



LE PORTRAIT DE SANTÉ de Chaudière-Appalaches



Volet régional



LE PORTRAIT DE SANTÉ de Chaudière-Appalaches



Volet régional

Lucie Roy

Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de Chaudière-Appalaches





Document produit par le Service en surveillance/recherche/évaluation
de la Direction de santé publique
de l'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Analyse et rédaction

Lucie Roy

agente de recherche sociosanitaire

Traitement de l'information

Alexandre Leblanc-Saint-Cyr et François Léveillé

techniciens en recherche psychosociale

Révisure du texte et mise en page

Sylvie Lepage

secrétaire

Présentation ou référence suggérée

ROY, Lucie. *Le portrait de santé de Chaudière-Appalaches : Volet régional*, Sainte-Marie, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, (SRE), 2005, 98 p.

**Vous pouvez télécharger la publication gratuitement sur le site Web de l'Agence
www.rrsss.12.gouv.qc.ca**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

ISBN 2-89548-220-9 (version imprimée)

ISBN 2-89548-232-2 (version PDF)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca/>) 12-2005-011

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Août 2005



LE PORTRAIT DE SANTÉ **de Chaudière-Appalaches**



Volet régional

Remerciements

Nous tenons à remercier monsieur Gilles Pelletier, de la Direction générale de la coordination, du ministère de la Santé et des Services sociaux, comme précieux collaborateur pour avoir vérifié les tableaux.

Également, nos remerciements s'adressent à mesdames Lucie Larose et Sylvie Veilleux pour nous avoir fourni certains tableaux en annexe de ce présent document.



Table des matières

Liste des tableaux	9
FAITS SAILLANTS	11
Synthèse des indicateurs retenus	12
Introduction	13
Méthodologie	14
DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE	15
1. Taux d'accroissement de la population	16
2. Indice de vieillesse	17
3. Indice synthétique de fécondité	18
4. Taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG)	19
5. Familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans	20
6. Proportion de la population vivant seule	21
7. Proportion de la population de 65 ans ou plus vivant en ménage privé	22
DIMENSION SOCIOÉCONOMIQUE	23
8. Population ayant moins d'une 9e année de scolarité	24
9. Taux de chômage	25
10. Revenu personnel par habitant	26
11. Prestataires de l'assistance-emploi	27
12. Personnes de 65 ans et plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti (SRG)	28
COMPOTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ	29
13. Cyclistes portant le casque protecteur	30
14. Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies	31
FACTEURS DE RISQUE	33
15. Naissances vivantes de mères faiblement scolarisées	34
16. Naissances de faible poids (moins de 2 500 grammes)	35
17. Taux de grossesse à l'adolescence (14-17 ans)	36
ADAPTATION SOCIALE	37
18. Taux de sortie sans diplôme du secondaire	39
19. Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois	40
20. Taux de crimes contre la personne	42
21. Taux de victimisation pour violence conjugale faite aux femmes	44



SERVICES HOSPITALIERS	47
22. Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations	48
23. Pourcentage de séjours excessifs à l'urgence	49
24. Taux d'interventions dites pertinentes	50
25. Taux de césarienne	51
26. Taux d'hospitalisations jugées évitables	52
AUTRES SERVICES	53
27. Taux de participation en médecine et chirurgie	54
28. Taux de participation au programme de services dentaires pour les enfants de 0-9 ans	55
MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE	57
29. Taux d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels	58
30. Taux d'incidence du cancer	59
AUTRES MORBIDITÉS	61
31. Taux d'intoxications signalées	62
INCAPACITÉS	63
32. Taux d'enfants handicapés	64
MORTALITÉ	65
33. Espérance de vie à la naissance	66
34. Taux de mortalité infantile	68
MORTALITÉ SELON LA CAUSE	69
35. Taux ajusté de mortalité selon la cause	70
36. Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels selon la cause	72
37. Taux de mortalité par suicide	73
38. Conducteurs décédés ayant les facultés affaiblies	74
SYNTHÈSE	76
ANNEXE 1	81
ANNEXE 2	95



Liste des tableaux

Tableau 1	Taux d'accroissement de la population, 1991-1996 à 1999-2004 _____	16
Tableau 2	Indice de vieillesse et âge médian, 1996 et 2004 _____	17
Tableau 3	Indice synthétique de fécondité (taux annuel moyen pour 1 000 femmes), 1997-2001 _	18
Tableau 4	Indice synthétique d'interruptions volontaire de grossesse (IVG), 1999 à 2001 _____	19
Tableau 5	Proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans, 2001 _____	20
Tableau 6	Proportion de la population de 15 ans et plus vivant seule selon le sexe, 1996 et 2001 _	21
Tableau 7	Proportion de 65 ans et plus vivant en ménage privé, 1996 à 2001 _____	22
Tableau 8	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant moins de 9 ans de scolarité 1986, 1991, 1996 et 2001 _____	24
Tableau 9	Taux de chômage de la population de 15 ans et plus, 2003 _____	25
Tableau 10	Revenu personnel par habitant, 1991-1996 à 1999-2004 _____	26
Tableau 11	Proportion de prestataires de l'assistance-emploi, 2003 _____	27
Tableau 12	Proportion de personnes de 65 ans et plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti (SRG), 1999 et 2003 _____	28
Tableau 13	Proportion des cyclistes portant le casque protecteur, 2002 _____	30
Tableau 14	Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies (taux pour 100 000 titulaires de permis de conduire), 1998 et 2004 _____	31
Tableau 15	Répartition de naissances vivantes de mères ayant moins de 11 ans de scolarité, 1997-2001 _____	34
Tableau 16	Proportion de naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes), 1997-2001 _____	35
Tableau 17	Taux de grossesse à l'adolescence (14-17 ans) (taux pour 1 000 adolescentes), 1999-2001 _____	36
Tableau 18	Taux de sortie sans diplôme du secondaire, 2000-2001 _____	39
Tableau 19	Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois (taux pour 100 000 jeunes), 2002 _____	41
Tableau 20	Taux de crimes contre la personne (taux pour 100 000 personnes), 2002 _____	43
Tableau 21	Taux de victimisation pour violence conjugale faite aux femmes (taux pour 100 000 femmes de 12 ans et plus), 2001 _____	45
Tableau 22	Indices de dépendance de la population pour les hospitalisations, 2001-2002 _____	48



Tableau 23	Pourcentage de personnes ayant occupé une civière à l'urgence durant 24 heures ou plus 1 ^{er} semestre, 1999-2000 et 2001-2002	49
Tableau 24	Taux d'interventions dites pertinentes (taux moyen sur 3 ans pour 10 000 personnes) 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003	50
Tableau 25	Taux de césarienne (taux moyen sur 2 ans pour 100 accouchements), 1997-1998, 1998-1999 et 2001-2002, 2002-2003	51
Tableau 26	Taux d'hospitalisations jugées évitables (taux moyen sur 3 ans pour 10 000 personnes) 1995-1999 et 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003	52
Tableau 27	Taux de participation en médecine et chirurgie, 1998 et 2002	54
Tableau 28	Taux de participation au programme de services dentaires pour les enfants de 0-9 ans, pour 100 enfants, 1998 et 2002	55
Tableau 29	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels (taux ajusté moyen sur 3 ans pour 10 000 personnes) 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003	58
Tableau 30	Taux ajusté d'incidence du cancer (taux annuel moyen ajusté sur 5 ans pour 100 000 personnes) 1994-1998 et 1997-2001	59
Tableau 31	Taux d'intoxications signalées (taux pour 100 000 personnes), 1999 et 2003	62
Tableau 32	Taux d'enfants handicapés (taux pour 1 000 enfants de 0 à 17 ans), 1999-2003	64
Tableau 33	Espérance de vie à la naissance, 1997-2001	67
Tableau 34	Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours) et nombre annuel moyen de décès sur 5 ans, 1995-1999	68
Tableau 35	Taux ajusté de mortalité selon la cause (taux annuel moyen ajusté sur 5 ans pour 100 000 personnes), 1995-1999	71
Tableau 36	Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels selon la cause (taux annuel moyen pour 100 000), 1995-1999	72
Tableau 37	Taux ajusté de mortalité par suicide (taux annuel moyen pour 100 000), 1995-1999	73
Tableau 38	Taux de conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg/100 ml selon la région de résidence (taux annuel moyen pour 100 000), 1992-1999	75
Tableau 39	Taux ajusté de mortalité (pour 100 000 personnes) par traumatismes non intentionnels selon la cause, 2000-2002	97
Tableau 40	Taux ajusté de mortalité (pour 100 000 personnes) par suicide, 2000-2002	97
Tableau 41	Quelques statistiques sur la mortalité, nombre et taux Chaudière-Appalaches et le Québec, 2002-2003	98

FAITS SAILLANTS



Chaudière-Appalaches est particulièrement favorisée aux niveaux de l'adaptation sociale et des facteurs de risque. Pour tous les indicateurs étudiés à cet égard, la région se classe favorablement par rapport au Québec.



Les indicateurs sociodémographiques et socioéconomiques montrent des particularités : la croissance démographique, bien que présente, reste moins importante que celle du Québec et a diminué par rapport à la période précédente. On note des taux de chômage et d'assistance-emploi inférieurs à ceux de la province.



Chaudière-Appalaches performe assez bien pour certains indicateurs. Elle occupe le meilleur¹ rang des régions pour ce qui est du taux de chômage, du taux de grossesse à l'adolescence, du taux de jeunes contrevenants, de crimes contre la personne et de violence conjugale. Il en est de même pour la mortalité par tumeur. . Par contre, la région éprouve des difficultés relativement aux suicides, à la mortalité par véhicules à moteurs ainsi qu'à certains facteurs qui leur sont associés comme l'alcool au volant.



La région a connu des gains par rapport aux périodes précédentes pour plusieurs des indicateurs étudiés. C'est notamment le cas pour la dimension socioéconomique (revenu plus élevé, moins de prestataires de l'assistance-emploi, etc.), les comportements et facteurs de risque, les services hospitaliers et certains indicateurs classiques de mortalité que sont l'espérance de vie et la mortalité infantile. On retrouve malheureusement des signes inquiétants aux chapitres de la démographie (faible accroissement de la population, vieillesse, fécondité) et de l'adaptation sociale (hausse des crimes contre la personne et de la violence conjugale), de la morbidité (incidence du cancer) et des incapacités (plus d'enfants handicapés).



Synthèse des indicateurs retenus

Dimension	Indicateur	Valeur	Écart région/province			Rang régions	Écart dans le temps		
			CA/Qc	favorisé	défav.		évolution	gain	perte
Sociodémographique	Taux d'accroiss. de la population	1,2 %	<		✓	11°/16			✓
	Indice de vieillesse	78,2	<	✓		9°/18			✓
	Indice synthétique de fécondité	1,55	>	✓		8°/18			✓
	Taux d'IVG (grossesse)	0,31	<	✓		4°/18	=		
	% familles monoparentales	16,9 %	<	✓		1°/18			✓
	% personnes vivant seules	12,4 %	<			11°/18			
	% des aînés en ménage privé	87,6 %	<		✓	11°/18	=		
Socioéconomique	% de popul. avec faible scolarité	18,5 %	>		✓	10°/18		✓	
	Taux de chômage	6,1 %	<	✓		1°/14			
	Revenu personnel par habitant	27 011 \$	<		✓	7°/15		✓	
	Prestataires assistance-emploi	5,0 %	<	✓		3/18		✓	
	Aînés ayant le Supp. Rev. garanti	58,1 %	>		✓	12°/18		✓	
Comportements	% cyclistes portant casque	26,9 %	=			5°/12		✓	
	Taux condamnations alcool	372/100 000	>		✓	14°/18			
Facteurs de risque	% naissances de mères peu scol.	8,9 %	<	✓		2°/18		✓	
	% naissances de faible poids	5,4 %	<	✓		2°/18		✓	
	Taux de grossesses à adolescence	9,0 p. 1000	<	✓		1°/18		✓	
Adaptation sociale	Taux de sortie sans diplôme...	12,3 %	<	✓		3°/14			
	Taux de jeunes contrevenants	4089/100 000	<	✓		1°/16		✓	
	Taux de crimes vs la personne	462/100 000	<	✓		1°/16			✓
	Taux ... violence conjugale	198/100 000	<	✓		1°/16			✓
Services hospitaliers	Indice dépendance population	70,2	n.d.			14°/18		✓	
	% Séjours excessifs à l'urgence	10,7 %	<	✓		4°/15		✓	
	Taux interventions pertinentes	142,9/10 000	<		✓	11°/18			
	Taux de césariennes p. 100 accou	24,4 %	>			18°/18			✓
	Taux d'hospit. jugées évitables	46,2/10 000	<	✓		5°/18		✓	
Autres services	Taux de particip. méd. & chirur.	81,8 %	>			3°/18			
	Particip. Serv. Dent. P. 100 0-9 ans	56,7 %	>			3°/15			
Morbidity hospitalière (taux p. 10 000)	Taux hosp. traumatismes non intent.	73,4	>		✓	8°/18		✓	
	Taux hosp. traumatismes AVM	5,8	>		✓				
	Taux hosp. traumatismes cyclistes	1,1	=						
	Taux hosp. traumatismes intoxications	1,1	=						
	Taux hosp. traumatismes chutes	26,7	=						
	Taux hosp. Traumatismes incendie	0,6	=						
	Taux d'incidence du cancer	404,1/100 000	<	✓		2°/18			✓
Autres m.	Taux intoxications signalées	612/100 000	<	✓		5°/18		✓	
Incapacité	Taux d'enfants handicapés	16,1 p.1000	=			9°/18			✓
Mortalité	Espérance de vie à la naissance	79,9 ans	>	✓		2°/18		✓	
	Taux de mortalité infantile	4,3 p. 1000		✓		2°/18		✓	
	Taux de mortalité par tumeurs	205,8/100 000	<	✓		1°/18			
	Taux de mortalité mal. app. circ.	233,5/100 000	<	✓		2°/18			
	Taux de mort. mal. app. respira.	66,4/100 000	=						
	Taux de mort. mal. app. digestif	24,1/100 000	=						
	Taux de mort. Traum. non inten.	38,8/100 000	>		✓	11/18			
	Taux mortalité traumatismes AVM	19,9/100 000	>		✓	16/18			
	Taux mortalité traumatismes chutes	9,9/100 000	>		✓	13/18			
	Taux de mortalité par suicide	27,8/100 000	>		✓	16/18			
	Conducteurs décédés avec alcool	6,5/100 000	>		✓	15/15			

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



Introduction

Ce document propose un portrait de santé de la région de la Chaudière-Appalaches. On y retrouve des données pour une quarantaine d'indicateurs sociosanitaires relatifs à la démographie, à la situation socioéconomique, aux habitudes de vie, à l'adaptation sociale, aux hospitalisations et à la mortalité.

