelconque contre rémunération ou à leur compte (d'une heure jusqu'à sept jours entiers) ou étaient temporairement absentes de leur travail ou de l'entreprise toute la semaine à cause de vacances, d'une maladie, d'un conflit de travail (grève ou lock-out), ou encore pour d'autres raisons¹.

Source : Statistique Canada, recensement de 2001 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 38, indicateur n° 15.

16. TAUX DE CHÔMAGE

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 15 ans ou plus en chômage, par rapport à la population active totale de 15 ans ou plus excluant les pensionnaires vivant en institution¹.

Source : Statistique Canada, recensement de 2001 et 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 40, indicateur n° 16.



17. REVENU PERSONNEL DISPONIBLE PAR HABITANT

Définition : Rapport, pour une année donnée, du revenu personnel total disponible de l'ensemble de la population à la population totale au milieu de la même année. Le revenu personnel disponible par habitant équivaut au revenu personnel moins les impôts directs des particuliers, les cotisations aux régimes d'assurance sociale et autres transferts gouvernementaux versés par les particuliers aux administrations publiques tels que les primes d'assurance-médicaments, les licences et les permis¹.

Source : Institut de la statistique du Québec, www.stat.gouv.qc.ca/publications/cptes_econo/flash_rev_pers07.htm, consulté le 16 avril 2008.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 42, indicateur n° 17.

18. POPULATION VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population dans les ménages privés vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) par rapport à la population totale dans les ménages privés¹.

Remarque : Selon Statistique Canada, le SFR ne doit pas être considéré comme un seuil de pauvreté. Il permet plutôt d'identifier la proportion de la population qui s'en tire moins bien au plan économique. Le seuil de faible revenu varie selon le lieu de résidence et la taille du ménage.

Source : Statistique Canada, recensement de 2001 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 44, indicateur n° 18.

19. PRESTATAIRES DE L'ASSISTANCE-EMPLOI

Définition : Rapport (en pourcentage) du nombre de personnes prestataires de l'assistance-emploi, pour un mois d'une année donnée, à la population totale de moins de 65 ans au milieu de la même année¹.

Sources : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
Projections de populations 1996 : MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 1996, version juillet 2000. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} juin 1998)
Projections de populations 2005 : MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002)

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 46, indicateur n° 19.

20. PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS BÉNÉFICIAIRE DU SUPPLÉMENT DE REVENU GARANTI

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 65 ans ou plus bénéficiaire du Supplément de revenu garanti, durant un mois donné, par rapport à la population de 65 ans ou plus recevant une prestation de sécurité de la vieillesse durant le même mois¹.

Source : Développement des ressources humaines Canada, Sécurité de la vieillesse, données du mois de juin, compilations spéciales.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 48, indicateur n° 20.

21. POPULATION EN SITUATION D'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus vivant en situation d'insécurité alimentaire à cause d'un manque d'argent, au cours d'une période de douze mois, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et ne sont pas disponibles par territoire en Estrie. Comme cet indicateur est mesuré différemment depuis 2005, aucune donnée antérieure à 2005 n'a été produite.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 50, indicateur n° 21.



22. LOGEMENTS PRIVÉS SELON LE MODE D'OCCUPATION

Définition : Proportion (en pourcentage) de logements privés occupés selon le mode d'occupation, par rapport au total des logements privés occupés.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 52, indicateur n° 22.

23. CERTAINES CARACTÉRISTIQUES LIÉES À L'EAU POTABLE

A) POPULATION SELON LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE

Définition : Proportion (en pourcentage), pour une année donnée, de la population selon la source d'approvisionnement en eau potable, par rapport à la population totale pour la même année. La population concernée dans le calcul de l'indicateur est la clientèle résidentielle desservie par un réseau privé, une municipalité ou une régie intermunicipale. Les personnes n'ayant pas de réseau de distribution sont également incluses dans le calcul. Par contre, les personnes desservies par un réseau d'une institution ou d'une entreprise sont exclues du calcul¹.

Remarque : Les données antérieures à l'année 2000 ne sont pas présentées pour des raisons méthodologiques.

Source : Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
<http://www.menv.gouv.qc.ca/eau/potable/fiches/region05.htm>, consulté le 28 août 2007.

B) POPULATION SELON LE MODE DE TRAITEMENT DE L'EAU POTABLE

Définition : Proportion (en pourcentage), pour une année donnée, de la population, selon le mode de traitement de l'eau potable par rapport à la population totale de la même année. La population concernée dans le calcul de l'indicateur est la clientèle résidentielle desservie par un réseau privé, une municipalité ou une régie intermunicipale. Les personnes n'ayant pas de réseau de distribution sont également incluses dans le calcul. Par contre, les personnes desservies par un réseau d'une institution ou d'une entreprise sont exclues du calcul.

Remarque : Les données n'ont pas été présentées par territoires de l'Estrie et avant l'année 2003 pour l'Estrie et le Québec pour des raisons méthodologiques ou de non disponibilité.

Sources : Banque de données Eau potable du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs.
Direction générale de la santé publique, MSSS.
Répertoire des municipalités, ministère des Affaires municipales et des Régions.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 54, indicateur n° 23.

24. POPULATION TOUCHÉE QUOTIDIENNEMENT PAR UN AVIS D'ÉBULLITION ET DE NON CONSOMMATION DE L'EAU

Définition : Proportion (en pourcentage), pour une journée donnée, du nombre moyen de personnes touchées par des avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau, par rapport au total de la population. La population concernée dans le calcul de l'indicateur est la clientèle résidentielle desservie par un réseau privé, une municipalité ou une régie intermunicipale. Les personnes n'ayant pas de réseau de distribution sont également incluses dans le calcul. Par contre, les personnes desservies par un réseau d'une institution ou d'une entreprise sont exclues du calcul¹.

Remarque : Les données n'ont pas été présentées par territoire de MRC et pour la Ville de Sherbrooke pour des raisons de non disponibilité.

Sources : Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs.
Ministère des Affaires municipales et des Régions.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 56, indicateur no 24.

25. POPULATION DESSERVIE PAR DES INSTALLATIONS D'ÉPURATION DES EAUX USÉES

Définition : Proportion (en pourcentage), pour une année donnée, de la population desservie par des installations d'épuration des eaux usées par rapport à la population totale des municipalités. La population concernée au numérateur dans le calcul de l'indicateur est uniquement celle des municipalités dotées de réseaux d'égouts. Elle exclut donc les personnes des municipalités ou des secteurs de municipalité non desservies par un réseau d'égouts. La population totale des municipalités au dénominateur ainsi que la population desservie par des installations d'épuration des eaux usées ont été estimées à partir des effectifs de la population de l'année 2000 des municipalités, diffusés par le ministère des Affaires municipales et des régions¹.



Remarque : Les données n'ont pas été présentées par territoires de l'Estrie et avant l'année 2002 pour l'Estrie et le Québec pour des raisons méthodologiques ou de non disponibilité.

Sources : Direction des infrastructures, ministère des Affaires municipales et des Régions.
Répertoire des municipalités, ministère des Affaires municipales et des Régions.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 58, indicateur n° 25.

26. NON-FUMEURS EXPOSÉS À LA FUMÉE SECONDAIRE À LA MAISON PRESQUE CHAQUE JOUR

Définition : Proportion (en pourcentage), de la population de non-fumeurs de 12 ans ou plus exposée à la maison à la fumée des autres chaque jour ou presque chaque jour, par rapport à la population totale de non-fumeurs de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Les données ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 60, indicateur n° 26.

27. NOMBRE DE JOURS DE SMOG

Définition : Nombre de jours, pour une année donnée, où la concentration d'ozone est supérieure à 82 ppb (partie par milliard) pendant une heure, au moins une fois pendant la journée (ministère de l'Environnement, 2003)¹.

Remarque : Les données n'ont pas été présentées par territoires de l'Estrie pour des raisons de non disponibilité et pour le Québec en raison de la difficulté logique d'appliquer une telle donnée à l'ensemble du territoire du Québec.

Source : Programme INFO-SMOG, ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 62, indicateur n° 27.

30. POPULATION ACTIVE OCCUPÉE DE 15 ANS OU PLUS SELON LE MODE DE TRANSPORT UTILISÉ POUR SE RENDRE AU TRAVAIL

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population active occupée de 15 ans ou plus ayant un lieu habituel de travail ou sans adresse de travail fixe selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail, par rapport à la population active occupée de 15 ans ou plus ayant un lieu habituel de travail ou sans adresse de travail fixe¹.

Source : Statistique Canada, recensement de 1996 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 68, indicateur n° 30.

32. LOGEMENTS PRIVÉS NÉCESSITANT DES RÉPARATIONS MAJEURES

Définition : Proportion (en pourcentage) de logements privés occupés nécessitant des réparations majeures, par rapport au total des logements privés occupés¹.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 72, indicateur n° 32.

33. TAUX DE SORTIE SANS DIPLÔME (TAUX DE DÉCROCHAGE) DU SECONDAIRE

Définition : Proportion (en pourcentage) d'étudiants du secondaire inscrits au cours d'une année donnée et sortants sans diplôme ou qualification, par rapport au total des étudiants du secondaire inscrits et sortants au cours de la même année¹.

Le décrocheur ou sortant sans diplôme ni qualification est un élève qui est inscrit une année donnée et qui répond aux deux critères suivants :

- il n'obtient ni diplôme ni qualification durant l'année considérée. Les diplômes retenus sont les suivants : DES, DEP, AFP et ASP. Les qualifications retenues sont les suivantes : CFER et ISPJ;
- il n'est inscrit, durant l'année suivante, ni en formation générale (jeunes ou adultes), ni en formation professionnelle, ni au collégial, dans un établissement d'enseignement au Québec.



Remarque : La définition de l'indicateur et conséquemment les données contenues dans le présent portrait sont différentes de celles du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. L'indicateur du présent document est celui qui est généralement utilisé en Estrie pour décrire la problématique du décrochage scolaire chez les jeunes du secondaire.

Les données sont totalisées selon le territoire où les étudiants fréquentent l'école et non le lieu de résidence de ces derniers. Les données font référence aux jeunes du secteur *public seulement*. Le Ministère ne publie pas de façon statutaire pour différentes raisons le taux de décrochage au secteur privé. On estime en Estrie entre 20 % et 25 % des étudiants de niveau secondaire inscrits au secteur privé. Pour avoir une idée plus exacte du taux de décrochage global en Estrie et par MRC, il faudrait également tenir compte de l'importance relative du secteur privé.

Source : Banque de cheminement scolaire (BCS), ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport.

Notes : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 74, indicateur n° 33.

35. NAISSANCES SELON LA SCOLARITÉ DE LA MÈRE

Définition : Répartition (en pourcentage), pour une période donnée, des naissances vivantes selon le nombre d'années de scolarité de la mère, par rapport au nombre total des naissances vivantes dont la scolarité de la mère est connue durant la même période. Le nombre d'années de scolarité correspond au plus haut niveau de scolarité complété avec succès¹.

Source : Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007. (Découpage géographique en vigueur au 1^{er} janvier 2002)

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 78, indicateur n° 35.

36. TAUX DE GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

Définition : Rapport (pour 1 000 adolescentes), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de grossesses d'adolescentes de 14-19 ans, à la population féminine totale de 14-19 ans au milieu de la même période. Le nombre de grossesses regroupe les naissances vivantes, les mortinaissances survenues après 20 semaines de gestation et les interruptions volontaires de grossesse (IVG)¹.

Remarque : Contrairement aux données du Portrait de santé du Québec, il manque, dans le calcul de l'indicateur du présent portrait, un certain nombre d'IVG (celles survenues à l'extérieur de l'Estrie, environ 10 %) et les avortements spontanés. De plus, par souci de puissance statistique, l'indicateur a été produit pour les 14-19 ans et non pas pour les 14-17 ans et les 18-19 ans.

