



RAPPORT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

PORTRAIT DE SANTÉ

DE LA POPULATION DE L'OUTAOUAIS 2011



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

Québec



Direction de santé publique

Document produit par la Direction de santé publique
Sous l'autorité de la directrice, Dre Hélène Dupont
Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Coordination, rédaction et édition

Jean-Pierre Courteau, Direction de santé publique

Chef de projet

Jacques Marleau, Direction de santé publique

Recherche

Jacques Marleau, Direction de santé publique

Philippe Garvie, Direction de santé publique

Josée Rochon, Direction de santé publique

Révision linguistique et mise en page

Josée Baulne, Direction de santé publique

Sylvie Bélisle, Direction de santé publique

Conception de la page couverture

Sylvie Bélisle, Direction de santé publique

Photographies en page couverture

Cyclistes qui regardent le Parlement d'Ottawa : Courtoisie Ville de Gatineau

Festival de Montgolfières de Gatineau : Courtoisie Ville de Gatineau

Vue aérienne de Gatineau : Aircam.ca ©

Parc national de Plaisance : JF Houle ©

Pont Marchand avec gens en vélo Cycloparc : Innovacom, Mone Cheng

Old Chelsea, Québec : p. 199, Conditions GNU Free Documentation License,

Wikimedia Commons

Maniwaki, région de l'Outaouais, Québec : p. 199, Conditions GNU Free Documentation

License, Wikimedia Commons

Référence suggérée

COURTEAU, J.P. et COLL. (2011). **Portrait de santé de la population de l'Outaouais 2011**,
Gatineau, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

**Le présent document est également disponible à la section *Publications* du site Internet
de la Direction de santé publique de l'Outaouais : www.santepublique-outaouais.qc.ca**

*Le genre masculin est utilisé dans ce document uniquement dans le but d'alléger le texte et
il peut aussi bien désigner les femmes que les hommes.*

ISBN 978-2-89577-072-5 (version imprimée)

ISBN 978-2-89577-073-2 (version PDF)

Dépôt légal – 3^e trimestre 2011

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque nationale et Archives du Canada

Prix : 20 \$

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont participé à la réalisation de ce Portrait de santé. Nous les remercions sincèrement pour leur précieuse collaboration.

Lecture du document

Madame Pauline Fortin, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Monsieur André Lussier, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Madame Marie-France Bégis, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Liste des collaborateurs

Madame Renée Amyot, monsieur Alain Godmaire ainsi que leurs collègues du Centre de santé et des services sociaux de Gatineau.

Madame Cheryl Christensen ainsi que ses collègues du Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-la-Gatineau.

Madame Johanne Lauzon ainsi que ses collègues du Centre de santé et des services sociaux de Papineau.

Madame Marlyne Briand ainsi que ses collègues du Centre de santé et des services sociaux des Collines.

Madame Guylaine Marcil ainsi que ses collègues du Centre de santé et des services sociaux du Pontiac.

Madame Michelyne Gagné et monsieur Luc Cadieux des Centres jeunesse de l'Outaouais.

Docteure Carol McConnery, messieurs Dany Larivée, Louis-Marie Poissant, Marc Madore, Claude Rousseau ainsi que madame Gille Delaunais de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

MESSAGE DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE



Plus que jamais, en 2011, il est important de planifier l'amélioration de l'état de santé de la population en nous basant sur des données objectives.

La Loi sur la santé publique, adoptée par l'Assemblée nationale du Québec en 2001, établit la fonction essentielle de santé publique qu'est la surveillance continue de l'état de santé de la population. La Loi énonce aussi l'obligation récurrente, pour les directeurs de santé publique régionaux, de produire un rapport annuel sur l'état de santé et de réaliser des portraits de santé régionaux.

C'est donc avec un grand plaisir que je vous présente le Portrait de santé de la population de l'Outaouais 2011. Il s'agit d'un document de référence essentiel, mais aussi d'un point de départ vers de nombreuses sources de données plus spécialisées pour quiconque s'intéresse à la santé de la population et à ses déterminants.

Mais surtout, ce document se veut une passerelle vers d'autres secteurs d'activités que celui de la santé, susceptibles d'agir directement sur ses déterminants les plus importants que sont le revenu et la situation sociale, la cohésion du réseau social, la scolarité, l'emploi et l'environnement.

Le réseau de la santé au Québec est en plein changement de paradigme. La notion de *responsabilité populationnelle* établit notamment que les gestionnaires de la santé ne peuvent plus seulement répondre aux besoins exprimés par les clients de leurs établissements. Ils doivent désormais être des partenaires actifs et engagés dans le développement des communautés locales pour le bien-être optimal de l'ensemble de la population.

À la lumière des projections démographiques, des tendances épidémiologiques et des contraintes financières actuelles, ce changement de paradigme est devenu nécessaire pour préserver nos acquis dans l'accessibilité et l'universalité des services de santé.

Hélène Dupont, MD
Directrice de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
APVP	Années potentielles de vie perdues
BSQ	Bureau de la statistique du Québec
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIM	Classification internationale des maladies
CJ-LPJ	Centre jeunesse-Loi de la protection de la jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CNP-S	Classification nationale des professions pour statistiques
CRO	Communauté régionale de l'Outaouais
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CUO	Communauté urbaine de l'Outaouais
DAD	Discharge Abstract Database
DSP	Direction de santé publique
DUC2	Programme de déclaration uniforme de la criminalité
EERH	Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail
ÉLDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
EPA	Enquête sur la population active
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FITQ	Fichier des tumeurs du Québec
FMDG	Fichier de microdonnées à grande diffusion
HUI3	Health Index Mark 3
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISP	Infocentre de santé publique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MCV	Maladie cardiovasculaire
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAL	Plan d'action local
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RLS	Réseau local de la santé
RMR	Région métropolitaine de recensement
RQC	Registre québécois du cancer
SCIAN	Système de classification des industries de l'Amérique du Nord
SFR	Seuil de faible revenu
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISAT	Système d'information en santé et sécurité au travail
SSP	Système de soutien pratique
TNI	Traumatisme non intentionnel
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
MESSAGE DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vi
TABLE DES MATIÈRES	vii
QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES	xi
INDICATEURS DE SANTÉ	1
DÉMOGRAPHIE	
POPULATION TOTALE ET TAUX D'ACCROISSEMENT	2
RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE	4
TAUX DE FÉCONDITÉ SELON L'ÂGE	8
RÉPARTITION DE LA POPULATION ÂGÉE DE 18 ANS ET PLUS SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL DE FAIT	10
RÉPARTITION DES FAMILLES AVEC DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS SELON LA STRUCTURE FAMILIALE ..	14
PROPORTION D'ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS VIVANT AVEC UN SEUL PARENT.....	18
RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LA LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON	20
PROPORTION D'IMMIGRANTS	22
RÉPARTITION DE LA POPULATION ÂGÉE DE 25 À 64 ANS SELON LE PLUS HAUT CERTIFICAT, DIPLÔME OU GRADE.....	24
PROPORTION DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS VIVANT SEULE	26
INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES	
TAUX D'EMPLOI	28
TAUX DE CHÔMAGE	30
RÉPARTITION DE LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE SELON LA PROFESSION	32
RÉPARTITION DE LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE SELON LE TYPE D'INDUSTRIE.....	34
REVENU MOYEN DES PARTICULIERS (AVANT IMPÔT)	36
PROPORTION DE LA POPULATION VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU (AVANT IMPÔT)	38
HABITUDES DE VIE	
PROPORTION DE FUMEURS ACTUELS	40
PROPORTION DE NON-FUMEURS EXPOSÉS À LA FUMÉE SECONDAIRE À LA MAISON.....	42
PROPORTION DE LA POPULATION CONSOMMANT DES FRUITS ET LÉGUMES MOINS DE 5 FOIS PAR JOUR	44
PROPORTION DE LA POPULATION INACTIVE PHYSIQUEMENT DURANT LES LOISIRS.....	46
PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT UN SURPLUS DE POIDS.....	50
PROPORTION DE LA POPULATION PRENANT 14 CONSOMMATIONS D'ALCOOL ET PLUS AU COURS D'UNE SEMAINE.....	52

SANTÉ GLOBALE ET MALADIES CHRONIQUES

PROPORTION DE LA POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ	56
PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UNE LIMITATION D'ACTIVITÉS.....	58
PROPORTION DE LA POPULATION AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ FONCTIONNELLE	60
PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR DE MAUX DE DOS.....	62
PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR DE DIABÈTE	64
PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR D'ARTHRITE	66
PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR D'HYPERTENSION	68
PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR D'ASTHME	70
PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR D'ALLERGIES NON ALIMENTAIRES	72
TAUX D'INCIDENCE DU CANCER.....	74

SANTÉ BUCCODENTAIRE

PROPORTION DE LA POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ BUCCODENTAIRE	76
PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ UN DENTISTE	78

MALADIES INFECTIEUSES

INCIDENCE DE CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO).....	80
--	----

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET SANTÉ AU TRAVAIL

PROPORTION DE LOGEMENTS PRIVÉS NÉCESSITANT DES RÉPARATIONS MAJEURES.....	88
RÉPARTITION DE LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE SELON LE MODE DE TRANSPORT UTILISÉ POUR SE RENDRE AU TRAVAIL	90
TAUX D'INCIDENCE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES DÉCLARÉES ET INDEMNISÉES PAR LA CSST	92

SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

PROPORTION DE LA POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ MENTALE	94
PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UN NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	96
PROPORTION DE LA POPULATION ÉPROUVANT UN NIVEAU DE STRESS QUOTIDIEN ÉLEVÉ.....	98
TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE	100

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

PROPORTION DE NAISSANCES DONT LA MÈRE À MOINS DE 11 ANNÉES DE SCOLARITÉ.....	102
PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES DE FAIBLE POIDS.....	104
PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES PRÉMATURÉES.....	106
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE	108

ENVIRONNEMENT SOCIAL

TAUX D'INCIDENCE DES NOUVELLES PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE	110
TAUX DE JEUNES ÂGÉS DE 12 À 17 ANS AYANT CONTREVENU AU CODE CRIMINEL ET AUX LOIS	112

TAUX DE CRIMES CONTRE LA PERSONNE ET TAUX DE VICTIMISATION POUR VIOLENCE CONJUGALE ENVERS LES FEMMES	114
SERVICES DE SANTÉ	
PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN DE FAMILLE	116
PROPORTION DE FEMMES AYANT PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE	118
PROPORTION DE FEMMES ÂGÉES DE 18 À 69 ANS AYANT PASSÉ UN TEST PAP.....	120
TAUX D'HOSPITALISATION EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 1 À 19 ANS	122
TAUX D'HOSPITALISATION EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 20 À 64 ANS	126
TAUX D'HOSPITALISATION EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS	130
MORTALITÉ	
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE.....	134
ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ (SANS INCAPACITÉ)	136
TAUX DE MORTALITÉ TOUTES CAUSES.....	138
TAUX DES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES TOUTES CAUSES.....	140
TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCERS.....	142
TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	144
TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.....	148
TAUX DES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES SELON LES GRANDS REGROUPEMENTS DE CAUSES.....	150
TAUX DE MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS	152
TAUX DE MORTALITÉ ÉVITABLE.....	154
SYNTHÈSES RÉGIONALE ET TERRITORIALES	156
ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION DE L'OUTAOUAIS.....	158
ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DE GATINEAU	162
ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DU PONTIAC.....	165
ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DES COLLINES.....	167
ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DE PAPINEAU	169
ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU.....	171
CONCLUSION GÉNÉRALE	173
TABLEAU DE BORD	175
ANNEXES.....	187
BIBLIOGRAPHIE.....	201

QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES

1) Comment avez-vous choisi vos indicateurs?

Les indicateurs de ce Portrait de santé régional ont été choisis parmi ceux du *Portrait du Québec et de ses régions* qui sera publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en décembre 2011. De plus, les indicateurs choisis devaient comporter des données pour les territoires infrarégionaux et ces données devaient être complètes, valides et relativement récentes.

2) Les données dont j'ai besoin ne sont pas là. Que faire?

Ce Portrait de santé n'est pas un répertoire complet de toutes les données qui existent sur l'état de santé de la population, mais plutôt un survol d'indicateurs représentatifs de différents déterminants et conséquences. Dans plusieurs cas, l'indicateur proposé servira de point de départ pour une recherche plus approfondie dans les sources de données citées ou dans d'autres sources indépendantes plus spécialisées dans un domaine donné.

3) Les données de l'Outaouais incluent-elles « celles de l'Ontario »?

Toutes les données qui sont publiées dans ce Portrait de santé sont complètes et valides. Elles incluent donc, le cas échéant, toutes les données concernant les résidents de l'Outaouais qui proviennent d'établissements, d'organismes ou de juridictions situés à l'extérieur du Québec.

4) Vos données sont déjà « vieilles » de quelques années. Pourquoi?

Il est fréquent qu'il y ait des délais dans la surveillance des phénomènes reliés à la santé, notamment parce que les bases de données doivent être soigneusement complétées et validées avant leur diffusion aux utilisateurs. Dans le cas de la région de l'Outaouais, les délais sont parfois encore plus longs, à cause des retards occasionnés par la nécessité d'intégrer les données sur nos résidents qui sont contenues dans les bases de données ontariennes.

5) Pourquoi présentez-vous encore des données par « districts de centres locaux de services communautaires (CLSC) »? Et pourquoi pas par MRC?

Le découpage géographique des territoires du réseau de la santé en Outaouais est en constante évolution depuis 20 ans. Même si les « districts de CLSC » n'existent plus depuis 2004, ils correspondent à des sous-ensembles des territoires actuels de CSSS qui sont encore facilement reconnus et qui nous permettent de présenter les données pour des populations plus petites et plus homogènes. Par ailleurs, les bases de données nationales où sont colligées la plupart des données sur l'état de santé sont organisées selon le découpage du réseau de la santé et des services sociaux. Contrairement à ce que l'on observe dans d'autres régions du Québec, ce découpage est très différent de celui des MRC en Outaouais. Pour des informations plus complètes sur ce sujet, voir le chapitre sur la géographie.

INDICATEURS DE SANTÉ

- Démographie
- Indicateurs socioéconomiques
- Habitudes de vie
- Santé globale et maladies chroniques
- Santé buccodentaire
- Maladies infectieuses
- Environnement physique et santé au travail
- Santé mentale et suicide
- Santé des mères et des tout-petits
- Environnement social
- Services de santé
- Mortalité

POPULATION TOTALE ET TAUX D'ACCROISSEMENT

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur permet de calculer les variations d'effectifs d'une population durant une période donnée, autant parmi les entités géographiques qu'au sein des groupes d'âge. Ces informations sont très utiles, tant dans la planification des services sociaux et de santé que pour les différents programmes en santé publique.

DÉFINITION

Le taux d'accroissement de la population est le rapport, pour une période donnée, de la différence d'effectifs de population au début et à la fin de la période, à la population au milieu de la même période.

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales ont été produites par la Direction des statistiques sociodémographiques de l'ISQ (ISQ, décembre 2009).

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population à la fin de la période} - \text{Population au début de la période}}{\text{Population au milieu de la période}} \times 100$$

LIMITES

Le taux d'accroissement total pour les périodes 1996-2001 et 2001-2006 est calculé à partir d'estimations qui tiennent compte des données du recensement (incluant les résidents non permanents), corrigées pour le sous-dénombrement net. Pour la période 2006-2011, nous avons utilisé les données de projection de population pour établir un accroissement prévu par territoire. Dans cette fiche, nous avons utilisé au dénominateur la population au milieu de la période.

SOMMAIRE

Les données montrent que l'accroissement total réel et prévu est plus important en Outaouais, comparativement à l'ensemble du Québec pour les trois périodes à l'étude. Pour la période 2006-2011, de fortes croissances sont prévues dans les territoires de l'ancien CLSC d'Aylmer et du CSSS des Collines. De plus faibles croissances de population sont prévues dans les territoires des anciens CLSC de Hull et de la Petite-Nation ainsi que dans les territoires des CSSS du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau. Les données par groupes d'âge pour la région révèlent qu'une forte augmentation des effectifs est anticipée chez les personnes âgées de 65 ans et plus pendant la période 2006-2011. Il s'agit d'une tendance qui se prolongera jusqu'en 2030, soit durant toute la période où les individus composant l'importante cohorte des « baby-boomers » atteindront l'âge de la retraite.

Tableau 1 : Taux d'accroissement de la population, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1996-2001, 2001-2006 et 2006-2011

CSSS et CLSC	Taux d'accroissement			Population			
	1996-2001	2001-2006	2006-2011	1996	2001	2006	2011
	%	%	%	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
CSSS Gatineau	4,1	6,1	6,5	200 704	208 980	222 149	237 009
CLSC Hull	4,5	4,8	1,2	63 577	66 473	69 844	70 683
CLSC Gatineau	3,6	3,9	7,7	102 267	105 952	110 102	118 868
CLSC Aylmer	4,8	14,5	11,7	34 860	36 555	42 203	47 458
CSSS Papineau	4,2	5,3	5,7	45 873	47 822	50 453	53 389
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	5,7	5,6	7,6	30 668	32 465	34 334	37 032
CLSC Petite-Nation	1,0	4,8	1,5	15 205	15 357	16 119	16 357
CSSS Collines	10,0	16,4	10,1	24 063	26 579	31 285	34 625
CSSS Pontiac	-4,9	2,4	3,7	20 570	19 574	20 056	20 817
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	-2,7	4,6	-0,1	20 523	19 979	20 922	20 907
Outaouais	3,5	6,6	6,2	311 733	322 934	344 865	366 747
Ensemble du Québec	2,0	3,1	4,1	7 246 897	7 396 331	7 631 552	7 946 832

Tableau 2 : Taux d'accroissement de la population selon l'âge, Outaouais, 1996-2001, 2001-2006 et 2006-2011

Âge	Taux d'accroissement			Population			
	1996-2001	2001-2006	2006-2011	1996	2001	2006	2011
	%	%	%	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
0-14 ans	-4,9	-2,8	-1,9	65 934	62 765	61 017	59 888
15-64 ans	4,4	7,8	5,4	217 713	227 390	245 921	259 470
65 ans et plus	15,4	14,7	22,4	28 086	32 779	37 927	47 389
Total	3,5	6,6	6,2	311 733	322 934	344 865	366 747

RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

MISE EN CONTEXTE

La connaissance des caractéristiques démographiques d'une population est essentielle à sa gouvernance et ceci est particulièrement vrai en démocratie (Caruba, 2009). La distribution des individus selon l'âge est le déterminant le plus important de l'état de santé d'une population, de sorte que l'influence de la structure d'âge est systématiquement contrôlée lorsqu'on veut comparer de façon valide la fréquence ou l'évolution des phénomènes de santé entre deux ou plusieurs populations. Ces « ajustements pour l'âge » permettent notamment de distinguer l'effet des autres déterminants, dont la plupart sont modifiables par diverses stratégies d'amélioration de la santé. La plupart des phénomènes doivent également être analysés de façon différenciée chez les individus de sexe masculin et féminin.

DÉFINITION

La *répartition de la population selon l'âge* est établie à partir des proportions respectives des populations de chaque groupe d'âge par rapport à la population totale pour une période donnée. La *répartition de la population selon l'âge et le sexe* est obtenue lorsque ces proportions sont calculées séparément pour chaque sexe.

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales ont été produites par la Direction des statistiques sociodémographiques de l'ISQ. Les estimations de population ont été utilisées pour faire les calculs des années 2001 et 2006, tandis que les projections ont été utilisées pour les calculs de l'année 2011.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population d'un groupe d'âge pour un sexe donné}}{\text{Population totale pour le sexe donné}} \times 100$$

LIMITES

Les données utilisées pour les années 2001 et 2006 sont des *estimations* de population. Comme elles sont relativement « anciennes », elles sont la résultante de l'intégration des données « fixes » des recensements respectifs de 2001 et de 2006 et des données sur les naissances, les décès et les migrations survenus ces années-là. D'autre part, les données utilisées pour les calculs de l'année 2011 sont des *projections* de population. Elles découlent d'un *modèle* (développé par l'ISQ) qui tente de prédire l'évolution démographique des populations (en l'occurrence celles du Québec, de l'Outaouais et de ses territoires) avant même que les naissances, décès et migrations n'aient eu lieu et n'aient été enregistrés. Ces *projections* sont essentielles pour estimer la taille et la distribution des populations en temps réel, notamment à des fins de planification.

SOMMAIRE

L'Outaouais est encore une région qui compte relativement plus de jeunes que l'ensemble du Québec, mais cela est moins vrai qu'il y a dix ans. Entre 2001 et 2011, la proportion de jeunes de 0 à 14 ans a diminué dans tous les territoires, mais la baisse a été moins marquée dans les secteurs de Hull et d'Aylmer de la ville de Gatineau, puis dans le territoire des Collines. Inversement, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté partout, mais nulle part cette augmentation n'a été aussi forte que dans la Petite-Nation et, à un moindre degré, dans le territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau. La population ayant l'âge médian le plus élevé dans la région en 2011 se trouve dans la Petite-Nation (plus de 50 ans), contrastant de façon marquée avec celle de l'autre portion du territoire de Papineau, dont l'âge médian est inférieur à 40 ans. Enfin, le phénomène le plus spectaculaire en Outaouais, au Québec et au Canada de 2010 à 2030 sera le « vieillissement de la population », qui prendra tout son sens alors que l'importante cohorte des « baby-boomers », nés entre 1946 et 1966, viendra progressivement « grossir » la tranche d'âge des 65-85 ans.

Tableau 3 : Répartition de la population totale par âge, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2001, 2006 et 2011

CSSS et CLSC	0-14 ans				15-64 ans				65 ans et plus			
	2001		2006		2011		2001		2006		2011	
	%	%	%	Nombre	%	%	%	Nombre	%	%	%	Nombre
CSSS Gatineau	19,4	17,6	16,4	38 905	71,5	72,2	71,6	169 667	9,2	10,2	12,0	28 437
CLSC Hull	16,0	15,2	14,5	10 264	71,4	72,2	71,7	50 714	12,6	12,7	13,7	9 705
CLSC Gatineau	20,6	18,1	16,0	19 056	72,0	72,6	72,2	85 838	7,5	9,3	11,8	13 974
CLSC Aylmer	22,0	20,6	20,2	9 585	70,0	71,1	69,8	33 115	8,0	8,3	10,0	4 758
CSSS Papineau	19,7	17,5	15,8	8 410	67,8	69,1	68,9	36 772	12,5	13,4	15,4	8 207
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	21,6	19,4	17,6	6 507	68,1	69,7	70,0	25 920	10,3	10,9	12,4	4 605
CLSC Petite-Nation	15,7	13,5	11,6	1 903	67,2	67,8	66,3	10 852	17,1	18,7	22,0	3 602
CSSS Collines	21,3	20,5	18,6	6 430	72,1	72,6	72,6	25 149	6,6	6,9	8,8	3 046
CSSS Pontiac	19,1	17,0	16,0	3 329	66,3	67,8	66,3	13 798	14,6	15,3	17,7	3 690
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	17,4	15,4	13,5	2 814	67,5	68,6	67,4	14 084	15,1	16,0	19,2	4 009
Outaouais	19,4	17,7	16,3	59 888	70,4	71,3	70,7	259 470	10,2	11,0	12,9	47 389
Ensemble du Québec	17,6	16,4	15,6	1 237 876	69,3	69,7	68,6	5 455 137	13,0	14,0	15,8	1 253 819

Tableau 4 : Répartition de la population masculine par âge, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2001, 2006 et 2011

CSSS et CLSC	0-14 ans				15-64 ans				65 ans et plus			
	2001		2006		2011		2001		2006		2011	
	%	%	%	Nombre	%	%	%	Nombre	%	%	%	Nombre
CSSS Gatineau	20,2	18,3	17,0	19 652	72,1	73,1	72,6	115 792	7,6	8,7	10,5	12 122
CLSC Hull	17,1	15,8	15,2	5 217	73,0	74,0	73,5	34 429	9,9	10,2	11,3	3 890
CLSC Gatineau	21,2	18,5	16,5	9 600	72,3	73,2	73,0	58 205	6,5	8,3	10,5	6 134
CLSC Aylmer	22,9	21,6	20,9	4 835	70,2	71,3	70,1	23 158	6,9	7,2	9,1	2 098
CSSS Papineau	20,3	17,9	16,0	4 315	68,4	69,6	69,4	26 899	11,3	12,5	14,6	3 928
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	22,1	19,8	17,9	3 321	68,7	70,1	70,5	18 559	9,2	10,1	11,6	2 149
CLSC Petite-Nation	16,4	13,7	11,9	994	67,8	68,7	66,8	8 340	15,8	17,6	21,3	1 779
CSSS Collines	21,4	20,8	18,9	3 392	72,3	72,3	72,2	17 925	6,3	6,9	8,9	1 587
CSSS Pontiac	19,0	16,9	16,1	1 713	67,6	68,4	66,4	10 637	13,5	14,7	17,5	1 859
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	17,7	15,8	13,7	1 475	68,0	68,6	67,6	10 756	14,2	15,6	18,7	2 012
Outaouais	20,1	18,2	16,8	30 547	71,0	71,9	71,4	182 009	8,9	9,9	11,8	21 508
Ensemble du Québec	18,3	17,0	16,1	634 238	70,7	71,0	69,9	3 941 201	10,9	12,1	14,0	550 608

Tableau 5 : Répartition de la population féminine par âge, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2001, 2006 et 2011

CSSS et CLSC	0-14 ans				15-64 ans				65 ans et plus			
	2001	2006	2011		2001	2006	2011		2001	2006	2011	
	%	%	%	Nombre	%	%	%	Nombre	%	%	%	Nombre
CSSS Gatineau	18,6	17,0	15,9	19 253	70,8	71,4	70,7	85 649	10,6	11,6	13,5	16 315
CLSC Hull	15,0	14,5	13,9	5 047	70,0	70,5	70,0	25 392	15,1	15,0	16,0	5 815
CLSC Gatineau	19,9	17,6	15,6	9 456	71,7	72,1	71,5	43 367	8,4	10,3	12,9	7 840
CLSC Aylmer	21,2	19,7	19,5	4 750	69,7	70,9	69,5	16 890	9,1	9,4	10,9	2 660
CSSS Papineau	19,1	17,1	15,5	4 095	67,2	68,6	68,4	18 116	13,7	14,3	16,2	4 279
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	21,0	18,9	17,2	3 186	67,5	69,4	69,5	12 831	11,5	11,7	13,3	2 456
CLSC Petite-Nation	14,9	13,3	11,3	909	66,6	66,8	65,9	5 285	18,5	19,9	22,7	1 823
CSSS Collines	21,2	20,1	18,2	3 038	72,0	72,9	73,1	12 203	6,9	7,0	8,7	1 459
CSSS Pontiac	19,2	17,1	15,9	1 616	65,1	67,1	66,1	6 733	15,7	15,8	18,0	1 831
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	17,0	15,0	13,2	1 339	67,0	68,6	67,1	6 815	16,0	16,4	19,7	1 997
Outaouais	18,8	17,2	15,9	29 341	69,8	70,7	70,1	129 516	11,4	12,1	14,0	25 881
Ensemble du Québec	17,0	15,8	15,1	603 638	67,9	68,4	67,4	2 698 782	15,1	15,8	17,6	703 211

Tableau 6 : Âge médian, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2001, 2006 et 2011

CSSS et CLSC	2001			2006			2011		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
CSSS Gatineau	35,2	37,1	36,2	36,7	38,9	37,8	37,9	40,1	39,0
CLSC Hull	35,5	38,4	36,9	36,6	39,4	38,0	38,1	40,6	39,3
CLSC Gatineau	35,0	36,5	35,8	37,4	39,2	38,3	38,6	40,8	39,7
CLSC Aylmer	35,1	36,7	36,0	35,5	37,4	36,5	36,0	37,8	36,9
CSSS Papineau	38,1	38,8	38,4	40,9	41,5	41,2	42,5	43,7	43,1
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	36,1	36,6	36,3	37,7	38,8	38,3	38,9	40,4	39,7
CLSC Petite-Nation	43,5	44,5	44,0	46,8	47,7	47,3	49,9	50,7	50,3
CSSS Collines	36,9	36,9	36,9	38,5	38,2	38,4	40,1	39,6	39,9
CSSS Pontiac	40,7	40,7	40,7	43,4	43,2	43,3	45,2	44,8	45,0
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	41,2	41,8	41,5	44,0	44,5	44,2	47,2	47,7	47,4
Outaouais	36,5	37,8	37,2	38,4	39,9	39,2	39,6	41,3	40,4
Ensemble du Québec	37,4	39,6	38,5	39,3	41,6	40,5	40,3	42,7	41,5

TAUX DE FÉCONDITÉ SELON L'ÂGE

MISE EN CONTEXTE

Le taux de fécondité selon l'âge est un bon descripteur de l'ampleur et du calendrier de la fécondité. Des taux élevés de fécondité chez les adolescentes et les femmes âgées de 35 ans ou plus sont associés à une plus grande incidence de naissances de faible poids, de naissances prématurées et de mortalité infantile. Des taux de fécondité élevés chez les femmes plus âgées s'accompagnent d'une incidence plus élevée de césariennes.

