

La santé, une responsabilité partagée

Portrait de la santé et du bien-être de la population dans la région des Laurentides



Édition 2005

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DES LAURENTIDES

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

Québec
Laurentides



La santé, une responsabilité partagée

Portrait de la santé et du bien-être de la population
dans la région des Laurentides



Édition 2005

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DES LAURENTIDES

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

Québec 
Laurentides

Direction de santé publique

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE CONTENU DE
CETTE PUBLICATION :

Coordination de la surveillance, de la recherche et de
l'évaluation

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DES LAURENTIDES
Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

Téléphone : 450 436-8622
Télécopieur : 450 436-1761

Internet : <http://www.rrsss15.gouv.qc.ca>
Courriel : courrier@rrsss15.gouv.qc.c

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE :

Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux des Laurentides (2005). *La
santé une responsabilité partagée : portrait de la santé et
du bien-être de la population dans la région des
Laurentides*, Saint-Jérôme, Direction de santé publique
des Laurentides, 325 pages.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site
Web de l'Agence de développement de réseaux locaux de
services de santé et de services sociaux des Laurentides :
<http://www.rrsss15.gouv.qc.ca>.

La reprographie à des fins non commerciales est autorisée
à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal : 2^e trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Santécom

ISBN : 2-89547-087-1

LA FORME MASCULINE UTILISÉE DANS CE TEXTE DÉSIGNE,
LORSQU'IL Y A LIEU, AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES
HOMMES.



Ce portrait de la santé et du bien-être dans la région des Laurentides a été réalisé par la Direction de santé publique (DSP), à l'aube d'un changement sans précédent à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Il s'inscrit dans la continuité des portraits par territoire de CLSC « *Connaître pour agir* » publiés en 2001, par la DSP. Sa diffusion vise à soutenir les réseaux locaux de services de santé (RLS) en vue de l'élaboration de leurs projets cliniques et organisationnels, basés sur les priorités de leur territoire.

La réforme du système de santé que nous vivons actuellement se fonde sur deux grands enjeux : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. La responsabilité populationnelle confie aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) la charge d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de sa population et non plus seulement de celle des clientèles requérant des services. L'organisation des services doit ainsi se traduire par un continuum allant de la promotion de la santé jusqu'à l'accompagnement de fin de vie, en passant par la prévention, les services curatifs et de réadaptation, etc. Ce portrait permet donc à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de connaître cet état de santé et de bien-être de leur population et ainsi de mieux cibler leurs priorités.

Ensuite, cette réforme invite les divers partenaires sectoriels et intersectoriels du réseau local, en lien avec les niveaux régional et provincial, à travailler en réseau intégré (hiérarchisation des services). Ce principe s'inscrit dans un courant présent déjà depuis plusieurs années, mais cette réforme le consacre encore davantage. Cependant, tout partenariat doit pouvoir s'appuyer sur une compréhension partagée des caractéristiques démographiques, culturelles, socioéconomiques et sociosanitaires de la population du territoire; nous espérons que les données de ce portrait joueront un rôle rassembleur et porteur d'une vision commune des besoins.

Ce portrait de santé se veut un outil de travail menant vers l'action. Il s'agit d'un premier pas vers un diagnostic et la détermination des buts à atteindre, entre plusieurs partenaires, d'où son titre : « *La santé, une responsabilité partagée* ». Nous souhaitons qu'il réponde à vos besoins dans la perspective de favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à la population de la région des Laurentides.