Sources : Fichier des naissances vivantes 1999 à 2004, MSSS.
Fichier des mortinaissances 1999 à 2004, MSSS.
Clinique de planification des naissances de l'Estrie (pour les IVG), 1999 à 2004.
Projections de populations 2000, MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 1996, version juillet 2000. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} juin 1998)
Projections de populations 2003, MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002)

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 80, indicateur n° 36.

37. TAUX D'INCIDENCE DES NOUVELLES PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Définition : Rapport (pour 1 000 jeunes de 0-17 ans), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouvelles prises en charge décidées dans chaque centre jeunesse dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, à la population totale de 0 à 17 ans au milieu de la même période¹.

Remarque : Les données rapportées dans ce document couvrent des périodes avant l'année 2006, année où la *Loi sur la protection de la jeunesse* a été modifiée. On s'attend à ce que la modification de la loi ait un impact à partir de 2006 sur le nombre de nouvelles prises en charge.

Sources : Centre jeunesse de l'Estrie.
Projections de populations 1997-1999, MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 1996, version juillet 2000. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} juin 1998)



Projections de populations 2003-2005. MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002)

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 82, indicateur n° 37.

38. TAUX DE JEUNES DE 12 À 17 ANS AYANT CONTREVENU AU *CODE CRIMINEL* ET AUX LOIS

Définition : Rapport (pour 100 000 jeunes de 12-17 ans), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au *Code criminel* et aux lois fédérales ou provinciales, à la population totale de jeunes de 12 à 17 ans au milieu de la même période¹.

Remarque : Les totalisations sont par territoire où l'infraction a eu lieu et non par territoire de résidence du jeune.

Sources : Ministère de la Sécurité publique, Direction générale des affaires policières et de la prévention de la criminalité. Projections de populations 1999-2000. MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 1996, version juillet 2000. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} juin 1998) Projections de populations 2003-2005. MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002)

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 84, indicateur n° 38.

39. TAUX DE CRIMES CONTRE LA PERSONNE

Définition : Rapport (pour 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen d'infractions criminelles perpétrées contre la personne, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les totalisations sont par territoire où l'infraction a eu lieu et non par territoire de résidence.

Sources : Ministère de la Sécurité publique, Direction générale des affaires policières et de la prévention de la criminalité. Projections de populations 1999-2000. MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 1996, version juillet 2000. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} juin 1998) Projections de populations 2003-2005. MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002)

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 86, indicateur n° 39.

40. TAUX DE VICTIMISATION POUR VIOLENCE CONJUGALE

Définition : Rapport (pour 100 000 femmes de 12 ans ou plus), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de femmes de 12 ans ou plus victimes de violence dans un contexte conjugal, à la population totale des femmes de 12 ans ou plus au milieu de la même période¹.

Remarque : Les totalisations sont par territoire où l'infraction a eu lieu et non par territoire de résidence de la femme.

Sources : Ministère de la Sécurité publique, Direction générale des affaires policières et de la prévention de la criminalité. Projections de populations 1999-2000. MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 1996, version juillet 2000. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} juin 1998) Projections de populations 2003-2005. MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002)

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 88, indicateur n° 40.

41. TAUX DE PLACES DISPONIBLES EN SERVICE DE GARDE

Définition : Rapport (pourcentage), du nombre de places disponibles en services de garde, pour une année donnée, du nombre d'enfants de 0-4 ans au milieu de la même année¹.

Remarque : Les places de garde pour les enfants de 0-4 ans sont de trois types : centres de la petite enfance en installation, centres de la petite enfance en milieu familial et garderies à but lucratif.



Sources : Ministère de la Famille et de l'Enfance, Direction de la recherche en politiques familiales, (tableaux électroniques).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, Direction de la gestion de l'information, version juin 2000.
PAGEAU, M., R. CHOINIERE, M. FERLAND, Y. SAUVAGEAU (2001). *Portrait de santé – Le Québec et ses régions*, Institut national de santé publique du Québec, p. 269.
Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, Direction de la coordination et du soutien aux opérations (pour les données de 2002 à 2006, tableaux électroniques).

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 90, indicateur n° 41.

42. PERSONNES PRODIGUANT SANS RÉMUNÉRATION DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 15 ans ou plus prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées sur une période d'une semaine, par rapport à la population totale de 15 ans ou plus non pensionnaire d'institution¹.

Remarque : Les soins ou l'aide aux personnes âgées sans paye ou sans salaire ne comprennent pas le travail bénévole pour un organisme à but non lucratif, un organisme religieux, une œuvre de charité ou un groupe de charité ou groupe communautaire ni le travail sans paye dans une ferme ou une entreprise familiale ou dans l'exercice d'une profession.

Source : Statistique Canada, recensement de 1996 et 2006.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 92, indicateur n° 42.

43. POPULATION N'AYANT PAS UN INDICE ÉLEVÉ DE SOUTIEN SOCIAL

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus n'ayant pas un niveau élevé de soutien émotionnel ou informationnel, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : L'indice comprend une liste de huit questions demandant aux gens à quelle fréquence ils bénéficient de certains types de soutien dans diverses circonstances. Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 94, indicateur n° 43.

44. POPULATION AYANT UN TRÈS FAIBLE SENTIMENT D'APPARTENANCE À SA COMMUNAUTÉ LOCALE

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Le sentiment d'appartenance à la communauté est un indicateur régulièrement utilisé lors des analyses ayant pour objet le capital social et la cohésion sociale ainsi que l'intégration sociale. Comme le terme « communauté locale » n'est pas défini, l'interprétation peut varier d'un répondant à l'autre. Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 96, indicateur n° 44.

45. PROPORTION DE PERSONNES CONSOMMANT MOINS DE CINQ FOIS PAR JOUR DES FRUITS ET DES LÉGUMES

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus consommant moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : L'indicateur fait référence à la fréquence et non à la quantité ou aux portions consommées. Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2003.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 98, indicateur n° 45.



46. POPULATION INSUFFISAMMENT ACTIVE DURANT LES LOISIRS

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus ayant pratiqué un niveau insuffisant d'activité physique de loisirs au cours d'une période de trois mois, par rapport à la population de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Chez les adultes de 18 ans ou plus, être insuffisamment actifs correspond à une dépense énergétique de moins de 14 kcal/kg/semaine répartie sur au moins trois périodes d'activité physique de loisir d'intensité modérée ou plus. Chez les adolescents de 12 à 17 ans, être insuffisamment actifs correspond à une dépense énergétique de moins de 28 kcal/kg/semaine répartie sur au moins cinq périodes d'activité physique de loisir d'intensité modérée ou plus. Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 100, indicateur n° 46.

49. FUMEURS

A) PROPORTION DE FUMEURS

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus fumant la cigarette, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés. Les fumeurs comprennent les « fumeurs réguliers » (« quotidiens ») qui fument au moins une cigarette par jour tous les jours et les « fumeurs occasionnels » qui eux ne fument pas la cigarette tous les jours¹.

Remarque : Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 106, indicateur n° 49.

B) PROPORTION DE FUMEURS PARMI LES JEUNES DU SECONDAIRE

Définition : Proportion (en pourcentage) de fumeurs de cigarette parmi les jeunes qui fréquentent un établissement de niveau secondaire. Les fumeurs comprennent les « fumeurs réguliers » (« quotidiens ») qui fument au moins une cigarette par jour tous les jours, les « fumeurs occasionnels » qui eux ne fument pas la cigarette tous les jours et les fumeurs débutants. Les fumeurs débutants sont ceux qui n'ont pas encore contracté l'habitude de fumer. Ils ont fumé la cigarette au cours des 30 jours précédant l'enquête mais le nombre à vie de cigarettes fumées est inférieur à 100.

Remarque : En Estrie, les données pour la région et par territoires de l'Estrie correspondent au lieu de fréquentation scolaire et non au lieu de résidence du jeune.

Sources : Estrie et ses MRC : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, Enquête estrienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves du secondaire, 2000 et 2005.

Québec : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000 et Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006.

50. POPULATION PRENANT 14 CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS AU COURS D'UNE SEMAINE

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus ayant pris 14 consommations ou plus d'alcool au cours d'une période de 7 jours, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Un verre ou une consommation d'alcool équivaut à une petite bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière en fût de 360 ml (12 oz), à un petit verre de vin de 120 ml à 150 ml (4 à 5 oz) ou de boisson rafraîchissante (cooler), à un cocktail ou un petit verre de liqueur forte ou de spiritueux avec ou sans mélange de 42 ml (5 oz). Statistique Canada considère que prendre quatorze verres d'alcool sur une période de sept jours constitue une consommation élevée d'alcool et ceci indifféremment pour les deux sexes. Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 108, indicateur n° 50.



51. POPULATION PRÉSENTANT UNE CONSOMMATION ÉLEVÉE D'ALCOOL 12 FOIS OU PLUS AU COURS D'UNE ANNÉE

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus ayant pris cinq consommations ou plus d'alcool en une même occasion au moins douze fois au cours d'une période de douze mois, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Un verre ou une consommation d'alcool équivaut à une petite bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière en fût de 360 ml (12 oz), à un petit verre de vin de 120 ml à 150 ml (4 à 5 oz) ou de boisson rafraîchissante (cooler), à un cocktail ou un petit verre de liqueur forte ou de spiritueux avec ou sans mélange de 42 ml (5 oz). Statistique Canada considère que prendre cinq verres d'alcool en une même occasion, soit un à la suite de l'autre ou à l'intérieur d'une courte période de temps et ceci douze fois ou plus au cours de l'année, constitue une consommation élevée d'alcool autant chez les hommes que chez les femmes. Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 110, indicateur n° 51.

54. TAUX DE CONDAMNATIONS RELIÉES À DES INFRACTIONS POUR CONDUITE AVEC FACULTÉS AFFAIBLIES

Définition : Rapport (par 100 000 titulaires), pour une période donnée, du nombre de titulaires de permis de conduire condamnés pour des infractions au *Code criminel* avec facultés affaiblies, au nombre total de titulaires de permis de conduire durant la même année.

Remarque : Les titulaires de permis de conduire excluent les apprentis conducteurs. Les infractions considérées sont celles pour lesquelles il y a eu condamnation. Il y a condamnation lorsque le conducteur se reconnaît coupable en payant son amende ou à la suite d'un jugement. Les infractions au *Code criminel* pour conduite avec facultés affaiblies sont¹ :

- Conduite ou garde d'un véhicule pendant que la capacité de conduire est affaiblie;
- Conduite ou garde d'un véhicule avec un taux d'alcool supérieur à 80 mg par 100 ml de sang;
- Refus de subir l'alcootest ou de fournir un échantillon de sang;
- Conduite ou garde d'un véhicule avec facultés affaiblies et causant des lésions corporelles;
- Conduite ou garde d'un véhicule avec facultés affaiblies et causant la mort.

Les condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies sont présentées selon la date à laquelle l'infraction a été commise.

Sources : PAGEAU, M., R. CHOINIERE, M. FERLAND, Y. SAUVAGEAU (2001). *Portrait de santé - Le Québec et ses régions*, Institut national de santé publique du Québec, p. 215.

Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), Service des études et des stratégies en sécurité routière (compilations spéciales, produit électronique).

SAAQ (2001), Bilan 2000, Accidents, parc automobile, permis de conduire, Québec, S.A.A.Q. 213 p.

SAAQ (2000), Bilan 1999, Accidents, parc automobile, permis de conduire, Québec, S.A.A.Q. 211 p.

SAAQ (1999), Bilan 1998, Accidents, parc automobile, permis de conduire, Québec, S.A.A.Q. 205 p.

SAAQ (1998), Bilan 1997, Accidents, parc automobile, permis de conduire, Québec, S.A.A.Q. 207 p.

SAAQ (1997), Bilan 1996, Accidents, parc automobile, permis de conduire, Québec, S.A.A.Q. 203 p.