DÉFINITION

Le *taux de fécondité selon l'âge* est le rapport, pour une période donnée, du nombre de naissances vivantes de mères d'un groupe d'âge déterminé, à la population féminine de ce groupe d'âge pour la même période. Selon la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une naissance vivante se définit comme étant une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie comme le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché (OMS, 1993). Au Québec, depuis 1988, les naissances de moins de 500 grammes sont comprises dans les données.

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales au numérateur proviennent du fichier des naissances produit par l'ISQ, tandis que les estimations et les projections démographiques utilisées au dénominateur proviennent de fichiers spécifiques produits par l'ISQ.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes de mères d'un groupe d'âge pour une période donnée}}{\text{Population féminine du même groupe d'âge pour la même période}} \times 1000$$

LIMITES

Comme l'enregistrement des naissances vivantes est exigé par les lois provinciales et par la Loi de la statistique (fédérale), la déclaration est virtuellement complète. Le sous-dénombrement, jugé minime, est tout de même surveillé. Il peut être causé par un enregistrement tardif ou incomplet. Par exemple, la déclaration des naissances d'enfants de mères résidentes survenues à l'étranger peut être incomplète. Le Registre de l'état civil du Québec doit rapatrier les données sur les naissances des femmes de l'Outaouais qui ont lieu en Ontario, ce qui occasionne souvent des délais dans la fermeture des fichiers et nécessite des étapes de validation supplémentaires.

SOMMAIRE

Pour la période 2003-2007, le taux de fécondité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans demeure plus élevé en Outaouais qu'au Québec. Quoique l'on remarque une amélioration comparativement à la période précédente, les taux de fécondité chez les adolescentes demeurent particulièrement élevés dans les CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, du Pontiac et de Papineau (Vallée-de-la-Lièvre) pendant la période 2003-2007. Le taux de fécondité chez les femmes âgées de 35 ans et plus dans la région est plus faible que celui du Québec pour la période 2003-2007, un résultat semblable à celui observé durant la période précédente.

Tableau 7 : Taux de fécondité selon l'âge (par 1000 femmes) et âge moyen des mères, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1998-2002

CSSS et CLSC	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	Âge moyen des mères
	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	
CSSS Gatineau	15,4 (+)	57,3	99,4 (-)	72,6 (-)	25,4 (-)	4,0	28,4*
CLSC Hull	15,7	46,8 (-)	78,5 (-)	75,9 (-)	30,6 (+)	4,7	28,8*
CLSC Gatineau	17,6 (+)	67,3 (+)	110,1	62,9 (-)	19,9 (-)	3,2	27,8*
CLSC Aylmer	9,1 (-)	51,1 (-)	119,4 (+)	96,9 (+)	33,5 (+)	5,5*	29,6*
CSSS Papineau	25,6 (+)	95,5 (+)	123,2 (+)	65,5 (-)	16,6 (-)	2,2* (-)	27,1*
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	24,0 (+)	92,9 (+)	128,8 (+)	66,2 (-)	17,9 (-)	2,4*	27,3*
CLSC Petite-Nation	29,1 (+)	103,2 (+)	106,2	62,9 (-)	13,3 (-)	**	26,6*
CSSS Collines	11,1	70,3 (+)	140,2 (+)	93,7 (+)	35,6 (+)	5,0*	29,6*
CSSS Pontiac	20,5 (+)	101,5 (+)	142,8 (+)	79,0	24,8	3,5*	27,8*
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	43,8 (+)	125,1 (+)	112,3	64,2 (-)	12,8 (-)	**	26,1*
Outaouais	18,3 (+)	67,8 (+)	108,2	73,3 (-)	24,3 (-)	3,7 (-)	28,2*
Ensemble du Québec	13,9	59,6	107,6	80,8	27,6	4,3	28,4*

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

Tableau 8 : Taux de fécondité selon l'âge (par 1000 femmes) et âge moyen des mères, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003-2007

CSSS et CLSC	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	Âge moyen des mères
	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	
CSSS Gatineau	11,9 (+)	50,2	105,9 (-)	99,1	33,3 (-)	4,5 (-)	28,9*
CLSC Hull	13,7 (+)	41,1 (-)	80,8 (-)	96,1	37,0	6,0	29,2*
CLSC Gatineau	12,2 (+)	59,5 (+)	117,1 (+)	88,6 (-)	24,7 (-)	3,2* (-)	28,3*
CLSC Aylmer	9,0	44,1 (-)	135,0 (+)	131,9 (+)	49,0 (+)	6,2*	29,9
CSSS Papineau	14,0 (+)	96,6 (+)	143,1 (+)	80,2 (-)	20,4 (-)	2,5* (-)	27,5*
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	14,9 (+)	96,2 (+)	149,8 (+)	82,5 (-)	21,9 (-)	2,7* (-)	27,6*
CLSC Petite-Nation	11,5*	97,8 (+)	122,1	72,5 (-)	16,0 (-)	**	27,1*
CSSS Collines	5,7* (-)	62,3 (+)	142,8 (+)	129,2 (+)	52,5 (+)	6,2	30,4
CSSS Pontiac	14,3 (+)	95,7 (+)	161,5 (+)	88,9	33,4	4,0*	28,0*
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	24,9 (+)	112,3 (+)	126,1 (+)	65,9 (-)	17,4 (-)	3,2* (-)	26,6*
Outaouais	12,5 (+)	61,1 (+)	116,3 (+)	97,6	32,4 (-)	4,3 (-)	28,7*
Ensemble du Québec	10,2	52,2	110,2	98,9	37,1	5,7	29,0*

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

RÉPARTITION DE LA POPULATION ÂGÉE DE 18 ANS ET PLUS SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL DE FAIT

MISE EN CONTEXTE

Les données sur l'union libre, combinées à celles sur l'état matrimonial légal, permettent d'obtenir des données sur *l'état matrimonial de fait*. Il s'agit ici d'un indicateur qui permet de repérer des étapes de vie importantes parmi les nombreuses trajectoires individuelles au sein de la population. Par exemple, le fait d'être marié ou de vivre avec un partenaire est souvent une condition préalable à la fondation d'une famille. De plus, l'état matrimonial de fait est relié à différents niveaux de risque de maladies et de problèmes de santé.

DÉFINITION

L'état matrimonial de fait renvoie à la situation conjugale de fait d'une personne. Cet indicateur est calculé à partir de la *répartition de la population âgée de 18 ans et plus selon l'état matrimonial de fait*. Les définitions des diverses catégories de réponses sont les suivantes (Statistique Canada, 2007).

- 1) Jamais légalement marié (célibataire) : personne qui ne s'est jamais mariée ou dont le mariage a été annulé et qui ne s'est pas remariée. Les célibataires vivant en union libre ne font pas partie de cette catégorie.
- 2) Légalement marié (et non séparé) : personne mariée dont le conjoint est vivant, à moins que le couple ne soit séparé ou divorcé. Depuis 2006, les couples mariés de même sexe sont inclus dans cette catégorie.
- 3) Partenaire en union libre : personne vivant en union libre. Par union libre, on entend des personnes qui vivent ensemble en tant que couple sans être légalement mariées l'une à l'autre. Depuis 2001, les personnes vivant avec un partenaire de même sexe sont considérées comme vivant en union libre.
- 4) Séparé, mais toujours légalement marié : personne actuellement mariée qui n'a pas obtenu de divorce, mais qui vit sans son conjoint (pour quelque raison que ce soit autre que la maladie ou le travail). Les personnes séparées vivant en union libre ne font pas partie de cette catégorie. Depuis 1996, les Autochtones mariés selon les coutumes doivent indiquer qu'ils sont légalement mariés.
- 5) Divorcé : personne qui a obtenu un divorce officiel et qui ne s'est pas remariée. Les personnes divorcées vivant en union libre ne font pas partie de cette catégorie.
- 6) Veuf : personne dont le conjoint est décédé et qui ne s'est pas remariée. Les veufs vivant en union libre ne font pas partie de cette catégorie.

Pour distinguer l'union libre de l'état matrimonial légal, on répartit tout d'abord les personnes âgées de **18 ans et plus** en deux catégories, celles vivant en union libre et les autres. Par la suite, celles ne vivant pas en union libre sont distribuées selon l'état matrimonial légal. Par exemple, une personne divorcée légalement et vivant en union libre est classée dans la catégorie union libre.

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 2001 et de 2006 de Statistique Canada. Les données sur l'état matrimonial de fait sont tirées des réponses fournies à la question 4 (état matrimonial) et à la question 5 (union libre) dans les questionnaires du recensement.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 18 ans et plus selon l'état matrimonial de fait}}{\text{Population totale âgée de 18 ans et plus}} \times 100$$

LIMITES

La définition de « partenaire vivant en union libre » a été modifiée en 2001, les partenaires de même sexe vivant en union libre ayant été inclus dans cette catégorie. À titre d'information, au sein de la population âgée de 15 ans et plus, en 2001, les partenaires de même sexe constituaient 2,0 % de la population de la catégorie « partenaire en union libre » (Statistique Canada, 2003). De plus, la définition de « couple marié » a été modifiée en 2006 et les couples mariés de même sexe sont maintenant inclus dans cette catégorie.

SOMMAIRE

Dans l'ensemble, la proportion de gens mariés a diminué de 2001 à 2006, tandis que la proportion des célibataires, des partenaires en union libre et de gens divorcés a augmenté pendant cette même période, et ce, autant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. On retrouve une plus grande proportion de gens mariés et une plus faible proportion de célibataires en Outaouais comparativement au Québec en 2001 et 2006. Il est intéressant de noter que les profils des CSSS des Collines et du Pontiac ainsi que celui du CLSC d'Aylmer sont différents de ceux des autres territoires, ces profils ressemblant davantage à celui de l'ensemble du Canada qu'à celui du Québec eu égard à l'état matrimonial, autant en 2006 qu'en 2001.

Tableau 9 : Proportion (%) de la population âgée de 18 ans et plus selon l'état matrimonial de fait, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2001

CSSS et CLSC	Célibataire (jamais marié)	Actuellement marié	Partenaire en union libre	Séparé et non remarié	Divorcé et non remarié	Veuf et non remarié
	%	%	%	%	%	%
CSSS Gatineau	24,7	42,8	17,3	2,7	7,2	5,4
CLSC Hull	30,5	34,1	17,2	3,0	8,3	6,9
CLSC Gatineau	22,1	45,7	18,3	2,5	6,8	4,6
CLSC Aylmer	20,4	52,0	14,1	2,6	6,2	4,8
CSSS Papineau	18,0	46,3	21,0	2,2	6,0	6,5
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	17,8	46,9	21,9	2,2	5,6	5,6
CLSC Petite-Nation	18,4	45,3	19,3	2,1	6,7	8,4
CSSS Collines	18,1	50,9	20,7	2,1	4,5	3,7
CSSS Pontiac	17,3	55,6	12,3	1,9	4,5	8,4
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	20,2	44,1	19,2	2,1	6,2	8,4
Outaouais	22,5	44,8	17,9	2,5	6,6	5,8
Ensemble du Québec	24,9	42,2	17,8	2,0	6,6	6,5

Tableau 10 : Proportion (%) de la population âgée de 18 ans et plus selon l'état matrimonial de fait, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006

CSSS et CLSC	Célibataire (jamais marié)	Actuellement marié	Partenaire en union libre	Séparé et non remarié	Divorcé et non remarié	Veuf et non remarié
	%	%	%	%	%	%
CSSS Gatineau	25,3	40,3	19,2	2,4	7,6	5,2
CLSC Hull	30,9	32,5	18,8	2,6	8,7	6,5
CLSC Gatineau	23,1	42,4	20,2	2,3	7,2	4,8
CLSC Aylmer	20,9	48,6	17,1	2,4	6,7	4,2
CSSS Papineau	19,3	42,8	23,4	1,8	6,5	6,1
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	19,4	43,0	24,1	1,9	6,3	5,3
CLSC Petite-Nation	19,2	42,4	21,9	1,7	7,0	7,8
CSSS Collines	18,6	47,5	23,5	1,7	5,1	3,6
CSSS Pontiac	18,3	53,0	13,2	1,8	5,9	7,7
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	22,0	40,6	20,9	2,1	6,8	7,6
Outaouais	23,2	42,0	19,9	2,2	7,1	5,5
Ensemble du Québec	25,2	39,4	20,3	1,8	6,9	6,3

RÉPARTITION DES FAMILLES AVEC DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS SELON LA STRUCTURE FAMILIALE

MISE EN CONTEXTE

L'indicateur décrivant la *répartition des familles avec des enfants âgés de moins de 18 ans selon la structure familiale* est le complément d'un autre indicateur de ce Portrait de santé, lequel mesure la *proportion d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant avec un seul parent*. Pour la première fois dans l'histoire du Canada, les personnes mariées sont devenues minoritaires en 2005. C'est le Québec qui influence le plus la situation à cause du grand nombre de ses habitants qui préfèrent l'union libre au mariage. Ainsi, le Québec est devenu le champion du monde de l'union libre. En Suède, pays qui se place au deuxième rang, seulement 25,4 % des couples vivent en union libre. Dans un troisième pays, la Finlande, on trouve 23,9 % des adultes qui vivent en union libre. L'ensemble du Canada, avec ses 18,4 %, occupe la sixième position (Statistique Canada, 2007).

DÉFINITION

Cet indicateur établit la proportion des différentes structures des familles de recensement qui ont au moins un enfant âgé de **moins de 18 ans**. Les catégories considérées dans le calcul de l'indicateur sont : les couples actuellement mariés avec au moins un enfant âgé de moins de 18 ans, les couples vivant en union libre avec au moins un enfant âgé de moins de 18 ans et les parents seuls (familles monoparentales) avec au moins un enfant âgé de moins de 18 ans.

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 2001 et de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre de familles de recensement avec au moins un enfant âgé de moins de 18 ans selon la structure familiale}}{\text{Total des familles de recensement avec au moins un enfant âgé de moins de 18 ans}} \times 100$$

LIMITES

Des changements ont été apportés en 2001 et 2006 au concept de « famille de recensement ». Statistique Canada considère comme une famille de recensement un couple marié (avec ou sans enfant des deux conjoints ou de l'un d'eux), un couple vivant en union libre (avec ou sans enfant des deux partenaires ou de l'un d'eux) ou un parent seul (peu importe son état matrimonial) demeurant avec au moins un enfant dans le même logement. Un couple peut être de sexe opposé ou de même sexe (depuis 2001 pour les couples en union libre et depuis 2006 pour un couple marié) (Statistique Canada, 2007).

L'inclusion de couples en union libre formés de partenaires de même sexe se traduit par une augmentation en 2001 de 0,4 % du nombre de familles de recensement à l'échelle nationale par rapport à 1996 (Statistique Canada, 2003). L'impact de ces changements sur la répartition des familles avec enfants âgés de moins de 18 ans selon la structure familiale n'est toutefois pas connu.

Depuis 2001, des modifications ont été apportées à la définition du terme « enfant » (Statistique Canada, 2007) :

- 1) Les enfants compris dans une famille de recensement peuvent avoir déjà été mariés (pourvu qu'ils n'habitent actuellement pas avec leur conjoint ou leur partenaire en union libre). Auparavant, il fallait qu'ils n'aient « jamais été mariés ».

- 2) Un petit-fils vivant dans un ménage à trois générations où le parent (deuxième génération) n'a jamais été marié est, contrairement aux recensements précédents, maintenant considéré comme faisant partie de la famille de recensement du parent, à la condition de ne pas habiter avec son époux, son partenaire en union libre ou son enfant. Auparavant, la famille de recensement était ordinairement constituée des deux générations les plus anciennes.
- 3) Un petit-fils d'un autre membre du ménage où le parent (deuxième génération) n'est pas présent est maintenant considéré comme faisant partie de la famille de recensement du grand-parent, à condition que le petit-fils n'habite pas avec son époux, son partenaire en union libre ou son enfant. Auparavant, un tel petit-fils n'était pas considéré comme faisant partie de la famille de recensement.

Les modifications apportées en 2001 à la définition du terme « enfant » se sont traduites, sur le plan canadien, par une augmentation de 1,5 % du nombre total de familles de recensement et par une augmentation de 10,1 % du nombre de familles monoparentales (peu importe l'âge des enfants) (Statistique Canada, 2003).

SOMMAIRE

On retrouve une plus grande proportion de familles monoparentales avec enfants âgés de moins de 18 ans dans la région de l'Outaouais comparativement à l'ensemble du Québec, tant en 2001 (25,0 % vs 22,7 %) qu'en 2006 (25,5 % vs 23,6 %). Les proportions sont particulièrement élevées dans les territoires des CLSC de Hull et de la Petite-Nation et dans les territoires de CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau et de Gatineau. Aussi, on remarque une proportion plus importante de couples mariés et moins importante de couples en union libre en Outaouais que dans l'ensemble de la province. La proportion des couples mariés est particulièrement élevée dans les territoires de CSSS du Pontiac et des Collines, ainsi que dans celui du CLSC d'Aylmer, secteurs où l'on retrouve aussi une plus grande proportion d'anglophones. À l'opposé, on voit que la proportion des couples en union libre avec enfants âgés de moins de 18 ans est plus élevée dans les territoires de CSSS de Papineau (Petite-Nation surtout) et de la Vallée-de-la-Gatineau pour les deux années à l'étude.

Tableau 11 : Répartition (%) des familles avec enfants âgés de moins de 18 ans selon la structure familiale, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2001

CSSS et CLSC	Couples mariés	Couples en union libre	Familles monoparentales
	%	%	%
CSSS Gatineau	51,8	21,4	26,9
CLSC Hull	46,6	20,8	32,6
CLSC Gatineau	50,9	22,8	26,3
CLSC Aylmer	61,4	18,2	20,4
CSSS Papineau	44,2	32,6	23,2
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	46,1	31,4	22,6
CLSC Petite-Nation	38,9	36,0	25,1
CSSS Collines	58,5	26,5	15,0
CSSS Pontiac	64,1	20,3	15,6
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	37,2	30,1	32,6
Outaouais	51,1	23,9	25,0
Ensemble du Québec	50,5	26,8	22,7

Tableau 12 : Répartition (%) des familles avec enfants âgés de moins de 18 ans selon la structure familiale, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006

CSSS et CLSC	Couples mariés	Couples en union libre	Familles monoparentales
	%	%	%
CSSS Gatineau	46,9	25,4	27,4
CLSC Hull	43,1	24,8	31,4
CLSC Gatineau	45,3	27,9	26,7
CLSC Aylmer	55,5	20,3	23,7
CSSS Papineau	40,3	35,9	24,6
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	42,2	33,9	24,1
CLSC Petite-Nation	34,5	42,1	26,3
CSSS Collines	51,1	29,8	18,0
CSSS Pontiac	61,9	19,6	17,7
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	34,6	37,4	27,4
Outaouais	46,5	27,7	25,5
Ensemble du Québec	44,4	31,7	23,6

PROPORTION D'ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS VIVANT AVEC UN SEUL PARENT

MISE EN CONTEXTE

L'instabilité conjugale croissante au Québec au cours des dernières décennies a eu des répercussions profondes sur l'environnement dans lequel les enfants grandissent. L'évolution de l'indicateur mesurant la *proportion d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant avec un seul parent* en témoigne. Il fournit un complément d'information à un autre indicateur, également utilisé dans ce Portrait, qui mesure le pourcentage de familles monoparentales parmi les différentes structures familiales qui coexistent dans la population. Par ailleurs, nous savons maintenant, grâce notamment à l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) 1998-2010, que trois enfants québécois sur dix ont déjà connu la monoparentalité à l'âge de 8 ans, mais aussi que les épisodes de monoparentalité ont un caractère généralement transitoire.

DÉFINITION

Cet indicateur établit la proportion d'enfants âgés de **moins de 18 ans** vivant dans des familles de recensement composées d'un parent seul. Depuis 2001, le terme « enfant » englobe tous les fils (filles) apparentés par le sang, par alliance ou par adoption, peu importe leur âge ou leur état matrimonial, qui vivent dans le même logement que leur(s) parent(s) ainsi que les petits-enfants qui vivent dans des ménages où leurs parents sont absents. Les fils qui vivent avec leur conjoint ou avec une partenaire en union libre, ou avec un ou plusieurs de leurs propres enfants, ne sont pas considérés comme des membres de la famille de recensement de leur(s) parent(s), même s'ils vivent dans le même logement. En outre, les fils qui n'habitent pas dans le même logement que leur(s) parent(s) ne sont pas considérés comme des membres de la famille de recensement de ce(s) parent(s). Lorsque les fils sont aux études ou occupent un emploi d'été ailleurs et retournent vivre avec leur(s) parent(s) au cours de l'année, ces fils sont considérés comme des membres de la famille de recensement de leur(s) parent(s) (Statistique Canada, 2007).

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 2001 et de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant avec un seul parent}}{\text{Population totale d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant dans les familles de recensement}} \times 100$$

LIMITES

Au recensement de 2001, les trois modifications apportées à la définition du terme « enfant » se sont traduites, sur le plan canadien, par une augmentation de 10,1 % du nombre de familles monoparentales (peu importe l'âge des enfants) (Statistique Canada, 2003a). L'impact de ces changements sur la proportion d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant avec un seul parent n'est toutefois pas connu.

SOMMAIRE

Nonobstant la note ci-dessus sur l'effet du changement de définition du terme « enfant » à partir de 2001, la proportion d'enfants âgés de moins de 18 ans au sein de familles monoparentales ne cesse d'augmenter depuis 1996 en Outaouais et au Québec. Une augmentation est aussi observée dans tous les territoires au cours de la même période, sauf dans ceux de l'ancien CLSC de la Petite-Nation et du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau. Les proportions les plus élevées se retrouvent dans les territoires de CSSS de Gatineau (24,2 %) et de la Vallée-de-la-Gatineau (25,9 %) en 2006.

Les pourcentages les plus faibles sont observés dans les territoires des CSSS du Pontiac (15,0 %) et des Collines (15,8 %), où vivent notamment d'importantes populations anglophones.