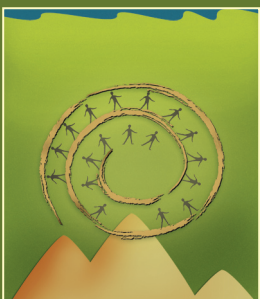
La directrice de santé publique

Blandine Piquet-Gauthier, M.D., MSc, FRCPC

La santé, une responsabilité partagée

PARTIE I

Introduction et méthodologie



Introduction



En vue de favoriser l'accessibilité et la continuité des services, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) doivent élaborer un projet clinique et organisationnel répondant aux particularités et aux besoins de la population de leurs territoires respectifs. En soutien à cette démarche de planification, la Direction de santé publique des Laurentides propose aux différents territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la région un portrait de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Ce portrait se veut donc un outil destiné à alimenter la conception d'une offre de services qui reflète les spécificités de la population à laquelle elle s'adresse et de son milieu. La réforme actuelle représente un moment fort opportun pour diffuser un portrait de santé; évidemment, les informations qu'il contient seront aussi utiles à divers autres exercices de planification et de programmation.

L'état de santé et de bien-être d'une population est tributaire d'un ensemble de facteurs individuels et collectifs (déterminants) interagissant de façon plus ou moins intense, dans un contexte influencé par les grandes tendances démographiques, économiques, sociales et culturelles. Ce portrait de données de type populationnel adopte cette même logique et présente près de 80 indicateurs répartis selon qu'il s'agit d'une donnée décrivant l'état de santé et de bien-être de la population ou de ses déterminants.


Depuis quelque temps, la fonction de surveillance connaît dans l'ensemble du Québec une importante transformation dont le fer de lance a sans nul doute été la Loi de santé publique (Loi 36), faisant de cette fonction une obligation pour les Directions de santé publique. Le Programme national de santé publique 2003-2012, qui en a découlé, a également donné des orientations de fond à la surveillance par l'élaboration du Plan commun de surveillance. Ce plan vise à améliorer la cohérence et la comparabilité des productions régionales et provinciales et balise à la fois le choix des indicateurs, les sources et les méthodes de calcul.

Le présent portrait a pris ce virage et a adopté d'emblée ces nouvelles pratiques. Pour cette raison, notamment, il en résulte un produit qui présente plusieurs différences, au plan du contenu, avec les productions antérieures telles que « Connaître pour agir ». On peut difficilement comparer les données de ce portrait avec celles de nos productions antérieures en raison des changements au chapitre des sources (nouvelles enquêtes), des méthodes de calcul, des périodes de référence, etc.

La structure de cet ouvrage s'inspire fortement de celle de la publication de l'Institut national de santé publique « *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions* ». Elle vise à conjuguer une vision régionale de l'information avec des spécificités locales potentiellement utiles à la planification stratégique et opérationnelle.

Il est à noter que cette publication ne cherche pas à établir des liens de causalité entre les composantes, mais bien à décrire un état de situation dans le temps et dans l'espace (local, régional et provincial). Les données sont présentées parfois sous forme de proportions ou encore de nombres afin de répondre aux différents impératifs de la planification : soit de se comparer dans le temps ou par rapport aux autres, soit de mesurer l'ampleur des besoins ou des ressources requises.

Ce document se décline de la manière suivante : la première partie comprend la méthodologie, laquelle identifie les populations visées, la portée et les limites des sources utilisées ainsi que les méthodes de calcul. La deuxième section s'adresse aux lecteurs désirant une vue d'ensemble rapide de chacun des territoires de réseau local de services et de la région. Chaque synthèse par territoire est composée d'un court texte et des indicateurs les plus à jour. Tous les indicateurs portent un numéro qui fait référence à une fiche détaillée comprenant des tableaux présentant généralement la donnée comparée au plan temporel ou spatial. En outre, une brève description du tableau et une définition de l'indicateur s'y trouvent rattachées. Ces fiches indicateurs, regroupées dans la troisième section,



constituent une présentation approfondie des données et le corps principal du portrait. Enfin, un tableau synoptique pour l'ensemble de la région des Laurentides compose la quatrième et dernière partie.

Méthodologie



Les principaux éléments d'ordre méthodologique déterminent la valeur et la portée des informations présentées dans ce portrait. Il sera question ici des populations visées, des sources de données et de leurs limites, ainsi que des méthodes et considérations d'ordre statistique en lien avec l'interprétation et l'analyse des données.