Les résultats présentés dans ce document sont puisés d'*Éco-Santé Québec*, édition 2004. Cette base de données met à jour l'information tirée du document *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001 publié par l'Institut national de santé publique du Québec. Près de 70 % des indicateurs étudiés en 2001 ont été mis à jour en 2004.

La majorité des indicateurs proposés par Éco-Santé Québec, édition 2004 figure dans le présent document. Certains indicateurs portant **exclusivement** sur les services de santé ou n'ayant pas été mis à jour dans la version 2004 d'Éco-Santé ont toutefois été exclus. La version 2001 du *Portrait de santé Le Québec et ses régions*, peut être consultée au besoin à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca. La mise à jour des indicateurs par Éco-Santé est téléchargeable aussi sur le même site. Vous aurez ainsi accès à tous les indicateurs ainsi qu'aux détails méthodologiques pertinents (définition, calculs d'indicateurs, sources des données, etc.).

Après avoir décrit brièvement la méthodologie, le document présente successivement les données portant sur la dimension sociodémographique, la dimension socioéconomique, les comportements liés à la santé, les facteurs de risque, l'adaptation sociale, les services hospitaliers, les autres services, la morbidité hospitalière, les autres morbidités et la mortalité. Une synthèse des résultats et une annexe méthodologique complètent le tout.



Méthodologie

Aucun calcul d'indicateur n'a été effectué par la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches. Ces derniers sont tirés intégralement d'Éco-Santé Québec, édition 2004.

Il convient de noter que les valeurs de certains indicateurs (ex. données de mortalité, de chômage) ont été actualisées après la parution d'Éco-Santé Québec. Nous avons choisi, par souci d'uniformité, de conserver les données d'Éco-Santé dans le texte principal. La mise à jour des indicateurs les plus pertinents, pour lesquels des données actualisées sont disponibles, figure en annexe.

Certains éléments de la méthodologie employée pour le calcul des principaux indicateurs se trouvent en annexe du présent document. Les renseignements détaillés de certains calculs d'indicateurs, tests statistiques, coefficients de variation, sources de données sont tirés du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*.

Les données sont présentées comme suit pour chaque indicateur. Nous mentionnons la valeur de l'indicateur, nous situons la région par rapport au Québec et par rapport aux autres régions en lui donnant un rang : le 1^{er} étant par exemple la situation la plus favorable et le dernier rang (16^e ou 18^e) étant la situation la plus défavorable. Finalement, nous montrons l'évolution des données dans le temps en comparant les années ou les périodes les unes par rapport aux autres.

DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE



DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1. *Taux d'accroissement de la population*

En 2004, la population de Chaudière-Appalaches se chiffrait à 394 718 personnes.

Le taux d'accroissement régional pour la période 1999-2004 se situe à 1,2 %; ce taux de croissance est légèrement inférieur à celui de l'ensemble du Québec (1,9 %).

Chaudière-Appalaches se classe au 11^e rang sur 16 régions quant au niveau d'accroissement de la population.

Le taux d'accroissement régional est moins élevé en 1999-2004 qu'en 1991-1996 (1,2 % c. 2,9 %).

Tableau 1
Taux d'accroissement de la population
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1991-1996 à 1999-2004

	POPULATION					TAUX D'ACCROISSEMENT		
	1991	1996	1999	2001	2004	1991-1996	1996-2001	1999-2004
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	375 997	386 841	390 138	391 837	394 718	2,9 %	1,3 %	1,2 %
Ensemble du Québec	7 066 894	7 273 993	7 345 395	7 399 931	7 483 349	2,9 %	1,7 %	1,9 %

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

2. *Indice de vieillesse*

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 160.

Indice de vieillesse

Rapport de la population des 65 ans et plus à celle des 0-14 ans.

L'indice de vieillesse régional se situe à 78,2 en 2004; cette valeur est légèrement inférieure à celle de l'ensemble du Québec (79,6).

Chaudière-Appalaches se classe au 9^e rang sur 18 régions quant à l'indice de vieillesse.

L'indice de vieillesse dans la région est plus élevé en 2004 qu'en 1996 (78,2 c. 58,9); on observe aussi une hausse au Québec pour la même période (62,9 à 79,6).

L'âge médian dans la région en 2004 est 39,9 ans; cette valeur est identique à celle de l'ensemble du Québec.

Tableau 2
Indice de vieillesse et âge médian
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1996 et 2004

	INDICE DE VIEILLESSE		ÂGE MÉDIAN
	1996	2004	2004
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	58,9	78,2	39,9
Ensemble du Québec	62,9	79,6	39,9

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

3. *Indice synthétique de fécondité*

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 166.

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 de fécondité des femmes de 15 à 49 ans dans la région est de 1,60 pour la période 1993-2001; au Québec cette valeur est de 1,54.

La région de la Chaudière-Appalaches se classe au 8^e rang sur 18 régions (à égalité avec la Montérégie) pour cet indicateur.

L'indice de fécondité a diminué progressivement entre 1993-1997 et 1997-2001 dans la région comme au Québec.

Tableau 3
Indice synthétique de fécondité
(taux annuel moyen pour 1 000 femmes)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1997-2001

	1993-1997	1994-1998	1995-1999	1996-2000	1997-2001	Âge moyen
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	1,66	1,63	1,59	1,57	1,55	28,2
Ensemble du Québec	1,61	1,57	1,53	1,50	1,47	28,3

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

4. *Taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG)*

L'indice synthétique d'interruptions volontaire de grossesse (IVG) pour les femmes de 15-49 ans se situe à 0,31 dans la région de 1999 à 2001. Cette valeur est deux fois moins élevée que celle du Québec (0,62).

Chaudière-Appalaches se classe au 4^e rang sur 18 régions pour cet indicateur.

La valeur de cet indicateur est restée à peu près la même dans la région entre les périodes 1999 à 2001 et 1995-1998 (0,31 c. 0,30) mais a augmenté quelque peu au Québec (0,58 à 0,62).

Tableau 4
Indice synthétique d'interruptions volontaire de grossesse (IVG)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1999 à 2001

	NOMBRE ANNUEL MOYEN	INDICE D'IVG
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	823	0,31
Ensemble du Québec	30 990	0,62

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

5. *Familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans*

Les familles monoparentales constituent 16,9 % des familles de la région en 2001; cette proportion est plus faible que celle du Québec (22,7 %).

Fait à souligner, Chaudière-Appalaches affiche la plus faible proportion de familles monoparentales des 18 régions du Québec.

La proportion de familles monoparentales a légèrement augmenté entre 1996 et 2001 dans la région (14,4 % à 16,9 %) et au Québec (20,5 % à 22,7 %).

Tableau 5
Proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans
Régions et le Québec,
2001

REGIONS

01 Bas-Saint-Laurent	17,9
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	18,2
03 Capitale-Nationale	22,3
04 Mauricie et Centre-du-Québec	22,7
05 Estrie	22,0
06 Montréal	28,3
07 Outaouais	24,8
08 Abitibi-Témiscamingue	20,4
09 Côte-Nord	24,8
10 Nord-du-Québec	17,7
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	22,0
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	16,9
13 Laval	20,0
14 Lanaudière	19,8
15 Laurentides	21,2
16 Montérégie	21,2
17 Nunavik	36,4
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	23,7
Ensemble du Québec	22,7

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

6. *Proportion de la population vivant seule*

Dans la région, 12,4 % de la population de 15 ans et plus vit seule; cette proportion est moins élevée que celle du Québec (15,2 %).

Chaudière-Appalaches se classe au 11^e rang sur 18 régions pour cet indicateur.

Dans la région et au Québec, la proportion de personnes vivant seules est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (respectivement 13,2 % c. 11,7 % et 16,4 % c. 13,9 %).

La proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules a augmenté entre 1996 et 2001 dans la région (10,6 % à 12,4 %) et au Québec (13,7 % à 15,2 %).

Tableau 6
Proportion de la population de 15 ans et plus vivant seule selon le sexe
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1996 et 2001

	ANNEES		SEXE	
	1996	2001	Femmes	Hommes
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	10,6	12,4	13,2	11,7
Ensemble du Québec	13,7	15,2	16,4	13,9

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

7. *Proportion de la population de 65 ans ou plus vivant en ménage privé*

Proportion des personnes de 65 ans et plus vivant dans les ménages privés, par rapport au total des personnes de 65 ans et plus.

Dans le recensement, les ménages sont classés en trois catégories : les ménages privés, les ménages collectifs et les ménages à l'extérieur du Canada (Statistique Canada, 1997b).

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 178.

En 2001, une grande majorité (87,6 %) de la population de 65 ans et plus de la région vit en ménage privé; cette proportion est plus faible que celle de l'ensemble du Québec.

Chaudière-Appalaches se classe au 11^e rang sur 18 régions pour cet indicateur.

La proportion de personnes de 65 et plus en ménage privé a augmenté très légèrement entre 1996 et 2001 dans la région (87,0 % à 87,6 %) et au Québec (89,9 % à 90,1 %).

Tableau 7
Proportion de 65 ans et plus vivant en ménage privé
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1996 et 2001

	1996	2001
CHAUDIÈRE-APPALACHES	87	87,6
Ensemble du Québec	89,9	90,1

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

DIMENSION SOCIOÉCONOMIQUE



DIMENSION SOCIOÉCONOMIQUE

8. *Population ayant moins d'une 9^e année de scolarité*

En 2001, 18,5 % de la population de la région possédait moins de 9 ans de scolarité; cette proportion est supérieure à celle de l'ensemble du Québec (15,1 %).

Chaudière-Appalaches se classe au 10^e rang sur 18 régions pour cet indicateur.

La proportion de gens ayant moins de 9 ans de scolarité a diminué régulièrement depuis 1986 dans la région (29,7 % à 18,5 %) et au Québec (23,9 % à 15,1 %).

Tableau 8
Proportion de la population de 15 ans et plus ayant moins de 9 ans de scolarité
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1986, 1991, 1996 et 2001

	ANNÉES			
	1986	1991	1996	2001
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	29,7	25	21,7	18,5
Ensemble du Québec	23,9	23,1	18,1	15,1

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIOÉCONOMIQUE

9. Taux de chômage

Le taux de chômage se situait à 6,1 % dans la région en 2003; cette proportion est plus faible que celle observée au Québec au même moment (9,1 %).

En 2003, Chaudière-Appalaches possédait le taux de chômage le plus faible des 14 régions du Québec (pour lesquelles la donnée était disponible).

Tableau 9
Taux de chômage de la population de 15 ans et plus
Régions et le Québec,
2003

REGIONS	2003
01 Bas-Saint-Laurent	10,1
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	11,7
03 Capitale-Nationale	7,2
04 Mauricie et Centre-du-Québec	13,7
05 Estrie	7,6
06 Montréal	11,5
07 Outaouais	7,7
08 Abitibi-Témiscamingue	9,9
09 Côte-Nord	n. d.
10 Nord-du-Québec	n. d.
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	17,5
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	6,1
13 Laval	8,8
14 Lanaudière	8,7
15 Laurentides	7,1
16 Montérégie	7,6
17 Nunavik	n. d.
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	n. d.
Ensemble du Québec	9,1

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIOÉCONOMIQUE

10. Revenu personnel par habitant

En 2003, les habitants de Chaudière-Appalaches gagnaient en moyenne 27 011 \$. Ce revenu personnel est légèrement moins élevé que celui des Québécois (27 592 \$).

Chaudière-Appalaches se classe au 7^e rang sur 15 régions pour cet indicateur.

Le revenu personnel des gens de la région a augmenté de 23 % entre 1999 et 2003 passant de 21 968 \$ à 27 011 \$; la hausse correspondante au Québec est de 16 % (23 852 \$ à 27 592 \$).

L'écart entre la région et le Québec ne cesse de s'atténuer depuis 1999 : alors que les Québécois gagnaient en 1999, en moyenne, 1 884 \$ de plus que les gens de Chaudière-Appalaches, la différence en faveur du Québec n'est plus que de 581 \$ en 2003.

Tableau 10
Revenu personnel par habitant
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1999 à 2003

	1999	2000	2001	2002	2003
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	21 968	23 727	24 552	25 609	27 011
Ensemble du Québec	23 852	25 440	26 260	27 067	27 592

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIOÉCONOMIQUE

11. Prestataires de l'assistance-emploi

Cinq pour cent (5 %) des personnes de 0-64 ans étaient prestataires de l'assistance-emploi dans la région en mars 2003; cette proportion est plus faible que celle du Québec (8,4 %).

Chaudière-Appalaches possédait alors le 3^e taux de prestataires le plus faible du Québec (derrière les régions du Nord-du-Québec et de Laval).

La proportion de prestataires a légèrement diminué entre 2000 et 2003 dans la région (5,7 % à 5,0 %) et au Québec (9,6 % à 8,4 %).

Tableau 11
Proportion de prestataires de l'assistance-emploi
Régions et le Québec,
2003

REGIONS	2003
01 Bas-Saint-Laurent	9,0
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	8,6
03 Capitale-Nationale	7,1
04 Mauricie et Centre-du-Québec	9,6
05 Estrie	8,2
06 Montréal	12,7
07 Outaouais	7,8
08 Abitibi-Témiscamingue	8,2
09 Côte-Nord	6,7
10 Nord-du-Québec	3,8
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	12,1
CHAUDIÈRE-APPALACHES	5,0
13 Laval	4,9
14 Lanaudière	6,6
15 Laurentides	6,3
16 Montérégie	6,0
17 Nunavik	11,0
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	8,4
Ensemble du Québec	8,4

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



DIMENSION SOCIOÉCONOMIQUE

12. *Personnes de 65 ans et plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti (SRG)*

La majorité (58,1 %) des personnes de 65 ans et plus de la région bénéficient du Supplément de revenu garanti dans la région en 2003. Cette proportion est plus élevée que celle du Québec (49,4 %).