Tableau 13 : Proportion (%) d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant avec un seul parent, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1996, 2001 et 2006

CSSS et CLSC	1996		2001		2006	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CSSS Gatineau	20,6	10 090	23,4	11 295	24,2	11 760
CLSC Hull	27,0	3 240	27,8	3 490	28,0	3 655
CLSC Gatineau	19,7	5 275	23,4	6 030	23,6	5 845
CLSC Aylmer	15,5	1 575	18,0	1 775	21,0	2 260
CSSS Papineau	14,4	1 600	20,2	2 235	21,4	2 355
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	13,7	1 075	19,4	1 560	21,1	1 745
CLSC Petite-Nation	16,2	525	22,5	675	22,1	610
CSSS Collines	9,5	605	12,7	840	15,8	1 210
CSSS Pontiac	10,3	515	13,4	605	15,0	630
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	20,3	935	28,1	1 120	25,9	1 025
Outaouais	18,1	13 745	21,6	16 095	22,5	16 980
Ensemble du Québec	17,6	288 425	19,7	306 520	20,8	319 045

RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LA LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur, développé par Statistique Canada, est conforme aux recommandations concernant les recensements contenues dans le document des Nations Unies intitulé *Principes et recommandations concernant les recensements de la population et de l'habitat*, deuxième révision, 2008. Selon les recommandations des Nations Unies, trois types de données sur les langues peuvent être recueillies dans le cadre des recensements, y compris la « langue usuelle », que les Nations Unies définissent comme la « langue la plus couramment parlée au foyer ». L'indicateur est particulièrement utile au réseau de la santé régional dans le cadre du *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise*. Il permet également de mieux comprendre les facteurs sociaux et culturels qui influencent l'état de santé dans l'ensemble de la région et dans les différents territoires.

DÉFINITION

Il s'agit de la proportion de la population, vivant hors institution, ayant déclaré une seule langue parlée à la maison, selon la langue parlée le plus souvent à la maison. La langue parlée à la maison est celle que la personne recensée parlait le plus souvent à la maison ou de façon régulière au moment du recensement.

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 2001 et de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population selon la langue parlée le plus souvent à la maison}}{\text{Population totale non-pensionnaire d'institution ayant déclaré une seule langue parlée à la maison}} \times 100$$

LIMITES

Pour la question de la langue parlée le plus souvent à la maison, Statistique Canada a réparti la population en deux catégories, soit en réponses uniques (une seule langue parlée) et en réponses multiples (plus d'une langue parlée) (Statistique Canada, 2002a). Le calcul de l'indicateur retenu tient uniquement compte des personnes ayant répondu : « une seule langue parlée le plus souvent à la maison ». La proportion de réponses multiples (non retenues pour la constitution du présent indicateur) varie selon les recensements. Pour l'ensemble du Québec, elle était de 2,0 % en 2001 et en 2006.

SOMMAIRE

De façon générale, autant en 2001 qu'en 2006, on constate que près de 80 % des résidents de la région de l'Outaouais déclarent parler plus souvent le français à la maison, comparativement à près de 83 % des personnes au Québec. Inversement, la proportion de personnes déclarant parler le plus souvent l'anglais à la maison est plus élevée en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. En 2006, la langue anglaise est plus souvent mentionnée dans les populations de trois territoires de CSSS en particulier, soit celles du Pontiac (61,0 %), des Collines (26,9 %) et de la Vallée-de-la-Gatineau (15,8 %). Dans le territoire du CSSS de Gatineau, un pourcentage important de personnes déclarant l'anglais comme langue parlée le plus souvent à la maison est observé dans le territoire du CLSC d'Aylmer (35,5 %). Ces pourcentages sont très élevés comparativement à ceux de l'ensemble du Québec. Les langues « non officielles » sont surtout parlées dans les secteurs de Hull, Gatineau et Aylmer de la ville de Gatineau qui accueille une plus grande proportion d'immigrants.

Tableau 14 : Répartition (%) de la population selon la langue parlée le plus souvent à la maison, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2001**

CSSS et CLSC	Français	Anglais	Langues non officielles
	%	%	%
CSSS Gatineau	82,9	13,3	3,9
CLSC Hull	83,2	10,1	6,7
CLSC Gatineau	91,2	6,4	2,4
CLSC Aylmer	58,1	38,7	3,1
CSSS Papineau	92,8	7,0	0,1
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	90,7	9,2	0,1
CLSC Petite-Nation	97,3	2,5	0,2
CSSS Collines	69,6	30,0	0,4
CSSS Pontiac	38,3	61,2	0,5
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	83,7	15,9	0,4
Outaouais	80,6	16,8	2,6
Ensemble du Québec	83,9	10,0	6,0

Tableau 15 : Répartition (%) de la population selon la langue parlée le plus souvent à la maison, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2006**

CSSS et CLSC	Français	Anglais	Langues non officielles
	%	%	%
CSSS Gatineau	81,3	13,5	5,2
CLSC Hull	81,6	10,4	8,1
CLSC Gatineau	89,0	7,2	3,9
CLSC Aylmer	60,7	35,5	3,8
CSSS Papineau	92,9	6,4	0,7
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	91,1	8,4	0,5
CLSC Petite-Nation	96,9	2,2	1,0
CSSS Collines	72,4	26,9	0,7
CSSS Pontiac	38,5	61,0	0,5
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	83,2	15,8	1,0
Outaouais	79,8	16,6	3,6
Ensemble du Québec	82,7	10,2	7,1

PROPORTION D'IMMIGRANTS

MISE EN CONTEXTE

Le Québec accueille actuellement environ 50 000 nouveaux immigrants par année. Il s'agit d'une population jeune et relativement scolarisée; 75 % des immigrants âgés de 15 ans et plus déclarent se destiner au marché du travail. Plus des trois quarts des immigrants au Québec sont « sélectionnés » et environ 80 % de ceux-ci déclarent connaître le français. Enfin, 80 % des immigrants admis entre 1998 et 2007 étaient toujours présents au Québec en 2009, une proportion en hausse et comparable à celle observée aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Cet indicateur permet de décrire un des aspects du changement dans le tissu social au sein de diverses populations.

DÉFINITION

Cet indicateur est établi à partir de la proportion de la population totale non-pensionnaire d'institution ayant le statut d'immigrant reçu. Un *immigrant reçu* est une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence. Certains immigrants résident au Canada depuis un certain nombre d'années, alors que d'autres sont arrivés récemment. La plupart des immigrants sont nés à l'extérieur du Canada, mais un petit nombre d'entre eux sont nés ici, comme les enfants des résidents non permanents, les enfants nés de parents étrangers, etc. En 2006, les *immigrants récents* font référence aux personnes qui ont immigré au Canada entre 2001 et le jour du recensement, soit le 16 mai 2006. Pour le recensement de 2001, ils font référence à celles qui ont immigré entre 1996 et les quatre premiers mois de 2001.

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 2001 et de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population des immigrants reçus}}{\text{Population totale non-pensionnaire d'institution}} \times 100$$

LIMITES

Les résidents non permanents ne sont pas inclus au numérateur dans les immigrants reçus, mais ils sont compris au dénominateur dans la population totale non-pensionnaire d'institution. Les citoyens canadiens de naissance nés à l'extérieur du pays et les résidents non permanents (titulaires d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiant ou qui revendiquent le statut de réfugié ainsi que les membres de leur famille vivant avec eux) ne font pas partie des immigrants reçus. De plus, les enfants nés au Canada de parents immigrants sont comptés parmi les non-immigrants dans les données du recensement. Aux recensements de 1991, 1996 et 2001, les résidents non permanents incluaient aussi les titulaires d'un « permis ministériel »; ce permis a été supprimé par Citoyenneté et Immigration Canada avant le recensement de 2006.

SOMMAIRE

De façon générale, on observe une augmentation de la proportion d'immigrants en Outaouais, au Québec et dans les territoires de CSSS et de CLSC entre 2001 et 2006. Pour ces deux années, la proportion d'immigrants était plus faible dans la région que dans l'ensemble du Québec, suivant une tendance historique qui s'explique par le fait que la très grande majorité des immigrants au Québec s'installent dans la grande région de Montréal. En 2006, les proportions étaient de 7,0 % dans la région et de 11,5 % dans l'ensemble de la province. Enfin, il est clair que les immigrants en Outaouais s'établissent principalement dans les secteurs de Hull et d'Aylmer de la ville de Gatineau, comme c'était déjà le cas dans les années 80 et 90.

Tableau 16 : Proportion d'immigrants, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2001

CSSS et CLSC	Immigrants non récents	Immigrants récents	Total d'immigrants
	%	%	%
CSSS Gatineau	5,7	1,8	7,5
CLSC Hull	7,7	3,5	11,1
CLSC Gatineau	4,0	0,9	4,9
CLSC Aylmer	7,0	1,2	8,2
CSSS Papineau	1,5	0,2	1,7
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	1,3	0,2	1,4
CLSC Petite-Nation	2,1	0,1	2,2
CSSS Collines	4,2	0,3	4,5
CSSS Pontiac	2,6	0,1	2,7
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	0,9	0,2	1,1
Outaouais	4,5	1,2	5,7
Ensemble du Québec	8,1	1,8	9,9

Tableau 17 : Proportion d'immigrants, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006

CSSS et CLSC	Immigrants non récents	Immigrants récents	Total d'immigrants
	%	%	%
CSSS Gatineau	7,1	2,3	9,4
CLSC Hull	9,4	4,5	14,0
CLSC Gatineau	5,0	1,4	6,4
CLSC Aylmer	8,7	1,1	9,8
CSSS Papineau	1,4	0,2	1,6
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	1,3	0,3	1,5
CLSC Petite-Nation	1,6	0,1	1,6
CSSS Collines	4,5	0,7	5,2
CSSS Pontiac	2,5	0,2	2,7
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	1,1	0,3	1,3
Outaouais	5,4	1,6	7,0
Ensemble du Québec	8,8	2,6	11,5

RÉPARTITION DE LA POPULATION ÂGÉE DE 25 À 64 ANS SELON LE PLUS HAUT CERTIFICAT, DIPLÔME OU GRADE

MISE EN CONTEXTE

En moyenne, les gens ayant un niveau de scolarité supérieur sont plus susceptibles d'avoir un emploi et des revenus stables. En général, un niveau de scolarité élevé accroît la sécurité financière, la sécurité d'emploi et la satisfaction professionnelle. Il permet de mieux comprendre les problèmes individuels et collectifs, de leur trouver des solutions et augmente l'éventail des choix et des possibilités. Le niveau de scolarité autodéclaré est relié à une meilleure perception de son état de santé, à une prévalence plus faible de maladies chroniques et à une meilleure espérance de vie en bonne santé. Par ailleurs, la relation entre le revenu et le niveau de scolarité est plus complexe qu'il n'y paraît. La proportion des personnes ayant obtenu un diplôme universitaire augmente certes en fonction de la catégorie de revenu, mais de nombreux Québécois et Canadiens sans diplôme universitaire ont des revenus élevés ou très élevés (Morissette et al., 2004).

DÉFINITION

Il s'agit de la *répartition de la population âgée de 25 à 64 ans selon le plus haut certificat, diplôme ou grade* par rapport à la population totale âgée de **25 à 64 ans** dans les ménages privés (groupe de personnes occupant un même logement). La scolarité est mesurée à partir de deux approches distinctes. En premier lieu, le plus haut niveau de scolarité atteint correspond à la dernière année d'études au secondaire, terminée ou non, ou à la dernière année universitaire, terminée ou non, indiquée par la personne recensée. En deuxième lieu, on demande à la personne recensée si elle a obtenu un grade, certificat ou diplôme. Dans le cadre de la présente fiche, la classification suivante a été retenue.

- 1) Niveau inférieur au diplôme d'études secondaires : aucun certificat, diplôme ou grade.
- 2) Diplôme d'études secondaires : diplôme d'études secondaires ou l'équivalent.
- 3) Certificat, diplôme ou grade postsecondaire (inférieur au baccalauréat) : comprend le certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers, le certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement d'enseignement non universitaire, le certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat.
- 4) Grade universitaire (égal ou supérieur au baccalauréat) : soit le baccalauréat, le certificat ou diplôme universitaire supérieur au baccalauréat, le diplôme en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire ou en optométrie, la maîtrise ou le doctorat.

SOURCE

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent du recensement de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 25 à 64 ans selon le plus haut certificat, diplôme ou grade}}{\text{Population totale âgée de 25 à 64 ans dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

Pour la première fois, le recensement de 2006 a inclus une question explicite portant sur le fait d'avoir terminé ses études secondaires, accompagnée d'une catégorie distincte sur les équivalences des études secondaires terminées. Ce changement avait notamment pour but de minimiser le problème de la sous-déclaration de l'achèvement d'un programme d'études secondaires. Dans les questionnaires des recensements antérieurs, tous les niveaux de scolarité étaient inclus dans une seule liste et plusieurs répondants déclaraient seulement le niveau le plus élevé, plutôt que tous les niveaux atteints.

En plus des modifications apportées au questionnaire, la variable sur l'obtention d'un diplôme d'études secondaires a été dérivée différemment en 2006 en étant axée sur des attestations d'études terminées.

Alors que la constance des concepts entre les recensements permet des comparaisons historiques, les utilisateurs devraient être au courant que, dans le cadre des recensements antérieurs à 2006, la sous-déclaration de l'achèvement des études secondaires a contribué aux résultats élevés dans la catégorie « inférieure au diplôme d'études secondaires ».

Les renseignements présentés dans cette fiche se rapportent à la population des 25 à 64 ans. Des données sont parfois diffusées pour les personnes âgées de 15 à 24 ans, mais la majorité de celles-ci n'a pas encore complété leur scolarité (Statistique Canada, 2003b). Comme le niveau de scolarisation est influencé par la structure d'âge de la population considérée, nous avons également choisi de ne pas inclure le profil de scolarité des personnes de 65 ans et plus, car le parcours scolaire des personnes nées avant 1941 est très différent de celui des générations subséquentes.

Finalement, la classification utilisée représente une adaptation simplifiée qui regroupe en quatre catégories les 13 niveaux hiérarchiques disponibles dans le tableau de données géocodées acheminé par Statistique Canada, ce qui complique les comparaisons avec d'autres sources de données.

Tableau 18 : Répartition de la population (%) âgée de 25 à 64 ans selon le plus haut certificat, diplôme ou grade, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006

CSSS et CLSC	Inférieur au diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	Certificat, diplôme ou grade postsecondaire (inférieur au baccalauréat)	Grade universitaire (égal ou supérieur au baccalauréat)
CSSS Gatineau	15,9	21,0	36,4	26,6
CLSC Hull	14,6	17,2	32,6	35,5
CLSC Gatineau	18,6	23,8	38,7	18,9
CLSC Aylmer	11,0	20,0	36,9	32,0
CSSS Papineau	23,1	24,6	42,4	9,9
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	21,2	25,0	43,6	10,2
CLSC Petite-Nation	27,2	23,8	39,7	9,2
CSSS Collines	15,9	20,0	38,0	26,1
CSSS Pontiac	28,1	25,8	37,0	9,1
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	31,8	21,0	40,0	7,1
Outaouais	18,6	21,7	37,7	22,0
Ensemble du Québec	17,1	21,1	41,0	20,8

SOMMAIRE

En 2006, on retrouvait dans la région 22,0 % de la population ayant un grade universitaire, comparativement à 20,8 % dans l'ensemble du Québec. Ces proportions, dans les deux cas, ont presque doublé depuis 1996. À l'autre bout du spectre, on observe également en Outaouais une proportion plus élevée de personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires comparativement au Québec. Il existe des différences importantes d'un territoire à l'autre, les niveaux de scolarité atteints étant généralement moins élevés dans les territoires ruraux. La proportion des personnes ayant une formation universitaire varie de 7,1 % dans le territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, jusqu'à 35,5 % dans le secteur de Hull de la ville de Gatineau.

PROPORTION DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS VIVANT SEULE

MISE EN CONTEXTE

Selon des statistiques récentes, 1 500 000 personnes vivraient seules au Québec. De multiples recherches démontrent qu'une personne qui réside seule est plus à risque que celles qui pratiquent diverses formes de cohabitation : sa santé mentale est plus fragile, son espérance de vie est moindre et elle utilise plus de soins de santé physique et mentale (Association canadienne pour la santé mentale, 2011). Cela dit, vivre seul n'est pas nécessairement associé à un mauvais état de santé physique ou mental, même au-delà de l'âge de 65 ans. On peut vivre seul par choix, et vivre seul peut aussi être associé à une plus grande autonomie fonctionnelle, au fait d'être propriétaire d'une résidence et à une plus grande autosuffisance économique.

DÉFINITION

La *proportion de la population âgée de 65 ans et plus vivant seule* correspond à la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dans les ménages privés vivant seules dans leur logement. Le nombre de personnes vivant seules dans leur logement est donc équivalent au nombre de ménages privés ne comprenant qu'une personne (Statistique Canada, 2002b).

Un ménage privé est formé d'une ou de plusieurs personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada. Depuis le recensement de 1976, le nombre de ménages privés est égal au nombre de logements privés occupés (Statistique Canada, 2007).

Un logement privé est un ensemble distinct de pièces d'habitation ayant une entrée privée donnant sur l'extérieur ou sur un escalier commun à l'intérieur. L'entrée doit donner accès au logement sans que l'on ait à passer par les pièces d'habitation de quelqu'un d'autre (Statistique Canada, 2007).

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 65 ans et plus dans les ménages privés vivant seule}}{\text{Population totale âgée de 65 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 1996, de 2001 et de 2006 de Statistique Canada.

LIMITES

Il ne faut pas confondre l'appellation « personnes vivant seules » avec la désignation « personnes seules » qui est un concept plus large parce qu'il englobe, en plus des personnes vivant seules, les personnes hors familles économiques qui vivent avec des personnes non apparentées (par exemple chambreurs, colocataires ou employés) ou encore les personnes apparentées ou non ne faisant pas partie d'une famille de recensement (Statistique Canada, 2002b).

SOMMAIRE

En 2006, environ une personne sur quatre âgée de 65 à 74 ans vivait seule en Outaouais et dans l'ensemble du Québec. Cette proportion grimpait à près de quatre personnes sur dix après l'âge de 75 ans. Il s'agit d'une problématique particulièrement fréquente chez les 65 à 74 ans dans le secteur de Hull de la ville de Gatineau et dans le territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, les proportions les plus élevées de personnes seules se retrouvent plutôt dans les territoires des Collines et du Pontiac et aussi dans le secteur de Hull. Environ 65 % des personnes de 75 ans et plus vivant seules dans la région habitent dans la ville de Gatineau, soit une proportion à peu près équivalente à son poids démographique.

Tableau 19 : Répartition (%) de la population de 65 à 74 ans vivant seule, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1996, 2001 et 2006

CSSS et CLSC	1996		2001		2006	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CSSS Gatineau	26,0	2 600	26,6	3 005	25,7	3 305
CLSC Hull	29,3	1 305	33,5	1 460	32,1	1 405
CLSC Gatineau	22,8	920	21,4	1 120	22,8	1 470
CLSC Aylmer	24,7	375	24,9	425	21,1	430
CSSS Papineau	24,1	765	25,4	880	19,2	735
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	21,7	365	21,9	410	19,8	410
CLSC Petite-Nation	26,8	400	29,4	470	18,5	325
CSSS Collines	17,8	180	21,1	260	19,6	300
CSSS Pontiac	21,0	350	22,6	360	25,1	430
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	26,7	445	25,1	445	28,5	580
Outaouais	24,8	4 340	25,5	4 950	24,4	5 350
Ensemble du Québec	24,9	124 415	25,7	135 770	25,4	143 785

Tableau 20 : Répartition (%) de la population de 75 ans et plus vivant seule, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1996, 2001 et 2006

CSSS et CLSC	1996		2001		2006	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CSSS Gatineau	38,9	1 650	38,9	2 385	37,9	3 155
CLSC Hull	47,5	1 035	43,1	1 260	43,1	1 565
CLSC Gatineau	30,7	420	36,8	820	32,8	1 140
CLSC Aylmer	28,5	195	31,0	305	36,7	450
CSSS Papineau	30,5	515	32,3	670	35,6	865
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	27,6	255	31,7	380	36,7	495
CLSC Petite-Nation	34,0	260	33,1	290	34,3	370
CSSS Collines	33,0	145	25,7	125	44,7	335
CSSS Pontiac	37,1	345	45,3	480	44,0	550
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	38,1	335	42,5	440	35,4	420
Outaouais	36,6	2 990	38,0	4 100	38,2	5 325
Ensemble du Québec	38,6	104 370	39,7	133 400	39,3	161 745

TAUX D'EMPLOI

MISE EN CONTEXTE

L'emploi et les conditions de travail constituent un déterminant majeur de l'état de santé d'une population, plus important même que l'ensemble des services de santé (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Sur le plan individuel, l'emploi a un effet marqué sur la santé physique, mentale et sociale. Le travail rémunéré permet non seulement de gagner de l'argent, mais il donne aussi un sentiment d'identité et d'utilité, permet d'avoir des contacts sociaux et des possibilités d'épanouissement personnel. Quand une personne perd ces avantages, les résultats peuvent être dévastateurs, aussi bien pour sa santé que pour celle des membres de sa famille. Les chômeurs ont une espérance de vie moins longue et ont nettement plus de problèmes de santé que les personnes qui ont un emploi (Agence de la santé publique du Canada, 2003).

DÉFINITION

Il s'agit de la proportion de la population âgée de **15 ans et plus**, vivant hors institution, qui occupe un emploi. La « population occupée » est composée des personnes âgées de 15 ans et plus, à l'exclusion des pensionnaires d'un établissement institutionnel, qui, au cours de la semaine ayant précédé le jour du recensement, avaient effectué un travail quelconque à un emploi salarié ou à leur compte, ou encore sans rémunération dans une ferme ou une entreprise familiale ou dans l'exercice d'une profession. La population occupée comprend aussi les personnes qui étaient temporairement absentes de leur travail ou de l'entreprise à cause de vacances, d'une maladie, d'un conflit de travail ou pour d'autres raisons (Statistique Canada, 2007).

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 1996, de 2001 et de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 15 ans et plus occupée}}{\text{Population totale âgée de 15 ans et plus hors institution}} \times 100$$

LIMITES

Le *taux d'emploi* est aussi mesuré de façon continue au Canada à partir des données de l'Enquête sur la population active (EPA). Nous publions plutôt les données sur l'emploi tirées des recensements, car elles ont été recueillies en même temps que les autres données de recensement contenues dans ce Portrait. Même si l'EPA et les recensements mesurent l'activité sur le marché du travail à partir des mêmes concepts, il existe plusieurs différences méthodologiques entre les deux sources : la méthode de dénombrement, la couverture, la taille de l'échantillon, la période de référence, le nombre et le contenu des questions et les méthodes utilisées pour établir les catégories d'activités (Statistique Canada, 2002c).

SOMMAIRE

De façon générale, le taux d'emploi est à la hausse depuis 1996 au Québec, en Outaouais et dans les territoires de CSSS. Entre 1996 et 2006, les hausses les plus importantes ont été observées dans les territoires de Papineau, des Collines et de la Vallée-de-la-Gatineau. Historiquement, le taux d'emploi est plus élevé en Outaouais que dans l'ensemble du Québec, à la faveur notamment des dizaines de milliers d'emplois occupés par des résidents de l'Outaouais dans la fonction publique fédérale. Enfin, le taux d'emploi est systématiquement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (données non présentées).

Tableau 21 : Taux d'emploi (%) de la population âgée de 15 ans et plus, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1996, 2001 et 2006

CSSS et CLSC	1996		2001		2006	
	Taux d'emploi	Personnes actives occupées	Taux d'emploi	Personnes actives occupées	Taux d'emploi	Personnes actives occupées
CSSS Gatineau	62,5	96 575	67,5	110 150	66,7	119 030
CLSC Hull	58,4	29 875	65,3	35 605	64,5	37 030
CLSC Gatineau	64,7	49 895	68,4	55 405	66,8	58 955
CLSC Aylmer	64,4	16 805	69,0	19 140	70,5	23 045
CSSS Papineau	52,7	18 285	56,3	20 625	58,8	23 810
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	56,6	12 805	60,7	14 755	62,8	16 890
CLSC Petite-Nation	45,4	5 480	47,5	5 870	51,0	6 920
CSSS Collines	63,9	11 815	69,6	14 005	69,4	17 070
CSSS Pontiac	50,4	7 965	53,0	8 080	53,2	8 645
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	41,8	6 780	47,3	7 220	47,6	8 210
Outaouais	59,0	141 420	63,9	160 080	63,8	176 765
Ensemble du Québec	55,0	3 118 845	58,9	3 434 220	60,4	3 735 460

TAUX DE CHÔMAGE

MISE EN CONTEXTE

La perte d'un emploi signifie souvent une baisse immédiate du niveau de vie, de l'anxiété quant à l'avenir et une perte de confiance en soi. Ces conséquences sont nettement plus graves sur l'individu ou la famille si le chômage est de longue durée. Le *taux de chômage* constitue un indicateur important de la vitalité d'une collectivité et ses variations permettent de suivre l'évolution de la conjoncture économique.

DÉFINITION

Il s'agit de la proportion de la population active âgée de **15 ans et plus**, vivant hors institution, qui est au chômage. La population active est composée des « personnes occupées » et des chômeurs. Les individus sont considérés chômeurs s'ils n'ont pas d'emploi salarié ou qu'ils sont sans travail à leur compte durant la semaine précédant le jour du recensement. Ils doivent aussi, le jour du recensement, avoir été à la recherche d'un emploi au cours des quatre semaines précédentes ou être en attente d'un rappel à la suite d'une mise à pied temporaire ou encore d'un emploi devant débuter dans les quatre semaines suivantes. De plus, ils devaient être disponibles pour travailler dans la semaine précédant le jour du recensement (Statistique Canada, 2007).

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 1996, de 2001 et de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 15 ans et plus en chômage}}{\text{Population active totale âgée de 15 ans et plus hors institution}} \times 100$$

LIMITES

Les données sur le chômage qui sont présentées dans cette fiche proviennent exclusivement des trois derniers recensements canadiens. Nous avons choisi de les utiliser parce qu'elles sont contemporaines aux autres données du recensement qui sont citées dans ce Portrait, ainsi que de la plupart des données sur l'état de santé que nous publions et qui proviennent d'autres sources (ESCC, fichier des naissances, fichier des décès, etc.). Nos données « s'arrêtent » donc en 2006, même si la situation de l'emploi fait l'objet d'une surveillance statistique continue sur une base régionale et infrarégionale.