SAAQ (1996), Bilan 1995, Accidents, parc automobile, permis de conduire, Québec, S.A.A.Q. 203 p.

Nombre d'infractions : SAAQ, Les infractions et les sanctions reliées à la conduite d'un véhicule routier, 1996 à 2005.

Nombre de titulaires : SAAQ, Dossier statistique accidents, parc automobile et permis de conduire, bilan 1996 à 2003.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 116, indicateur n° 54

55. NOMBRE DE MÉDECINS OU DE DENTISTES ET SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE

Définition : Rapport (par 100 000), pour une année donnée, du nombre de médecins (généralistes ou spécialistes) ou de dentistes et spécialistes en chirurgie buccale, à la population totale correspondante au milieu de la même année¹.

Remarque : Cet indicateur est totalisé selon le lieu de pratique du professionnel et non pas le lieu de résidence.

Sources : Annuaire dentaire, Ordre des dentistes du Québec, 1995, 1996, 1997-1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction des affaires médicales et universitaires.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 118, indicateur n° 55.



56. NOMBRE DE PERSONNES DIRECTEMENT AFFECTÉES AUX SOINS

Définition : Rapport (par 100 000), pour une année donnée, du nombre d'infirmières, d'infirmières auxiliaires ou de préposées aux bénéficiaires en équivalent temps complet, à la population totale au milieu de la même année¹

Remarque : La catégorie « infirmière » inclut à la fois celles qui ont effectué des études collégiales ou universitaires. Les infirmières « auxiliaires » sont celles qui détiennent un diplôme en soins infirmiers de 5^e secondaire. Les « préposées aux bénéficiaires » font référence à celles qui ont suivi une formation *ad hoc* dans une institution d'enseignement reconnue. Le nombre de personnes directement affectées aux soins est calculé en « équivalent temps complet » (ETC) basé sur le décompte du nombre d'heures travaillées ou payées dans un établissement. Cet indicateur est totalisé selon le lieu de pratique de la personne et non pas le lieu de résidence.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction générale du personnel réseau et ministériel, produit électronique, mars 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 120, indicateur n° 56.

57. OCCUPATION DES LITS DRESSÉS

A) TAUX D'OCCUPATION DES LITS DRESSÉS

Définition : Rapport (en pourcentage), pour une année financière donnée, du nombre de jours présence, pour une unité de service donnée, au nombre de lits dressés ou places internes observées au 31 mars de la même année, pour la même unité de service multiplié par 365¹.

B) SÉJOUR MOYEN DES USAGERS

Définition : Rapport (en jours), pour une année financière donnée, du nombre de jours présence pour une unité de service donnée, au nombre d'usagers traités durant la même année pour la même unité de service¹.

Remarque : Remarque pour A) et B) : Un jour-présence correspond à un lit occupé par un usager durant une journée. Les lits dressés désignent les lits qui peuvent accueillir des bénéficiaires et pour lesquels on dispose du personnel nécessaire pour fournir le niveau et le type de soins nécessaires. Les unités de services retenues sont les suivantes :

- Unités pour soins physique de courte durée qui correspondent aux soins actifs définis dans les statistiques de Med-Écho;
- Unité d'hébergement et de soins de longue durée qui comprennent les lits dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que les lits de courte durée occupés pour l'hébergement et les soins de longue durée.

Les unités de services non retenues sont, entre autres, les soins psychiatriques, les soins aux nouveau-nés, les soins aux personnes alcooliques et toxicomanes, la réadaptation fonctionnelle intensive. Les données n'ont pas été présentées par territoires de l'Estrie pour des raisons méthodologiques. Cet indicateur est totalisé selon le lieu de traitement de la personne et non pas le lieu de résidence.

Source : Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population, INSPQ, p. 123.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 122, indicateur n° 57.

61. FEMMES AYANT PASSÉ UN TEST DE PAP

Définition : Proportion (en pourcentage) de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de dépistage du cancer du col utérin (test de PAP), au cours d'une période de moins de trois ans, par rapport à la population totale des femmes de 18 à 69 ans dans les ménages privés¹.

Remarque : Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 134, indicateur n° 61.

62. FEMMES DE 50 À 69 ANS AYANT PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE AU COURS DE DEUX ANS

Définition : Proportion (en pourcentage) de femmes de 50 à 69 ans ayant passé au moins une mammographie bilatérale au cours d'une période de deux ans, par rapport à la population totale des femmes de 50 à 69 ans au milieu de la période.



- Remarque : Cet indicateur comprend les mammographies diagnostiques et de dépistage.
- Source : Régie de l'assurance maladie du Québec par le Centre d'expertise en dépistage de l'INSPQ.
- Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 136, indicateur n° 62.

64. DEMANDES DE RETRAIT PRÉVENTIF DE TRAVAILLEUSES ENCEINTES AVEC RISQUES À ÉLIMINER SELON LES RISQUES DU MILIEU DE TRAVAIL

Définition : Rapport (en pourcentage), pour une période donnée, du nombre de demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes avec risques à éliminer selon les risques du milieu de travail, au nombre total de demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes avec risques à éliminer pour cette même période¹.

Remarque : Les données sont calculées pour la population travaillant dans une région (par opposition à la population résidant dans une région) afin de tenir compte de la population de référence utilisée par le secteur de la santé au travail dans le réseau québécois de la santé publique. La sommation des pourcentages peut être supérieure à 100 %, car une même demande peut inclure plus d'un risque à éliminer.

Les risques du milieu de travail sont regroupés de la façon suivante :

- Contraintes ergonomiques : organisation du travail, position assise ou debout prolongée, torsion, flexion, extension du tronc, autres contraintes posturales, soulèvement ou transport de charges, autres dépenses énergétiques élevées, cadence imposée, rapide ou forcée, autres contraintes ergonomiques;
- Agresseurs chimiques : vapeurs, gaz, fumées, poussières, autres agresseurs chimiques;
- Agresseurs biologiques : virus, bactéries, autres agresseurs biologiques;
- Agresseurs physiques : bruit, chaleur, froid, radiations non ionisantes ou ionisantes, vibrations au corps entier, autres agresseurs physiques;
- Risques à la sécurité : chute, agression, autres risques à la sécurité.

- Source : Système informatisé médico-environnemental de la santé des travailleurs (SMEST).
- Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 140, indicateur n° 64.

65. ÉLÈVES DE 4^e ANNÉE AYANT REÇU LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B

Définition : Proportion (en pourcentage) d'élèves de 4^e année ayant reçu trois doses d'un vaccin contre l'hépatite B, par rapport au nombre d'élèves inscrits au moment de l'administration de la 3^e dose¹.

Remarque : Les données sont présentées sur la base des années scolaires (septembre à juin)

Sources : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation, Système intégré d'information de santé publique en Estrie (SIISP), données agrégées annuelles fournies par les infirmières scolaires des CSSS (2005-2006).
Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p.143.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 142, indicateur n° 65.

66. POPULATION DE 50 ANS OU PLUS AYANT REÇU LE VACCIN CONTRE LA GRIPPE

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 50 ans ou plus ayant reçu le vaccin contre la grippe, au cours d'une campagne de vaccination, par rapport à la population totale de 50 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 144, indicateur n° 66.

68. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

A) TAUX D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE SELON L'ÂGE

Définition : Rapport (par 1 000 femmes), pour une période donnée, du nombre annuel moyen d'interruptions volontaires de grossesse de femmes d'un groupe d'âge déterminé, à la population féminine de ce groupe d'âge au milieu de la même période¹.



B) INDICE SYNTHÉTIQUE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Définition : Nombre moyen (par femme) d'interruptions volontaires de grossesse qu'aurait une cohorte de femmes dans l'hypothèse où ces femmes seraient soumises tout au long de leur période de procréation aux taux d'interruption volontaire de grossesse par âge observés durant une période donnée¹.

Remarque : Remarque pour A) et B) : Contrairement aux données du Portrait de santé du Québec, les avortements spontanés n'ont pas été comptabilisés. De plus, les interruptions volontaires de grossesse des femmes résidentes de l'Estrie réalisées à l'extérieur de la région ne sont pas comptabilisées. Cela représente environ 10 % de l'ensemble des interruptions volontaires de grossesse.

Sources : Numérateur : Clinique de planning de l'Estrie, 1999 à 2004, pour les IVG de l'Estrie.
MSSS pour les IVG du Québec.
Dénominateur : Projections de populations 2000. Basées sur le recensement de 1996, version juin 2000.
Projections de populations 2003. Basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage en vigueur le 1^{er} janvier 2002).

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 148, indicateur n° 68.

73. TAUX D'UTILISATION DU SERVICE INFO-SANTÉ

Définition : Rapport (par 1 000) pour une année donnée, du nombre total d'appels traités au service Info-Santé, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les appels traités sont ceux provenant des personnes qui ont eu la communication avec l'infirmière et pour lesquels une fiche d'appel a été compilée.

Source : Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), service Info-Santé.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 158, indicateur n° 73.

75. PARTICIPATION AU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS DE 0 À 9 ANS

A) TAUX DE PARTICIPATION

Définition : Rapport (en pourcentage), pour une année donnée, du nombre de participants de 0 à 9 ans au programme de services dentaires pour les enfants, au nombre total d'enfants de 0 à 9 ans inscrits à la RAMQ et admissibles au programme de la même année¹.

B) NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES PAR PARTICIPANT

Définition : Rapport (en nombre), pour une année donnée, de l'ensemble des services rendus dans le cadre du programme de services dentaires pour les enfants de 0 à 9 ans, au nombre total des participants de 0 à 9 ans, durant la même année¹.

Remarque : Remarque pour A) et B) : Les services assurés doivent être rendus par un chirurgien dentiste ou un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Les enfants qui figurent au numérateur du taux de participation ont obtenu au moins un service. S'ils ont obtenu plus d'un service, ils ne sont comptabilisés qu'une seule fois. Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 163.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 162, indicateur n° 75.

79. POPULATION DE 65 ANS OU PLUS RECEVANT DES SERVICES À DOMICILE

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 65 ans ou plus recevant des services à domicile assumés entièrement ou en partie par l'État au cours d'une période de douze mois, par rapport à la population totale de 65 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Cette définition réfère au noyau traditionnel des services à domicile, c'est-à-dire les soins professionnels de base, les services d'aide à domicile et les services aux proches aidants. Ces services sont habituellement offerts à la suite d'un séjour à l'hôpital ou dans le cas d'une perte d'autonomie due au vieillissement ou à une maladie chronique. Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.



Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 170, indicateur n° 79.

80. POPULATION N'AYANT PAS DE MÉDECIN DE FAMILLE

Définition : Proportion (en pourcentage), de la population de 12 ans ou plus ayant déclaré ne pas avoir de médecin de famille, par rapport à la population de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Cet indicateur ne correspond pas à l'indicateur n° 80 du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ.

84. SÉJOURS EXCESSIFS À L'URGENCE (2^E SEMESTRE)

Définition : Proportion (en pourcentage) de personnes ayant occupé une civière à l'urgence durant 24 heures ou plus ou 48 heures ou plus, durant un semestre donné, par rapport au nombre total de personnes ayant occupé une civière à l'urgence durant le même semestre¹.

Remarque : Les données couvrent presque tous les services des centres hospitaliers du Québec. Le calcul du pourcentage exclut les patients dont la durée de séjour sur une civière à la fin d'un semestre n'est pas terminée. Les données sont compilées selon le lieu de dispensation des soins. Elles ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Registre des patients sur les civières dans les salles d'urgence (J56) et registre provincial des urgences, MSSS.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 180, indicateur n° 84.

85. POPULATION DE 65 ANS OU PLUS VIVANT EN INSTITUTION DE SANTÉ

Définition : Proportion (en pourcentage) des personnes de 65 ans ou plus en institution de santé, par rapport au total des personnes de 65 ans ou plus¹.