Chaudière-Appalaches se classe au 12^e rang sur 18 régions pour cet indicateur.

La proportion d'aînés bénéficiant du SRG a diminué de 4 % dans la région entre 1999 et 2003 (62,2 % à 58,1 %) comparativement à moins de 1% au Québec (50,1 % à 49,4 %).

Tableau 12
Proportion de personnes de 65 ans et plus (SRG)
bénéficiant du Supplément de revenu garanti
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1999 et 2003

	1999	2003
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	62,2	58,1
Ensemble du Québec	50,1	49,4

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ



COMPOTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ

13. *Cyclistes portant le casque protecteur*

Un peu plus du quart (26,9 %) des cyclistes de 5 ans et plus de la région portent le casque protecteur en 2002. Cette proportion est semblable à celle de l'ensemble du Québec (28,6 %). Chaudière-Appalaches se classe au 5^e rang sur 12 régions pour cet indicateur.

Tableau 13
Proportion des cyclistes portant le casque protecteur
Chaudière-Appalaches et le Québec,
2002

	2002
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	26,9
Ensemble du Québec	28,6

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



COMPOTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ

14. *Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies*

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 214.

Les infractions au Code criminel pour conduite avec facultés affaiblies sont (Vézina, 1995) :

- conduite ou garde d'un véhicule pendant que la capacité de conduire est affaiblie (article 253-a);
- conduite ou garde d'un véhicule avec un taux d'alcool supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (article 253-b);
- refus de subir l'alcootest ou de fournir un échantillon de sang (article 254-5);
- conduite ou garde d'un véhicule avec facultés affaiblies et causant des lésions corporelles (article 255-2);
- conduite ou garde d'un véhicule avec facultés affaiblies et causant la mort (article 255-3).

Le taux de condamnations pour conduite avec facultés affaiblies s'élève à 372 p. 100 000 titulaires de permis de conduire dans la région en 2002. Cette proportion est plus élevée que celle de l'ensemble du Québec (234 p. 100 000).

Chaudière-Appalaches se classe au 14^e rang sur 18 régions pour cet indicateur.

Le taux de condamnations pour conduite avec facultés affaiblies a diminué entre 1998 et 2002 dans la région et au Québec. La baisse est toutefois plus importante dans la région (baisse de 166 p. 100 000 pour la région et de 67 p. 100 000 au Québec).

Tableau 14

**Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies
(taux pour 100 000 titulaires de permis de conduire)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1998 et 2002**

	1998	2002
■ CHAUDIÈRE-APPALACHES	538	372
Ensemble du Québec	381	234

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

FACTEURS DE RISQUE



FACTEURS DE RISQUE

15. *Naissances vivantes de mères faiblement scolarisées (c'est-à-dire ayant moins de 11 ans de scolarité)*

De 1997 à 2001, 8,9 % des femmes ayant donné naissance à un enfant dans la région avaient moins de 11 ans de scolarité. Cette proportion est inférieure à celle observée dans l'ensemble du Québec (13,9 %); l'écart entre les deux territoires est significatif au plan statistique.

Chaudière-Appalaches vient au 2^e rang sur 18 régions (derrière la région de Québec) pour cet indicateur.

La proportion de mères faiblement scolarisées dans la région est moins élevée en 1997-2001 qu'en 1994-1998 (respectivement 8,9 % c. 10,7 %).

Tableau 15
Répartition de naissances vivantes de mères
ayant moins de 11 ans de scolarité
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1997-2001

	NOMBRE ANNUEL MOYEN	POURCENTAGE
CHAUDIÈRE-APPALACHES	323	8,9 c
Ensemble du Québec	9 682	13,9

c : statistiquement plus faible que le Québec

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



FACTEURS DE RISQUE

16. *Naissances de faible poids (moins de 2 500 grammes)*

De 1997 à 2001, on a dénombré en moyenne 209 naissances de faible poids par année sur le territoire de la Chaudière-Appalaches, ce qui correspond à 5,4 % de toutes les naissances enregistrées sur le territoire. Cette proportion est statistiquement moins élevée que celle du Québec (5,8 %). La région arrive au 2^e rang parmi les 18 régions du Québec.

La proportion de bébés de faible poids est légèrement moins élevée en 1997-2001 qu'en 1994-1998 dans la région (respectivement 5,4 % c. 5,6 %) et au Québec (respectivement 5,6 % c. 6,0 %).

Tableau 16
Proportion de naissances vivantes de faible poids
(moins de 2 500 grammes)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1997-2001

	NOMBRE ANNUEL MOYEN	POURCENTAGE
CHAUDIÈRE-APPALACHES	209	5,4 c
Ensemble du Québec	4 314	5,8

c : statistiquement plus faible que le Québec

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



FACTEURS DE RISQUE

17. Taux de grossesse à l'adolescence (14-17 ans)

Le taux de grossesse chez les adolescentes de 14-17 ans de la région se situe à 9,0 p. 1 000 en 1999-2001. Ce taux est deux fois moins élevé que celui de l'ensemble du Québec (18,9 p. 1 000).

Fait à souligner, Chaudière-Appalaches possède le taux de grossesses à l'adolescence le plus faible des 18 régions du Québec.

Le taux de grossesse à l'adolescence est légèrement moins élevé en 1999-2001 qu'en 1996-1998 dans la région (respectivement 9,0 c. 10,1 p. 1 000) et la province (respectivement 18,9 c. 19,6 p. 1 000).

Tableau 17
Taux de grossesse à l'adolescence (14-17 ans)
(taux pour 1 000 adolescentes)
Régions et le Québec,
1999-2001

REGIONS

01 Bas-Saint-Laurent	10,6
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	15,0
03 Capitale-Nationale	14,9
04 Mauricie et Centre-du-Québec	16,0
05 Estrie	19,2
06 Montréal	26,2
07 Outaouais	20,8
08 Abitibi-Témiscamingue	16,5
09 Côte-Nord	26,4
10 Nord-du-Québec	16,9
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	12,8
CHAUDIÈRE-APPALACHES	9,0
13 Laval	20,3
14 Lanaudière	18,5
15 Laurentides	19,3
16 Montérégie	17,4
17 Nunavik	79,0
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	58,7
Ensemble du Québec	18,9

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

ADAPTATION SOCIALE



ADAPTATION SOCIALE

18. *Taux de sortie sans diplôme du secondaire*

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 228.

Probabilité, pour une année scolaire donnée, de ne jamais obtenir de diplôme à la sortie du secondaire

Le taux de sortie sans diplôme du secondaire est le complément de la probabilité d'obtention d'un premier diplôme d'études secondaires. La probabilité, exprimée sous forme de pourcentage, est une probabilité globale s'appliquant à une génération fictive de personnes qui connaîtraient, au cours de leur vie, les taux de non diplomation (ou de diplomation) au secondaire observés aux divers âges d'une année donnée (Lespérance, 1998 : MEQ, 1997 : Maisonneuve, 1989).

En 2000-2001, 12,3 % des élèves ont quitté un établissement de niveau de scolarité du secondaire sans avoir reçu de diplôme. Cette proportion est moins élevée que celle observée dans l'ensemble du Québec (18,9 %).

Chaudière-Appalaches occupe le 3^e rang sur 14 régions pour cet indicateur.

Tableau 18
Taux de sortie sans diplôme du secondaire
Chaudière-Appalaches et le Québec
2000-2001

 CHAUDIÈRE-APPALACHES	12,3
Ensemble du Québec	18,9

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



ADAPTATION SOCIALE

19. Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 232.

Rapport, pour une année donnée, du nombre 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 année

Les délits du Code criminel considérés sont : les crimes contre la personne (meurtre et tentative de meurtre, négligence criminelle, agression sexuelle, autres voies de fait, autres infractions d'ordre sexuel, vols qualifiés, enlèvements ou séquestrations, harcèlement criminel et profération de menaces); les crimes contre la propriété (vols simples, introductions par effraction et vols de véhicules à moteur, fraudes, possession de biens volés, méfaits); les autres infractions au Code criminel (infractions contre l'administration et la loi, possession de biens volés, armes offensives, prostitution, jeux et paris ainsi que les autres infractions au Code criminel) et les infractions liées à la conduite de véhicules (infractions relatives à la conduite avec facultés affaiblies, délit de fuite et autres infractions relatives à la conduite de véhicules). Les lois fédérales autres que le Code criminel couvrent les crimes relatifs à la drogue (importation, culture, possession, vente...), aux douanes et accises, à la marine marchande, à la faillite, à la contrefaçon et à l'immigration. Enfin, les lois provinciales touchent surtout les jeunes qui se trouvent dans des débits de boisson sans avoir atteint l'âge légal requis (ministère de la Sécurité publique, 2000).

Chaudière-Appalaches affiche un taux de jeunes contrevenants de l'ordre de 4 089 par 100 000 jeunes en 2002. Ce taux est moins élevé que celui de l'ensemble du Québec (5 405 p. 100 000).

Chaudière-Appalaches présente le taux de jeunes contrevenants le plus faible parmi les 16 régions du Québec.

Le taux de jeunes contrevenants est moins élevé en 2002 qu'en 1999 dans la région (respectivement 4 089 c. 5 249) et au Québec (respectivement 5 405 c. 6 283).



Tableau 19

Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois (taux pour 100 000 jeunes) Régions et le Québec, 2002

REGIONS		2002
01	Bas-Saint-Laurent	4 350
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	4 604
03	Capitale-Nationale	6 732
04	Mauricie et Centre-du-Québec	7 216
05	Estrie	5 886
06	Montréal	5 103
07	Outaouais	8 815
08	Abitibi-Témiscamingue	6 012
09	Côte-Nord	5 651
10	Nord-du-Québec	n. d.
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	4 353
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	4 089
13	Laval	5 856
14	Lanaudière	4 147
15	Laurentides	4 973
16	Montréal	4 780
17	Nunavik	4 969
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	n. d.
Ensemble du Québec		5 405

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



ADAPTATION SOCIALE

20. Taux de crimes contre la personne

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 234.

Rapport, pour une année donnée, du nombre annuel moyen d'infractions criminelles perpétrées contre la personne, à la population totale au milieu de la même année

Les crimes contre la personne, aussi appelés « crimes avec violence » comprennent : homicide, négligence criminelle et autres infractions entraînant la mort, tentative ou complot en vue de commettre un meurtre, agression sexuelle, autres infractions d'ordre sexuel (entre autres : contacts sexuels, attouchements sexuels, exploitations sexuelle et incestes), voies de fait, enlèvement ou séquestration, vol qualifié ou extorsion, harcèlement criminel, menaces et autres infractions contre la personne (ministère de la Sécurité publique, 2000).

Le taux de crimes contre la personne en Chaudière-Appalaches se situe à 462 p. 100 000 en 2002. Ce taux est deux fois plus faible que celui du Québec (989 p. 1 000).

Chaudière-Appalaches présente en 2002 le taux de crimes contre la personne le plus faible parmi les 16 régions du Québec.

Le taux de crimes contre la personne a augmenté entre 1999 et 2002 dans la région (416 à 462 p. 100 000) et au Québec (919 à 989 p. 100 000).



Tableau 20
Taux de crimes contre la personne
(taux pour 100 000 personnes)
Régions et le Québec,
2002

REGIONS

	2002
01 Bas-Saint-Laurent	761
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	720
03 Capitale-Nationale	775
04 Mauricie et Centre-du-Québec	813
05 Estrie	694
06 Montréal	1 487
07 Outaouais	1 320
08 Abitibi-Témiscamingue	993
09 Côte-Nord	1 074
10 Nord-du-Québec	n. d.
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1 025
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	462
13 Laval	829
14 Lanaudière	810
15 Laurentides	812
16 Montérégie	838
17 Nunavik	4 812
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	n. d.
Ensemble du Québec	989

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



ADAPTATION SOCIALE

21. Taux de victimisation pour violence conjugale faite aux femmes

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 236.

Taux de victimisation pour violence conjugale

Rapport, pour une année donnée, du nombre de femmes de 12 ans et plus victimes de violence dans un contexte conjugal, à la population totale des femmes de 12 ans et plus pour la même année.

En 2001, Chaudière-Appalaches affiche un taux victimisation féminine de l'ordre de 198 par 100 000 femmes de 12 ans et plus. Ce taux est environ deux fois moins élevé que celui de l'ensemble du Québec (432 p. 100 000).

Chaudière-Appalaches présente le taux de victimisation féminine le plus faible des 16 régions du Québec.

Le taux de victimisation féminine a augmenté entre 1999 et 2001 dans la région (188 à 198 p. 100 000) et au Québec (385 à 432 p. 100 000).



Tableau 21

Taux de victimisation pour violence conjugale faite aux femmes (taux pour 100 000 femmes de 12 ans et plus) Régions et le Québec, 2001

REGIONS

	2001
01 Bas-Saint-Laurent	312
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	290
03 Capitale-Nationale	322
04 Mauricie et Centre-du-Québec	315
05 Estrie	263
06 Montréal	668
07 Outaouais	541
08 Abitibi-Témiscamingue	377
09 Côte-Nord	483
10 Nord-du-Québec	n. d.
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	439
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	198
13 Laval	400
14 Lanaudière	348
15 Laurentides	341
16 Montérégie	373
17 Nunavik	3 918
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	n. d.
Ensemble du Québec	432

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

SERVICES HOSPITALIERS



SERVICES HOSPITALIERS

22. *Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations*

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 242.

L'indice de dépendance de la population est une mesure de la capacité d'une région de répondre aux demandes de services de sa population. Pour une région donnée, plus l'indice est élevé, plus cette région est capable de répondre aux demandes de services de sa population résidente.

L'indice de dépendance de la population pour Chaudière-Appalaches est de 70,2 en 2001-2002. La valeur correspondante pour le Québec n'est pas disponible.

Chaudière-Appalaches se situe au 14^e rang sur 18 régions.

L'indice de dépendance pour la région est passé de 67,5 durant la période 1998-1999 à 70,2 en 2001-2002, ce qui traduit une amélioration en ce domaine.