Trois enquêtes fédérales mensuelles et complémentaires sont utilisées pour la surveillance continue du marché du travail au Canada. Il s'agit de l'Enquête sur la population active (EPA), de l'Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail (EERH) et de l'Enquête sur l'assurance-emploi. Toutes ces enquêtes fournissent des informations importantes en temps réel, en l'occurrence à l'échelle du Québec, de l'Outaouais et de ses territoires. Les taux de chômage calculés à partir de l'EPA ne sont pas comparables à ceux obtenus à partir du recensement, à cause de différences méthodologiques importantes.

Pour un tour d'horizon récent sur la situation de l'emploi au Québec et en Outaouais, le lecteur est invité à consulter le *Portrait socioéconomique des régions du Québec, Édition 2010* (ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, 2010, disponible en ligne), qui intègre l'ensemble des données sur l'emploi et le chômage compilées par Statistique Canada et l'ISQ. Ce Portrait, publié sur une base annuelle, décrit et analyse de façon approfondie les tendances du marché de l'emploi au Québec et dans les régions et les met en relation avec les tendances démographiques et les conditions de vie.

Tableau 22 : Taux de chômage (%) de la population âgée de 15 ans et plus, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1996, 2001 et 2006

CSSS et CLSC	1996		2001		2006	
	Taux de chômage	Chômeurs	Taux de chômage	Chômeurs	Taux de chômage	Chômeurs
CSSS Gatineau	9,5	10 185	5,2	5 985	5,6	7 045
CLSC Hull	10,4	3 460	5,6	2 130	6,5	2 555
CLSC Gatineau	9,3	5 140	4,8	2 775	5,3	3 305
CLSC Aylmer	8,6	1 585	5,3	1 080	4,9	1 185
CSSS Papineau	12,2	2 535	7,7	1 710	7,1	1 830
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	11,0	1 590	6,3	995	6,5	1 170
CLSC Petite-Nation	14,7	945	10,8	715	8,7	660
CSSS Collines	9,6	1 255	4,9	725	4,7	840
CSSS Pontiac	14,6	1 365	10,2	920	9,1	865
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	19,7	1 665	15,9	1 365	14,2	1 365
Outaouais	10,7	17 005	6,3	10 705	6,3	11 945
Ensemble du Québec	11,8	416 845	8,2	308 220	7,0	279 710

SOMMAIRE

De façon générale, le taux de chômage a baissé de façon importante au Québec et en Outaouais entre les recensements de 1996 et de 2006. À l'exception de Montréal, toutes les régions ont d'ailleurs amélioré la situation de leur marché du travail durant cette période, quoiqu'à des rythmes différents. Historiquement, le taux de chômage a toujours été plus bas en Outaouais que dans l'ensemble du Québec, une tendance soutenue en grande partie par un marché de l'emploi très favorable en Outaouais urbain, où le gouvernement fédéral est l'employeur le plus important. La tendance à la baisse entre 1996 et 2006 a également été observée dans tous les territoires de CSSS de la région, bien qu'elle ait été moins prononcée dans ceux des CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau et du Pontiac, ainsi que dans le secteur de la Petite-Nation. Ces territoires sont aussi ceux où les taux de chômage sont historiquement les plus élevés. Enfin, le taux de chômage est systématiquement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (données non présentées).

RÉPARTITION DE LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE SELON LA PROFESSION

MISE EN CONTEXTE

Il s'agit d'un indicateur du recensement qui est complémentaire à celui qui porte sur la répartition de la population active selon le type d'industrie. Alors que ce dernier indicateur sert à mieux définir l'importance relative des différents secteurs de l'activité économique, la *répartition de la population active occupée selon la profession* mesure plutôt le genre de travail qui est effectué par les personnes actives sur le marché du travail, en l'occurrence dans une région ou dans un territoire infrarégional.

DÉFINITION

La *répartition de la population active occupée selon la profession* correspond à la proportion de la population active occupée ayant un lieu de travail habituel ou travaillant à domicile au Québec, selon la profession. La population active occupée est composée des personnes de **15 ans et plus**, à l'exclusion des pensionnaires d'un établissement institutionnel, des personnes qui au cours de la semaine ayant précédé le jour du recensement avaient effectué un travail quelconque à un emploi salarié, à leur compte ou sans rémunération dans une ferme ou une entreprise familiale ou dans l'exercice d'une profession, ainsi que celles qui étaient temporairement absentes de leur travail ou de l'entreprise à cause de vacances, d'une maladie, d'un conflit de travail ou encore pour d'autres raisons (Statistique Canada, 2007).

La *profession* correspond au genre de travail effectué par la personne recensée. Pour déterminer la profession, les recensés doivent indiquer le genre de travail qu'ils occupent et décrire les activités les plus importantes qu'ils doivent accomplir. Les codeurs du recensement se servent de ces réponses pour attribuer un code de profession. Les données sur la profession du recensement de 2006 ont été classées selon la *Classification nationale des professions pour statistiques de 2006* (CNP-S 2006). Les regroupements de profession retenus dans cette fiche sont ceux qu'on retrouve sur le Portail du Plan commun de surveillance à l'ISP du MSSS. Les données régionales sont colligées pour la population travaillant dans la région, par opposition à la population résidente.

SOURCE

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent du recensement de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population active occupée de 15 ans et plus ayant un lieu de travail habituel ou travaillant à domicile au Québec selon la profession}}{\text{Population totale active occupée de 15 ans et plus ayant un lieu de travail habituel ou travaillant à domicile au Québec}} \times 100$$

LIMITES

Les données sur la population active occupée âgée de 15 ans et plus ayant un lieu de travail habituel ou travaillant à la maison au Québec incluent l'ensemble des travailleurs qui œuvrent au Québec, y compris ceux des autres provinces qui travaillent au Québec. Elles excluent donc les résidents du Québec dont le lieu de travail est à l'extérieur du Canada (diplomates, membres des Forces armées et les autres personnes dénombrées à l'étranger), les personnes sans adresse de travail fixe (par exemple, les personnes qui ne se rendent pas au même lieu de travail au début de chaque quart de travail : entrepreneurs en bâtiments, entrepreneurs paysagistes, représentants de commerce, chauffeurs de camion indépendants, etc.) et, en général, tous les travailleurs québécois œuvrant dans une autre province.

SOMMAIRE

La répartition de la population active et occupée selon la profession en Outaouais et dans l'ensemble du Québec en 2006 est similaire, à quelques exceptions près. En Outaouais comme dans l'ensemble de la province, une personne active et occupée sur quatre travaille dans le domaine des « ventes et services », alors qu'une personne active et occupée sur cinq travaille dans le domaine des « affaires, finance et administration ». Par contre, on trouve en Outaouais une plus forte proportion de personnes travaillant dans les professions en lien avec les « sciences sociales », notamment dans la ville de Gatineau et dans le territoire du CSSS des Collines. À l'inverse, on note dans ces mêmes secteurs géographiques des proportions plus faibles de personnes qui œuvrent dans les domaines de la « transformation, fabrication et services d'utilité publique » ainsi que dans la catégorie « métiers, transport et machinerie ».

Tableau 23 : Répartition (%) de la population active occupée selon la profession, Québec, Outaouais et territoires de CSSS, 2006

CSSS	Gestion	Affaires, finance et administration	Sciences naturelles et appliquées et professions apparentées	Secteur de la santé	Sciences sociales et autres	Arts, culture, sports et loisirs	Ventes et services	Métiers, transport et machinerie	Professions propres au secteur primaire	Transformation, fabrication et services d'utilité publique
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
CSSS Gatineau	11,0	22,9	7,9	5,5	14,7	4,5	24,1	7,1	0,5	1,7
CSSS Papineau	9,3	13,2	4,3	6,4	12,1	2,4	28,2	12,0	5,4	6,9
CSSS Collines	10,6	14,3	5,5	5,6	15,3	6,9	26,0	11,3	3,4	1,3
CSSS Pontiac	7,4	14,9	2,4	9,5	9,9	1,8	23,2	13,6	11,7	5,0
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	8,7	13,6	3,6	5,9	9,7	1,1	29,9	15,4	5,7	6,6
Outaouais	10,6	20,8	7,0	5,7	14,0	4,1	24,9	8,5	1,8	2,6
Ensemble du Québec	9,6	19,4	6,7	6,6	9,8	3,1	24,0	11,9	2,2	6,9

RÉPARTITION DE LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE SELON LE TYPE D'INDUSTRIE

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur du recensement permet de documenter l'importance relative des différents secteurs d'activités économiques qui sont présents, en l'occurrence dans la région de l'Outaouais et dans ses territoires infrarégionaux. Comme la région de la Capitale-Nationale, l'Outaouais est spéciale en ce qu'elle est une « région de fonctionnaires ». Au moins 40 000 résidents de l'Outaouais travaillent dans la fonction publique fédérale et l'on prévoit qu'environ 4 000 autres s'ajouteront en 2012 quand deux nouveaux immeubles fédéraux pouvant accueillir de nouveaux employés des ministères seront complétés à Gatineau (Cousineau, 2010).

DÉFINITION

La *répartition de la population active occupée selon le type d'industrie* correspond à la population active occupée ayant un lieu habituel de travail ou travaillant à domicile au Québec selon le type d'industrie. La population active occupée est composée des personnes âgées de **15 ans et plus**, à l'exclusion des pensionnaires d'un établissement institutionnel, qui au cours de la semaine ayant précédé le jour du recensement avaient effectué un travail quelconque à un emploi salarié, à leur compte ou sans rémunération dans une ferme ou une entreprise familiale ou dans l'exercice d'une profession, ainsi que celles qui étaient temporairement absentes de leur travail ou de l'entreprise à cause de vacances, d'une maladie, d'un conflit de travail ou encore pour d'autres raisons (Statistique Canada, 2007).

Le type d'industrie correspond à la nature générale de l'activité de l'établissement où travaille la personne et il est déterminé par le nom de l'employeur et par le genre d'entreprise, d'industrie ou de service. Les données sur l'industrie du recensement de 2006 sont produites en fonction du *Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCLAN)* de 2002. Ce dernier « consiste en un répertoire systématique et détaillé des industries regroupées en 20 secteurs, 103 sous-secteurs et 328 groupes ». Les critères utilisés pour créer ces catégories sont la similitude des structures d'intrants, des qualifications de la main-d'œuvre ou des processus de production utilisés par l'établissement (Statistique Canada, 2007). Les « secteurs d'industries » retenus dans cette fiche sont ceux qu'on retrouve sur le Portail du Plan commun de surveillance à l'ISP du MSSS. Les données régionales sont colligées pour la population travaillant dans la région, par opposition à la population résidente.

SOURCE

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent du recensement de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population active occupée de 15 ans et plus ayant un lieu de travail habituel ou travaillant à domicile au Québec selon le type d'industrie}}{\text{Population totale active occupée de 15 ans et plus ayant un lieu de travail habituel ou travaillant à domicile au Québec}} \times 100$$

LIMITES

Les données sur la population active occupée âgée de 15 ans et plus ayant un lieu de travail habituel ou travaillant à la maison au Québec incluent l'ensemble des travailleurs qui œuvrent au Québec, y compris ceux des autres provinces qui travaillent au Québec. Elles excluent donc les résidents du Québec dont le lieu de travail est à l'extérieur du Canada (diplomates, membres des Forces armées et les autres personnes dénombrées à l'étranger), les personnes sans adresse de travail fixe (par exemple, les personnes qui ne se rendent pas au même lieu de travail au début de chaque quart de travail : entrepreneurs en bâtiments, entrepreneurs paysagistes, représentants de commerce, chauffeurs de camion indépendants, etc.) et, en général, tous les travailleurs québécois œuvrant dans une autre province.

Tableau 24 : Répartition (%) de la population active occupée selon le type d'industrie, Québec, Outaouais et territoires de CSSS, 2006

CSSS	Secteur primaire	Secteur manufacturier (fabrication)	Construction	Services publics, transports et entreposage	Commerce	Information, culture, art et loisirs	Finance, assurances, services immobiliers, gestion et administration	Services professionnels, scientifiques et techniques	Services d'enseignement	Soins de santé et assistance sociale	Hébergement et services de restauration	Administration publique	Autres services
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
CSSS Gatineau	0,3	4,0	2,5	2,9	13,8	5,4	6,3	5,6	7,4	11,6	7,1	29,2	4,0
CSSS Papineau	5,8	12,1	3,4	3,5	19,5	3,2	5,9	3,6	9,2	13,7	10,3	5,0	5,4
CSSS Collines	3,5	3,3	6,4	3,2	10,8	7,6	7,2	10,5	9,8	14,5	9,6	5,9	7,4
CSSS Pontiac	10,8	12,6	4,7	3,3	12,9	3,0	5,1	1,4	9,1	18,0	6,7	4,7	7,4
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	9,4	10,9	3,6	4,6	19,1	3,4	5,6	2,1	7,5	13,4	9,0	6,2	6,1
Outaouais	1,9	5,5	2,9	3,0	14,5	5,0	6,2	5,2	7,8	12,3	7,6	23,7	4,5
Ensemble du Québec	2,6	15,4	2,9	4,9	17,2	4,4	8,7	6,5	7,3	12,2	6,5	6,3	5,0

SOMMAIRE

Près du quart de la population active occupée en Outaouais travaillait dans le secteur de l'administration publique en 2006, comparativement à 6,3 % seulement dans l'ensemble du Québec. Le pourcentage est particulièrement élevé dans la ville de Gatineau, où les principaux employeurs sont traditionnellement le gouvernement fédéral et les établissements de santé. Le deuxième secteur économique le plus important dans la région est celui du « commerce », qui regroupe 14,5 % de la population active. Ce secteur est relativement important dans les territoires des CSSS de Papineau et de la Vallée-de-la-Gatineau. Le troisième secteur d'emploi en importance dans la région est celui des « soins de santé et assistance sociale ». Près d'une personne active sur cinq travaille dans ce secteur économique dans le territoire du Pontiac.

Environ un dixième de la population active du CSSS des Collines travaillait dans le secteur des « services professionnels, scientifiques et techniques » lors du recensement de 2006, une proportion très importante comparativement à celle du Québec. Sans surprise, ce sont les territoires du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau qui comprennent les plus grandes proportions de travailleurs du secteur « primaire ». Les mêmes territoires, ainsi que celui du CSSS de Papineau, comportent les proportions les plus importantes d'emplois dans le secteur « manufacturier ». L'importance relative de ce dernier secteur en Outaouais est cependant beaucoup plus faible que dans l'ensemble du Québec et que dans la région de Montréal notamment.

REVENU MOYEN DES PARTICULIERS (AVANT IMPÔT)

MISE EN CONTEXTE

Un très grand nombre d'études épidémiologiques ont démontré une corrélation élevée entre le statut socioéconomique et l'état de santé des individus et des populations. Or, le revenu est, avec la catégorie d'emploi et la scolarité, une des composantes majeures du concept de « statut socioéconomique ». De plus, de nombreuses études écologiques ont révélé des associations statistiques entre l'*inégalité* du revenu au sein d'une région ou d'un pays et l'état de santé moyen de la population. Par ailleurs, les résultats de récentes enquêtes longitudinales réalisées au Canada permettent d'étudier la *dynamique* de la situation socioéconomique. Ces données sont particulièrement importantes pour la recherche sur la pauvreté et la santé, car selon toute vraisemblance, ce sont surtout la *grande insécurité économique* et la *pauvreté de longue durée* qui ont des liens étroits avec la santé (ICIS, 2003).

DÉFINITION

Le *revenu moyen des particuliers (avant impôt)* est le montant (en dollars) obtenu en divisant le revenu total de tous les particuliers âgés de **15 ans et plus** ayant déclaré un revenu pour l'année précédant le recensement par le nombre de particuliers âgés de 15 ans et plus ayant déclaré un revenu (Statistique Canada, 2007). Le revenu total est la somme des revenus reçus par les personnes de plus de 15 ans provenant de toutes les sources durant l'année civile précédant le recensement (Statistique Canada, 2007).

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 1996, de 2001 et de 2006 de Statistique Canada. Les données présentées portent sur les années 1995, 2000 et 2005, car les répondants doivent déclarer leurs revenus de l'année précédant le recensement.

MÉTHODE DE CALCUL

La méthode de calcul du revenu moyen des particuliers est relativement complexe et elle est présentée à l'annexe Q du Dictionnaire du recensement de 2006 (Statistique Canada, 2007).

LIMITES

Ce concept s'applique à la population âgée de 15 ans et plus et il est basé sur un revenu déclaré lors du recensement, qu'il soit positif ou négatif. Ceci le distingue d'un autre indicateur, le revenu personnel par habitant, disponible chaque année et provenant des systèmes canadiens et québécois de comptabilité économique, lesquels utilisent plusieurs sources d'information. Certaines différences existent en ce qui a trait aux sources de revenus entre les différents recensements. Pour connaître ces différences, nous référons encore une fois le lecteur au Dictionnaire du recensement de 2006 de Statistique Canada (Statistique Canada, 2007).

Les données sont présentées sans ajustement pour l'inflation (en dollars courants). Pour les comparaisons dans le temps, les données devraient être en *dollars constants*. Il est aussi possible de calculer le revenu moyen des particuliers *après* impôt, une mesure qui tient notamment compte des transferts gouvernementaux. Il ne faut pas confondre les mesures du revenu moyen *avant* et *après* impôt.

Enfin, le concept de revenu moyen des particuliers ne tient compte ni du temps consacré au travail rémunérateur, ni de la répartition familiale du revenu, ni du patrimoine familial (accumulation antérieure des avoirs et des dettes). L'enquête sur la sécurité financière de 1999 révélait notamment que la tranche de 10 % des familles ayant la valeur nette la plus élevée possédait 53 % de tout le patrimoine personnel du pays.

Tableau 25 : Revenu moyen des particuliers (avant impôt) âgés de 15 ans et plus, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1995, 2000 et 2005

CSSS et CLSC	1995	2000	2005
CSSS Gatineau	26 297 \$	31 072 \$	36 820 \$
CLSC Hull	25 117 \$	30 170 \$	35 694 \$
CLSC Gatineau	25 977 \$	30 679 \$	35 761 \$
CLSC Aylmer	29 652 \$	34 030 \$	41 699 \$
CSSS Papineau	22 306 \$	25 151 \$	29 994 \$
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	24 430 \$	27 294 \$	32 093 \$
CLSC Petite-Nation	18 407 \$	20 938 \$	25 841 \$
CSSS Collines	28 525 \$	34 199 \$	40 058 \$
CSSS Pontiac	19 717 \$	22 848 \$	28 221 \$
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	17 981 \$	21 726 \$	24 187 \$
Outaouais	24 912 \$	29 409 \$	34 827 \$
Ensemble du Québec	23 198 \$	27 125 \$	32 074 \$

SOMMAIRE

Un écart « positif » est constaté entre la région de l'Outaouais et l'ensemble du Québec pour les trois années à l'étude. Il se chiffrait en 2005 à près de 3 000 dollars, soit près de 9 %. Cet « avantage » relatif est légèrement plus important qu'il ne l'était au milieu des années 90.

Puisque les données sont en dollars courants, c'est-à-dire non ajustés pour l'inflation, on observe dans tous les ensembles géographiques une augmentation importante du revenu moyen des individus avant impôt entre 1995 et 2005. Cette augmentation est cependant relativement plus importante dans les territoires « riches » que dans les territoires « pauvres » de l'Outaouais. Ainsi, le revenu moyen a progressé d'environ 30 % à Aylmer et dans le territoire des Collines, alors qu'il n'a augmenté que de 25 % dans la Vallée-de-la-Gatineau, de 27 % dans la Petite-Nation et de 28 % dans le territoire du CSSS du Pontiac.

Sans surprise, le revenu moyen des hommes est supérieur à celui des femmes dans tous les ensembles géographiques considérés (données non présentées). De plus, de 30 % qu'il était en 1996, l'écart entre le revenu *disponible* des femmes et celui des hommes est encore de 24 % au Québec selon les données de l'année 2008 (Statistique Canada, 2010).

PROPORTION DE LA POPULATION VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU (AVANT IMPÔT)

MISE EN CONTEXTE

Un grand nombre d'analyses et d'études empiriques utilisant diverses mesures du revenu et de la santé et portant sur divers échantillons démontrent, à différents points dans le temps, un lien très étroit entre le revenu, la morbidité et la mortalité. Un mauvais état de santé peut limiter la capacité de travail rémunéré d'un individu avec pour résultat la diminution de son revenu, mais dans la plupart des cas, c'est la pauvreté qui agit sur la santé et non l'inverse.

DÉFINITION

La *proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu (avant impôt)* est basée sur les estimations du nombre de personnes à faible revenu dérivées des seuils de faible revenu (SFR) avant impôt de Statistique Canada. Il n'existe donc pas un seul, mais plusieurs SFR. Ils varient selon la population de la région de résidence et en fonction de la taille de l'unité familiale. Ils sont mis à jour annuellement, notamment pour tenir compte de l'inflation (Statistique Canada, 2005a).

La méthode de calcul des SFR est plus simple à comprendre qu'il n'y paraît. En effet, les SFR correspondent au niveau du revenu à partir duquel une famille doit dépenser une partie trop considérable de ses revenus pour se procurer les premières nécessités (nourriture, logement et vêtement). On dit d'une famille qu'elle vit sous le SFR lorsqu'elle consacre 20 % de plus que la famille canadienne moyenne à ces dépenses.

Le revenu total inclut le revenu des particuliers de toutes sources pour l'année civile précédant le recensement ou l'enquête, y compris un revenu d'emploi, un revenu provenant de programmes gouvernementaux, une pension, un revenu de placements ou tout autre revenu en espèces, reçu par des personnes âgées de **15 ans et plus** durant l'année civile précédant le recensement.

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 1996, de 2001 et de 2006 de Statistique Canada. Les données présentées portent sur les revenus des années 1995, 2000 et 2005.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population vivant sous le seuil de faible revenu avant impôt dans les ménages privés}}{\text{Population totale dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

Même si les SFR (avant ou après impôt) de Statistique Canada sont souvent cités comme des références absolues depuis leur diffusion en 1968, ils n'ont pas de statut officiel reconnu. Statistique Canada rappelle d'ailleurs avec insistance que l'on devrait éviter de les assimiler à des seuils de pauvreté. La principale critique à l'endroit de l'utilisation des SFR comme indice de pauvreté tient au fait qu'il s'agit d'une mesure relative. L'avantage des SFR est qu'ils permettent de mesurer et de comparer, chronologiquement et géographiquement, les risques de pauvreté et de mesurer les progrès accomplis grâce aux programmes et politiques à l'intention des personnes désavantagées (Bernier, 2002).

Il est aussi possible de calculer la proportion de la population vivant sous le SFR *après* impôt. La décision d'utiliser les revenus ou SFR *avant* ou *après* impôt dépend de l'objectif poursuivi. Les revenus *avant* impôt correspondent davantage à ce que les gens perçoivent intuitivement comme reflétant le « pouvoir d'achat » des familles ou des personnes.

Tableau 26 : Proportion (%) de la population vivant sous le seuil de faible revenu (avant impôt),
Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **1995, 2000 et 2005**

CSSS et CLSC	1995		2000		2005	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CSSS Gatineau	21,9	42 755	17,3	35 095	16,4	35 540
CLSC Hull	29,2	17 825	23,1	14 980	22,4	15 205
CLSC Gatineau	19,5	19 515	16,0	16 355	15,2	16 395
CLSC Aylmer	15,7	5 415	10,5	3 760	9,5	3 940
CSSS Papineau	18,2	8 025	16,0	7 315	10,8	5 315
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	15,5	4 540	15,0	4 675	9,9	3 300
CLSC Petite-Nation	23,6	3 485	18,0	2 640	12,8	2 015
CSSS Collines	10,8	2 600	6,8	1 760	6,2	1 925
CSSS Pontiac	21,7	4 345	19,1	3 620	13,8	2 710
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	24,5	4 615	19,5	3 390	15,0	2 855
Outaouais	20,6	62 340	16,5	51 180	14,4	48 345
Ensemble du Québec	23,4	1 629 375	19,1	1 345 370	17,2	1 263 320

SOMMAIRE

Dans l'ensemble, les proportions de personnes vivant sous le SFR avant impôt ont diminué de façon importante depuis 1995, tant au Québec qu'en Outaouais et dans les territoires de CSSS et les anciens districts de CLSC. En Outaouais, la proportion est passée de 20,6 % en 1995 à 14,4 % en 2005. Un examen comparatif des données pour la région et pour l'ensemble du Québec en 2005 suggère que l'Outaouais comptait proportionnellement moins de personnes pauvres. Pour la même année, on remarque que les proportions sont peu élevées dans les territoires du CSSS des Collines (6,2 %) et dans ceux des secteurs d'Aylmer (9,5 %) et de la Vallée-de-la-Lièvre (9,9 %). La proportion la plus élevée de personnes vivant sous le SFR se retrouve dans le secteur de Hull (22,4 %). C'est le seul secteur de toute la région où l'on observe un pourcentage plus élevé que celui du Québec.

PROPORTION DE FUMEURS ACTUELS

MISE EN CONTEXTE

La consommation de tabac est un facteur de risque majeur pour un grand nombre de maladies et de problèmes de santé. Une proportion élevée de fumeurs dans une population est associée à des taux de mortalité plus élevés, notamment par maladies respiratoires, par maladies cardiovasculaires et pour plusieurs formes de cancers. La consommation de tabac pendant la grossesse affecte négativement le développement du fœtus et du nouveau-né. La fumée de tabac cause aussi des maladies mortelles chez les non-fumeurs et ses produits toxiques se déposent sur les surfaces et sur les objets, où ils peuvent être absorbés par contact et par ingestion, notamment par les enfants.

DÉFINITION

Dans les dernières ESCC, les personnes interrogées ont répondu à la question suivante : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? ». Celles qui ont répondu « tous les jours » ou « à l'occasion » ont été considérées comme des *fumeurs actuels*.

SOURCES

Les données provinciales et régionales présentées proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les proportions par CSSS et CLSC sont aussi celles de 2007-2008, mais elles ont été dérivées de la comparaison des informations locales et régionales obtenues lors de l'ESCC 2003.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population de fumeurs actuels âgée de 12 ans et plus}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais la plupart peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. Le présent indicateur est en outre particulièrement sensible au phénomène de la « désirabilité sociale », un biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs.