POPULATIONS VISÉES


Au départ, la population décrite dans le portrait se compose de l'ensemble des personnes dont le principal lieu de résidence se situe dans l'un des territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la région des Laurentides ou, plus largement, dans la région et au Québec. Cependant, il arrive que la population visée diffère selon le thème abordé et la source de données. Ainsi, il n'est pas rare que la population à laquelle les données se rapportent exclue les personnes vivant en institution. Pour sa part, la population saisonnière, dont il est fait état dans le portrait, peut concerner des personnes qui résident à l'extérieur du territoire de RLS et même de la région des Laurentides. De plus, certains organismes produisent leurs données selon un découpage géographique non convertible en territoire de RLS (ex. données scolaires présentées par commission scolaire). La région des Laurentides à laquelle on se réfère est la région sociosanitaire 15, telle que définie par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette région est découpée en sept territoires de réseaux locaux de santé et de services sociaux, englobant huit Municipalités régionales de comtés (MRC). La MRC Mirabel, qui n'a pas son pendant en territoire de RLS, est partagée entre les RLS des Deux-Montagnes et de La Rivière-du-Nord selon des pourcentages qui ont varié pour chaque recensement. En 1991, même, un pourcentage de 5,56 % de la population de Mirabel avait été attribué au territoire d'Argenteuil, alors que 37,96 % allaient à Deux-Montagnes (alors Jean-Olivier-Chénier) et 56,48 % allaient à La Rivière-du-Nord (alors Arthur-Buies). En 1996, c'était 42,5 % à Deux-Montagnes et 57,5 % à La Rivière-du-Nord. Et

finalement en 2001, on obtient en partageant les secteurs de dénombrement du recensement 39,1 % à Deux-Montagnes—Mirabel Sud et 60,9 % à La Rivière-du-Nord—Mirabel Nord. Ces partages se retrouvent au niveau de la municipalité de Mirabel pour les indicateurs présentés par municipalités. L'ordre de présentation des RLS dans les tableaux suit leur numérotation administrative.

Par ailleurs, il est important de préciser que pour les données présentées par municipalités, les entités retenues sont les nouvelles municipalités telles que nous les connaissons actuellement depuis les fusions municipales de 2002. Le code géographique utilisé pour les identifier est le code officiel d'identification des municipalités du Québec.

Il faut aussi mentionner que, selon les sources, on trouve les populations des réserves indiennes de Kanesatake et de Doncaster comptabilisées ou non. Pour les recensements proprement dits, comme pour les données d'enquête, les populations indiennes sont exclues des calculs. Par contre pour les estimations et les projections de population, ainsi que pour les fichiers des naissances, des mortinaissances et des décès, elles sont incluses.

Par ailleurs, il faut rappeler que la population d'un territoire donné se transforme rapidement au fil des ans. Lorsque les données datent de plusieurs années, la population qu'elles décrivent peut différer sensiblement de la population en place au moment où l'information est utilisée. Incidemment, les naissances, les décès et la migration sont des facteurs de transformation d'une population, sans compter le fait que les personnes faisant toujours partie de l'effectif d'origine vieillissent. De même, lorsque le but de l'analyse consiste à suivre, sur 20 ans, l'évolution d'un phénomène, la population en début de période risque d'être fort différente de celle qui existe 20 ans plus tard. Il convient donc d'être vigilant et de garder à l'esprit que lorsqu'on parle de la population, on ne recouvre pas toujours la même entité.



Dans les données qui sont présentées, les années de référence sont le plus souvent les années civiles, s'étendant du 1^{er} janvier au 31 décembre. On trouvera aussi des données portant sur des années financières, comme les données d'hospitalisation, qui couvrent la période allant du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante. On peut enfin rencontrer des données présentées selon l'année scolaire, à savoir de septembre d'une année à juin de l'année suivante. De plus, on retrouve aussi des périodes d'observation constituées de regroupements d'années qui permettent une analyse de données agglomérées, évitant ainsi les nombres trop petits.

