

Portrait de santé

Région de l'Abitibi-Témiscamingue



30 NOVEMBRE 2005

Édition produite par :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

1, 9^e Rue

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : (819) 764-3264

Télécopieur : (819) 797-1947

Analyse et rédaction

Sylvie Bellot, agente de recherche

Guillaume Beaulé, agent de recherche

Direction de santé publique

Mise en page

Josée Carrier, secrétaire

Direction de santé publique

ISBN : 2-89391-271-0

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

Prix : 15,00 \$ + frais de manutention

Vous pouvez vous procurer ce document au centre de documentation de l'Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 1, 9^e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9, tél. : (819) 764-3264, poste 49209.

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

© Gouvernement du Québec

Avis au lecteur

Le portrait de santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue se compose principalement de deux documents :

- un tableau de bord qui présente la valeur d'une série d'indicateurs pour les six territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, la région Abitibi-Témiscamingue et l'ensemble du Québec;
- le portrait de santé proprement dit dans lequel les différents indicateurs du tableau de bord, pour la région, sont analysés.

Par ailleurs, un lexique vient compléter la série en définissant chacun des indicateurs du tableau de bord et en en précisant les sources.

À titre indicatif, voici la liste de l'ensemble des documents produits dans la série « Portrait de santé » :

- 1 CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa. Tableau de bord – Document 1
- 2 CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa. Indicateurs pour les municipalités – Document 2
- 3 CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa. Portrait – Document 3
- 4 CSSS du Lac-Témiscamingue. Tableau de bord – Document 1
- 5 CSSS du Lac-Témiscamingue. Indicateurs pour les municipalités – Document 2
- 6 CSSS du Lac-Témiscamingue. Portrait – Document 3
- 7 CSSS de Rouyn-Noranda. Tableau de bord – Document 1
- 8 CSSS de Rouyn-Noranda. Indicateurs pour les municipalités – Document 2
- 9 CSSS de Rouyn-Noranda. Portrait – Document 3
- 10 CSSS des Aurores-Boréales. Tableau de bord – Document 1
- 11 CSSS des Aurores-Boréales. Indicateurs pour les municipalités – Document 2
- 12 CSSS des Aurores-Boréales. Portrait – Document 3
- 13 CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Tableau de bord – Document 1
- 14 CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Indicateurs pour les municipalités – Document 2
- 15 CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Portrait – Document 3

- 16 CSSS de la Vallée-de-l'Or. Tableau de bord – Document 1
- 17 CSSS de la Vallée-de-l'Or. Indicateurs pour les municipalités – Document 2
- 18 CSSS de la Vallée-de-l'Or. Portrait – Document 3

- 19 Lexique – Description sommaire des indicateurs

- 20 Territoires des CSSS de la région de l'Abitibi-Témiscamingue – Tableau de bord

- 21 Région de l'Abitibi-Témiscamingue – Portrait

Note méthodologique

- Pour le détail des sources des données statistiques, le lecteur doit se référer au document suivant de la série « Portrait de santé » :
19 Lexique – Description sommaire des indicateurs
- Ce document porte uniquement sur la population résidant dans le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Lorsqu'on réfère à des problèmes de santé, les chiffres présentés concernent cette même population, quel que soit l'endroit au Québec où le diagnostic ou le traitement, par exemple une hospitalisation, a pu être fait.
- À l'exception de la section Démographie, où l'on traite en particulier de la population autochtone, aucune distinction n'est faite dans le reste du document car les autochtones sont inclus dans la population en général.
- Les comparaisons sont basées sur des tests statistiques où le Québec est le territoire de référence. Cependant, pour plusieurs indicateurs, il n'a pas été possible d'effectuer des tests statistiques, généralement pour des raisons techniques.
- Concernant les données de mortalité, il importe de préciser que depuis l'année 2000, les causes de décès ne sont plus classées en fonction de la 9^e Révision de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) mais en fonction de la 10^e Révision de la CIM par l'OMS. Les impacts de ce changement sont multiples mais font, entre autres :
 - qu'on ne peut comparer les années antérieures à l'année 2000 avec celles égales ou postérieures à 2000;

- la CIM-10 est beaucoup plus précise que la CIM-9 puisqu'elle comporte environ 8 000 codes comparativement à 5 000;
- les nouvelles catégories de décès s'ajoutant à de nouvelles règles de codification perturbent les tendances caractérisant les décès;
- les résultats obtenus ici (avec les données couvrant la période 2000 à 2002) ne peuvent absolument pas être comparés avec des documents produits antérieurement par la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue.

LÉGENDE POUR LES FIGURES :



: Valeur significativement plus élevée que celle du Québec.



: Valeur significativement moins élevée que celle du Québec.

Table des matières

AVIS AU LECTEUR.....	iii
NOTE MÉTHODOLOGIQUE.....	v
LISTE DES FIGURES	xi
INTRODUCTION.....	1
Section 1 – DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ.....	3
1. DÉMOGRAPHIE.....	3
• Population totale.....	3
• Composition selon l'âge.....	4
• Composition selon le sexe.....	6
• Fécondité.....	7
• Mortalité.....	10
• Migrations internes	11
• Évolution.....	12
• Population projetée en 2016	14
• Population autochtone	16
2. MODE DE VIE ET ENVIRONNEMENT SOCIAL	20
• Ménages privés.....	20
• Familles avec enfant(s).....	21
• Personnes seules	25
• Langue maternelle.....	26
3. ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE.....	27
• Faible scolarité.....	27
• Population active	28
• Chômage.....	30
• Revenu disponible	31
• Revenu consacré au logement.....	32
• Faible revenu.....	34
• Assistance-emploi.....	34
• Supplément de revenu garanti.....	38
• Insécurité alimentaire.....	40

4. FACTEURS DE RISQUE ET COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ	41
• Faible scolarité de la mère	41
• Faible poids à la naissance	42
• Prématurité	44
• Retard de croissance intra-utérine	45
• Être mère et avoir moins de 20 ans	46
• Habitudes de vie	48
• Poids corporel	48
• Consommation de fruits et légumes	49
• Tabagisme	50
• Activité physique	50
• Consommation d'alcool	51
• Consommation de drogues	52
5. ADAPTATION SOCIALE	54
• Jeunes pris en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse	55
• Jeunes contrevenant au Code criminel et aux lois fédérales ou provinciales	56
• Violence en milieu conjugal	57
6. SOINS ET SERVICES	58
• Vaccination	59
• Dépistage du cancer du sein	61
• Hospitalisations évitables	63
• Interventions pertinentes	64
• Aidants naturels pour les personnes de 65 ans et plus	66
• Population de 65 ans et plus vivant en institution de santé	67
Section 2 – ÉTAT DE SANTÉ	69
7. SANTÉ GÉNÉRALE ET BIEN-ÊTRE	69
• Perception de l'état de santé	69
• Niveau de satisfaction envers la vie	70
• Niveau de stress dans la vie	70
8. SANTÉ MENTALE	71
• Perception de sa santé mentale	71
• Indice de détresse psychologique	72
• Épisode dépressif majeur	72
• Trouble panique	73
• Phobie sociale	73
• Dépendance à l'alcool	74

9. SANTÉ PHYSIQUE	74
• Cancer.....	75
• Diabète	81
• Hospitalisations.....	82
• Maladies à déclaration obligatoire.....	93
• Certains problèmes de santé de longue durée.....	96
10. INCAPACITÉ.....	99
• Prévalence de l'incapacité.....	99
• Nature de l'incapacité.....	100
11. MORTALITÉ.....	101
• Espérance de vie à la naissance	101
• Taux de mortalité selon la cause.....	103
• Taux des années potentielles de vie perdues selon la cause.....	112
CONCLUSION	119
BIBLIOGRAPHIE	129

Liste des figures

Figure 1 : Répartition de la population selon les territoires de réseaux locaux, région de l'A.-T., 2004.....	4
Figure 2 : Répartition (en %) de la population selon les principaux groupes d'âge – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2004.....	6
Figure 3 : Nombre d'hommes pour 100 femmes – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2004.....	7
Figure 4 : Nombre annuel moyen de naissances selon les territoires de réseaux locaux – Région A.-T., 2000 à 2002.....	8
Figure 5 : Indice synthétique de fécondité, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1998 à 2002.....	9
Figure 6 : Nombre annuel moyen de décès selon les territoires de réseaux locaux – Région A.-T., 2000 à 2002.....	10
Figure 7 : Solde migratoire, territoires de réseaux locaux de la région A.-T., 2003-2004	12
Figure 8 : Taux d'accroissement de la population de 1999 à 2004, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec.....	13
Figure 9 : Population projetée en 2016, territoires de réseaux locaux de la région A.-T.	14
Figure 10 : Répartition (en %) de la population projetée en 2016 selon le groupe d'âge, territoires de réseaux locaux de la région A.-T.....	15
Figure 11 : Population autochtone selon les territoires de réseaux locaux de la région A.-T., 2004.....	17
Figure 12 : Répartition (en %) de la population autochtone selon le groupe d'âge, territoires de réseaux locaux de la région A.-T., 2004.....	19
Figure 13 : Répartition (en %) des familles selon le nombre d'enfants à la maison – Territoire de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001.....	22

Figure 14 : Répartition (en %) des familles selon la structure familiale – Territoire de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001.....	24
Figure 15 : Proportion (en %) de personnes âgées de 18 ans et plus vivant seules – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001.....	25
Figure 16 : Proportion de la population de 15 ans et plus sans diplôme d'études secondaires – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001.....	28
Figure 17 : Taux de chômage – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001.....	31
Figure 18 : Revenu personnel disponible – Territoire de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2002.....	32
Figure 19 : Proportion de ménages privés consacrant 30 % et plus de leur revenu à l'habitation, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001.....	33
Figure 20 : Proportion de la population prestataire de l'assistance-emploi, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2004.....	35
Figure 21 : Proportion des familles avec enfant(s) recevant de l'assistance-emploi selon le type de famille parmi l'ensemble des ménages prestataires, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2004.....	37
Figure 22 : Pourcentage d'adultes prestataires de l'assistance-emploi depuis 10 ans et plus, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2004.....	38
Figure 23 : Proportion des prestataires de pension de vieillesse recevant le Supplément de revenu garanti, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2003.....	39
Figure 24 : Proportion de naissances survenues chez des mères faiblement scolarisées, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002.....	42
Figure 25 : Proportion de naissance de faible poids (< 2 500 g), territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002.....	43
Figure 26 : Proportion de naissances prématurées (< 37 semaines de gestation), territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002.....	45

Figure 27 : Proportion de naissances uniques ayant un retard de croissance intra-utérine, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002	46
Figure 28 : Proportion de naissances survenues chez des mères de moins de 20 ans, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002	47
Figure 29 : Taux de seringues destinées aux usagers de drogues injectables et expédiées dans les sites de distribution – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T., 2003-2004	54
Figure 30 : Taux de nouvelles prises en charge des 0 à 17 ans dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, territoires de réseaux locaux de la région A.-T., 2002-2003	55
Figure 31 : Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002	57
Figure 32 : Taux de femmes de 12 ans et plus victimes de violence dans un contexte conjugal – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2002.....	58
Figure 33 : Proportion de la population de 60 ans et plus ayant reçu le vaccin contre la grippe – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T., 2004-2005....	61
Figure 34 : Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au programme québécois de dépistage du cancer du sein, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2002-2003.....	62
Figure 35 : Taux d'hospitalisations jugées évitables, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001-2002 à 2003-2004.....	64
Figure 36 : Taux d'interventions dites pertinentes, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001-2002 à 2003-2004.....	65
Figure 37 : Taux d'aidants naturels (5 h de soins ou plus/semaine) pour les aînés de 65 ans et plus, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001.....	67
Figure 38 : Proportion de la population de 65 ans et plus en institution de santé – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001	68

Figure 39 : Taux d'incidence du cancer pour l'ensemble des sièges – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1997 à 2001	76
Figure 40 : Répartition des cancers selon le siège, région de l'A.-T., 1997 à 2001	77
Figure 41 : Taux d'incidence du cancer du poumon – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1997 à 2001	78
Figure 42 : Taux d'incidence du cancer du sein, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1997 à 2001	80
Figure 43 : Taux de prévalence du diabète parmi la population de 20 ans et plus – Territoire de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2001-2002	82
Figure 44 : Taux d'hospitalisation en courte durée pour toutes causes, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1999-2000 à 2003-2004	84
Figure 45 : Répartition des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon la cause, région de l'A.-T., 1999-2000 à 2003-2004	85
Figure 46 : Taux d'hospitalisation en courte durée pour maladies de l'appareil circulatoire, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1999-2000 à 2003-2004	87
Figure 47 : Taux d'hospitalisation en courte durée pour maladies de l'appareil respiratoire, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1999-2000 à 2003-2004	88
Figure 48 : Taux d'hospitalisation en courte durée pour maladies de l'appareil digestif, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1999-2000 à 2003-2004	90
Figure 49 : Taux d'hospitalisation en courte durée pour tumeurs, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1999-2000 à 2003-2004	91
Figure 50 : Taux d'hospitalisation en courte durée pour traumatismes non intentionnels, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1999-2000 à 2003-2004	92
Figure 51 : Taux d'incidence déclarée de l'infection à chlamydia, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2004	94

Figure 52 : Taux d'incidence déclarée de l'hépatite C, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2004	95
Figure 53 : Espérance de vie à la naissance chez les hommes, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 1998 à 2002	102
Figure 54 : Espérance de vie à la naissance chez les femmes, territoires de réseaux locaux de la région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 1998 à 2002	103
Figure 55 : Taux de mortalité, ensemble des causes – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002.....	104
Figure 56 : Répartition des décès selon la cause, région de l'Abitibi-Témiscamingue, 2000 à 2002	105
Figure 57 : Taux de mortalité pour tumeurs, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002	106
Figure 58 : Mortalité pour maladies de l'appareil circulatoire – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002.....	108
Figure 59 : Taux de mortalité pour maladies de l'appareil respiratoire, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002	109
Figure 60 : Taux de mortalité pour traumatismes non intentionnels – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002	110
Figure 61 : Taux de mortalité pour suicides – Territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002.....	111
Figure 62 : Taux d'années potentielles de vie perdues pour toutes les causes de mortalité, territoires de réseaux locaux de la région A.-T. et Québec, 2000 à 2002	113
Figure 63 : Répartition des années potentielles de vie perdues selon la cause, région de l'A.-T., 2000 à 2002.....	114

Introduction

La réalisation de ce portrait de santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue répond à plusieurs impératifs. D'une part, il s'agit d'une des activités dévolues à la Direction régionale de santé publique dans le cadre de son mandat légal. D'autre part, cela s'inscrit en continuité des portraits de santé élaborés pour chacun des territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région dans le contexte de la création des réseaux locaux de services. En effet, ces derniers doivent, dorénavant, garantir l'accès à la gamme complète de services généraux et spécialisés à la population de leur territoire dont ils sont responsables. Conséquemment, ils doivent connaître les besoins de leur population afin d'organiser adéquatement les services de santé et sociaux pour y répondre et, ultimement, contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de celle-ci. Ce portrait de santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue se veut donc un outil supplémentaire et complémentaire pour soutenir l'élaboration des projets cliniques et organisationnels par les CSSS, en offrant une vision régionale et donc plus globale.

La santé de la population d'un territoire ne se définit pas seulement comme l'absence de maladie. En effet, certains associent la santé à un état de bien-être physique, mental et social. Toutefois, la mesure de ces différents aspects nécessite d'envisager la santé d'une population non plus seulement comme un état, mais comme une capacité, une ressource, influencée par divers éléments de l'environnement social, de l'environnement économique ainsi que de l'environnement physique (Santé Canada, 2003, a), tels que :

- « le sexe;
- le niveau de revenu et le statut social;
- les réseaux de soutien social;
- l'éducation et l'alphabétisation;
- l'emploi et les conditions de travail;
- les environnements sociaux;
- les environnements physiques;

- les habitudes de santé et les capacités d'adaptation personnelles;
- le développement de la petite enfance et de l'adolescence;
- le patrimoine biologique et génétique;
- les services de santé;
- et la culture » (Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue, 2004).

Communément appelés les déterminants de la santé, ces multiples facteurs caractérisent à la fois les individus et la collectivité à laquelle ceux-ci appartiennent. En outre, il est maintenant reconnu que ces facteurs n'agissent pas de façon isolée sur la santé mais interagissent de façon complexe. En fait, « ce sont les interactions complexes de tous ces facteurs qui entraînent les effets les plus percutants sur la santé » (Santé Canada, 2003, a).

C'est en se basant sur cette approche de la santé qu'a été élaboré ce portrait. Il consiste en l'analyse d'une multitude d'indicateurs se rapportant aux déterminants de la santé ou à l'état de santé afin de cerner les caractéristiques d'une population en lien avec la santé. L'accent a cependant été mis ici sur les besoins, les aspects négatifs sur lesquels les intervenants se doivent d'agir et non sur les acquis de la population. Ajoutons que les principales limites de ce portrait résident dans le fait que certaines données, qui seraient fort pertinentes, sont actuellement inexistantes ou non disponibles. Dans les cas où des estimations ont été produites, rappelons que l'interprétation de celles-ci doit se faire avec prudence.

Ce document se divise principalement en deux sections. Tout d'abord, il est question des déterminants de la santé, parmi lesquels on retrouve divers indicateurs regroupés sous les dimensions suivantes : démographie, mode de vie et environnement social, environnement socio-économique, facteurs de risque, comportements liés à la santé, adaptation sociale, soins et services. La seconde partie traite de l'état de santé proprement dit. En fait, on y analyse les indicateurs portant sur la santé générale et le bien-être, la santé mentale, la santé physique, l'incapacité et la mortalité. Pour terminer, on retrouve une synthèse des deux sections.

Section 1 – DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

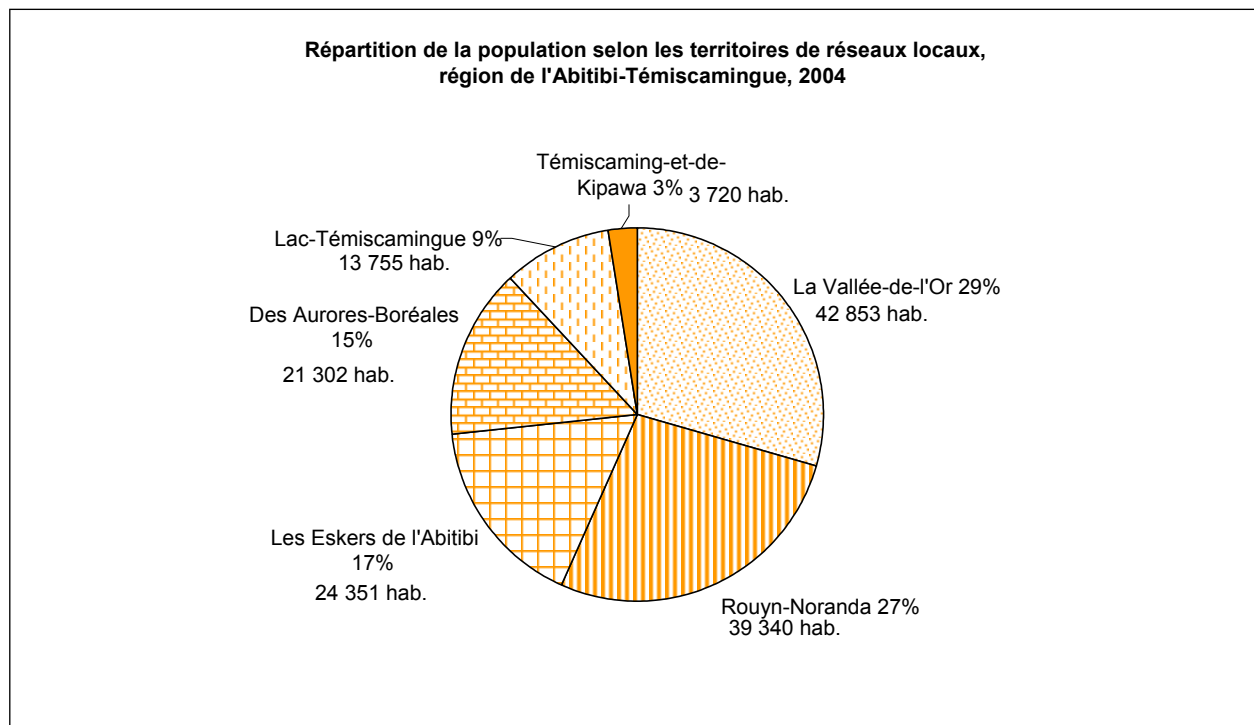
1. Démographie

Parce qu'« elle traite de la survenue des principaux événements de la vie personnelle et familiale [par exemple, les naissances, les décès, etc.] au sein des collectivités humaines » (Péron et Strohmenger, 1985 : 13), la démographie fournit un bon nombre d'indicateurs particulièrement utiles en santé publique. En effet, connaître la composition selon l'âge et le sexe et comprendre l'évolution d'une population sont des éléments clés pour les planificateurs de services de santé et de services sociaux. Cette première partie est donc consacrée à l'analyse de nombreux indicateurs démographiques.

• **Population totale**

En 2004, la population de l'Abitibi-Témiscamingue est estimée à 145 321 personnes, ce qui représente 2 % de la population du Québec. La répartition de cette population dans les différents territoires de réseaux locaux de santé est illustrée par la figure 1. Notons que le territoire de CSSS de la Vallée-de-l'Or s'avère le plus peuplé de la région, avec 42 853 personnes, alors que le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa comporte la plus faible population, 3 720 personnes.

Figure 1



Source : Statistique Canada, estimations pour 2004 révisées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en avril 2005.

• **Composition selon l'âge**

Comparativement au Québec, la population de l'Abitibi-Témiscamingue est un peu plus jeune, comme le confirment plusieurs indicateurs :

- l'âge médian est de 39,5 ans contre 39,7 ans au Québec;
- la proportion de jeunes de 0-14 ans s'élève à 19 % contre 17 % au Québec;
- l'indice de dépendance des jeunes (rapport des 0-14 ans sur les 15-64 ans) se révèle un peu supérieur à celui du Québec : on compte 27 jeunes de moins de 15 ans pour 100 personnes de 15 à 64 ans alors qu'au Québec, on dénombre 24 jeunes de moins de 15 ans pour 100 personnes de 15 à 64 ans;

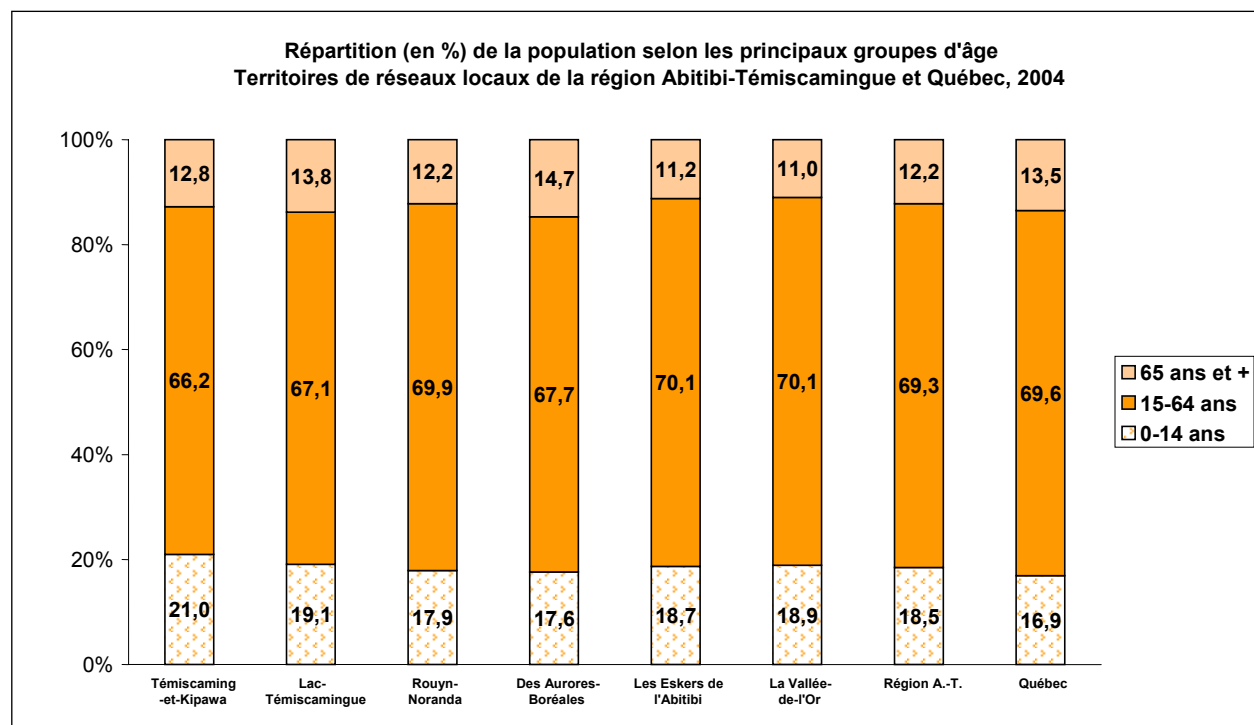
- les personnes âgées de 65 ans et plus sont relativement moins nombreuses : on en compte 12 % sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue alors que dans l'ensemble du Québec, cette même proportion est estimée à 14 %;
- l'indice de vieillesse est également éloquent : on recense 66 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 15 ans en Abitibi-Témiscamingue, tandis qu'au Québec, on dénombre 80 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 15 ans.

Population un peu plus jeune
qu'au Québec

La figure 2 illustre la répartition des trois principaux groupes d'âge dans les six territoires de CSSS, en Abitibi-Témiscamingue et au Québec :

- Dans la région, la proportion de jeunes de 0 à 14 ans est la plus importante dans le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa (21 %) et la plus faible dans celui des Aurores-Boréales (17,6 %).
- Concernant le groupe des 15 à 64 ans, dans la région, c'est dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa qu'on observe le taux le plus bas, 66,2 %. À l'inverse, le taux le plus élevé, 70,1 % caractérise à la fois le territoire Les Eskers de l'Abitibi ainsi que celui de la Vallée-de-l'Or.
- Le territoire des Aurores-Boréales présente le pourcentage le plus élevé de personnes de 65 ans et plus (14,7 %) en Abitibi-Témiscamingue, alors que celui de Rouyn-Noranda détient le taux le plus bas (12,2 %).

Figure 2



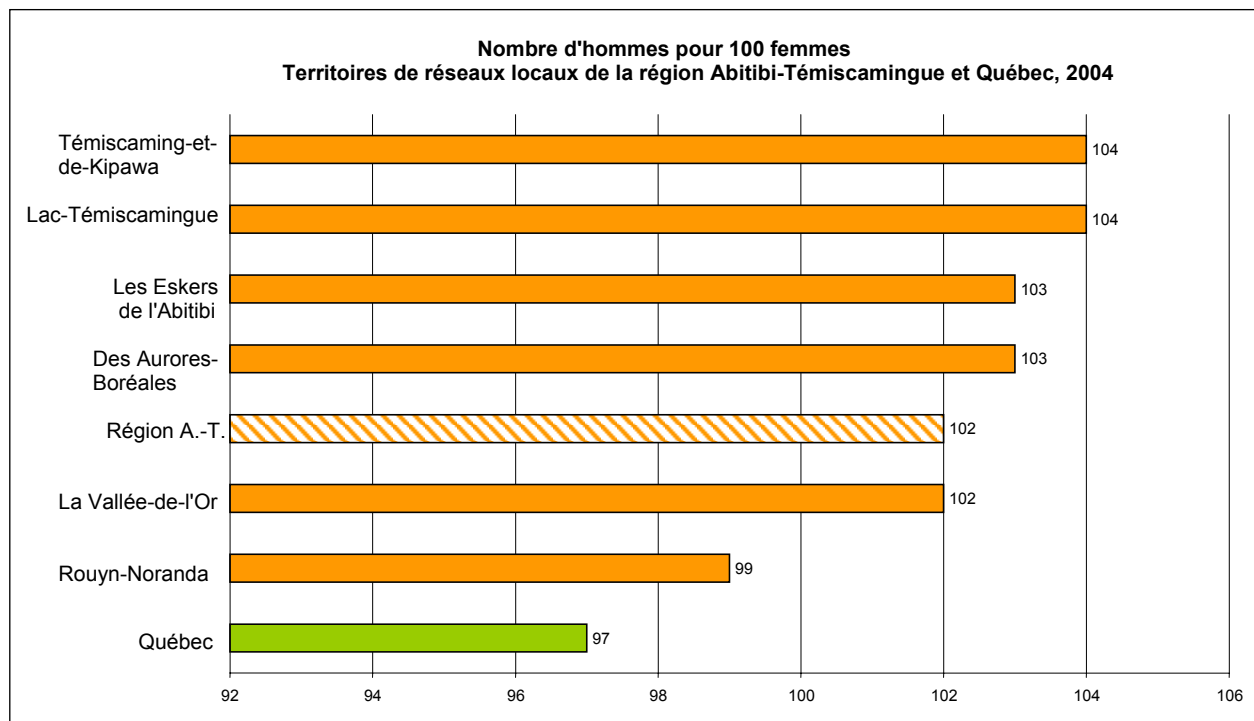
Source : Statistique Canada, estimations pour 2004, produites en décembre 2004.

• **Composition selon le sexe**

Selon le rapport de masculinité, on retrouve en 2004 un peu plus d'hommes que de femmes dans la région, 102 hommes pour 100 femmes. Au Québec, c'est la situation inverse puisqu'on dénombre 97 hommes pour 100 femmes.

La figure 3 présente pour chaque territoire de CSSS, en plus de l'Abitibi-Témiscamingue et du Québec, le nombre d'hommes pour 100 femmes. On remarque que ce ratio est le plus bas à Rouyn-Noranda (99 hommes pour 100 femmes), alors qu'il est le plus élevé dans les territoires de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue (104 hommes pour 100 femmes).

Figure 3



Source : Statistique Canada, estimations pour 2004, produites en décembre 2004.

• **Fécondité**

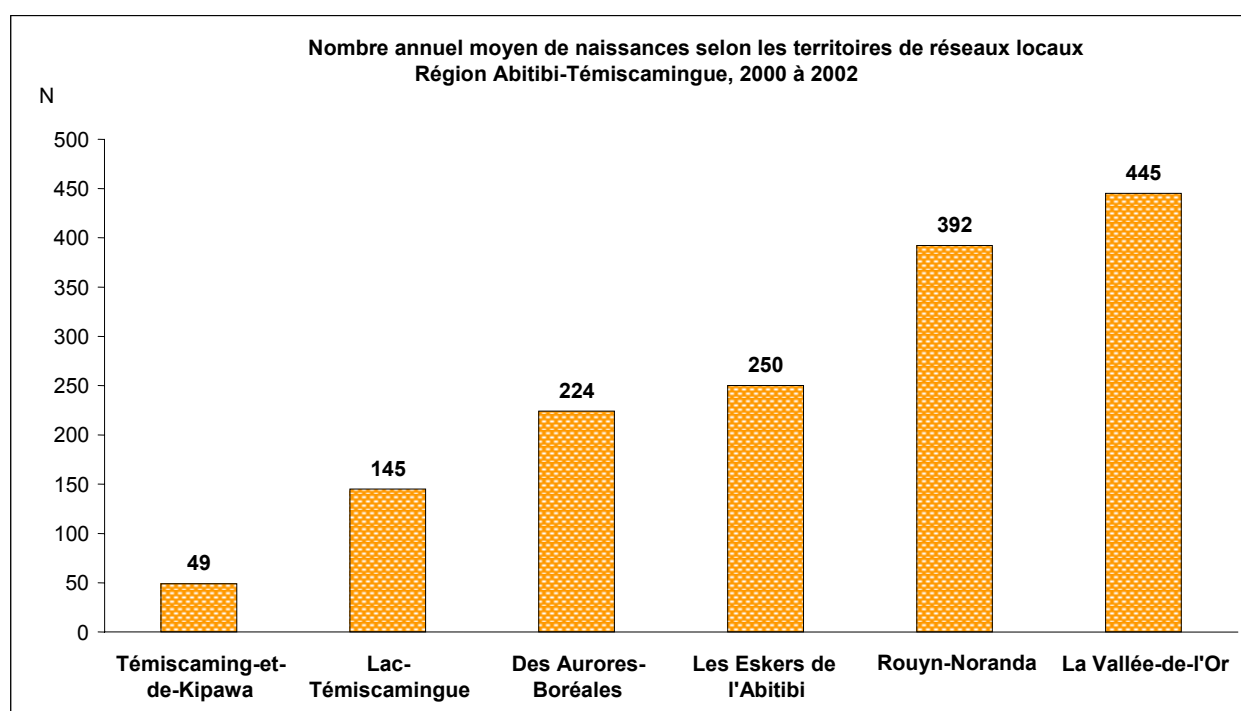
Alors que de 1997 à 1999 on enregistrait en moyenne 1 731 naissances annuellement dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, de 2000 à 2002, la moyenne a décliné pour se situer à 1 505 naissances par année, soit une baisse de 13 % en très peu de temps.

Baisse significative du nombre de naissances ces dernières années

Comme l'illustre la figure 4, c'est dans le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa qu'on enregistre le nombre annuel moyen de naissances le plus faible, soit 49, et à l'inverse,

dans le territoire de CSSS de la Vallée-de-l'Or que le nombre est le plus élevé, 445 en moyenne annuellement.

Figure 4

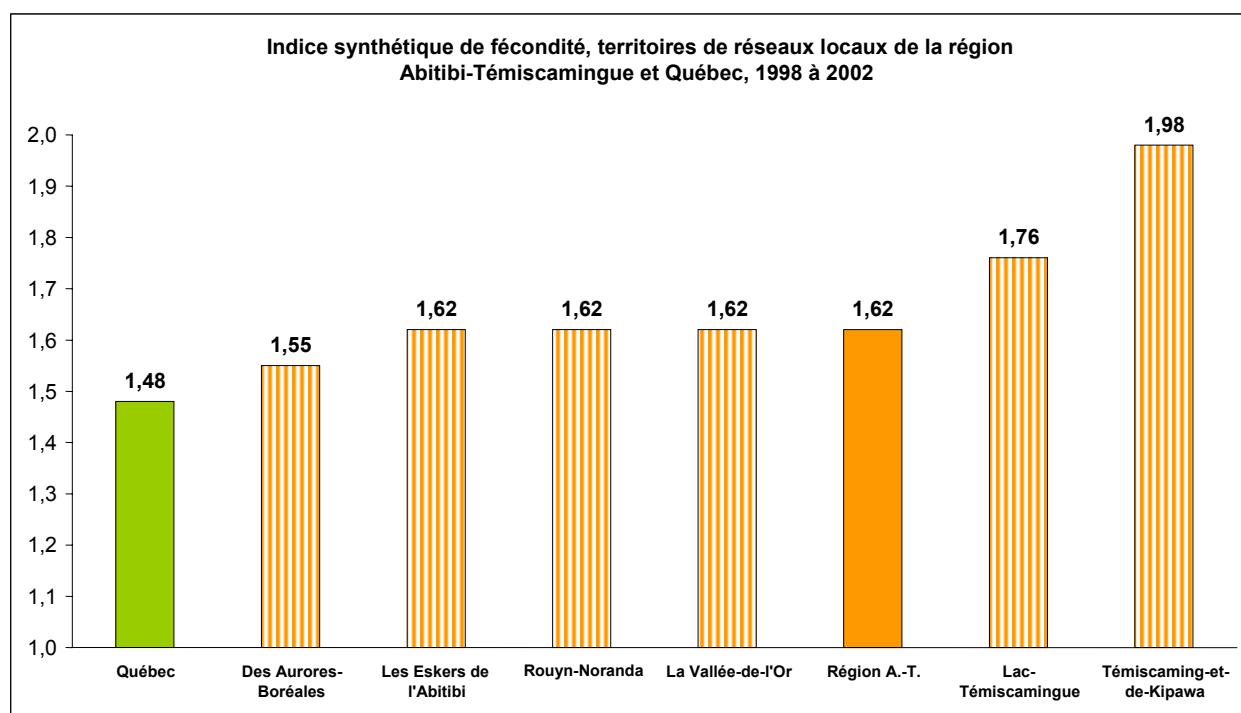


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des naissances, 2000 à 2002.

Malgré la baisse des naissances, l'Abitibi-Témiscamingue affiche encore un indice synthétique de fécondité supérieur à celui du Québec pour la période 1998 à 2002, soit 1,62 enfant par femme comparativement à 1,48 au Québec. Cela s'avère néanmoins insuffisant pour assurer le remplacement des générations puisqu'un seuil de 2,1 enfants par femme est nécessaire.

Comme le montre la figure 5, bien que tous les territoires de CSSS de la région présentent un indice synthétique de fécondité ayant une valeur supérieure à celui du Québec, des variations importantes sont observables entre les différents territoires. Ainsi, le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa se démarque avec l'indice synthétique de fécondité le plus élevé, soit 1,98 enfant, tandis que le territoire de CSSS des Aurores-Boréales affiche l'indice le plus faible, 1,55 enfant.

Figure 5



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des naissances, 1998 à 2002.

Statistique Canada, estimations de population pour 2000, révisées en décembre 2004.

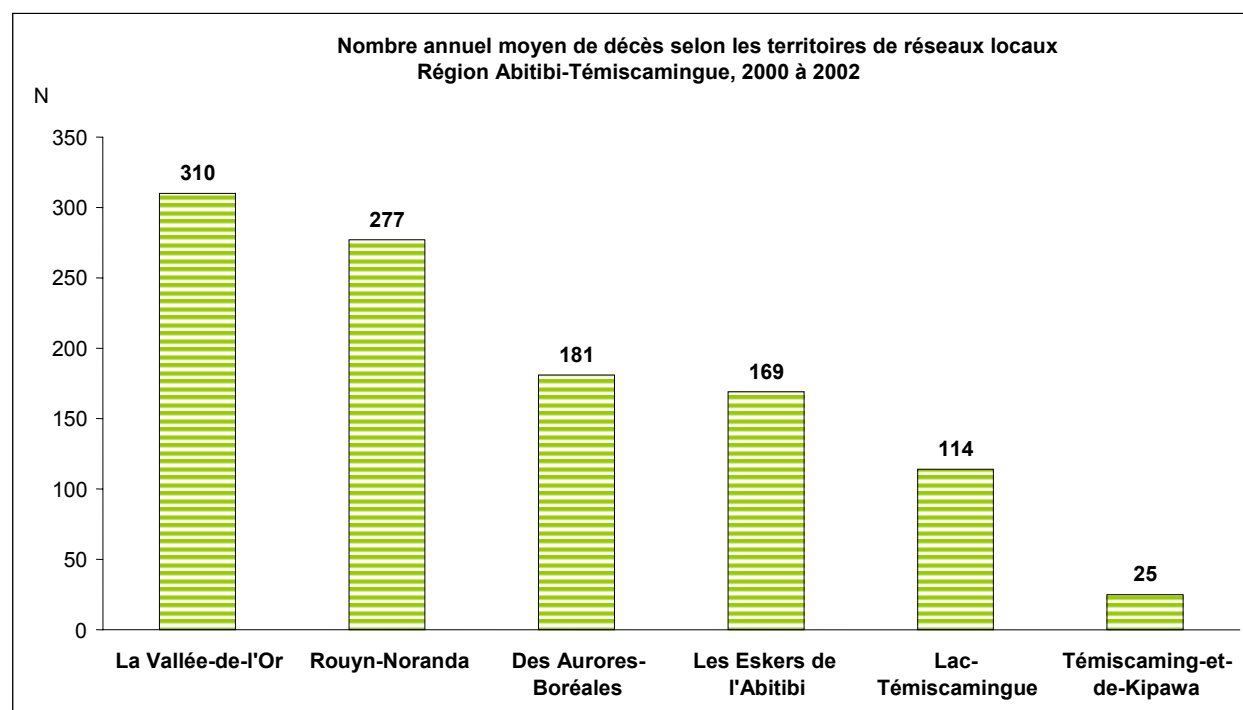
• **Mortalité**

De 1998 à 2002, le nombre de décès enregistrés annuellement en Abitibi-Témiscamingue a presque toujours augmenté, sauf en 2000 où il a légèrement diminué. Il est ainsi passé de 995 en 1998 à 1 121 en 2002, ce qui représente une augmentation de 13 % en 4 ans et un accroissement annuel moyen de l'ordre de 3 %.

*Hausse des décès
ces dernières années*

Parmi les six territoires de CSSS de la région, celui de la Vallée-de-l'Or se démarque avec le nombre annuel moyen de décès le plus élevé, 310, alors que celui de Témiscaming-et-de-Kipawa enregistre le nombre de décès le plus bas, soit en moyenne 25 par année (voir figure 6).

Figure 6



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès, 2000 à 2002.