Graphique 1 : Proportion (%) de fumeurs actuels, Outaouais et le Québec, 2000-2001 à 2007-2008

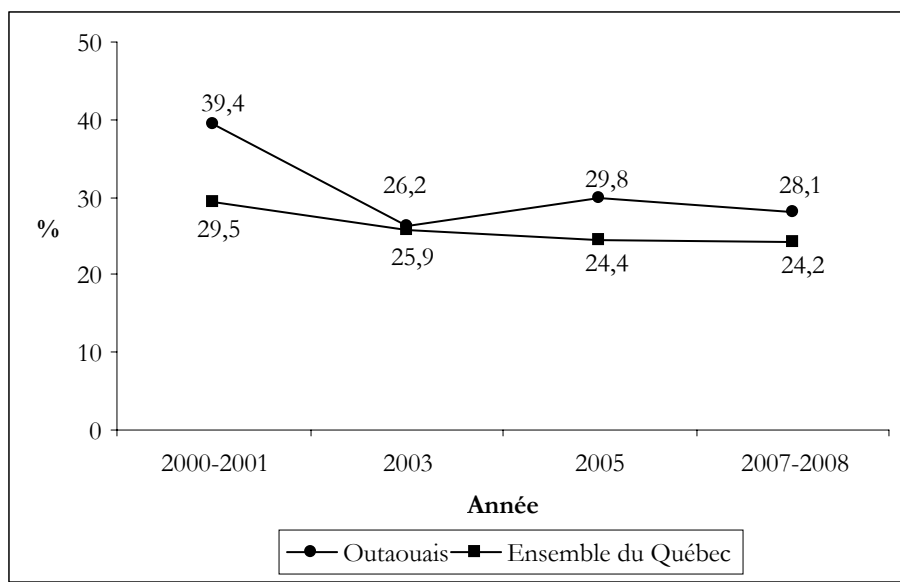
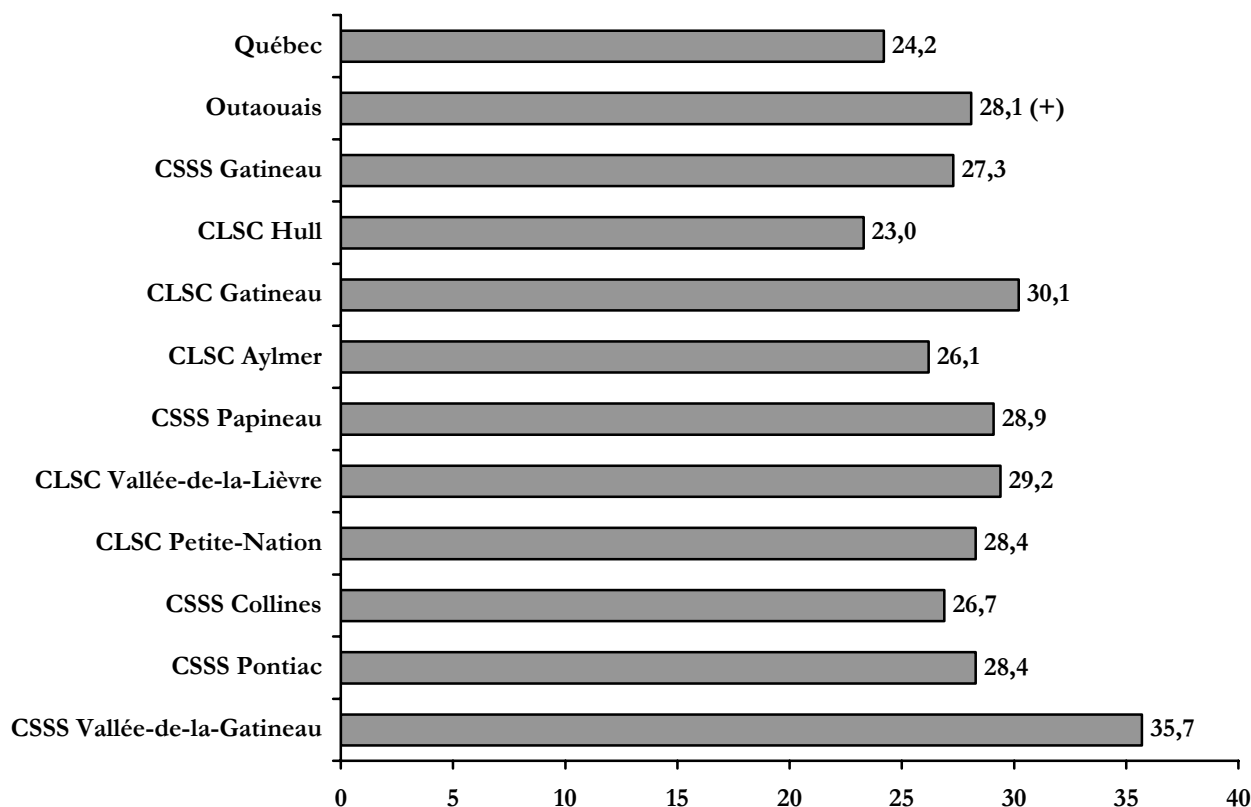


Tableau 27 : Proportion (%) de fumeurs actuels selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2007-2008

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	28,8	(24,5 – 33,9)	45 800
45 – 64 ans	32,5	(26,7 – 38,4)	33 200
65 ans et plus	13,8*	(9,6 – 19,1)	5 300
Total - 12 ans et plus	28,1	(24,7 – 31,4)	84 400

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Graphique 2 : Proportion (%) de fumeurs actuels, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2007-2008



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

SOMMAIRE

Les données les plus récentes de l'Outaouais indiquent que 28,1 % des répondants déclarent fumer des cigarettes, une proportion plus élevée qu'au Québec. Il y avait en 2007-2008 plus de 84 000 fumeurs dans la région. Depuis les toutes premières enquêtes de Santé Québec (1987, 1992-1993 et 1998), la proportion de fumeurs a toujours été plus élevée en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Ce phénomène a aussi été observé dans les ESCC de 2000-2001, 2005 et 2007-2008. Selon des analyses plus approfondies, les données de l'ESCC 2003 pour l'Outaouais sous-estimerait la proportion de fumeurs et cette partie de la courbe du graphique 1 représenterait donc une anomalie statistique. Historiquement, la prévalence la plus élevée de fumeurs en Outaouais se retrouve dans le territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau.

PROPORTION DE NON-FUMEURS EXPOSÉS À LA FUMÉE SECONDAIRE À LA MAISON

MISE EN CONTEXTE

La fumée secondaire contient plusieurs substances toxiques et est responsable, année après année, d'un grand nombre de décès en lien avec les maladies de l'appareil circulatoire et le cancer du poumon. Elle est aussi responsable de plusieurs maladies chroniques comme l'asthme, particulièrement chez les jeunes enfants, et la bronchite chronique. De plus, on documente maintenant l'apparition chez certains enfants exposés à la fumée secondaire de symptômes de dépendance involontaire à la nicotine.

DÉFINITION

Dans les dernières ESCC, les personnes interrogées ont répondu à la question suivante : « En comptant les membres du ménage et les visiteurs réguliers, y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre maison, chaque jour ou presque chaque jour? ». La *proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison* correspond à la proportion des personnes répondant « oui » à cette question.

SOURCES

Les données provinciales et régionales présentées proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

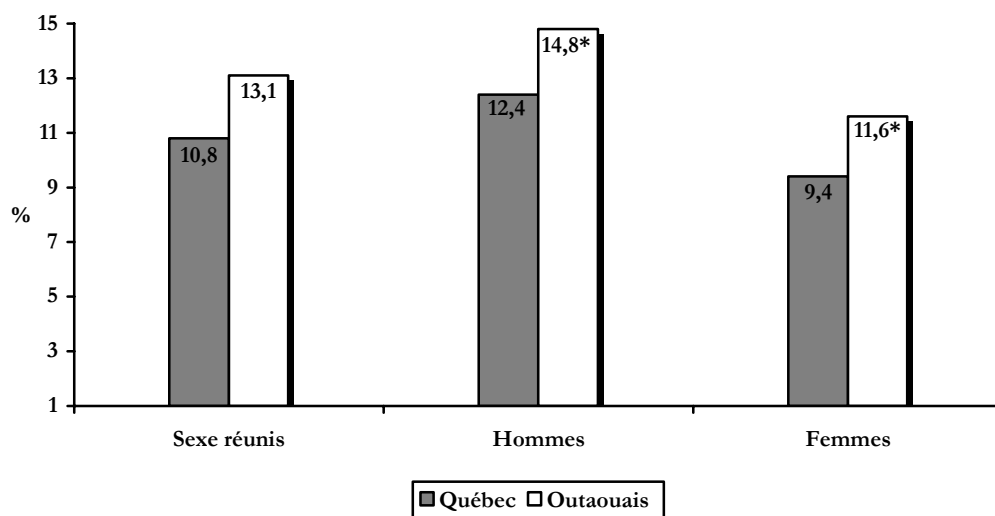
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population de non-fumeurs âgée de 12 ans et plus exposée à la fumée à la maison}}{\text{Population totale de non-fumeurs âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais la plupart peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. Le présent indicateur est en outre particulièrement sensible au phénomène de la « désirabilité sociale », un biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Les résultats de cet indicateur ne prétendent pas mesurer l'exposition réelle, mais plutôt la perception de l'exposition par les répondants (Bernier et Brochu, 2000).

Graphique 3 : Proportion (%) de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison, Outaouais et le Québec, 2007-2008



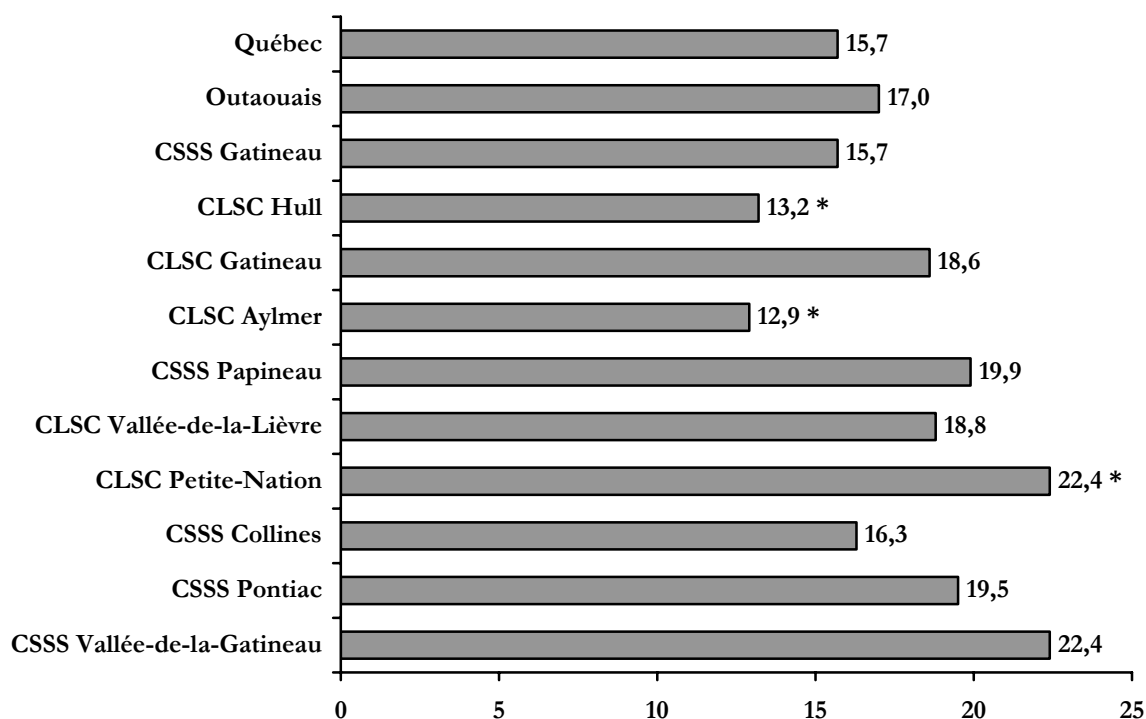
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Tableau 28 : Proportion (%) de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	17,0	(13,0 – 22,2)	19 400
45 – 64 ans	**	–	–
65 ans et plus	**	–	–
Total – 12 ans et plus	13,1	(10,2 – 16,0)	28 300

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Graphique 4 : Proportion (%) de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, Outaouais, **2003**



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

SOMMAIRE

Les données de l'ESCC en 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 13,1 % des non-fumeurs sont exposés à la fumée secondaire dans leur maison, comparativement à 10,8 % pour l'ensemble du Québec. Cela représente un total autodéclaré de 28 300 personnes dans la région qui sont exposées à la fumée secondaire directement à leur domicile. Il est difficile d'interpréter les résultats par groupes d'âge puisque certaines estimations sont trop imprécises pour être présentées. L'examen du graphique 4 indique qu'en 2003, les proportions les plus élevées de personnes exposées se retrouvent dans les territoires du CLSC Petite-Nation (à interpréter avec prudence) et du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau.

PROPORTION DE LA POPULATION CONSOMMANT DES FRUITS ET LÉGUMES MOINS DE CINQ FOIS PAR JOUR

MISE EN CONTEXTE

La consommation de fruits et de légumes a un effet protecteur contre la plupart des cancers, particulièrement ceux de l'œsophage, de la bouche, du larynx, du pharynx, de l'estomac, du poumon et du côlon-rectum. On estime que 20 % des cancers pourraient être évités par une consommation suffisante (au moins 400 grammes par jour) de fruits et de légumes. Une telle consommation protège également contre les maladies cardiovasculaires et, comme les fruits et les légumes ont un faible indice glycémique, contre le diabète et l'obésité.

DÉFINITION

La consommation de fruits et de légumes est mesurée à partir de la fréquence déclarée de consommation de fruits et de légumes sur la base d'une journée. La *proportion de la population consommant des fruits et légumes moins de cinq fois par jour* correspond à la proportion des répondants à l'enquête qui ont déclaré consommer moins de cinq portions de ce type d'aliments quotidiennement.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

Population âgée de 12 ans et plus consommant des fruits et légumes moins de cinq fois par jour
----- x 100
Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. Il est à noter que cet indicateur mesure la fréquence et non la quantité ou la taille des portions consommées. Il faut également être vigilant lors de la présentation de cet indicateur, car d'autres sources présentent plutôt la proportion de la population consommant des fruits et légumes **cinq fois ou plus** par jour.

Graphique 5 : Proportion (%) de la population consommant des fruits et légumes moins de cinq fois par jour, Outaouais et le Québec, 2007-2008

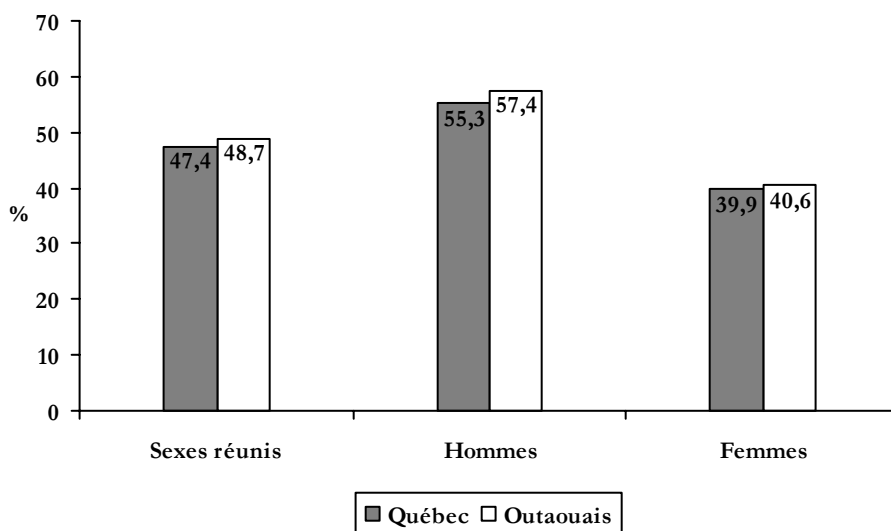
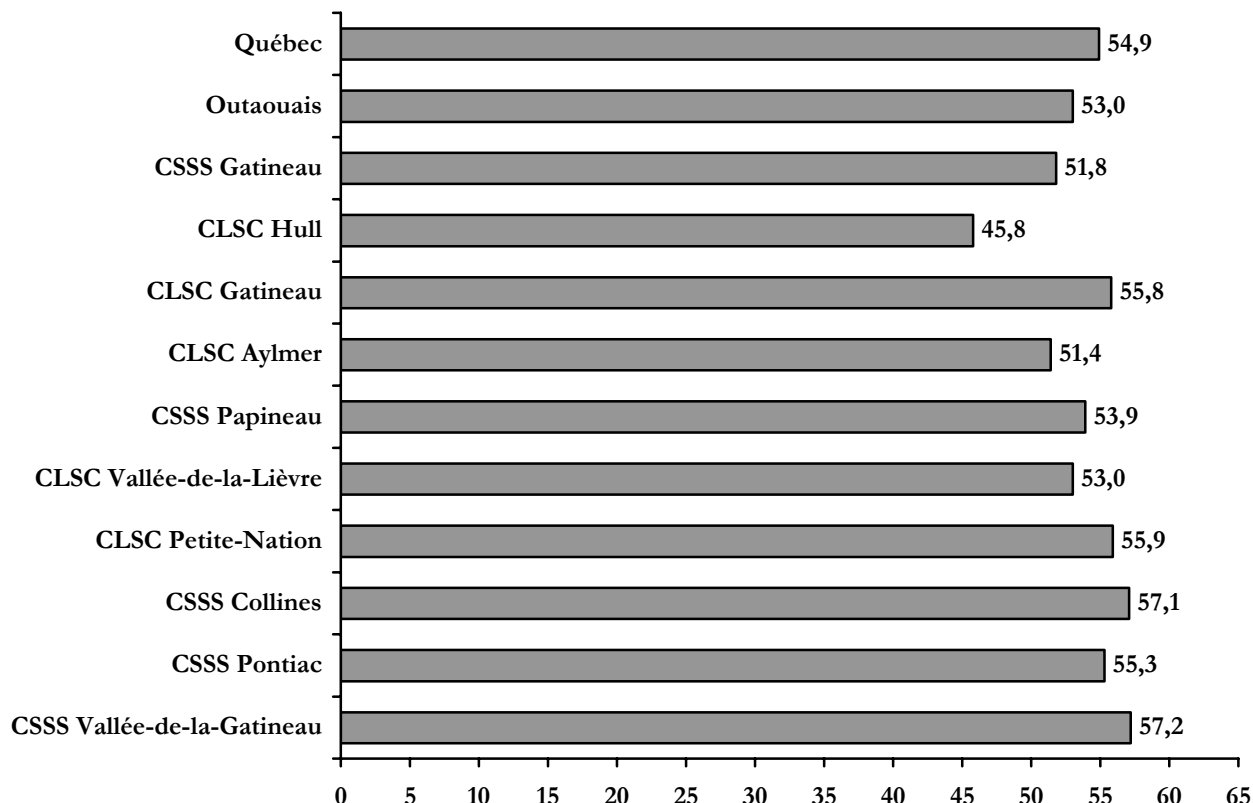


Tableau 29 : Proportion (%) de la population consommant des fruits et légumes moins de cinq fois par jour selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	47,3	(42,3 – 52,8)	75 500
45 – 64 ans	51,4	(45,0 – 57,7)	52 400
65 ans et plus	47,8	(38,2 – 57,3)	18 300
Total – 12 ans et plus	48,7	(44,9 – 52,6)	146 300

Graphique 6 : Proportion (%) de la population consommant des fruits et légumes moins de cinq fois par jour, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2003**



SOMMAIRE

Les données 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 48,7 % des répondants, répartis à peu près également dans tous les groupes d'âge, déclarent ne pas consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour. Cette proportion est légèrement supérieure à celle observée dans l'ensemble du Québec. Selon les estimations, environ 146 300 personnes dans la région ne suivent donc pas cette recommandation de santé publique, se privant d'un effet protecteur important contre les principales maladies chroniques qui amènent les personnes à consulter, à être hospitalisées, à consommer des médicaments durant toute leur vie et à décéder de façon prématurée. L'examen des données de l'enquête de 2003 démontre par ailleurs que les proportions des CSSS et des CLSC ne diffèrent pas beaucoup de celles du Québec et de l'Outaouais.

PROPORTION DE LA POPULATION INACTIVE PHYSIQUEMENT DURANT LES LOISIRS

MISE EN CONTEXTE

L'activité physique joue un rôle important dans le maintien de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des individus. Les personnes qui font de l'activité physique améliorent leur santé physique et mentale, sont plus productives et ont de meilleures chances d'éviter les maladies et les blessures. Cependant, les avancées technologiques du XX^e siècle ont passablement diminué les exigences physiques liées aux tâches domestiques, au travail et au transport et, pour un pourcentage important de la population, l'activité physique de loisirs est devenue l'avenue privilégiée pour le maintien d'un niveau suffisant d'activité physique tout au long de la vie (INSPQ, 2009).

DÉFINITION

Cet indicateur est construit à partir de trois questions. Chaque répondant doit d'abord répondre à la question suivante : « Au cours des trois derniers mois, avez-vous fait les activités suivantes...? ». Pour chacune des activités pratiquées, il doit ensuite répondre à une seconde question : « Combien de fois avez-vous pratiqué l'activité X au cours des trois derniers mois? ». Finalement, il doit préciser la durée de la pratique de l'activité en répondant à une troisième question : « À peu près combien de temps en avez-vous fait chaque fois? (Quatre choix de réponse : 1 à 15 minutes, 16 à 30 minutes, 31 à 60 minutes et plus d'une heure) » (Statistique Canada, 2006b). Cet indice de Statistique Canada est basé sur un volume à atteindre et la recommandation utilisée est : 3 kcal/kg/jour et plus (ou 21 kcal/kg/semaine et plus). Ceux n'atteignant pas ce volume de pratique sont ensuite répartis en deux groupes : 1,5 à 2,99 kcal/kg/jour (ou 10,5 à 20,99 kcal/kg/semaine) et < 1,5 kcal/kg/jour (ou < 10,5 kcal/kg/semaine). À la fin, les trois niveaux de pratique sont : 1) actif : 21 kcal/kg/semaine et plus; 2) moyennement (modérément) actif : 10,5 à 20,99 kcal/kg/semaine et 3) inactif (sédentaire) : < 10,5 kcal/kg/semaine. La *proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs* correspond à la proportion des personnes classées parmi les « inactifs ».

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus inactive physiquement durant les loisirs}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

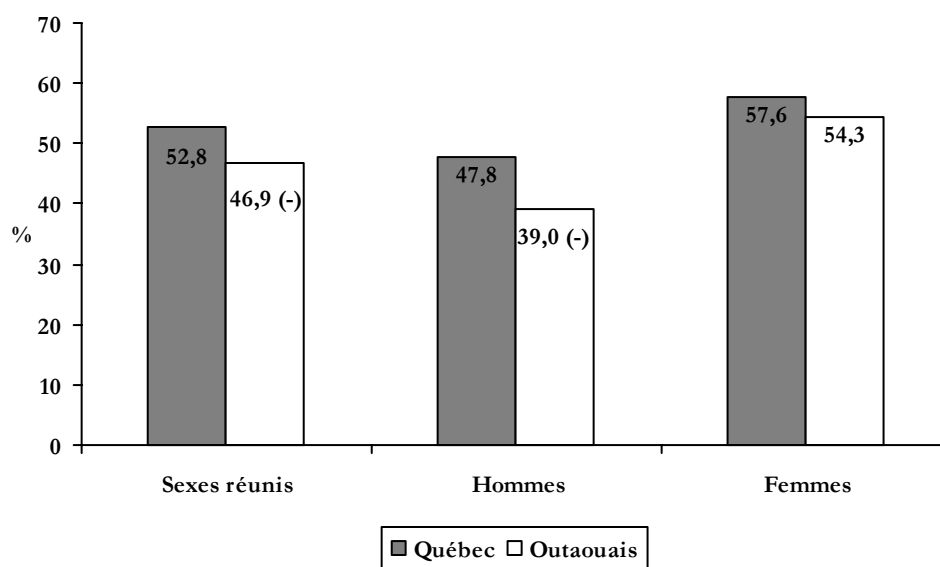
LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. La pratique d'activités physiques constitue l'une des caractéristiques pouvant être affectées par les saisons. Ainsi, quoique les questions portent sur la pratique d'activités physiques de loisirs au cours des trois mois précédant l'entrevue, la collecte de données est répartie sur 12 mois consécutifs. Ceci permet de tenir compte des variations saisonnières. De plus, il faut être vigilant lorsque l'on compare ces estimations avec celles provenant d'autres sources, puisque les définitions de « [...] inactive physiquement durant les loisirs » peuvent varier selon les choix et les regroupements de réponses utilisés. Il est aussi important de noter que les recommandations québécoises diffèrent de celles du Canada et que les données sont présentées en fonction de 4 niveaux et non de 3.

SOMMAIRE

Les données de l'ESCC 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 46,9 % des personnes sont inactives physiquement durant leurs loisirs, un résultat significativement plus faible que celui de 52,8 % observé au Québec. À cause de la formulation « négative » de l'indicateur, ces résultats sont favorables à l'Outaouais. Environ 138 500 résidents de l'Outaouais seraient donc inactifs physiquement durant leurs périodes de loisirs. Les estimations par groupes d'âge montrent que la prévalence de l'inactivité augmente avec l'âge. En 2003, le problème de l'inactivité physique était plus prononcé au sein des populations du secteur de Gatineau et du territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau.