LIMITES DES DONNÉES ET MÉTHODE PAR SOURCE

Types de données

Les données présentées dans ce portrait sont le plus souvent des nombres bruts et des proportions, ou encore des taux. Les proportions (ex. les pourcentages) représentent le rapport d'un sous-ensemble à un ensemble plus grand. Les taux représentent le rapport d'un nombre d'événements observés durant une période donnée à la population soumise à l'événement au milieu de la même période. Il existe des taux bruts et des taux ajustés. Le taux brut rapporte directement l'événement à la population. Le taux ajusté selon l'âge est obtenu en appliquant la structure par âge d'une population de référence, ici celle de la population corrigée du Québec du recensement de 2001, aux proportions par âge d'un territoire déterminé et ce, pour une période donnée. Les données présentées avec ajustement en fonction de la structure par âge de la population sont surtout les taux rencontrés dans la présentation de l'état de santé. Les taux bruts, utilisés pour présenter les déterminants de l'état de santé et de bien-être, illustrent le fardeau réel du phénomène alors que les taux ajustés selon l'âge, utilisés dans la présentation de l'état de santé, permettent les comparaisons en éliminant

les variations liées à l'effet de la structure d'âge différente entre deux populations

Sources

Les données relatives à la taille des populations et à la répartition de la population selon le groupe d'âge et le sexe proviennent des **projections démographiques préparées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)** à partir du recensement canadien de 2001. Ces données font l'objet du chapitre sur les caractéristiques démographiques et servent, avec les estimations de population pour les années situées entre les recensements, de dénominateurs dans le calcul de la plupart des taux. Avant qu'elles ne deviennent définitives, les données du recensement font l'objet d'ajustements, afin notamment de tenir compte du sous-dénombrement, et il s'écoule toujours quelques années avant de les obtenir. Les projections démographiques permettent de considérer les données de population d'une année future à partir des données d'une année de recensement par une technique éprouvée de projection selon les tendances existantes. Ces projections sont considérées comme fiables, toute chose demeurant égale par ailleurs. Les projections démographiques incorporent les données sur la population des réserves indiennes.

Pour leur part, les données sociodémographiques (ex. langue parlée à la maison, type de familles) et les données socioéconomiques (ex. revenu, chômage) proviennent, pour la plupart, de Statistique Canada et sont tirées des **recensements canadiens** de 1991, 1996 et 2001 lorsqu'elles sont disponibles. Dans la majorité des cas, il s'agit de données obtenues auprès d'un échantillon de répondants (excluant la population vivant en institution et celle des réserves indiennes). L'échantillon correspond à 20 % des ménages privés. Pour deux indicateurs, des données provenant des tableaux de données géocodées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux à partir du recensement de 2001 ont été utilisées. Les données du recensement sont fiables et offrent un niveau de précision fort acceptable à l'échelle des



territoires de RLS. À une échelle plus petite comme les municipalités, le niveau de précision peut être beaucoup plus faible et parfois même appeler à une grande prudence au niveau de l'analyse en raison des petits nombres d'effectifs. De plus, les données par municipalités, lorsqu'additionnées, ne correspondent pas nécessairement à la somme des données à l'échelle régionale en raison de l'arrondissement aléatoire effectué par Statistique Canada. Afin de protéger la confidentialité des renseignements fournis, les valeurs, y compris les totaux, sont arrondies de façon aléatoire (vers le haut ou vers le bas) à un multiple de « 5 » ou de « 10 »*. Pour comprendre ces données, l'utilisateur doit prendre note que chaque valeur est arrondie. Par conséquent, lorsque des données sont totalisées ou regroupées, la valeur totale peut ne pas correspondre à la somme des valeurs individuelles, étant donné que les totaux et les totaux partiels sont arrondis séparément. De même, la somme des pourcentages, qui sont calculés à partir des données arrondies, ne correspond pas nécessairement à 100 %. Comme il n'est pas d'usage de le faire, aucun test statistique de notre part n'a été effectué sur les données de recensement présentées dans ce portrait.