• **Migrations internes**¹

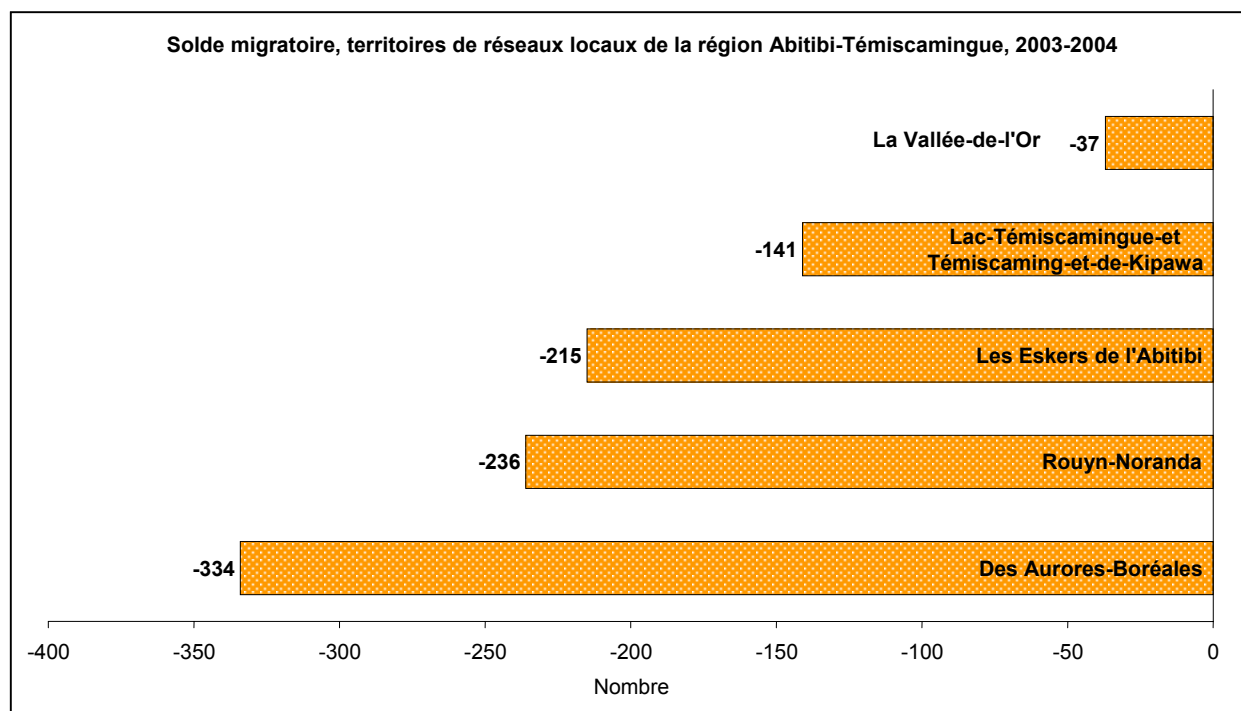
Le solde migratoire en Abitibi-Témiscamingue s'est avéré négatif au cours des dernières années, le nombre de résidents sortants surpassant le nombre de résidents entrants. La situation pour 2003-2004 marque toutefois une légère amélioration par rapport aux années antérieures, le solde migratoire s'élevant à -963 personnes en 2003-2004, comparativement à -1 520 en 2002-2003 et à -1 996 en 2001-2002.

Amélioration en 2003-2004 : le total des entrées-sorties se résume par une perte de population moins importante que les années précédentes

Comme l'illustre la figure 7 pour 2003-2004, les soldes migratoires des différents territoires de CSSS de la région sont tous négatifs toutefois l'ampleur des pertes de population varie. Le territoire de CSSS des Aurores-Boréales présente le solde migratoire négatif le plus élevé, à savoir, -334 personnes, tandis, qu'à l'inverse, le solde migratoire négatif le plus faible est enregistré dans le territoire de CSSS de la Vallée-de-l'Or, -37 personnes.

1. Il s'agit des mouvements de population à l'intérieur du Québec seulement et non à l'extérieur.

Figure 7



Source : Institut de la statistique du Québec, exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec, année 2003-2004.

• Évolution

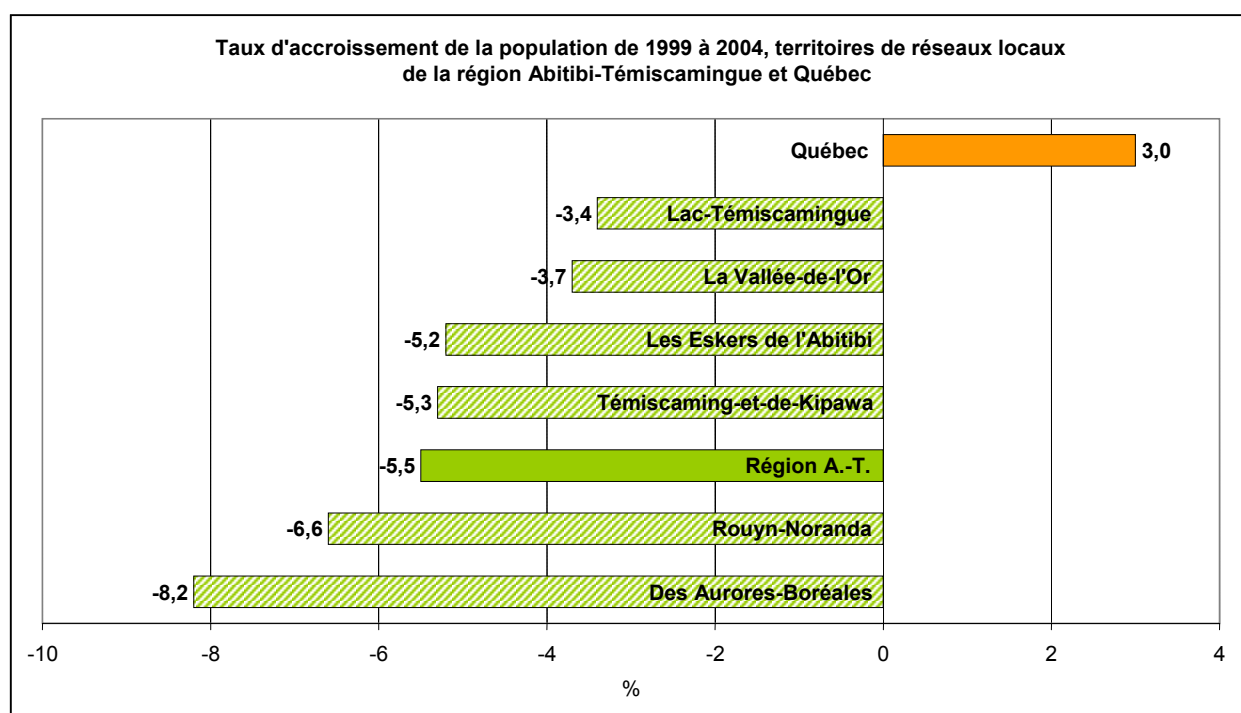
L'évolution démographique des cinq dernières années (1999 à 2004) s'est traduite en Abitibi-Témiscamingue par une perte de population de 6 %, soit 8 381 personnes de moins alors que le Québec a, pour sa part, enregistré une faible croissance de 3 % au cours de la même période.

Perte de population de 6 %
en 5 ans

Dans la région, le déclin de la population est attribuable à la fois à une baisse du nombre de naissances, à un accroissement du nombre de décès mais surtout au départ de nombreux résidents.

L'amplitude de la décroissance de la population varie cependant selon les territoires de CSSS de la région (voir figure 8). Ainsi, toujours pour la période 1999 à 2004, la diminution de population la plus importante a été observée dans le territoire de CSSS des Aurores-Boréales avec une baisse de 8 %, tandis que la réduction la plus faible a été enregistrée dans le territoire du Lac-Témiscamingue où la perte a été de 3 %.

Figure 8

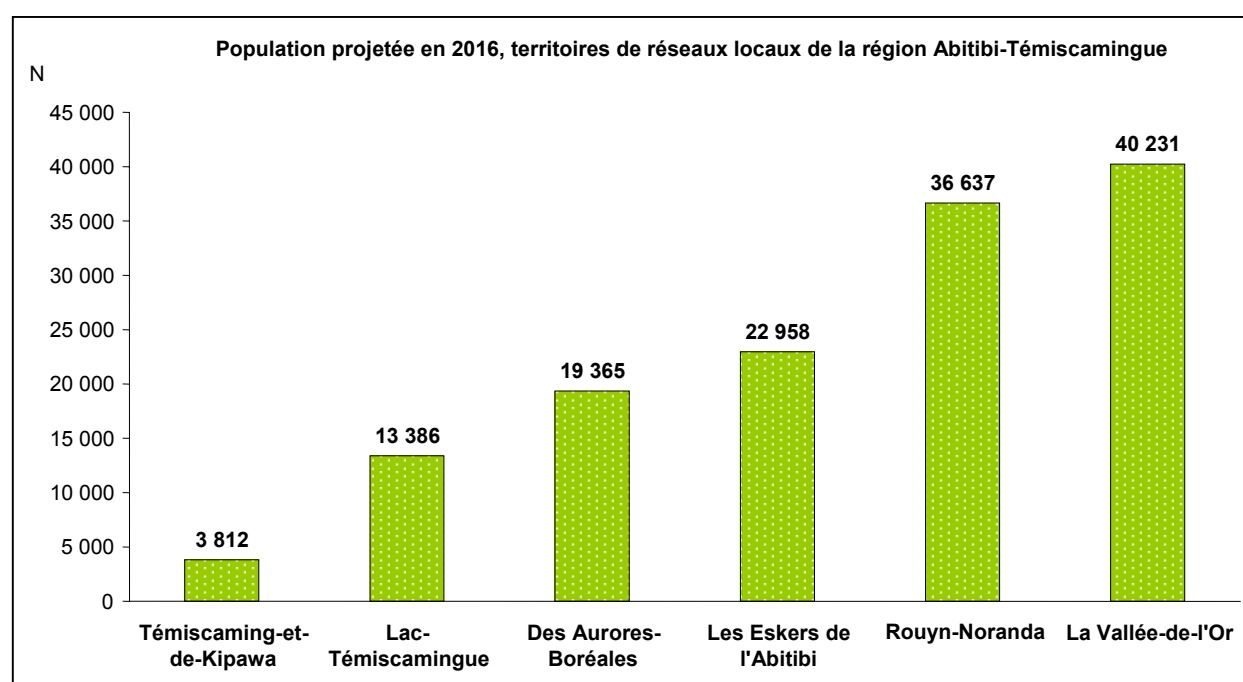


Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour les années 1999 et 2004, produites en décembre 2004 et révisées par l'Institut de la statistique du Québec en avril 2005.

• **Population projetée en 2016**

Selon les projections de population les plus récentes, l'Abitibi-Témiscamingue compterait en 2016 un total de 136 389 personnes, soit 6 % de personnes de moins qu'en 2004. La figure 9 illustre la répartition de cette population dans les différents territoires de CSSS de la région. Ainsi, celui de la Vallée-de-l'Or devrait continuer à être le plus peuplé des six tandis que celui de Témiscaming-et-de-Kipawa devrait demeurer le territoire avec la population la plus faible.

Figure 9



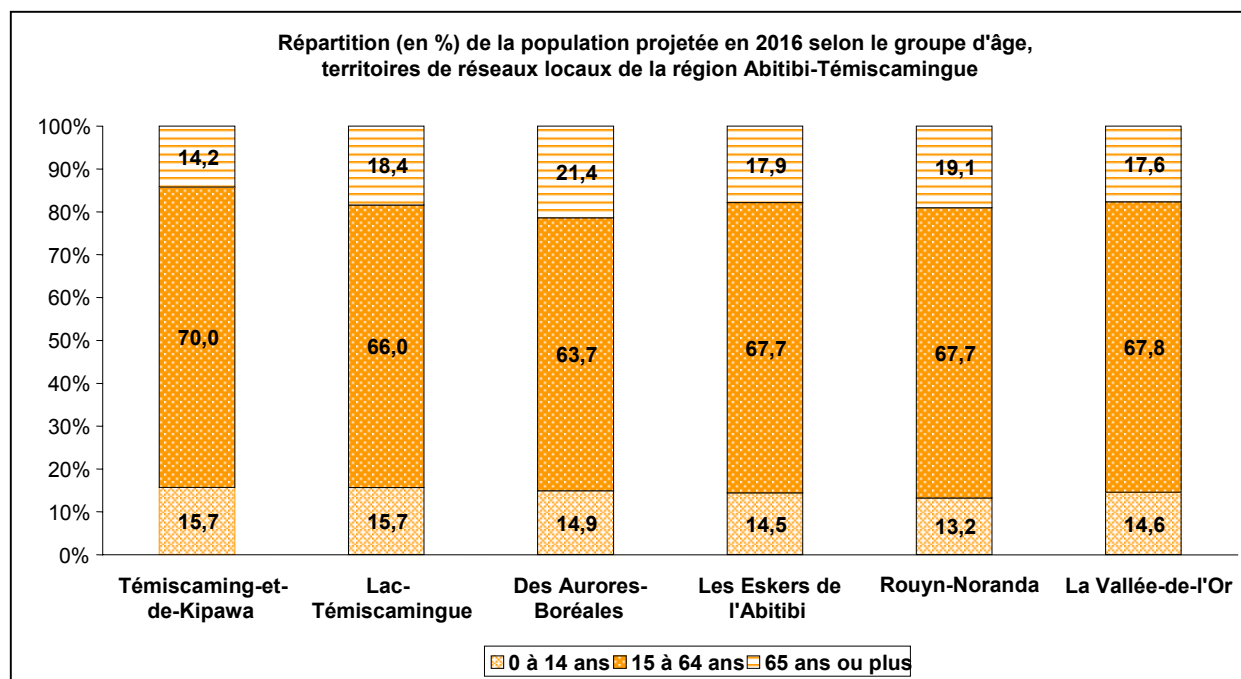
Source : Institut de la statistique du Québec, projections démographiques pour 2016 diffusées en février 2005.

Compte tenu du vieillissement prévu de la population, la part des jeunes de moins de 15 ans en Abitibi-Témiscamingue devrait s'amenuiser et se situer autour de 14 % en 2016 (comparé à 19 % en 2004). À l'inverse, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître et atteindre 19 % en 2016, comparée à 12 % en 2004.

Population moins nombreuse en 2016 :
moins de jeunes et plus de personnes
âgées de 65 ans et plus

Dans les différents territoires de CSSS de la région, la part des jeunes de moins de 15 ans devrait fluctuer entre 13 % et 16 %, la proportion la plus faible étant prévue pour le territoire de Rouyn-Noranda et la plus élevée pour ceux de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue (voir figure 10). À l'autre extrême, le poids des aînés de 65 ans et plus devrait varier entre 14 % et 21 % selon les territoires, le pourcentage le plus bas étant prévu pour le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa et le plus haut pour celui des Aurores-Boréales.

Figure 10



Source : Institut de la statistique du Québec, projections démographiques pour 2016 diffusées en février 2005.

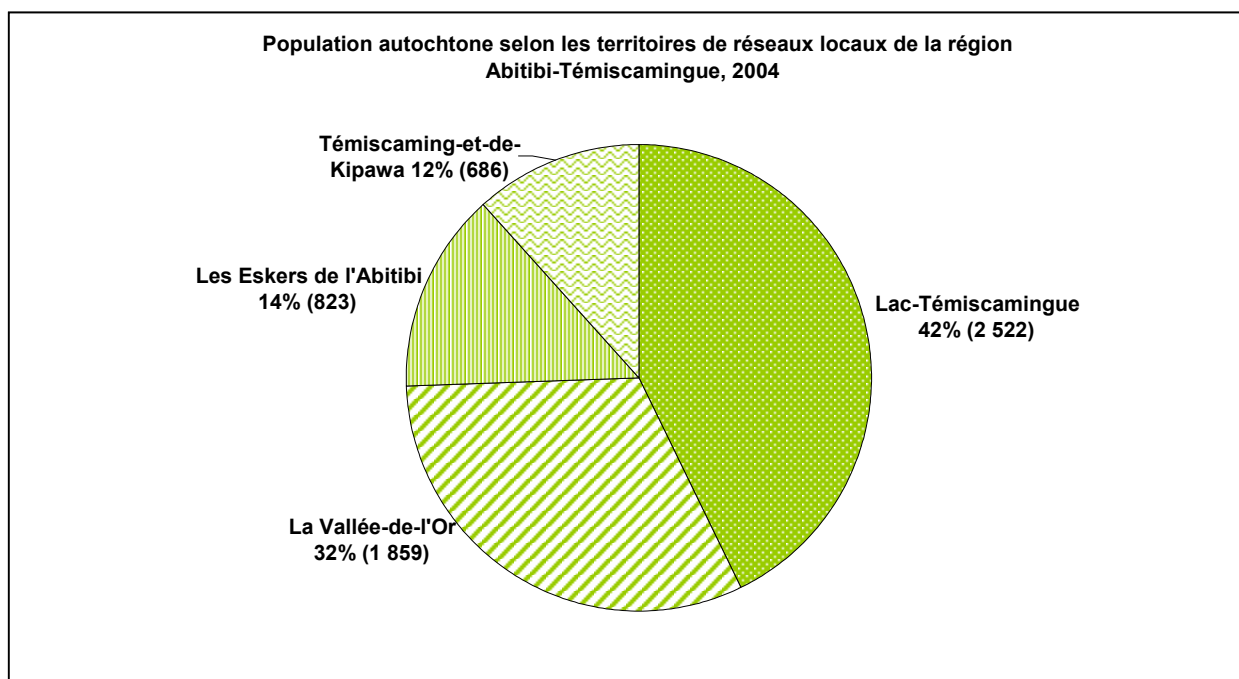
• **Population autochtone**

La population de l'Abitibi-Témiscamingue se répartit entre 63 municipalités, cinq territoires non organisés, quatre réserves indiennes et deux établissements indiens. De fait, une des particularités de ce territoire réside dans la présence d'une population autochtone estimée à 5 890 personnes en 2004, ce qui représente 4 % de l'ensemble de la population.

4 % de la population
est autochtone

Comme l'indique la figure 11, la population autochtone enregistrée (Registre des indiens) se retrouve uniquement dans quatre des six territoires de CSSS de la région. La proportion la plus élevée (42 %) vit dans le territoire de CSSS du Lac-Témiscamingue. Le tiers des autochtones habite celui de la Vallée-de-l'Or, environ un sur sept demeure dans celui des Eskers de l'Abitibi et enfin un sur huit réside dans celui de Témiscaming-et-de-Kipawa.

Figure 11



Source : Registre des indiens, ministère des Affaires indiennes et du Nord Canadien, données au 31 décembre 2004.

En dépit de la petitesse de ses effectifs, la population autochtone se démarque de par sa structure et son évolution tout à fait différentes de celle du reste de la région. Globalement, il s'agit d'une population beaucoup plus jeune :

- la moitié des autochtones sont âgés de moins de 28 ans alors que l'âge médian est de 40 ans pour l'ensemble de la population de la région;
- les jeunes de moins de 15 ans représentent 27 % de la population autochtone contre 19 % dans l'ensemble;
- on compte 40 jeunes de moins de 15 ans pour 100 personnes de 15 à 64 ans alors que dans l'ensemble de la population, le même rapport est de 27 pour 100;
- les personnes âgées de 65 ans et plus sont très peu nombreuses puisqu'elles comptent pour 5 % de la population autochtone contre 12 % dans la population en général;

- l'indice de vieillesse révèle qu'on recense 19 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 15 ans, alors que dans l'ensemble de la population le rapport est de 66, ce qui traduit bien l'écart important existant entre les deux populations.

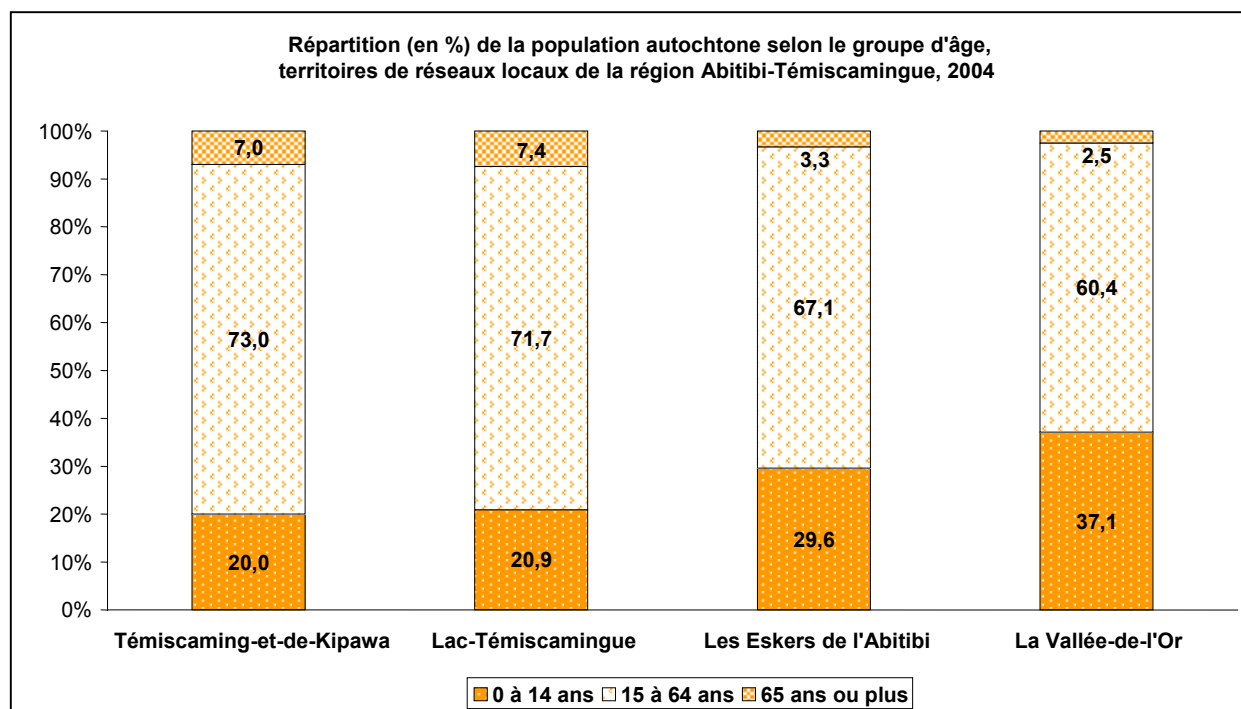
Une population très jeune :
la moitié des autochtones
ont moins de 28 ans

Les aînés autochtones :
très peu nombreux

En Abitibi-Témiscamingue, l'âge médian de la population autochtone varie selon les différents territoires de CSSS. Ainsi, l'âge médian le plus bas, 21 ans, s'observe dans le territoire de la Vallée-de-l'Or alors que le plus élevé, 37 ans, caractérise la population autochtone de Témiscaming-et-de-Kipawa.

La figure 12 montre, pour sa part, que la proportion de jeunes autochtones de moins de 15 ans tout comme celle des aînés de 65 ans et plus varie selon les territoires de CSSS de la région. Ainsi, la proportion la plus faible de jeunes de moins de 15 ans se retrouve dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa (20 %) tandis que la plus élevée, 37 % de la population, s'observe dans celui de la Vallée-de-l'Or. En ce qui concerne les personnes de 65 ans et plus, leur poids varie entre 3 %, taux le plus faible enregistré dans le territoire de la Vallée-de-l'Or, et 7 %, pourcentage le plus haut présenté par les territoires de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue.

Figure 12



Source : Registre des indiens, ministère des Affaires indiennes et du Nord Canadien, données au 31 décembre 2004.

Autre particularité de la population autochtone, elle ne fait pas face à un déclin et connaît, au contraire, une croissance démographique qui s'est avérée de 10,4 % en Abitibi-Témiscamingue au cours des cinq dernières années (1999 à 2004). Il s'agit même d'une croissance supérieure à celle de l'ensemble des autochtones du Québec qui ont vu leur population augmenter de 8,5 % au cours de la même période.

Une population autochtone en
croissance démographique

À l'intérieur de la région, c'est dans le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi que la population autochtone a connu la croissance la plus rapide, 13 % de 1999 à 2004, alors que la croissance la plus faible, 7 %, a été observée dans le territoire du Lac-Témiscamingue.

Comme l'indique le rapport de masculinité, la population autochtone de l'Abitibi-Témiscamingue compte 95 hommes pour 100 femmes, soit un peu moins d'hommes que de femmes. La situation est inverse concernant l'ensemble de la population : 102 hommes pour 100 femmes. Dans les quatre territoires de CSSS comportant une population autochtone, le rapport de masculinité est variable; il fluctue entre 89 hommes pour 100 femmes (CSSS du Lac-Témiscamingue) et 101 hommes pour 100 femmes (CSSS de la Vallée-de-l'Or).

2. Mode de vie et environnement social

Les relations sociales qui se produisent à l'intérieur du réseau familial et du réseau social ont des effets sur la santé des individus. « L'entraide et le respect qui se manifestent dans les relations sociales, le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découlent semblent constituer un coussin protecteur contre les problèmes de santé » (Santé Canada, 2003, a). C'est la raison pour laquelle il s'avère pertinent de documenter la situation de vie des personnes et des familles résidant dans la région. Le lecteur pourra, par ailleurs, constater qu'actuellement nous disposons de peu d'information sur l'environnement social proprement dit; il s'agit d'une dimension à développer.

• **Ménages privés**

En 2001, on retrouve en Abitibi-Témiscamingue 58 925 ménages privés regroupant 143 950 personnes, pour une moyenne de 2,4 personnes par ménage privé, ce qui est identique à la moyenne québécoise. À cet égard, on ne peut que constater la diminution de la taille des ménages à chaque nouveau recensement. On est ainsi passé d'une moyenne de 2,9 personnes

en 1986, à 2,7 en 1991, 2,6 en 1996 et 2,4 en 2001. En outre, alors qu'antérieurement le nombre moyen de personnes par ménage privé en Abitibi-Témiscamingue était toujours légèrement supérieur à la moyenne québécoise, en 2001 l'écart n'existe plus. Comme le mentionnent Girard et Bellot (2000 : 65), « la baisse du nombre d'enfants de même que l'augmentation des ruptures d'union peuvent être évoquées pour expliquer cette diminution dans le temps de la taille des ménages privés ». Notons enfin que le nombre moyen de personnes par ménage privé varie de 2,4 à 2,5 dans les différents territoires de CSSS de la région.

La taille des ménages diminue au fil des ans
En 2001 : 1 ménage = 2,4 personnes

Parmi l'ensemble des ménages privés, on recense aussi bien des familles avec enfant(s), des couples sans enfant, des personnes seules ou encore des personnes vivant avec d'autres personnes.

• **Familles avec enfant(s)**

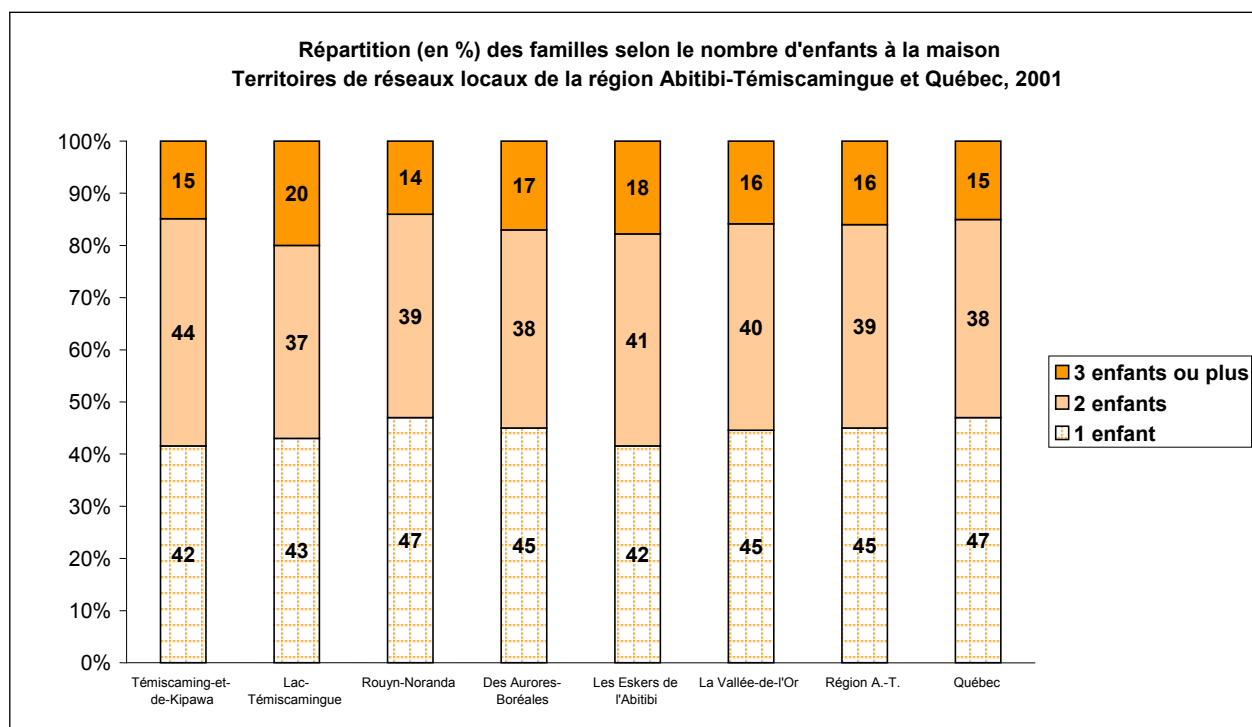
Les familles ayant des enfants vivant à la maison sont au nombre de 26 095 en Abitibi-Témiscamingue en 2001 :

- celles vivant avec un seul enfant sont les plus nombreuses; elles représentent 45 % de l'ensemble, pourcentage qui se révèle d'ailleurs moins élevé qu'au Québec (47 %);
- les familles comptant deux enfants à la maison regroupent, quant à elles, 39 % des familles, comparativement à 38 % au Québec;
- quant aux familles comprenant trois enfants ou plus à la maison, elles sont nettement moins nombreuses et représentent le 16 % restant, pourcentage légèrement supérieur au taux québécois (15 %).

Un peu plus de familles
ayant 2 enfants ou plus

La figure 13 illustre la répartition des familles selon le nombre d'enfants vivant à la maison et le territoire. C'est à Rouyn-Noranda que l'on retrouve la plus grande proportion de familles avec un seul enfant (47 %) et la plus faible proportion de familles ayant trois enfants ou plus (14 %). À l'inverse, les territoires de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa et Les Eskers de l'Abitibi présentent la proportion la plus faible de familles avec un enfant (42 %), alors que celui du Lac-Témiscamingue se distingue avec la proportion la plus importante de familles avec trois enfants ou plus (20 %).

Figure 13



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, le nombre moyen d'enfants vivant à la maison s'établit en 2001 à 1,8 alors qu'au Québec, il est de 1,7 par famille. Dans la région, le nombre moyen d'enfants vivant à la maison fluctue selon les territoires de CSSS. Ainsi, la valeur la plus faible, 1,7, est observée dans le territoire de CSSS de Rouyn-Noranda tandis que la plus élevée, 1,9 enfant, est enregistrée dans celui du Lac-Témiscamingue.

Nombre moyen d'enfants
vivant à la maison = 1,8

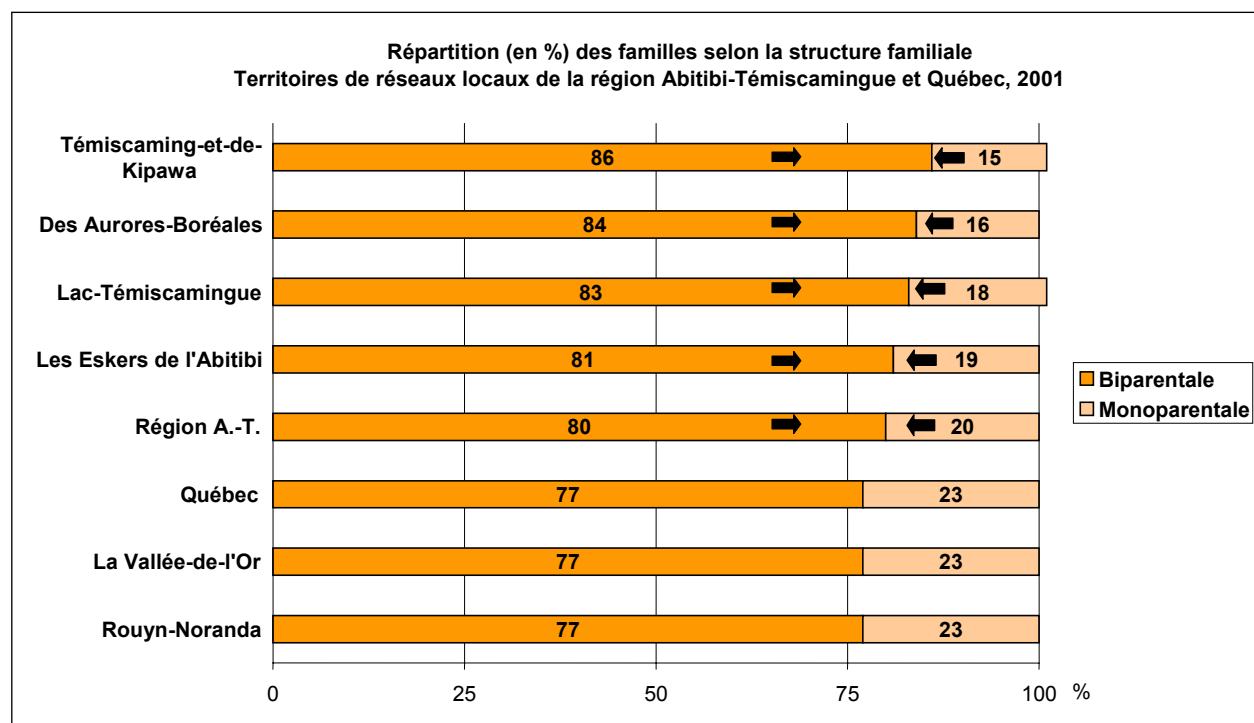
Le nombre de familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans est évalué à 19 975 en 2001. Parmi ces familles, quatre sur cinq (80 %) sont des familles biparentales (mariées ou en union libre), ce qui est significativement supérieur à l'ensemble du Québec (77 %). Les familles monoparentales représentent, quant à elles, 20 % de l'ensemble des familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, ce qui est inférieur au pourcentage québécois (23 %).

Dans l'ensemble des territoires de CSSS, on peut également observer plus de familles biparentales et moins de familles monoparentales par rapport au Québec, sauf en ce qui concerne la Vallée-de-l'Or et Rouyn-Noranda, où la situation est comparable à l'ensemble de la province. Notons que ces territoires de CSSS sont les plus urbanisés de la région, alors que les autres territoires ont un profil beaucoup plus rural, ce qui expliquerait peut-être cette différence.

Plus de familles
biparentales qu'au Québec

Moins de familles
monoparentales qu'au Québec

Figure 14



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

En ce qui concerne les familles monoparentales dans la région, trois sur quatre (75 %) sont dirigées par une femme, ce qui est significativement inférieur à la proportion québécoise (81 %). Dans la plupart des territoires de CSSS de la région, la situation est la même. Seules exceptions, Rouyn-Noranda et la Vallée-de-l'Or qui présentent un taux de familles monoparentales dirigées par une femme similaire à la proportion québécoise.

Moins de familles monoparentales
dirigées par une femme qu'au Québec

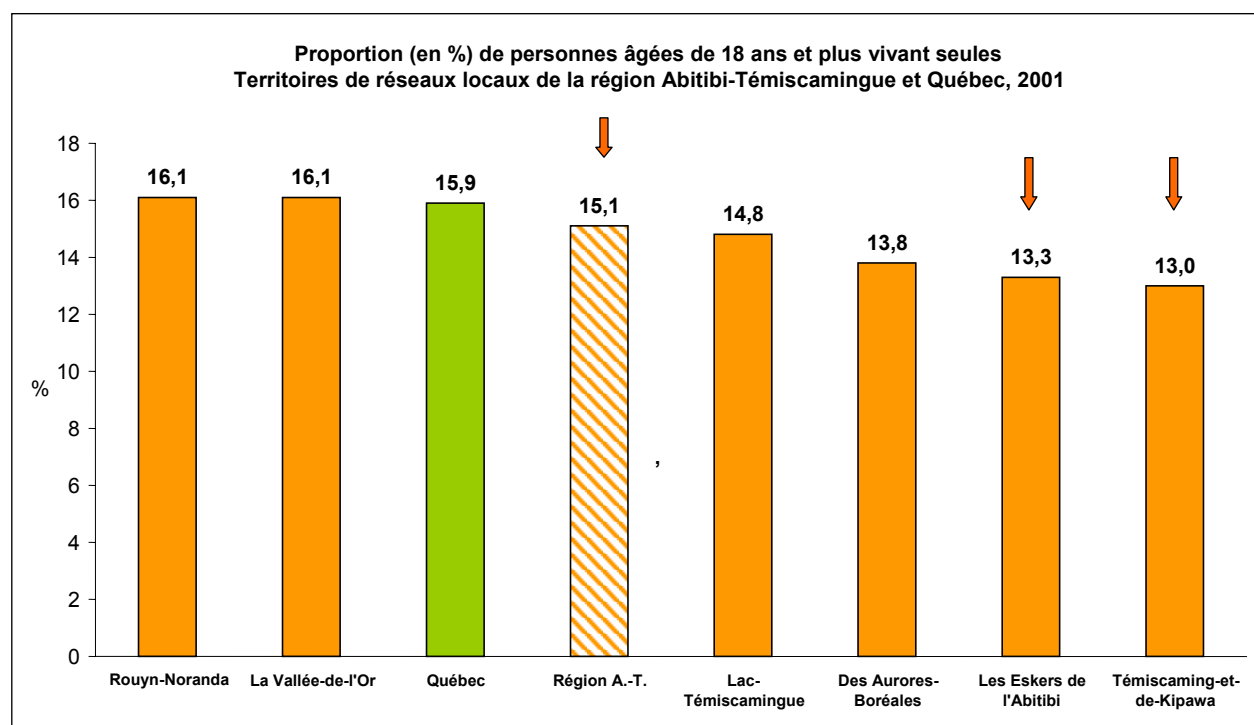
• **Personnes seules**

Les personnes vivant seules constituent, pour leur part, un groupe en augmentation progressive. Ainsi, en 2001, l'Abitibi-Témiscamingue comptait près de 16 300 personnes vivant seules, soit 15 % de la population de 18 ans et plus, ce qui est un peu inférieur au taux du Québec (16 %).

Vivre seul : une tendance qui s'accroît mais qui demeure un peu moins répandue qu'au Québec

Dans la plupart des territoires de CSSS, la proportion de personnes vivant seules est comparable à celle de l'ensemble du Québec, exception faite de Témiscaming-et-de-Kipawa et Les Eskers de l'Abitibi où le pourcentage de personnes seules est significativement inférieur au taux québécois (voir figure 15).

Figure 15



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

Parmi la population témiscabitiébienne de 18 à 64 ans, le pourcentage de personnes seules s'établit à 12 %, ce qui est inférieur au taux québécois de 13 %. À l'échelle des territoires de CSSS, ce pourcentage est également inférieur à l'ensemble du Québec sauf à Rouyn-Noranda et dans la Vallée-de-l'Or, où il est comparable au taux québécois. Encore une fois, les territoires plus urbanisés de la région se comparent davantage au Québec.

Un peu moins de personnes seules
parmi les gens de 18 à 64 ans

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, vivre seul est une situation de vie beaucoup plus fréquente; en Abitibi-Témiscamingue, cela touche ainsi près du tiers d'entre elles (32 %). Au Québec, le pourcentage est de 31 % chez les personnes de cet âge. Dans la région, le taux fluctue entre 28 % et 34 % selon les territoires de CSSS.

1 personne âgée de 65 ans et plus
sur 3 vit seule

• **Langue maternelle**

Par langue maternelle, on entend la première langue apprise dans l'enfance. Les données du dernier recensement indiquent qu'en Abitibi-Témiscamingue, le français constitue la langue maternelle de 95 % de la population comparativement à 3 % pour l'anglais et 2 % d'autres langues. Des résultats similaires sont observés dans la plupart des territoires de CSSS de la région. Seul celui de Témiscaming-et-de-Kipawa se démarque des autres : le français y représente la langue maternelle de 64 % seulement de la population; de fait, c'est l'anglais qui est la première langue apprise dans l'enfance pour 32 % des résidents de ce territoire.

3. Environnement socio-économique

Ce qu'on désigne ici par environnement socio-économique regroupe l'ensemble des indicateurs disponibles en lien avec la situation économique. Cela inclut notamment le niveau de scolarité, le taux d'activité, les différents domaines d'activité, le taux de chômage, le revenu personnel disponible, et différents autres indicateurs en lien avec une situation matérielle difficile. Il importe par ailleurs de souligner ici que de nombreuses recherches ont mis en évidence le fait que l'état de santé s'améliore à chaque étape de la hiérarchie des revenus et du niveau social. Avec des revenus plus élevés, les personnes améliorent non seulement leurs conditions de vie mais peuvent également exercer un plus grand contrôle sur leur vie. Plusieurs études ont ainsi démontré que lorsque les gens ont de moins bonnes conditions de vie, ils sont plus vulnérables face à certaines maladies touchant les systèmes immunitaire et hormonal. Il a également été prouvé que des liens étroits existent entre le niveau d'instruction et la situation économique : « le niveau d'instruction contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre leurs problèmes [...], se renseigner et comprendre l'information pour soigner leur santé » (Santé Canada, 2003, a).