Graphique 7 : Proportion (%) de la population inactive physiquement durant les loisirs, Outaouais et le Québec, **2007-2008**

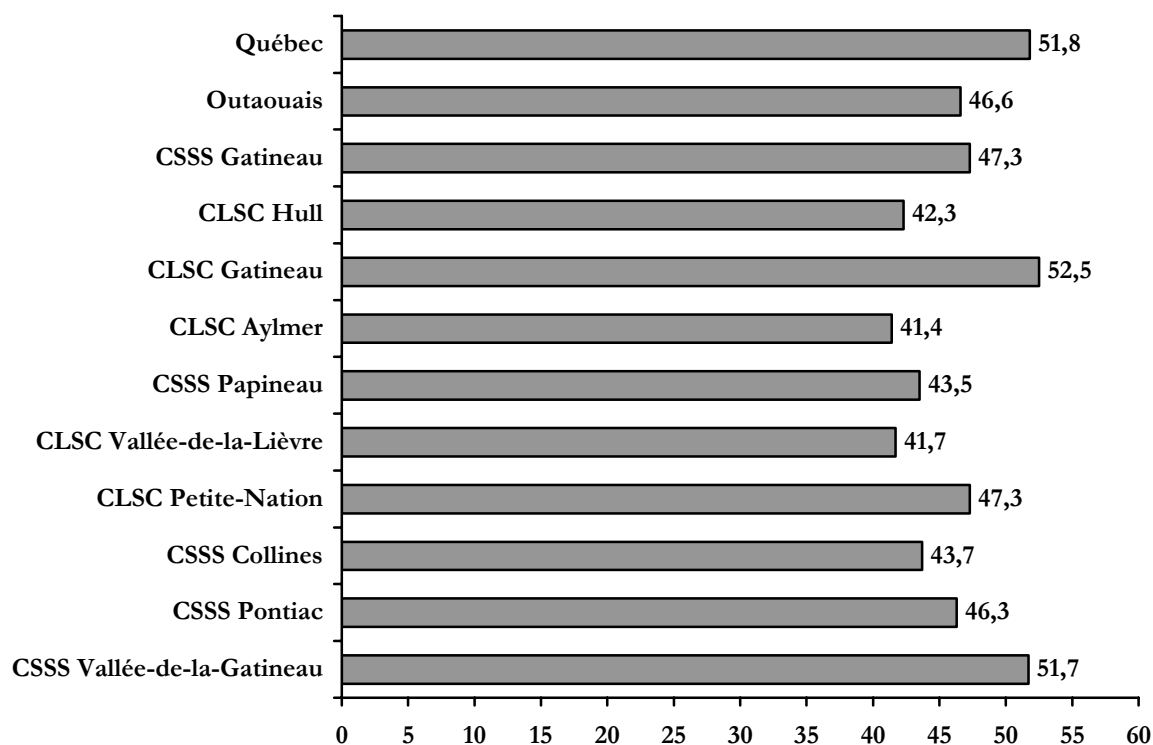


(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

Tableau 30 : Proportion (%) de la population inactive physiquement durant les loisirs selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	42,5	(37,7 – 47,9)	67 500
45 – 64 ans	50,7	(45,0 – 56,5)	51 100
65 ans et plus	55,0	(46,6 – 63,4)	19 900
Total – 12 ans et plus	46,9	(43,2 – 50,5)	138 500

Graphique 8 : Proportion (%) de la population inactive physiquement durant les loisirs, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT UN SURPLUS DE POIDS

MISE EN CONTEXTE

Le surplus de poids (embonpoint et obésité) est relié à des risques importants pour la santé comme le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies coronariennes, certaines formes de cancers et différents problèmes digestifs et musculosquelettiques. De plus, un surplus de poids est souvent lié à une mauvaise estime de soi et à d'autres problèmes de santé mentale. Les mauvaises habitudes alimentaires et l'inactivité physique sont très souvent responsables de l'apparition du surplus de poids. On constate au cours des dernières années qu'une proportion croissante d'enfants présente un surplus de poids au Québec.

DÉFINITION

Cette dimension est mesurée à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) qui est dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'une personne (en mètres) (Santé Canada, 2003). Les personnes doivent répondre à deux questions. La première porte sur la taille : « Combien mesurez-vous sans chaussures? » et la seconde sur le poids : « Combien pesez-vous? » (Statistique Canada, 2006). Le terme général « surplus de poids » est utilisé pour toutes les personnes ayant un IMC égal ou supérieur à 25,0. La *proportion de la population présentant un surplus de poids* correspond à la proportion de la population présentant un IMC égal ou supérieur à 25,0. Les données sont présentées pour les répondants âgés de **20 à 64 ans**. D'autres sources recueillent des données similaires pour les 18-64 ans.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 20 à 64 ans présentant un surplus de poids}}{\text{Population totale âgée de 20 à 64 ans dans les ménages privés, à l'exclusion des femmes enceintes}} \times 100$$

LIMITES

Le présent indicateur est particulièrement sensible au phénomène de la « désirabilité sociale », un biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. L'IMC n'est pas un instrument de mesure directe de la masse grasseuse et peut présenter des limites dans le cas de certains groupes : les jeunes dont la croissance n'est pas achevée, les femmes enceintes ou qui allaitent, les adultes minces ou présentant une musculature importante, les personnes âgées de plus de 65 ans et certains groupes ethniques (Santé Canada, 2003). La mesure du tour de taille est un complément à l'IMC et elle permet de mesurer le risque associé à un excès de graisse abdominale chez les individus ayant un IMC normal (DSP de Montréal, 2010).

SOMMAIRE

Des études de validation effectuées au Canada indiquent que le recours à des mesures autodéclarées pour calculer la prévalence du surplus de poids sous-estime l'ampleur du phénomène. Cela dit, les données de l'ESCC 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 51,9 % des personnes âgées de 20 à 64 ans présenteraient un surplus de poids, comparativement à 47,9 % dans l'ensemble du Québec. Environ 116 000 personnes âgées de 20 à 64 ans présenteraient donc un problème de surplus de poids dans la région. Sans surprise, les données indiquent que la prévalence augmente avec l'âge. En général, les résidents de l'Outaouais *urbain* étaient proportionnellement moins nombreux en 2003 que les résidents des territoires *ruraux* à rapporter des mesures de poids et de taille correspondant à un surplus de poids.

Graphique 9 : Proportion (%) de la population âgée de 20 à 64 ans présentant un surplus de poids, Outaouais et le Québec, **2007-2008**

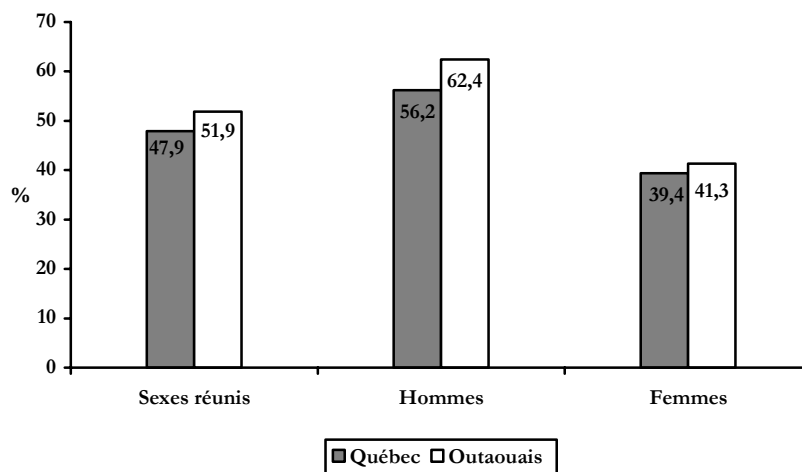
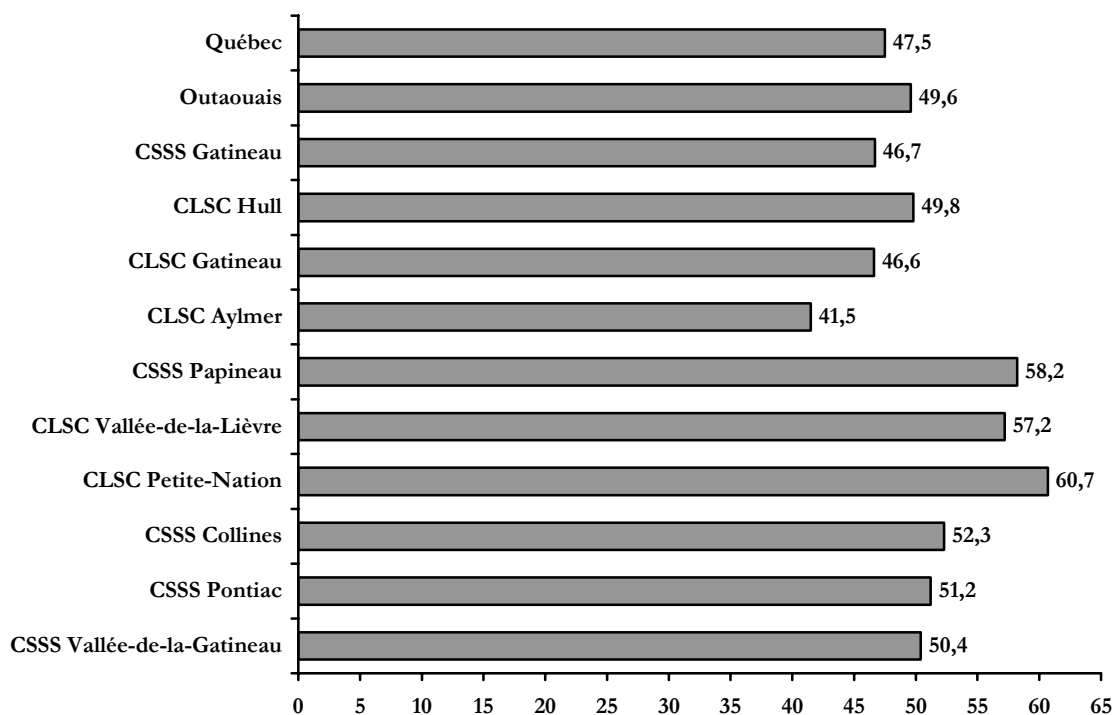


Tableau 31 : Proportion (%) de la population âgée de 20 à 64 ans présentant un surplus de poids selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
20 – 24 ans	43,0*	(26,9 – 59,1)	9 500
25 – 44 ans	50,0	(42,9 – 57,1)	50 200
45 – 64 ans	55,5	(49,3 – 61,8)	56 600
Total – 20 à 64 ans	51,9	(47,3 – 56,4)	116 300

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Graphique 10 : Proportion (%) de la population âgée de 20 à 64 ans présentant un surplus de poids, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2003**



PROPORTION DE LA POPULATION PRENANT 14 CONSOMMATIONS D'ALCOOL ET PLUS AU COURS D'UNE SEMAINE

MISE EN CONTEXTE

Les dommages causés par la consommation excessive d'alcool chez les consommateurs et dans l'ensemble de la société font de cette drogue légale l'une des plus dangereuses et des plus coûteuses qui soient sur les plans médical, social et économique (Purshouse et al., 2010). Sa consommation excessive est liée à un grand nombre de maladies physiques et psychiatriques, ainsi qu'à plusieurs types de traumatismes non intentionnels (accidents de la route, brûlures, noyades, chutes, etc.). Il existe actuellement un consensus scientifique voulant qu'aucun niveau de consommation d'alcool durant la grossesse ne puisse être considéré comme étant sécuritaire pour le développement optimal du fœtus et de l'enfant à naître.

DÉFINITION

Cet indicateur est mesuré à partir de deux questions. Une première permet de sélectionner les personnes qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Une seconde question s'adresse exclusivement aux personnes qui ont répondu « oui » à la première question : « Depuis la semaine dernière, combien de verres avez-vous bus? ». La *proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine* est considérée comme ayant une consommation excessive.

SOURCES

Les données provinciales et régionales présentées proviennent de l'ESCC 2005 (module non disponible en 2007-2008) et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

Population âgée de 12 ans et plus ayant consommé 14 consommations ou plus au cours de la dernière semaine

Population totale de buveurs âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés

x 100

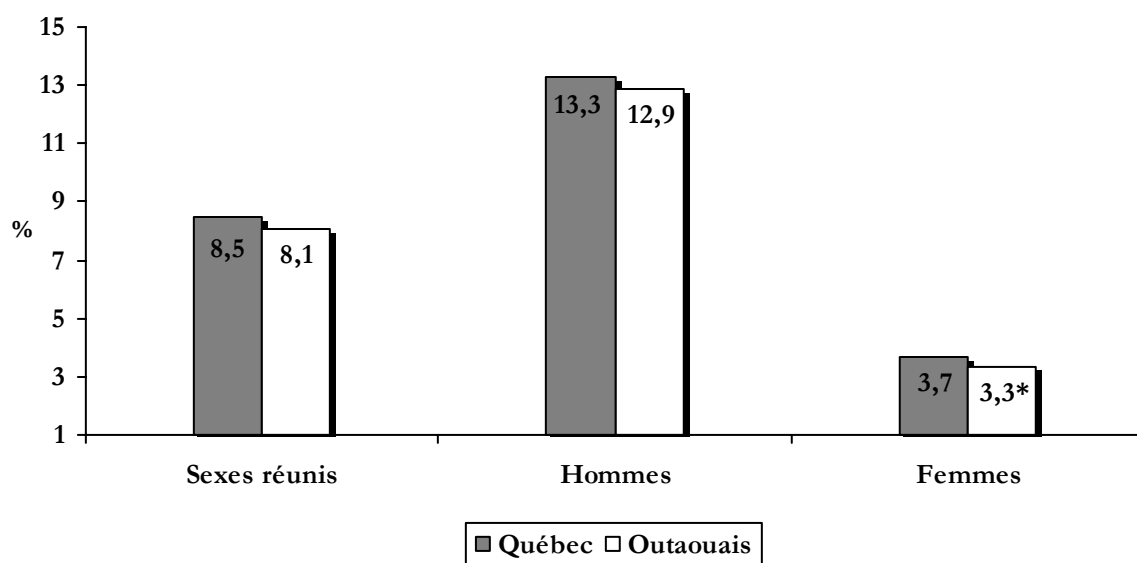
LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais la plupart peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. Le présent indicateur est en outre particulièrement sensible au phénomène de la « désirabilité sociale », un biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Pour cet indicateur, le dénominateur est constitué de l'ensemble des personnes qui ont déclaré consommer de l'alcool et non par l'ensemble des personnes de l'échantillon. Il faut être prudent dans les comparaisons entre différentes sources de données, car certaines utilisent au dénominateur l'ensemble de la population.

SOMMAIRE

Les données de 2005 pour la région de l'Outaouais indiquent que 8,1 % des répondants âgés de 12 ans et plus déclarent consommer 14 consommations ou plus au cours de la semaine précédant l'enquête. Cette proportion est légèrement inférieure à celle du Québec. Les hommes, autant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec, consomment plus que les femmes. Dans la région, plus de 20 000 personnes consommeraient de l'alcool de façon excessive. Les estimations par CSSS et par CLSC de 2003 ne sont pas suffisamment précises pour être interprétées de façon catégorique, mais elles semblent du même ordre de grandeur que celles obtenues pour l'Outaouais et l'ensemble du Québec.

Graphique 11 : Proportion (%) de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine, Outaouais et le Québec, 2005



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

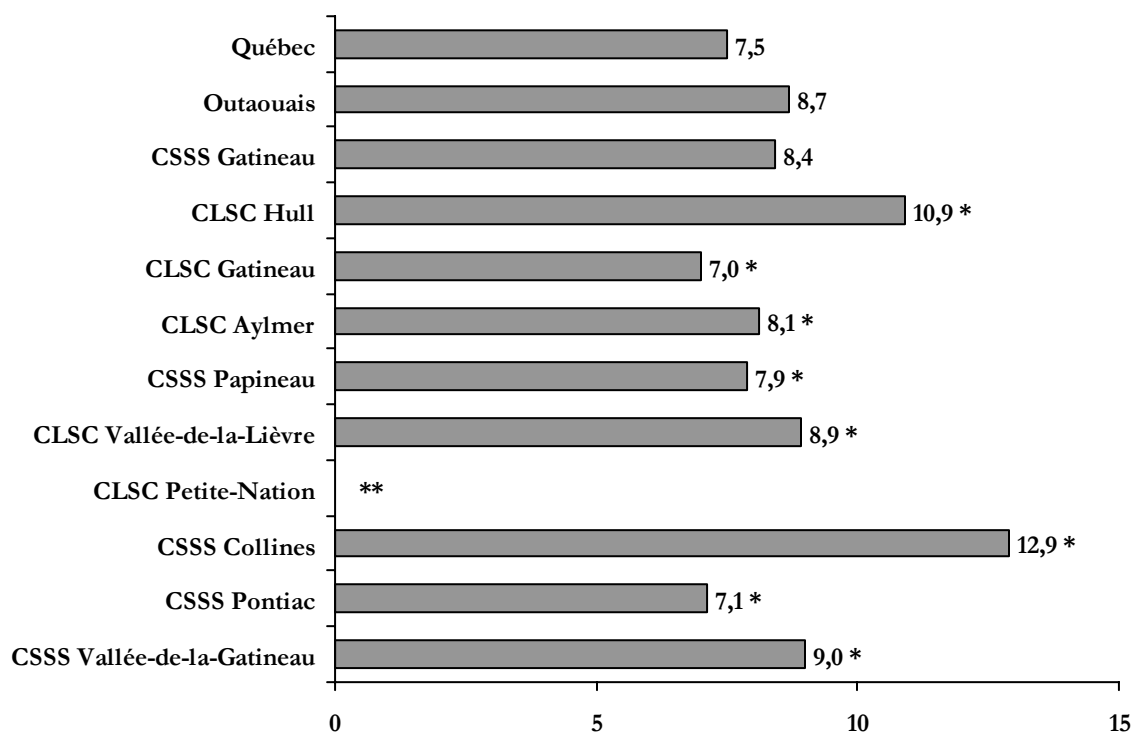
Tableau 32 : Proportion (%) de la population prenant 14 consommations ou plus d'alcool au cours d'une semaine selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2005**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	8,7*	(6,2 – 12,3)	11 800
45 – 64 ans	7,1*	(4,3 – 11,5)	6 200
65 ans et plus	**	–	–
Total – 12 ans et plus	8,1	(6,2 – 10,6)	20 300

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Graphique 12 : Proportion (%) de la population prenant 14 consommations ou plus d'alcool au cours d'une semaine, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

PROPORTION DE LA POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur réfère à la perception qu'a une personne de son état de santé en général. Cette notion ne renvoie pas seulement à l'absence de maladie ou de blessure, mais aussi à un bien-être physique, psychologique et social, en fonction de ses propres valeurs, ainsi qu'à sa situation courante. Cet indicateur est considéré comme étant valide, car il existe une bonne concordance entre l'état de santé autoévalué, la présence de certains problèmes de santé physique, psychologique et sociale et le recours aux services.

DÉFINITION

Dans la plupart des enquêtes sur la santé à travers le monde, cette dimension est mesurée à partir d'une seule question toute simple, soit : « En général, diriez-vous que votre santé est... 1) excellente; 2) très bonne; 3) bonne; 4) passable; 5) mauvaise? ». La *proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé* correspond à la proportion de la population se disant en « passable » ou en « mauvaise » santé.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

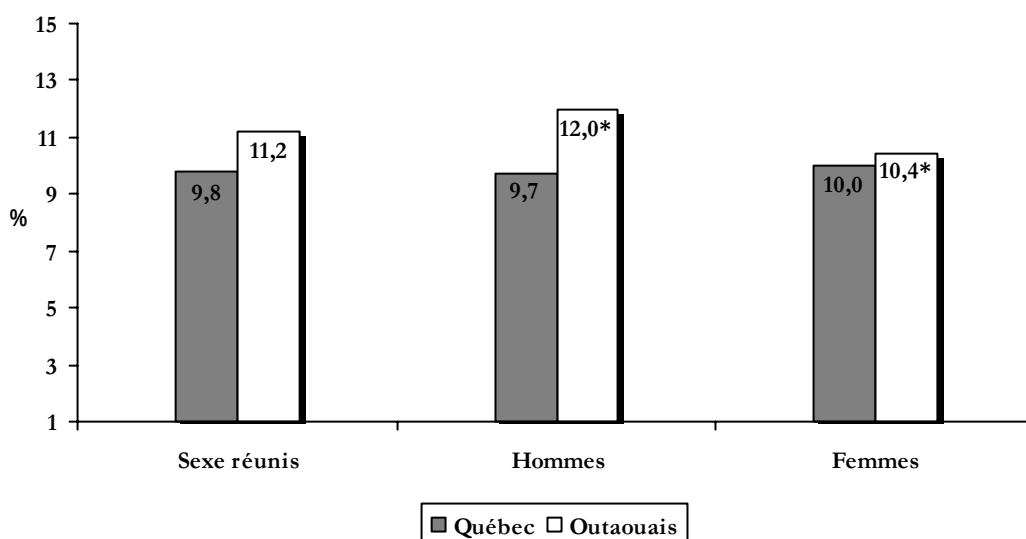
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. De plus, il faut être vigilant lorsque l'on compare ces estimations avec celles provenant d'autres sources, puisque les définitions de « [...] pas en bonne santé » peuvent varier selon les choix et les regroupements de réponses utilisés.

Graphique 13 : Proportion (%) de la population ne se percevant pas en bonne santé, Outaouais et le Québec, 2007-2008



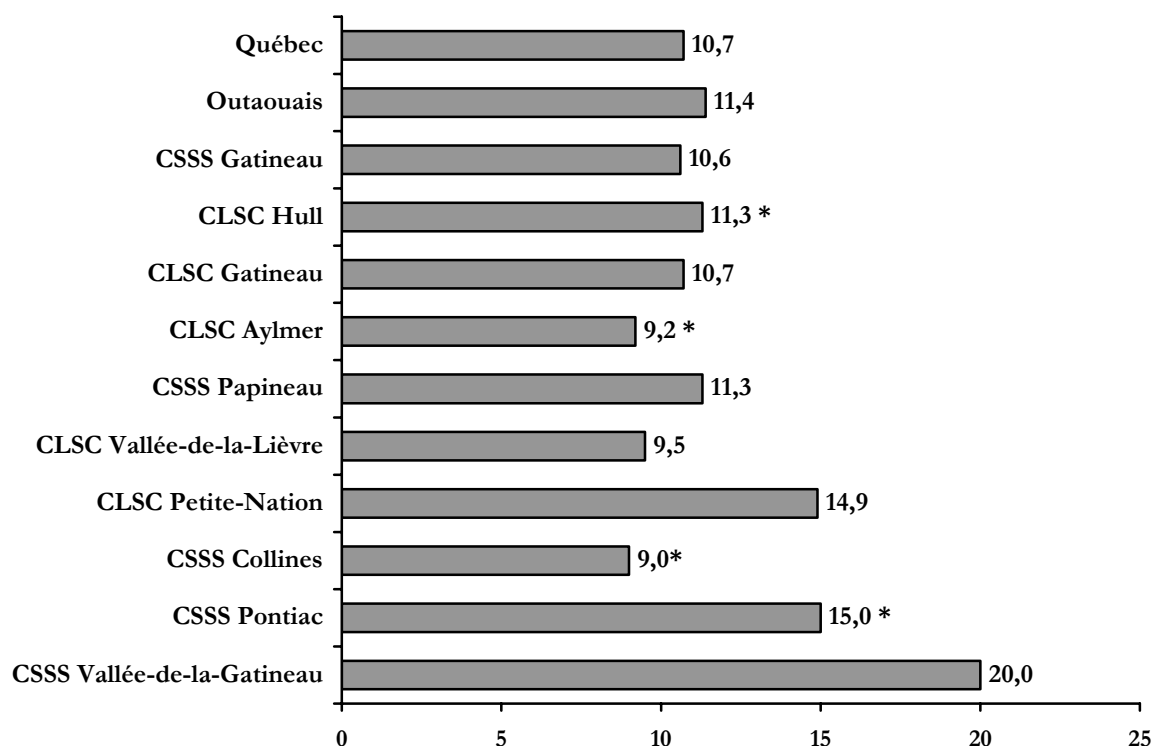
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Tableau 33 : Proportion (%) de la population ne se percevant pas en bonne santé selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2007-2008

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	6,0*	(4,0 – 9,1)	9 700
45 – 64 ans	12,3*	(9,4 – 15,6)	12 500
65 ans et plus	29,8	(21,5 – 38,1)	11 400
Total - 12 ans et plus	11,2	(8,8 – 13,6)	33 600

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Graphique 14 : Proportion (%) de la population ne se percevant pas en bonne santé, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

SOMMAIRE

Les données de l'ESCC 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 11,2 % des répondants âgés de 12 ans et plus ne se perçoivent pas en bonne santé. Cette proportion est légèrement supérieure à celle du Québec. Par contre, les données de l'ESCC en 2001 et en 2005, de même que celles de l'EQSP en 2008, plaçaient l'Outaouais en net désavantage à cet égard comparativement à l'ensemble de la province. En 2007-2008, la proportion la plus élevée en Outaouais, sans surprise, se retrouve chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Par ailleurs, les estimations infrarégionales tirées de l'ESCC 2003 montraient que la prévalence la plus importante se retrouvait sur le territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau.

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UNE LIMITATION D'ACTIVITÉS

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur mesure la perception des personnes quant à la réduction de la quantité et du genre d'activités de leur vie quotidienne dans différents milieux (travail, maison, école) ou dans d'autres circonstances. Cette réduction d'activités peut être reliée à leur état de santé physique ou mentale et dépend aussi du degré d'adaptation des milieux à leur condition. L'indicateur est fortement relié à l'âge et aussi à d'autres déterminants de la santé comme la consommation de tabac ou le surplus de poids.