Par ailleurs, pour le calcul des taux relatifs aux années entre deux recensements, on utilise des **estimations de population**. Elles sont réalisées essentiellement en faisant évoluer à rebours la population de référence, en tenant compte des événements démographiques observés, comme les naissances et les décès, ou estimés, comme les mouvements migratoires. Les estimations de population ne sont pas traitées par MRC mais par région sociosanitaire, par territoire de RLS. Cette limite a un effet sur la donnée de migration, présentée par MRC et ayant comme point de référence la population de 1998, pour laquelle on utilise donc comme source les projections de population de l'ISQ pour le recensement de 1996.

* De plus, pour les effectifs de population inférieurs à 40, seule la donnée de population totale est présentée.

En outre, un léger biais est introduit dans la présentation des données en raison du fait que les données publiées par Statistique Canada ne suivent pas le découpage par territoire de RLS, mais plutôt celui des MRC. Pour la conversion, lorsque cela est possible, la population de Mirabel est répartie dans les deux territoires de RLS qui se la partagent, soit Deux-Montagnes et La Rivière-du-Nord. Pour le recensement de 2001, ce partage se fait dans une proportion de 39,1 % pour Deux-Montagnes qui devient le territoire de RLS de Deux-Montagnes—Mirabel Sud, et 60,9 % pour La Rivière-du-Nord, qui devient le territoire de RLS de La Rivière-du-Nord—Mirabel Nord. Les données géocodées du MSSS du recensement de 2001 ont confirmé ce partage.

En ce qui concerne les données issues des **fichiers administratifs**, comme le fichier des décès, celui des naissances vivantes et des mortinaissances, le niveau de précision est bon puisque ces données regroupent tous les cas connus. Les taux ajustés de mortalité, pour leur part, ont fait l'objet de tests statistiques afin de vérifier si des écarts statistiquement significatifs, qui ne sont donc pas dus au hasard, existent entre les proportions. Le seuil de signification pour les tests statistiques est de 5 %. Les analyses présentées font état des données comportant une différence statistiquement significative entre le taux ajusté du territoire par rapport à la moyenne régionale et celui de la région par rapport à celui du Québec. Des symboles « + » et « - » sont alors utilisés afin d'indiquer le sens de la différence statistiquement significative. On a aussi noté les tendances dans les cas où tous les regroupements de périodes varient dans un même sens, soit à la hausse, soit à la baisse. Les données de population utilisées au dénominateur pour l'espérance de vie et la mortalité sont, avant 2001, les estimations de Statistique Canada, et après 2001 les projections de l'ISQ. L'ajustement est fait en fonction de la population du Québec selon le recensement de 2001.



Pour leur part, les **fichiers se rapportant à des clientèles**, comme ceux qui concernent les hospitalisations de courte durée (MED-ECHO), l'incidence du cancer (fichier des tumeurs) et la prévalence du diabète (MED-ECHO aussi notamment), de même que celui de la Direction de la protection de la jeunesse (Centre jeunesse des Laurentides), ne sont pas les plus appropriés pour décrire un état de santé existant au sein de toute une population et doivent être utilisés avec prudence. En effet, ces fichiers sont aussi le reflet d'une offre de services et de l'évolution des pratiques administratives et cliniques. Les données construites à partir de fichiers clientèles comportant des taux ajustés font l'objet de tests statistiques. Pour les hospitalisations, aucun type d'établissement n'a été exclu des calculs.