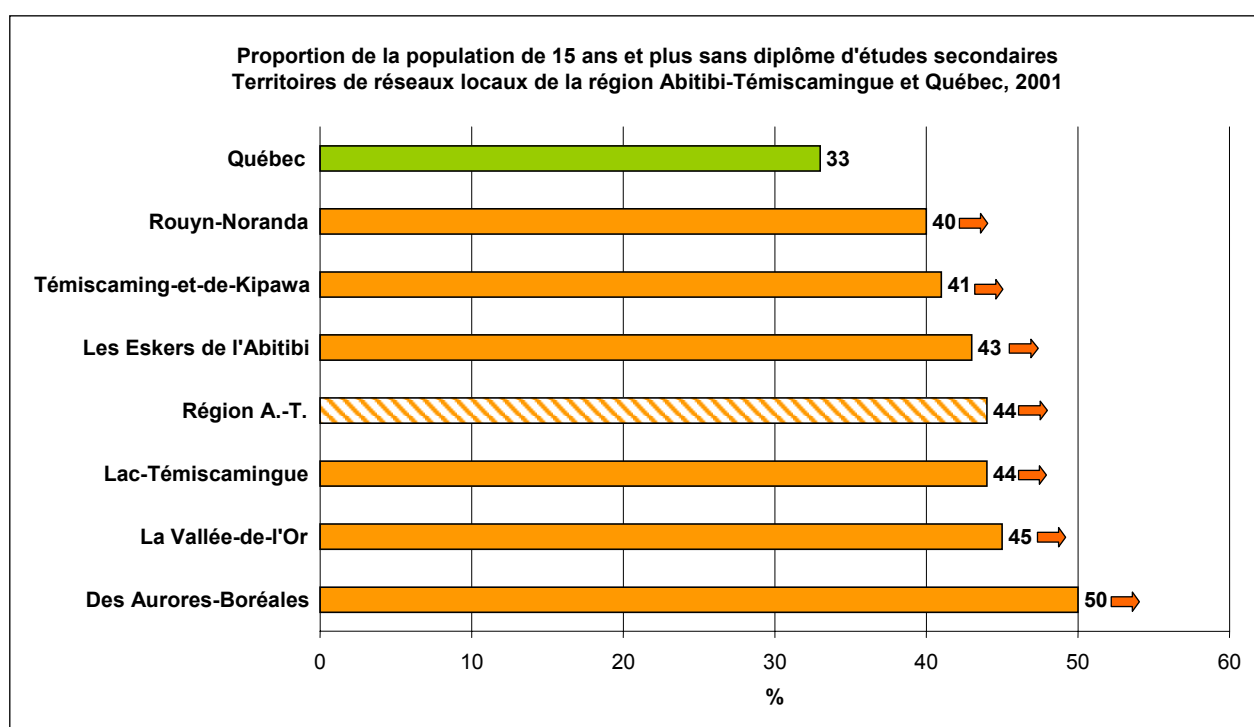
• **Faible scolarité**

Au fil du temps, différents indicateurs ont révélé que les résidents de l'Abitibi-Témiscamingue étaient généralement moins scolarisés que l'ensemble des Québécois et ce, en dépit de certaines améliorations. Le recensement de 2001 confirme encore une fois l'écart existant entre la région et le Québec sur le plan de la scolarisation. Ainsi, la proportion de personnes de 15 ans et plus ne détenant pas de diplôme d'études secondaires s'élève à 44 % comparativement à 33 % au Québec, ce qui s'avère nettement supérieur.

44 % des personnes de 15 ans et plus
n'ont pas de diplôme d'études

À l'intérieur de la région, dans tous les territoires de CSSS, ce taux demeure significativement supérieur à celui du Québec, toutefois des fluctuations sont observées selon les territoires (voir figure 16). Ainsi, le territoire de Rouyn-Noranda se démarque avec le taux le plus faible, 40 %, alors qu'à l'inverse, le territoire des Aurores-Boréales se distingue avec le taux le plus élevé, 50 %.

Figure 16



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

• **Population active**

En 2001, la population active de l'Abitibi-Témiscamingue compte 68 225 personnes de 15 ans et plus pour un taux d'activité de 61 %, ce qui s'avère légèrement inférieur au taux québécois de 64 %. Ces personnes se répartissent dans une multitude de secteurs d'activités, présentés ci-après par ordre décroissant d'importance :

- le commerce de détail : 13 %;
- la fabrication : 12 %;
- les soins de santé et d'assistance sociale : 11 %;
- l'extraction minière : 7 %;
- l'agriculture, la foresterie, la pêche et la chasse : 7 %;
- les services d'enseignement : 7 %;
- l'hébergement et les services de restauration : 7 %;
- le transport et l'entreposage : 5 %;
- la construction : 5 %;
- les administrations publiques : 5 %;
- les autres services sauf les administrations publiques : 5 %;
- le commerce de gros : 4 %;
- les services professionnels, scientifiques et techniques : 3 %;
- la finance et les assurances : 3 %;
- les services administratifs, de soutien, de gestion des déchets et d'assainissement : 3 %;
- l'industrie de l'information et l'industrie culturelle : 2 %;
- les arts, les spectacles et les loisirs : 1 %;
- les services immobiliers et les services de location et location à bail : 1 %;
- et enfin les services publics : 1 %.

Comparativement au Québec, certains secteurs d'activités apparaissent davantage développés en Abitibi-Témiscamingue, à savoir :

- l'agriculture, la foresterie, la pêche et la chasse;
- l'extraction minière;
- les services publics;
- le commerce de détail;
- le transport et l'entreposage;

- les services d'enseignement;
- l'hébergement et les services de restauration.

À l'inverse, d'autres secteurs d'activités apparaissent relativement moins importants. Ce sont les secteurs suivants :

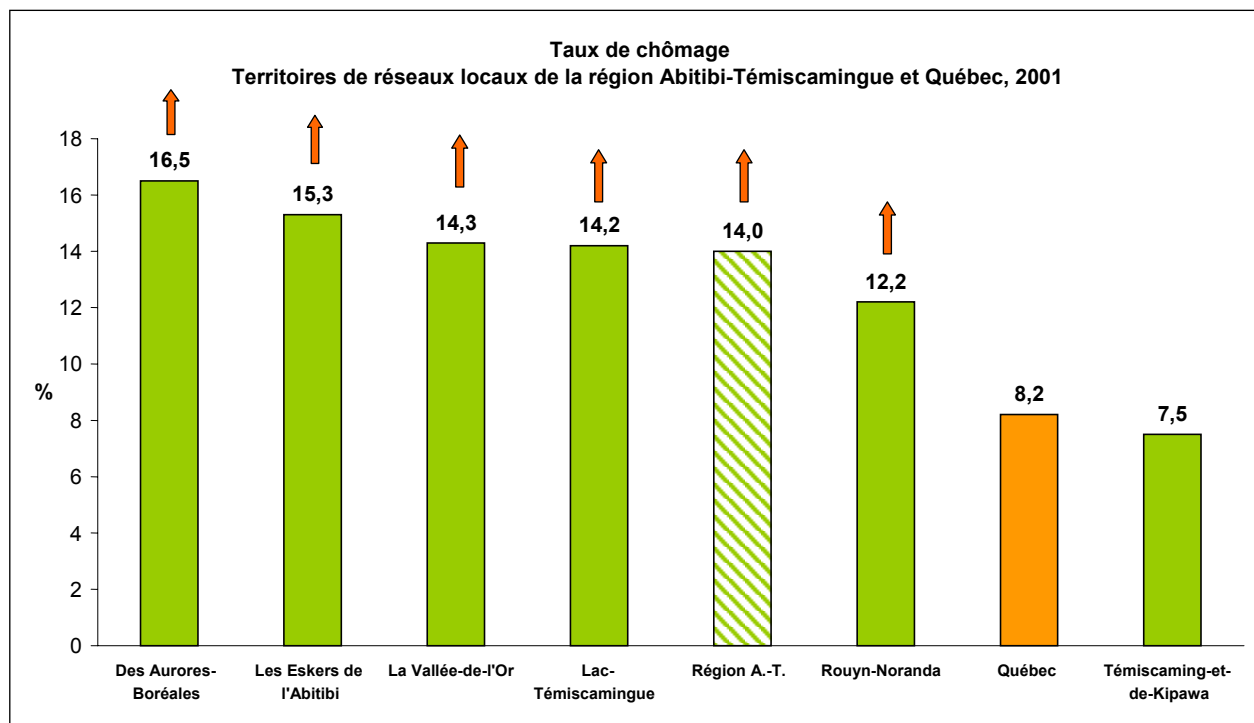
- le commerce de gros;
- l'industrie de l'information et l'industrie culturelle;
- la finance et les assurances;
- les administrations publiques;
- les services administratifs, de soutien, de gestion des déchets et d'assainissement;
- les services professionnels, scientifiques et techniques;
- les services immobiliers et les services de location et location à bail;
- les arts, spectacles et loisirs;
- et la fabrication.

• **Chômage**

En 2001, le taux de chômage de l'Abitibi-Témiscamingue se situait à 14,0 % ce qui était nettement plus élevé que le taux québécois de 8,2 %. Comme le démontre la figure 17, c'est dans le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa que le taux de chômage était le plus bas, soit 7,5 %, ce qui était comparable à celui du Québec et constituait une situation unique en région. Pour sa part, le territoire de CSSS des Aurores-Boréales présentait le taux le plus élevé, soit 16,5 %. La situation s'est améliorée depuis, le taux régional de chômage ayant diminué pour atteindre 9,2 % en septembre 2005². Ce dernier se révèle toutefois encore un peu supérieur au taux québécois qui est de 8,4 % en septembre 2005.

2. Source : Institut de la statistique du Québec, site Internet consulté le 2 novembre 2005.

Figure 17



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

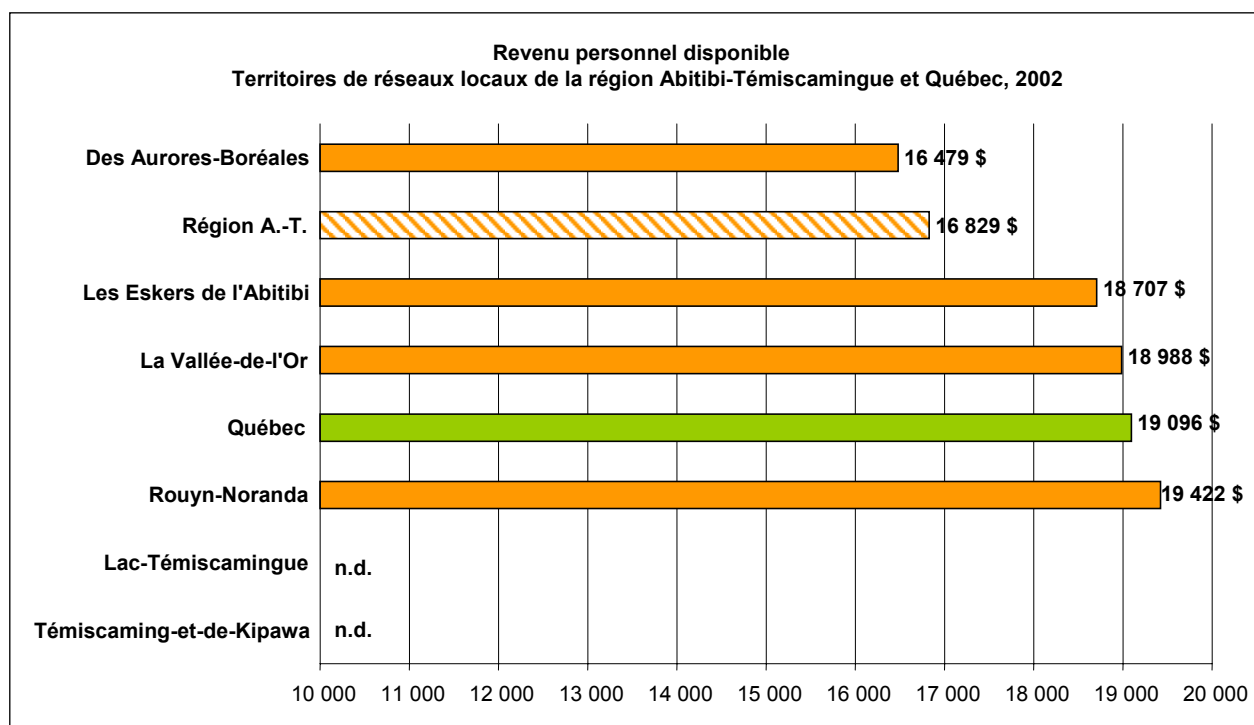
• **Revenu disponible**

Le montant du revenu personnel disponible, calculé après le paiement des impôts directs et des divers autres droits et permis, fournit, selon l'Institut de la Statistique du Québec, une donnée plus représentative que le revenu personnel lui-même. En Abitibi-Témiscamingue, il s'établissait en 2002 à 16 829 \$, ce qui est inférieur à la moyenne québécoise de 19 096 \$.

Revenu moyen personnel disponible =
16 829 \$

À l'intérieur de la région, le revenu personnel disponible varie selon les divers territoires de CSSS (voir figure 18). De fait, le territoire de CSSS de Rouyn-Noranda se démarque avec le revenu moyen personnel disponible le plus élevé, 19 422 \$, alors que le revenu le plus bas, 16 479 \$, caractérise la population du territoire de CSSS des Aurores-Boréales.

Figure 18



n.d. : donnée non disponible.

Source : Institut de la statistique du Québec, 2002.

• **Revenu consacré au logement**

Au Québec, il est généralement admis que pour bien s'en sortir financièrement, un ménage doit consacrer moins de 30 % de son revenu aux coûts d'habitation³. Si le coût du logement représente 30 % ou plus du revenu du ménage, il est probable que ce dernier rencontre

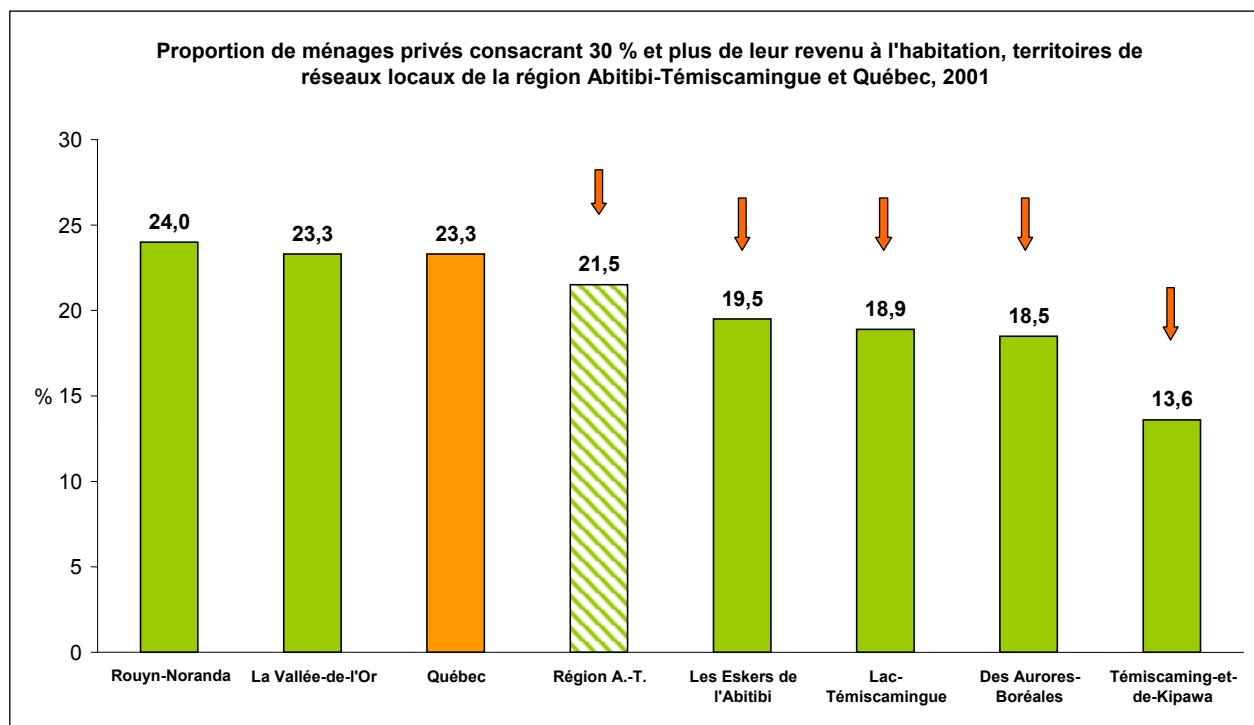
3. Selon la Société canadienne d'hypothèque et de logement, les frais mensuels d'un logement ne doivent pas dépasser 32 % des revenus annuels bruts sans quoi des difficultés budgétaires importantes sont à prévoir.

certaines difficultés pour boucler le budget familial. Or, selon le recensement de 2001, un ménage sur cinq (22 %) en Abitibi-Témiscamingue doit consacrer 30 % et plus de son revenu à l'habitation. C'est donc un peu plus de 12 400 ménages qui vivent des contraintes budgétaires importantes en rapport avec le logement. Ajoutons que la proportion est inférieure à celle observée dans l'ensemble du Québec qui est de 23 %.

1 ménage sur 5 consacre 30 % et plus de son revenu au logement, ce qui est inférieur à l'ensemble du Québec

En ce qui a trait aux territoires de CSSS, comme l'illustre la figure 19, on remarque que la proportion est également inférieure à celle du Québec dans les milieux ruraux alors que dans les milieux plus urbains (Rouyn-Noranda et Vallée-de-l'Or), la situation se compare à celle du Québec.

Figure 19



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

• **Faible revenu**

Comme le spécifie Statistique Canada, les seuils de faible revenu visent à mesurer le niveau de revenu pour lequel une famille peut se trouver dans des conditions difficiles du fait qu'elle doit dépenser une plus grande proportion de son revenu pour certains articles de base (alimentation, logement et vêtements) comparativement à une famille moyenne de même taille. À noter que ces seuils varient en fonction de la taille de la famille et de la taille de la région de résidence. C'est aussi la raison pour laquelle il est inadéquat de comparer des territoires géographiques différents, les seuils de faible revenu n'étant pas les mêmes.

Le recensement de 2001 a révélé qu'en 2000, 16 % de la population de l'Abitibi-Témiscamingue vivait sous le seuil de faible revenu, ce qui représente 22 175 personnes. Il s'agit d'une légère amélioration de la situation puisque le recensement de 1996 avait dénombré environ 26 580 personnes vivant alors sous le seuil de faible revenu, pour un taux global de 18 %.

En 2000, 16 % de la population vivait
sous le seuil de faible revenu

• **Assistance-emploi**

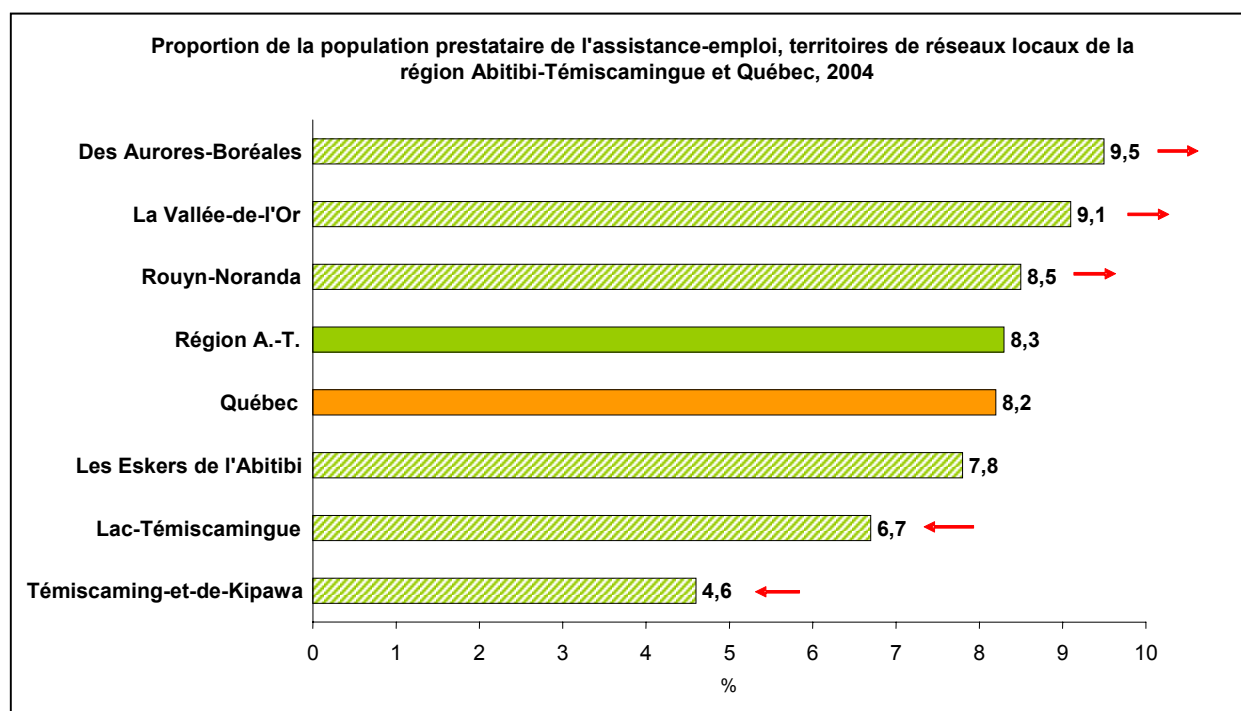
Parmi la population vivant sous le seuil de faible revenu, on retrouve à la fois les personnes ayant un emploi, mais faiblement rémunérées, et la population prestataire de l'assistance-emploi (aide sociale). Toutefois, la plupart des prestataires ont moins de 65 ans, d'autres programmes gouvernementaux prenant la relève pour la population âgée de 65 ans et plus.

En Abitibi-Témiscamingue, on recense en mars 2004 un peu plus de 10 600 personnes vivant de prestations de l'assistance-emploi, soit 8,3 % de la population de moins de 65 ans, ce qui est comparable au Québec où cette proportion se situe à 8,2 % à la même période.

8,3 % de la population de moins de 65 ans reçoit de l'aide sociale en 2004

Dans la région, la proportion de personnes prestataires de l'assistance-emploi varie selon les différents territoires de CSSS. Ainsi, c'est dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa qu'on recense la proportion la plus faible de prestataires d'assistance-emploi, soit 4,6 % alors que celui des Aurores-Boréales présente le pourcentage le plus haut, 9,5 %.

Figure 20



Sources : Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, mars 2004.

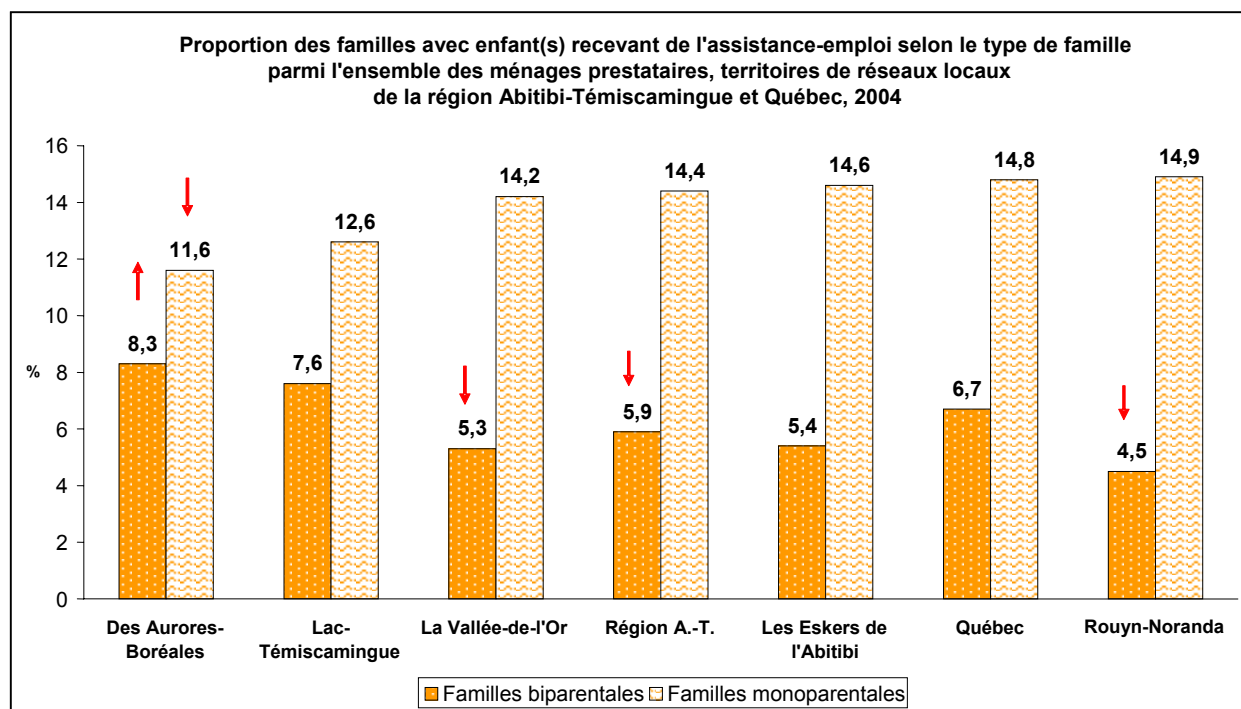
Statistique Canada, estimations démographiques pour 2004, produites en décembre 2004.

Parmi les personnes prestataires, on retrouve des personnes seules, des couples sans enfant ou encore des familles avec enfant(s). En Abitibi-Témiscamingue, les familles avec enfant(s) sont au nombre de 1 468 en mars 2004 et représentent 20 % des ménages vivant de prestations, soit une proportion inférieure à celle du Québec (22 %). Parmi les familles prestataires avec enfant(s), celles qui sont dirigées par un seul parent (monoparentales) sont les plus nombreuses : on en recense ainsi 1 044, ce qui correspond à 14 % des ménages, proportion comparable à celle du Québec (15 %). Les familles biparentales, quant à elles, sont au nombre de 424, ce qui équivaut à 6 % des ménages. Cette proportion s'avère inférieure à celle du Québec qui est de 7 %.

1 468 familles avec enfant(s),
majoritairement monoparentales, vivent de
prestations d'assistance-emploi

Dans les divers territoires de CSSS de la région, le pourcentage de familles monoparentales par rapport à l'ensemble des ménages prestataires fluctue entre 4,5 % et 8,3 % (voir figure 21). Ainsi, le territoire de Rouyn-Noranda présente la proportion la plus faible de familles monoparentales prestataires. À l'opposé, le territoire des Aurores-Boréales se distingue avec la proportion la plus élevée. En ce qui concerne les familles biparentales prestataires, le pourcentage le plus haut (14,9 %) est observé dans le territoire de Rouyn-Noranda alors que le plus bas (11,6 %) se retrouve dans celui des Aurores-Boréales.

Figure 21



Note : Les données ont été supprimées ici pour le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa en raison de la petitesse des effectifs, dans un souci de confidentialité.

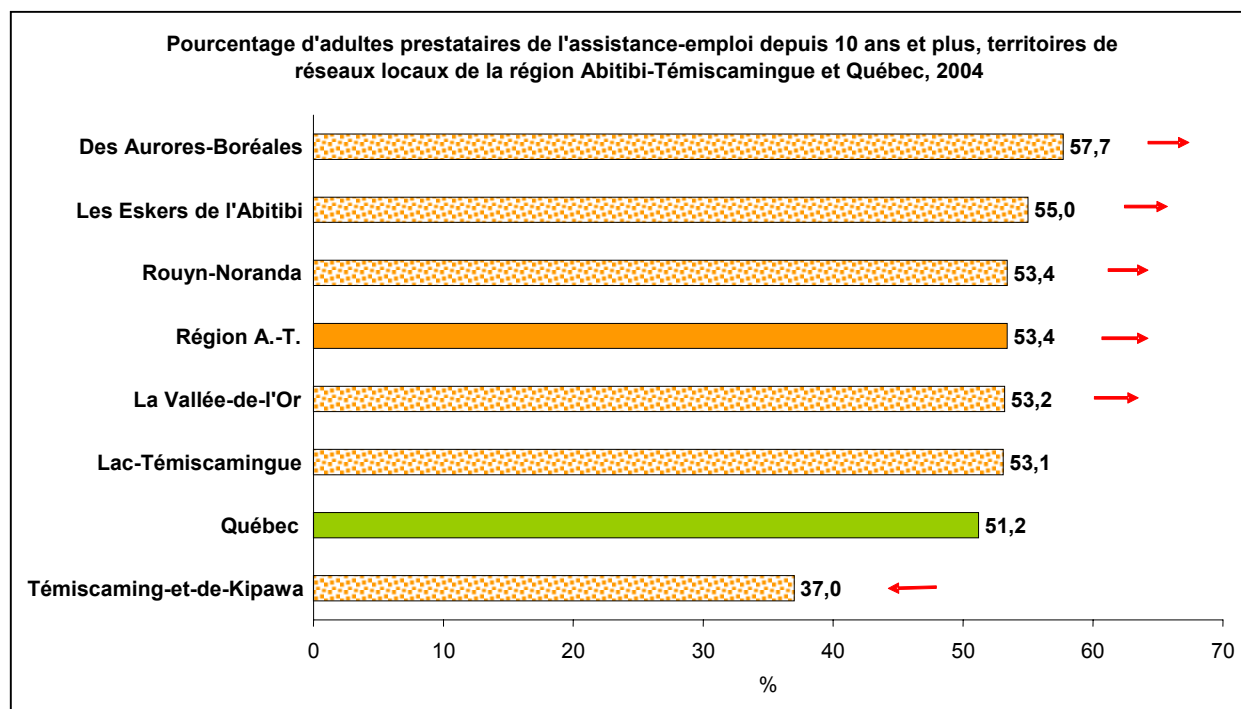
Source : Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, mars 2004.

Quant aux adultes recevant des prestations d'assistance-emploi depuis 10 ans et plus, ils sont au nombre de 4 335 en Abitibi-Témiscamingue en mars 2004 et regroupent un peu plus de la moitié des adultes prestataires, soit 53 % d'entre eux, ce qui s'avère plus élevé qu'au Québec où le taux est de 51 %.

53 % des adultes recevant des prestations sont inscrits depuis 10 ans

Notons ici que le taux le plus faible d'adultes prestataires depuis 10 ans et plus se retrouve dans le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa, 37 %, alors que le CSSS des Aurores-Boréales affiche la proportion la plus élevée, 58 % (voir figure 22).

Figure 22



Source : Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, mars 2004.

• **Supplément de revenu garanti**

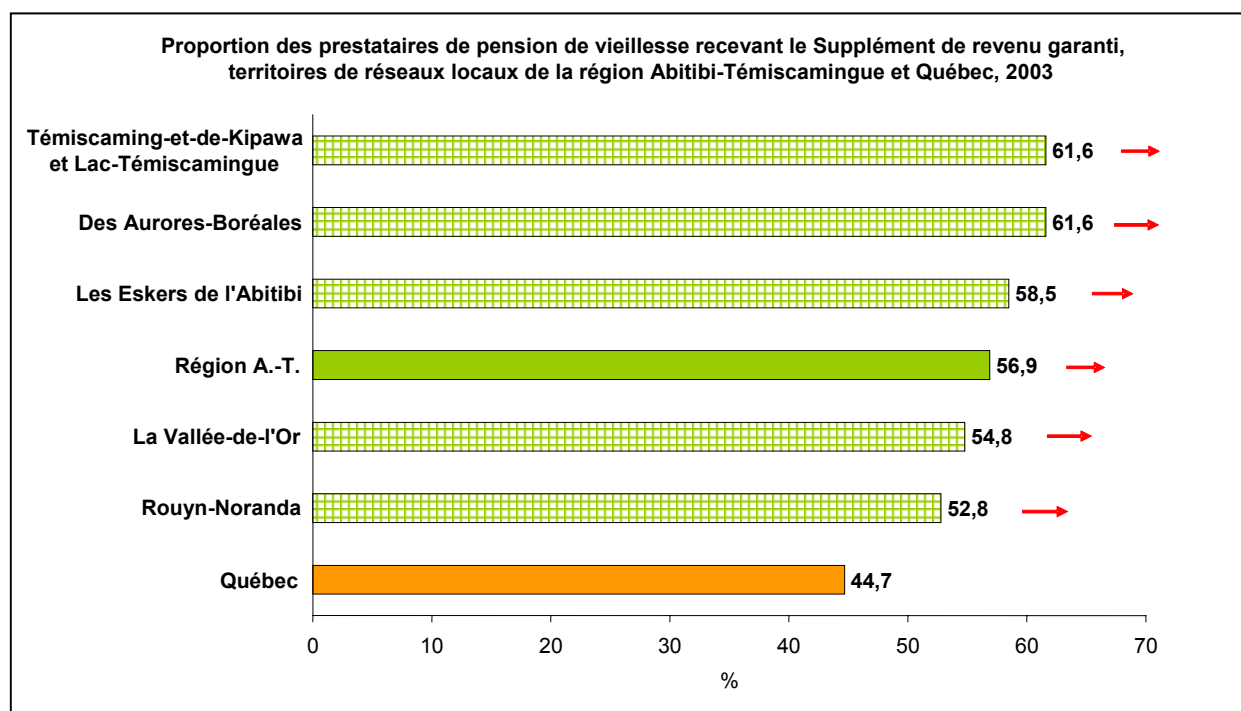
Concernant les personnes âgées de 65 ans et plus, celles qui touchent une pension de vieillesse de la part du gouvernement fédéral et sont considérées à faible revenu peuvent bénéficier, en plus, du Supplément de revenu garanti. Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, en 2003, on compte ainsi 11 438 personnes âgées de 65 ans et plus dans cette situation. Cela représente 57 % des prestataires de pension de vieillesse, pourcentage nettement supérieur à celui du Québec où le taux observé est de 45 %.

Davantage de personnes âgées touchant le Supplément de revenu garanti

57 % des aînés confrontés à une situation matérielle et financière difficile

Comme le montre la figure 23, dans la région, la proportion de prestataires de pension de vieillesse recevant le Supplément de revenu garanti varie d'un territoire de CSSS à l'autre. Néanmoins, tous les territoires de CSSS de la région se démarquent avec un taux significativement supérieur à celui du Québec. Le pourcentage le plus élevé, 62 %, est observé dans les territoires de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue (équivalent à la MRC Témiscamingue) ainsi que celui des Aurores-Boréales. À l'inverse, c'est dans le CSSS de Rouyn-Noranda que l'on retrouve la proportion la plus faible, 53 %.

Figure 23



Source : Centre de ressources humaines Canada, Abitibi-Témiscamingue, décembre 2003.

• **Insécurité alimentaire**

Les difficultés matérielles et financières peuvent avoir des répercussions au niveau alimentaire.

Ainsi, il arrive que les gens :

- manquent de nourriture et ne mangent pas à leur faim;
- ou que les aliments mangés ne soient pas de la qualité ou de la variété désirées en raison du manque d'argent;
- ou encore s'inquiètent du fait qu'il n'y aura pas assez de nourriture toujours pour une question d'argent.

C'est ce que l'on appelle une situation d'insécurité alimentaire.

Des données recueillies dans la région en 2003 indiquent que 14 % des personnes de 12 ans et plus rapportent avoir vécu au cours de la dernière année au moins une de ces trois situations, soit près de 16 500 personnes. À titre indicatif, au Québec, cette proportion est de 12 %.

Par ailleurs, cela semble affecter davantage les femmes puisque dans la région ce serait le cas de 18 % d'entre elles comparé à 9 % des hommes, soit près de 10 800 femmes et 5 700 hommes. Cet écart s'explique peut être par la perception qu'ont les femmes de leur rôle et de leur responsabilité à cet égard.

14 % de la population aurait déjà vécu une situation d'insécurité alimentaire

4. Facteurs de risque et comportements liés à la santé

• **Faible scolarité de la mère**

Parmi les différents facteurs considérés à risque pour l'état de santé, plusieurs apparaissent dès la naissance. Ainsi, de nombreuses études scientifiques ont démontré que les taux de prématurité, d'hypotrophie néonatale⁴, de mortinatalité et de mortalité infantile sont plus élevés chez les bébés de mères peu scolarisées (Santé Canada, 2003, b). Tout cela est également en lien avec l'âge de la mère, l'utilisation des soins de santé et la prévalence de comportements à risque comme le tabagisme maternel.

Concernant la scolarité des mères, le seuil de faible scolarité est fixé à moins de 11 ans ce qui correspond au Québec à un secondaire non complété puisque, en excluant la maternelle, 11 années sont généralement nécessaires pour compléter des études secondaires. La région de l'Abitibi-Témiscamingue a enregistré, de 2000 à 2002, en moyenne 272 naissances par année de mères ayant moins de 11 années de scolarité, ce qui représente près d'une naissance sur cinq (19 %) et s'avère nettement supérieur au taux québécois qui s'élève à 13 % pour la même période.

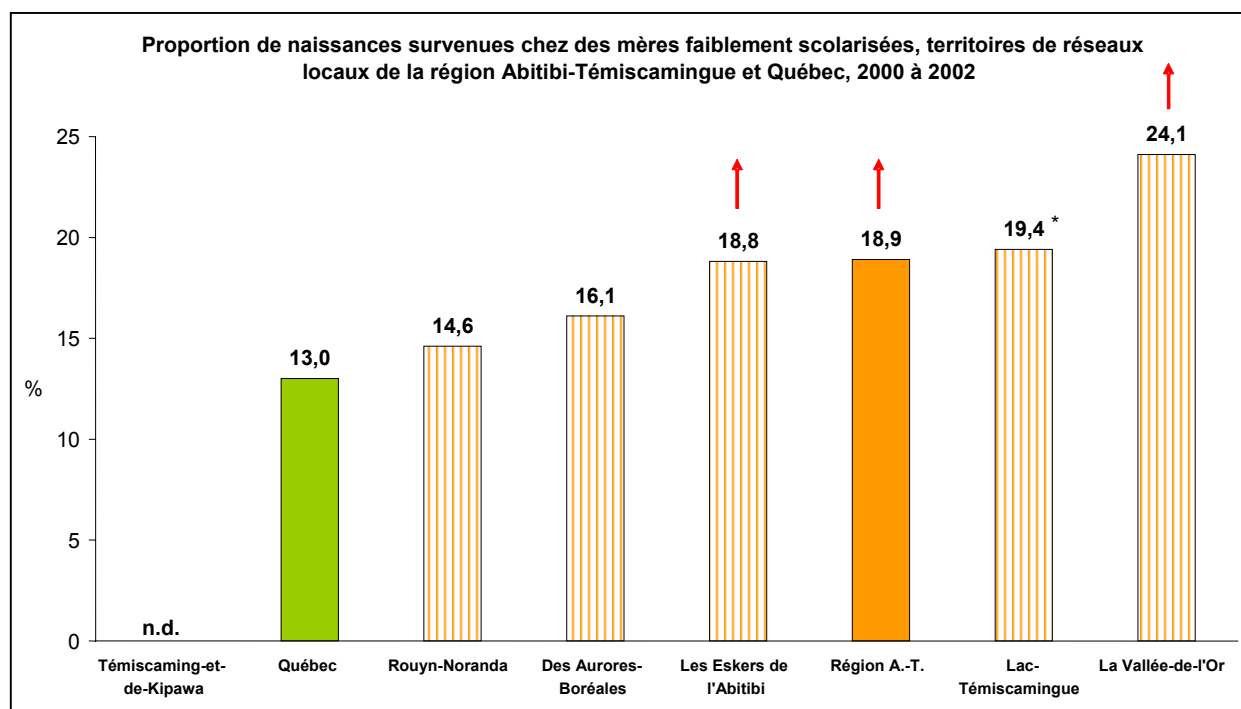
1 naissance sur 5 survient chez une mère faiblement scolarisée

Plus de naissances chez des mères faiblement scolarisées qu'au Québec

4. Taux d'hypotrophie néonatale : « Nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge gestationnel par rapport au nombre total de naissances vivantes » (Santé Canada, 2003, b; 80).

La proportion de mères faiblement scolarisées fluctue cependant selon le territoire de CSSS dans la région (voir figure 24). Ainsi, c'est dans le territoire de Rouyn-Noranda qu'on en recense le moins (15 %). Par contre, le territoire de CSSS de la Vallée-de-l'Or se démarque avec le taux le plus élevé, 24 %, qui est aussi significativement supérieur à celui du Québec.

Figure 24



n.d. : donnée non disponible.

* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6$ % et $\leq 33,3$ %).

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des naissances, 2000 à 2002.