DÉFINITION

Cette dimension est mesurée à partir d'une série de cinq questions. La première est de nature générale : « Avez-vous de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à vous pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables? ». Les autres questions sont précédées d'un préambule : « Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou encore un problème de santé de longue durée réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire : 1) à la maison; 2) à l'école; 3) au travail; 4) dans d'autres activités, par exemple dans les déplacements ou les loisirs? ». La *proportion de la population ayant une limitation d'activités* correspond à la proportion des personnes répondant « parfois » ou « souvent » à au moins une des cinq questions.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus ayant une limitation d'activités}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

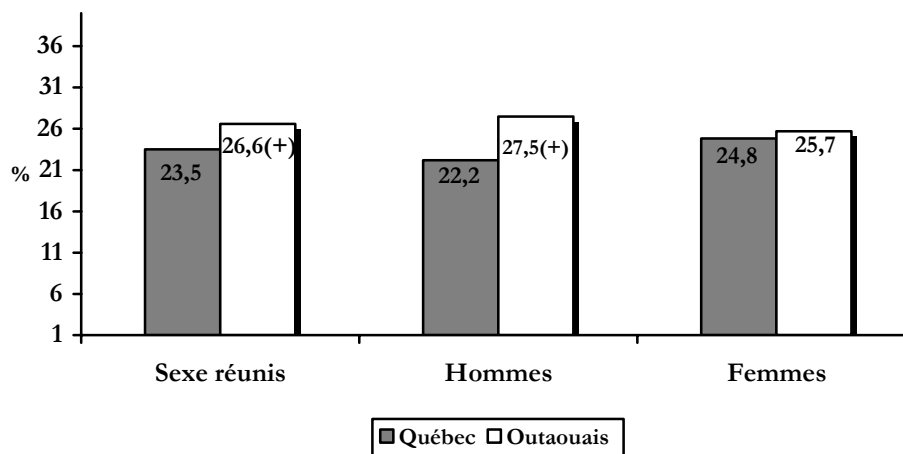
LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. Il est important de ne pas confondre les informations sur les *limitations d'activités* avec celles portant sur la *santé fonctionnelle* dans l'ESCC ou celles portant sur les *incapacités* dans les recensements canadiens. De plus, il faut être vigilant lorsque l'on compare ces estimations avec celles provenant d'autres sources, puisque les définitions de « [...] ayant une limitation d'activités » peuvent varier selon les choix et les regroupements de réponses utilisés.

SOMMAIRE

Les données de l'ESCC 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 26,6 % des personnes présenteraient des limitations d'activités, comparativement à 23,5 % dans l'ensemble du Québec. Le même écart est constaté chez les hommes spécifiquement. Plus de 79 000 personnes âgées de plus de 12 ans présenteraient donc des limitations dans la région. Les estimations par groupes d'âge démontrent que la prévalence augmente avec l'âge. La prévalence la plus importante se retrouvait dans la population du territoire de la Vallée-de-la-Gatineau en 2003.

Graphique 15 : Proportion (%) de la population ayant une limitation d'activités, Outaouais et le Québec, **2007-2008**

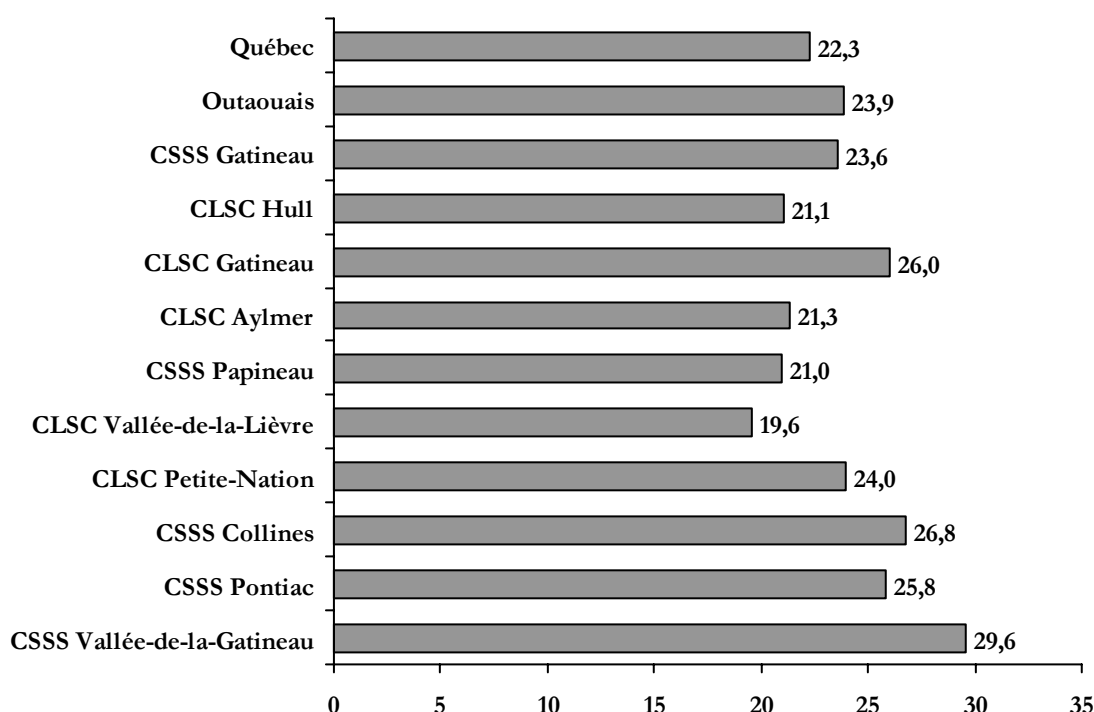


(+) Valeur significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

Tableau 34 : Proportion (%) de la population ayant une limitation d'activités selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	21,5	(17,6 – 26,0)	33 300
45 – 64 ans	30,2	(24,0 – 36,4)	30 800
65 ans et plus	40,8	(33,6 – 48,0)	15 100
Total – 12 ans et plus	26,6	(23,5 – 29,6)	79 200

Graphique 16 : Proportion (%) de la population ayant une limitation d'activités, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2003**



PROPORTION DE LA POPULATION AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ FONCTIONNELLE

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur mesure la perception des personnes à l'égard de leur santé fonctionnelle globale. Il est fortement en lien avec l'âge d'une personne et aussi avec d'autres déterminants de la santé comme la consommation de tabac, la présence d'un surplus de poids et les antécédents de maladies chroniques. Cet indice générique permet de synthétiser les aspects quantitatifs et qualitatifs de la santé.

DÉFINITION

Cet indicateur est construit à partir de huit dimensions, soit la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, l'état émotif, la cognition et la douleur chronique. Les répondants doivent sélectionner leur niveau de fonctionnalité pour chacune des dimensions. Par exemple, les niveaux extrêmes pour la mobilité vont de la marche sans difficulté à être incapable de marcher. Il est possible de dériver un score global pour chaque répondant. Une personne est considérée avoir des *problèmes de santé fonctionnelle* « modérés » ou « sérieux » si elle obtient un score global inférieur à 0,80. Cette mesure a été développée à l'Université McMaster en Ontario et est aussi appelée *Health Index Mark 3* (HUI3).

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

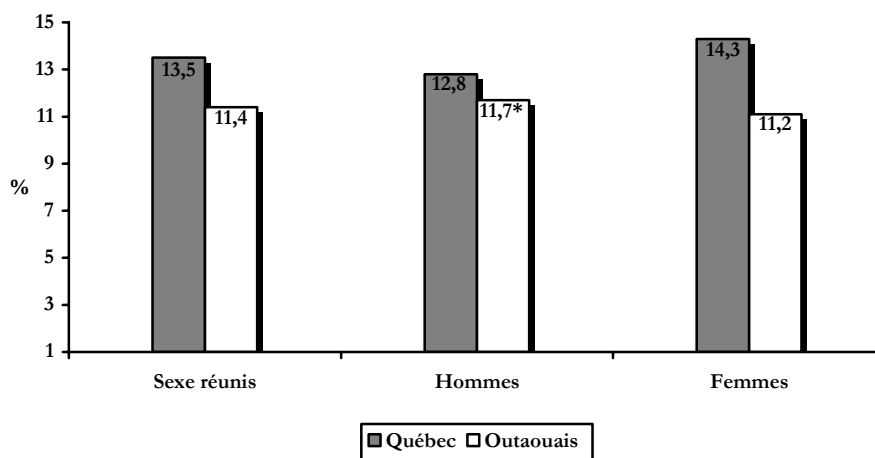
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus ayant des problèmes de santé fonctionnelle}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. Il est important de ne pas confondre les informations sur la santé fonctionnelle avec celles portant sur les *limitations d'activités* dans l'ESCC ou avec celles portant sur les *incapacités* dans les recensements canadiens.

Graphique 17 : Proportion (%) de la population ayant des problèmes de santé fonctionnelle, Outaouais et le Québec, 2007-2008



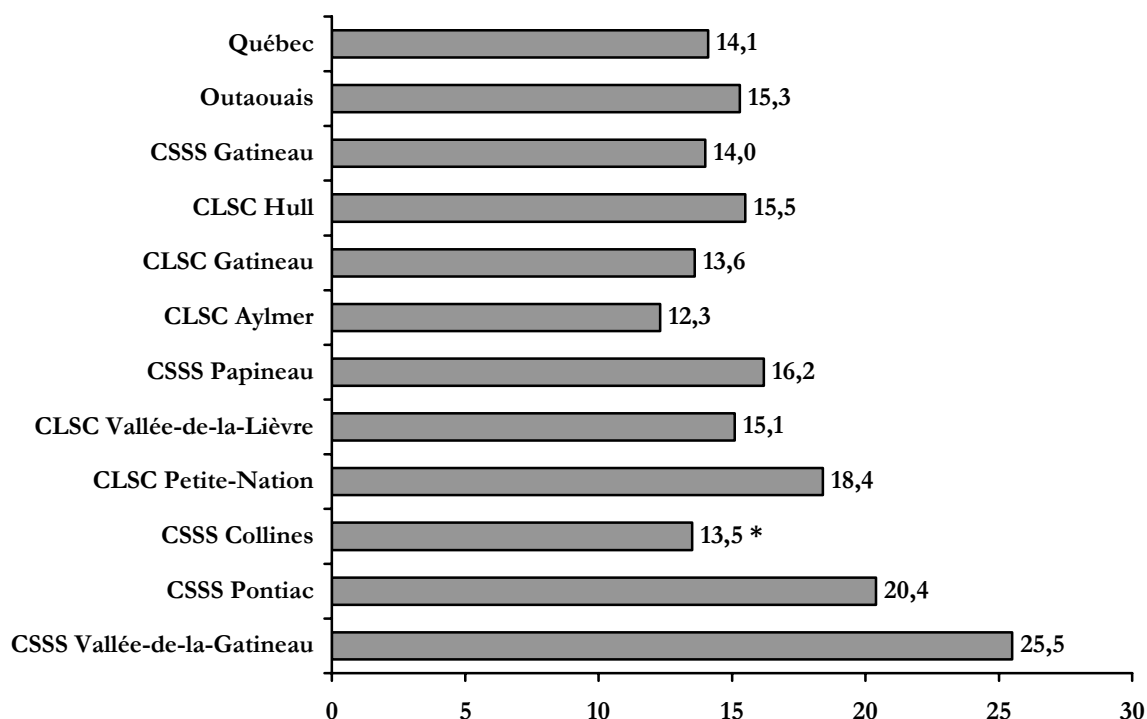
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Tableau 35 : Proportion (%) de la population ayant des problèmes de santé fonctionnelle selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	7,7 % *	(5,4 – 11,0)	12 300
45 – 64 ans	13,8 % *	(10,8 – 17,3)	14 100
65 ans et plus	20,8 % *	(13,5 – 28,2)	8 000
Total - 12 ans et plus	11,4 %	(9,0 – 13,8)	34 300

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Graphique 18 : Proportion (%) de la population ayant des problèmes de santé fonctionnelle, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, Outaouais, **2003**



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

SOMMAIRE

Les données de l'ESCC 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 11,4 % des personnes présenteraient des problèmes de santé fonctionnelle, comparativement à 13,5 % dans l'ensemble du Québec. Environ 34 300 personnes âgées de plus de 12 ans présenteraient donc des problèmes fonctionnels « modérés » ou « sérieux » dans la région. Les estimations par groupes d'âge ne sont présentées qu'à titre indicatif, mais il est bien établi que la prévalence des problèmes fonctionnels augmente avec l'âge. La prévalence la plus importante en 2003 se retrouvait dans la population du territoire de la Vallée-de-la-Gatineau, suivie de celle du territoire du CSSS du Pontiac.

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR DE MAUX DE DOS

MISE EN CONTEXTE

Environ 80 % des Québécois souffriront d'un mal de dos à un moment ou à un autre de leur vie. Dans l'Enquête Santé Québec de 1998, le quart des travailleurs déclarait avoir eu « souvent » ou « tout le temps » mal au dos dans la dernière année. Les maux de dos sont responsables, année après année, de 25 % de toutes les demandes d'indemnisation pour « accidents du travail ». Or, cette condition, le plus souvent bénigne et de courte durée, comporte un risque de récurrence et de chronicité significatif. Les maux de dos entraînent des coûts sociaux élevés, les plus importants étant des coûts « indirects » liés à la perte de productivité et aux incapacités.

DÉFINITION

Les « maux de dos », au sens des données d'enquêtes présentées dans cette fiche, sont des problèmes chroniques qui durent depuis au moins six mois et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Leur prévalence est mesurée à partir d'une seule question : « Avez-vous des maux de dos autres que ceux attribuables à la fibromyalgie et l'arthrite? 1) oui; 2) non ». La *proportion de la population déclarant souffrir de maux de dos* correspond à la proportion des personnes répondant « oui » à cette question.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

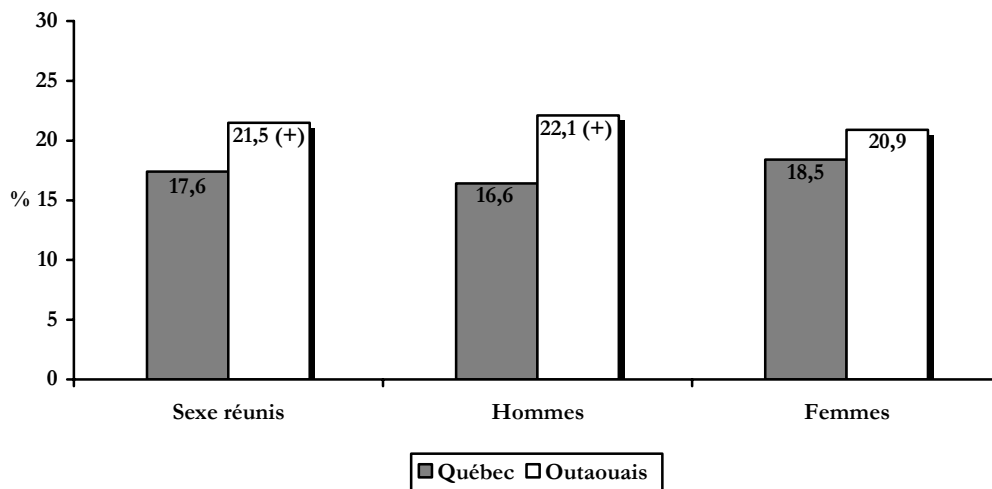
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus déclarant souffrir de maux de dos}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. La prévalence autorapportée dans les enquêtes doit être interprétée avec prudence, car les réponses ne sont pas vérifiées au moyen d'une source indépendante.

Graphique 19 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir de maux de dos, Outaouais et le Québec, **2007-2008**



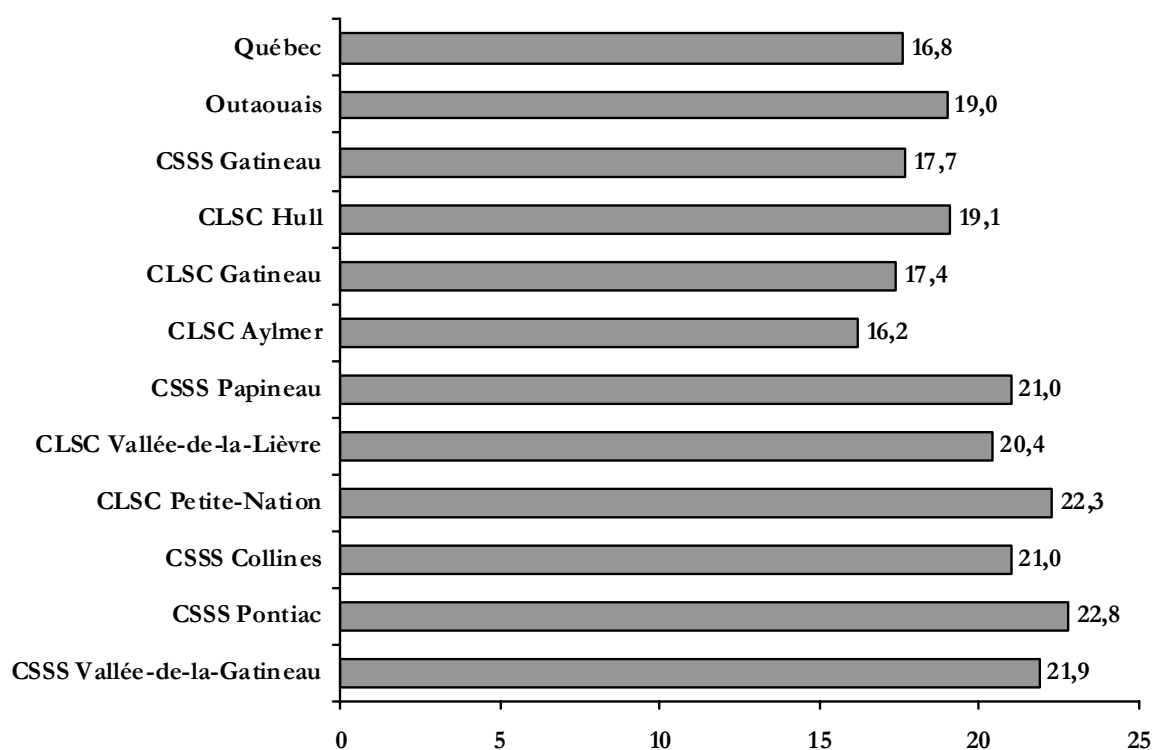
(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

Tableau 36 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir de maux de dos selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	18,7	(15,1 – 23,1)	29 800
45 – 64 ans	27,2	(21,7 – 32,8)	27 800
65 ans et plus	17,9*	(13,1 – 23,6)	6 900
Total - 12 ans et plus	21,5	(18,4 – 24,6)	64 500

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Graphique 20 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir de maux de dos, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2003**



SOMMAIRE

Les données pour la région de l'Outaouais indiquent que 21,5 % des répondants âgés de 12 ans et plus déclarent souffrir de maux de dos en 2007-2008. Cette proportion est plus élevée que celle observée dans le reste du Québec et dans les enquêtes canadiennes en général. Actuellement, 64 500 personnes en Outaouais, surtout des adultes de moins de 65 ans, souffriraient de cette condition. Les estimations par CSSS et par CLSC en 2003 ne diffèrent pas beaucoup de l'ensemble de la région.

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR DE DIABÈTE

MISE EN CONTEXTE

Le diabète est une maladie chronique qui se manifeste lorsque le corps est incapable de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser correctement. Cette condition peut entraîner des limitations et des incapacités, voire le décès de certaines personnes. Le diabète est très lié à l'âge, c'est-à-dire beaucoup plus marqué chez les personnes âgées. Par conséquent, compte tenu du vieillissement actuel de la population, la proportion de personnes souffrant de diabète ainsi que la prise de médicaments associée devraient augmenter de façon significative au cours des prochaines années.

DÉFINITION

Le diabète est un problème chronique qui dure depuis au moins six mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. La prévalence est mesurée à partir d'une seule question : « Êtes-vous atteint de diabète? 1) oui; 2) non ». La *proportion de la population déclarant souffrir de diabète* correspond à la proportion des personnes répondant « oui » à cette question.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

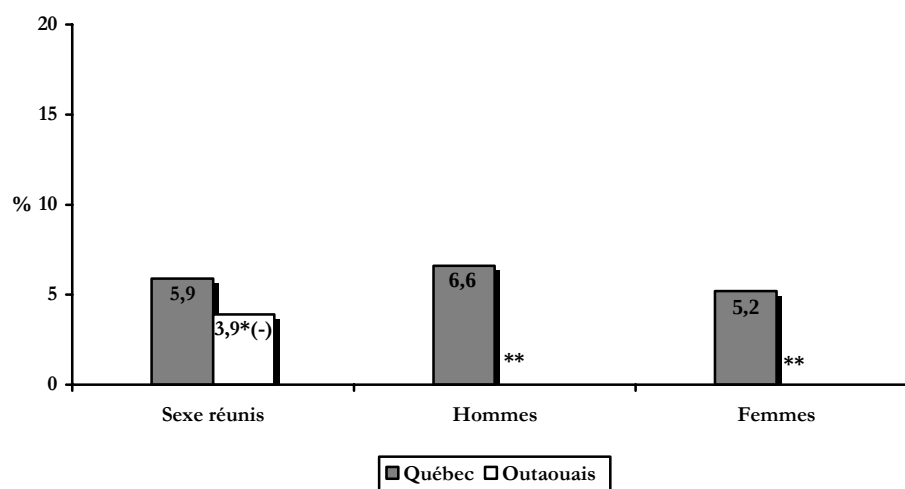
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus déclarant souffrir de diabète}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. La prévalence réelle du diabète dans la population est sous-estimée dans les enquêtes où cette information est autorapportée, notamment à cause du sous-diagnostic et d'une mauvaise compréhension de leur condition de la part des patients. Cet indicateur n'est pas à confondre avec le *taux de prévalence du diabète* qui est une mesure clinico-administrative. Il n'est pas présenté dans ce document puisque les données ontariennes ne sont pas intégrées au calcul de l'indicateur.

Graphique 21 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir de diabète, Outaouais et le Québec, 2007-2008



(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Tableau 37 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir de diabète selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

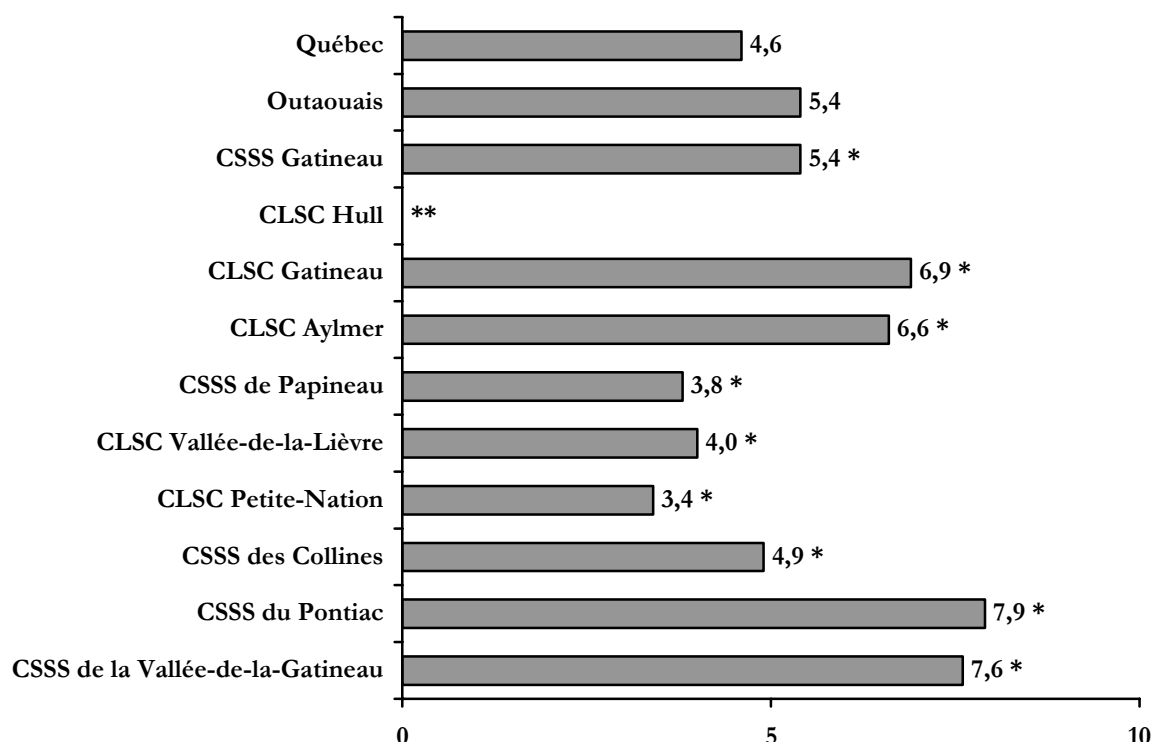
	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	**	—	—
45 – 64 ans	**	—	—
65 ans et plus	16,0*	(11,4 – 21,5)	6 100
Total - 12 ans et plus	3,9*	(2,9 – 5,1)	11 800

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Graphique 22 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir de diabète, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2003**



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

SOMMAIRE

Les données pour la région en 2007-2008 indiquent que 3,9 % des répondants âgés de 12 ans et plus déclarent souffrir de diabète, mais ce résultat doit être interprété avec prudence. Comparé à celui de l'ensemble du Québec, à 5,9 %, il est peu vraisemblable eu égard à l'ensemble des indicateurs dont nous disposons pour « prédire » l'ampleur du diabète dans la région. Environ 12 000 personnes en Outaouais souffriraient de cette condition. Les estimations par CSSS et par CLSC ne diffèrent pas statistiquement de celles du Québec et de la région de l'Outaouais.

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR D'ARTHRITE

MISE EN CONTEXTE

L'arthrite est un terme utilisé pour désigner plus de 100 troubles médicaux qui touchent les articulations, les tissus qui les entourent et d'autres tissus conjonctifs. Cette condition peut entraîner des limitations importantes et des incapacités. L'arthrite est beaucoup plus fréquente chez les personnes âgées. Compte tenu du vieillissement actuel de la population, la proportion de personnes souffrant d'arthrite ainsi que la prise de médicaments associée devraient augmenter de façon significative au cours des prochaines années.