Les données sur le dépistage du cancer du sein proviennent du système d'information du *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* portant sur des périodes de 24 mois (deux années civiles). Pour le dénominateur du taux de participation, on utilise exceptionnellement des données extraites du fichier de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). C'est à partir du nombre de femmes âgées de 50 à 69 ans enregistrées à la RAMQ qu'est déterminée la population admissible au PQDCS. Ces données sont ajustées pour tenir compte des décès. Les données du SI-PQDCS sont colligées pour soutenir les besoins en information du programme et non pas à des fins de surveillance. La qualité des données est bonne, mais centrée sur des fins spécifiques au programme et non sur une information d'abord à saveur populationnelle. Elles ne font l'objet d'aucun test statistique.

Pour compléter ce portrait, d'autres sources ont été utilisées dont celles sur la Sécurité du revenu (assistance-emploi) et le Supplément maximum de revenu garanti. La validité et la fiabilité de ces données sont jugées bonnes car il s'agit de fichiers administratifs visant le paiement de prestations aux ayants droit. Aucun test statistique n'a été effectué sur ces données.

Quant aux données sur la criminalité, elles proviennent du Programme de Déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire (DUC2, nouvelle classification depuis 1997) du ministère de la Sécurité publique du Québec. Leur fiabilité est bonne, mais dans les cas de crimes sans victime, les données reposent sur les enquêtes policières uniquement et sous-estiment la réalité. Les données sur la criminalité sont présentées selon la région de l'événement et non selon la région de résidence du contrevenant. Par ailleurs, il faut mentionner que les données démographiques utilisées dans ce portrait pour le calcul des taux de criminalité, de victimisation et de perpétration proviennent des estimations de Statistique Canada fournies par le MSSS, ainsi que des projections de population de l'ISQ à partir du recensement de 2001. Ces données n'ont fait l'objet d'aucun test statistique.

Plusieurs indicateurs de ce portrait portent sur des données **de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2003)**. Statistique Canada réalise cette enquête aux deux ans sur les déterminants de la santé, l'état de santé et l'utilisation des services de santé à l'échelle des régions sociosanitaires du Canada. Les données sont colligées auprès d'un échantillon de résidents de 12 ans ou plus non institutionnalisés, à l'aide d'un questionnaire d'une durée d'environ 45 minutes, lors d'entrevues en personne ou d'entrevues téléphoniques. Sont exclues de la base de sondage les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements et les membres à temps plein des forces armées canadiennes. Cette enquête couvre 98 % de la population canadienne.

Pour le cycle 2.1 de l'ESCC (2003), la Direction de santé publique des Laurentides a procédé à un suréchantillonnage (total de l'échantillon non pondéré : 3 179 répondants) de façon à obtenir, pour plusieurs indicateurs, des données représentatives par territoire de réseau local de services. Les entrevues de ce suréchantillon ont entièrement été effectuées par téléphone. Or,



suite à des analyses faites par Statistique Canada (voir Martin et Béland, 2004), des différences significatives ont été détectées entre les deux modes de collecte pour certaines variables, notamment l'intensité de l'activité physique et la perception de l'état de santé mentale. Ces différences s'expliqueraient par le phénomène de désirabilité sociale et la variabilité liée à l'interviewer. Il importe donc de savoir qu'une plus grande proportion de répondants de la région des Laurentides (89 %) ont été interrogés par téléphone que dans la province de Québec (73 %). Ce facteur pourrait expliquer en partie certaines différences observées entre la région des Laurentides et le Québec dans le présent portrait.

Pour l'ESCC, il est important de se rappeler que, d'une part, les données proviennent d'une autodéclaration de phénomènes, et que, d'autre part, les pourcentages dans les tableaux représentent des estimations. Celles-ci peuvent varier plus ou moins : l'ampleur de la variation dépend de la prévalence du phénomène mesuré au sein de la population et de la taille de l'échantillon. C'est pourquoi les données du Québec et de la région sont plus précises que celles de chaque territoire.