Tableau 22
Indices de dépendance de la population pour les hospitalisations
Régions et le Québec,
2001-2002

REGIONS

01 Bas-Saint-Laurent	82,7
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	94,7
03 Capitale-Nationale	97,3
04 Mauricie et Centre-du-Québec	83,4
05 Estrie	92,9
06 Montréal	95,1
07 Outaouais	77,2
08 Abitibi-Témiscamingue	88,1
09 Côte-Nord	75,9
10 Nord-du-Québec	51,5
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	70,3
CHAUDIÈRE-APPALACHES	70,2
13 Laval	47,8
14 Lanaudière	62,0
15 Laurentides	71,8
16 Montérégie	73,7
17 Nunavik	71,7
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	25,0
Ensemble du Québec	n. d.

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



SERVICES HOSPITALIERS

23. *Pourcentage de séjours excessifs à l'urgence*

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 250.

Proportion 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 semestre.

Plus du dixième (10,7 %) des patients admis à l'urgence en Chaudière-Appalaches au cours du 1^{er} semestre de 2001-2002 y ont passé plus de 24 heures. Cette proportion est deux fois moins élevée que celle observée à l'échelle du Québec (21,1 %).

Chaudière-Appalaches se classe au 4^e rang sur 15 régions pour cet indicateur.

La proportion de séjours excessifs à l'urgence a diminué, en Chaudière-Appalaches, entre 1999-2000 et 2001-2002 (13,8 % à 10,7 %), alors qu'elle a augmenté dans l'ensemble de la province au cours de la même période (15,6 % à 21,1%).

Tableau 23

**Pourcentage de personnes ayant occupé une civière à l'urgence
durant 24 heures ou plus, 1^{er} semestre
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1999-2000 et 2001-2002**

	1999-2000	2001-2002
CHAUDIÈRE-APPALACHES	13,8	10,7
Ensemble du Québec	15,6	21,1

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



SERVICES HOSPITALIERS

24. *Taux d'interventions dites pertinentes*

Définition tirée de Trahan et autres, 1999 citée dans *Le portrait de santé : le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 256.
Les interventions dites pertinentes font référence à des interventions nécessitant une hospitalisation et dont les bénéfices sont importants pour la qualité de vie.

Le taux d'interventions dites pertinentes pour la région est de 142,9 p. 10 000 au cours de la période 2000 à 2003. Ce taux est moins élevé que celui du Québec (154,7).

Chaudière-Appalaches se classe au 11^e rang sur 18 régions pour cet indicateur.

Tableau 24
Taux d'interventions dites pertinentes
(taux moyen sur 3 ans pour 10 000 personnes)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
2000-2001, 2001-2002, 2002-2003

 CHAUDIÈRE-APPALACHES	142,9
Ensemble du Québec	154,7

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



SERVICES HOSPITALIERS

25. Taux de césarienne

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 258.

Rapport, 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 période.

Le taux moyen de césarienne dans la région est de 24,4 par 100 accouchements au cours de la période 2001-2003. Cette proportion est plus élevée que celle constatée au Québec (20,1 p. 100).

Fait à souligner, Chaudière-Appalaches se classe au dernier rang sur 18 régions pour cet indicateur.

Le taux de césarienne a augmenté entre les périodes 1997-1999 et 2001-2003 dans la région (19,5 à 24,4 p. 100 accouchements) et au Québec (17,0 à 20,1 p. 100 accouchements).

Tableau 25
Taux de césarienne
(taux moyen sur 2 ans pour 100 accouchements)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1997-1998, 1998-1999 et 2001-2002, 2002-2003

	1997-1998 1998-1999	2001-2002 2002-2003
CHAUDIÈRE-APPALACHES	19,5	24,4
Ensemble du Québec	17	20,1

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



SERVICES HOSPITALIERS

26. Taux d'hospitalisations jugées évitables

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 260.

Les hospitalisations jugées évitables sont définies à partir de l'âge du patient et 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. Ce diagnostic est, de façon générale, étroitement relié à la raison d'hospitalisation. Chez un malade présentant plusieurs affections, le diagnostic principal doit correspondre à l'affection ayant nécessité la plupart des ressources médicales durant le séjour (MSSS, 1999d). Les 14 conditions médicales dont l'hospitalisation est jugée évitable sont les suivantes (Tousignant et al., 2000) :

- appendice rompu, tous âges : CIM-9 = 540.0;
- pneumonie, 5-49 ans : CIM-9 = 480-486, 487.0;
- insuffisance cardiaque, 18 ans et plus : CIM-9 = 428;
- gangrène, 18 ans et plus : CIM-9 = 785.4;
- maladies évitables par immunisation, 18 ans et plus : CIM-9 = 032, 037, 041.2, 041.5, 070.2, 070.3;
- pyélonéphrite, 18 ans et plus : CIM-9 = 590;
- hernie abdominale en occlusion, 18 ans et plus : CIM-9 = 552;
- asthme, 5-49 ans : CIM-9 = 493;
- cellulite, 18 ans et plus : CIM-9 = 682;
- diabète, 18 ans et plus : CIM-9 = 250;
- hypokaliémie, 18 ans et plus : CIM-9 = 276.8;
- hypertension maligne, 18 ans et plus : CIM-9 = 401.0, 402.0, 403.0, 404.0, 405.0;
- ulcère perforé ou avec hémorragie, 18 ans et plus : CIM-9 = 531-534 sauf les valeurs 3, 7 et 9 pour la 4^e position;
- phlébite sans embolie pulmonaire, 18 ans et plus : CIM-9 = 451, à l'exception des cas où l'un des 15 diagnostics secondaires est CIM-9 = 415.1.

Le taux d'hospitalisations jugées évitables au cours de la période 2000-2003 dans la région est de 46,2 p. 10 000. Ce taux est légèrement plus faible que le taux québécois (48,5 p. 10 000).

Chaudière-Appalaches se classe au 5^e rang sur 18 régions pour cet indicateur.

Le taux d'hospitalisations jugées évitables a diminué entre les périodes 1995-1999 et 2000-2003 dans la région (49,4 à 46,2 p. 10 000) et au Québec (57,1 à 48,5 p. 10 000).

Tableau 26

**Taux d'hospitalisations jugées évitables
(taux moyen sur 3 ans pour 10 000 personnes)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1995-1999 et 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003**

	1995-1999	2000-2003
■ CHAUDIÈRE-APPALACHES	49,4	46,2
Ensemble du Québec	57,1	48,5

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

AUTRES SERVICES



AUTRES SERVICES

27. *Taux de participation en médecine et chirurgie*

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 266.

Les « participants » sont les personnes inscrites et admissibles à la RAMQ qui se sont prévaluées de consommer un ou plusieurs services médicaux au cours d'une période donnée.

En 2002, 81,8 % de la population de la Chaudière-Appalaches admissible à la RAMQ a utilisé les services de médecine et de chirurgie. Cette proportion est légèrement plus élevée que celle du Québec (80,9 %).

Chaudière-Appalaches se classe au 3^e rang sur 18 régions pour cet indicateur, à égalité avec les régions du Saguenay—Lac-Saint-Jean et de Montréal-Centre.

On note une très légère diminution (1 %) du taux de participation en médecine et chirurgie de 1998 à 2002 dans la région et au Québec.

Tableau 27
Taux de participation en médecine et chirurgie
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1998 et 2002

	1998	2002
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	82,8	81,8
Ensemble du Québec	81,6	80,9

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



AUTRES SERVICES

28. *Taux de participation au programme de services dentaires pour les enfants de 0-9 ans*

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 272.

Taux de participation

Rapport, 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 année.

Plus de la moitié (56,7 %) des enfants de 0-9 ans de la région ont participé au programme de services dentaires. Cette proportion est plus élevée que celle de la province (50,5 %). Chaudière-Appalaches se classe au 3^e rang sur 15 régions pour cet indicateur.

Le taux de participation des enfants de 0-9 ans au programme de services dentaires a très légèrement augmenté entre 1998 et 2002 dans la région (56,1 % à 56,7 %) et la province (49,4 % à 50,5 %).

Tableau 28

**Taux de participation au programme de services dentaires
pour les enfants de 0-9 ans, pour 100 enfants
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1998 et 2002**

	1998	2002
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	56,1	56,7
Ensemble du Québec	49,4	50,5

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE



MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE

29. Taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 308.

Rapport, 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 période.

Chaudière-Appalaches se classe au 8^e rang sur 18 régions pour le taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels.

Le taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels a diminué entre 1995-1999 et 2000-2003 dans la région (81,3 à 73,4 p. 10 000) et au Québec (69,3 à 64,6 p. 10 000). La diminution est plus marquée dans la région que dans la province.

Hospitalisations pour traumatismes chez les occupants de véhicules à moteur.

Le taux ajusté moyen d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels chez les occupants de véhicules à moteur se situe à 5,8 p. 10 000 dans la région au cours de la même période. Cette proportion est plus élevée que celle du Québec (4,3).

Hospitalisations pour les autres catégories de traumatismes non intentionnels.

Les taux ajustés moyens d'hospitalisation concernant les autres traumatismes non intentionnels (cyclistes, intoxications, chutes, incendies et brûlures) sont assez semblables à ceux du Québec.

Tableau 29

**Taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels
(taux ajusté moyen sur 3 ans pour 10 000 personnes)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
2000-2001, 2001-2002, 2002-2003**

	TOTAL DES TRAUMA NON INTENTIONNELS	OCCUPANTS DE VEHIC. MOTEURS	CYCLISTES	INTOXICATIONS ACCIDENTELLES	CHUTES ACCIDENTELLES	INCENDIES ET BRULURES
CHAUDIÈRE-APPALACHES	73,4	5,8	1,1	1,1	26,7	0,6
Ensemble du Québec	64,6	4,3	1,4	0,9	27,5	0,6

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE

30. Taux d'incidence du cancer

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 310.

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer, à la population totale au milieu de la même période.

Le taux ajusté moyen d'incidence du cancer se situe à 404,1 p. 100 000 dans la région au cours de la période 1997-2001. Cette proportion est inférieure à celle du Québec (424,4 p. 100 000).

Chaudière-Appalaches se classe au 2^e rang sur 18 régions à ce chapitre.

Le taux ajusté d'incidence du cancer a légèrement augmenté entre 1994-1998 et 1997-2001 dans la région (397,7 à 404,1 p. 100 000). Il est demeuré stable au Québec durant la même période (422,3 à 424,4 p. 100 000).

Tableau 30
Taux ajusté d'incidence du cancer
(taux annuel moyen ajusté sur 5 ans pour 100 000 personnes)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1994-1998 et 1997-2001

	1994-1998	1997-2001
CHAUDIÈRE-APPALACHES	397,7 c	404,1 c
Ensemble du Québec	422,3	424,4

c : Statistiquement plus faible que le Québec

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

AUTRES MORBIDITÉS



AUTRES MORBIDITÉS

31. *Taux d'intoxications signalées*

Définition tirée du Centre Anti-Poison du Québec, 1999 citée dans Le portrait de santé et ses régions, 2001, p. 318.

Les intoxications sont celles signalées par téléphone au Centre Anti-Poison du Québec. Depuis plusieurs années, le Centre offre un service de réponse téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à la population et aux professionnels de la santé.

Chaudière-Appalaches affiche un taux d'intoxications de l'ordre de 612 p. 100 000 en 2003. Ce taux est légèrement inférieur à celui du Québec (628 p. 100 000).

Chaudière-Appalaches se classe au 5^e rang sur 18 régions à ce chapitre.

Le taux d'intoxications signalées a diminué entre 1999 et 2003 dans la région (703 à 612 p. 100 000) et au Québec (725 à 628 p. 100 000).

Tableau 31
Taux d'intoxications signalées
(taux pour 100 000 personnes)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1999 et 2003

	1999	2003
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	703	612
Ensemble du Québec	725	628

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

INCAPACITÉS



INCAPACITÉS

32. Taux d'enfants handicapés

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 232.

Rapport, pour un mois d'une année donnée, des enfants de moins de 18 ans recevant une allocation pour enfant handicapé, à la population totale des enfants de moins de 18 ans, au milieu de la même année

Pour qu'un enfant ait droit à une allocation pour enfant handicapé, trois critères sont pris en considération par le médecin ou le professionnel de la santé : la gravité de la déficience, le caractère permanent de la déficience et la nécessité de mesures spécialisées (Régie des rentes du Québec, s.d.)

Un enfant est considéré handicapé s'il est atteint d'une déficience visuelle, auditive, motrice ou mentale ou d'une maladie chronique importante et permanente. De plus, son état doit nécessiter la mise en place de mesures spécialisées en matière de réadaptation, de rééducation, de scolarisation ou de traitement (Madore et Pelletier, 1997; Assemblée nationale du Québec, 1995).

Chaudière-Appalaches enregistre un taux d'enfants handicapés de l'ordre de 16,1 p. 1 000 enfants de 0-17 ans en 2003. Ce taux est identique à celui du Québec.

Chaudière-Appalaches se classe au 9^e rang sur 18 régions à ce chapitre.

Le taux d'enfants handicapés a augmenté entre 1999 et 2003 dans la région (14,5 à 16,1 p. 1 000 enfants) et au Québec (13,8 à 16,1 p. 1 000 enfants).

Tableau 32
Taux d'enfants handicapés
(taux pour 1 000 enfants de 0 à 17 ans)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1999-2003

	1999	2003
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	14,5	16,1
Ensemble du Québec	13,8	16,1

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

MORTALITÉ



MORTALITÉ

33. *Espérance de vie à la naissance*

L'espérance de vie à la naissance des résidents de Chaudière-Appalaches est de 79,9 ans durant la période 1997-2001. Cette durée de vie est légèrement plus longue que celle observée au Québec au cours de la même période (78,6 ans).

Lorsque l'on étudie l'espérance de vie à la naissance selon le territoire chez les deux sexes, on constate que les femmes de la région ont une espérance de vie de 1 an supérieure à celle des Québécoises (82,4 versus 81,5 ans) alors que les hommes de la région et du Québec ont exactement la même espérance de vie (75,6 ans) sur les deux territoires.

Chaudière-Appalaches se classe au 2^e rang sur 18 régions quant à l'espérance de vie. Elle n'est devancée en cela que par la région de Laval (79,9 ans).

L'espérance de vie s'est allongée entre 1994-1998 et 1997-2001 dans la région (78,3 ans à 79,0 ans) et au Québec (77,9 à 78,6 ans).