• **Faible poids à la naissance**

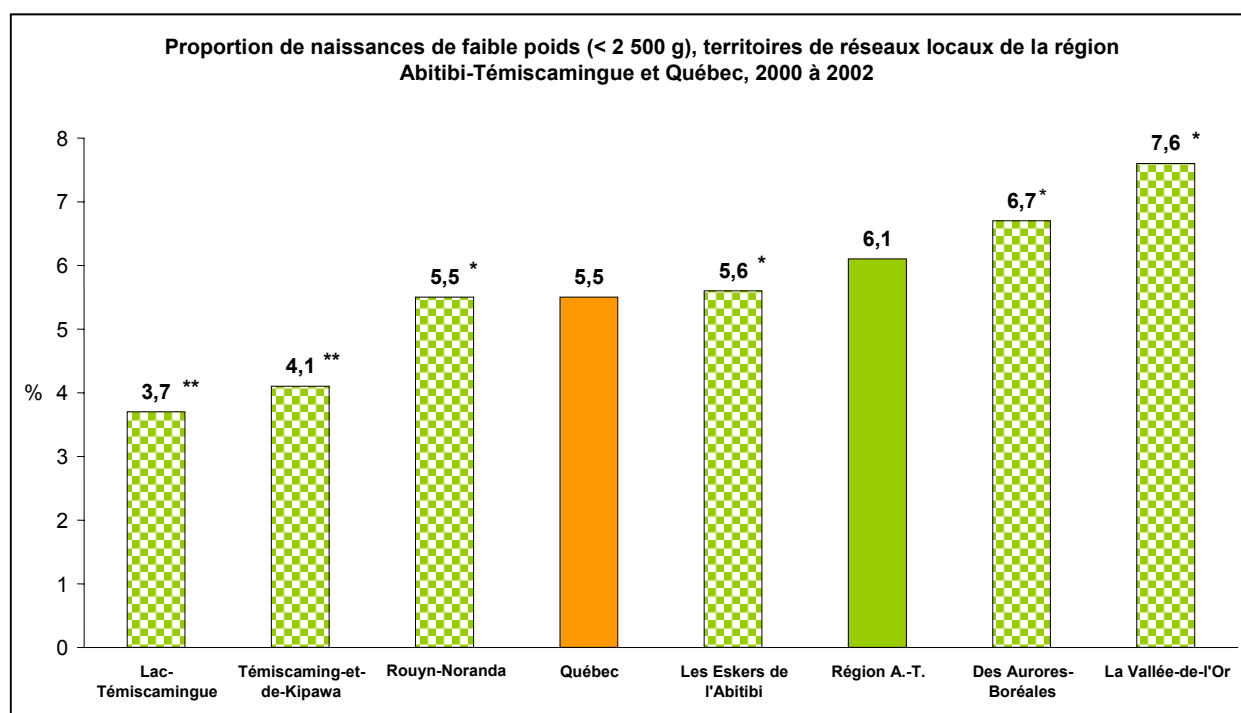
Autre facteur de risque, l'insuffisance pondérale à la naissance, soit un poids inférieur à 2 500 g. Les naissances de faible poids sont fortement associées aux naissances multiples mais elles sont aussi en lien avec certaines caractéristiques de la mère telles la consommation d'alcool et de drogues, l'alimentation déficiente, la maigreur avant la grossesse

et le fait d'avoir déjà donné naissance à un enfant de faible poids (Santé Canada, 2003, b). En Abitibi-Témiscamingue, de 2000 à 2002, on a recensé en moyenne 92 naissances de faible poids par année, pour un taux de 6 % qui est comparable à celui du Québec.

6 % des bébés sont de faible poids

La figure 25 illustre les variations du taux de faible poids dans les territoires de CSSS de la région. Toutefois, la petitesse des effectifs ici en cause empêche de tirer toute conclusion statistique.

Figure 25



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6$ % et $\leq 33,3$ %).

** Estimation peu fiable en raison de la trop grande variabilité du taux (coefficient de variation $> 33,3$ %).

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des naissances, 2000 à 2002.

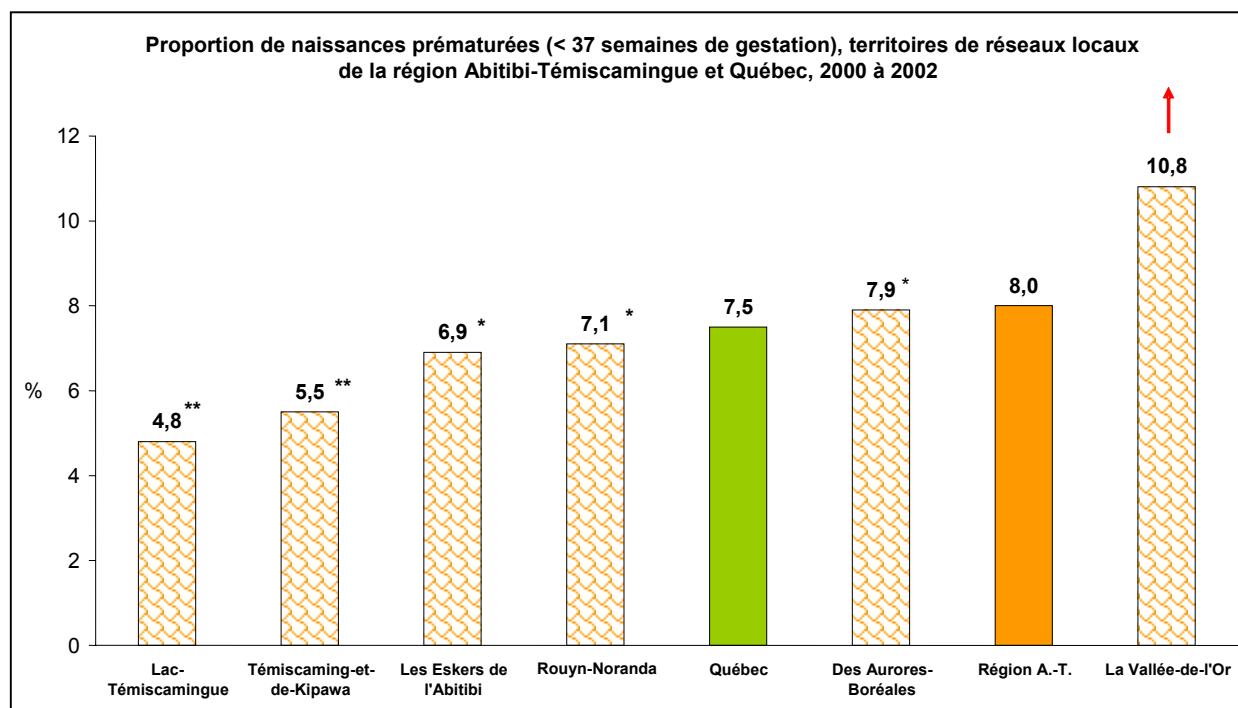
• **Prématurité**

La prématurité, soit le fait de naître avant 37 semaines révolues de gestation, représente un autre facteur de risque important pour un bébé. En effet, dans les pays industrialisés, cela constitue la principale cause de mortalité et de morbidité néonatales. Elle est, entre autres, associée à la paralysie cérébrale et à une proportion élevée de troubles neurologiques à long terme (Santé Canada, 2003, b). De 2000 à 2002, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, une moyenne annuelle de 121 naissances prématurées a été enregistrée ce qui se traduit par un taux de prématurité de 8 %, ce qui est comparable au taux québécois.

8 % des bébés sont prématurés

Dans la région, les taux de prématurité dans les différents territoires de réseaux locaux fluctuent, pour la plupart, entre 5 % et 8 %, mais encore une fois, la petitesse des effectifs en cause empêche de tirer toute conclusion statistique (voir figure 26). Seule exception, le territoire de la Vallée-de-l'Or qui se démarque avec un taux de prématurité de 11 % qui s'avère significativement supérieur à celui du Québec.

Figure 26



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6$ % et $\leq 33,3$ %).

** Estimation peu fiable en raison de la trop grande variabilité du taux (coefficient de variation $> 33,3$ %).

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des naissances, 2000 à 2002.

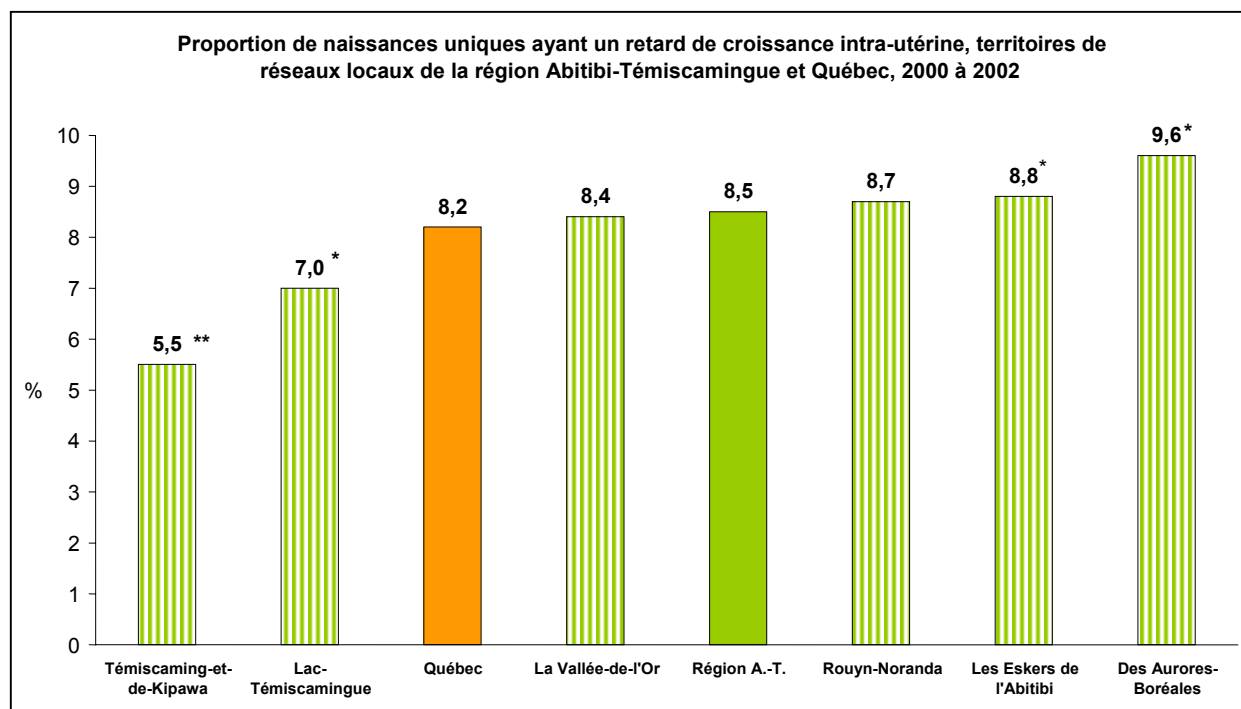
• **Retard de croissance intra-utérine**

Le retard de croissance intra-utérine constitue un autre facteur de risque conséquent; il caractérise le nouveau-né dont le poids gestationnel est insuffisant compte tenu de son âge gestationnel. À noter que la nouvelle norme de référence canadienne utilisée ici (Kramer et autres, 2001) s'applique seulement aux naissances uniques. Selon cette norme, l'Abitibi-Témiscamingue a enregistré en moyenne annuellement, de 2000 à 2002, 126 naissances présentant un retard de croissance intra-utérine, ce qui représente 9 % des naissances uniques. Ce taux est comparable au taux québécois qui se situe à 8 %.

9 % des bébés naissent avec un retard de croissance intra-utérine

Parmi les divers territoires de CSSS de la région, on observe peu de fluctuations du taux de retard de croissance intra-utérine (voir figure 27). En outre, là encore, la petitesse des effectifs en cause limite les interprétations.

Figure 27



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6$ % et $\leq 33,3$ %).

** Estimation peu fiable en raison de la trop grande variabilité du taux (coefficient de variation $> 33,3$ %).

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des naissances, 2000 à 2002.

• Être mère et avoir moins de 20 ans

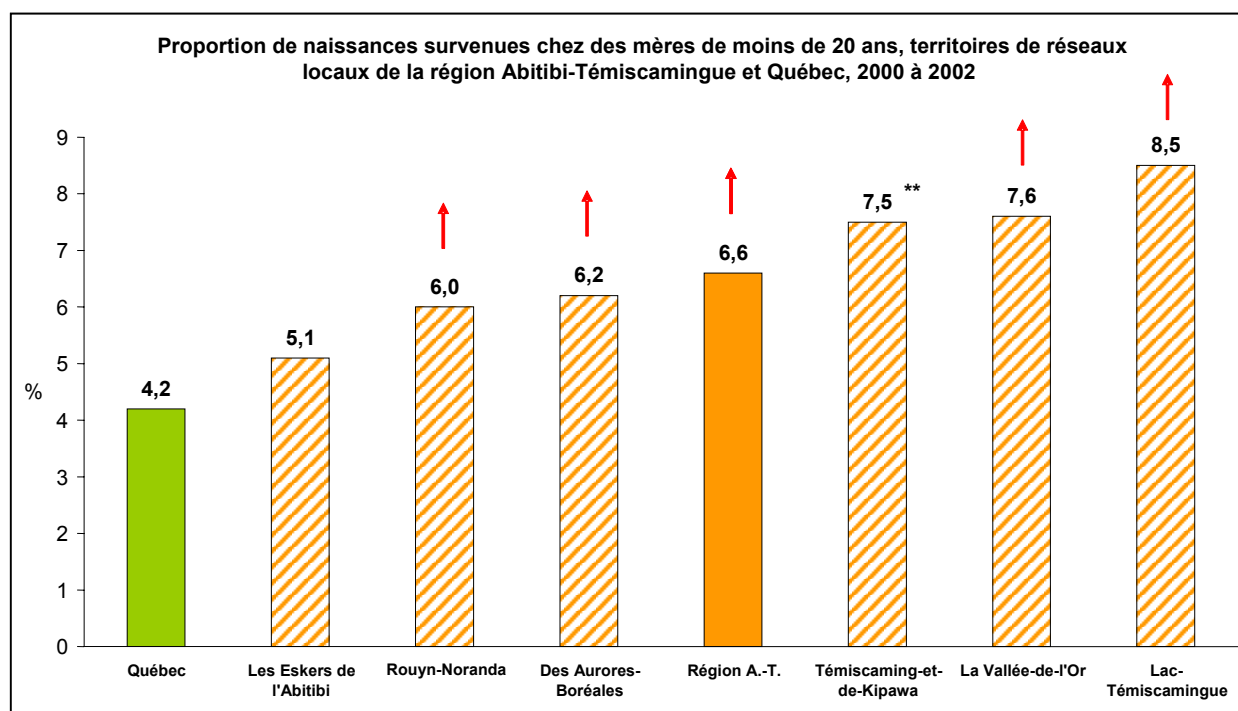
L'évolution de la fécondité au Québec fait en sorte que les femmes retardent l'âge de la première naissance. Ainsi, les naissances survenant chez les mères de moins de 20 ans sont peu fréquentes au Québec et représentent seulement 4 % du total pour la période 2000 à 2002. En Abitibi-Témiscamingue, au cours du même laps de temps, on a enregistré un total de

300 naissances chez des mères de moins de 20 ans, pour un taux global de 7 % qui est significativement supérieur à celui du Québec.

7 % des nouvelles accouchées ont moins de 20 ans

Comme le révèle la figure 28, dans la région, la plupart des territoires de CSSS affichent également une proportion significativement supérieure de naissances survenues chez des mères de moins de 20 ans. Le taux le plus haut est enregistré pour le territoire de CSSS du Lac-Témiscamingue, 9 %, tandis que le plus bas est observé dans le territoire de CSSS Les Eskers de l'Abitibi, 5 %.

Figure 28



** Estimation peu fiable en raison de la trop grande variabilité du taux (coefficient de variation > 33,3 %).
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des naissances, 2000 à 2002.

Concernant le groupe particulier des mères de 15 à 17 ans, on constate que les naissances survenant chez ces jeunes filles représentent 1,4 % du total pour la période 2000 à 2002 dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, ce qui est supérieur à la proportion observée au Québec (1,0 %). Quant aux naissances survenues chez des mères âgées de 18 à 19 ans, elles comptent pour 5 % des naissances dans la région, ce qui est également significativement plus élevé que le taux québécois de 3 %.

• **Habitudes de vie**

Autre grande catégorie de déterminants de la santé, les habitudes de vie ou comportements liés à la santé qui sont en fait des « mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé » (Santé Canada, 2003, a). Ils sont de mieux en mieux connus dans la population grâce à de nombreuses campagnes d'information gouvernementales toutefois, comme pourra le constater le lecteur, des efforts importants restent à faire pour sensibiliser certains groupes de la population.

• **Poids corporel**

Le poids corporel excessif (indice de masse corporelle supérieur ou égal à 25,0 et inférieur ou égal à 29,9) de même que l'obésité (indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30,0) peuvent être associés aux habitudes de vie et constituent des facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires ou encore le diabète. À cet égard, des données régionales révèlent, qu'en 2003, le tiers (34 %) de la population témiscabitibienne de 18 ans et plus présente un poids excessif, soit un peu plus de 36 700 personnes, et qu'un autre 17 % est confronté à un problème d'obésité, soit un peu plus de 18 000 personnes. C'est donc la moitié de la population de 18 ans et plus qui se trouve affectée par des problèmes de surplus de poids. Ajoutons que les hommes apparaissent davantage touchés que les femmes puisque 43 % d'entre eux ont un poids excessif, soit près de 23 300 hommes, et 18 % un problème d'obésité,

ce qui représente plus de 9 800 hommes. Chez les femmes, le quart présente un poids excessif et 15 % sont considérées obèses, soit respectivement plus de 13 400 et 8 200 femmes.

La moitié de la population adulte présente un surplus de poids

18 % des hommes et 15 % des femmes adultes souffrent d'obésité

À titre indicatif, au Québec, 47 % de la population adulte présente un surplus de poids. De plus, l'obésité touche 14 % des personnes, les hommes dans une proportion similaire à celle des femmes.

• **Consommation de fruits et légumes**

Les habitudes alimentaires peuvent expliquer une partie des problèmes de poids. À ce sujet, il est recommandé dans certains programmes de prévention des maladies chroniques de manger au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour. Il semble toutefois qu'un important travail d'information demeure à faire à ce propos puisque, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2003), un peu plus de la moitié de la population régionale de 12 ans et plus (54 %) rapporte consommer moins de cinq portions de fruits ou de légumes par jour, soit plus de 66 000 personnes. Chez les hommes, c'est le cas de près des deux tiers d'entre eux (63 %), environ 38 500 hommes, alors que chez les femmes, c'est le cas de 46 %, environ 27 500 femmes.

Un peu plus de la moitié des personnes de 12 ans et plus mangent moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour

À l'échelle du Québec, les résultats obtenus à l'enquête sont similaires : la moitié de la population consomme moins de cinq portions de fruits ou de légumes quotidiennement, les hommes dans une proportion de 60 % comparativement à 45 % des femmes.

• **Tabagisme**

Autre habitude ou comportement particulièrement nocif pour la santé, l'usage du tabac qui affecte non seulement les fumeurs mais également les non-fumeurs via l'exposition à la fumée secondaire. De ce côté, il est clair que la situation va en s'améliorant, les nombreuses campagnes d'information sur les dangers liés au tabac faisant leur effet de même que les changements législatifs qui sont en fait des mesures coercitives.

Les données les plus récentes indiquent qu'en Abitibi-Témiscamingue, en 2003, 27 % des personnes de 12 ans et plus, soit plus de 32 700 personnes, fument régulièrement ou occasionnellement comparativement à 26 % au Québec. Dans la région, la proportion de fumeurs actuels se révèle légèrement supérieure chez les femmes, 28 % contre 26 % chez les hommes, soit environ 17 000 femmes et 15 700 hommes. Dans l'ensemble de la province, c'est la situation inverse : on dénombre 25 % de femmes qui fument et 27 % d'hommes.

Fumer la cigarette :
une habitude répandue chez 27 % des
personnes de 12 ans et plus

• **Activité physique**

La pratique régulière de l'activité physique constitue un facteur de protection contre les maladies cardiovasculaires, l'excès de poids et la détérioration du fonctionnement musculo-squelettique mais a aussi des effets bénéfiques sur la santé mentale (Nolin et autres, 2000).

La pratique modérée de 30 minutes d'activité physique quotidienne est ainsi recommandée pour la prévention des maladies chroniques.

Sur ce point, il reste également du travail d'information et de sensibilisation à faire puisqu'en 2003, dans la région comme au Québec, la moitié de la population de 12 ans et plus déclare être inactive physiquement durant ses loisirs. En Abitibi-Témiscamingue, cela représente près de 60 500 personnes. Chez les femmes, le taux est légèrement supérieur, 54 %, soit plus de 32 600 femmes, alors que chez les hommes il s'établit à 45 %, environ 27 800 hommes.

50 % de la population de 12 ans et plus est inactive physiquement durant ses loisirs

• **Consommation d'alcool**

Une consommation abusive ou inappropriée d'alcool peut être associée à différents problèmes sociaux ou de santé. Ainsi, des recommandations ont été proposées par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies à l'effet de ne pas dépasser 14 verres par semaine pour les hommes et neuf pour les femmes afin de ne pas développer de problèmes liés à la consommation⁵.

À ce propos, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, menée en 2003, indique qu'en Abitibi-Témiscamingue environ 6 % des personnes de 12 ans et plus se caractérisent par une consommation à risque, parce qu'elles dépassent les seuils recommandés. Cela correspond à plus de 7 500 personnes. Chez les hommes, la proportion est un peu plus élevée, 8 %, environ 5 100 hommes, alors qu'elle est moindre chez les femmes (4 %), soit près de 2 400 femmes.

5. À noter cependant que ces normes ne s'appliquent pas intégralement à tout le monde. En effet, certaines personnes ne devraient carrément pas boire ou boire moins, comme les femmes enceintes, les personnes ayant certaines maladies hépatiques ou psychiatriques, etc. (Morin et autres, 2003).

Notons qu'il faut interpréter ces résultats avec prudence étant donné la grande variabilité des taux.

Environ 6 % des personnes de 12 ans et plus
ont une consommation d'alcool à risque

Au Québec, les résultats sont similaires puisque 7 % des personnes de 12 ans et plus se caractérisent par une consommation d'alcool à risque. Chez les hommes, le taux observé est de 10 % et chez les femmes, il se situe à 5 %.

• **Consommation de drogues**

La consommation de drogues est, elle aussi, associée à des problèmes sociaux et de santé qui varient selon le type, la quantité et le mode d'absorption du produit en cause. Il s'avère toutefois très difficile de cerner le phénomène de la consommation de drogues en raison du fait qu'il s'agit d'une activité illicite et que les grands consommateurs constituent généralement une population marginale qui refuse de participer à des enquêtes sur la consommation de drogues. Les quelques données disponibles à ce sujet sont donc simplement des indicateurs témoins d'un phénomène social (Chevalier et Lemoine, 2000).

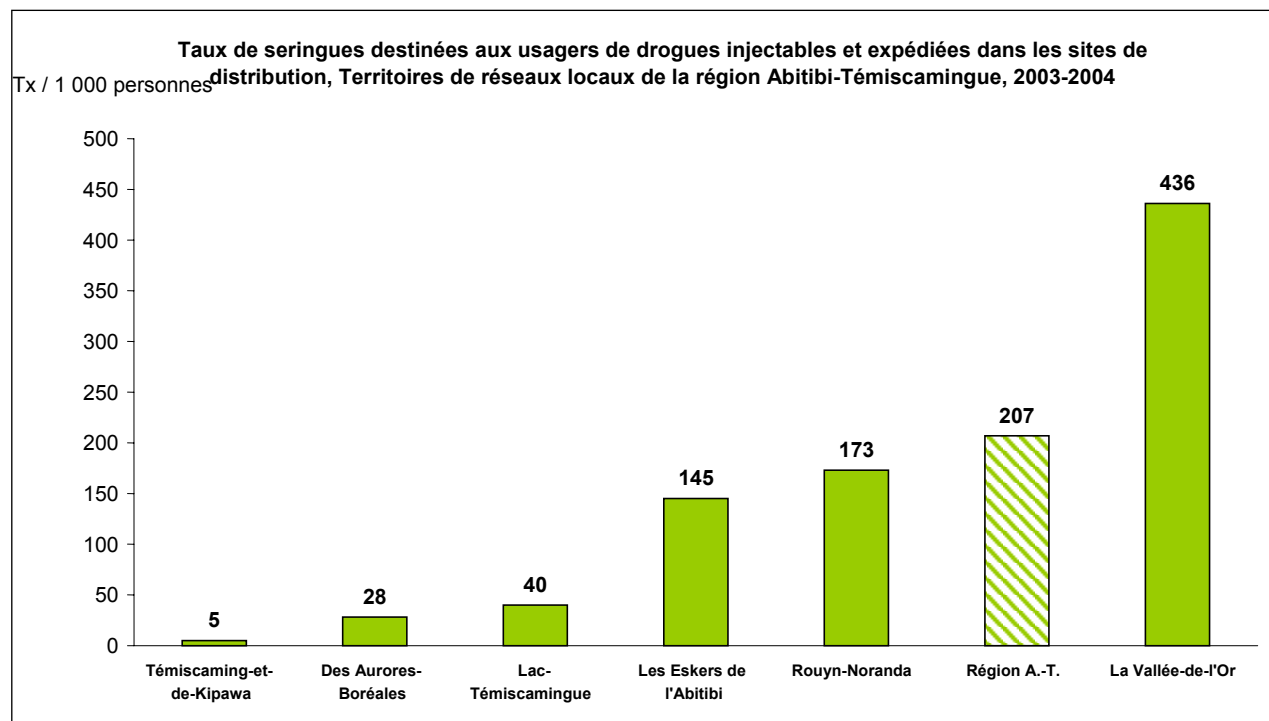
Les seules données régionales disponibles à cet égard remontent à 1998, lorsqu'une enquête générale sociale et de santé a été menée auprès de la population de 15 ans et plus. Selon cette source, la région de l'Abitibi-Témiscamingue compterait 19 % de personnes de 15 ans et plus ayant consommé une ou plusieurs substances au cours des 12 derniers mois, soit près de 22 400 personnes. Chez les hommes, le taux serait un peu plus élevé que chez les femmes, respectivement 22 % contre 16 %, ce qui représente environ 12 900 hommes et 9 400 femmes.

Phénomène encore plus restreint que le précédent, l'usage de drogues par injection constitue un facteur de risque important pour la transmission de certaines infections comme l'hépatite C et le VIH. Celles-ci se distinguent par la gravité de leurs symptômes et leur caractère chronique, engendrant un impact important sur le bien être et la qualité de vie des personnes atteintes.

Bien que l'on ne dispose pas de données sur le nombre d'usagers de drogues injectables (UDI), on peut « approcher » le phénomène autrement, soit via le nombre de seringues destinées aux UDI et expédiées dans les différents sites de distribution. Cette façon de faire comporte ses limites puisque les données peuvent refléter tout simplement l'organisation des services de distribution. Cependant, en l'absence d'autres données, le choix ne se pose pas.

En 2003-2004, près de 30 300 seringues ont été acheminées dans les sites de distribution de l'Abitibi-Témiscamingue. Cela représente un taux de 207 seringues pour 1 000 personnes. On se doit néanmoins de préciser que la distribution des seringues a connu une augmentation significative dans la région au cours des dernières années (13 920 seringues en 2001-2002, 21 250 seringues en 2002-2003). La situation à cet égard apparaît donc de plus en plus préoccupante. La figure 29 illustre à quel point le territoire de CSSS de la Vallée-de-l'Or se démarque des autres territoires avec le taux le plus élevé de distribution de seringues, 436 seringues pour 1 000 personnes.

Figure 29



Source : Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue, 2003-2004.

La distribution de seringues pour l'usage de drogues injectables : un phénomène en croissance et de plus en plus préoccupant

5. Adaptation sociale

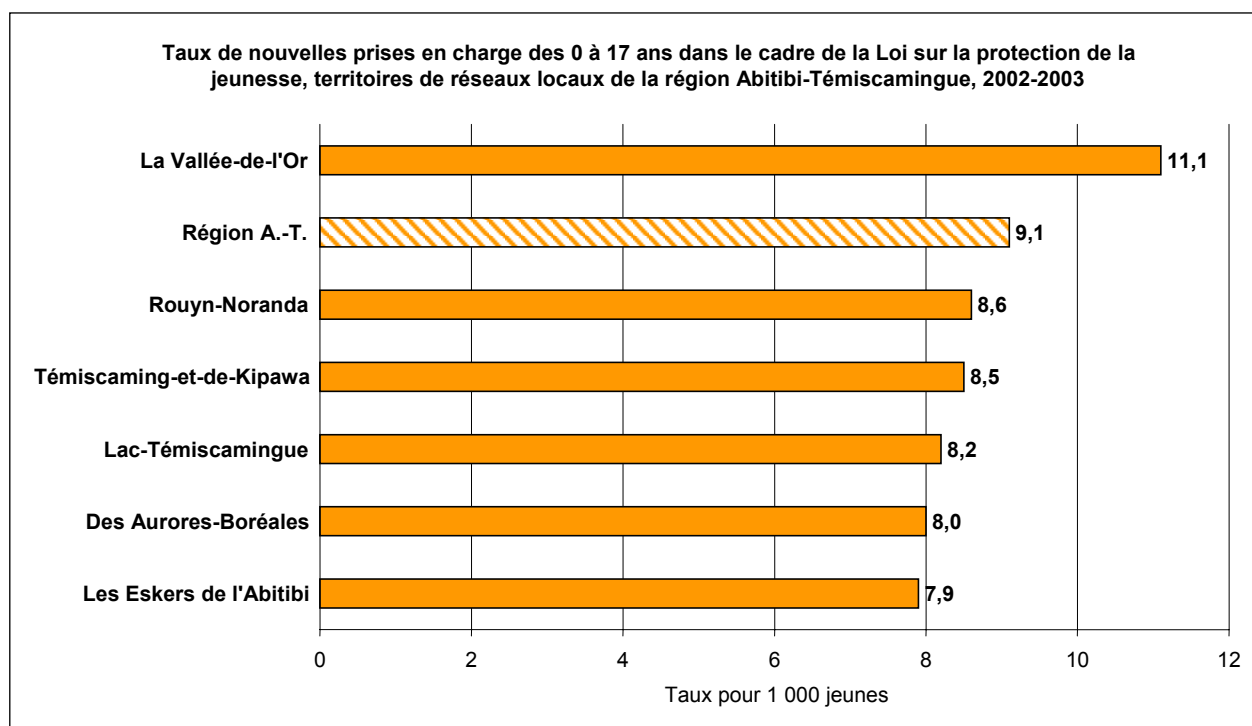
Les indicateurs regroupés sous la dimension « adaptation sociale » réfèrent tous à la mesure de comportements révélant des difficultés d'adaptation à la société dans laquelle nous vivons. Ils sont également associés à différents services sociaux.

• **Jeunes pris en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse**

Parmi ces indicateurs, on retrouve le nombre de nouveaux cas, c'est-à-dire de jeunes âgés de moins de 18 ans, pris en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) en raison de problèmes de négligence, d'abus physique, d'agression sexuelle, d'abandon et de trouble de comportement. Pour l'année 2002-2003, on en dénombre 314 dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, ce qui se traduit par un taux de 9 prises en charge pour 1 000 jeunes de 0 à 17 ans. La donnée québécoise n'étant pas disponible, on ne peut comparer le taux régional au taux provincial.

Dans la région, parmi les territoires de CSSS, le taux varie entre 7,9 et 11,1 prises en charge pour 1 000 jeunes, le taux le plus bas étant celui du territoire Les Eskers de l'Abitibi alors que le plus élevé est celui de la Vallée-de-l'Or (figure 30). À noter que les données concernant les autochtones sont incluses ici.

Figure 30



Source : Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue, 2002-2003.

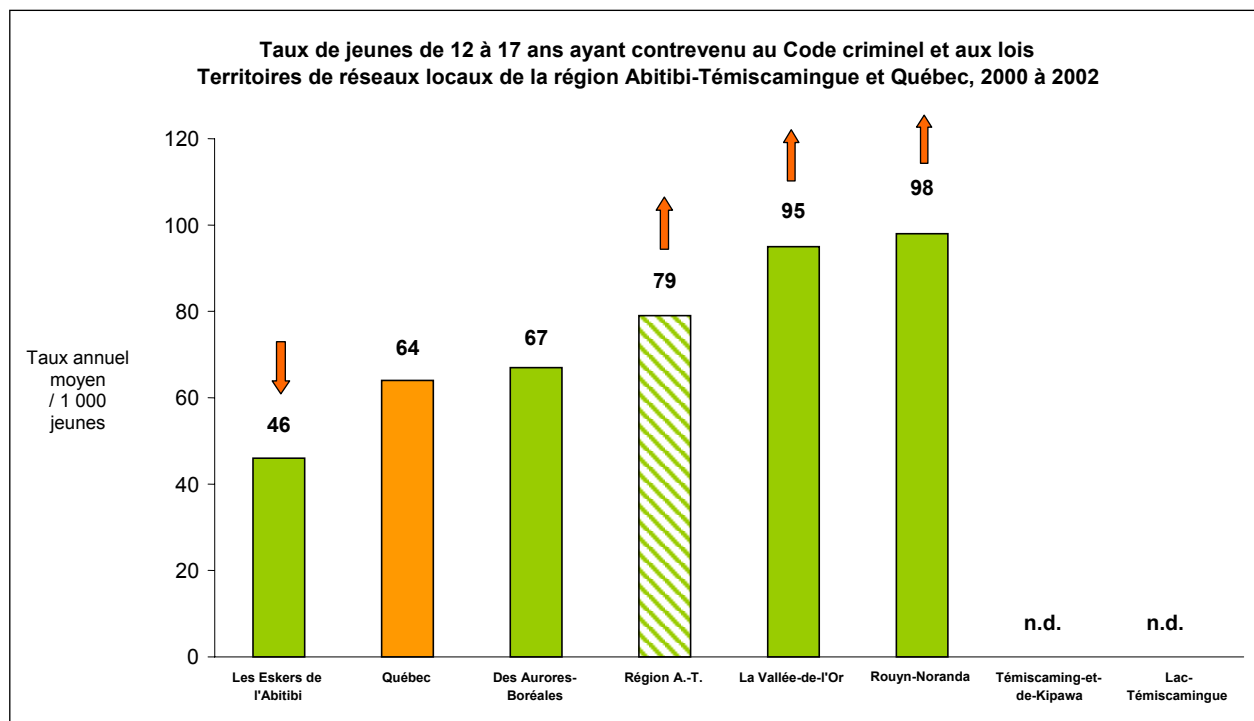
- ***Jeunes contrevenant au Code criminel et aux lois fédérales ou provinciales***

Autre indice de mésadaptation sociale, le nombre de jeunes de 12 à 17 ans qui contreviennent au Code criminel et aux lois fédérales ou provinciales. Au cours de la période 2000 à 2002, on en a dénombré en moyenne 1 027 par année dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Cela donne un taux de 79 cas pour 1 000 jeunes de 12 à 17 ans, ce qui est significativement supérieur à l'ensemble du Québec (64 cas pour 1 000 jeunes).

Plus de jeunes contrevenant au Code criminel
et aux lois fédérales ou provinciales

Comme l'indique la figure 31, dans la région, les territoires de CSSS de Rouyn-Noranda et de la Vallée-de-l'Or ont les taux les plus élevés, soit respectivement 98 et 95 cas pour 1 000 jeunes, taux qui sont significativement supérieurs au taux québécois. À l'opposé, le territoire Les Eskers de l'Abitibi détient le taux le plus bas (46 cas pour 1 000 jeunes), un taux significativement inférieur à celui de l'ensemble du Québec.

Figure 31



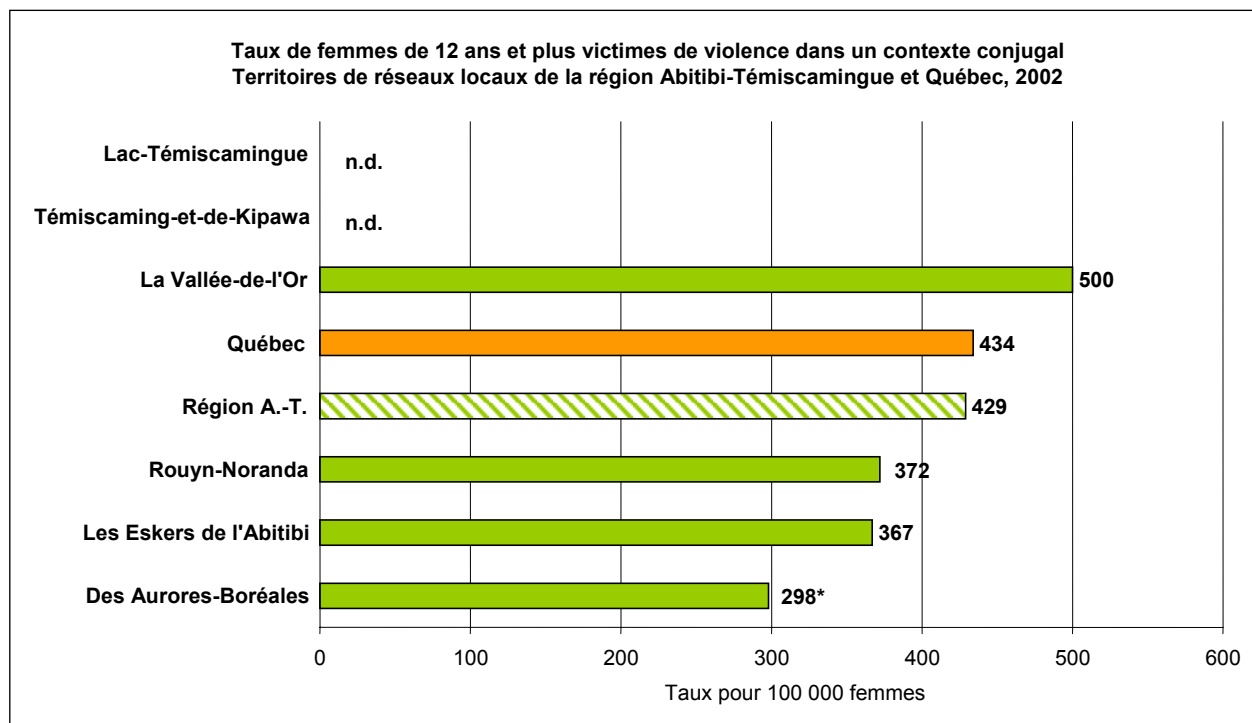
n.d. : donnée non disponible.

Source : Ministère de la Sécurité publique, 2000 à 2002.

• **Violence en milieu conjugal**

La violence en milieu conjugal constitue un phénomène difficile à cerner en raison du fait que les dénonciations à la police représentent seulement la pointe de l'iceberg. À défaut d'autre information, on se doit néanmoins d'examiner ces statistiques officielles sur les femmes de 12 ans et plus victimes de violence et pour lesquelles l'affaire a été jugée fondée. En Abitibi-Témiscamingue, un total de 267 victimes ont été signalées durant l'année 2002, ce qui correspond à un taux de 429 victimes pour 100 000 femmes de 12 ans et plus. Bien que le taux québécois soit de 434 victimes pour 100 000 femmes de 12 ans et plus, on ne détecte aucune différence statistique significative entre le taux régional et celui du Québec. À l'échelle des territoires de CSSS, les taux varient de 298 à 500 victimes pour 100 000 femmes de 12 ans et plus, ce qui s'avère également comparable à l'ensemble du Québec.

Figure 32



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

n.d. : donnée non disponible.

Source : Ministère de la Sécurité publique, 2002.

Difficile d'évaluer l'ampleur du problème de la violence en milieu conjugal; mais 267 victimes signalées officiellement en 2002

6. Soins et services

L'accessibilité à différents services sociaux et de santé, que ce soit au chapitre de la prévention, du traitement ou de la réadaptation, contribue à la santé de la population et représente un autre déterminant de la santé. Pour ce qui est de la prévention, quelques indicateurs se rapportant à des stratégies particulières de santé publique sont analysés ici.

Ensuite, il est question des hospitalisations évitables qui constituent un indicateur de l'accessibilité aux services de 1^{re} ligne, puis des interventions pertinentes qui réfèrent davantage à certains services de 2^e et même de 3^e ligne. Enfin, le document traite des aidants naturels qui contribuent au maintien à domicile des personnes âgées de 65 ans et plus, puis du taux de placement de celles-ci en institution de santé.

• **Vaccination**

Le Programme québécois d'immunisation contre certaines maladies contagieuses s'inscrit dans une perspective de prévention et de protection de la santé publique. Il existe depuis bon nombre d'années et est constamment révisé et mis à jour selon les nouvelles recommandations scientifiques d'organismes reconnus. Parmi les multiples opérations de vaccination prévues, deux font l'objet d'une analyse ici.