Remarque : Les personnes en institution de santé comprennent à la fois les pensionnaires et les non-pensionnaires (le personnel et les membres de leur famille) logeant dans l'institution. Les institutions de santé comprennent les hôpitaux généraux et les hôpitaux assurant des soins d'urgence, les autres hôpitaux et établissements connexes ainsi que les centres de traitement et établissements pour personnes ayant une incapacité, les maisons de repos et les foyers pour personnes âgées.
Les données de 2001 ont été produites selon le nouveau découpage en vigueur au 1^{er} janvier 2002.

Source : Statistique Canada, recensement de 1991 et de 2001.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 182, indicateur n° 85.

86. PERSONNES ADMISES DANS UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

A) TAUX D'ADMISSION

Définition : Rapport (par 100 lits) du nombre de personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au cours des douze mois précédant une date de référence, au nombre de lits gérés par le système régional d'orientation-admission à cette date de référence¹.

Remarque : Les personnes admises sont celles qui, après la décision du comité d'orientation et d'admission (COA), occupent pour la première fois un lit d'hébergement et de soins de longue durée. Cet indicateur n'a pas été présenté pour le Québec pour des raisons méthodologiques (définition de l'univers de l'indicateur différente entre le portrait de santé du Québec et les données compilées en région par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie).

Source : Suivi des ententes de gestion, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 184, indicateur n° 86.

B) DURÉE MOYENNE D'ATTENTE

Définition : Rapport (en jour), pour une année donnée, du nombre de jours d'attente des personnes admises, au nombre de personnes admises durant la même année dans un CHSLD.



Remarque : La durée d'attente d'une personne admise correspond au nombre de jours écoulés entre la date de son admission en CHSLD et la date de la décision par le COA d'héberger la personne en CHSLD. Cet indicateur n'a pas été présenté pour le Québec pour des raisons méthodologiques (définition de l'univers de l'indicateur différente entre le portrait de santé du Québec et les données compilées en région par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie).

Source : Suivi des ententes de gestion, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 184, indicateur n° 86.

87. TAUX AJUSTÉ DE CERTAINES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Définition : Rapport (par 10 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de certaines interventions chirurgicales pratiquées en soins physiques de courte durée chez des patients du groupe d'âge correspondant à l'intervention, à la population du groupe d'âge associé à l'intervention au milieu de la même période¹.

Remarque : Les données de cet indicateur sont tirées du système Med-Écho et se rapportent aux soins physiques de courte durée. Sont exclus : les hospitalisations pour troubles mentaux, les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé, les soins infirmiers d'un jour (chirurgie d'un jour), les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile » celles des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation primaire est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée.

Il est possible de trouver dans le fichier Med-Écho jusqu'à 9 interventions lors d'une même hospitalisation, l'unité de mesure n'est donc pas l'hospitalisation, mais plutôt l'intervention. Les interventions retenues sont définies à partir de la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC) et sont celles dont un des 9 champs réservés aux interventions correspond aux catégories suivantes :

- ANGIOPLASTIE, 20 ans ou plus;
- PONTAGE AORTOCORONARIEN PAR GREFFE, 20 ans ou plus;
- ARTHROPLASTIE DE LA HANCHE, tous âges;
- ARTHROPLASTIE DU GENOU, tous âges.

Les données de cet indicateur sont compilées selon la région de résidence, contrairement au Portrait de santé du Québec qui présente ces données selon la région de traitement. À partir de 2003, elles correspondent au nouveau découpage géographique (la municipalité de Waterville est incluse dans la MRC de Coaticook).

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. À partir de 2003, les données correspondent au nouveau découpage géographique (la municipalité de Waterville est incluse dans la MRC de Coaticook).

Sources : Numérateur : Fichier des hospitalisations Med-Écho 2000-2003 et 2003-2006, MSSS.
Dénominateur : 2000-2003 : Projections de population basées sur le recensement de 1996, Institut de la statistique du Québec, version juin 2000.
2003-2006 : Projections de population basées sur le recensement de 2001, Institut de la statistique du Québec, version octobre 2004.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 186, indicateur n° 87.

88. TAUX DE CÉSARIENNE

Définition : Rapport (par 100 accouchements), pour une période donnée, du nombre de césariennes, au nombre d'accouchements qui ont eu lieu dans les centres hospitaliers du Québec durant la même période¹.

Remarque : Les données sur les césariennes et les accouchements sont tirées du système Med-Écho. Pour un séjour hospitalier donné, il est possible de trouver dans Med-Écho jusqu'à 9 traitements codés selon la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC). La césarienne correspond aux codes (CCADTC) suivants : 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 et 86.9. Les accouchements sont colligés dans Med-Écho dans la section réservée aux diagnostics. Pour un séjour hospitalier donné, il est possible de trouver un diagnostic principal et 15 diagnostics secondaires codés selon la CIM-9. Les accouchements correspondent aux codes suivants :

- ACCOUCHEMENT NORMAL : CIM-9 = 650
- COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT : CIM-9 = 640 – 649 avec 1 ou 2 en cinquième position
651 – 676 avec 1 ou 2 en cinquième position.

Les données de cet indicateur sont compilées selon la région de résidence, contrairement au Portrait de santé du Québec qui présente ces données selon la région de traitement. À partir de 2003, elles correspondent au nouveau découpage géographique (la municipalité de Waterville est incluse dans la MRC de Coaticook).



Sources : Numérateur : Fichier des hospitalisations Med-Écho 1994-1997 et 2003-2006, MSSS.
Dénominateur : 1994-1997 : Projections de population basées sur le recensement de 1996, Institut de la statistique du Québec, version juin 2000.
2003-2006 : Projections de population basées sur le recensement de 2001, Institut de la statistique du Québec, version octobre 2004.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 188, indicateur n° 88.

92. TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS LIÉES À DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES

Définition : Rapport (par 10 000), pour une période donnée, pour la population de moins de 75 ans, du nombre annuel moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour des conditions médicales propices aux soins ambulatoires, à la population âgée de moins de 75 ans au milieu de la même période¹.

Remarque : Les données de cet indicateur sont tirées du système Med-Écho et se rapportent aux soins physiques de courte durée. Sont exclus : les hospitalisations pour troubles mentaux, les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé, les soins infirmiers d'un jour (chirurgie d'un jour), les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile » celles des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation primaire est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée. Les conditions propices aux soins ambulatoires sont celles où des soins appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation. Les hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires sont définies à partir du diagnostic principal identifié selon la CIM-9. Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Les 7 conditions considérées propices aux soins ambulatoires correspondent aux codes de la CIM-9 suivants :

- ÉPILEPSIE ET AUTRE ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE : CIM-9 = 345
- MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES ET PNEUMONIE* : CIM-9 = 491, 492, 493.2, 494, 496, 466, 480-486
- ASTHME : CIM-9 = 493.0, 493.1, 493.8, 493.9
- INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE : CIM-9 = 428.0, 402.91, 518,4
- HYPERTENSION* : CIM-9 = 401.0, 401.9, 402.0, 402.1, 402.90
- ANGINE* : CIM-9 = 411 et 413
- DIABÈTE : CIM-9 = 250.0, 250.1, 250.2, 250.9

* (voir la liste des conditions précises dans le Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 196-197).

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. À partir de 2003, les données correspondent au nouveau découpage géographique (la municipalité de Waterville est incluse dans la MRC de Coaticook).

Sources : Numérateur : Fichier des hospitalisations Med-Écho 1994-1997 et 2003-2006, MSSS.
Dénominateur : 1994-1997 : Projections de population basées sur le recensement de 1996, Institut de la statistique du Québec, version juin 2000.
2003-2006 : Projections de population basées sur le recensement de 2001, Institut de la statistique du Québec, version octobre 2004.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 196, indicateur n° 92.

93. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ ÉVITABLE

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen total de décès évitables, à la population totale âgée de moins de 75 ans au milieu de la même période¹.

Remarque : Les décès évitables sont identifiés à partir de l'âge du décédé et de la cause initiale du décès définie selon la CIM-9 pour les décès avant 2000 et selon la CIM-10 à partir de 2000. Le passage de la CIM-9 à la CIM-10 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Pour cette raison, cet indicateur n'a pas été calculé pour une période antérieure à l'année 2000.

La sélection des maladies jugées évitables repose sur deux principes généraux : des interventions reconnues et efficaces existent et des soins appropriés peuvent être dispensés. Voir le Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 199 pour la liste des causes de décès retenues.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. Les données correspondent au nouveau découpage géographique en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 198, indicateur n° 93.



94. TAUX AJUSTÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Définition : Rapport (par 10 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de chirurgies d'un jour, selon le diagnostic principal, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les chirurgies d'un jour sont tirées du système Med-Écho à partir de la variable *type de soins* (code 27). La chirurgie d'un jour est définie comme étant un ensemble d'activités structurées et organisées pour des interventions chirurgicales reposant sur des protocoles pré et postopératoires et qui sont destinées à des usagers inscrits qui reçoivent leur congé le jour même de l'intervention. L'intervention chirurgicale d'un jour est pratiquée sous anesthésie et exige l'usage d'une salle d'opération. Les chirurgies mineures et les procédures endoscopiques sont exclues.

Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Ce diagnostic est de façon générale étroitement relié à la raison de l'hospitalisation. Le diagnostic principal est défini selon la CIM-9. Les grandes catégories retenues sont :

• ENSEMBLE DES DIAGNOSTICS :	CIM-9 = 000-999
• TUMEURS :	CIM-9 = 140-239
• MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS :	CIM-9 = 320-389
• MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE :	CIM-9 = 460-519
• MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF :	CIM-9 = 520-579
• MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES :	CIM-9 = 580-629
• MALADIES DU SYSTÈME OSTÉO-ARTICULAIRE, DES MUSCLES ET DU TISSUS CONJONCTIF :	CIM-9 = 710-739

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. Les données correspondent au nouveau découpage géographique à compter de 2003 (la municipalité de Waterville est incluse dans la MRC de Coaticook).

Sources : Numérateur : Fichier des hospitalisations Med-Écho 2000-2003 et 2003-2006, MSSS.
Dénominateur : 2000-2003 : Projections de population basées sur le recensement de 1996, Institut de la statistique du Québec, version juin 2000.
2003-2006 : Projections de population basées sur le recensement de 2001, Institut de la statistique du Québec, version octobre 2004.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 202, indicateur n° 94.

95. POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus percevant sa santé comme passable ou mauvaise, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 208, indicateur n° 95.

96. ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

Définition : Durée moyenne (en années) de survie d'une personne d'un âge donné si les taux actuels de mortalité par âge continuent de s'appliquer. Dans le calcul de l'espérance de vie à la naissance, on fait parcourir tous les âges de la vie à un effectif fictif de nouveau-nés en lui faisant subir, à ces divers âges, les probabilités de décéder observées durant une période donnée¹.

Remarque : Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie sous-estime la longévité moyenne véritable.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 30 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 210, indicateur n° 96.

97. ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN BONNE SANTÉ (SANS INCAPACITÉ)

Définition : Nombre moyen d'années qu'une personne devrait vivre en bonne santé si les profils actuels de mortalité et d'incapacité continuent de s'appliquer¹.



- Remarque : Le calcul de l'espérance de vie en bonne santé se fait selon la méthode de Sullivan et est basé sur les données de mortalité, d'incapacité et d'institutionnalisation selon l'âge. L'espérance de vie mesurée ici correspond à l'espérance de vie totale moins l'espérance de vie en institution et l'espérance de vie avec incapacité.
- Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles pour des années antérieures à 2001 pour des raisons méthodologiques (ex. : changement au cours des années de la définition de l'incapacité). Elles n'ont également pas été produites par territoires de l'Estrie pour des raisons de non-disponibilité via l'Infocentre de santé publique.
- Cet indicateur n'a pas fait l'objet d'un test statistique avec le Québec (ou le reste du Québec), puisque la variance associée aux données d'incapacité n'a pas été calculée (Infocentre de santé publique).
- Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 23 avril 2007.
- Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 212, indicateur n° 97.

99. TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE

- Définition : Rapport (par 10 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée, selon le diagnostic principal, à la population totale du milieu de la même période¹.
- Remarque : Les données de cet indicateur sont tirées du système Med-Écho et se rapportent aux soins physiques de courte durée. Sont exclus : les hospitalisations pour troubles mentaux, les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé, les soins infirmiers d'un jour (chirurgie d'un jour), les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile » celles des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation primaire est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée.
- Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Le diagnostic principal est défini selon la CIM-9. Les grandes catégories retenues sont :
- ENSEMBLE DES DIAGNOSTICS : CIM-9 = 000-999
 - TUMEURS MALIGNES : CIM-9 = 140-208
 - MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE : CIM-9 = 390-459
 - MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE : CIM-9 = 460-519
 - MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF : CIM-9 = 520-579
 - MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES : CIM-9 = 580-629
 - LÉSIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS : CIM-9 = 800-999
- Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. À compter de 2003, les données correspondent au nouveau découpage géographique (la municipalité de Waterville est incluse dans la MRC de Coaticook).
- Sources : Numérateur : Fichier des hospitalisations Med-Écho 1994-1997 et 2003-2006, MSSS.
Dénominateur : 1994-1997 : Projections de population basées sur le recensement de 1996, Institut de la statistique du Québec, version juin 2000.
2003-2006 : Projections de population basées sur le recensement de 2001, Institut de la statistique du Québec, version octobre 2004.
- Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 216 indicateur, n° 99.

101. ÉLÈVES DE MATERNELLE AFFECTÉS PAR LA CARIE DENTAIRE

- Définition : Proportion (en pourcentage) du nombre d'élèves inscrits à la maternelle affectés par la carie dentaire (indice cao/CAO > 0) sur la population totale des enfants inscrits à la maternelle pour une année donnée¹.
- Remarque : La collecte des données pour l'Estrie et ses territoires a été effectuée principalement au mois d'octobre alors que la collecte des données pour le Québec s'est effectuée à l'hiver, ce qui limite la comparabilité avec le Québec.
- Sources : Pour les MRC et l'Estrie : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation.
Pour le Québec (1998 seulement) : BRODEUR JM. et autres (2001). Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans, MSSS.
- Note : 1. Cet indicateur ne correspond pas à l'indicateur n° 101 du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ.



103. POPULATION AYANT UNE INCAPACITÉ

- Définition :** Proportion (en pourcentage) de la population dans les ménages privés ayant parfois ou souvent une incapacité par rapport à la population totale dans les ménages privés¹.
- Remarque :** Une personne a une incapacité si elle a de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables. De plus, ces problèmes doivent avoir duré plus de six mois. Les données du recensement 2001 sur l'incapacité ne sont pas comparables à celles des recensements précédents, puisque les questions ont changé.
- Source :** Statistique Canada, recensement de 2001.
- Note :** 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 226 indicateur n° 103.

105. TAUX D'ENFANTS HANDICAPÉS

- Définition :** Rapport (par 1 000), pour un mois d'une année donnée, des enfants de moins de 18 ans bénéficiant d'une allocation pour enfant handicapé, à la population totale des enfants de moins de 18 ans au milieu de la même année¹.
- Remarque :** L'handicap correspond ici à une déficience physique ou mentale ou à un trouble du développement. Les données de cet indicateur pour le Québec et l'Estrie peuvent différer de celles du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 en raison du mois retenu pour établir la statistique.
- Source :** Fichier de l'allocation pour enfants handicapés, Régie des rentes du Québec, produit électronique, Service des statistiques et des sondages.
- Note :** 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 230 indicateur n° 105.

106. TAUX DE MORTALITÉ SELON L'ÂGE

- Définition :** Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès pour un groupe d'âge spécifique, à la population de ce groupe d'âge au milieu de la même période¹.
- Source :** Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.
- Note :** 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 232, indicateur n° 106.

107. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ SELON LA CAUSE

- Définition :** Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès, pour une cause spécifique, à la population totale en milieu de la même période¹.
- Remarque :** La cause disponible dans les statistiques est la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000. Les grandes catégories de causes de mortalité retenues sont :
- ENSEMBLE DES CAUSES : CIM-9 = 001-999; CIM-10 = A00-Y98
 - ENSEMBLE DES TUMEURS MALIGNES : CIM-9 = 140-208; CIM-10 = C00-C97
 - MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE : CIM-9 = 390-459; CIM-10 = I00-I99
 - MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE : CIM-9 = 460-519; CIM-10 = J00-J99
 - MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF : CIM-9 = 520-579; CIM-10 = K00-K93
 - TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS : CIM-9 = E800-E869 ET E880-E929; CIM-10 = V01-X59 ET Y85-Y86

Pour la période 2000-2003, les cinq dernières grandes catégories représentent 77 % de l'ensemble des décès au Québec.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les révisions 9 et 10 de la CIM sont très différentes. Pour cette raison, les données sur les décès par grande catégorie de causes pour les années antérieures à l'année 2000 n'ont pas été présentées.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

- Source :** Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.



Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 234, indicateur n° 107.

108. TAUX AJUSTÉ DES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES SELON LA CAUSE

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, de la somme des années de vies perdues avant 75 ans, à la population moyenne âgée de moins de 75 ans¹.

Remarque : Les années potentielles de vies perdues (APVP) se rapportent aux décès survenus chez les personnes âgées de moins de 75 ans et correspondent à la différence entre un seuil établi à 75 ans et l'âge du décès. La limite de l'âge supérieure établie pour le calcul des APVP est de 75 ans et correspond approximativement à l'espérance de vie à la naissance, sexes réunis, du Québec en 1980. Cette limite ne s'apparente donc plus à l'espérance de vie actuelle et tend à sous-estimer la mortalité prématurée.

La cause disponible dans les statistiques est la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000. Les grandes catégories de causes de mortalité retenues sont :

- ENSEMBLE DES CAUSES : CIM-9 = 001-999; CIM-10 = A00-Y98
- ENSEMBLE DES TUMEURS MALIGNES : CIM-9 = 140-208; CIM-10 = C00-C97
- MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE : CIM-9 = 390-459; CIM-10 = I00-I99
- MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE : CIM-9 = 460-519; CIM-10 = J00-J99
- MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF : CIM-9 = 520-579; CIM-10 = K00-K93
- TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS : CIM-9 = E800-E869 ET E880-E929; CIM-10 = V01-X59 ET Y85-Y86

Pour la période 2000-2003, les cinq dernières grandes catégories couvrent 71 % de l'ensemble des années potentielles de vies perdues au Québec.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les révisions 9 et 10 de la CIM sont très différentes. Pour cette raison, les données antérieures à l'année 2000 relatives aux années potentielles de vie perdues par grande catégorie de causes n'ont pas été présentées.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 238, indicateur n° 108.

109. POPULATION PRÉSENTANT UN SURPLUS DE POIDS

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 20 ans ou plus présentant un surplus de poids, par rapport à la population totale de 20 ans ou plus dans les ménages privés, à l'exclusion des femmes enceintes ou qui allaitent¹.

Remarque : Le surplus de poids correspond ici aux personnes ayant un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25 (norme internationale). Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.
Institut de la statistique du Québec, Enquête Santé Québec, 1987.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 242, indicateur n° 109.

111. PRÉVALENCE DES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus déclarant avoir reçu un diagnostic d'un professionnel de la santé pour un problème de santé donné de longue durée, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 246, indicateur n° 111.



112. TAUX AJUSTÉ DE PRÉVALENCE DU DIABÈTE

Définition : Rapport (en pourcentage), pour une année donnée, du nombre de personnes de 20 ans ou plus diabétiques, à la population âgée de 20 ans ou plus au milieu de la même année¹.

Remarque : Une personne est diabétique si, au cours d'une période de deux ans, elle a :

- deux diagnostics de diabète inscrits au fichier des services médicaux de la RAMQ ou,
- un diagnostic de diabète parmi les diagnostics principaux ou secondaires au fichier des hospitalisations Med-Écho (code CIM-9 = 250).

Les cas retenus comprennent sans distinction les personnes souffrant de diabète de type 1 ou 2, mais excluent les femmes ayant seulement un diabète gestationnel. Les cas retenus excluent aussi les personnes de moins de 20 ans chez qui on diagnostique habituellement un diabète de type 1.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001

Source : Institut national de santé publique du Québec, mars 2008, produit électronique.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 250, indicateur n° 112.

113. TAUX AJUSTÉ D'INCIDENCE DU CANCER

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Le terme « cancer » regroupe ici une soixantaine de tumeurs malignes comprises à l'intérieur des codes 140 à 208 de la CIM-9, excluant ceux de la peau sans mélanomes (CIM-9 = 173). Les tumeurs bénignes (CIM-9 = 211-226), les tumeurs à évolution imprévisible (CIM-9 = 235-238) et les carcinomes *in situ* (CIM-9 = 230-234) sont exclus.

L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'un type donné, diagnostiqués au cours d'une période spécifiée. Le diagnostic de cancer est exclusivement basé sur le diagnostic principal tel que consigné au fichier Med-Écho lors d'un épisode d'hospitalisation en soins physiques de courte durée ou de chirurgie d'un jour.

Les sièges des tumeurs sont actuellement définis selon la CIM-9. Les sièges retenus sont :

- ENSEMBLE DES SIÈGES (TOTAL) : CIM-9 = 140-208, SAUF 173
- CANCER DU CÔLON ET DU RECTUM (COLON, RECTUM ET ANUS) : CIM-9 = 153-154
- CANCER DU PANCRÉAS : CIM-9 = 157
- CANCER DU POUMON (TRACHÉE, BRONCHES ET POUMON) : CIM-9 = 162
- CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME : CIM-9 = 174
- CANCER DE LA PROSTATE : CIM-9 = 185
- CANCER DE LA VESSIE : CIM-9 = 188
- CANCER DU REIN : CIM-9 = 189
- LEUCÉMIE : CIM-9 = 204-208

Pour la période 1999-2002, les huit derniers sièges retenus couvrent 70 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer au Québec.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 252, indicateur n° 113.

114. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR TUMEURS MALIGNES

Définition : Rapport, (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par tumeurs malignes, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les décès par tumeurs malignes sont identifiés à partir de la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000. Les tumeurs malignes, appelées également cancers, correspondent ici aux codes CIM-9 = 140 à 208 et aux codes CIM-10 = C00 à C97. Les catégories des tumeurs malignes retenues sont :



- ENSEMBLE DES TUMEURS MALIGNES (TOTAL) : CIM-9 = 140 à 208, CIM-10 = C00 à C97
- TUMEURS MALIGNES DE L'ESTOMAC : CIM-9 = 151, CIM-10 = C16
- TUMEURS MALIGNES DU CÔLON ET DU RECTUM (COLON, RECTUM ET ANUS) : CIM-9 = 153-154, CIM-10 = C18-C21
- TUMEURS MALIGNES DU PANCRÉAS : CIM-9 = 157, CIM-10 = C25
- TUMEURS MALIGNES DU POUMON (TRACHÉE, BRONCHES ET POUMON) : CIM-9 = 162, CIM-10 = C33-C34
- TUMEURS MALIGNES DU SEIN CHEZ LA FEMME : CIM-9 = 174, CIM-10 = C50
- TUMEURS MALIGNES DE LA PROSTATE : CIM-9 = 185, CIM-10 = C61

Pour la période 2000-2003, les six dernières catégories couvrent 62 % de l'ensemble des décès par tumeurs malignes au Québec.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les révisions 9 et 10 de la CIM sont très différentes. Pour cette raison, les données sur les décès par tumeurs malignes pour les années antérieures à l'année 2000 n'ont pas été présentées.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 256, indicateur n° 114.

115. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par maladies de l'appareil circulatoire, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les décès par maladies de l'appareil circulatoire sont identifiés à partir de la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000. Les maladies de l'appareil circulatoire correspondent aux codes CIM-9 = 390 à 459 et aux codes CIM-10 = I00 à I99. Les catégories retenues sont :

- ENSEMBLE DES MALADIES DE L' APPAREIL CIRCULATOIRE (TOTAL) : CIM-9 = 390 à 459, CIM-10 = I00 à I99
- CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES : CIM-9 = 410-414, 429.2, CIM-10 = I20-I25
- MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES : CIM-9 = 430-434, CIM-10 = I60-I69
- MALADIES DES ARTÈRES : CIM-9 = 440-448, CIM-10 = I70-I78

Pour la période 2000-2003, les trois dernières catégories représentent 80 % de l'ensemble des décès par maladies de l'appareil circulatoire au Québec.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les révisions 9 et 10 de la CIM sont très différentes. Pour cette raison, les données sur les décès par maladies de l'appareil circulatoire pour les années antérieures à l'année 2000 n'ont pas été présentées.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 258, indicateur n° 115.

116. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par maladies de l'appareil respiratoire, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les décès par maladies de l'appareil respiratoire sont identifiés à partir de la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000. Les maladies de l'appareil respiratoire correspondent aux codes CIM-9 = 460 à 519 et aux codes CIM-10 = J00 à J99. Les catégories retenues sont :



- ENSEMBLE DES MALADIES DE L' APPAREIL RESPIRATOIRE(TOTAL) : CIM-9 = 460 à 519, CIM-10 = J00 à J99
- PNEUMONIES ET GRIPPES : CIM-9 = 480-487, J10-J18
- MALADIES CHRONIQUES DES VOIES RESPIRATOIRES INFÉRIEURES : CIM-9 = 490-494 ET 496, CIM-10 = J40-J47

Pour la période 2000-2003, les deux dernières catégories représentent 80 % de l'ensemble des décès par maladies de l'appareil respiratoire.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les révisions 9 et 10 de la CIM sont très différentes. Pour cette raison, les données sur les décès par maladies de l'appareil respiratoire pour les années antérieures à l'année 2000 n'ont pas été présentées.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 260, indicateur n° 116.

117. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ POUR DES CONDITIONS ASSOCIÉES AU TABAGISME

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès pour des conditions associées au tabagisme, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les décès pour des conditions associées au tabagisme sont identifiés à partir de la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000. Les conditions associées au tabagisme retenues sont :

- CANCER DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX : CIM-9 = 140-149, CIM-10 = C00-C14
- CANCER DU LARYNX : CIM-9 = 161, CIM-10 = C32
- CANCER DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON : CIM-9 = 162, CIM-10 = C33-C34
- CANCER DE L'ŒSOPHAGE : CIM-9 = 150, CIM-10 = C15
- CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES : CIM-9 = 410-414, CIM-10 = I20-I25
- MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES : CIM-9 = 430-438, CIM-10 = I60-I69
- MALADIES CHRONIQUES DES VOIES RESPIRATOIRES INFÉRIEURES : CIM-9 = 490-496, CIM-10 = J40-J47

Une totalisation est également présentée pour l'ensemble de ces conditions.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les révisions 9 et 10 de la CIM sont très différentes. Pour cette raison, les données antérieures à l'année 2000 sur les décès pour des conditions associées au tabagisme n'ont pas été présentées.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 262, indicateur n° 117.

118. NAISSANCES DE FAIBLE POIDS

Définition : Proportion (en pourcentage), pour une période donnée, de naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 grammes, par rapport au total des naissances vivantes dont le poids à la naissance est connu durant la même période¹.

Remarque : Les nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2 500 grammes sont considérés comme étant de faible poids et ceux dont le poids est inférieur à 1 500 grammes sont considérés comme étant de très faible poids.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 264, indicateur n° 118.



119. NAISSANCES PRÉMATURÉES

- Définition :** Proportion (en pourcentage), pour une période donnée, de naissances vivantes d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines révolues, par rapport au total des naissances vivantes dont l'âge gestationnel est connu, durant la même période¹.
- Remarque :** Les naissances avant terme, c'est-à-dire de moins de 37 semaines entières de gestation, sont considérées prématurées.
- Source :** Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.
- Note :** 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 266, indicateur n° 119.

120. NAISSANCES AYANT UN RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE

- Définition :** Proportion (en pourcentage), pour une période donnée, de naissances vivantes simples de poids insuffisant pour l'âge gestationnel, par rapport au total des naissances vivantes simples dont le poids et l'âge gestationnel sont connus durant la même période¹.
- Remarque :** La proportion de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine désigne le nombre de naissances d'enfants vivants, dont le poids à la naissance se situe au dessous du 10^e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge gestationnel par rapport au nombre total de naissances vivantes. Le calcul de l'indicateur ne s'applique qu'aux naissances vivantes simples dont l'âge gestationnel se situe entre 22 et 43 semaines.
- Source :** Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.
- Note :** 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 268, indicateur n° 120.

122. TAUX D'HOSPITALISATIONS AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE

- Définition :** Rapport (par 10 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée chez les enfants de moins d'un an, selon le diagnostic principal, à la population âgée de moins d'un an au milieu de la même période¹.
- Remarque :** Les données de cet indicateur sont tirées du système Med-Écho et se rapportent aux soins physiques de courte durée. Sont exclus : les hospitalisations pour troubles mentaux, les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé, les soins infirmiers d'un jour (chirurgie d'un jour), les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile » celles des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation primaire est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée.

Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Ce diagnostic est de façon générale étroitement lié à la raison de l'hospitalisation. Le diagnostic principal est défini selon la CIM-9. Les catégories retenues sont :

• ENSEMBLE DES DIAGNOSTICS :	CIM-9 = 000-999
• MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES :	CIM-9 = 001-139
• MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE :	CIM-9 = 460-519
• MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF :	CIM-9 = 520-579
• MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES :	CIM-9 = 580-629
• ANOMALIES CONGÉNITALES :	CIM-9 = 740-759
• CERTAINES AFFECTIONS DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS LA PÉRIODE PÉRINATALE :	CIM-9 = 760-779

Pour la période 2000-2004, les six dernières catégories représentent 80 % de l'ensemble des hospitalisations au Québec en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie.

- Sources :** Numérateur : Fichier des hospitalisations Med-Écho 1994-1997 et 2003-2006, MSSS.
Dénominateur : 1994-1997 : Projections de population basées sur le recensement de 1996, Institut de la statistique du Québec, version juin 2000.
2003-2006 : Projections de population basées sur le recensement de 2001, Institut de la statistique du Québec, version octobre 2004.
- Note :** 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 272, indicateur n° 122.



123. TAUX DE MORBIDITÉ NÉONATALE

Définition : Rapport (par 1 000), pour une période donnée, du nombre de nouveau-nés atteints d'une affection néonatale grave au cours du premier mois de leur vie selon le type d'affection, au total de nouveau-nés enregistrés dans les centres hospitaliers du Québec durant le même période¹.

Les affections néonatales graves sont identifiées à partir de l'ensemble des diagnostics. Pour un séjour hospitalier donné, il existe un diagnostic principal et 15 diagnostics secondaires codés selon la CIM-9. Les affections néonatales graves retenues sont :

- SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE : CIM-9 = 769
- SEPTICÉMIE : CIM-9 = 771.4 OU 771.8

Les taux de syndrome de détresse respiratoire et de septicémie ont été calculés à partir des données sur l'hospitalisation du système Med-Écho. Les cas retenus ne comprennent que les nourrissons dont l'affection a été diagnostiquée lors du séjour hospitalier suivant la naissance.

Les nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 500 g sont inclus dans le calcul contrairement au portrait de santé du Québec qui les exclut.

Sources : Numérateur : Fichier des hospitalisations Med-Écho 1994-1997 et 2003-2006, MSSS.
Dénominateur : 1994-1997 : Projections de population basées sur le recensement de 1996, Institut de la statistique du Québec, version juin 2000.
2003-2006 : Projections de population basées sur le recensement de 2001, Institut de la statistique du Québec, version octobre 2004.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 274, indicateur n° 123.

124. TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE

Définition : Rapport (par 1 000), pour une période donnée, des décès d'enfants de moins d'un an, aux naissances vivantes¹.

La cause disponible dans les statistiques est la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000. Les causes retenues pour identifier la mortalité infantile sont :

- ANOMALIES CONGÉNITALES : CIM-9 = 740-759, CIM-10 = Q00-Q99
- COURTE GESTATION ET FAIBLE POIDS : CIM-9 = 765, CIM-10 = P07
- DÉTRESSE RESPIRATOIRE : CIM-9 = 765, CIM-10 = P22
- AUTRES AFFECTIONS PÉRINATALES : CIM-9 = 760-764, 766, 770-779, CIM-10 = P00-P06, P08-P19, P23-P96
- MORT SOUDAINE DU NOURRISSON : CIM-9 = 798.0, CIM-10 = R95.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 276, indicateur n° 124.

125. MORTALITÉ PÉRINATALE ET DE MORTINATALITÉ

A) TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE

Définition : Rapport (par 1 000), pour une période donnée, de la somme des mortinaissances et des décès d'enfants de moins de 7 jours, aux naissances totales (naissances vivantes et mortinaissances)¹.

B) TAUX DE MORTINATALITÉ

Définition : Rapport (par 1 000), pour une période donnée, de la somme des mortinaissances, aux naissances totales (naissances vivantes et mortinaissances).

Remarque : Remarque pour A) et B) : La cause disponible dans les statistiques est la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000. Les causes retenues pour identifier la mortalité périnatale ou la mortinatalité sont :

- ANOMALIES CONGÉNITALES : CIM-9 = 740-759, CIM-10 = Q00-Q99
- COURTE GESTATION ET FAIBLE POIDS : CIM-9 = 765, CIM-10 = P07
- HYPOXIE ET ASPHYXIE : CIM-9 = 768, CIM-10 = P20-P21
- DÉTRESSE RESPIRATOIRE : CIM-9 = 769, CIM-10 = P22
- AUTRES AFFECTIONS PÉRINATALES : CIM-9 = 760-764, 766, 770-779, CIM-10 = P00-P06, P08-P19, P23-P96



Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 278, indicateur n° 125.

126. POPULATION VICTIME DE BLESSURES

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus victimes de blessures entraînant des limitations au cours d'une période de douze mois, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Lors de l'enquête, les blessures relevées devaient être suffisamment graves pour avoir limité les activités normales. Les blessures dues à des mouvements répétitifs sont exclues.

Les données de cet indicateur ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 280, indicateur n° 126.

127. TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS POUR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Définition : Rapport (par 10 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels selon la catégorie de traumatisme, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les données de cet indicateur sont tirées du système Med-Écho et se rapportent aux soins physiques de courte durée. Sont exclus : les hospitalisations pour troubles mentaux, les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé, les soins infirmiers d'un jour (chirurgie d'un jour), les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile » celles des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation primaire est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée.