Tableau 33
Espérance de vie à la naissance
Régions et le Québec,
1997-2001

REGIONS

01 Bas-Saint-Laurent	78,9
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	77,6 c
03 Capitale-Nationale	78,9 a
04 Mauricie et Centre-du-Québec	78,1 c
05 Estrie	78,8
06 Montréal	78,9 a
07 Outaouais	77,8 c
08 Abitibi-Témiscamingue	77,3 c
09 Côte-Nord	77,2 c
10 Nord-du-Québec	76,1
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	78,1 c
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	79,0 a
13 Laval	79,9 a
14 Lanaudière	77,7 c
15 Laurentides	78,0 c
16 Montérégie	78,9 a
17 Nunavik	64,5 c
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	75,0 c
Ensemble du Québec	78,6

a : Statistiquement plus élevée que le Québec

c : Statistiquement plus faible que le Québec

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



MORTALITÉ

34. Taux de mortalité infantile

En moyenne, 17 enfants de moins de 1 an sont décédés sur le territoire de Chaudière-Appalaches de 1995 à 1999 pour un taux de mortalité de l'ordre de 4,3 p. 1 000 naissances vivantes. Ce taux est semblable à celui de l'ensemble du Québec (5,2).

Chaudière-Appalaches se classe au 2^e rang sur 18 régions à ce chapitre (à égalité avec ceux observés dans les régions de l'Outaouais, du Nord-du-Québec et de Laval).

Le taux de mortalité infantile a quelque peu diminué dans la région entre ces deux périodes soit 1994-1998 et 1995-1999 (4,6 à 4,3 p. 1 000).

Tableau 34
Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours)
et nombre annuel moyen de décès sur 5 ans
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1995-1999

	NOMBRE ANNUEL MOYEN DE DÉCÈS SUR 5 ANS	TAUX POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	17	4,3
Ensemble du Québec	415	5,2

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

MORTALITÉ SELON LA CAUSE



MORTALITÉ

35. *Taux ajusté de mortalité selon la cause*

Tumeurs et maladies de l'appareil circulatoire

Dans la région, au cours de la période 1995-1999, le taux ajusté de mortalité se situe à 205,8 p. 100 000 pour les tumeurs et à 233,5 p. 100 000 pour les maladies de l'appareil circulatoire. Ce sont de loin les principales causes de mortalité sur le territoire.

Ces taux sont significativement moins élevés que ceux de l'ensemble du Québec (respectivement : 217,7 pour les tumeurs et 249,5 p. 100 000 pour les maladies de l'appareil circulatoire).

Fait à souligner, Chaudière-Appalaches présente le taux de mortalité par tumeur le plus faible des 18 régions du Québec et il est au 2^e rang concernant la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire.

Traumatismes non intentionnels

Le taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels est de 38,8 p. 100 000 dans la région en 1995-1999. Ce taux est significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (27,3 p. 100 000).

Autres causes de mortalité

Les taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (66,4 p. 100 000) et de l'appareil digestif (24,1 p. 100 000) sont semblables à ceux du Québec.



Tableau 35
Taux ajusté de mortalité selon la cause
(taux annuel moyen ajusté sur 5 ans pour 100 000 personnes)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1995-1999

	TUMEURS	APPAREIL CIRCULAIRE	APPAREIL RESPIRATOIRE	APPAREIL DIGESTIF	TRAUMA NON INTENT.
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	205,8 c	233,5 c	66,4	24,1	38,8 a
Ensemble du Québec	217,7	249,4	66,6	25,8	27,3

a : Statistiquement plus élevée que le Québec

c : Statistiquement plus faible que le Québec

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



MORTALITÉ

36. *Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels selon la cause*

Traumatismes non intentionnels chez les occupants de véhicules à moteur

Le taux ajusté de mortalité chez les occupants de véhicules à moteur est de 19,9 p. 100 000 dans la région en 1995-1999. Ce taux est significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (10,3 p. 100 000).

Chaudière-Appalaches se classe au 16^e rang sur 18 régions pour cette catégorie. Elle n'est devancée en cela que par les régions de Nunavik et des Terres Cries-de-la-Baie-James.

Traumatismes non intentionnels par chute

Le taux ajusté de mortalité pour les chutes accidentelles, il est de 9,9 p. 100 000 dans la région en 1995-1999. Ce taux est significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (7,9 p. 100 000).

Tableau 36

**Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels selon la cause
(taux annuel moyen pour 100 000)
Chaudière-Appalaches et le Québec,
1995-1999**

	ACCIDENTS VEHICULES A MOTEUR	CHUTES ACCIDENTELLES
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	19,9 a	9,9 a
Ensemble du Québec	10,3	7,9

a : Statistiquement plus élevée que le Québec

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



MORTALITÉ

37. Taux de mortalité par suicide

Le taux ajusté de mortalité par suicide est de 27,8 p. 100 000 dans la région de 1995-1999. Ce taux est significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (19,9 p. 100 000).

Chaudière-Appalaches se classe au 16^e rang sur 18 régions pour cette catégorie.

Tableau 37
Taux ajusté de mortalité par suicide
(taux annuel moyen pour 100 000)
Régions et le Québec,
1995-1999

REGIONS

01 Bas-Saint-Laurent	26,3 a
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	22,0
03 Capitale-Nationale	24,1 a
04 Mauricie et Centre-du-Québec	24,3 a
05 Estrie	22,8 a
06 Montréal	15,7 c
07 Outaouais	19,7
08 Abitibi-Témiscamingue	29,6 a
09 Côte-Nord	26,0 a
10 Nord-du-Québec	20,6 e
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	18,7
CHAUDIÈRE-APPALACHES	27,8 a
13 Laval	15,9 c
14 Lanaudière	19,9
15 Laurentides	20,6
16 Montérégie	16,3 c
17 Nunavik	101,6 a
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	5,0 x
Ensemble du Québec	19,9

a : Statistiquement plus élevée que le Québec

c : Statistiquement plus faible que le Québec

x : cv > 33,3 (à titre indicatif)

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



MORTALITÉ

38. Conducteurs décédés ayant les facultés affaiblies

Définition tirée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, p. 352.

Pourcentage de conducteurs décédés selon le taux d'alcoolémie obtenu

Proportion pour une période donnée, des conducteurs décédés, jumelés et ayant subi un test d'alcoolémie selon le taux d'alcoolémie obtenu, par rapport au nombre total des conducteurs décédés, jumelés et ayant subi un test d'alcoolémie durant la même période.

Taux de conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie obtenu supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (80 mg/100 ml de sang)

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de conducteurs décédés, jumelés et ayant un taux d'alcoolémie obtenu supérieur à 80 mg/100 ml de sang, au nombre de titulaires de permis de conduire au milieu de la même période.

Le taux annuel moyen de conducteurs décédés ayant des facultés affaiblies est de 6,5 p. 100 000 dans la région en 1992-1999. Ce taux est significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (3,2 p. 100 000).

Fait à souligner, Chaudière-Appalaches vient au 1^{er} rang sur 15 régions pour cette catégorie.



Tableau 38

**Taux de conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie
supérieur à 80 mg/100 ml selon la région de résidence
(taux annuel moyen pour 100 000)
Régions et le Québec,
1992-1999**

REGIONS

01 Bas-Saint-Laurent	5,5 a
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	4,5 a
03 Capitale-Nationale	2,3 c
04 Mauricie et Centre-du-Québec	4,4 a
05 Estrie	4,6 a
06 Montréal	1,0 c
07 Outaouais	2,5
08 Abitibi-Témiscamingue	3,8 e
09 Côte-Nord	5,3 b
10 Nord-du-Québec	n. d.
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	6,4 b
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	6,5 a
13 Laval	1,1 d
14 Lanaudière	2,9
15 Laurentides	3,8
16 Montérégie	3,0
17 Nunavik	n. d.
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	n. d.
Ensemble du Québec	3,2

a : Statistiquement plus élevée que le Québec

c : Statistiquement plus faible que le Québec

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



SYNTHÈSE

La région de la Chaudière-Appalaches est **avantagée** par rapport au Québec pour les aspects suivants¹.

Dimension sociodémographique

- indice de vieillesse légèrement inférieur;
- indice de fécondité plus élevé;
- moins d'interruptions volontaires de grossesse;
- moins de familles monoparentales;
- moins de personnes vivant seule.

Dimension socioéconomique

- moins de chômeurs;
- moins de prestataires de l'assistance-emploi.

Facteurs de risque

- moins de naissances de mères faiblement scolarisées;
- moins de bébés de petit poids;
- moins de grossesse à l'adolescence.

Adaptation sociale

- moins de jeunes ayant quitté l'école sans diplôme du secondaire;
- moins de jeunes contrevenants;
- moins de crimes contre la personne;
- moins de femmes victimes de violence conjugale.

Services hospitaliers

- moins de séjours à l'urgence dépassant 24 heures;
- moins d'hospitalisations jugées évitables.

Autres services

- plus d'enfants de 0-9 ans ayant profité du programme de services dentaires.

Morbidité hospitalière

- moins de nouveaux cas de cancer.

Autres morbidités

- moins de cas d'intoxication signalés au Centre Anti-Poison.

Mortalité

- espérance de vie à la naissance plus longue;
- moins de décès par tumeur;
- moins de décès par maladies de l'appareil circulatoire.

1. La description des données a été volontairement simplifiée pour faciliter la lecture. On comprendra qu'il s'agit de proportions relativement plus ou moins élevées de cas dans la région par rapport au Québec.



La région de la Chaudière-Appalaches est **désavantagée** par rapport au Québec pour les aspects suivants.

Dimension sociodémographique

- croissance démographique plus faible que celle du Québec;
- moins d'aînés vivant en ménage privé.

Dimension socioéconomique

- plus de personnes peu scolarisées;
- revenu personnel par habitant légèrement moins élevé;
- plus d'aînés recevant le Supplément de revenu garanti.

Comportements liés à la santé

- plus de condamnations pour conduite avec facultés affaiblies.

Services hospitaliers

- moins d'interventions dites pertinentes;
- plus de césariennes.

Autres services

- consommation plus élevée de services médicaux (taux de participation en médecine et chirurgie).

Morbidité hospitalière

- plus d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels;
- plus d'hospitalisations pour traumatisme chez les occupants de véhicules à moteur.

Mortalité

- plus de décès par traumatismes non intentionnels;
- plus de décès chez les occupants de véhicules à moteur;
- plus de décès par chutes;
- plus de suicide;
- plus de conducteurs décédés avec des facultés affaiblies.



Par rapport aux périodes précédentes, la région de la Chaudière-Appalaches a enregistré des **gains** pour les aspects suivants.

Dimension sociodémographique

- *plus d'aînés vivant en ménage privé.*

Dimension socioéconomique

- moins de personnes faiblement scolarisées;
- revenu personnel par habitant plus élevé;
- *moins de prestataires d'assistance-emploi;*
- moins d'aînés bénéficiant du Supplément de revenu garanti.

Comportements liés à la santé

- moins de condamnations pour conduite avec facultés affaiblies.

Facteurs de risque

- moins de naissances de mères faiblement scolarisées;
- *moins de bébés de petits poids;*
- moins de grossesses à l'adolescence.

Adaptation sociale

- moins de jeunes contrevenants.

Services hospitaliers

- indice de dépendance de la population plus élevé;
- moins de séjours de plus de 24 heures à l'urgence;
- moins d'hospitalisations évitables.

Autres services

- taux de participation en médecine et chirurgie;
- *plus d'enfants de 0-9 ans ayant profité du programme de services dentaires.*

Morbidité hospitalière

- moins d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels.

Mortalité

- allongement de l'espérance de vie à la naissance;
- *diminution de la mortalité infantile.*

Attention : l'information inscrite en italique indique des différences minimales, soit de moins de 1 %.



Par rapport aux périodes précédentes, la région de la Chaudière-Appalaches a connu des **pertes** pour les aspects suivants

Dimension sociodémographique

- accroissement de la population moins soutenu;
- hausse de l'indice de vieillesse;
- indice de fécondité moins élevé;
- plus de familles monoparentales;
- plus de personnes vivant seules.

Adaptation sociale

- plus de crimes contre la personne;
- plus de femmes victimes de violence conjugale.

Services hospitaliers

- plus de césariennes.

Morbidité hospitalière

- plus de nouveaux cas de cancer.

Incapacités

- plus d'enfants handicapés.

ANNEXE 1



PARTIE 1

Méthodologie



MÉTHODOLOGIE¹

Cette section débute par une discussion sur le choix des indicateurs et sur leur modèle de classification. Sont présentées par la suite les notes méthodologiques se rapportant au découpage géographique, au calcul des indicateurs et aux mesures de précision (tests statistiques et coefficients de variation). La section se termine par une recension des sources utilisées et par des notes techniques propres à certaines sources.

Certains aspects (exemple de calcul d'indicateurs, univers des soins physiques de courte durée, univers du recensement) sont traités plus en détail en annexe.

Le choix des indicateurs

Le choix des indicateurs s'est fait à partir d'une consultation auprès des directions régionales de santé publique, du MSSS et de l'Institut national de santé publique ainsi qu'à partir d'une revue de productions similaires sur les indicateurs. Nous nous sommes ainsi inspirés des documents produits dans le cadre des politiques de santé québécoises (*Priorités nationales de santé publique*, MSSS, 1997 et *La politique de la santé et du bien-être*, MSSS, 1992) et canadiennes (ICIS, 2000; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). Les travaux sur les indicateurs sociosanitaires réalisés au Québec (ISQ, 2000; Pageau *et al.*, 1997; Santé Québec, 1995; MSSS, 1988), au Canada (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999a; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1998; Chevalier *et al.*, 1995), aux États-Unis (National Center for Health Statistics, 1999) et en Europe (Observatoire de la Santé du Hainaut, 2000; OMS, 2000; PNUD, 2000; OCDE, 1999; Haut Comité de la Santé Publique, 1998; Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, 1997) nous ont également guidés dans le choix définitif des indicateurs. Enfin, des documents sur des sujets précis comme les indicateurs du suivi de la transformation du système de santé et des services sociaux du Québec (Tousignant *et al.*, 2000; Trahan *et al.*, 1999; Comité MSSS-Régies régionales sur le suivi de la transformation du réseau, 1999) ou les indicateurs repères sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (Lessard, 2000) nous ont permis d'ajouter plusieurs indicateurs.