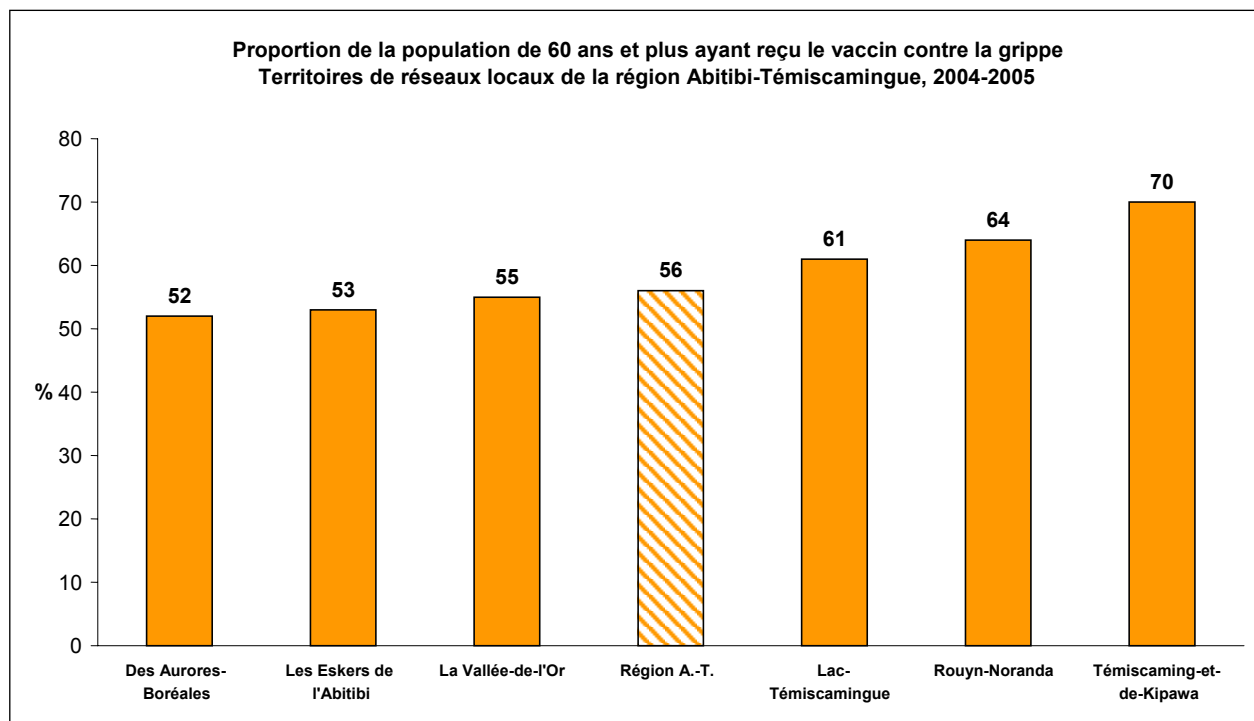
En ce qui concerne l'hépatite B, grave infection transmissible sexuellement ou par le sang et qui est souvent asymptomatique, le programme prévoit la vaccination des élèves de 4^e année du primaire. En 2003-2004, près de 5 750 enfants de 4^e année du primaire en Abitibi-Témiscamingue ont été vaccinés contre l'hépatite B. Le taux de couverture vaccinale pour l'hépatite B s'avère donc de 97 % pour la population scolaire visée. La donnée québécoise est inconnue. En ce qui a trait aux territoires de CSSS, les taux varient de 95 à 100 %, le taux le plus bas étant observé dans le territoire des Aurores-Boréales et le plus élevé dans celui de Témiscaming-et-de-Kipawa.

Taux de couverture vaccinale pour l'hépatite B
chez les enfants de 4^e année du primaire
= 97 %

Prévue également au Programme québécois d'immunisation, la vaccination contre le virus de l'influenza, communément appelé la grippe, constitue elle aussi une stratégie de santé publique déterminante, visant à prévenir la morbidité et la mortalité associées à l'influenza. Parmi les différentes clientèles visées par la vaccination, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent un groupe prioritaire. Selon les dernières données compilées par la Direction régionale de santé publique, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, environ 25 500 personnes âgées de 60 ans et plus ont été vaccinées contre l'influenza en 2004-2005. Le taux de couverture vaccinale pour l'influenza dans la région s'élève donc, globalement, à 56 % pour la population de 60 ans et plus ce qui constitue un résultat acceptable compte tenu des objectifs fixés par le ministère. Notons qu'en milieu ouvert (à domicile), le pourcentage visé est de 55 % pour les personnes âgées de 60 à 64 ans et de 60 % pour celles de 65 ans et plus. En milieu fermé (en institution), l'objectif à atteindre est de 80 % pour les personnes âgées de 60 ans et plus. La donnée québécoise étant inconnue, il est impossible d'effectuer ici des tests statistiques.

En ce qui concerne les territoires de CSSS, celui de Témiscaming-et-de-Kipawa obtient le plus haut taux de couverture vaccinale pour l'influenza, soit 70 %, alors que celui des Aurores-Boréales affiche le taux le plus bas (52 %).

Figure 33



Source : Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue, 2004-2005.

Taux de couverture vaccinale pour l'influenza
chez les personnes de 60 ans et plus
= 56 %

• **Dépistage du cancer du sein**

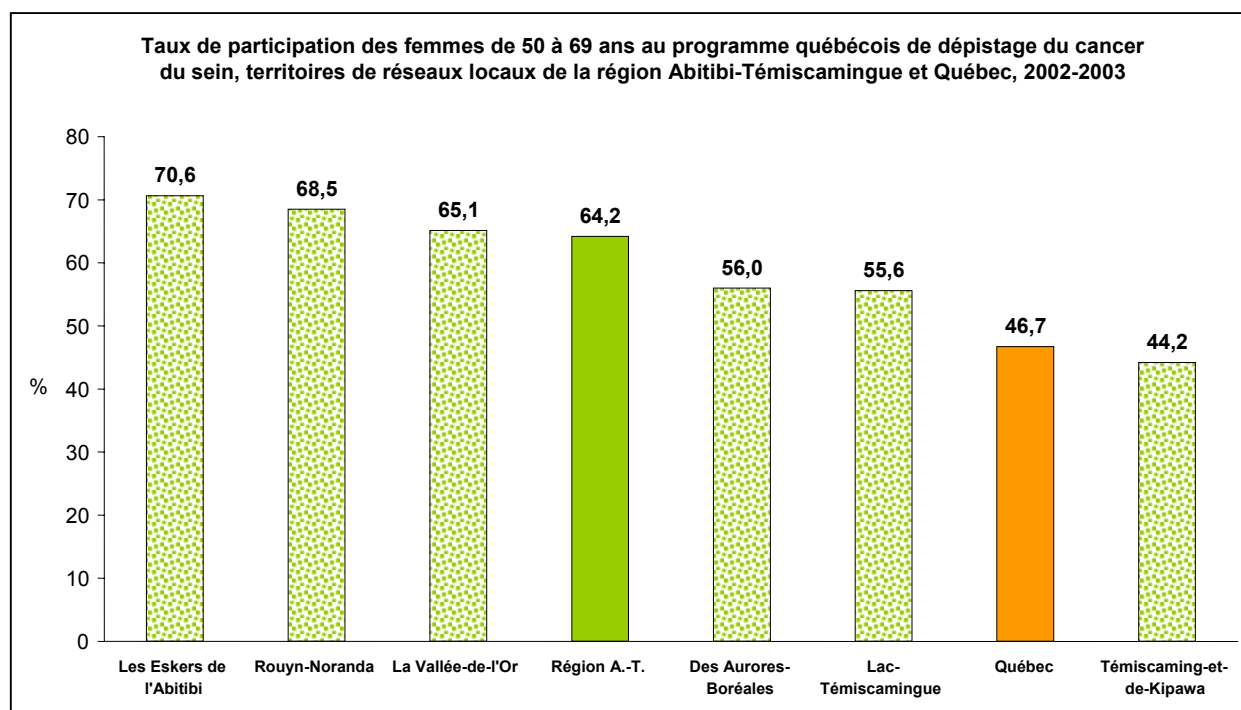
Autre programme de santé publique, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) pour les femmes ayant de 50 à 69 ans. Élaboré et implanté dans le but de réduire la mortalité attribuable au cancer du sein chez les québécoises de 50 à 69 ans, le programme a été introduit dans la région en 1999. En Abitibi-Témiscamingue, un total de 9 865 femmes, âgées de 50 à 69 ans, ont eu au moins une mammographie de dépistage dans le cadre de ce Programme au cours des années 2002 et 2003, ce qui se traduit par un taux de participation de 64 %, comparativement à 47 % dans l'ensemble du Québec. Notons que le

Programme vise une participation d'au moins 70 % de la population ciblée. L'objectif n'est donc pas encore atteint dans la région.

Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein en 2002-2003 = 64 %

Dans la région, le taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein n'est pas homogène dans les différents territoires de CSSS. Ainsi, pour les années 2002 et 2003, le taux de participation le plus faible, 44 %, est observé dans le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa alors que le plus élevé se retrouve dans celui des Eskers de l'Abitibi, 71 %. À noter que dans ce dernier cas, l'objectif fixé par le ministère a été atteint pour la période 2002-2003.

Figure 34



Sources : Institut national de santé publique, Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 2002 et 2003.

Régie de l'assurance maladie du Québec, population féminine âgée de 50 à 69 ans, en date de novembre 2001, mai 2002, décembre 2002 et octobre 2003.

• **Hospitalisations évitables**

Le nombre d'hospitalisations jugées évitables constitue, quant à lui, un indicateur de l'accessibilité aux services de première ligne. En effet, il comptabilise certaines conditions médicales qui font l'objet d'une hospitalisation en soins de courte durée alors que normalement elles peuvent être traitées dans un contexte de soins de 1^{re} ligne. C'est le cas, par exemple, d'un appendice rompu, d'une pneumonie chez des personnes de 5 à 49 ans ou encore de l'insuffisance cardiaque chez des gens âgés de 18 ans et plus. Rappelons que les hospitalisations se rapportent aux résidents de la région de l'Abitibi-Témiscamingue quel que soit l'endroit au Québec où elles ont eu lieu. Les hospitalisations hors Québec ne sont toutefois pas incluses ici.

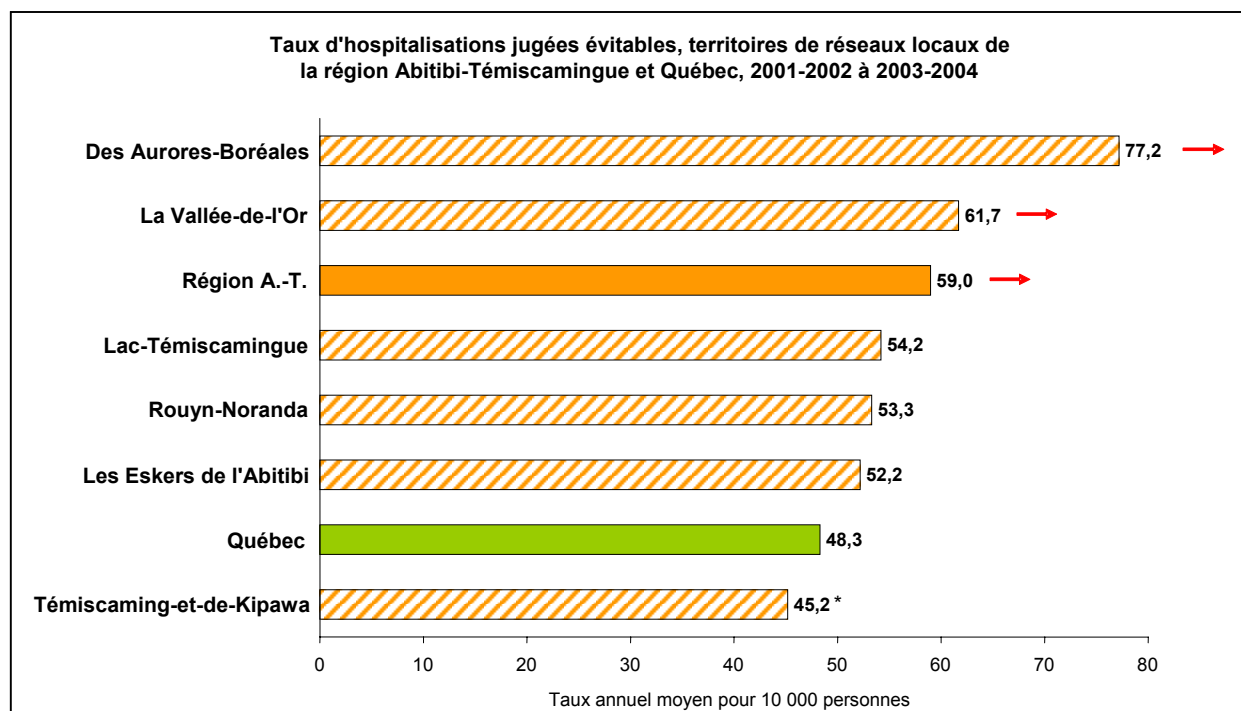
En Abitibi-Témiscamingue, on a recensé au cours des trois dernières années financières (2001-2002 à 2003-2004) une moyenne annuelle de 869 hospitalisations jugées évitables pour un taux annuel moyen de 59 cas pour 10 000 personnes, ce qui s'avère significativement supérieur au taux québécois de 48 pour 10 000.

**Hospitalisations évitables :
davantage en Abitibi-Témiscamingue qu'au Québec**

Dans la région, le taux d'hospitalisations évitables fluctue d'un territoire de CSSS à l'autre (voir figure 35). Ainsi, on constate que le taux le plus faible se retrouve dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa⁶, soit 45 hospitalisations pour 10 000 personnes. À l'opposé, le taux le plus élevé est enregistré dans le territoire des Aurores-Boréales, 77 hospitalisations évitables pour 10 000 personnes, taux qui se révèle d'ailleurs significativement supérieur à celui du Québec.

6. Il convient de préciser que ce résultat peut être influencé par le fait que les hospitalisations hors Québec n'ont pu être incluses ici dans le calcul de l'indicateur. Or, beaucoup de résidents de ce territoire se rendent en Ontario pour recevoir divers services de santé en raison de la proximité physique de cette province.

Figure 35



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2001-2002 à 2003-2004.

Statistique Canada, estimations démographiques pour l'année 2002 révisées en décembre 2004.

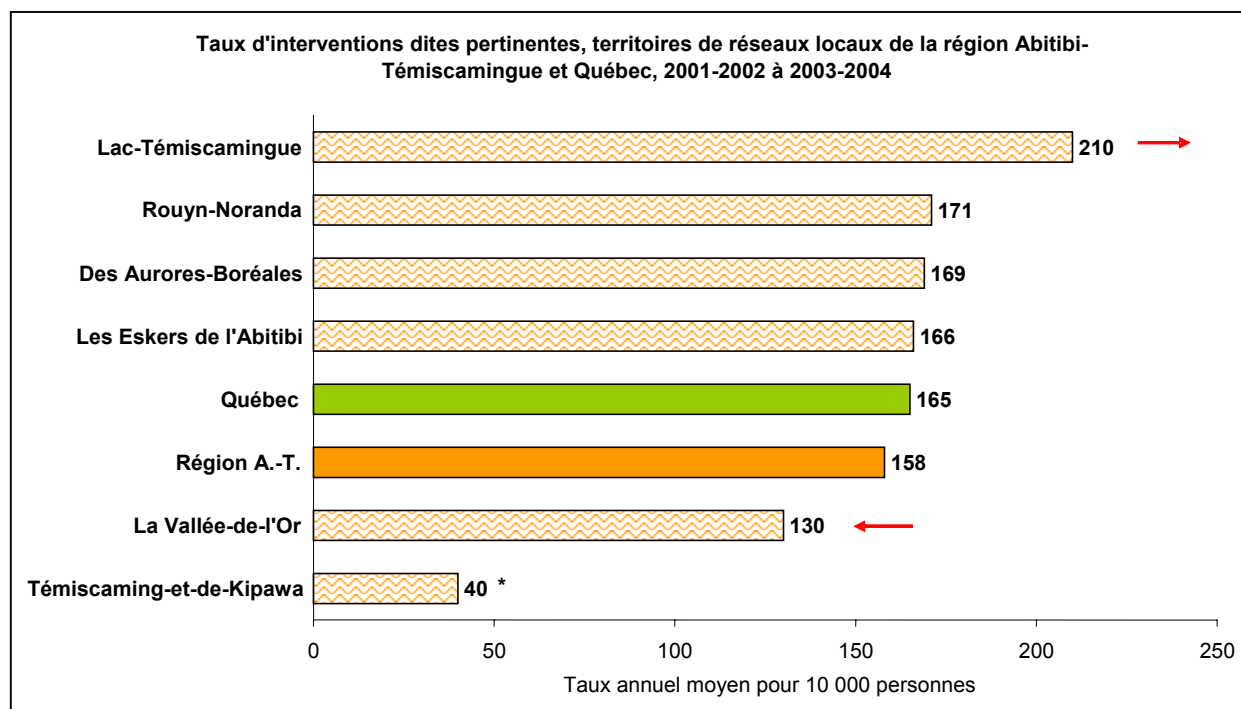
• **Interventions pertinentes**

L'indicateur qui comptabilise le nombre d'interventions dites pertinentes reflète davantage l'accès à certains services de santé de 2^e et même de 3^e ligne puisque les interventions font appel à diverses spécialités médicales telles que l'ophtalmologie, la chirurgie cardiaque ou encore la chirurgie orthopédique. Parmi les interventions considérées pertinentes, mentionnons le traitement de la cataracte, l'angioplastie, le pontage coronarien ou encore le remplacement total du genou. Durant la période 2001-2002 à 2003-2004, un nombre annuel moyen de 1 777 interventions pertinentes a été recensé en Abitibi-Témiscamingue, ce qui se traduit par un taux annuel moyen de 158 interventions pour 10 000 personnes, taux similaire à celui du Québec qui est de 165 pour 10 000.

**Interventions pertinentes :
situation similaire à celle du Québec**

Ici encore, on remarque des fluctuations du taux d'interventions dites pertinentes selon les différents territoires de CSSS (voir figure 36). En excluant le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa où la variabilité du taux est trop élevée en raison du petit nombre d'interventions, on constate que c'est le territoire de la Vallée-de-l'Or qui affiche le taux le plus bas, 130 interventions pertinentes en moyenne annuellement pour 10 000 personnes, taux d'ailleurs significativement inférieur à celui du Québec. À l'opposé, le territoire de CSSS du Lac-Témiscamingue détient le plus haut taux, une moyenne annuelle de 210 interventions pertinentes pour 10 000 personnes, taux qui se révèle significativement supérieur à celui du Québec.

Figure 36



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2001-2002 à 2003-2004.

Statistique Canada, estimations démographiques pour l'année 2002 révisées en décembre 2004.

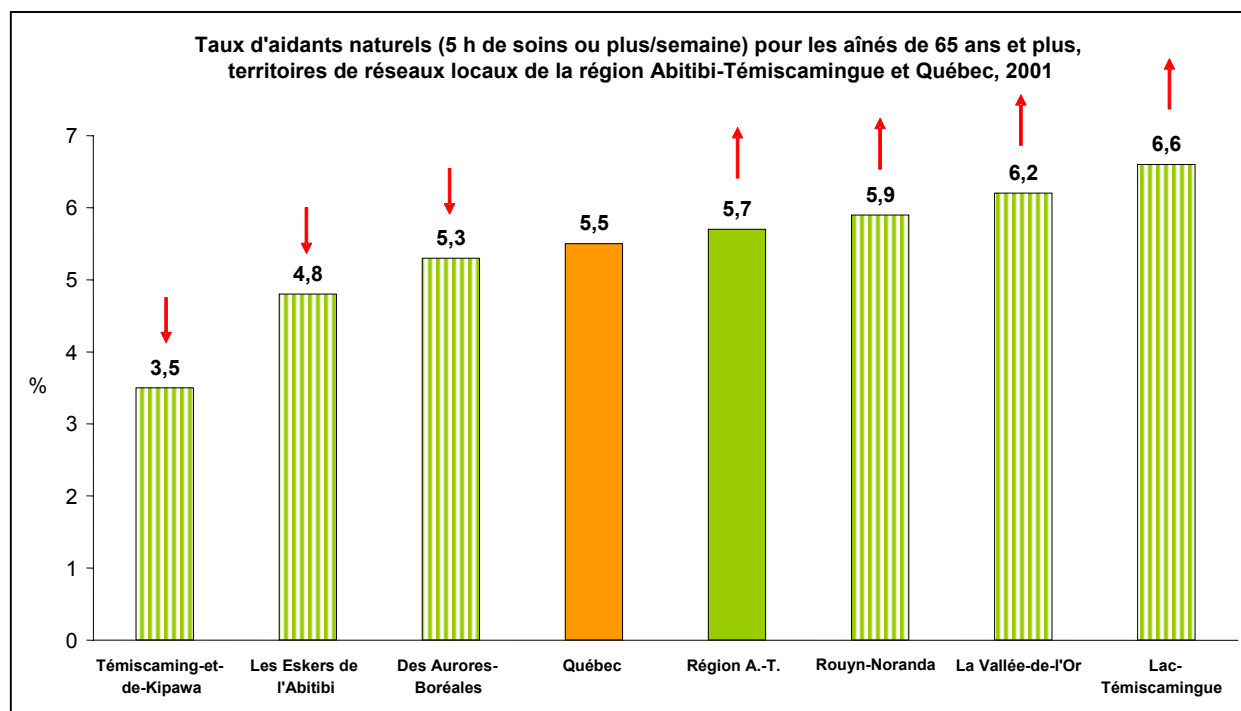
• **Aidants naturels pour les personnes de 65 ans et plus**

Les personnes qui prodiguent des soins sans rémunération aux personnes âgées de 65 ans et plus sont souvent des membres de la famille (conjoint(e), enfants, petits enfants, etc.), des amis ou encore des voisins. Pour les distinguer des personnes qui apportent un soutien aux personnes âgées dans le cadre d'activités rémunérées, comme par exemple, les services de soutien à domicile ou d'aide ménagère, on les qualifie d'aidants naturels. À ce propos, le recensement de 2001 a permis d'inventorier le nombre d'aidants naturels ayant prodigué 5 heures et plus de soins aux personnes âgées au cours de la semaine précédant le recensement. En Abitibi-Témiscamingue, on en dénombre près de 6 600, ce qui représente 5,7 % de la population de 15 ans et plus. Cette proportion s'avère supérieure à celle du Québec (5,5 %). Les femmes sont davantage présentes que les hommes puisqu'on en a recensé près de 4 400 comparé à environ 2 200 hommes, pour des taux respectifs de 7,6 % et 3,9 %. Notons que la proportion d'aidants naturels de sexe féminin s'avère supérieure en Abitibi-Témiscamingue comparée au Québec.

**Les aidants naturels :
un peu plus nombreux en Abitibi-Témiscamingue**

Dans la région, le taux d'aidants naturels varie entre 3,5 % de la population et 6,6 %, la proportion la plus faible et significativement inférieure à celle du Québec étant enregistrée dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa tandis que la plus élevée, qui se démarque également de manière significative du taux québécois, est observée dans le territoire du Lac-Témiscamingue.

Figure 37



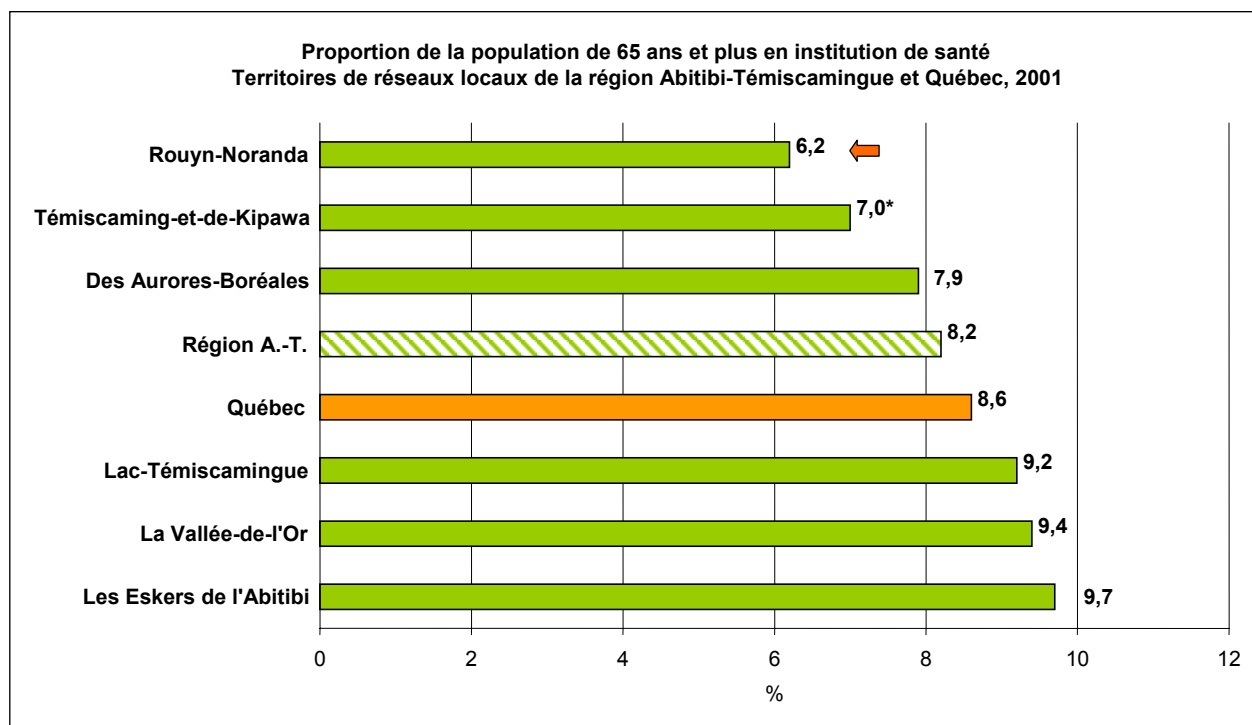
Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

• **Population de 65 ans et plus vivant en institution de santé**

La population âgée de 65 ans et plus et vivant en institution de santé se caractérise généralement par une perte d'autonomie importante. En effet, il s'agit d'une mesure de dernier recours, utilisée après avoir épuisé toutes les autres solutions possibles. En Abitibi-Témiscamingue, on a recensé en 2001 environ 1 400 personnes âgées de 65 ans et plus vivant en institution de santé, dont près de 930 femmes et 450 hommes. Cela représente donc près d'une personne sur dix (8 %) parmi la population de 65 ans et plus de la région, plus précisément 10 % des femmes et 6 % des hommes. La situation régionale s'avère comparable à celle du Québec, que ce soit pour les hommes, les femmes ou les deux sexes réunis.

Dans les territoires de CSSS, seul Rouyn-Noranda se distingue avec un taux significativement inférieur à l'ensemble du Québec, comme l'illustre la figure 38. Les autres territoires de CSSS se comparent au Québec, aucune différence statistique significative n'étant détectée.

Figure 38



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

Près d'une personne sur 10 âgée de 65 ans et plus
vit en institution de santé

Section 2 – ÉTAT DE SANTÉ

7. Santé générale et bien-être

• *Perception de l'état de santé*

La perception ou l'autoévaluation de l'état de santé « reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie, donc des aspects subjectifs et objectifs de la santé » (Levasseur, 2000 : 259). C'est d'ailleurs un indicateur reconnu comme fiable et valide par de nombreuses études en raison de son association avec d'autres dimensions de la santé, entre autres, la présence ou non de problèmes de santé, la capacité fonctionnelle et la limitation des activités. Une mauvaise perception de l'état de santé est également associée à des comportements personnels comme le tabagisme, la sédentarité, la consommation de médicaments ou encore certains facteurs de risque comme l'obésité, l'excès de poids. À cet égard, une enquête menée en 2003 a permis de constater qu'en Abitibi-Témiscamingue, 14 % de la population de 12 ans et plus percevait sa santé comme passable ou mauvaise, soit près de 17 500 personnes; au Québec, cette proportion est de 11 %. Dans la région, chez les femmes, la proportion est un peu plus élevée que chez les hommes, 16 % comparativement à 13 %, ce qui représente plus de 9 500 femmes et 7 900 hommes.

1 personne sur 7 perçoit sa santé comme
passable ou mauvaise

• **Niveau de satisfaction envers la vie**

Autre indicateur global, le niveau de satisfaction envers la vie en général. Ici aussi, on peut penser que les personnes insatisfaites de leur vie sont plus à risque d'avoir ou de développer certains problèmes de santé. Les données recueillies en 2003 révèlent qu'au Québec, les personnes insatisfaites de leur vie en général constituent une très petite fraction de la population puisque c'est le cas de seulement 2,4 % de l'ensemble des personnes de 12 ans et plus, en fait 2,6 % des femmes et 2,2 % des hommes. Si on fait l'hypothèse que la situation prévalant au Québec est la même en l'Abitibi-Témiscamingue, on estime qu'environ 3 000 personnes, soit approximativement 1 400 hommes et 1 600 femmes, résidant dans la région seraient insatisfaites de leur vie en général.

• **Niveau de stress dans la vie**

Dernier indicateur général, le niveau de stress dans la vie. Si le stress constitue une caractéristique naturelle et inévitable de la vie, le fait d'être soumis en permanence à un stress intense peut néanmoins entraîner divers symptômes physiques et parfois même des problèmes de santé mentale. La perception du stress dans la vie s'avère donc un élément global important à considérer. Dans la région, en 2003, 28 % de la population de 18 ans et plus perçoit sa vie comme assez stressante, soit un peu plus de 18 000 personnes. Chez les hommes, le taux se situe à 29 % et chez les femmes à 27 %, ce qui représente près de 15 700 hommes et 14 800 femmes. À noter que ces proportions sont tout à fait comparables à celles observées dans l'ensemble du Québec.

Plus d'une personne sur 4 perçoit sa vie
comme assez stressante

8. Santé mentale

Les questions de santé mentale peuvent s'inscrire dans une très vaste perspective allant du bien-être émotif jusqu'à la maladie mentale ou les troubles psychiques graves. Or, il faut reconnaître que les données statistiques dans ce domaine sont peu nombreuses, probablement en raison du fait que les divers thèmes se prêtent plus ou moins bien à des enquêtes de type sondage téléphonique. Statistique Canada a néanmoins tenté le coup et mené une enquête en 2002 ayant pour thème général la santé mentale et le bien-être. Cette dernière a permis d'obtenir un certain nombre d'informations à l'échelle du Québec qui permettent de procéder à des estimations pour la région. Quelques autres données sont également disponibles à l'échelle régionale.

• **Perception de sa santé mentale**

Premier indicateur global, la perception que les gens ont de leur santé mentale. Cet indicateur est reconnu comme valide et fiable car associé à la morbidité déclarée, à la morbidité diagnostiquée, à l'utilisation des soins de santé, à la consommation de médicaments, à l'incapacité fonctionnelle et à la limitation d'activités (Légaré et autres, 2000). En Abitibi-Témiscamingue, en 2003, on constate que 5 % de la population de 15 ans et plus perçoit sa santé mentale comme passable ou mauvaise, soit un peu plus de 5 300 personnes. Chez les hommes, le taux serait de 6 % et chez les femmes de 4 %, ce qui correspond à près de 3 200 hommes et 2 200 femmes. Bien que ces estimations soient de qualité moyenne, elles sont similaires à ce qui est observé dans l'ensemble du Québec.

1 personne sur 20 percevrait sa santé mentale
comme passable ou mauvaise

• **Indice de détresse psychologique**

L'indice de détresse psychologique a été utilisé à plusieurs reprises dans des enquêtes générales de santé pour évaluer la présence et la fréquence de certaines manifestations liées à la dépression, à l'anxiété, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité au cours de la semaine précédant l'enquête. Cet indice a de nouveau été employé en 2003 et les données sont disponibles à l'échelle régionale. Toutefois, la population visée n'étant plus celle de 15 ans et plus mais celle de 12 ans et plus et le mode de collecte ayant radicalement changé (sondage téléphonique au lieu d'un questionnaire auto administré), les résultats ne sont pas comparables à ceux des enquêtes antérieures. On peut penser d'ailleurs que les résultats obtenus ici sous-estiment la proportion de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Il ressort ainsi qu'en 2003, 8 % de la population témiscabitiébienne de 12 ans et plus, soit près de 8 500 personnes, présente un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique; le taux est supérieur chez les femmes, 10 %, comparativement à 5 % chez les hommes, ce qui représente environ 5 700 femmes et 2 800 hommes. Bien que la qualité de ces estimations soit moyenne, des taux similaires sont observés pour l'ensemble du Québec.

8 % des personnes de 12 ans et plus ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique

• **Épisode dépressif majeur**

L'enquête canadienne de 2002 a tenté d'évaluer le nombre de personnes de 15 ans et plus ayant souffert d'un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois. Au Québec, il apparaît que c'est le cas de 5 % de la population de 15 ans et plus, plus particulièrement 4 % des hommes et 6 % des femmes. Si on fait l'hypothèse que la situation prévalant dans la province est la même dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, on estime que, dans cette

dernière, environ 5 700 personnes auraient souffert d'un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois, un peu plus de 3 500 femmes et 2 100 hommes.

5 % des personnes auraient eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois

• **Trouble panique**

Autre problème de santé mentale, le trouble panique. Selon l'enquête canadienne de 2002, au Québec, 1,4 % de la population de 15 ans et plus aurait souffert de trouble panique au cours des 12 derniers mois. Si on fait l'hypothèse que la situation prévalant au Québec est la même en Abitibi-Témiscamingue, on estime que le nombre de personnes ayant souffert de trouble panique se situerait autour de 1 700 personnes dans la région.

1,4 % des personnes auraient souffert de trouble panique au cours des 12 derniers mois

• **Phobie sociale**

La phobie sociale qui peut se traduire entre autres par une timidité excessive, une peur malade d'affronter la foule ou l'impossibilité de s'exprimer en public est un des problèmes investigués dans l'enquête canadienne de 2002. Les résultats révèlent qu'au Québec, 2,2 % des femmes et 1,8 % des hommes de 15 ans et plus ont souffert de phobie sociale au cours des 12 derniers mois, pour un total de 2 % de la population de 15 ans et plus. Si on fait l'hypothèse que la situation prévalant au Québec est la même dans la région de l'Abitibi-

Témiscamingue, on estime qu'environ 2 400 personnes auraient souffert de phobie sociale au cours des 12 derniers mois, soit approximativement 1 100 hommes et 1 300 femmes.

2 % des personnes auraient souffert de phobie sociale au cours des 12 derniers mois

• **Dépendance à l'alcool**

La dépendance à l'alcool est un autre problème investigué dans l'enquête canadienne sur la santé mentale. Les données recueillies en 2002 permettent d'estimer qu'au Québec cela touche 2 % de la population de 15 ans et plus. Si on fait l'hypothèse que la situation prévalant dans la province est la même en Abitibi-Témiscamingue, on peut estimer que la dépendance à l'alcool affecterait environ 2 300 personnes de 15 ans et plus dans la région.

2 % des personnes auraient une dépendance à l'alcool

9. Santé physique

Aborder l'état de santé physique d'une population via les divers problèmes de santé existants ouvre la voie à un très large horizon. Or, on ne dispose pas de données sur l'ensemble des problèmes et les sources d'information varient aussi grandement selon la nature de ceux-ci. Il sera donc question ici tout d'abord de certaines maladies chroniques telles que le cancer et le diabète, puis des principales causes d'hospitalisation, de certaines maladies à déclaration obligatoire (MADO) répertoriées dans le système québécois des MADO et, enfin, de certains autres problèmes de santé de longue durée.

• **Cancer**

Alors qu'autrefois le cancer était considéré comme une maladie presque toujours mortelle, il est devenu plutôt une maladie chronique qui laisse aux personnes atteintes une certaine espérance de vie, si l'on fait exception de cas, comme le cancer du poumon ou du pancréas qui, eux, demeurent très souvent fatals à court terme (Bourdages et autres, 2003). En premier lieu, il sera question de tous les nouveaux cas de cancer, quel que soit le siège de la tumeur maligne, puis des principaux sièges de cancer affectant la population en général.

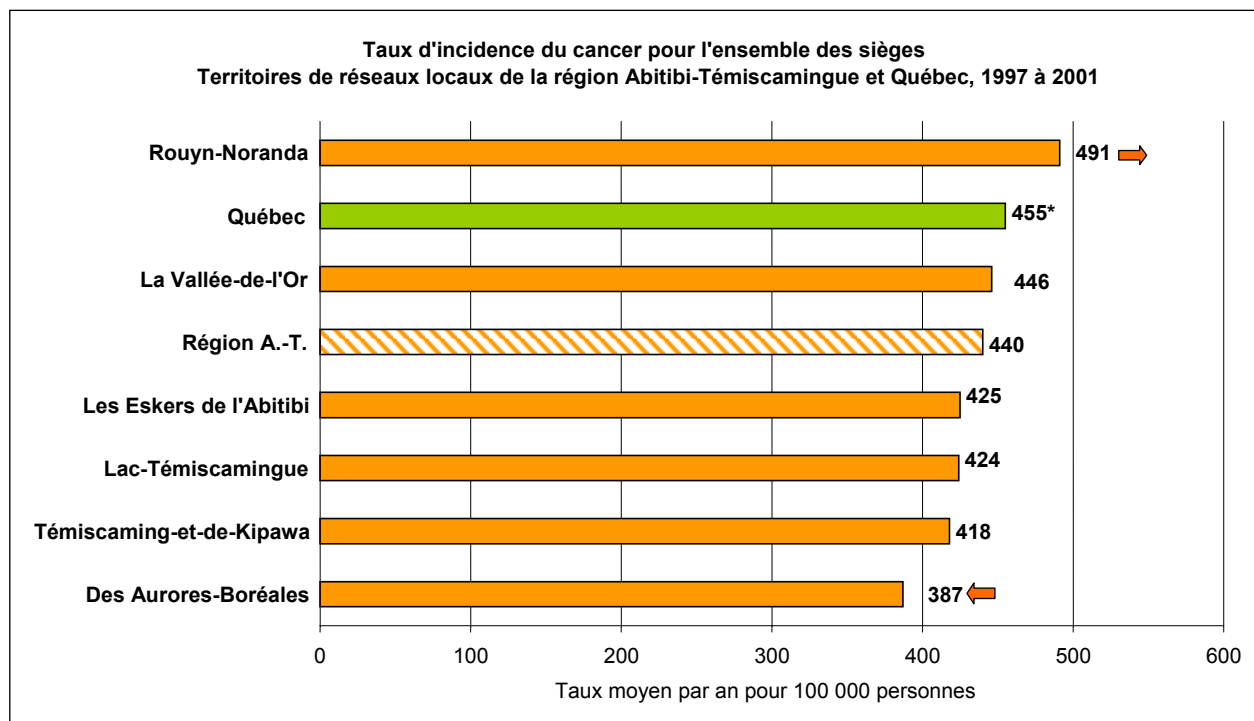
Cancer (tous sièges confondus)

De 1997 à 2001, en Abitibi-Témiscamingue, on a enregistré en moyenne annuellement un total de 622 nouveaux cas de cancer (tous sièges confondus⁷), ce qui correspond à un taux annuel moyen d'incidence de 440 cas pour 100 000 personnes. Il s'agit d'un taux comparable au taux de référence québécois de 455 cas pour 100 000; en effet, aucune différence statistique significative n'est observée entre les deux taux.

Parmi les différents territoires de CSSS de la région, celui des Aurores-Boréales se caractérise par le taux annuel moyen d'incidence le plus bas, soit 387 cas pour 100 000 personnes, qui est significativement inférieur au taux de référence québécois. À l'inverse, le territoire de CSSS de Rouyn-Noranda détient le taux le plus élevé, 491 cas pour 100 000, taux qui s'avère significativement supérieur au taux de référence québécois. Dans les autres territoires de CSSS de la région, la situation est comparable à celle du Québec, aucune différence statistique significative n'étant détectée.

7. Cela comprend tous les types de cancer, à l'exception des tumeurs bénignes, des tumeurs à évolution imprévisible, des carcinomes in situ et des cancers de la peau sans mélanome. Pour plus de précisions, se référer au Lexique, indicateur 9.2 : Taux d'incidence du cancer selon le siège, à la page 38.