Une façon d'estimer ces imprécisions est de calculer l'intervalle de confiance de la donnée; celui-ci nous donne la fourchette à l'intérieur de laquelle on peut être certain que se trouve la donnée. Une autre façon est de calculer le coefficient de variation. Lorsque le coefficient de variation est inférieur à 16,5 %, les valeurs sont indiquées sans restriction, mais lorsqu'il se situe entre 16,5 % et 33,3 %, elles doivent être interprétées avec prudence (l'astérisque est alors utilisé avec la donnée). Les variables pour lesquelles aucune valeur n'apparaît indiquent que le coefficient de variation était supérieur à 33,3 %, donc que l'estimation est très peu fiable.

Les données de l'ESCC présentées ont fait l'objet de tests statistiques pour vérifier l'existence de différences statistiquement significatives entre les résultats des territoires de

RLS et la région, ainsi qu'entre la région et le Québec (les symboles « + » et « - » sont utilisés pour indiquer une différence statistiquement significative positive ou négative). Les tests statistiques ont été faits avec un seuil de signification de 5 %. Par ailleurs, la grande taille des échantillons au niveau de la province et de la région a permis de déceler des écarts significatifs entre les groupes pour certains indicateurs, même si l'ampleur des écarts n'est pas importante. Au niveau des territoires, l'ampleur des écarts doit être plus importante pour être considérée statistiquement significative. Les différences notées doivent toutefois être interprétées avec prudence en raison du fait qu'elles ne sont pas ajustées pour tenir compte de la structure d'âge des populations comparées.

Certaines données de ce portrait proviennent du **système provincial de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO)** et s'inscrivent en continuité avec les données publiées dans les *Rapports sur les maladies à déclaration obligatoire – Région des Laurentides*. Les données présentées constituent un portrait de la déclaration de certaines maladies et non pas une image réelle et parfaitement fiable de l'épidémiologie de ces maladies. Plusieurs font en effet l'objet d'une sous-déclaration dont l'ampleur est difficile à évaluer. Il s'agit ici de taux bruts, non ajustés selon la structure d'âge de la population. Aucun test statistique n'a été effectué sur ces données

Enfin, certaines **autres sources** sont utilisées et les données comportent certaines différences dans le traitement selon le producteur. Dans la partie sur les fiches par indicateurs, chaque indicateur présente ses spécificités. De façon générale, l'ouvrage de référence *Le Québec et ses régions* (Pageau et al, 2001) sert ici de norme de référence. Le lecteur peut s'y référer.

Liste des organismes producteurs des données et sources

Centre jeunesse des Laurentides
(Banque de données CJ-LPJ)

Ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences Canada
(Sécurité de la vieillesse)

Hydro-Québec
(Abonnés aux logements domestiques – compilations spéciales)

Institut national de santé publique du Québec
(Migration interne annuelle)

Institut de la statistique du Québec
(Projections de population de 1996 à 2026)

Laboratoire de santé publique du Québec
(Fichier des MADO)

Ministère de la Santé et des Services sociaux
(Fichier des naissances; fichier des décès; fichier des hospitalisations MED-ECHO; fichier des tumeurs; fichier des mortinaissances)

Ministère de l'Éducation du Québec
(Déclaration des clientèles scolaires)

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
(Fichier des prestataires d'assistance-emploi)

Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (Québec)
(Système informatisé d'eau potable; programme Info-Smog)

Ministère des Ressources humaines et Développement des compétences Canada
(Prestataires du Supplément de revenu garanti)

Ministère de la Sécurité publique
(Programme DUC2)

Régie de l'assurance-maladie du Québec
(Fichier d'inscription des personnes assurées; fichier des services professionnels rémunérés à l'acte)

RRSSS Chaudière-Appalache
(fichier des prestataires de l'assistance-emploi)

Statistique Canada
(ESCC; recensements)