Plusieurs critères ont servi à sélectionner les indicateurs. Les critères retenus sont les suivants :

1. Les indicateurs doivent être **utiles** à la prise de décision dans les domaines de planification et de programmation en santé publique.
2. Les indicateurs doivent être **sensibles** sur des intervalles de temps relativement courts. Les valeurs doivent fluctuer en fonction des variations de l'objet qu'ils tentent de mesurer.
3. Les indicateurs doivent permettre des **comparaisons dans le temps**. Les mesures doivent donc être répétées à plusieurs moments.
4. La valeur des indicateurs doit présenter une certaine **variabilité** dans le temps et dans l'espace. Si les valeurs varient peu, l'indicateur risque d'être peu informatif.
5. Les indicateurs doivent être disponibles à l'échelle des régions.
6. Les indicateurs doivent être d'**ores et déjà disponibles**. Les données nécessaires au calcul doivent donc être elles-mêmes disponibles.
7. Les indicateurs doivent présenter un caractère d'**exclusivité mutuelle**. Pris dans leur ensemble, ils ne doivent pas présenter de duplication de mesure entre eux.
8. Les indicateurs doivent bénéficier d'une certaine **notoriété**, ce qui leur confère une validité *a priori*.
9. Les indicateurs doivent offrir un important **potentiel informationnel** même si dans certains cas ils sont peu connus, peu utilisés ou nouveaux.

L'objectif principal visé dans la sélection des indicateurs est de couvrir le plus largement possible le domaine de la santé publique. Ainsi, plus d'une centaine d'indicateurs répartis sur 93 fiches descriptives ont été retenus. Les indicateurs très rapprochés et découlant souvent d'une même variable ont été regroupés sur une même fiche.

Le modèle de classification des indicateurs

Pour classer les indicateurs selon un modèle simple et cohérent, nous nous sommes également référés aux productions similaires (voir les références mentionnées précédemment). Les indicateurs ont ainsi été regroupés en deux grandes sections, *les déterminants de la santé* et *l'état de santé*, comprenant chacune cinq catégories.

Du modèle séquentiel à trois axes (déterminants, état de santé, conséquences) utilisé dans certains travaux (Pageau *et al.*, 1997; Santé Québec, 1995), seuls deux axes ont été retenus, celui sur les conséquences étant inclus dans les deux autres.

1. Ce chapitre reprend des éléments présentés précédemment dans les documents *Indicateurs sociosanitaires. Définition et interprétation* (Chevalier *et al.*, 1995) et *Indicateurs sociosanitaires. Le Québec et ses régions* (Pageau *et al.*, 1997).

Le modèle retenu a pour objectif principal de regrouper les indicateurs traitant d'un même aspect de la santé et du bien-être de la population et non de fournir un modèle explicatif. Le modèle de classification se présente de la façon suivante :

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

1. **Dimension sociale**
 - 1.1. Dimension sociodémographique
 - 1.2. Dimension socio-économique
2. **Comportements liés à la santé et facteurs de risque**
 - 2.1. Comportements liés à la santé
 - 2.1. Facteurs de risque
3. **Adaptation sociale**
4. **Services sociosanitaires**
 - 4.1. Services hospitaliers
 - 4.2. Autres services
5. **Environnement physique**

ÉTAT DE SANTÉ

6. **Santé générale et bien-être**
7. **Morbidité hospitalière**
8. **Autres morbidités**
9. **Incapacité**
10. **Mortalité**

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

1. Dimension sociale

Tous les indicateurs se rapportant aux caractéristiques démographiques, culturelles, sociales et économiques de la population ont été classés dans cette catégorie. Une distinction a cependant été faite entre la dimension sociodémographique (caractéristiques démographiques, structure des familles et des ménages, caractéristiques culturelles) et la dimension socio-économique (scolarité, emploi, revenu).

2. Comportements liés à la santé et facteurs de risque

Cette rubrique regroupe d'une part les comportements liés à la santé et, d'autre part, les facteurs de risque. Les comportements liés à la santé font référence aux habitudes de vie de l'individu (alimentation, consommation de tabac et d'alcool) et à certains comportements préventifs

(port du casque à vélo). Les facteurs de risque (naissances de faible poids, grossesses à l'adolescence, excès de poids) ne se rapportent pas directement aux comportements individuels, mais en sont plutôt la conséquence. Ceux-ci sont vus comme des variables intermédiaires entre les habitudes de vie et l'état de santé.

3. Adaptation sociale

Dans cette section sont compris les indicateurs traitant des problèmes sociaux liés à l'enfance et à l'adolescence (décrochage scolaire, délinquance, prise en charge dans les centres jeunesse) et de la criminalité (crime contre la personne, violence conjugale).

4. Services sociosanitaires

Les indicateurs donnant de l'information sur l'organisation et l'utilisation des services sociosanitaires ont été réunis sous cette rubrique. Les services hospitaliers ont été séparés des autres services. Dans certains cas, la distinction entre les deux catégories de services est mince.

Dans les services hospitaliers se trouvent des indicateurs utiles pour le suivi de la transformation du réseau (durée de séjour, échanges entre régions, séjour excessif à l'urgence, interventions dites pertinentes, hébergement, mortalité et hospitalisation évitables). Les autres services ont trait aux services offerts principalement à l'extérieur de l'hôpital (soins dentaires, services de garde, cabinet privé et clinique externe, Info-Santé, mammographie, vaccination, consommation de médicaments, bénévolat). Certains indicateurs (mammographie, test de Pap) ont été classés ici dans un contexte de dispensation de service alors que, dans d'autres ouvrages, ils peuvent être inclus dans les comportements préventifs.

5. Environnement physique

Les indicateurs de l'environnement physique mesurables à l'échelle des régions sont rares. Seuls quelques indicateurs ont pu être retenus (gestion de l'eau potable, état des logements).

ÉTAT DE SANTÉ

6. Santé générale et bien-être

On trouve ici les indicateurs, obtenus à partir d'enquêtes de santé, se rapportant à la perception qu'ont les répondants de leur santé générale, de leur santé mentale ainsi que de leur vie sociale. Certains indicateurs comme la détresse

psychologique, les idéations suicidaires et la satisfaction de la vie sociale sont classés, dans d'autres études, à l'intérieur des déterminants. Ils sont ici considérés davantage comme des indicateurs d'état de santé que comme des conditions prédisposantes à l'état de santé.

7. *Morbidité hospitalière*

Sous ce titre sont regroupés certains indicateurs obtenus à partir des fichiers des hospitalisations (taux d'hospitalisation selon certains diagnostics) et d'un dérivé, le Fichier des tumeurs. On doit cependant indiquer que les données hospitalières reflètent à la fois l'organisation et l'utilisation des services. Ainsi, les taux d'hospitalisation auraient pu, à l'instar de la durée moyenne d'hospitalisation, se trouver dans la section sur les services hospitaliers.

8. *Autres morbidités*

Les autres morbidités couvrent les domaines des maladies à déclaration obligatoire et des intoxications signalées au Centre Anti-Poison. Il s'agit donc, le plus souvent, de cas qui n'ont pas nécessité d'hospitalisation. Si elles avaient été disponibles, on aurait également trouvé dans cette catégorie les données sur les lésions et les maladies professionnelles tirées des fichiers de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

9. *Incapacité*

Trois indicateurs font partie de cette rubrique. Le premier est tiré des enquêtes de santé, le deuxième de la Régie des rentes du Québec et le troisième du ministère de l'Éducation du Québec.

10. *Mortalité*

La dernière section du modèle réunit les indicateurs classiques de mortalité (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, mortalité foeto-infantile, mortalité selon l'âge et selon la cause) ainsi que des données en fonction du taux d'alcoolémie sur les conducteurs décédés.

Pour la liste complète des fiches descriptives présentées selon le modèle de classification retenu, le lecteur pourra consulter la table des matières.

Le découpage géographique

Le découpage utilisé dans cette étude est le découpage en 18 régions sociosanitaires selon la version

officielle utilisée au MSSS au printemps 2000 (Blondeau et Mecteau, 2000²).

Les 18 régions sociosanitaires constituant le Québec sont les suivantes :

- 01 Bas-Saint-Laurent
- 02 Saguenay—Lac-Saint-Jean
- 03 Québec
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- 05 Estrie
- 06 Montréal-Centre
- 07 Outaouais
- 08 Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Nunavik
- 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

Pour certains indicateurs, les données ne sont disponibles que selon le découpage en 17 régions administratives. Pour 13 de ces régions, la région administrative correspond exactement à la région sociosanitaire. Les exceptions sont les trois régions sociosanitaires Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James qui, regroupées, correspondent à la région administrative Nord-du-Québec, et la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec qui est séparée en deux régions administratives distinctes, Mauricie, d'une part, et Centre-du-Québec, d'autre part. Dans ce dernier cas, il est possible de jumeler les données des deux régions administratives pour reconstituer la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec.

Pour la plupart des indicateurs, les données sont présentées selon la région de résidence. Cependant, pour quelques indicateurs traitant des services, les données se rapportent à la région de traitement. De même, les indicateurs de criminalité ainsi qu'un indicateur sur les décès liés à l'alcool au volant sont illustrés selon la région de l'événement.

Le calcul des indicateurs

Les indicateurs calculés dans cette étude sont généralement présentés sous forme de proportions ou

2. Le changement de région de la municipalité d'Ulverton, comprenant environ 300 personnes, et qui est passée à la fin de 1999 de la région Mauricie et Centre-du-Québec à la région de l'Estrie, n'a été intégré dans les données que pour les dernières années. Ce changement a toutefois très peu d'impact sur les résultats.

de taux. Les proportions représentent le rapport d'un sous-ensemble à un ensemble plus grand³. Les taux représentent le rapport d'un nombre d'événements observés durant une période donnée, à la population soumise à l'événement au milieu de la même période. Deux types de taux sont utilisés : les taux bruts et les taux ajustés selon l'âge. Les taux bruts rapportent directement les événements à la population. Les taux ajustés sont obtenus, à partir de la méthode de la standardisation directe, en appliquant les taux par âge d'un territoire déterminé, pour une période donnée, à la structure par âge d'une population de référence. La population corrigée de l'ensemble du Québec, sexes réunis, en 1996 a été utilisée comme population de référence dans le calcul des taux ajustés. Cet ajustement permet d'effectuer des comparaisons géographiques ou temporelles en éliminant l'effet de structures par âge différentes.

Dans le calcul des taux, sauf exception, nous avons utilisé au dénominateur les effectifs estimés par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et diffusés par le Service du développement de l'information du MSSS (anciennement le Service de l'analyse statistique). Ces données sont basées sur les recensements canadiens et sont corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement, du surdénombrement et des résidents non permanents. Les versions utilisées dans ce document pour reconstituer la série chronologique des effectifs corrigés de population sont les suivantes :

- avant 1981 : Statistique Canada, Estimations de la population selon l'âge et le sexe ;
- de 1981 à 1995 : Estimations de population par région sociosanitaire et par territoire de CLSC (version février 2001⁴) ;
- 1996 et après : Projections de population de l'Institut de la statistique du Québec par région sociosanitaire et par territoire de CLSC pour les années 1996 à 2021 (juin 2000).

Les effectifs de population utilisés dans cette étude correspondent⁵ à ceux publiés par le MSSS à la fin de l'année 2000 dans le document *La population du Québec par territoire de CLSC, par région sociosanitaire et par région sociosanitaire pour la période de 1981 à 2021* (Pelletier, 2000).

Le calcul des indices comparatifs s'est fait en rapportant le taux brut ou ajusté de chaque région à celui du Québec. La valeur de base pour l'ensemble du Québec a été établie à 100. Ces indices correspondent à un rapport de taux et sont appelés dans les

textes de langue anglaise « rate ratio » ou « standardized rates ratio ». Lorsque l'indice dépasse 100, cela signifie que le taux est supérieur à celui du Québec.

En général, pour les indicateurs de l'état de santé, les taux sont ajustés selon l'âge de façon à présenter les variations du phénomène une fois éliminé l'effet confondant de structures par âge différentes entre les périodes et les régions. À l'inverse, pour les données sur les déterminants, et plus particulièrement pour celles se rapportant aux services sociosanitaires, ce sont les taux bruts qui sont présentés afin d'illustrer le fardeau réel du phénomène. Par exemple, les indicateurs de morbidité hospitalière et de mortalité, compris dans la section *État de santé* sont présentés sous forme de taux ajustés alors que des indicateurs de la section *Déterminants*, comme les taux d'hospitalisation et de mortalité évitables, sont mesurés à partir de taux bruts.

Aucune proportion n'a été ajustée selon l'âge pour les données tirées du recensement ou d'enquêtes. Ce choix s'explique par le fait que cette procédure n'est pas courante pour ce type de données. Dans certains cas, l'ajustement aurait pu être approprié, par exemple pour la limitation d'activités à long terme.

Les variations temporelles ont été calculées à partir de valeurs non arrondies. Dans la majorité des cas, il s'agit de variations relatives⁶ exprimées en pourcentage (ex. : variation du taux de chômage), dans d'autres cas, moins fréquents, de variations absolues (ex. : gain de l'espérance de vie en années).

Dans le calcul de certains indicateurs d'hospitalisation et de mortalité pour les trois régions nordiques, Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James, compte tenu des très faibles effectifs de population chez les 75 ans et plus, les valeurs obtenues variaient fortement dans le temps et ont été jugées imprécises. Ces données sont identifiées par un dièse (#) et ne sont présentées qu'à titre indicatif. Cela touche les taux ajustés et l'espérance de vie, mais pas les taux bruts et les mesures n'impliquant pas les personnes de 75 ans et plus (taux des années potentielles de vie perdues, taux par âge avant 75 ans). Afin de minimiser le plus possible les variations aléatoires liées aux petits nombres, les données régionales ont été regroupées, lorsque cela était possible et approprié, sur plusieurs années. Ce qui exclut les indicateurs tirés de sources fournissant de l'information à une date précise ou pour une courte période de référence (recensements, enquêtes, certains fichiers administratifs).

Les données sur les naissances, les décès, les tumeurs et les maladies à déclaration obligatoire ont été compilées, à l'échelle des régions, sur des périodes

3. Dans certains cas, des proportions (taux d'emploi, taux de chômage) sont appelées taux.

4. Comportant pour la première fois une estimation des effectifs par groupe d'âge et par année d'âge entre 75 ans et 90 ans pour les années 1981 à 1985.

5. Sauf pour deux régions, Estrie et Mauricie et Centre-du-Québec, où le changement de région de la municipalité d'Uxville (environ 300 personnes), à la fin de 1999, n'a été intégré aux données que pour les dernières années.