Figure 39



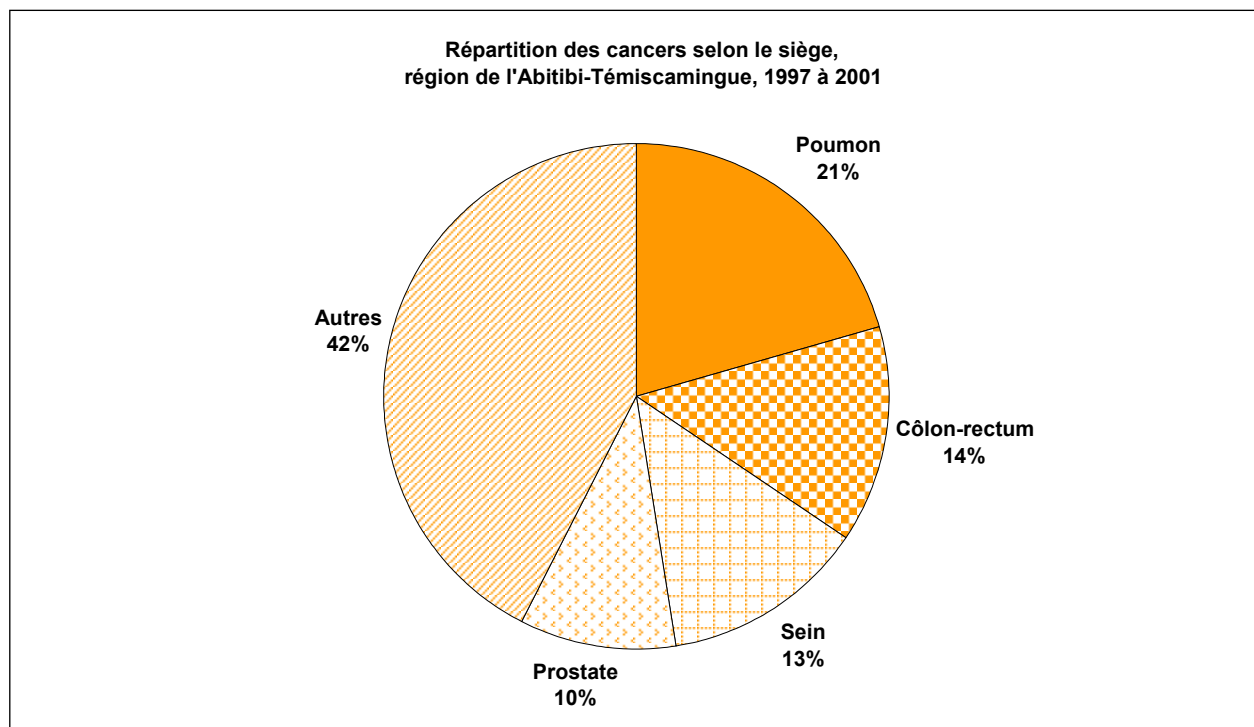
*Taux québécois de référence

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des tumeurs, 1997 à 2001.

Principaux sièges de cancer

Comme le montre la figure 40, les principaux sièges de cancers sont par ordre décroissant d'importance, le poumon, le côlon-rectum, le sein et la prostate. Ces quatre sièges représentent à eux seuls près de 60 % de tous les cancers dans la région. À titre comparatif, au Québec, ils représentent 55 % des cancers, la part du cancer du poumon étant un peu moins élevée (18 % comparée à 21 %) et à l'inverse, celle du cancer du côlon-rectum un peu plus importante (15 % contre 14 %).

Figure 40



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des tumeurs, 1997 à 2001.

Cancer du poumon

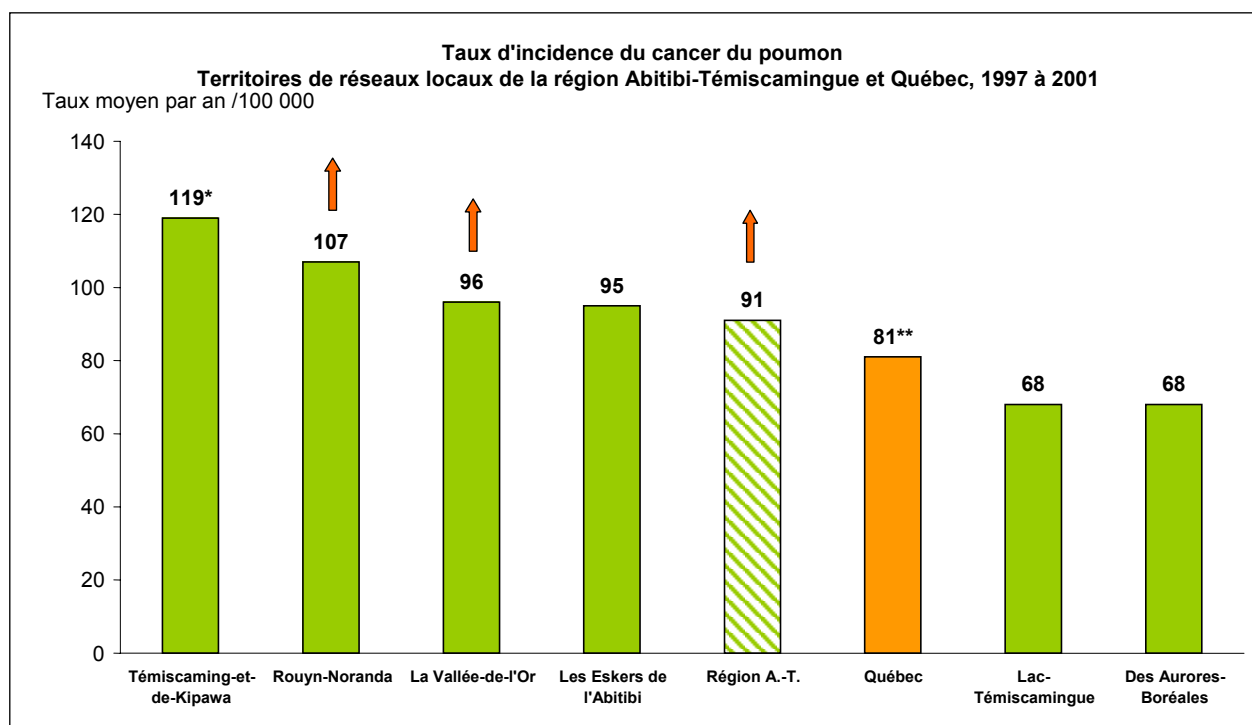
De 1997 à 2001, en Abitibi-Témiscamingue, on a enregistré en moyenne annuellement 128 nouveaux cas de cancer du poumon. Cela correspond à un taux annuel moyen d'incidence de 91 cas pour 100 000 personnes, ce qui est significativement supérieur au taux québécois de référence (81 cas pour 100 000 personnes).

**Davantage de nouveaux cas de cancer du poumon en
Abitibi-Témiscamingue par rapport au Québec**

Dans la région, comme l'indique la figure 41, les territoires de CSSS de Rouyn-Noranda et de la Vallée-de-l'Or se démarquent avec un taux d'incidence du cancer du poumon significativement

supérieur à celui du Québec. Pour les autres territoires de CSSS, les tests n'ont pas permis de détecter de différence statistique significative. Ajoutons aussi que pour le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa, la petitesse des chiffres en cause n'a pas permis de procéder à des comparaisons statistiques et d'en tirer des conclusions.

Figure 41



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

** Taux québécois de référence.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des tumeurs, 1997 à 2001.

Cancer du côlon-rectum

De 1997 à 2001, on a recensé en moyenne 86 nouveaux cas par année de cancer du côlon-rectum dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, ce qui se traduit par un taux d'incidence annuel moyen de 62 cas pour 100 000 personnes. Il s'agit d'un taux comparable au taux québécois de référence de 61 cas pour 100 000, aucune différence statistique significative n'étant observée entre les deux taux.

À l'intérieur de la région, bien que les taux d'incidence du cancer du colon-rectum varient selon les différents territoires de CSSS entre 50 et 68 cas pour 100 000, on ne détecte pas de différence statistique significative avec l'ensemble du Québec. Mentionnons cependant le cas particulier du territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa où la petitesse des effectifs ne permet pas de procéder à des comparaisons et d'en tirer des conclusions.

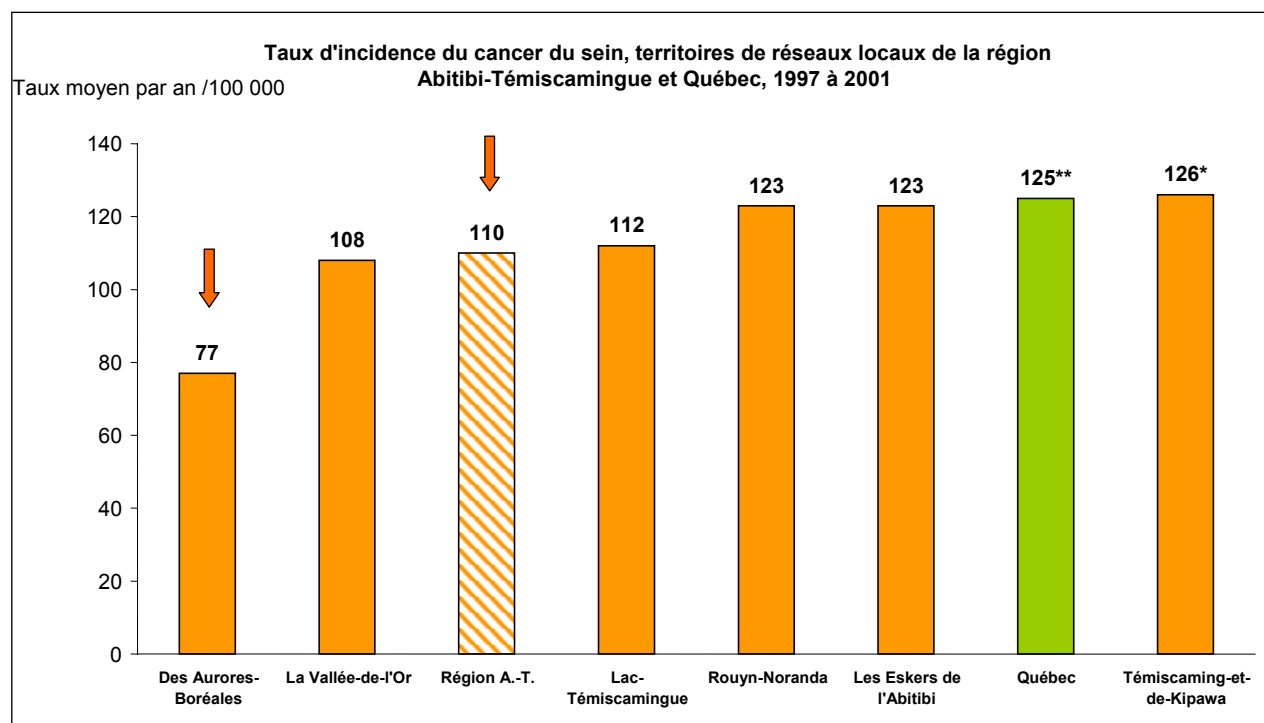
Cancer du sein

Durant la période 1997 à 2001, on a enregistré en moyenne annuellement 82 nouveaux cas de cancer du sein dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, soit l'équivalent d'un taux d'incidence annuel moyen de 110 cas pour 100 000 femmes. Ce taux s'avère significativement inférieur au taux québécois de référence qui s'élève, pour sa part, à 125 cas pour 100 000.

Moins de nouveaux cas de cancer du sein en Abitibi-Témiscamingue par rapport à l'ensemble du Québec

Parmi les différents territoires de CSSS de la région, seul celui des Aurores-Boréales se distingue avec un taux d'incidence du cancer du sein significativement inférieur au taux québécois de référence, soit 77 cas pour 100 000 comparé à 125 cas pour 100 000. Pour les autres territoires, bien que le taux varie de 108 à 123 cas pour 100 000, le test ne permet pas de détecter de différence statistique significative avec l'ensemble du Québec. À noter qu'ici encore, en raison de la petitesse des effectifs en cause, aucun test n'a pu être effectué avec les données du territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa.

Figure 42



* Attention : estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6$ % et $\leq 33,3$ %)

** Taux de référence québécois.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des tumeurs, 1997 à 2001.

Cancer de la prostate

On a dénombré en moyenne 61 nouveaux cas par année de cancer de la prostate, au cours de la période 1997 à 2001 en Abitibi-Témiscamingue. Cela correspond à un taux annuel moyen de 98 cas pour 100 000 hommes. Bien que le taux québécois de référence se situe à 103 cas pour 100 000, on ne détecte pas de différence significative entre le taux régional et le taux québécois de référence. Il en est de même pour la plupart des territoires de CSSS de la région, exception faite toutefois de ceux de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue pour lesquels aucun test n'a pu être fait en raison des petits nombres en cause.

• **Diabète**

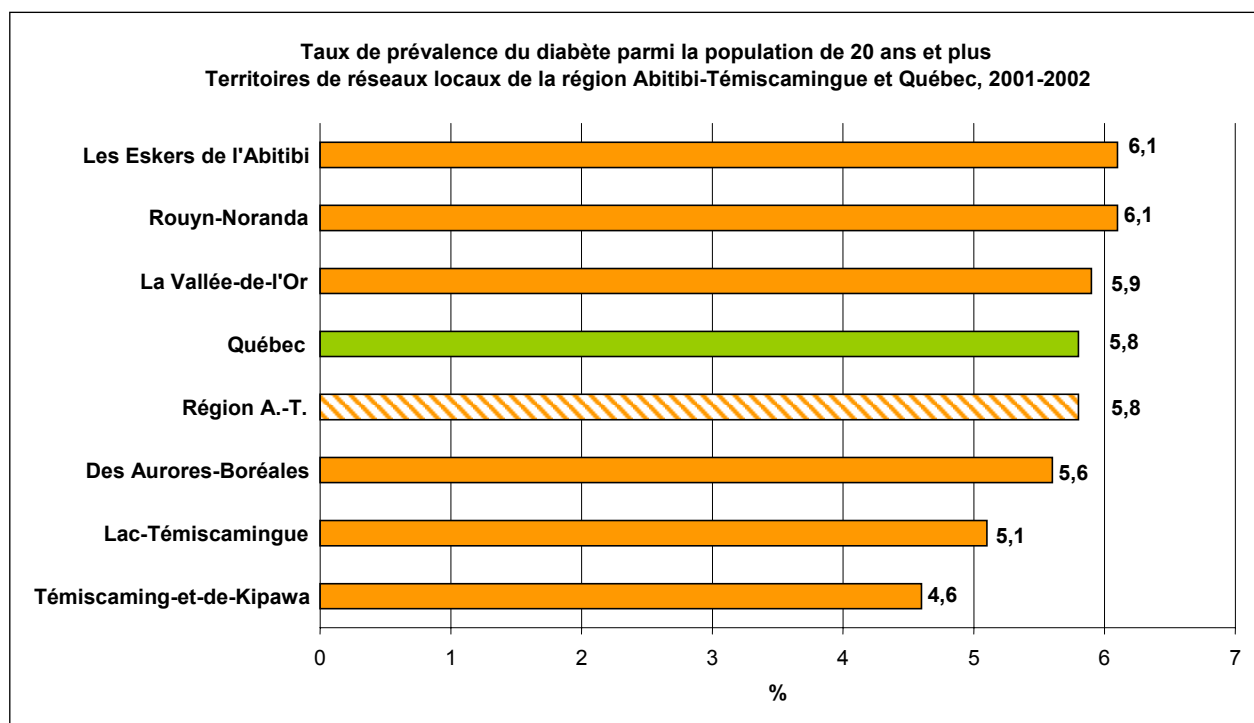
Autre maladie chronique pouvant entraîner de multiples complications, par exemple des maladies coronariennes, une atteinte du système neurologique ou la cécité, le diabète doit faire l'objet d'un contrôle et d'un suivi serré de la part des personnes atteintes. Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, en 2001-2002, on estime qu'un peu plus de 6 000 personnes âgées de 20 ans et plus souffrent de diabète, environ 2 900 hommes et 3 100 femmes. Cela représente 5,8 % de la population, ce qui est identique au taux québécois. Chez les hommes, le taux se situe à 5,9 %, proportion significativement inférieure au taux québécois (6,6 %). Chez les femmes, c'est l'inverse, le taux régional est de 5,7 % et s'avère significativement supérieur au taux québécois de 5,1 %.

Un peu plus de 6 000 personnes de 20 ans et plus souffrent de diabète

Comparé au Québec, on recense moins d'hommes mais davantage de femmes atteints de diabète

À l'intérieur de la région, le taux de prévalence du diabète chez la population de 20 ans ou plus varie selon les territoires de CSSS entre 4,6 %, taux le plus faible enregistré pour celui de Témiscaming-et-de-Kipawa, et 6,1 %, taux le plus élevé observé dans les territoires de Rouyn-Noranda et Les Eskers de l'Abitibi (voir figure 43).

Figure 43



Source : Institut national de santé publique, 2004.

• **Hospitalisations**

Bien qu'elles reflètent l'organisation et l'utilisation des services sur un territoire, les données de morbidité hospitalière permettent aussi d'identifier des problèmes de santé prioritaires, d'où l'intérêt de les analyser. Elles ne peuvent cependant être utilisées pour mesurer la prévalence d'un problème puisque les informations se rapportent à une hospitalisation et non à une personne, et qu'une personne peut être hospitalisée plusieurs fois au cours d'une année. Rappelons que les données d'hospitalisation concernent toujours les résidents de l'Abitibi-Témiscamingue, quel que soit l'endroit au Québec où ces derniers aient pu être hospitalisés pour leurs problèmes. Les hospitalisations hors Québec ne sont toutefois pas incluses ici.

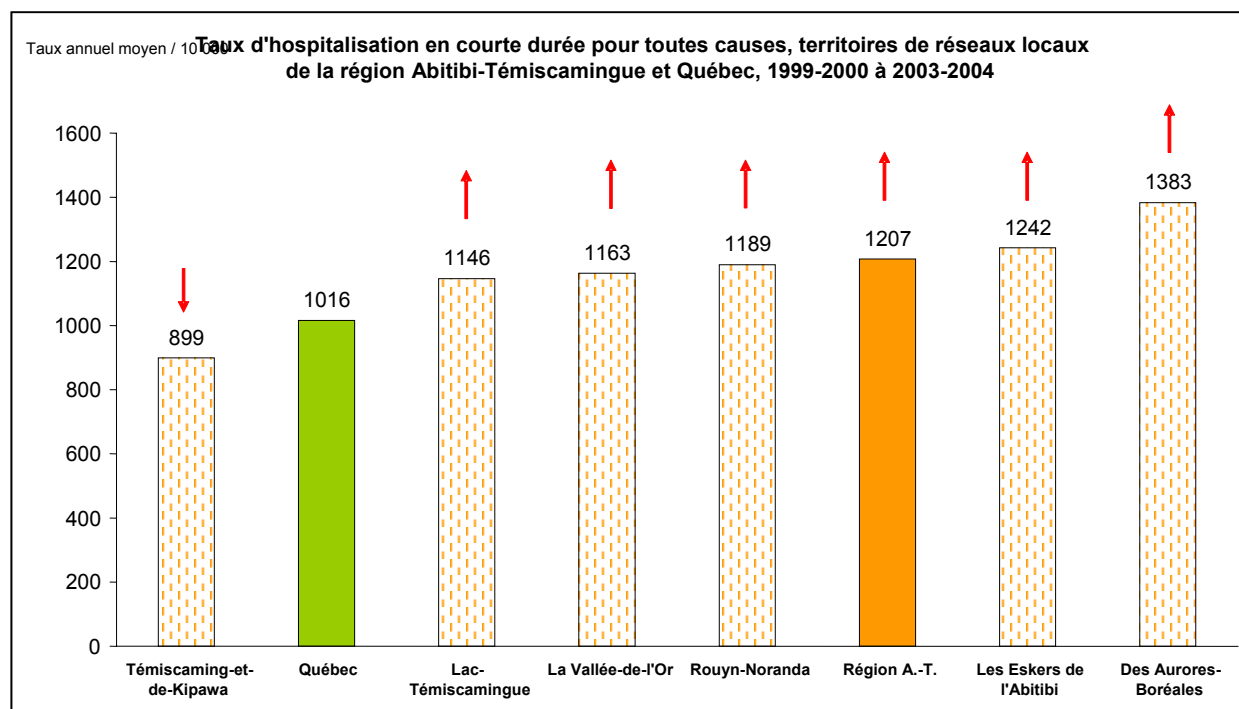
Ensemble des hospitalisations

De 1999-2000 à 2003-2004, on a enregistré en moyenne plus de 17 100 hospitalisations par année, en soins physiques de courte durée, pour des résidents de l'Abitibi-Témiscamingue, quel que soit le diagnostic à l'origine de l'hospitalisation. Cela équivaut à un taux annuel moyen de 1 207 hospitalisations pour 10 000 personnes, ce qui se révèle significativement supérieur au taux québécois de référence qui est de 1 016 pour 10 000. En fait, on recense dans la région 19 % plus d'hospitalisations qu'au Québec.

Plus d'hospitalisations qu'au Québec

Dans la région, le taux d'hospitalisation en courte durée pour toutes causes varie selon les différents territoires de CSSS entre 899 et 1 383 hospitalisations pour 10 000 personnes, le taux le plus bas étant enregistré dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa et le plus élevé dans celui des Aurores-Boréales (figure 44). Par ailleurs, tous les territoires de CSSS affichent un taux d'hospitalisation significativement supérieur à celui du Québec; seule exception, le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa dont le taux se révèle significativement inférieur au taux québécois. Un tel résultat s'explique probablement par le fait que les hospitalisations hors Québec ne sont pas incluses ici, or beaucoup de résidents de Témiscaming-et-de-Kipawa vont chercher certains services de santé en Ontario en raison de la proximité physique.

Figure 44



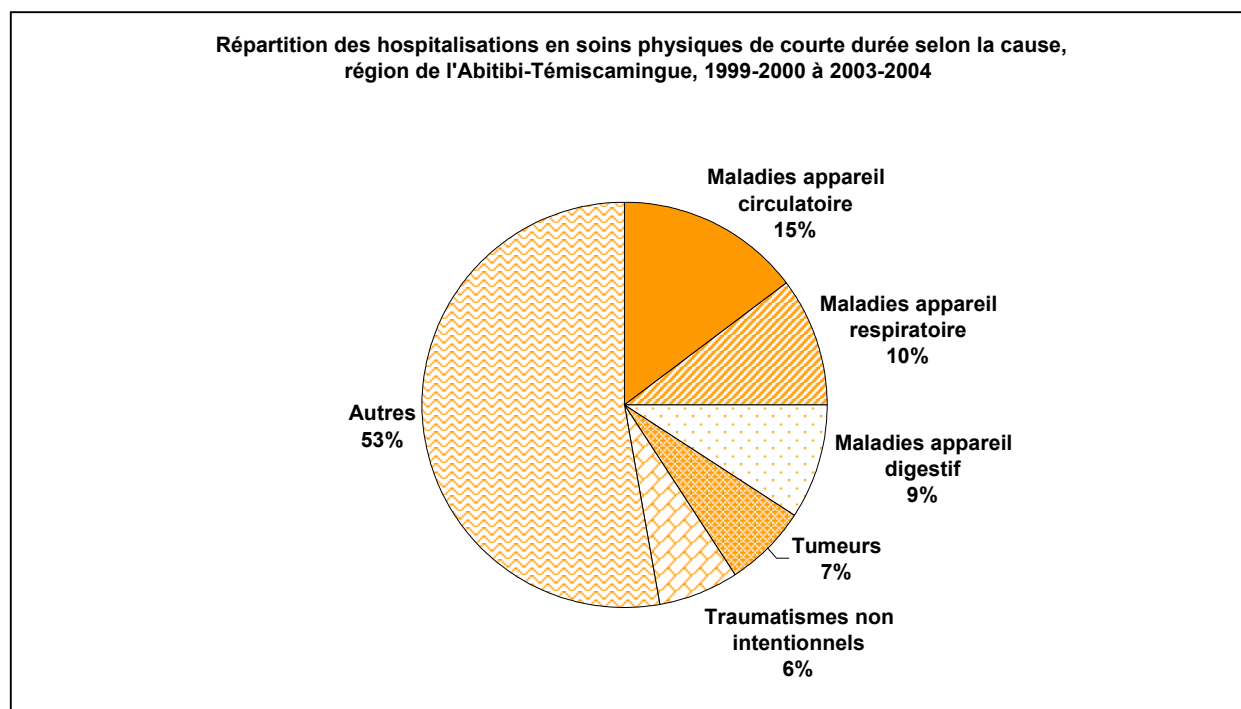
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1999-2000 à 2003-2004.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 2002 révisées en décembre 2004.

Principales causes d'hospitalisation

Les principales causes d'hospitalisation sont identifiées à partir du diagnostic principal.

Figure 45



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1999-2000 à 2003-2004.

Comme l'illustre précédemment la figure 45, les principales causes d'hospitalisation pour les résidents de l'Abitibi-Témiscamingue sont :

	Nombre annuel moyen de cas	Taux annuel moyen pour 10 000 personnes
1. Maladies de l'appareil circulatoire	2 518	171
2. Maladies de l'appareil respiratoire	1 762	125
3. Maladies de l'appareil digestif	1 577	108
4. Tumeurs	1 164	78
5. Traumatismes non intentionnels ⁸	1 051	72

⁸. Les traumatismes non intentionnels comprennent, entre autres, les accidents de la route, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications.

Comme au Québec, ces cinq grandes causes regroupent près de la moitié (47 %) de toutes les hospitalisations.

1^{re} cause d'hospitalisation :
maladies de l'appareil circulatoire

2^e cause d'hospitalisation :
maladies de l'appareil respiratoire

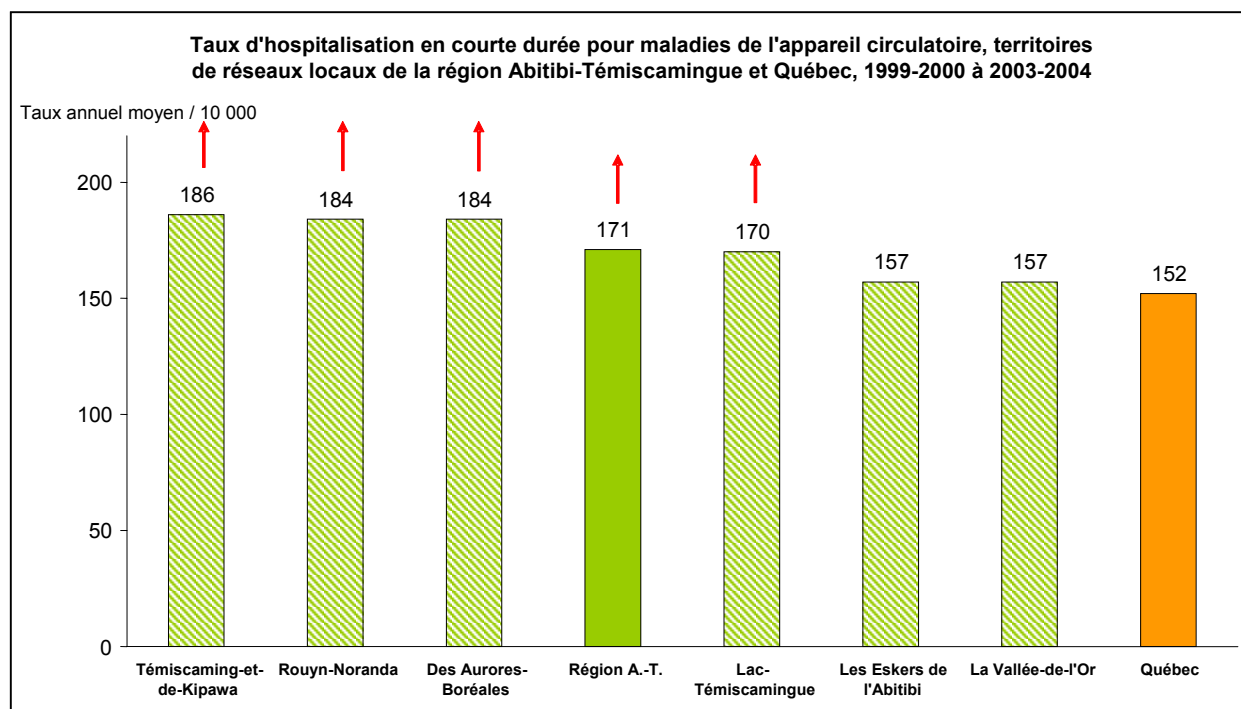
Hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire

Concernant la première cause d'hospitalisation, les maladies de l'appareil circulatoire, on constate que le taux annuel moyen de l'Abitibi-Témiscamingue (171 pour 10 000) s'avère supérieur au taux québécois de référence (152 pour 10 000).

Plus d'hospitalisations qu'au Québec pour
des maladies de l'appareil circulatoire

Dans les différents territoires de CSSS de la région (figure 46), les taux annuels moyens sont également supérieurs au taux québécois de référence, sauf pour Les Eskers de l'Abitibi et la Vallée-de-l'Or où la situation est comparable à celle du Québec. Ajoutons que les taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire dans les territoires de réseaux locaux varient entre 157 et 186 hospitalisations pour 10 000 personnes.

Figure 46



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1999-2000 à 2003-2004.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 2002 révisées en décembre 2004.

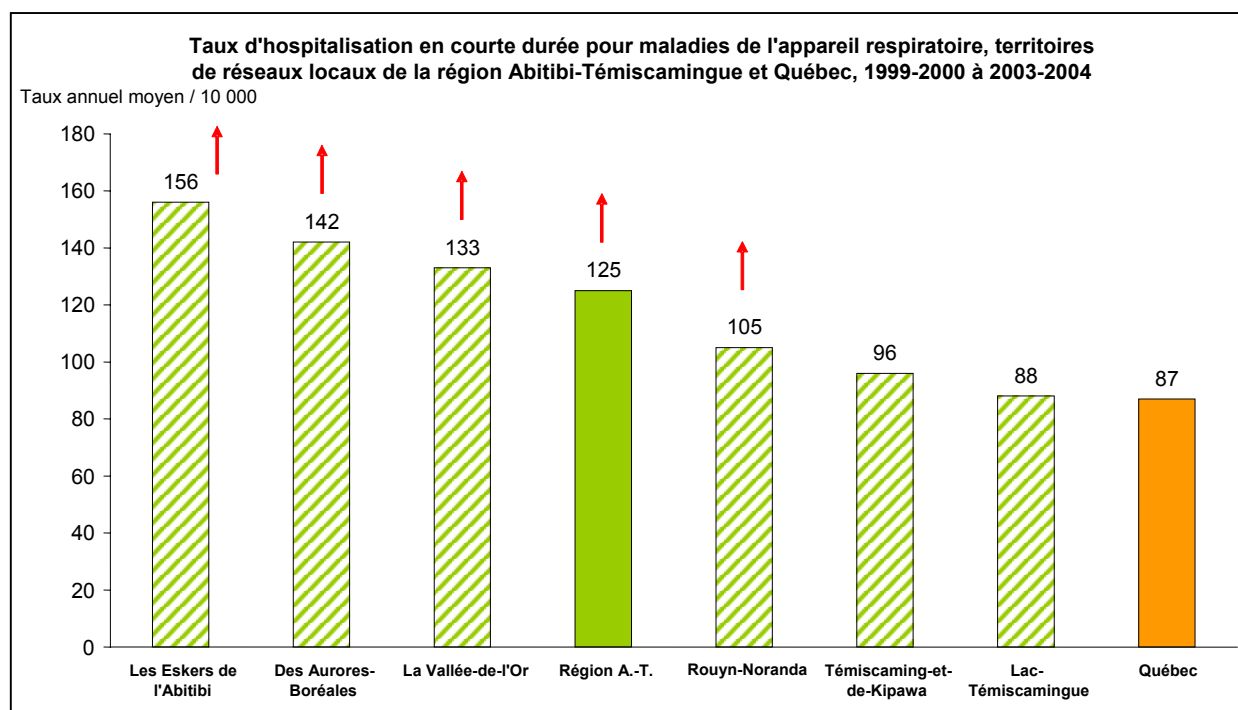
Hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire

Pour ce qui est des maladies de l'appareil respiratoire, l'Abitibi-Témiscamingue se démarque également avec un taux significativement supérieur au taux québécois de référence : 125 cas pour 10 000 personnes alors qu'au Québec, il est de 87 pour 10 000. Il s'agit donc d'un écart de 44 %.

Plus d'hospitalisations qu'au Québec pour
des maladies de l'appareil respiratoire

À l'intérieur de la région, dans les différents territoires de CSSS, les taux annuels moyens d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire sont également supérieurs au taux québécois de référence, sauf pour Témiscaming-et-de-Kipawa et Lac-Témiscamingue où la situation est comparable à celle du Québec. Comme le montre la figure 47, les taux des territoires de réseaux locaux fluctuent entre 88 et 156 hospitalisations pour 10 000 personnes, le plus élevé étant enregistré dans le territoire Les Eskers de l'Abitibi et le plus bas dans celui du Lac-Témiscamingue.

Figure 47



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1999-2000 à 2003-2004.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 2002 révisées en décembre 2004.

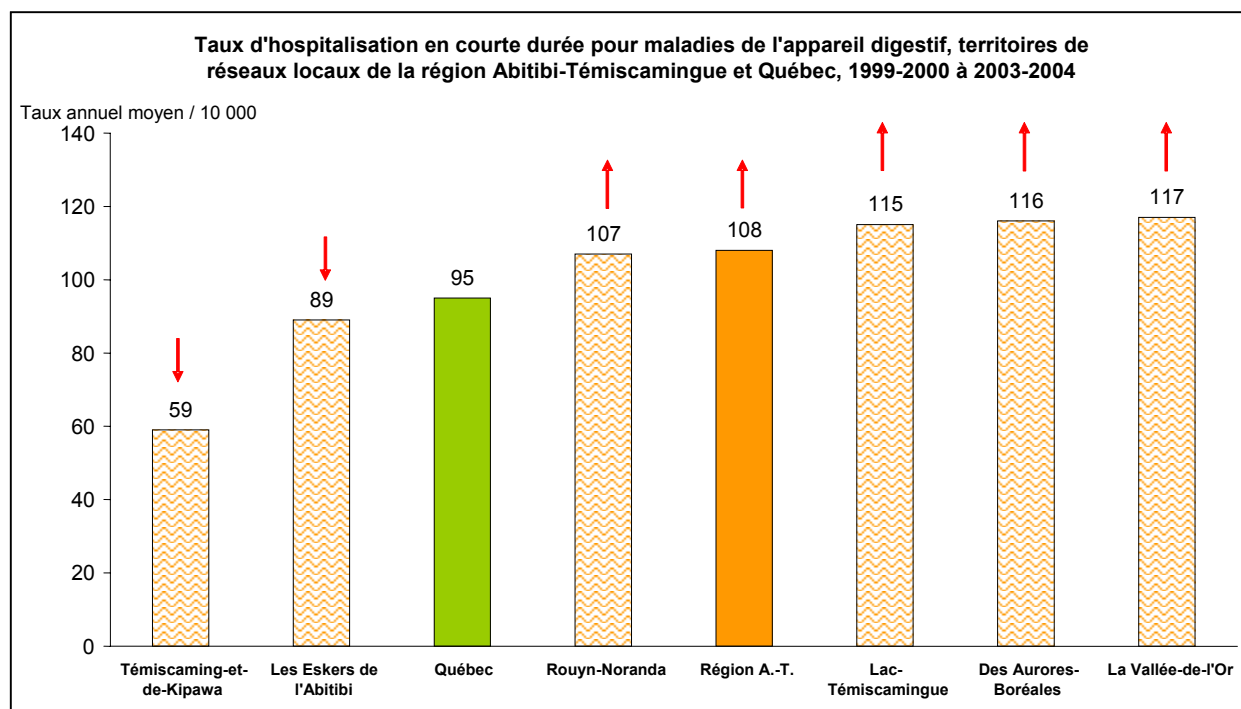
Hospitalisations pour maladies de l'appareil digestif

Concernant les maladies de l'appareil digestif, l'Abitibi-Témiscamingue présente un taux annuel moyen d'hospitalisations significativement supérieur au taux québécois, respectivement 108 cas pour 10 000 contre 95 cas pour 10 000, soit une différence de 14 %.

Plus d'hospitalisations qu'au Québec pour
des maladies de l'appareil digestif

Dans les divers territoires de réseaux locaux de la région, comme l'illustre la figure 48, on constate que le taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil digestif fluctue, la valeur la plus faible, 59 pour 10 000 personnes, étant observée dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa, et la plus élevée, 117 pour 10 000, dans celui de la Vallée-de-l'Or. À noter que la plupart des territoires affichent un taux significativement supérieur au taux québécois, seuls ceux de Témiscaming-et-de-Kipawa et Les Eskers de l'Abitibi présentent un taux significativement inférieur.

Figure 48



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1999-2000 à 2003-2004.

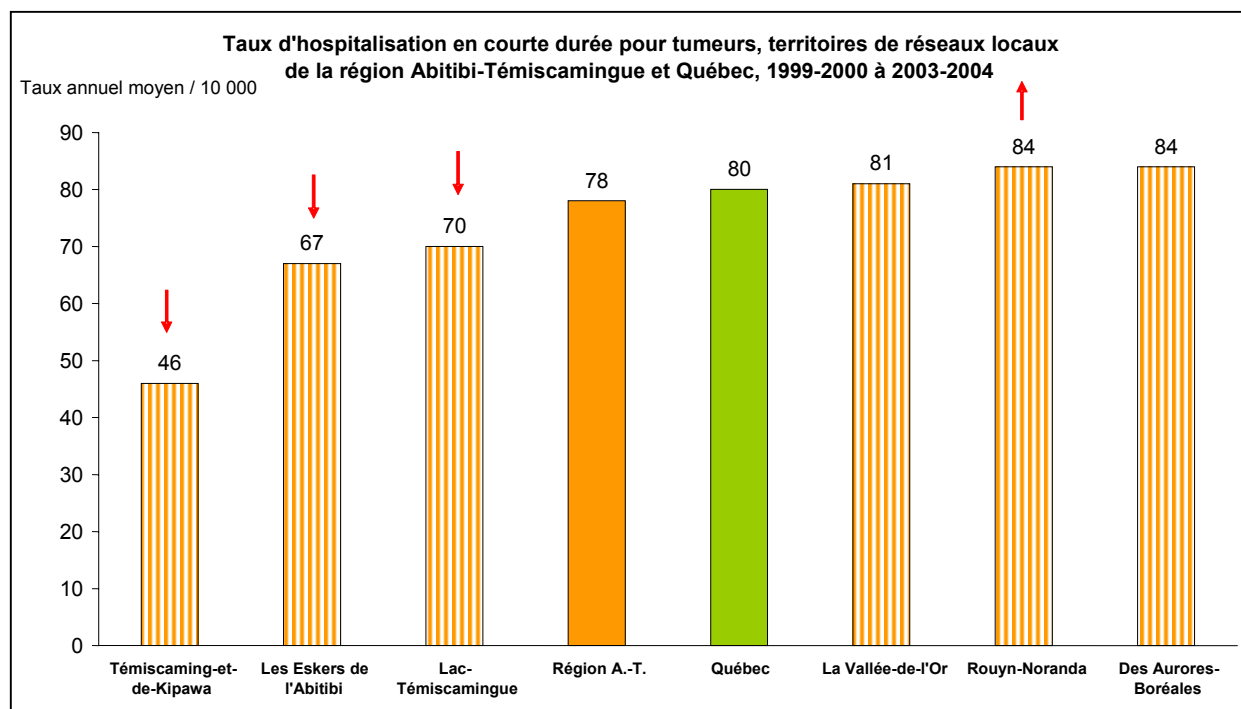
Statistique Canada, estimations démographiques pour 2002 révisées en décembre 2004.

Hospitalisations pour tumeurs

Concernant les hospitalisations pour tumeurs, on ne décèle aucune différence statistique significative entre le taux régional et le taux québécois qui sont respectivement de 78 cas pour 10 000 et 80 cas pour 10 000. Néanmoins, on observe des variations à l'intérieur de la région dans les divers territoires de réseaux locaux (voir figure 49). Ainsi, le taux le plus bas est enregistré dans le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa avec en moyenne annuellement 46 hospitalisations pour tumeurs pour 10 000 personnes, ce qui s'explique probablement par le fait que les hospitalisations hors Québec sont exclues ici. Le taux le plus élevé s'observe dans les territoires des Aurores-Boréales et de Rouyn-Noranda avec une moyenne annuelle de 84 hospitalisations pour tumeurs pour 10 000 personnes. Mentionnons

aussi que les taux des territoires de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa, du Lac-Témiscamingue et Les Eskers de l'Abitibi se révèlent significativement inférieurs au taux québécois tandis que celui du CSSS de Rouyn-Noranda s'avère significativement supérieur.

Figure 49



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1999-2000 à 2003-2004.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 2002 révisées en décembre 2004.