Les catégories de traumatismes non intentionnels sont obtenues à partir du code d'accident. Le code d'accident est défini selon la CIM-9 et correspond à la cause extérieure responsable du traumatisme ou à l'effet subi par le bénéficiaire et à l'origine de son admission au centre hospitalier. Il pourrait s'agir aussi de la cause extérieure responsable des séquelles de traumatisme. Les catégories retenues sont :

- ENSEMBLE DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS : CIM-9 = E800-E949
- OCCUPANTS DE VÉHICULES À MOTEUR : CIM-9 = E810 À E819 ET DONT LA 4^E POSITION ÉGALE 0,1 OU 9
- CYCLISTES : CIM-9 = E810 À E819 ET DONT LA 4^E POSITION ÉGALE 6 ET E826.1
- INTOXICATIONS ACCIDENTELLES : CIM-9 = E850-E869
- CHUTES ACCIDENTELLES : CIM-9 = E880-E888
- INCENDIES ET BRÛLURES : CIM-9 = E890-E899, E924

Pour la période 2000-2004, les cinq dernières catégories représentent 55 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée pour les traumatismes non intentionnels.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

Sources : Numérateur : Fichier des hospitalisations Med-Écho 1994-1995 à 1996-1997 et 2003-2004 à 2005-2006, MSSS.
Dénominateur : 1994-1997 : Projections de population basées sur le recensement de 1996, Institut de la statistique du Québec, version juin 2000.
2003-2006 : Projections de population basées sur le recensement de 2001, Institut de la statistique du Québec, version octobre 2004.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 282, indicateur n° 127.

128. TAUX DE VICTIMES ATTRIBUABLES À L'INCENDIE

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de personnes blessées gravement et de décès causés par un incendie, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les personnes considérées comme blessées gravement sont les civils ou les pompiers dont les blessures causées de façon volontaire ou accidentelle ont nécessité un transport ambulancier ou une hospitalisation. Les personnes considérées décédées lors d'un incendie sont des civils ou des pompiers dont les décès sont survenus à l'intérieur de la même année. Les suicides et les homicides sont exclus.



Les données ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie en raison des trop petits nombres impliqués. Elles ne sont pas disponibles également pour les années antérieures à 1998.

Source : Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population, INSPQ, p. 285.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 284, indicateur n° 128.

129. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par traumatismes non intentionnels, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les traumatismes non intentionnels incluent les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais n'incluent pas les traumatismes causés par des accidents et complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux. La classification supplémentaire des causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements de la CIM-9 a été utilisée jusqu'en 1999 alors que la CIM-10 est utilisée depuis 2000. Les traumatismes non intentionnels correspondent aux codes CIM-9 = E800 à E869 et E880 à E929 et aux codes CIM-10 = V01 à X59, Y85 à Y86. Les catégories de traumatismes non intentionnels retenues sont :

- ENSEMBLE DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS (TOTAL) : CIM-9 = E800 À E869 ET E880 À E929; CIM-10 = V01 À X59, Y85 À Y86
- ACCIDENTS DE TRANSPORT : CIM-9 = E800-E848, E929.0 ET E929.1; CIM-10 = V01-V99 ET Y85
- ACCIDENTS DE VÉHICULES À MOTEUR : CIM-9 = E810-E825, CIM-10 = V02-V04, V09.0, V09.2, V12-V14, V19.0-V19.2, V19.4-V19.6, V20-V79, V80.3-V80.5, V81.0-V81.1, V82.0-V82.1, V83-V86, V87.0-V87.8, V88.0-V88.8, V89.0 ET V89.2
- CHUTES ACCIDENTELLES : CIM-9 = E880-E888, CIM-10 = W00-W19

Pour la période 2000-2003 les trois dernières catégories représentent 50 % de l'ensemble des décès par traumatismes non intentionnels.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les révisions 9 et 10 de la CIM sont très différentes. Pour cette raison, les données sur les décès par traumatismes non intentionnels pour les années antérieures à l'année 2000 n'ont pas été présentées.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 286, indicateur n° 129.

130. PROPORTION DES CONDUCTEURS DÉCÉDÉS AYANT OBTENU UN TAUX D'ALCOOLÉMIE SUPÉRIEUR À LA LIMITE PERMISE

Définition : Proportion (en pourcentage), pour une période donnée, des conducteurs décédés jumelés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg/100 ml de sang, par rapport au total de conducteurs décédés jumelés durant la même période.

Remarque : Au Québec, pour chaque conducteur décédé, la pratique courante des coroners consiste à effectuer une évaluation du taux d'alcoolémie. Toutefois, cette pratique ne peut être appliquée que sur les lieux de l'accident ou dans un court délai suivant l'accident. Pour connaître la concentration d'alcool dans le sang des conducteurs décédés, deux sources de données sont utilisées : les rapports d'accidents transmis par les policiers et les données du Bureau du coroner. Ces sources sont ensuite jumelées d'où le terme « conducteurs décédés jumelés ».

Les données par territoires de l'Estrie ne sont pas présentées pour des raisons méthodologiques (trop petits nombres de conducteurs impliqués).

Source : Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population, INSPQ, p. 289.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 288, indicateur n° 130.



131. TAUX D'INCIDENCE DES PRINCIPALES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) sont des maladies transmissibles (contagieuses) d'origine virale ou bactérienne qui doivent légalement faire l'objet d'une déclaration de la part des médecins ou des laboratoires aux directions de santé publique de la région où réside la personne au moment du diagnostic de la maladie. Les maladies infectieuses retenues sont :

Maladies évitables par la vaccination

- COQUELUCHE
- INFECTION À MÉNINGOCOQUES

Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)

- INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* GÉNITALE
- HÉPATITE C CHRONIQUE
- INFECTION GONOCOCCIQUE

Maladies entériques

- ENTÉRITE À *CAMPYLOBACTER*
- SALMONELLOSE
- GIARDIASE
- AMIBIASE
- INFECTION ENTÉRO-HÉMORRAGIQUE À *ESCHERICHIA COLI*
- SHIGELLOSE

Autres maladies à déclaration obligatoire

- INFECTION À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIÆ*
- TUBERCULOSE
- INFECTION À STREPTOCOQUE, GROUPE A

Les données représentent des événements et non des individus. Pour un individu, on peut déclarer plus d'une maladie infectieuse. Les données par territoires de l'Estrie, sauf pour la chlamydie, ne sont pas présentées en raison d'une fréquence insuffisante de cas.

Étant donné les modalités de fonctionnement du système de surveillance québécois des MADO, certaines maladies sont sous-déclarées (ex. : les infections transmissibles sexuellement ou par le sang et certaines maladies entériques) alors que d'autres sont sur-déclarées, résultant d'un double enregistrement d'un même épisode pour une même personne (ex. : chlamydie, hépatite B et campylobactériose).

Les données sur le sida et l'infection à VIH ne sont pas présentées en raison du trop petit nombre de cas relevés en Estrie.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 290, indicateur n° 131.

136. TAUX D'INTOXICATIONS DÉCLARÉES ET SIGNALÉES

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre d'intoxications déclarées et signalées, à la population totale au milieu de la même année¹.

Remarque : Les intoxications sont celles signalées par téléphone au Centre Anti-Poison du Québec. Les cas signalés ne constituent donc pas l'ensemble des intoxications. Tous les types d'intoxications sont inventoriés, qu'ils soient volontaires, involontaires ou autres (intoxication en milieu de travail, erreur thérapeutique). Les intoxications peuvent être aiguës ou chroniques. Une intoxication est une action nocive qu'exerce une substance toxique (poison) sur l'organisme. Les types de produits retenus sont :

- LES PESTICIDES
- LES MÉDICAMENTS
- LES PRODUITS INDUSTRIELS
- LES PRODUITS DOMESTIQUES
- LE MONOXYDE DE CARBONE

Les données par territoires de l'Estrie n'ont pas été présentées parce que non disponibles auprès du Centre Anti-Poison du Québec.

Source : Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population, INSPQ, p. 305.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 304, indicateur n° 136.



137. TAUX AJUSTÉ D'INCIDENCE POUR CERTAINS CANCERS ASSOCIÉS À DES FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer associés à des facteurs de risque environnementaux, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Le terme « cancer » regroupe une soixantaine de tumeurs malignes comprises à l'intérieur des codes 140 à 208 de la CIM-9. Les tumeurs bénignes (CIM-9 = 211-226), les tumeurs à évolution imprévisible (CIM-9 = 235-238), les carcinomes *in situ* (CIM-9 = 230-234) et ceux de la peau sans mélanome (CIM-9 = 173) sont exclus.

L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'un type de cancer donné, diagnostiqués au cours d'une période spécifiée. Le diagnostic de cancer est exclusivement basé sur le diagnostic principal tel que consigné au fichier Med-Écho lors d'un épisode d'hospitalisation en soins de courte durée ou en chirurgie d'un jour. Les cas de cancer qui sont diagnostiqués en cabinet privé et traités à l'hôpital sur une base externe, sans passer par l'hospitalisation ou la chirurgie d'un jour, ne sont pas déclarés au fichier des tumeurs.

Les diagnostics retenus sont ceux les plus fréquents (en nombre de nouveaux cas de cancer) parmi ceux reconnus comme pouvant être associés à des facteurs environnementaux. Les sièges retenus sont :

- CANCER DU FOIE : CIM-9 = 155
- CANCER DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE : CIM-9 = 160-165
- CANCER DE L'UTÉRUS : CIM-9 = 179-183
- CANCER DU REIN : CIM-9 = 189
- CANCER DU CERVEAU : CIM-9 = 191
- CANCER DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : CIM-9 = 192
- CANCER DE LA GLANDE THYROÏDE : CIM-9 = 193
- LYMPHOME : CIM-9 = 200
- MYÉLOMES MULTIPLES ET NÉOPLASMES IMMUNOPROLIFÉRATIFS : CIM-9 = 203
- LEUCÉMIE : CIM-9 = 204-208

Le taux pour chaque siège retenu est un indicateur assez grossier, sans égard à la proportion réelle de nouveaux cas de cancer attribuables à des facteurs de risques environnementaux.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Notes : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 306, indicateur n° 137.

138. TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS POUR CERTAINS DIAGNOSTICS ASSOCIÉS À DES FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

Définition : Rapport (par 10 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen d'hospitalisations pour certains diagnostics associés à des facteurs de risques environnementaux, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les données de cet indicateur sont tirées du système Med-Écho et se rapportent aux soins physiques de courte durée. Sont exclus : les hospitalisations pour troubles mentaux, les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé, les soins infirmiers d'un jour (chirurgie d'un jour), les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation primaire est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée.

Les hospitalisations associées à des facteurs de risque environnementaux sont obtenues à partir du diagnostic principal. Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Ce diagnostic est de façon générale étroitement lié à la raison de l'hospitalisation.

Les diagnostics retenus sont ceux fréquents (en nombre d'hospitalisations) parmi ceux reconnus comme pouvant être associés à des facteurs environnementaux. Les catégories retenues dans le présent document sont :

- AUTRES FORMES AIGUËS OU SUBAIGUËS DE CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES : CIM-9 = 411
- AFFECTIONS CARDIOPULMONAIRES AIGUËS : CIM-9 = 415
- TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE : CIM-9 = 427
- BRONCHITE ET BRONCHIOLITES AIGUËS : CIM-9 = 466
- PNEUMOCONIOSES ET AUTRES MALADIES PULMONAIRES DUES À DES AGENTS EXTERNES : CIM-9 = 500-508
- AVORTEMENTS SPONTANÉS : CIM-9 = 634
- ANOMALIES CONGÉNITALES : CIM-9 = 740-759

Le taux pour chaque catégorie est un indicateur assez grossier, sans égard à la proportion réelle d'hospitalisations attribuables à des facteurs de risque environnementaux.

Le taux d'hospitalisations pour avortement spontané a été calculé par rapport à la population féminine seulement.



Sources : Numérateur : Fichier des hospitalisations de Med-Écho, 1994-1995 à 1996-1997 et 2003-2004 à 2005-2006.
 Dénominateur : 1994-1997 : Projections de population basées sur le recensement de 1996, Institut de la statistique du Québec, version juin 2000.
 2003-2006 : Projections de population basées sur le recensement de 2001, Institut de la statistique du Québec, version octobre 2004.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 309, indicateur n° 138.

139. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ POUR CERTAINES MALADIES ASSOCIÉES À DES FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès pour certaines maladies associées à des facteurs de risque environnementaux, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les décès pour certaines maladies associées à des facteurs de risque environnementaux sont identifiés à partir de la cause initiale du décès. La cause initiale du décès représente la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000. Les maladies associées à des facteurs de risque environnementaux sont les suivantes :

- TUMEUR MALIGNNE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE : CIM-9 = 160-165, CIM-10 = C30-C39
- TUMEUR MALIGNNE DU REIN : CIM-9 = 189, CIM-10 = C64-C66, C68
- TUMEUR MALIGNNE DU CERVEAU : CIM-9 = 191, CIM-10 = C71
- TUMEUR MALIGNNE DE LA THYROÏDE : CIM-9 = 193, CIM-10 = C73
- AUTRES FORMES AIGUËS OU SUBAIGUËS DES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES : CIM-9 = 411, CIM-10 = I24
- TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE : CIM-9 = 427, CIM-10 = I46.0, I46.9, I47.0-I47.2, I47.9, I48, I49.0-I49.5, I49.8, R001, R008, R012
- PNEUMOCOINOSSES ET AUTRES MALADIES PULMONAIRES DUES À DES AGENTS EXTERNES : CIM-9 = 500-508, CIM-10 = J60-J64, J68-J70, J95.8
- ANOMALIES CONGÉNITALES : CIM-9 = 740-759, CIM-10 = Q00-Q99
- COURTE GESTATION ET FAIBLES POIDS : CIM-9 = 765, CIM-10 = P07

Les causes retenues sont celles les plus fréquentes (en nombre de décès) parmi celles reconnues comme pouvant être associées à des facteurs de risque environnementaux.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les révisions 9 et 10 de la CIM sont très différentes. Pour cette raison, les données sur les décès par cause pour les années antérieures à l'année 2000 n'ont pas été présentées.

Le taux pour chaque cause est un indicateur assez grossier, sans égard à la proportion réelle de décès attribuables à des facteurs de risques environnementaux.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 312, indicateur n° 139.

140. TRAVAILLEURS N'AYANT PAS UNE GRANDE LATITUDE DE PRISE DE DÉCISION AU TRAVAIL

Définition : Proportion (en pourcentage) de travailleurs de 15 à 74 ans n'ayant pas une grande latitude de prise de décision au travail, par rapport au total des travailleurs de 15 à 74 ans dans les ménages privés¹.

Remarque : Pour être sélectionnée lors de l'enquête, la personne devait avoir occupé un emploi ou possédé une entreprise à un moment donné au cours des douze mois précédant l'enquête. La latitude de prise de décision au travail est mesurée en fonction de deux questions auto-rapportées portant respectivement sur la liberté de décider de sa façon de travailler et d'avoir droit de parole sur l'évolution de son travail.

Les données ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 314, indicateur n° 140.



141. TRAVAILLEURS ÉPROUVANT UN STRESS QUOTIDIEN ÉLEVÉ AU TRAVAIL

- Définition :** Proportion (en pourcentage) de travailleurs de 15 à 74 ans éprouvant un stress quotidien élevé au travail, au cours d'une période de douze mois, par rapport au total des travailleurs de 15 à 74 ans dans les ménages privés¹.
- Remarque :** Pour être sélectionnée lors de l'enquête, la personne devait avoir occupé un emploi ou possédé une entreprise à un moment donné au cours des douze mois précédant l'enquête. Le niveau de stress au travail est mesuré en fonction d'une seule question auto-rapportée portant sur le niveau de stress vécu quotidiennement ou presque.
- Les données ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.
- Source :** Santé Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.
- Note :** 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 316, indicateur n° 141.

142. TAUX D'INCIDENCE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES DÉCLARÉES ET INDEMNISÉES

- Définition :** Rapport (par 1 000), pour une année donnée, du nombre de nouveaux cas de lésions professionnelles déclarées et indemnisées, à la population des travailleurs de 15 ans ou plus de la même année¹.
- Remarque :** Une lésion professionnelle correspond à un accident de travail ou à une maladie professionnelle. Les lésions déclarées et indemnisées sont celles ayant été acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et pour lesquelles des déboursés ont été inscrits dans le dossier à titre d'indemnités de remplacement du revenu, d'indemnités pour dommages corporels, d'indemnités de décès, de frais d'assistance médicale ou de frais de réadaptation. Pour certaines raisons, les lésions liées au travail ne sont pas systématiquement déclarées à la CSST.
- Le nombre de lésions professionnelles correspond au nombre d'événements et non au nombre de travailleurs, un même travailleur pouvant être victime de plus d'une lésion au cours de la même année. Ce nombre de lésions est calculé sur la base de la population travaillant sur un territoire (par opposition à la population résidant sur un territoire) afin de tenir compte de la population de référence utilisée dans le domaine de la santé au travail.
- Le taux calculé est un taux brut et non pas ajusté en fonction de la structure industrielle du territoire.
- Sources :** Fichier des lésions professionnelles, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), région administrative à laquelle se rattache l'établissement : Estrie.
Fichier des établissements, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), région administrative à laquelle se rattache l'établissement : Estrie.
- Note :** 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 318, indicateur n° 142.

143. TAUX DE TRAVAILLEURS DONT LA DURÉE D'INDEMNISATION POUR LÉSIONS PROFESSIONNELLES EST ÉGALE OU SUPÉRIEURE À TROIS MOIS

- Définition :** Rapport (par 1 000), pour une période donnée, du nombre de nouveaux cas de lésions professionnelles déclarées et indemnisées dont le nombre de jours civils indemnisés est égal ou supérieur à 90 jours, par rapport au nombre total de nouveaux cas de lésions professionnelles déclarées et indemnisées pendant cette même période¹.
- Une lésion professionnelle correspond à un accident de travail ou à une maladie professionnelle. Les lésions déclarées et indemnisées sont celles ayant été acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et pour lesquelles des déboursés ont été inscrits dans le dossier à titre d'indemnités de remplacement du revenu, d'indemnités pour dommages corporels, d'indemnités de décès, de frais d'assistance médicale ou de frais de réadaptation. Pour certaines raisons, les lésions liées au travail ne sont pas systématiquement déclarées à la CSST.
- Le nombre de lésions professionnelles correspond au nombre d'événements et non au nombre de travailleurs, un même travailleur pouvant être victime de plus d'une lésion au cours de la même année. Ce nombre de lésions (et leur durée) est calculé sur la base de la population travaillant sur un territoire (par opposition à la population résidant sur un territoire) afin de tenir compte de la population de référence utilisée dans le domaine de la santé au travail.
- Cet indicateur constitue une mesure de la gravité des nouvelles lésions.
- Sources :** Fichier des lésions professionnelles, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), région administrative à laquelle se rattache l'établissement : Estrie.
Fichier des établissements, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), région administrative à laquelle se rattache l'établissement : Estrie.
- Note :** 1. Cet indicateur ne correspond pas à l'indicateur n° 143 du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ.



145. POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ MENTALE

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 12 ans ou plus percevant sa santé mentale comme passable ou mauvaise, par rapport à la population totale de 12 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Cette mesure s'apparente relativement à la santé mentale à celle utilisée pour évaluer la santé en générale (indicateur n°95). La perception de sa santé mentale est mesurée selon une seule question générale auto-rapportée comportant cinq choix de réponse.

Les données ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 324, indicateur n° 145.

147. POPULATION ÉPROUVANT UN STRESS QUOTIDIEN ÉLEVÉ

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 15 ans ou plus éprouvant un stress quotidien intense ou élevé, par rapport à la population totale de 15 ans ou plus dans les ménages privés¹.

Remarque : Le niveau de stress quotidien est mesuré selon une seule question générale auto-rapportée comportant cinq choix de réponse.

Les données ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2005.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 328, indicateur n° 147.

149. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ POUR DES CONDITIONS ASSOCIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès pour des conditions associées à la consommation d'alcool, à la population totale au milieu de la même période¹.

Remarque : Les décès pour des conditions associées à la consommation d'alcool sont identifiés à partir de la cause initiale du décès. La cause initiale du décès représente la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et la CIM-10 depuis 2000.

Les conditions associées à la consommation d'alcool retenues sont :

- CANCER DE L'ŒSOPHAGE ET DU LARYNX : CIM-9 = 150 ET 161, CIM-10 = C15, C32
- SYNDROME DE DÉPENDANCE ALCOOLIQUE : CIM-9 = 303, CIM-10 = F10
- MALADIES HÉPATIQUES CHRONIQUES ET CIRRHOSE : CIM-9 = 571, CIM-10 = K70, K73, K74, K76
- TOUTES LES CAUSES EXTERNES DE DÉCÈS : CIM-9 = E800-E999, CIM-10 = V00-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y99

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les révisions 9 et 10 de la CIM sont très différentes. Pour cette raison, les données sur les décès associés à la consommation d'alcool pour les années antérieures à l'année 2000 n'ont pas été présentées.

Le taux pour chaque condition associée à la consommation d'alcool est un indicateur assez grossier, sans égard à la proportion réelle de décès due à la consommation d'alcool pour chaque condition. Il ne s'agit donc pas d'un estimé de la mortalité attribuable à la consommation d'alcool.

Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.

Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 332, indicateur n° 149.

150. POPULATION DE 15 ANS OU PLUS PRÉSENTANT DES IDÉES SUICIDAIRES SÉRIEUSES

Définition : Proportion (en pourcentage) de la population de 15 ans ou plus ayant eu des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de douze mois, à l'exclusion des personnes ayant tenté de se suicider durant la même période, par rapport à la population totale de 15 ans ou plus dans les ménages privés, à l'exclusion des personnes ayant tenté de se suicider durant la même période¹.



- Remarque : L'idéation suicidaire est mesurée par deux questions auto-rapportées portant respectivement sur l'idéation en soi et la durée de cette idéation.
Les données ne sont pas disponibles par territoires de l'Estrie.
- Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.
Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 335.
- Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 334, indicateur n° 150.

151. TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE

- Définition : Rapport (par 100 000), pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par suicide, à la population totale au milieu de la même période¹.
- Remarque : Les données sur les suicides peuvent être obtenues à partir de deux sources : le fichier des décès du MSSS et le fichier du Bureau du coroner. Depuis plusieurs années, les données du fichier des décès incluent généralement celles du Bureau du coroner.
Dans le fichier des décès, les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et selon la CIM-10 depuis les années 2000. Dans la CIM-9, les décès par suicide sont définis à partir des causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements et correspondent aux codes E950 à E959. Dans la CIM-10, les suicides correspondent aux codes X60 à X84 (lésions auto-infligées) et Y87.0 (séquelles d'une lésion auto-infligée).
Contrairement à la majorité des causes de décès, le passage de la CIM-9 à la CIM-10 n'entraîne pas de brisure dans l'analyse temporelle de la mortalité par suicide.
- Source : Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
Mise à jour de l'indicateur le 16 avril 2007.
- Note : 1. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ, p. 336, indicateur n° 151.

Un portrait de santé de la région en 2006

L'Estrie et ses territoires



L'Estrie - version abrégée



Publications de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Courriel : sspe.agence05@ssss.gouv.qc.ca

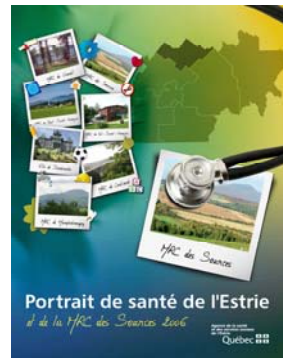
Ces documents sont disponibles sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au www.santeestrie.qc.ca; onglet *Santé publique* en haut, section *Surveillance de la santé publique et de l'évaluation* au menu de gauche; *Portrait de la région*.

Dans la même série :

La MRC du Granit



La MRC des Sources



La MRC du Haut-Saint-François



La MRC du Val-Saint-François



La Ville de Sherbrooke



La MRC de Coaticook



La MRC de Memphrémagog





Ce document est imprimé sur du papier 100% recyclé, post-consommation, entièrement fabriqué au Québec.