6. Calculées en rapportant la différence entre les valeurs à la fin et au début de la période à la valeur au début de période.

de 5 ans. Celles sur les hospitalisations sont généralement présentées pour deux périodes de 4 ans, (1^{er} avril 1991 au 31 mars 1995 et 1^{er} avril 1995 au 31 mars 1999), qui correspondent aux périodes précédant et suivant la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, notons que dans quelques cas les périodes sont plus longues, particulièrement pour les anomalies congénitales (9 ans) et les conducteurs décédés selon le taux d'alcool dans le sang (8 ans).

Dans la plupart des cas, les données sont compilées et présentées sur la base des années civiles (du 1^{er} janvier au 31 décembre). Certaines données (hospitalisations, Centre jeunesse) sont exprimées sur la base des années financières (du 1^{er} avril au 31 mars), d'autres (sortie sans diplôme du secondaire, élèves handicapés) selon le calendrier scolaire (septembre à juin).

Des exemples de calcul de l'indice synthétique de fécondité, de grossesse et d'interruption volontaire de grossesse (annexe 2), du taux ajusté selon l'âge (annexe 3), de l'espérance de vie (annexe 4), de l'espérance de vie en bonne santé (annexe 5) et du taux des années potentielles de vie perdues (annexe 6) sont illustrés en annexe.

Les valeurs des indicateurs présentés dans ce document peuvent différer légèrement de celles apparaissant dans d'autres productions. Comme il est indiqué dans l'annexe sur les sources, pour plusieurs indicateurs les données ont été compilées directement à partir des fichiers bruts (naissances, décès, mortinaissances, hospitalisations, tumeurs). Ces différences peuvent résulter de plusieurs facteurs :

- effectifs de population utilisés au dénominateur dans le calcul des taux ;
- population de référence dans le calcul des taux ajustés ;
- groupes d'âge utilisés et choix du dernier groupe d'âge ouvert dans le calcul des taux ;
- date de production des fichiers bruts ;
- changement dans le découpage géographique ;
- périodes couvertes ;
- univers couvert (soins physiques de courte durée) ;
- programmation informatique ;
- méthodes de calcul ;
- traitement des valeurs manquantes ;
- arrondissement aléatoire des données du recensement ;
- nombre de décimales retenues dans l'arrondissement des valeurs.

Les tests statistiques et les coefficients de variation

Plusieurs indicateurs sont calculés à partir d'un échantillon de la population ou tiennent en compte de petits effectifs. Les résultats peuvent être soumis à des variations aléatoires et donc présenter une certaine imprécision. Une façon d'estimer ces imprécisions est de calculer l'erreur-type. La méthode de calcul de l'erreur-type varie selon la mesure utilisée : proportions, taux bruts, taux ajustés, espérance de vie... Les méthodes retenues dans ce document sont celles décrites dans Blalock (1972) pour les proportions, dans Bernard et Lapointe (1987) pour les taux bruts et dans Chiang (1961 et 1984) pour les taux ajustés et l'espérance de vie.

Le calcul de l'erreur-type permet d'effectuer des tests statistiques et d'identifier les régions dont les valeurs présentent des différences significatives par rapport à la valeur de l'ensemble du Québec. L'estimation de l'erreur-type sert également à calculer le coefficient de variation et à mesurer ainsi l'imprécision relative des indicateurs.

La plupart des tests statistiques ont été faits, avec un seuil de signification de 5 %, en utilisant la formule suivante :

$$Z = \frac{\text{valeur de la région} - \text{valeur du Québec}}{\sqrt{\frac{\text{variance de la valeur de la région} + \text{variance de la valeur du Québec}}{2}}}$$

La valeur de la région est jugée significativement plus élevée que celle du Québec lorsque Z est égal ou supérieur à 1,96, et significativement plus faible dans les cas où Z est égal ou inférieur à -1,96. Les valeurs significativement plus élevées sont accompagnées dans les tableaux et les graphiques par le signe (+) et les valeurs significativement plus faibles par le signe (-).

Pour les données provenant d'enquêtes, les tests ont été également utilisés pour comparer les valeurs dans le temps. Au lieu de la variation dans le temps, c'est le résultat du test qui est présenté. Une augmentation significative entre deux enquêtes est illustrée par une flèche ascendante (↑) et une diminution significative par une flèche descendante (↓).

Le coefficient de variation a été obtenu en divisant l'erreur-type de la proportion ou du taux par la valeur de la proportion ou du taux. Le coefficient de variation est présenté sous forme de pourcentage. À partir du coefficient de variation, et en se basant sur les normes de Statistique Canada (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999a), les critères de diffusion suivants ont été retenus :

- les valeurs ayant un coefficient de variation inférieur ou égal à 10,5 % sont publiées sans restriction ;
- les valeurs ayant un coefficient de variation supérieur à 10,5 % et inférieur ou égal à 33,3 % doivent être interprétées avec prudence et sont identifiées par un astérisque (*) ;
- les valeurs ayant un coefficient de variation supérieur à 33,3 % ne sont présentées qu'à titre indicatif et ne devraient pas être utilisées. Dans les tableaux, ces valeurs sont identifiées par deux astérisques (**) tandis que dans les graphiques elles ont été supprimées.

Pour les données provenant des enquêtes de Santé Québec, les tests et les coefficients de variation ont été compilés à l'aide d'un outil développé sous format Excel par l'ISQ. Dans le calcul des tests, pour trois régions, Québec, Montréal-Centre et Montérégie, compte tenu des poids relatifs de ces régions et conformément aux directives de l'ISQ, les valeurs régionales ne sont pas comparées à celles de l'ensemble du Québec, mais plutôt aux valeurs du reste du Québec (ensemble du Québec moins la région). Pour les coefficients de variation, ce ne sont pas les normes de diffusion de l'ISQ pour les enquêtes de santé qui ont été retenues (moins de 15 %, 15 à 25 %, plus de 25 %), mais celles de Statistique Canada définies ci-haut.

Les données de Santé Québec pour les régions Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik proviennent d'enquêtes réalisées respectivement en 1991 et 1992. Les comparaisons avec l'ensemble du Québec sont effectuées à partir des données de l'enquête sociale et de santé de 1992-1993 en utilisant les intervalles de confiance. Les limites inférieures et supérieures des intervalles de confiance sont obtenues en additionnant ou en soustrayant de la valeur de l'indicateur, l'erreur-type multipliée par 1,96. Lorsque les limites des intervalles de confiance des valeurs des régions Terres-Cries-de-la-Baie-James ou Nunavik ne chevauchent pas celles de l'ensemble du Québec, on conclut que les valeurs sont significativement différentes.

Les tests statistiques et les coefficients de variation n'ont pas été calculés pour tous les indicateurs. Lorsque le nombre d'événements est assez grand, comme dans le cas des taux d'hospitalisation selon le diagnostic, l'utilisation de tests statistiques n'est pas appropriée puisque les valeurs de la plupart des régions sont significativement différentes de celles de l'ensemble du Québec, et les coefficients de variation très faibles. Dans d'autres cas, comme pour les informations tirées du recensement ou de certaines données sur les services sociosanitaires, il n'est pas d'usage d'effectuer des tests statistiques.

Les sources

Sous cette rubrique sont listées les sources de données utilisées pour produire les indicateurs présentés dans ce document. Ces sources, au nombre de 41, sont classées par ordre alphabétique des diffuseurs de données. Lorsqu'il n'existe pas à proprement parler de fichier, le nom de la direction, de la division ou du service qui a fourni les données est indiqué. Les sources propres à chacun des éléments graphiques présentés dans les fiches descriptives sont décrites en détail à l'annexe 1. On y précise la provenance de la donnée lorsque celle-ci n'émane pas de l'organisme diffuseur ou du fichier original.

Affaires indiennes et du Nord Canada

- Service de financement.

Développement des ressources humaines Canada

- Sécurité de la vieillesse.

Institut canadien d'information sur la santé

- Base de données sur les congés des patients.

Institut de la statistique du Québec

- Direction des comptes et des études économiques ;
- Enquêtes de Santé Québec ;
- Projections de population par RSS et territoire de CLSC de 1996 à 2021.

Institut national de santé publique du Québec

- Centre Anti-Poison du Québec ;
- Laboratoire de santé publique du Québec.

Ministère de la Famille et de l'Enfance

- Direction de la recherche en politiques familiales.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Banques de données communes CJ-LPJ et rapports statistiques annuels des centres jeunesse ;
- Base de données STATEVO ;
- Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation ;
- Direction de la gestion de l'information ;
- Fichier APR-DRG MED-ÉCHO ;
- Fichier des naissances ;
- Fichier des décès ;
- Fichier des hospitalisations hors Québec (JO9) ;
- Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO ;
- Fichier des mortinaissances ;
- Fichier des tumeurs ;
- Registre des patients sur des civières dans les salles d'urgence (J58) ;
- Service du développement de l'information.

Ministère de la Sécurité publique

- Direction générale des affaires policières et de la prévention de la criminalité.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

- Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique.

Ministère de l'Éducation du Québec

- Direction générale des services à la gestion ;
- Déclaration des clientèles scolaires.

Ministère de l'Environnement

- Système informatisé eau potable.

Partenariat entre organismes

- Enquêtes de santé dentaire.

Régie de l'assurance-maladie du Québec

- Fichier des dispensateurs de services ;
- Fichier des services professionnels rémunérés à l'acte ;
- Fichier d'inscription des personnes admissibles.

Régie des rentes du Québec

- Fichier de l'allocation pour enfants handicapés.

Société de l'assurance automobile du Québec

- Enquêtes sur le port du casque de vélo ;
- Registre des rapports d'accidents jumelés au fichier du Bureau du coroner ;
- Service des Études et des Stratégies en sécurité routière.

Statistique Canada

- Division de la démographie, Section des estimations démographiques ;
- Enquêtes de santé ;
- Enquêtes sur la population active ;
- Enquêtes sur les finances des consommateurs ;
- Enquêtes sur la dynamique du travail et du revenu ;
- Recensements.

Notes techniques sur certaines sources

Dans cette section, sont présentées des informations techniques sur certaines sources, qui se rapportent à plus d'un indicateur. Dans les fiches descriptives, ces notes ainsi que celles qui ne concernent qu'un seul indicateur sont également présentées. On trouve, à la fin de la section, une liste des principaux documents méthodologiques se rapportant aux sources utilisées dans ce document.

Les recensements

Plusieurs indicateurs ont été calculés à partir de données provenant du recensement. Dans certains cas, les données se rapportent à la population, dans d'autres, aux familles, aux ménages privés ou aux

logements. Parfois, les informations couvrent l'ensemble de la population, ou alors seulement un sous-ensemble (population dans les ménages privés, population de 15 ans et plus).

L'annexe 7 présente les différents univers du recensement ainsi que les effectifs correspondant en 1996 pour le Québec dans son ensemble.

Les données du recensement servent principalement à fournir de l'information sur les caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population. Certaines données de base ont été recueillies auprès de l'ensemble des ménages, y compris les ménages collectifs, alors que d'autres, plus nombreuses, ont été collectées auprès de un ménage sur cinq (excluant les pensionnaires d'institution).

D'un recensement à l'autre, on dénote un taux de sous-dénombrement de l'ordre de 2 à 3 % pour le Québec (Pelletier, 2000). Les données brutes tirées du recensement sous-estiment donc la réalité. Pour des estimations plus précises des effectifs de la population selon l'âge et le sexe, il est recommandé, comme nous l'avons fait, d'utiliser les chiffres corrigés pour le sous-dénombrement produits par l'ISQ et diffusés par le MSSS.

Les naissances

Les données sur les naissances se rapportent aux résidents du Québec et comprennent les naissances survenues à l'extérieur du Québec. Par le passé, pour qu'une naissance soit incluse dans le fichier d'une année, le formulaire de déclaration devait parvenir au plus tard le 31 mars de l'année suivante. Depuis 1999, la date finale de réception des formulaires inclus au fichier a été reportée jusqu'à plus d'un an après la fin de l'année afin d'inclure plus de naissances provenant de l'extérieur du Québec (BSQ, 1996).

Dans le Fichier des naissances du Québec, certaines variables comme la scolarité de la mère, le poids à la naissance et la durée de gestation présentent des pourcentages de valeurs manquantes qui varient selon l'année et la région.

La proportion de naissances vivantes dont la scolarité de la mère est inconnue se situe entre 2,6 % et 7,6 % de 1981 à 1998. En 1998, elle est de 5,6 % et varie selon la région entre 1,6 % (Mauricie et Centre-du-Québec) et 23,6 % (Nunavik). On observe également des proportions importantes de naissances vivantes dont la scolarité de la mère est inconnue dans les régions de l'Outaouais (18,2 %) et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (16,6 %).

De 1981 à 1998, la proportion de naissances vivantes de poids inconnu se situe entre 0,1 % et 1,5 %, et celle de naissances vivantes dont la durée de gestation est inconnue, entre 0,2 % et 4,4 %. Grâce au jumelage des fichiers des naissances et des hospitalisations (MED-ÉCHO), qui a permis de réduire le nombre de cas non déclarés, les deux proportions se maintiennent à moins de 0,5 % depuis 1993 (Montreuil *et al.*, 1996).

On doit également noter qu'avant 1988 les naissances de poids inférieur à 500 grammes ne sont pas comprises dans les données. Pour 1988 et les années suivantes, on trouve pour l'ensemble du Québec, en moyenne, moins de 75 naissances de poids inférieur à 500 grammes par année. Ce changement a donc peu d'impact sur les séries chronologiques.

Les décès

Les données sur les décès se rapportent uniquement aux résidents du Québec et comprennent les décès survenus à l'extérieur du Québec. Par le passé, pour qu'un décès soit inclus dans le fichier d'une année, le formulaire de déclaration devait parvenir au plus tard le 31 mars de l'année suivante. Depuis 1989, la date finale de réception des formulaires inclus au fichier a été reportée jusqu'à plus d'un an après la fin de l'année afin d'inclure plus de décès déclarés par les coroners ou provenant de l'extérieur du Québec. Cela a pour effet de rendre plus précises les statistiques sur les décès et d'harmoniser les données sur les traumatismes intentionnels à celles du Fichier du coroner (BSQ, 1996).