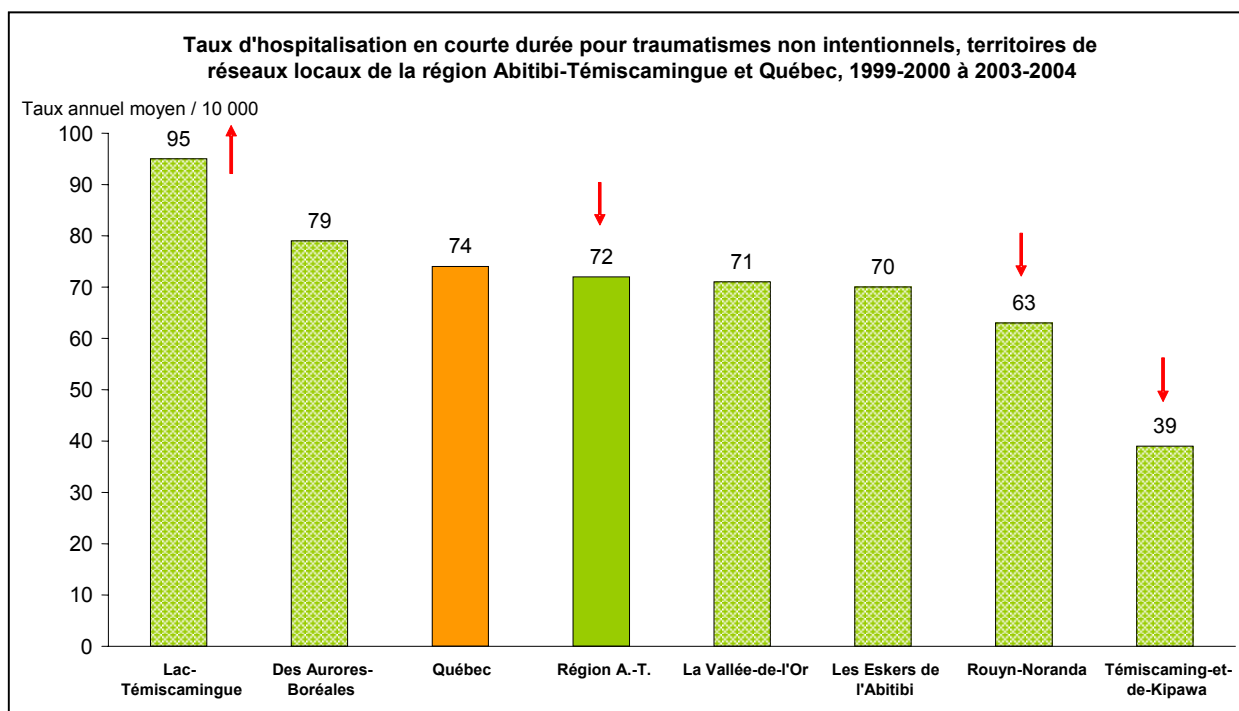
Hospitalisations pour traumatismes non intentionnels

Enfin, en ce qui a trait aux hospitalisations pour traumatismes non intentionnels, l'Abitibi-Témiscamingue se distingue par un taux annuel moyen d'hospitalisations significativement moins élevé que celui du Québec : 72 cas d'hospitalisation pour 10 000 personnes comparé à 74 au Québec.

Moins d'hospitalisations qu'au Québec pour
des traumatismes non intentionnels

Dans la région, parmi les divers territoires de CSSS, les résultats ne sont pas homogènes. Ainsi, les territoires de Témiscaming-et-de-Kipawa et de Rouyn-Noranda affichent des taux inférieurs à celui du Québec alors que le territoire du Lac-Témiscamingue se démarque, à l'inverse, avec un taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels significativement plus élevé que le taux québécois. Ajoutons que les taux annuels moyens des CSSS fluctuent entre 39 et 95 hospitalisations pour traumatismes non intentionnels pour 10 000 personnes.

Figure 50



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1999-2000 à 2003-2004.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 2002 révisées en décembre 2004.

• **Maladies à déclaration obligatoire**

Les maladies répertoriées dans le système MADO sont des maladies, des infections ou encore des intoxications reliées à une exposition d'origine biologique, physique ou chimique, nécessitant une intervention de protection en santé publique en temps opportun pour éviter la survenue d'autres cas. En d'autres termes, ce sont des maladies, infections ou intoxications constituant une menace pour la santé de la population. La liste de celles-ci est relativement longue (environ 80) mais seulement trois d'entre elles font l'objet d'une analyse ici.

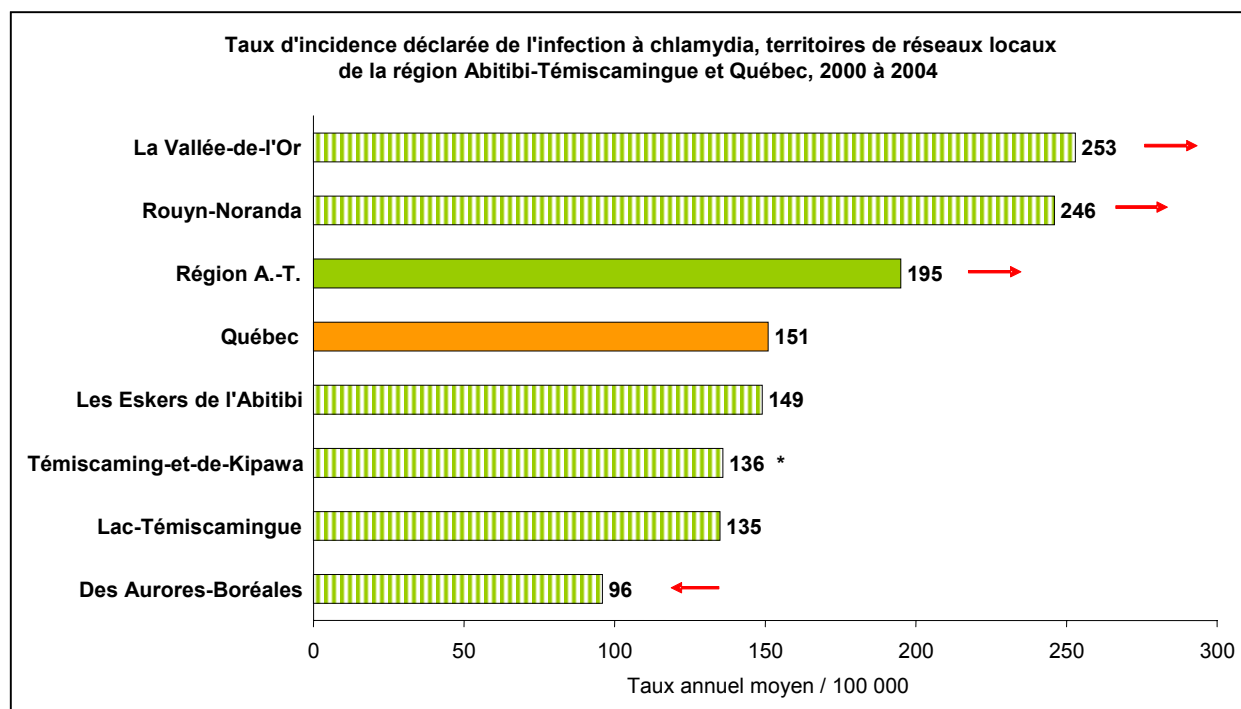
Chlamydiose

La chlamydiose ou infection à chlamydia trachomatis est une maladie transmissible sexuellement qui constitue une des MADO les plus fréquemment déclarées au Québec (en 2001, elle représentait 40 % de toutes les MADO). Elle est surtout répandue auprès des jeunes ayant une vie sexuellement active. En Abitibi-Témiscamingue, pour la période 2000 à 2004, on a recensé en moyenne 277 cas annuellement, ce qui se traduit par un taux annuel moyen de 195 cas déclarés pour 100 000 personnes, valeur supérieure au taux québécois de référence qui se situe à 151 cas déclarés pour la même période.

**Plus de cas déclarés de chlamydiose
comparativement au Québec**

Dans la région, on constate des variations importantes du taux d'incidence de l'infection à chlamydia selon les différents territoires de réseaux locaux (figure 51). Ainsi, le taux le plus bas, qui se révèle aussi significativement inférieur à celui du Québec, est celui des Aurores-Boréales avec une moyenne annuelle de 96 cas déclarés pour 100 000 personnes. À l'opposé, le taux le plus haut, qui s'avère également significativement supérieur au taux québécois de référence, est enregistré dans la Vallée-de-l'Or avec en moyenne par année 253 cas déclarés pour 100 000 personnes.

Figure 51



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des Maladies à déclaration obligatoire.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 2002 révisées en décembre 2004.

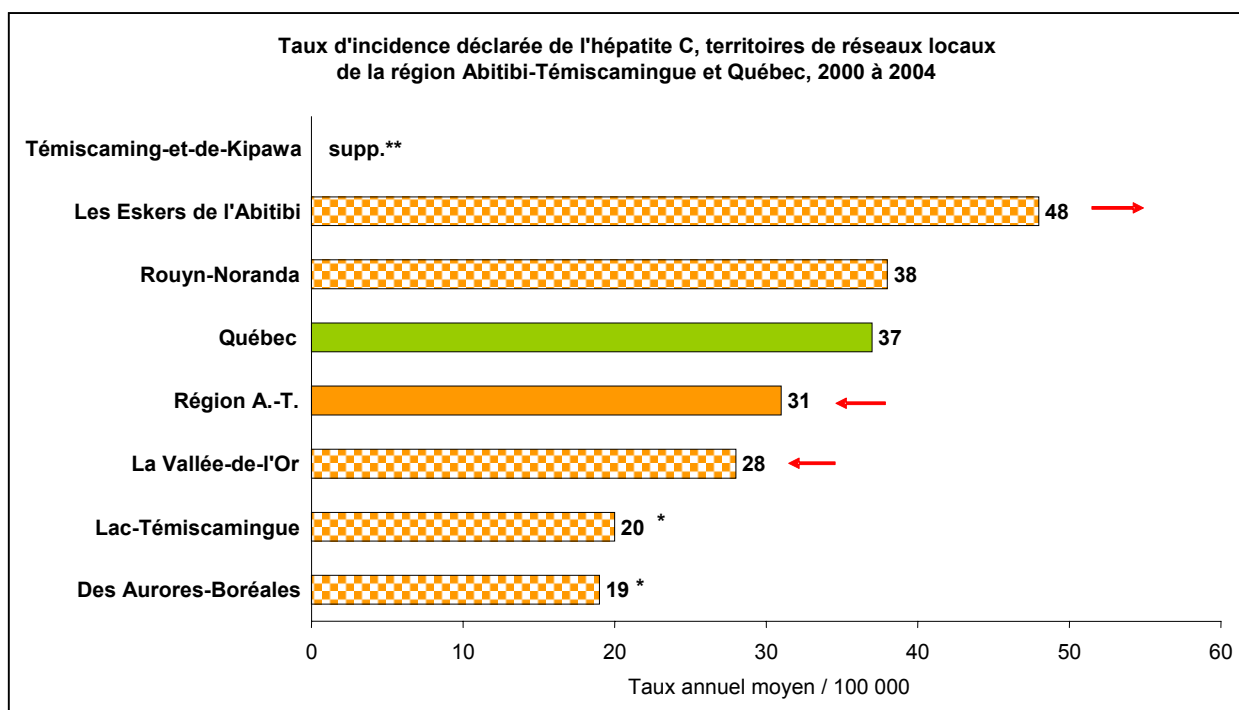
Hépatite C

Maladie transmissible sexuellement ou par le sang, l'hépatite C se distingue, quant à elle, par la gravité de ses symptômes et leur caractère chronique. De 2000 à 2004, 46 cas ont été recensés en moyenne annuellement en Abitibi-Témiscamingue pour un taux annuel moyen de 31 cas déclarés pour 100 000 personnes. C'est un taux significativement inférieur à celui du Québec qui se chiffre à 37 cas déclarés pour 100 000 pour la période de référence.

Moins de cas déclarés d'hépatite C
comparativement au Québec

En Abitibi-Témiscamingue, le taux d'incidence déclarée de l'hépatite C varie selon les territoires de réseaux locaux. De fait, le taux le plus élevé est enregistré dans le territoire Les Eskers de l'Abitibi et s'élève à 48 cas pour 100 000 personnes; il est d'ailleurs significativement supérieur au taux québécois de 37 cas pour 100 000. Les taux les plus faibles sont observés dans les territoires des Aurores-Boréales et du Lac-Témiscamingue, 19 cas pour 100 000 personnes, toutefois compte tenu du petit nombre de cas en cause ici, ils sont l'objet d'une grande variabilité.

Figure 52



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

supp. **: donnée supprimée en raison de la petitesse des effectifs et pour préserver la confidentialité.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des Maladies à déclaration obligatoire.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 2002 révisées en décembre 2004.

Infection à campylobacter

Autre MADO dont il est question ici, l'infection à campylobacter. Il s'agit d'une maladie entérique qui est causée par une bactérie et qui peut être de sévérité variable. Elle ne semble toutefois pas très répandue. De 2000 à 2004, au Québec, le taux annuel moyen s'élève à 34 cas déclarés pour 100 000 personnes. Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, on en a dénombré en moyenne 31 cas par année, ce qui se traduit par un taux annuel moyen de 21 cas déclarés pour 100 000, valeur inférieure au taux québécois de référence.

Moins de cas déclarés d'infection à campylobacter comparativement au Québec

À l'intérieur de la région, les taux d'incidence déclarée d'infection à campylobacter sont pour la plupart d'une grande variabilité en raison des petits nombres en cause; toutefois, ils sont tous inférieurs au taux québécois de référence.

- ***Certains problèmes de santé de longue durée***

Mais on peut également avoir certains problèmes de santé qui durent depuis longtemps sans avoir besoin d'être hospitalisé.

Maladie cardiaque

Ainsi, selon une enquête menée en 2003 auprès de la population à domicile de l'Abitibi-Témiscamingue, 7 % des personnes de 12 ans et plus ont mentionné avoir une maladie cardiaque, soit près de 8 200 personnes. Plus particulièrement, cette maladie toucherait 8 % des hommes et 6 % des femmes, ce qui représente environ 4 700 hommes et 3 500 femmes. Néanmoins, il faut être prudent dans l'interprétation de ces données en raison de leur qualité moyenne.

Hypertension

L'hypertension touche, quant à elle, 16 % de la population témiscabitiébienne de 12 ans et plus, soit un peu plus de 19 000 personnes. Les hommes en sont affectés dans une proportion de 15 % et les femmes de 17 %, ce qui correspond à environ 9 000 hommes et 10 000 femmes.

Asthme

Toujours en Abitibi-Témiscamingue, environ une personne sur dix de 12 ans et plus rapporte avoir un problème d'asthme, soit environ 12 600 personnes. Chez les hommes, c'est le cas de 8 %, d'entre eux et chez les femmes de 12 %, ce qui représente près de 5 100 hommes et 7 500 femmes. Toutefois, en ce qui concerne les données par sexe, il faut être prudent avec leur interprétation étant donné la grande variabilité des taux.

Bronchite chronique

L'enquête 2003 rapporte que la bronchite chronique est le lot de 3 % des Témiscabitiébiens de 12 ans et plus, environ 1 900 hommes ou 1 700 femmes. Ici également, il faut interpréter ces données avec prudence en raison de la grande variabilité des taux.

Emphysème ou autres bronchopneumopathies obstructives chroniques

Autres maladies qui peuvent s'avérer très contraignantes, l'emphysème ou d'autres bronchopneumopathies chroniques obstructives. Selon l'enquête, 1 % des Québécois, hommes ou femmes, de 12 ans et plus en seraient affectés. Si on fait l'hypothèse que la situation prévalant au Québec est la même dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, on estime que dans cette dernière cela peut représenter près de 1 300 personnes, environ 700 hommes et 500 femmes. À noter toutefois que ce type de maladie s'observe davantage chez les personnes âgées de 65 ans et plus, notamment celles qui ont fumé sur une longue période de temps.

Arthrite ou rhumatisme

L'arthrite ou rhumatisme s'avère relativement répandu. Ainsi, 14 % de la population témiscabitiennne de 12 ans et plus, vivant à domicile, rapporte en être affectée, soit environ 17 000 personnes. Les femmes le sont toutefois davantage que les hommes, les pourcentages respectifs étant de 18 % et de 10 %, l'équivalent de 10 600 femmes et 6 400 hommes.

Épilepsie

Un problème comme l'épilepsie toucherait 0,7 % des Québécois, soit l'équivalent d'environ 900 personnes en Abitibi-Témiscamingue, si on fait l'hypothèse que la situation prévalant au Québec est la même dans la région.

Fibromyalgie

La fibromyalgie serait le fait de 1,1 % des Québécois, les femmes dans une proportion toutefois un peu plus élevée que les hommes, 1,7 % contre 0,5 %. Si on fait l'hypothèse que la situation prévalant au Québec est la même en Abitibi-Témiscamingue, on peut penser que dans la région, cela représenterait approximativement 1 400 personnes, un peu plus de 1 000 femmes et 300 hommes.

Allergies alimentaires

Le pourcentage de personnes de 12 ans et plus présentant des allergies alimentaires est estimé à 6 % au Québec, les femmes encore une fois dans une proportion légèrement supérieure aux hommes, 8 % contre 5 %. Si on fait l'hypothèse que la situation prévalant au Québec est la même en Abitibi-Témiscamingue, on peut estimer que dans la région, ce serait le lot d'environ 4 700 femmes et 2 900 hommes pour un total d'un peu plus de 7 600 personnes.

Allergies autres qu'alimentaires

Quant aux allergies autres qu'alimentaires, elles apparaissent relativement répandues puisqu'elles touchent le quart des Québécois de 12 ans et plus et 22 % des Témiscabitiens du même âge, soit près de 27 400 personnes. Chez les femmes de la région, le pourcentage grimpe même à 29 %, alors que chez les hommes, il s'établit à 17 %. Cela correspond respectivement à environ 17 200 femmes et 10 200 hommes.

10. Incapacité

Il convient ici de définir dans un premier temps l'incapacité. « Conséquente à une déficience, l'incapacité est la restriction ou le manque d'habileté pour accomplir une activité et la maintenir à l'intérieur des limites considérées comme normales pour un être humain » (Chevalier et autres, 1995 : 162). La prévalence de l'incapacité constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. En effet, il permet de « mettre en évidence les difficultés rencontrées par les individus au cours des activités de la vie courante » (Chevalier et autres, 1995 : 162). Combiné à d'autres indicateurs, il permet le calcul de l'espérance de vie en bonne santé, d'où sa grande pertinence.

• **Prévalence de l'incapacité**

D'après l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités menée en 1998, 12 % de la population témiscabitiennne de 15 à 64 ans vivant à domicile présente une incapacité, c'est-à-dire une réduction, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir certaines activités, soit près de 12 100 personnes. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la proportion grimpe et s'établit à 43 %, ce qui représente environ 7 700 personnes.

Environ 12 100 personnes de 15 à 64 ans ont une incapacité

Environ 7 700 personnes de 65 ans et plus ont une incapacité

Chez les hommes, c'est le cas de 12 % de ceux de 15 à 64 ans et 45 % de ceux âgés de 65 ans et plus, soit environ 6 100 hommes de 15 à 64 ans et 3 500 hommes de 65 ans et plus vivant dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Concernant la population féminine, le taux d'incapacité est estimé à 12 % chez les Témiscabitiennes de 15 à 64 ans et à 42 % chez celles âgées de 65 ans et plus, soit environ 5 900 femmes de 15 à 64 ans et 4 100 femmes de 65 ans et plus.

• ***Nature de l'incapacité***

La nature de l'incapacité peut cependant varier et une même personne peut présenter une ou plusieurs incapacités. Ainsi, l'incapacité reliée à l'agilité est la plus répandue et affecte 9 % de la population témiscabitiennne de 15 ans et plus, soit environ 10 700 personnes. En second, on retrouve l'incapacité reliée à la mobilité qui touche 8 % de la population de 15 ans et plus, donc près de 8 900 personnes dans la région. L'incapacité reliée à l'audition vient au troisième rang et est présente chez 6 % des personnes de 15 ans et plus, soit environ 6 500 personnes en Abitibi-Témiscamingue. L'incapacité en lien avec la santé mentale et l'aspect intellectuel est estimée à 5 % chez la population à domicile de 15 ans et plus de la région, soit environ 5 300 personnes. Enfin, 2 % des Témiscabitiens de 15 ans et plus ont une incapacité sur le plan de la vision et 1 % sur le plan de la parole, ce qui représente approximativement 1 900 et 1 100 personnes.

1.1. Mortalité

Les descripteurs de la mortalité tels que l'espérance de vie à la naissance et les taux de mortalité selon la cause ont longtemps été perçus comme représentatifs du niveau de santé général d'une population (Péron et Strohmenger, 1985). Toutefois plusieurs éléments sont venus modifier cette perception, notamment :

- l'importance grandissante des maladies chroniques et comme conséquence, le poids de plus en plus important des incapacités et des handicaps;
- l'impact des progrès de la médecine sur la réduction de la mortalité pour certains problèmes ou maladies et l'augmentation de la prévalence des maladies et des incapacités;
- l'évolution de la société, des modes de vie et de l'environnement social;
- le développement de méthodes et d'indicateurs dans le domaine de la surveillance de l'état de santé.

D'autres indicateurs s'ajoutent donc maintenant à la liste pour décrire plus précisément mais toujours de façon synthétique la situation. Il sera question ici de l'espérance de vie à la naissance, de la mortalité selon les principales causes de décès ainsi que des années potentielles de vie perdues pour les principales causes de décès. Ultérieurement, d'autres indicateurs tels que l'espérance de vie en bonne santé pourront aussi être ajoutés dans cette section.

• **Espérance de vie à la naissance**

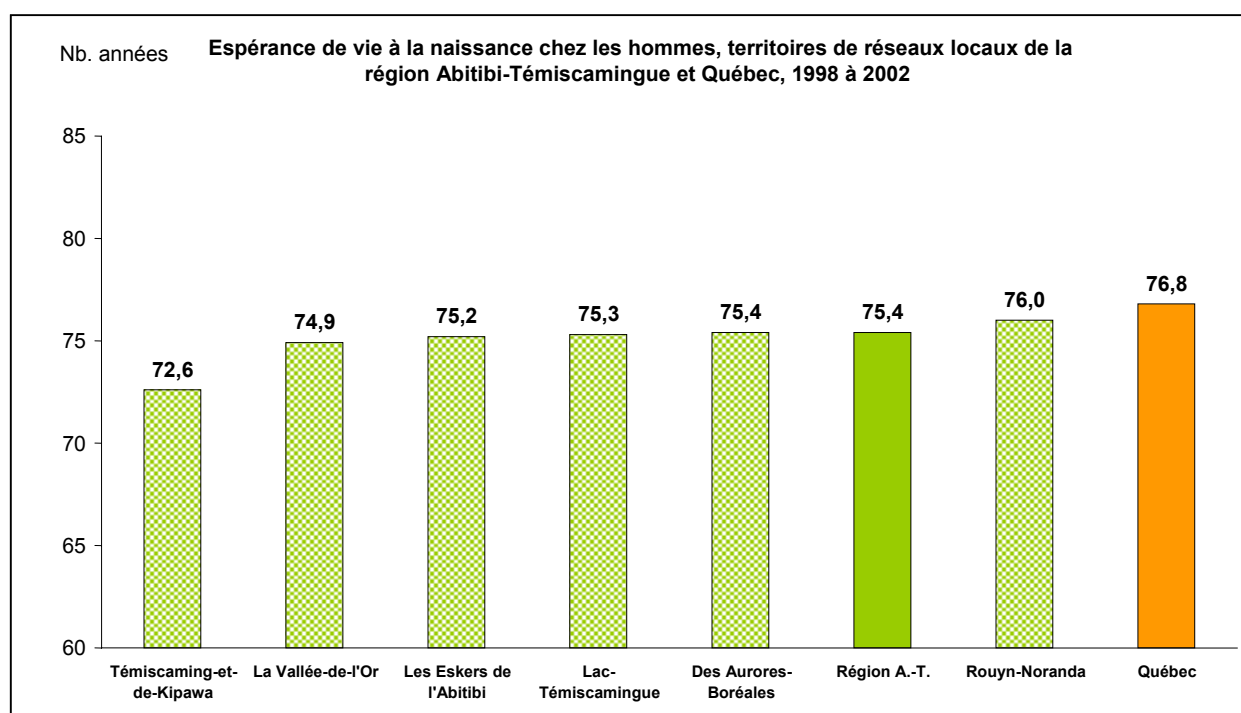
L'ensemble des décès survenus de 1998 à 2002 inclusivement en Abitibi-Témiscamingue a permis de déterminer le nombre d'années d'espérance de vie à la naissance pour les résidents de la région. Pour l'ensemble de la population, le nombre d'années d'espérance de vie à compter de la naissance est de 78,3 ans. Pour les hommes en particulier, l'espérance de vie à la naissance s'établit à 75,4 ans alors que chez les femmes, elle est de 81,5 ans. On constate

donc qu'il existe un écart de 6,1 ans entre les deux sexes, écart qui est en faveur des femmes comme dans tous les pays développés actuellement.

Espérance de vie à la naissance
Hommes = 75,4 ans
Femmes = 81,5 ans

À l'intérieur de la région, on observe aussi de légères disparités dans le nombre d'années d'espérance de vie, tant chez les hommes (voir figure 53) que chez les femmes (figure 54). Chez les hommes, l'espérance de vie varie entre 72,6 ans, valeur la plus basse observée dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa, et 76,0 ans, valeur la plus élevée enregistrée dans le territoire de Rouyn-Noranda. Par ailleurs, dans tous les territoires de réseaux locaux de l'Abitibi-Témiscamingue, le nombre d'années d'espérance de vie chez les hommes se révèle inférieur à la donnée québécoise.

Figure 53

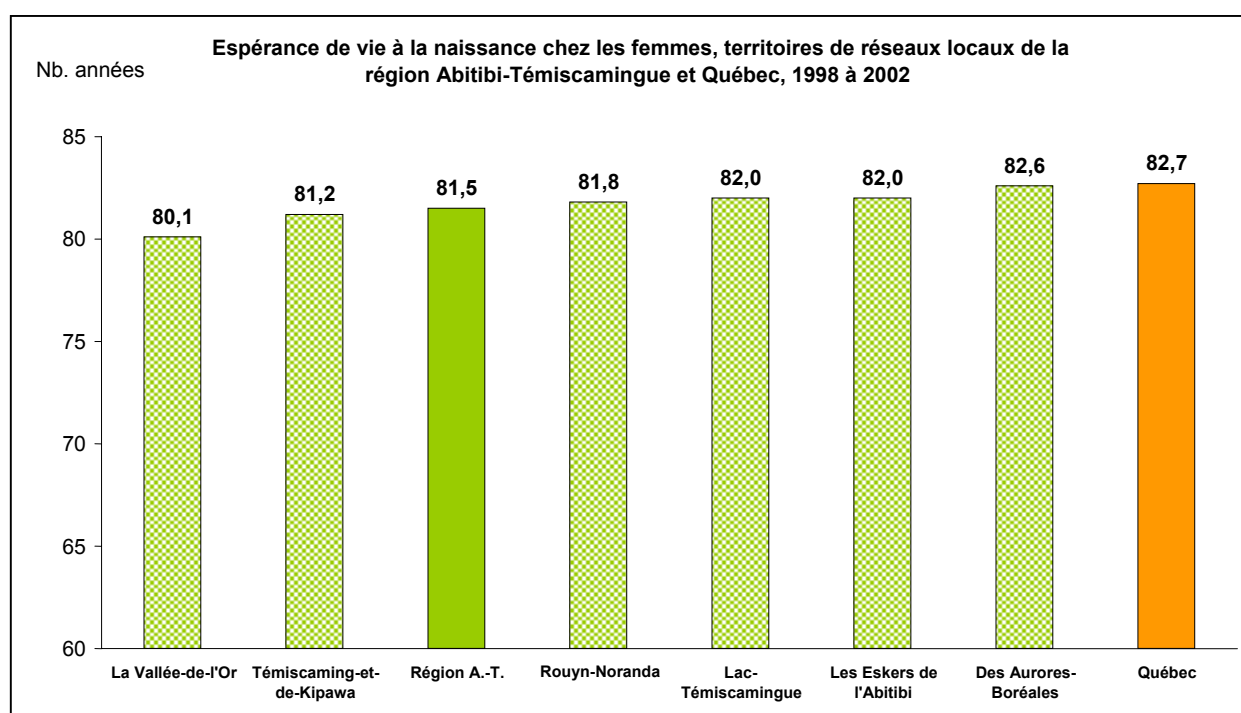


Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès, 1998 à 2002.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 1996 révisées en décembre 2004.

Chez les femmes, l'espérance de vie fluctue entre 80,1 ans, valeur la plus basse observée dans le territoire de la Vallée-de-l'Or, et 82,6 ans, valeur la plus élevée enregistrée dans celui des Aurores-Boréales. Comme c'est le cas chez les hommes, pour tous les territoires de réseaux locaux de la région, le nombre d'années d'espérance de vie chez les femmes s'avère en deçà de la donnée québécoise.

Figure 54



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès, 1998 à 2002.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 1996 révisées en décembre 2004.

• **Taux de mortalité selon la cause**

Mortalité toutes causes

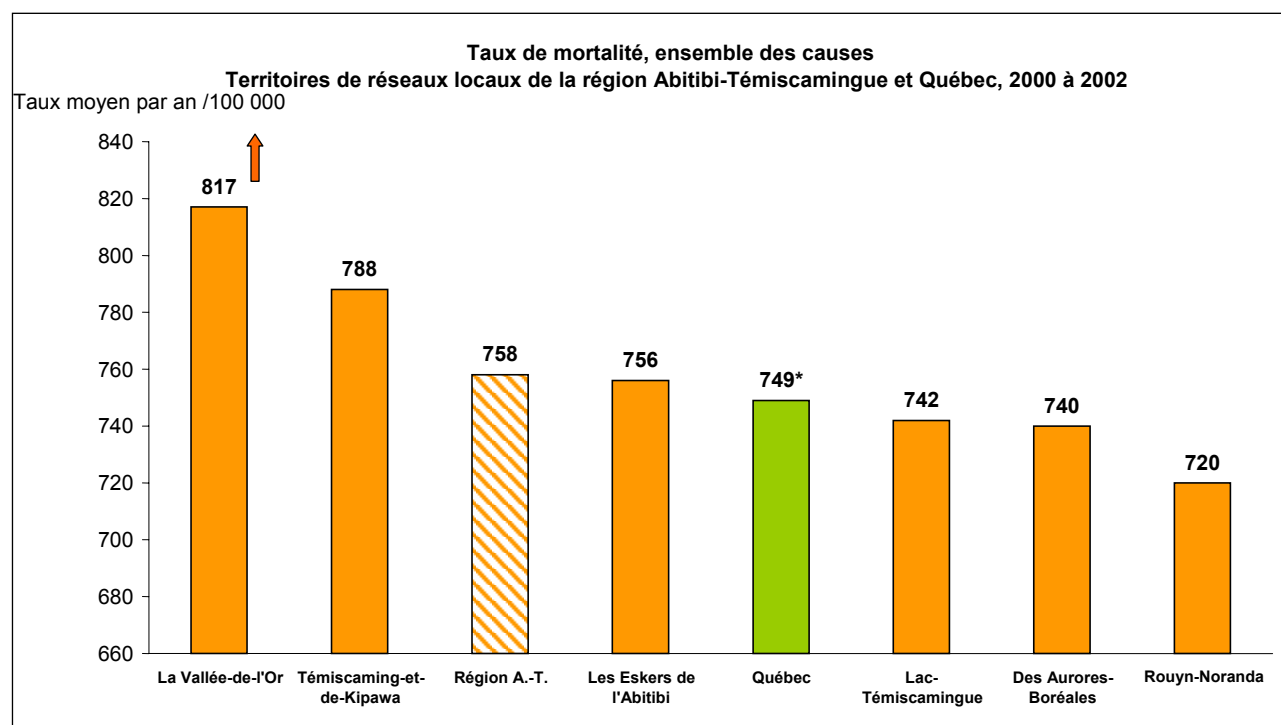
De 2000 à 2002, on a dénombré en moyenne 1 076 décès annuellement en Abitibi-Témiscamingue, ce qui se traduit par un taux global de mortalité de 758 décès pour

100 000 personnes, ce qui ne diffère pas sur le plan statistique du taux québécois de référence de 749 décès pour 100 000 personnes.

Situation similaire à celle du Québec
pour la mortalité en général

Parmi les territoires de CSSS, comme l'illustre la figure 55, le taux de mortalité pour l'ensemble des causes fluctue entre 720 et 817 décès pour 100 000 personnes, le taux le plus faible étant enregistré dans le territoire de Rouyn-Noranda et le plus haut dans celui de la Vallée-de-l'Or. Néanmoins, seul le taux de mortalité du territoire de la Vallée-de-l'Or se démarque de manière significative du taux québécois de référence, il se révèle supérieur.

Figure 55

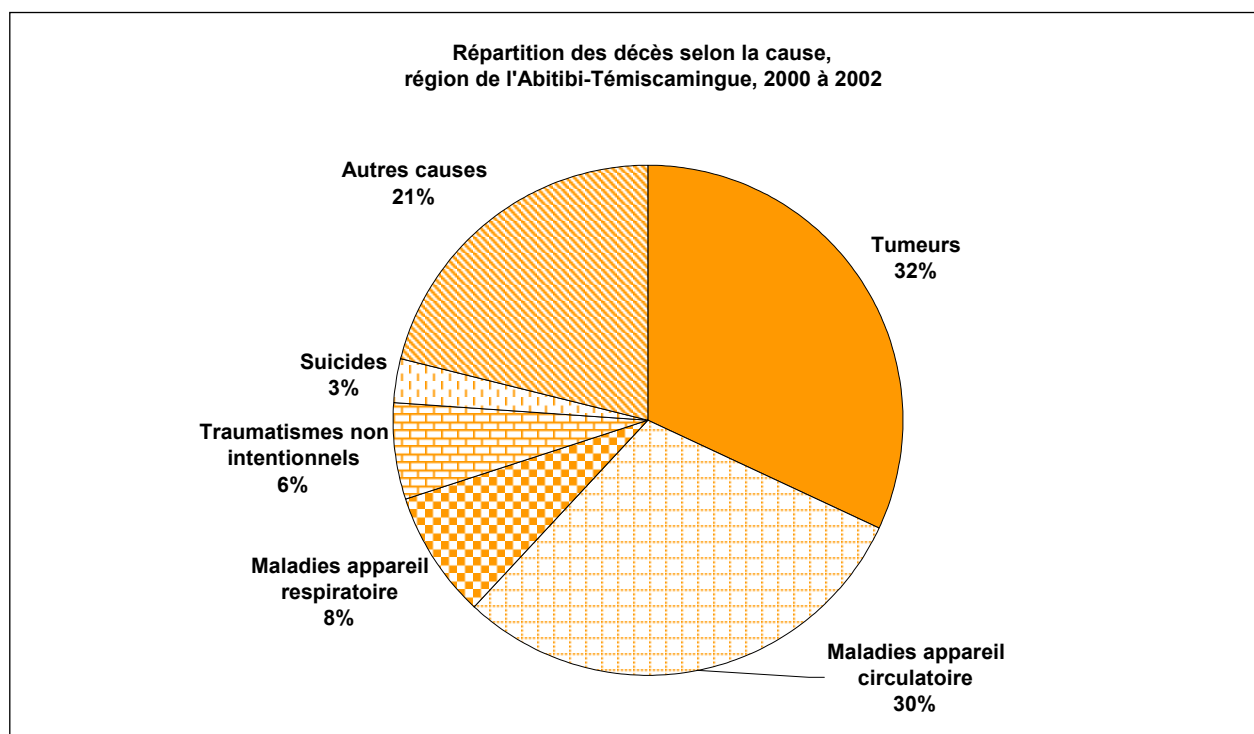


* Taux québécois de référence.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2000 à 2002.

Principales causes de décès

Figure 56



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2000 à 2002.

Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue,

Les principales causes de décès sont (par ordre décroissant d'importance) :
les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire,
les maladies de l'appareil respiratoire, les
traumatismes non intentionnels et les suicides

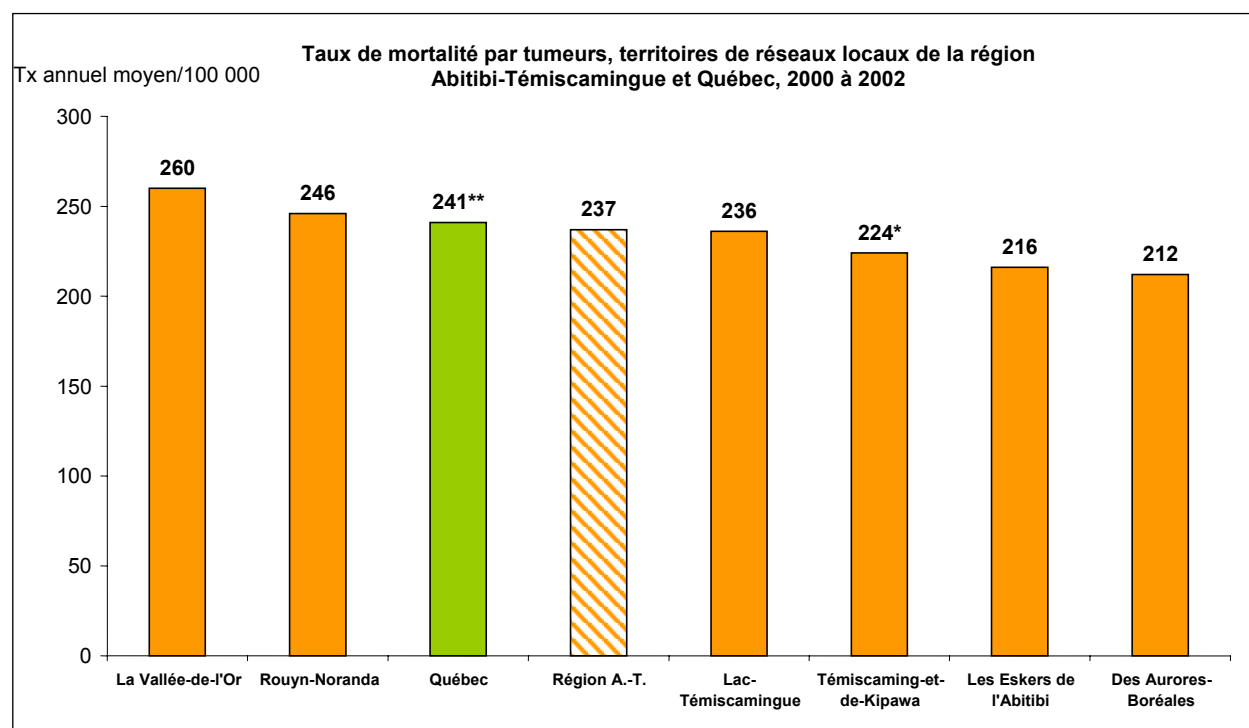
De fait, ces cinq causes permettent d'expliquer près de 80 % de la mortalité observée dans la région. Au Québec, les trois quarts des décès sont attribuables à ces cinq causes.

Mortalité par tumeurs

De 2000 à 2002, on a enregistré en Abitibi-Témiscamingue une moyenne annuelle de 344 décès attribuables à des tumeurs pour un taux annuel moyen de mortalité par tumeurs de 237 décès pour 100 000 personnes. Au Québec, le taux de comparaison s'avère de 241 décès pour 100 000. L'écart entre les deux taux ne se révèle toutefois pas significatif sur le plan statistique, aussi doit-on considérer la situation dans la région similaire à celle du Québec pour la mortalité par tumeurs.

Dans la région, bien que les taux des divers territoires de CSSS varient entre 212 et 260 décès pour 100 000 personnes, aucune différence statistique significative n'est observée avec le taux québécois de référence. On doit donc considérer que la situation est similaire à celle du Québec. Seul le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa ne peut être comparé à l'ensemble du Québec en raison du faible nombre de décès causés par des tumeurs.

Figure 57



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6$ % et $\leq 33,3$ %).

** Taux québécois de référence.

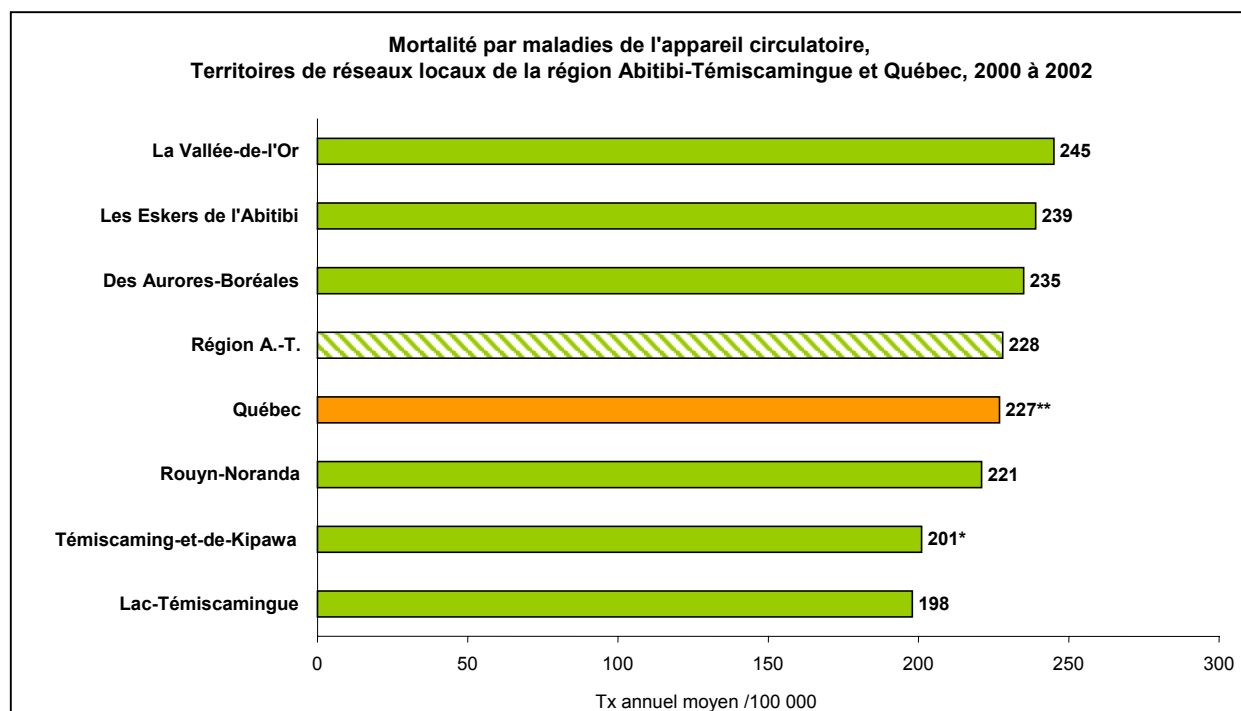
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2000 à 2002.

Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire

Durant la période 2000 à 2002, un nombre annuel moyen de 319 décès, survenus à la suite de maladies de l'appareil circulatoire, a été recensé en Abitibi-Témiscamingue, équivalant à un taux annuel moyen de 228 décès pour 100 000 personnes. Le taux québécois de comparaison s'élève, pour sa part, à 227 décès pour 100 000. Les tests statistiques ne révèlent aucune différence significative entre les deux taux, la situation de la région peut donc être considérée comme similaire à celle observée au Québec.

Bien que dans les différents territoires de CSSS, le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire varie de 198 à 245 décès pour 100 000 personnes, on ne détecte aucune différence statistique significative avec le taux québécois (figure 58). La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans les territoires de CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue se compare donc à la situation québécoise, à l'exception du territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa pour lequel aucun test n'a pu être fait en raison du faible nombre de décès.

Figure 58



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

** Taux québécois de référence.

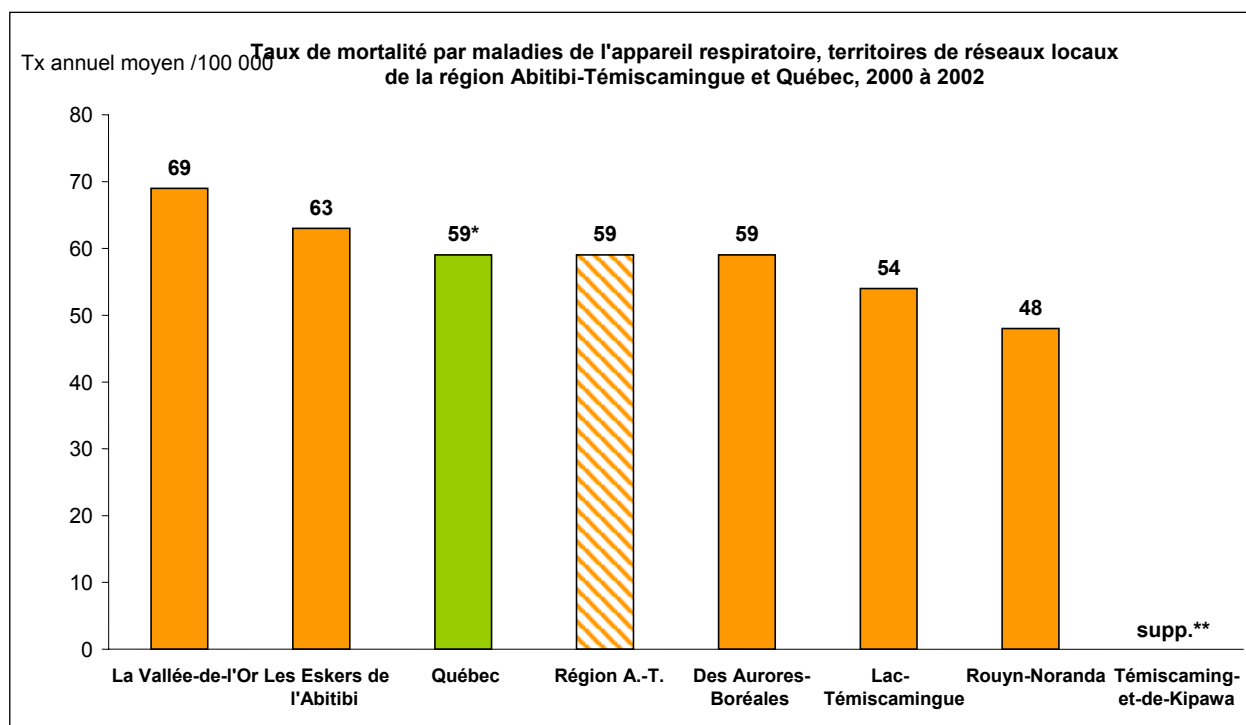
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2000 à 2002.

Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

De 2000 à 2002, une moyenne annuelle de 82 décès par maladies de l'appareil respiratoire a été enregistrée en Abitibi-Témiscamingue, ce qui correspond à un taux annuel moyen de 59 décès pour 100 000 personnes, valeur identique au taux québécois de comparaison.

La situation dans les différents territoires de CSSS ne se démarque pas de manière statistiquement significative de celle de l'ensemble du Québec, même si les taux varient de 48 à 69 décès pour 100 000 personnes (figure 59). Cependant, les territoires de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue n'ont pu être comparés à l'ensemble du Québec en raison du faible nombre de décès liés aux maladies de l'appareil respiratoire.

Figure 59



* Taux québécois de référence

** supp. : donnée supprimée en raison de la faible qualité de l'estimation (coefficient de variation > 33,3 %).

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2000 à 2002.

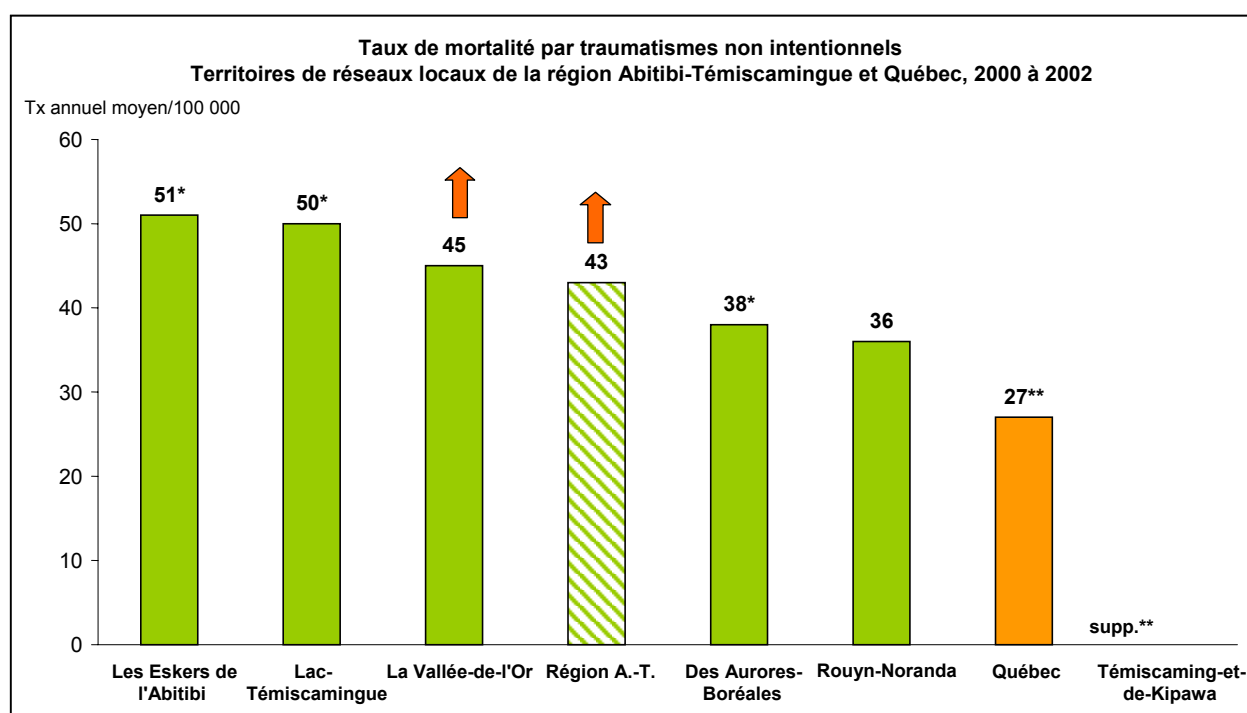
Mortalité par traumatismes non intentionnels

De 2000 à 2002, on a dénombré en moyenne 62 décès par année attribuables à des traumatismes non intentionnels dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, correspondant ainsi à un taux annuel moyen de 43 décès pour 100 000 personnes. Ce taux s'avère significativement supérieur au taux québécois de référence qui se situe à 27 décès pour 100 000 personnes.

En ce qui a trait aux territoires de CSSS, celui de la Vallée-de-l'Or présente un taux de 45 décès pour 100 000, qui est également supérieur au taux québécois de référence. En ce qui concerne le territoire de Rouyn-Noranda, on ne détecte pas de différence statistique significative entre le taux local (30 pour 100 000) et le taux du Québec (27 pour 100 000).

Quant aux autres territoires, il n'est pas possible d'établir de comparaisons en raison du petit nombre de décès en lien avec des traumatismes non intentionnels.

Figure 60



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

** Taux québécois de référence.

supp.** : donnée supprimée en raison de la faible qualité de l'estimation (coefficient de variation $> 33,3\%$).

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2000 à 2002.

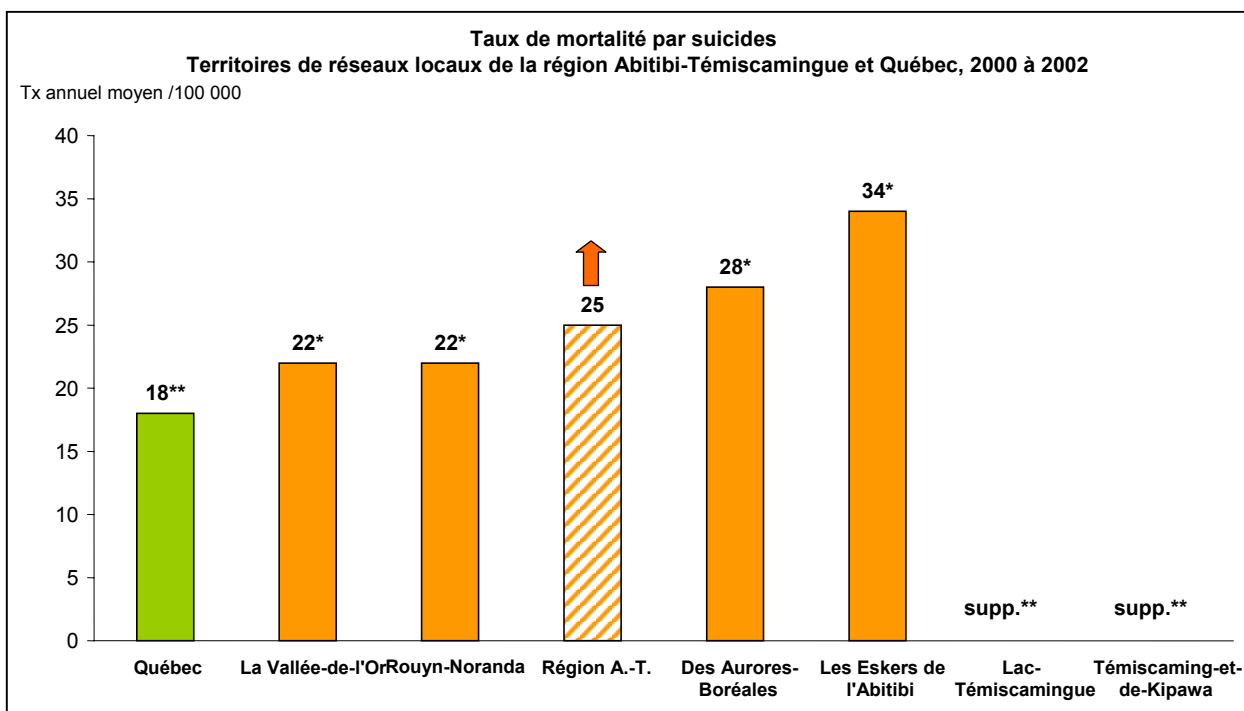
Davantage de décès causés par des traumatismes non intentionnels comparativement au Québec

Mortalité par suicides

De 2000 à 2002, on a enregistré en moyenne 37 décès par suicide annuellement en Abitibi-Témiscamingue, ce qui équivaut à un taux annuel moyen de 25 décès pour 100 000 personnes. Ce taux est supérieur au taux québécois de référence qui se situe à 18 décès pour 100 000. Il

Il y a donc davantage de décès par suicide en Abitibi-Témiscamingue par rapport à l'ensemble du Québec. Il n'est pas possible d'effectuer des comparaisons entre les territoires de CSSS et le Québec en raison de la grande variabilité des taux, causée par le faible nombre de décès.

Figure 61



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$).

** Taux québécois de référence.

supp.** : donnée supprimée en raison de la faible qualité de l'estimation (coefficient de variation $> 33,3\%$).

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2000 à 2002.

Davantage de décès par suicide
comparativement au Québec

• **Taux des années potentielles de vie perdues selon la cause**

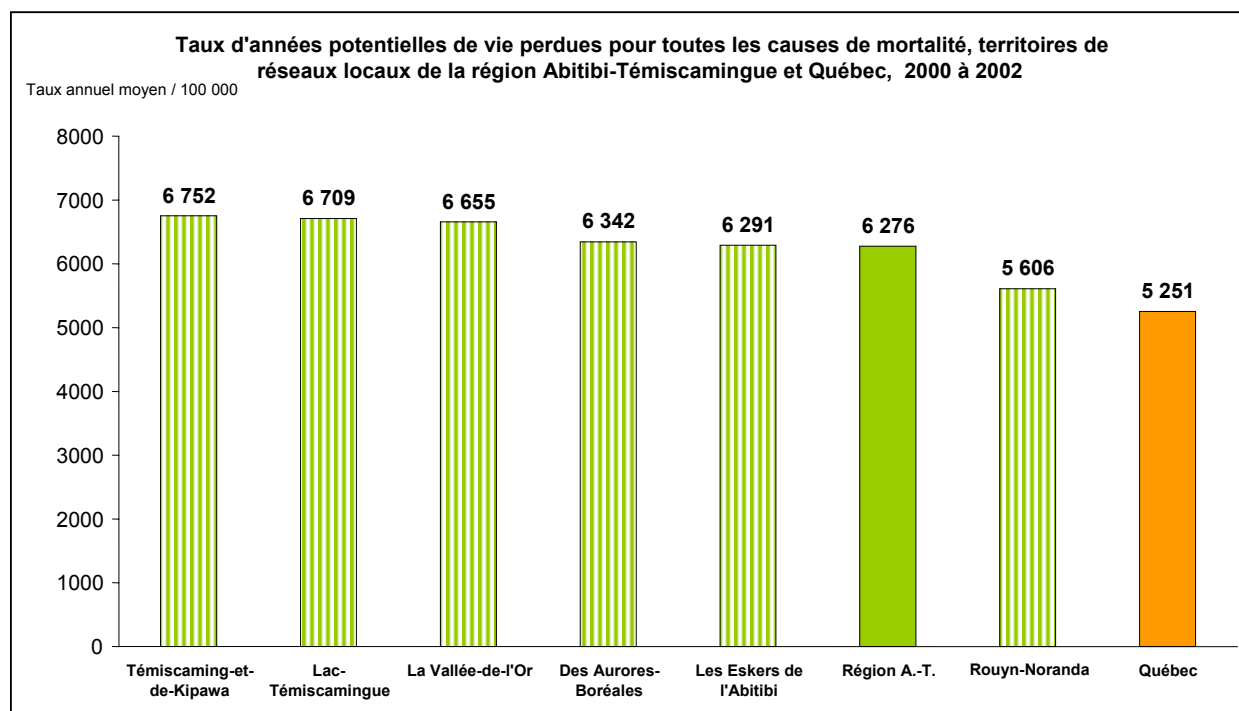
Appelé également taux de mortalité prématurée, le taux des années potentielles de vie perdues consiste à compiler le nombre d'années de vie perdues pour les décès survenus avant l'âge de 75 ans. De ce fait, « il donne davantage de poids aux causes de décès qui surviennent à un jeune âge qu'à ceux qui se produisent à un âge avancé » (Chevalier et autres, 1995 : 154), par exemple, les accidents ou les suicides observés chez les personnes plus jeunes. Il représente néanmoins un indicateur général de la santé et du bien-être.

Total des années potentielles de vie perdues

Pour la période allant de 2000 à 2002, la région de l'Abitibi-Témiscamingue se caractérise par un total annuel moyen de 5 355 années potentielles de vie perdues, ce qui se traduit par un taux de 6 276 années pour 100 000 personnes de moins de 75 ans. À titre indicatif, le taux québécois est de 5 251 années.

La figure 62 illustre, pour sa part, les variations du taux d'années potentielles de vie perdues pour l'ensemble des causes de mortalité dans les différents territoires de réseaux locaux de la région, le taux le plus élevé (6 752 années de vie perdues en moyenne par année) étant observé dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa et le plus bas dans celui de Rouyn-Noranda (5 606 années). Actuellement, aucun test statistique ne permet toutefois d'interpréter plus précisément ces résultats.

Figure 62

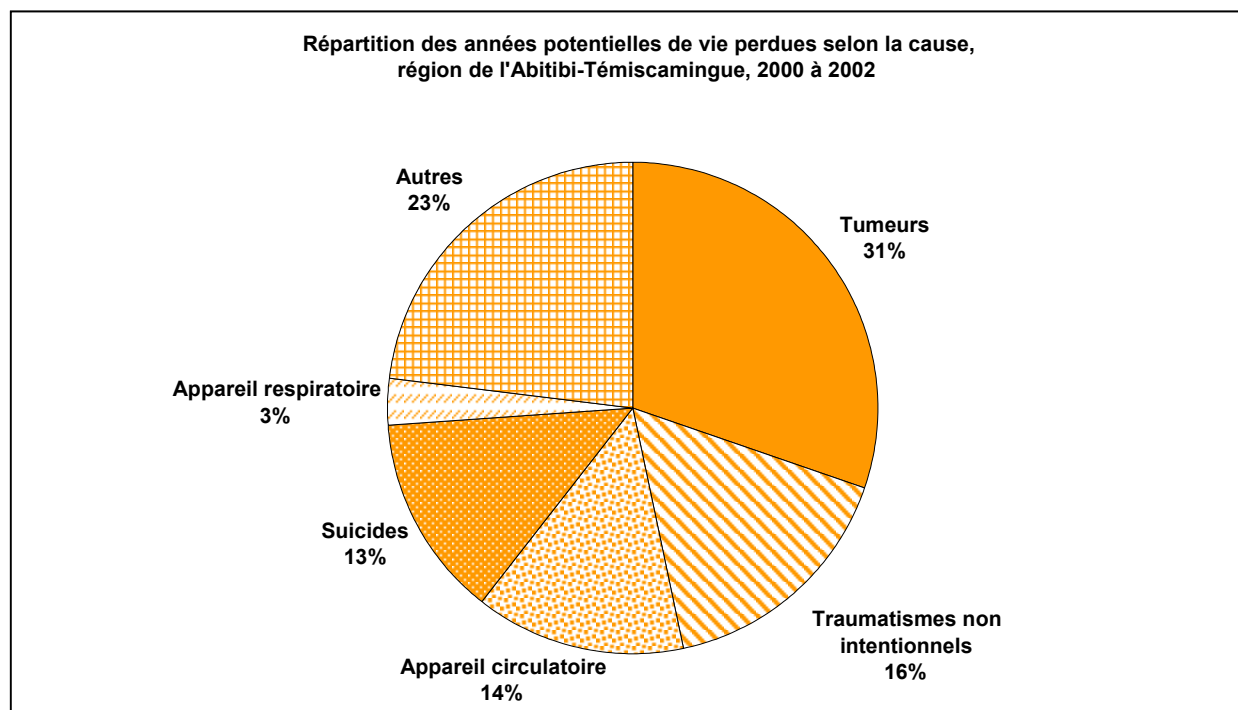


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès, 2000 à 2002.

Statistique Canada, estimations démographiques pour 2001 révisées en décembre 2004.

Principales causes d'années potentielles de vie perdues

Figure 63



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès, 2000 à 2002.

Comme l'illustre la figure 63, pour la période allant de 2000 à 2002, les principales causes de mortalité prématurée pour les résidents de l'Abitibi-Témiscamingue sont :

	Nombre annuel moyen d'années potentielles de vie perdues	Taux annuel moyen pour 100 000 personnes de moins de 75 ans
1. Tumeurs	1 618	1 844
2. Traumatismes non intentionnels	881	1 051
3. Maladies de l'appareil circulatoire	748	849
4. Suicides	714	832
5. Maladies de l'appareil respiratoire	162	191

Ici, ces cinq grandes causes expliquent 77 % de la mortalité prématurée alors qu'au Québec, elles en représentent les trois quarts. De plus, la répartition des causes diffère dans les deux territoires. Au Québec, les tumeurs viennent aussi au premier rang. Cependant, en second on retrouve les maladies de l'appareil circulatoire, puis les suicides, les traumatismes non intentionnels et les maladies de l'appareil respiratoire. Aucun test statistique n'a pu être fait pour les comparaisons avec le Québec. Cela devrait pouvoir être fait ultérieurement.

Tumeurs

La région de l'Abitibi-Témiscamingue affiche un taux d'années potentielles de vie perdues pour les décès attribuables aux tumeurs de 1 844 années pour 100 000 personnes comparativement à 1 730 années dans l'ensemble du Québec. Cependant, aucun test statistique n'ayant pu être effectué, il n'est pas possible de dire si la différence observée entre le taux régional et celui québécois est significative.

À l'intérieur de la région, le taux varie dans les différents territoires de CSSS. Le taux le plus bas est de 1 583 années de vie perdues dans le territoire Les Eskers de l'Abitibi alors que le plus haut s'élève à 2 286 dans le territoire du Lac-Témiscamingue. L'absence de test statistique empêche toutefois de tirer des conclusions quant aux écarts observés.

Traumatismes non intentionnels

La région de l'Abitibi-Témiscamingue présente un taux d'années potentielles de vie perdues pour les décès attribuables aux traumatismes non intentionnels de 1 051 années pour 100 000 personnes comparativement à 586 années dans l'ensemble du Québec. Malgré la différence importante observée entre le taux régional et le taux québécois, aucun test statistique n'ayant pu être effectué, il n'est pas possible de confirmer si la différence est significative sur le plan statistique.

En Abitibi-Témiscamingue, le taux varie dans les différents territoires de CSSS. Le taux le plus bas est enregistré dans le territoire de Rouyn-Noranda, 651 années pour 100 000 personnes, alors que le plus haut est observé dans le territoire de la Vallée-de-l'Or, 1 400 années pour 100 000. L'absence de test statistique empêche toutefois de tirer des conclusions quant aux écarts observés.

Maladies de l'appareil circulatoire

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la troisième cause en importance de mortalité prématurée. En Abitibi-Témiscamingue, le taux d'années potentielles de vie perdues attribuables à ces maladies se chiffre en moyenne annuellement à 849 années pour 100 000 personnes pour la période allant de 2000 à 2002. Au Québec, le taux se situe, lui, à 828 années pour 100 000. L'absence de test statistique empêche toutefois de tirer des conclusions quant aux écarts observés.

Dans la région, ce taux fluctue d'un territoire de CSSS à l'autre. Le taux le plus bas est enregistré dans le territoire Les Eskers de l'Abitibi, 707 années pour 100 000 personnes, tandis que le plus haut est observé dans celui de Rouyn-Noranda, 1 014 années pour 100 000 personnes. L'absence de test statistique empêche toutefois de tirer des conclusions quant aux écarts observés.

Suicides

Concernant le suicide, qui constitue la quatrième cause en importance de mortalité prématurée en Abitibi-Témiscamingue, la région affiche un taux d'années potentielles de vie perdues de 832 pour 100 000 personnes comparativement à 619 pour 100 000 au Québec. Malgré la différence importante observée entre le taux régional et le taux québécois, aucun

test statistique n'ayant pu être effectué, il n'est pas possible de confirmer si la différence est significative sur le plan statistique.

Dans les différents territoires de CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, on observe de grandes variations du taux d'années potentielles de vie perdues pour les décès prématurés attribuables au suicide, toutefois en l'absence de test statistique et en raison également de la petitesse des effectifs en cause ici dans les divers territoires, il est impossible d'en tirer des conclusions.

Maladies de l'appareil respiratoire

L'Abitibi-Témiscamingue présente un taux annuel moyen d'années potentielles de vie perdues de 191 années pour 100 000 personnes, pour les décès prématurés attribuables aux maladies de l'appareil respiratoire. En comparaison, le taux québécois de référence se situe à 164 années pour 100 000. Malgré la différence observée entre les deux taux, l'absence de test statistique empêche d'en tirer des conclusions.

Dans la région, le taux se révèle variable d'un territoire de CSSS à l'autre, le taux le plus bas étant à 128 années et le plus élevé à 276 années. L'absence de test statistique empêche toutefois de tirer des conclusions quant aux écarts observés.

Conclusion

Le portrait de santé de la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue s'inscrit à la fois dans le cadre du mandat légal de la Direction régionale de santé publique et en continuité des portraits de santé élaborés pour chacun des territoires de CSSS dans le contexte de la création des réseaux locaux de services. Il se veut un outil complémentaire pour soutenir l'élaboration des projets cliniques et organisationnels par les CSSS.

Voici d'abord les faits saillants qui émergent du portrait de santé, notamment les caractéristiques particulières de la population de la région qui diffèrent sur le plan statistique de celles de l'ensemble du Québec. Mentionnons que les estimations découlant de données provinciales sont exclues ici car elles ne permettent pas de caractériser la population du territoire.

Déterminants de la santé

Démographie

- Bien que, comme au Québec, le processus de vieillissement de la population soit déjà enclenché (au fil des années, diminution de la part des jeunes et accroissement de la part des aînés), globalement la population de la région s'avère encore un peu plus jeune que celle du Québec : les jeunes de moins de 15 ans sont relativement un peu plus nombreux et, inversement, on recense un peu moins de personnes âgées de 65 ans et plus.
- Contrairement au Québec dont la population continue de s'accroître lentement, la région a amorcé une période de décroissance depuis la fin des années 90 et une baisse de 6 % de

la population a été observée entre 1999 et 2004, soit une perte d'environ 8 400 personnes.

- Ce déclin s'explique par une diminution significative du nombre de naissances, une hausse du nombre de décès et surtout un solde migratoire négatif au cours des dernières années (nombre de résidents sortants plus élevé que le nombre de résidents entrants). On note toutefois une amélioration en 2003-2004, la perte de population étant alors moins importante que les années précédentes.
- Basées sur les phénomènes observés, déclin et vieillissement, les projections de population confirment ces tendances. En 2016, la population de l'Abitibi-Témiscamingue devrait être moins importante qu'actuellement et compter à la fois moins de jeunes de moins de 15 ans et plus de personnes âgées de 65 ans et plus.
- Une des particularités de la région réside dans la présence d'une population autochtone, peu nombreuse mais qui se distingue nettement du reste de la population. De fait, il s'agit d'une population très jeune, comptant très peu de personnes âgées de 65 ans et plus et qui connaît une bonne croissance démographique.

Mode de vie et environnement social

Pour ce qui est du mode de vie en général, la population de l'Abitibi-Témiscamingue suit l'ensemble des tendances observées au Québec mais présente aussi encore certaines caractéristiques propres à des milieux moins urbanisés, à savoir :

- La taille des ménages continue de diminuer et, en 2001, on retrouve en moyenne 2,4 personnes par ménage privé, comme au Québec.
- Le nombre moyen d'enfants par famille est légèrement plus élevé qu'au Québec.
- Bien que la très grande majorité des familles ayant des enfants vivant à la maison ont un seul ou deux enfants, la proportion de familles ayant trois enfants ou plus est légèrement supérieure au taux provincial.

- Comparativement au Québec, on retrouve en Abitibi-Témiscamingue davantage de familles biparentales et moins de familles monoparentales. En outre, la proportion de familles monoparentales dirigées par une femme y est un peu moins élevée.
- Bien que vivre seul soit un mode de vie de plus en plus répandu qui touche maintenant environ un adulte sur six dans la région, la proportion de personnes vivant seules en Abitibi-Témiscamingue s'avère légèrement inférieure à ce que l'on observe au Québec.
- Le français constitue la langue maternelle de l'immense majorité de la population témiscabiti-bienne, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans l'ensemble du Québec.

Environnement socio-économique

Malgré quelques notes positives, l'analyse de certaines données propres à l'Abitibi-Témiscamingue révèle des difficultés sur le plan économique, comparativement au Québec :

- Caractéristique pouvant apporter son lot de difficultés, notamment en matière d'emploi, le fait de ne pas détenir de diplôme d'études secondaires. En Abitibi-Témiscamingue, il s'agit d'une situation nettement plus fréquente qu'au Québec.
- Le taux d'activité est légèrement plus bas qu'au Québec et le taux de chômage un peu plus élevé.
- L'Abitibi-Témiscamingue se distingue avec certains secteurs d'activités économiques plus développés qu'au Québec, soient : l'agriculture et la foresterie, l'extraction minière, les services publics, le commerce de détail, les services d'enseignement, l'hébergement et les services de restauration, le transport et l'entreposage. C'est le reflet d'une économie basée en partie sur l'exploitation des ressources naturelles et par conséquent, plus dépendante de facteurs extérieurs (exemple : exportation américaine de bois d'œuvre, crise de la vache folle, prix des métaux, taux de change...).
- Inversement, certains secteurs d'activités comptent relativement moins d'emplois qu'au Québec. Ce sont : l'industrie de l'information et de la culture, l'administration publique, les

services administratifs, professionnels, scientifiques, techniques, immobiliers, le commerce de gros, la finance et les assurances, les arts et la fabrication. Certains de ces secteurs regroupent souvent des emplois nécessitant une plus longue scolarité.

Au chapitre du revenu, le bilan s'avère à la fois ambigu et mitigé, certains résultats étant plutôt positifs et d'autres négatifs :

- Ainsi, la région compte moins de personnes consacrant plus de 30 % de leur budget au logement, comparativement au Québec. Cela reflète probablement les coûts de logement plus abordables en Abitibi-Témiscamingue, caractéristique propre aux milieux ruraux en général.
- On recense un peu moins de personnes vivant sous le seuil de faible revenu en 2000 comparativement à 1995.
- Dans la région, le revenu personnel moyen disponible est moins élevé qu'au Québec.
- La proportion d'adultes prestataires de l'assistance-emploi depuis 10 ans et plus se révèle plus élevée qu'au Québec.
- Les aînés touchant le Supplément de revenu garanti, en plus de leur pension de vieillesse, sont relativement plus nombreux qu'au Québec.

Facteurs de risque et comportements liés à la santé

- Parmi les différents facteurs de risque liés à la naissance, la région de l'Abitibi-Témiscamingue se distingue de l'ensemble du Québec sur quelques indicateurs :
 - On y retrouve une proportion plus élevée de naissances survenant chez des mères faiblement scolarisées.
 - On recense aussi davantage de naissances chez des jeunes mères ayant moins de 20 ans.
- Pour ce qui est des habitudes de vie ou comportements liés à la santé, la population de l'Abitibi-Témiscamingue ne se démarque pas de façon générale de la population québécoise :

la moitié de la population présente un surplus de poids et l'obésité touche environ une personne sur six; un peu plus de la moitié de la population consomme moins de cinq fruits ou légumes quotidiennement (portion recommandée pour la prévention de certaines maladies chroniques); le tabagisme est encore répandu chez environ une personne sur quatre et la moitié des gens sont inactifs physiquement durant leurs loisirs.

- Au chapitre de la consommation de drogues, la distribution de seringues aux usagers de drogues injectables est en croissance dans la région depuis quelques années. Il s'agit d'une situation préoccupante.

Adaptation sociale

La région de l'Abitibi-Témiscamingue se démarque avec un taux plus élevé de jeunes de 12 à 17 ans contrevenant au Code criminel et aux lois fédérales et provinciales.

Soins et services

- Concernant le taux de couverture vaccinale pour l'hépatite B chez les enfants de 4^e année du primaire, la région de l'Abitibi-Témiscamingue affiche un taux de 97 % ce qui se révèle très bon.
- Au regard de la couverture vaccinale de l'influenza chez les personnes de 60 ans et plus, le taux régional se situe à 56 % en 2004-2005. Compte tenu des objectifs fixés par le ministère, des efforts restent à faire pour assurer une plus grande couverture vaccinale.
- Pour ce qui est du Programme québécois de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, la région affiche un taux de participation de 64 % en 2002-2003, ce qui dépasse nettement le taux québécois et s'approche de l'objectif du programme, rejoindre 70 % de la population cible.

- Le taux élevé d'hospitalisations évitables enregistré en Abitibi-Témiscamingue traduit certaines difficultés d'accès de la population à des services préventifs et de 1^{re} ligne.
- Les aidants naturels pour les personnes de 65 ans et plus sont relativement un peu plus nombreux dans la région qu'au Québec, particulièrement chez les femmes.

État de santé

Santé générale et bien-être

La proportion de Témiscabitiens percevant leur santé générale comme moyenne ou mauvaise est relativement semblable à ce que l'on observe dans l'ensemble du Québec. La population de la région ne se distingue pas non plus de la population québécoise pour ce qui est du niveau de stress perçu dans la vie.

Santé physique

- Le nombre de nouveaux cas de cancer enregistrés annuellement dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue est relativement similaire à ce que l'on peut observer dans l'ensemble du Québec. En outre, les principales causes de cancer y sont également les mêmes, soit le cancer du poumon, le cancer du côlon-rectum, le cancer du sein et celui de la prostate. L'analyse met néanmoins en évidence un nombre de cas de cancer du poumon relativement plus élevé que la référence québécoise et, inversement, un nombre de cas de cancer du sein proportionnellement moins important.
- Le diabète affecte environ 6 000 résidents de l'Abitibi-Témiscamingue. Comparativement au Québec, on recense un peu moins d'hommes touchés par cette maladie dans la région mais davantage de femmes.
- De façon générale, on dénombre en Abitibi-Témiscamingue relativement plus d'hospitalisations qu'au Québec pour des soins physiques de courte durée, particulièrement

pour des maladies de l'appareil circulatoire, des maladies de l'appareil respiratoire et des maladies de l'appareil digestif. Par contre, les hospitalisations pour traumatismes non intentionnels apparaissent proportionnellement moins nombreuses.

- En matière de maladies à déclaration obligatoire, comparativement au Québec, on recense davantage de cas déclarés de chlamydie en Abitibi-Témiscamingue. Par contre, la région se démarque avec un taux moins élevé de cas déclarés d'hépatite C et d'infections à campylobacter.
- Parmi certains problèmes de santé physique affectant les personnes sur une période de longue durée, on ne constate pas de différences entre la région et le Québec. Les problèmes les plus répandus sont, par ordre décroissant d'importance, les allergies autres qu'alimentaires, l'hypertension, l'arthrite (ou rhumatisme), l'asthme, la maladie cardiaque et la bronchite chronique.

Incapacité

La proportion de la population souffrant d'incapacité est similaire dans la région à ce que l'on retrouve dans l'ensemble du Québec. Les principaux types d'incapacité sont également les mêmes, l'incapacité liée à la mobilité étant la plus répandue, en Abitibi-Témiscamingue comme au Québec.

Mortalité

- Dans l'ensemble, l'espérance de vie est un peu moins longue en Abitibi-Témiscamingue qu'au Québec, respectivement 78,3 ans contre 79,9 ans. L'écart s'avère donc de 1,6 ans. Par ailleurs, l'espérance de vie est plus longue chez les femmes que chez les hommes, dans la région elle se situe à 81,5 ans chez les femmes et à 75,4 ans chez les hommes.
- Les principales causes de décès sont les mêmes que celles observées dans l'ensemble du Québec, à savoir les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de

l'appareil respiratoire, les traumatismes non intentionnels et les suicides. Comparé au Québec, on recense néanmoins dans la région davantage de décès causés par des traumatismes non intentionnels ou encore des suicides.

- Les principales causes de mortalité prématurée en Abitibi-Témiscamingue sont sensiblement les mêmes qu'au Québec. Ainsi, les tumeurs viennent au premier rang, suivies en second par les traumatismes non intentionnels, puis les maladies de l'appareil circulatoire, les suicides et les maladies de l'appareil respiratoire. Au Québec, la différence réside dans le fait que les maladies de l'appareil circulatoire occupent le second rang et les traumatismes non intentionnels le troisième.

Un portrait en évolution...

En dépit de certaines limites et de son caractère non exhaustif, ce portrait de santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue fournit de nombreuses indications sur différents problèmes liés soit aux déterminants de l'état de santé, soit à l'état de santé proprement dit. En outre, comme les tests statistiques se révèlent plus efficaces et plus précis à l'échelle régionale, ce portrait est un complément indissociable des portraits de santé produits pour chacun des territoires de réseaux locaux de la région.

Il importe également de retenir que ce portrait n'est pas statique ni définitif. De fait, il pourra être révisé à la lumière des nouvelles informations qui seront rendues disponibles. À court terme, certains tests statistiques pourront être complétés, notamment en ce qui concerne le nombre d'années d'espérance de vie à la naissance et le taux d'années potentielles de vie perdues. Certaines données pourront également être désagrégées selon le sexe afin de raffiner davantage le portrait.

Nous espérons finalement que ce portrait régional, qui s'ajoute à l'ensemble des portraits des territoires, permettra aux planificateurs et aux administrateurs de l'Agence et des différents CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue de mieux comprendre les besoins de santé et de services de la population et sera un outil facilitant dans le cadre de leur travail ou de l'élaboration des projets cliniques.

Bibliographie

- BELLOT, S. (2004). *Infections transmissibles sexuellement ou par le sang : aperçu de la situation en Abitibi-Témiscamingue en 2004*. Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 27 p.
- BOURDAGES, J. et autres (2003). *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 392 p.
- CHEVALIER, S., CHOINIÈRE, R., FERLAND, M., PAGEAU, M., SAUVAGEAU, Y. (1995). *Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 230 p.
- CHEVALIER, S., LEMOINE, O. (2000). « Consommation de drogues et autres substances psychoactives » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 5.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE. (2004). *Plan d'action régional de santé publique en Abitibi-Témiscamingue 2004-2007*. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 75 p.
- DUCHESNE, L. (2004). *La situation démographique au Québec. Bilan 2004*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 355 p.
- GIRARD, C., BELLOT, S. (2000). *La population de l'Abitibi-Témiscamingue : caractéristiques démographiques et s. Tome 1 – Portrait de la région Abitibi-Témiscamingue*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 197 p.
- KRAMER, M. et autres (2001). « A New and Improved Population-based Canadian Reference for BirthWeight for Gestationnal Age ». *Pediatrics*, version électronique, août 2001.
- LÉGARÉ, G., PRÉVILLE, M., MASSÉ, R., POULIN, C., ST-LAURENT, D., BOYER, R. (2000). « Santé mentale » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 16.
- LEVASSEUR, M. (2000). « Perception de l'état de santé » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12.

- MORIN, R., APRIL, N., BÉGIN, C., QUESNEL, G. (2003). *État de situation sur la consommation d'alcool au Québec et sur les pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec. Perspectives de santé publique*. Québec, Institut national de santé publique, 62 p.
- NOLIN, B., GODIN, G., PRUD'HOMME, D. (2000). « Activité physique » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7.
- PAGEAU, M., CHOINIÈRE, R., FERLAND, M., SAUVAGEAU, Y. (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*. Édition 2001. Québec, Institut national de santé publique, 432 p.
- PÉRON, Y., STROHMENGER, C. (1985). *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations*. Ottawa : Statistique Canada, ministre des Approvisionnements et services Canada, 265 p.
- SANTÉ CANADA (2003, a). *Santé de la population. Qu'est-ce qui détermine la santé?* Site Internet de Santé Canada. Mise à jour 16 juin 2003.
- SANTÉ CANADA (2003, b). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 232 p.
- VILLENEUVE, G. et TULLY, P. (2004). *Analyse des tendances des causes de décès : effet de l'adoption de la CIM-10*. Ottawa, Statistique Canada, Présentation faite le 15 septembre 2004 à Montréal, 45 p.

*Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux*

Québec
Abitibi-
Témiscamingue