Dans le Fichier des décès, 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. Or, l'identification d'une cause initiale sur l'acte de décès, particulièrement aux âges avancés, est quelquefois imprécise. Certaines causes, comme le cancer ou les maladies de l'appareil circulatoire, ont plus de chance d'être identifiées comme cause initiale que d'autres, comme le diabète. Ainsi, le fait de ne retenir qu'une seule cause par décès peut jouer sur l'importance des différentes causes. Certaines études utilisent une classification des décès en causes multiples (Nam, 1990 ; Wilkins *et al.*, 1997). Moins de 20 % des décès seraient reliés à une seule cause et on dénombre en moyenne 2,7 causes par décès (Wilkins *et al.*, 1997).

Les hospitalisations

Les données sur les hospitalisations sont tirées de deux fichiers provenant du système MED-ÉCHO : le Fichier APR-DRG et le Fichier des hospitalisations. Ces fichiers sont compilés sur la base des années

financières (1^{er} avril au 31 mars). Pour la plupart des données sur les hospitalisations, l'univers couvert se rapporte aux soins physiques de courte durée, excluant les hospitalisations pour troubles mentaux et troubles de comportement, les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé, les soins infirmiers d'un jour (chirurgie d'un jour depuis 1995), 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 sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée (Pelletier, 1999). L'algorithme utilisé pour définir l'univers des soins physiques de courte durée est présenté à l'annexe 8.

Dans certains cas, les données sont présentées selon la région de résidence, dans d'autres, selon la région de traitement. Lorsque les données sont présentées selon la région de résidence, les hospitalisations des résidents québécois dans les autres provinces ont été ajoutées aux données par région sociosanitaire. Ces données proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé et sont disponibles pour les années 1994-1995 à 1997-1998. Elles ont été ajoutées aux hospitalisations survenues au Québec pour la période couvrant les années 1995-1996 à 1998-1999. On a ainsi supposé que ces deux périodes étaient semblables.

Les hospitalisations survenues à l'extérieur du Québec représentent environ 1 % de l'ensemble des hospitalisations des résidents québécois. Comme celles-ci ne sont disponibles qu'à partir de l'année 1994-1995, dans les comparaisons temporelles faites pour l'ensemble du Québec nous n'en avons pas tenu compte. À l'échelle des régions, les variations entre 1991-1995 et 1995-1999 ne peuvent être mesurées puisque, pour la première période, les données hors Québec ne sont pas disponibles. Dans les régions de l'Outaouais (17 %) et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (10 %), les proportions d'hospitalisations hors Québec sont supérieures ou égales à 10 %.

Les enquêtes de Santé Québec

Les données régionales de Santé Québec proviennent de l'Enquête Santé Québec de 1987, de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 (tenue entre décembre 1992 et novembre 1993), de l'Enquête sociale et de santé de 1998, de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie-James de 1991 et de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik de 1992. Sauf pour ces deux dernières enquêtes, toutes les données utilisées dans ce document nous ont été fournies à partir de demandes spéciales faites explicitement dans le cadre de cette étude et ont été produites par Santé Québec au cours de l'été et de

l'automne 2000. La plupart des données pour les régions Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik proviennent d'une demande spéciale faite à Santé Québec dans le cadre d'une étude précédente (Pageau et al., 1997). D'autres données pour ces deux régions ont été produites par Santé Québec à l'automne 2000.

Les données sur la criminalité

Les données sur la criminalité se rapportent aux délits commis qui ont fait l'objet d'un signalement aux corps policiers et doivent avoir été jugés fondés après enquête policière. Au cours des années, plusieurs programmes différents de déclaration de la criminalité se sont succédés. Les données sur les délits ont d'abord été enregistrées dans le cadre du Programme de déclaration uniforme de la criminalité (DUC), programme complété plus tard par la Formule « V », conçue exclusivement pour l'enregistrement des données propres à la violence conjugale. Une seconde version du programme original de déclaration de la criminalité, le DUC2, a été instaurée progressivement au cours des ans permettant d'augmenter le volume et la fiabilité de l'information. L'univers des crimes a été élargi : dans le cas des crimes contre la personne pour tenir compte des nouvelles infractions au Code criminel, et dans le cas de l'ensemble des crimes, incluant ceux associés à la violence conjugale, pour enregistrer plusieurs caractéristiques d'un même délit liées tant à l'événement lui-même qu'à l'auteur présumé ou à la victime (Ministère de la Sécurité publique, 2000).

En 1999, le DUC2 constitue l'unique programme de déclaration pour plus de 99 % des corps policiers et permet d'enregistrer plus de 95 % de la criminalité au Québec. Les corps policiers municipaux, la Sûreté du Québec, la Gendarmerie royale du Canada ainsi que certaines polices amérindiennes ont alimenté le DUC. Les mêmes corps de police, sauf la Gendarmerie royale, fournissent les données pour le Programme DUC2 (Ministère de la Sécurité publique, 2000).

Les grossesses et les interruptions volontaires de grossesse

Les grossesses regroupent les naissances vivantes, les mortinaissances survenues après au moins 20 semaines de gestation, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) pratiquées en cliniques et à l'hôpital et les avortements spontanés.

Bien que la principale source de données pour les IVG et les avortements spontanés soit le Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ, il est important de tenir compte également des IVG pratiqués dans les établissements où les médecins ne sont pas

rémunérés à l'acte (CLSC et quelques hôpitaux). Ces dernières données sont compilées annuellement depuis 1992 par le MSSS. Les seules données de la RAMQ sous-estiment d'environ 7 % le nombre d'IVG et de 2 % le nombre de grossesses. Pour certaines régions, en n'utilisant que les données de la RAMQ, la sous-estimation peut dépasser 10 % pour les grossesses et 50 % pour les IVG (Rochon, 2001).

Les avortements spontanés qui ne nécessitent pas d'intervention médicale, généralement ceux survenant après une très faible durée de gestation, échappent au calcul. Les pratiques médicales ont cependant changé ces dernières années ce qui expliquerait, du moins en partie, la baisse du taux d'avortement spontané observée à partir de la rémunération des médecins. Les données sur les avortements spontanés et les IVG survenus à l'extérieur du Québec sont fournies par la RAMQ et ne sont disponibles que pour le Québec dans son ensemble, la région de résidence n'étant pas précisée (Rochon, 2001).

Liste de documents méthodologiques choisis sur les principales sources de données

Admission dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée

- COMITÉ MSSS-RÉGIES RÉGIONALES SUR LE SUIVI DE LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU (1999). *Indicateurs. Suivi des résultats de la transformation du réseau*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux, s.p.

Assistance-emploi (aide sociale)

- BEAUDET, C. (1999). *Guide d'interprétation de certaines variables « Statistiques mensuelles sur les prestataires de la sécurité du revenu »*, RRSSS-Chaudière-Appalaches, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 5 p.
- MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (1999a). *Le régime de soutien du revenu : Pour l'emploi et la solidarité sociale*, Québec, 44 p.

Centre Anti-Poison du Québec

- CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC (1999). *Rapport annuel 1998*, Québec, Centre Anti-Poison du Québec, 16 p.

Déclaration uniforme de la criminalité

- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2000). *Statistiques 1999 sur la criminalité au Québec*, Direction générale des affaires policières et de la prévention de la criminalité.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2000). *La violence conjugale. Statistiques 1999*, Direction générale des affaires policières et de la prévention de la criminalité.
- THOMASSIN, K. (2000). *La mesure de la criminalité*, Ministère de la Sécurité publique, Bulletin d'information sur la criminalité et l'organisation policière, vol. 2, n° 1, 17 p.

Décès et mortalités

- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1996). *Rapport sur la qualité des fichiers du Registre des événements démographiques*, Québec, 1994, Québec, BSSQ.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). *Classification internationale des maladies*, Révision 1975, volume 1, Genève.

Dispensateurs de service

- RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (1999). *Statistiques annuelles 1998*, Québec, R.A.M.Q.

Éducation

- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (1999a). *Indicateurs de l'éducation*, édition 1999, Québec, MEQ, Direction des statistiques et des études quantitatives, 144 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (1999b). *Guide de la déclaration d'effectifs scolaires des jeunes en formation générale (DCS)*, version 1999-2000, Québec, MEQ.

Effectifs de population

- PELLETIER, G. (2000). *La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire pour la période de 1981 à 2021*, Québec, MSSS, n° 38, (Collection Données statistiques et indicateurs).

Enfants handicapés

- RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC (s.d.). *L'allocation pour enfant handicapé*, Québec, R.R.Q.

Enquêtes de Santé Canada et de Statistique Canada

- STATISTIQUE CANADA (1999). *Renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Statistique Canada, (cat. 82F0068X1F).
- SWAIN, L., G. CATLIN ET M.P. BEAUDET (1999). « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 4, p. 73-89.

Enquêtes de Santé Québec

- AUDIET, N. (1996). *Définition et composition des indices et regroupements*, *Cahier technique et méthodologique*, Enquête sociale et de santé 1992-1993, vol. 2, Montréal, Santé Québec, 270 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, 642 p. et annexes.

Enquêtes Santé dentaire

- BRIDGEMAN, J.-M., M. OLIVER, M. BENOIST, C. BEDOS ET S. WILLIAMSON (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique et G.R.I.S., Ministère de la Santé et des Services sociaux, n° 18, 151 p. (Collection Analyses et surveillance).

Enquêtes sur la dynamique du travail et du revenu (enquêtes sur les finances des consommateurs)

- STATISTIQUE CANADA (1999h). *Comparaison des résultats de l'Enquête sur la dynamique du travail (EDTR) et de l'Enquête sur les finances des consommateurs (EFC) 1993-1997 : mise à jour*, Ottawa, Statistique Canada (cat. 75F0002 F-99007), 52 p.

Enquêtes sur la population active

- STATISTIQUE CANADA (1999c). *Guide de l'Enquête sur la population active*, Ottawa, Statistique Canada (cat. 71-543), 37 p.

Grossesses et interruptions volontaires de grossesse

- ROCHON, M. (2001). *Avortements et grossesses selon l'âge des femmes, Québec et régions sociosanitaires*, Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation.
- ROCHON, M. (1997). *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995. Régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 38 p.

Hospitalisations

- PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec. Statistiques évolutives 1982-1983 à 1997-1998*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, 204 p.

Lits dressés ou places internes

- INFO-STATS (2000). *Bulletin d'information présentant certaines statistiques sur les lits dressés, les places internes, les usagers admis et les jours-présence, dans le réseau sociosanitaire québécois*, Québec, MSSS, Direction des Indicateurs de résultats et d'information statistique, 31 p.

Loi sur la protection de la jeunesse

- LESSARD, C. (2000). *Indicateurs repérés sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1993-1994 à 1998-1999*, Québec, MSSS, Service des indicateurs et mesure de la performance, Direction de la gestion de l'information, s.p.

Maladies à déclaration obligatoire

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : définitions nosologiques*, Québec, MSSS, Direction de la santé publique.

Ministère de la Famille et de l'Enfance

- CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE ET BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 206 p.

Naissances

- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1996). *Rapport sur la qualité des fichiers du Registre des événements démographiques*, Québec, 1994, Québec, BSSQ.

Places en service de garde

- CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE ET BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 206 p.

Recensements

- STATISTIQUE CANADA (1999i). *Couverture. Rapports techniques du recensement de 1996*, Ottawa, Statistique Canada (cat. 92-370).

ANNEXE 2



Tableau 39

**Taux ajusté de mortalité (pour 100 000 personnes)
par traumatismes non intentionnels selon la cause
Chaudière-Appalaches et le Québec,
2000-2002**

	ACCIDENTS VEHICULES A MOTEUR	CHUTES ACCIDENTELLES
 CHAUDIÈRE-APPALACHES	14,7 a	2,6
Ensemble du Québec	9,3	2,9

a : Statistiquement plus élevé que le Québec

c : Statistiquement plus faible que le Québec

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

Tableau 40

**Taux ajusté de mortalité (pour 100 000 personnes) par suicide
Chaudière-Appalaches et le Québec,
2000-2002**

 CHAUDIÈRE-APPALACHES	23,7 a
Ensemble du Québec	17,8

a : Statistiquement plus élevé que le Québec

c : Statistiquement plus faible que le Québec

Source : Éco-Santé Québec, édition 2004

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



Tableau 41
Quelques statistiques sur la criminalité, nombre et taux
Chaudière-Appalaches et le Québec,
2002 et 2003

	CHAUDIERE-APPALACHES				LE QUEBEC			
	2002		2003		2002		2003	
	Nombre	Taux par 100 000	Nombre	Taux par 100 000	Nombre	Taux par 100 000	Nombre	Taux par 100 000
Nombre et taux d'infractions contre la personne	1 801	460,3	2 064	526,4	73 115	982,3	73 688	984,2
Nombre et taux de jeunes¹ contrevenants au Code criminel, aux autres lois fédérales et aux lois provinciales	1 265	4 112,6	1 710	5 510,1	29 528	5 406,0	32 015	5 746,7

Déclaration uniforme de la criminalité (DUC II), taux de crimes contre la personne : tableaux 1,1 et 2,1 et **jeunes contrevenants** : tableaux 2,8, 2,9 et 2,10. Les données 2002 sont tirées du Rapport statistique 2003, qui vient fermer définitivement l'année précédente (en raison de dossiers en cours ou en suspens).

¹ : Excluant, les auteurs présumés âgés de moins de douze ans (au Québec, 2 115 en 2002 et 1 996 en 2003) et ceux dont l'âge déclaré est inconnu, douteux ou non conforme à la réalité (au Québec, 1 202 en 2002 et 1 160 en 2003). Plusieurs données statistiques sont fournies dans la méthodologie des rapports du MSP.

Nombre d'infractions par 100 000 habitants (population basée sur les estimations de Statistique Canada).

Source : Ministère de la Sécurité publique. La criminalité au Québec. Statistiques 2003 et Statistiques 2002 sur la criminalité au Québec.

Données du Programme DUC 2 recueillies par les corps de polices municipales, la Sûreté du Québec et la police régionale Kativik.

Site Internet du ministère consulté le 28 juin 2005 : <http://www.msp.gouv.qc.ca/stats/stats.asp?txtSection=crimina>

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005



Pour consulter le présent document,
visitez le site [www.rrsss12.gouv.qc.ca],
cliquez sur la rubrique *Communications, publications*,
puis sur l'option *Nos Publications*, puis sur *Publications*.