DÉFINITION

L'arthrite est un problème chronique qui dure depuis au moins six mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. La prévalence est mesurée à partir d'une seule question : « Souffrez-vous d'arthrite, à l'exception de la fibromyalgie? 1) oui; 2) non ». La *proportion de la population déclarant souffrir d'arthrite* correspond à la proportion des personnes répondant « oui » à cette question.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

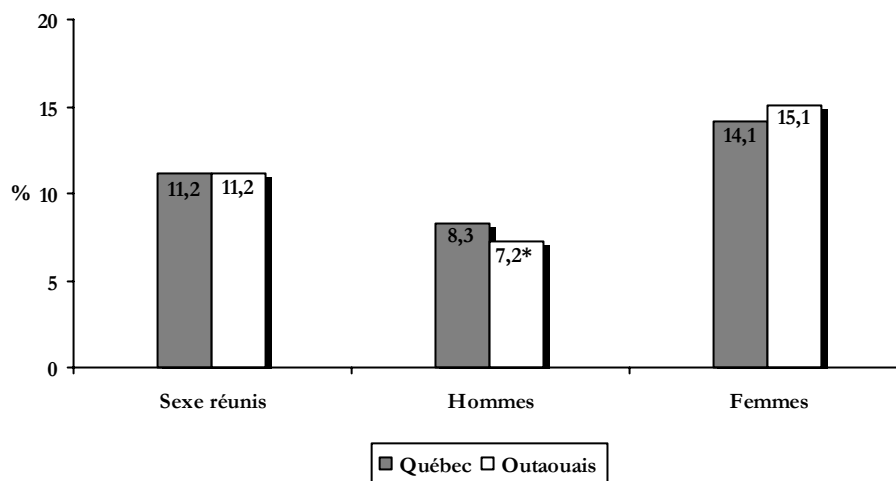
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus déclarant souffrir d'arthrite}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. Les données de prévalence autorapportées qui sont présentées dans cette fiche doivent être interprétées avec prudence, car les réponses n'ont pas été vérifiées au moyen d'une source indépendante. Il est impossible de savoir, par exemple, si la condition a effectivement été diagnostiquée chez les personnes ayant déclaré souffrir d'arthrite. Il est important de mentionner que le libellé de la question lors de l'ESCC 2003 (données du graphique 24) faisait référence à l'arthrite et au rhumatisme.

Graphique 23 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'arthrite, Outaouais et le Québec, 2007-2008



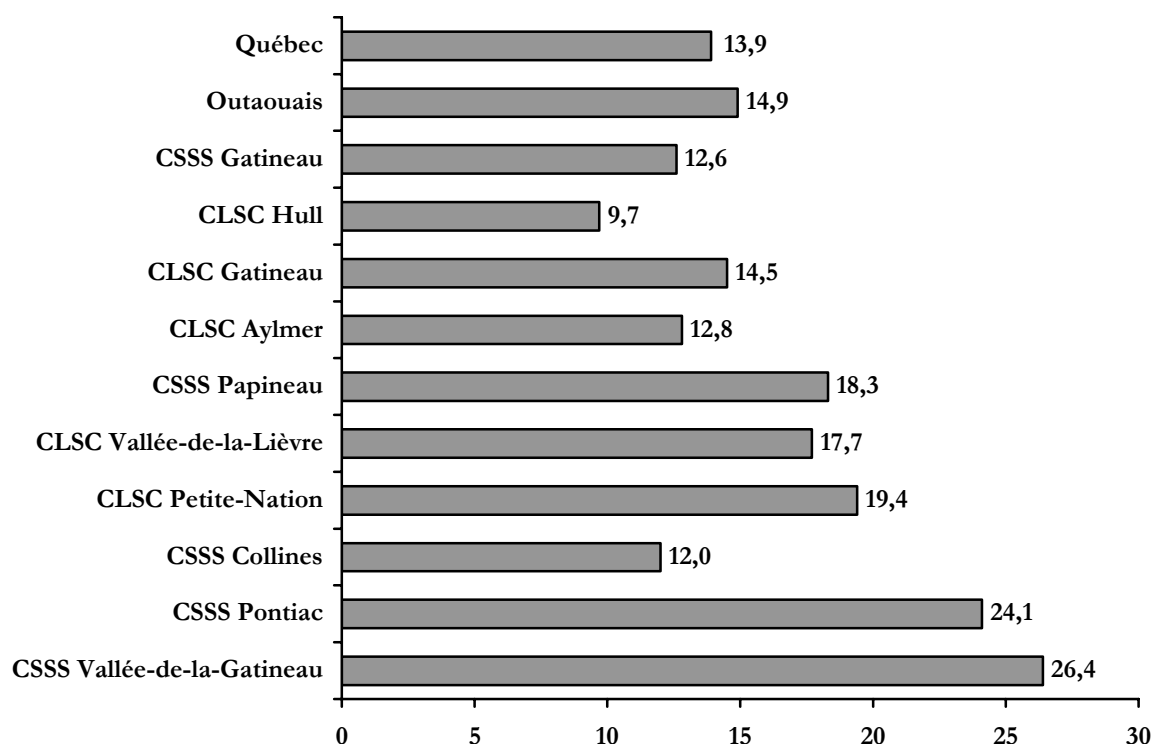
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Tableau 38 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'arthrite selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2007-2008

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	**	–	–
45 – 64 ans	15,3	(12,2 – 18,9)	15 600
65 ans et plus	35,5	(26,8 – 44,1)	13 600
Total - 12 ans et plus	11,2	(8,9 – 13,6)	33 700

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Graphique 24 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'arthrite, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



SOMMAIRE

Les données de l'ESCC 2007-2008 indiquent que 11,2 % des répondants de l'Outaouais âgés de 12 ans et plus déclarent souffrir d'arthrite, ce qui correspond à environ 33 700 personnes dans l'ensemble de la région. Cette proportion est la même que celle observée dans l'ensemble du Québec. Bien que la condition soit relativement plus fréquente chez les 65 ans et plus, la majorité des personnes déclarant souffrir d'arthrite appartiennent au groupe d'âge des 45-64 ans. La même chose est observée au Québec dans son ensemble. En 2003, les proportions les plus élevées se retrouvent dans les territoires des CSSS du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau, alors que la prévalence autorapportée la plus faible est sur l'ancien territoire du CLSC de Hull.

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR D'HYPERTENSION

MISE EN CONTEXTE

L'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur pour les accidents vasculaires cérébraux, les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires périphériques et l'insuffisance cardiaque. L'hypertension est également le principal problème de santé à l'origine de la prise de médicaments. Cette condition est très liée à l'âge. Par conséquent, compte tenu du vieillissement actuel de la population, la proportion de personnes souffrant d'hypertension ainsi que la prise de médicaments associée devraient augmenter de façon significative au cours des prochaines années.

DÉFINITION

L'hypertension est un problème chronique qui dure depuis au moins six mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Sa prévalence est mesurée à partir d'une seule question : « Faites-vous de l'hypertension? 1) oui; 2) non ». La *proportion de la population déclarant souffrir d'hypertension* correspond à la proportion des personnes répondant « oui » à cette question.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus déclarant souffrir d'hypertension}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. La prévalence réelle de l'hypertension artérielle dans la population est sous-estimée dans les enquêtes où cette information est autorapportée, notamment à cause du sous-diagnostic et d'une mauvaise compréhension de leur condition de la part des patients.

Graphique 25 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'hypertension, Outaouais et le Québec, 2007-2008

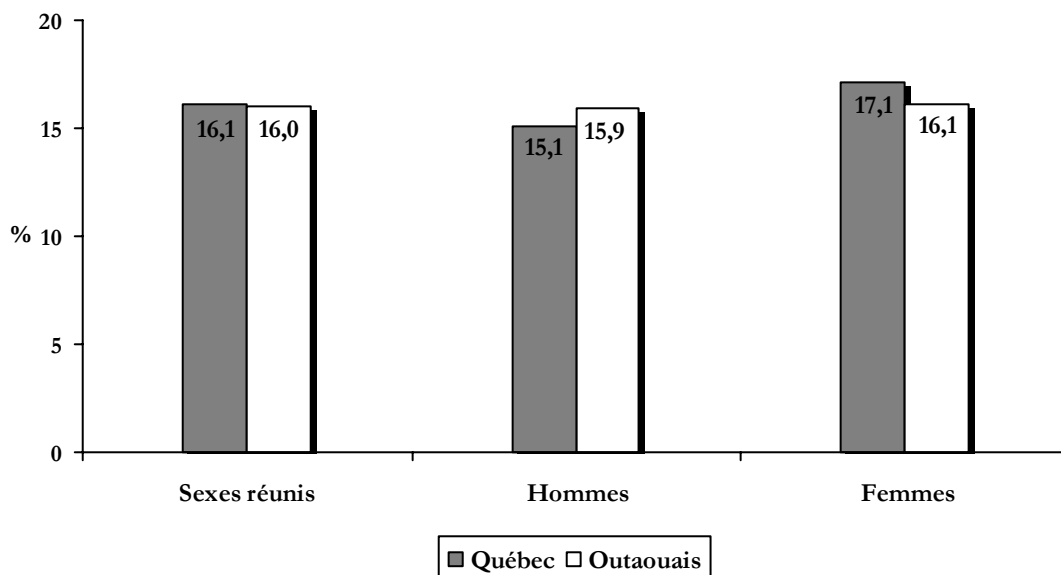
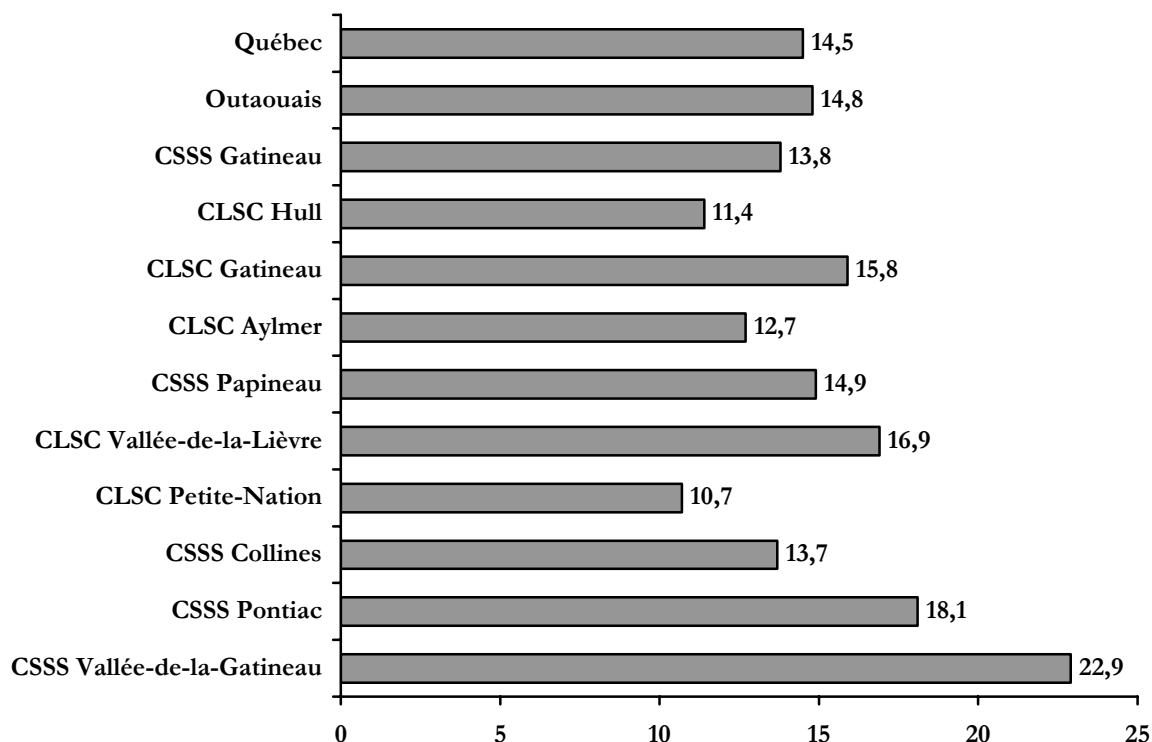


Tableau 39 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'hypertension selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2007-2008

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	4,7*	(2,9 – 7,4)	7 500
45 – 64 ans	22,0	(16,8 – 27,1)	22 400
65 ans et plus	47,3	(38,3 – 56,4)	18 100
Total - 12 ans et plus	16,0	(13,2 – 18,7)	48 000

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Graphique 26 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'hypertension, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



SOMMAIRE

Les données de l'Outaouais pour 2007-2008 indiquent que 16,0 % des répondants âgés de 12 ans et plus déclarent souffrir d'hypertension. Cette proportion ne diffère pas de celle du Québec. La prévalence la plus élevée se retrouve chez les personnes âgées de 65 ans et plus, à 47,3 %. Les estimations par CSSS indiquent que les prévalences les plus élevées se retrouvent dans les territoires du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau. Par ailleurs, les données d'une étude canadienne réalisée en 2007 établissaient la prévalence de l'hypertension autodéclarée dans la population canadienne à environ 16 %, comparativement à 19 % lorsque la tension artérielle était mesurée objectivement chez les mêmes personnes. Ces données s'ajoutent à celles de plusieurs autres études qui confirment que l'hypertension est sous-rapportée dans les enquêtes de population.

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR D'ASTHME

MISE EN CONTEXTE

L'asthme touche tous les groupes d'âge, mais se déclare souvent pendant l'enfance. Cette affection est due à une inflammation des voies respiratoires. Les crises sont habituellement déclenchées par l'exercice, l'air froid, l'exposition à des allergènes, les infections respiratoires virales, des vapeurs ou des gaz irritants. L'exposition à la fumée du tabac et un faible poids de naissance constituent également des facteurs de risque. Mondialement, la prévalence augmente de 50 % tous les dix ans depuis les années 80.

DÉFINITION

L'asthme est défini comme un problème chronique qui dure depuis au moins six mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. La prévalence est mesurée à partir d'une seule question : « Faites-vous de l'asthme? 1) oui; 2) non ». La *proportion de la population déclarant souffrir d'asthme* correspond à la proportion des personnes répondant « oui » à cette question.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

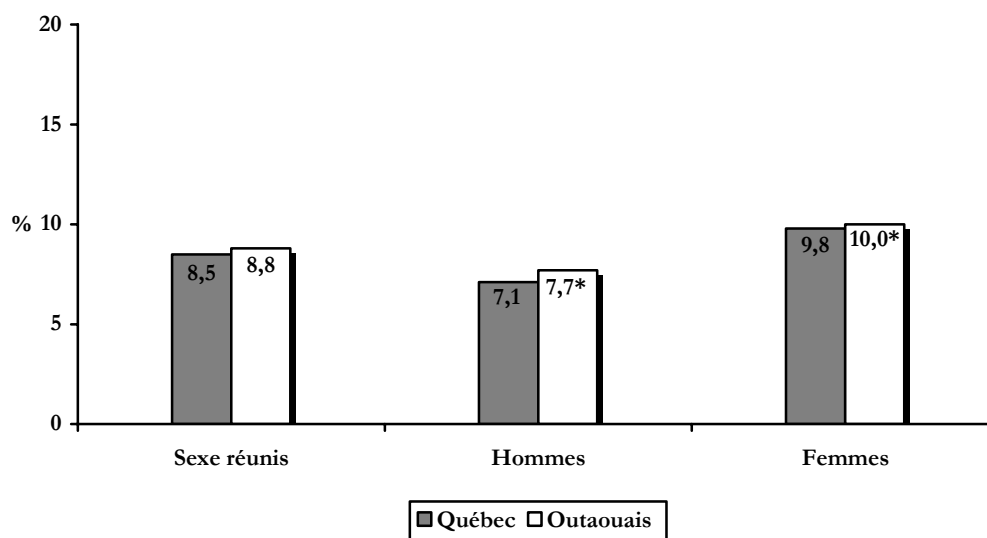
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus déclarant souffrir d'asthme}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. La mesure autorapportée de la prévalence de l'asthme dans la population doit être interprétée avec prudence, car les réponses recueillies par questionnaire ne sont pas vérifiées au moyen d'une source indépendante.

Graphique 27 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'asthme, Outaouais et le Québec, 2007-2008



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

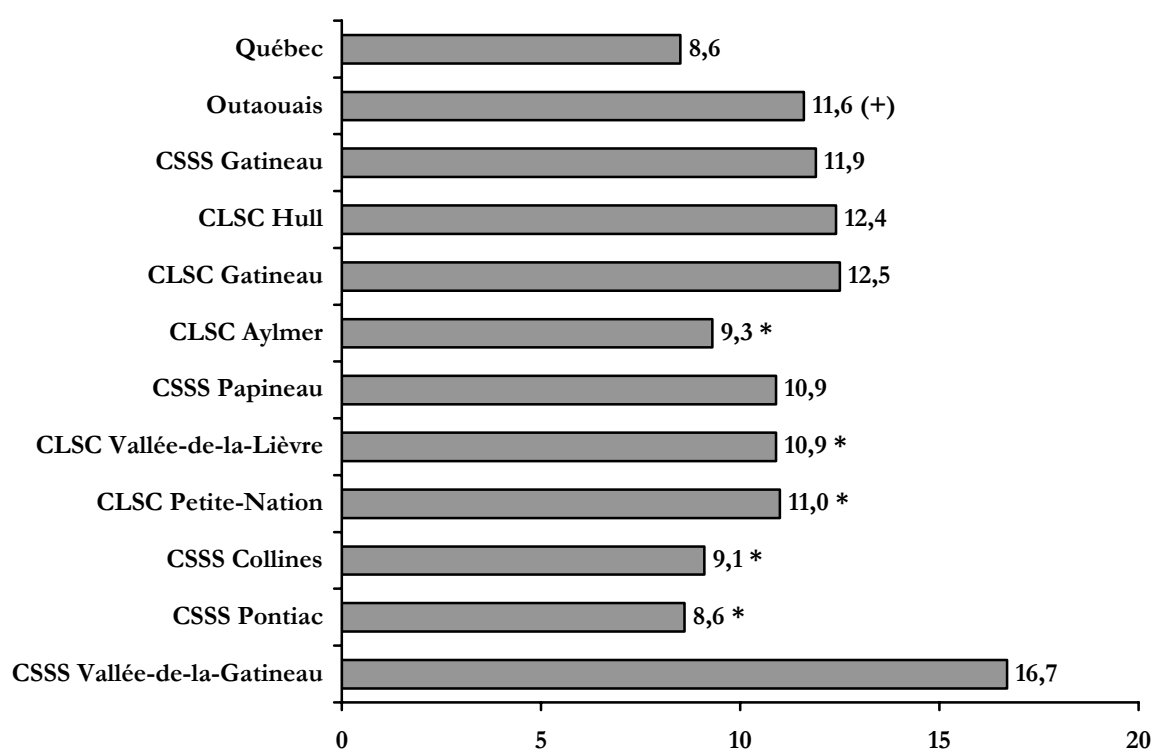
Tableau 40 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'asthme selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	9,6*	(7,0 – 13,2)	15 400
45 – 64 ans	7,9*	(5,6 – 10,7)	8 000
65 ans et plus	**	–	–
Total – 12 ans et plus	8,8	(7,3 – 10,5)	26 500

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Graphique 28 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'asthme, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2003**



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

SOMMAIRE

Les données pour la région de l'Outaouais indiquent que 8,8 % des répondants âgés de 12 ans et plus déclarent souffrir d'asthme en 2007-2008. Cette proportion est très similaire à celle observée dans l'ensemble du Québec. Environ 26 500 personnes en Outaouais souffriraient de cette condition. Les estimations par CSSS montrent que la prévalence la plus élevée se situe dans le territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, où elle est estimée à 16,7 %. Il faut noter également qu'en 2003 la prévalence estimée pour l'Outaouais était plus élevée qu'au Québec.

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT SOUFFRIR D'ALLERGIES NON ALIMENTAIRES

MISE EN CONTEXTE

Les allergies non alimentaires les plus fréquentes sont la rhinite allergique saisonnière (ou « rhume des foins ») et la rhinite non saisonnière, laquelle est le plus souvent causée par des allergènes présents dans l'air ambiant intérieur. La prévalence de la rhinite allergique saisonnière est à la hausse à l'échelle mondiale depuis les années 60 et l'on prévoit qu'elle continuera à augmenter en lien avec les changements climatiques. La rhinite allergique est parfois associée à l'asthme allergique, dont l'incidence a également augmenté durant la même période. La rhinite allergique est responsable d'un grand nombre de consultations médicales et entraîne des coûts directs et indirects importants, notamment en médicaments.

DÉFINITION

Dans l'ESCC, les allergies non alimentaires doivent durer depuis au moins six mois et avoir été diagnostiquées par un professionnel. Dans l'ESCC 2005, après avoir demandé aux répondants s'ils souffraient d'allergies alimentaires, une autre question était posée : « Avez-vous d'autres allergies? 1) oui; 2) non ». La prévalence est mesurée à partir de cette seule question. La *proportion de la population déclarant souffrir d'allergies non alimentaires* correspond à la proportion des personnes répondant « oui » à cette question.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2005 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus déclarant souffrir d'allergies non alimentaires}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. La prévalence autorapportée peut être différente de la prévalence réelle, car aucune des réponses n'a été vérifiée au moyen d'une source indépendante.

Graphique 29 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'allergies non alimentaires, Outaouais et le Québec, 2005

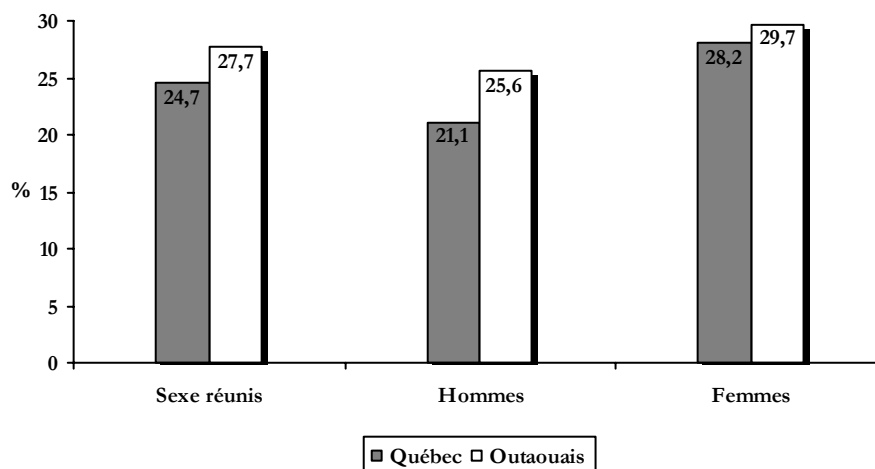
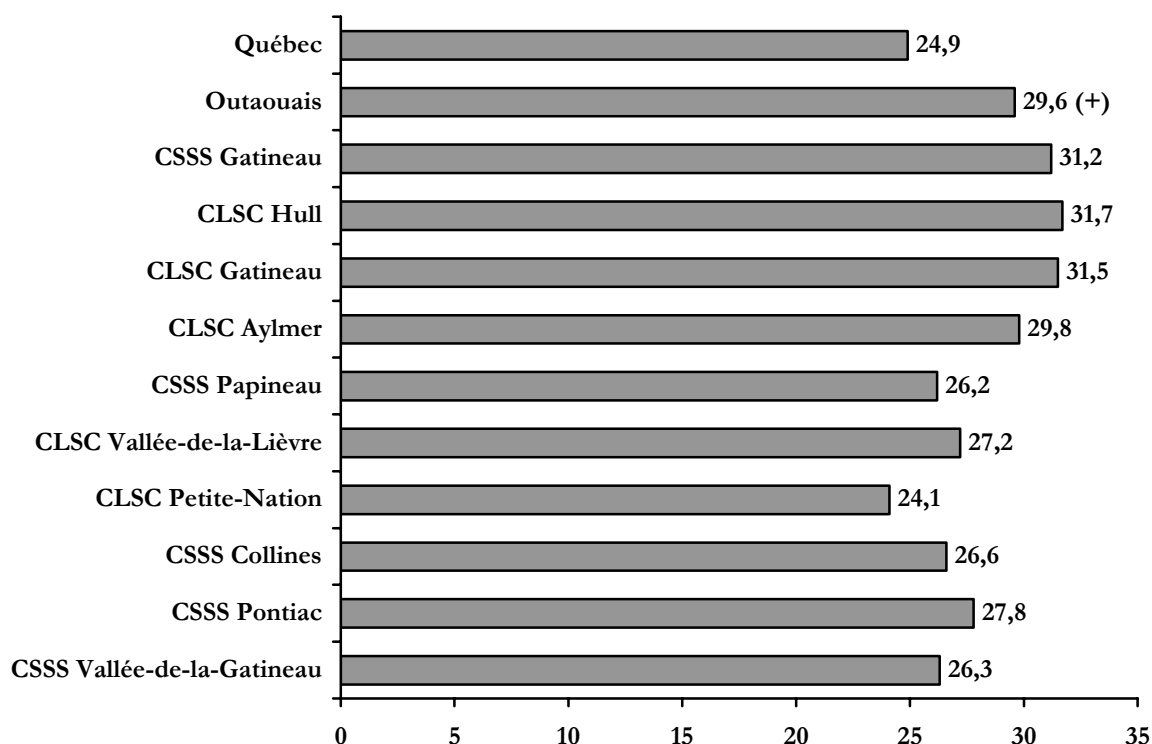


Tableau 41 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'allergies non alimentaires selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2005

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	32,4	(28,1 – 37,2)	52 300
45 – 64 ans	24,0	(18,5 – 29,5)	22 700
65 ans et plus	16,0*	(11,1 – 22,0)	5 600
Total – 12 ans et plus	27,7	(24,4 – 30,9)	80 500

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Graphique 30 : Proportion (%) de la population déclarant souffrir d'allergies non alimentaires, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

SOMMAIRE

Les données de 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 27,7 % des répondants âgés de 12 ans et plus déclarent souffrir d'allergies non alimentaires, la plus fréquente étant la rhinite allergique. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée dans l'ensemble du Québec. Au total, 80 500 personnes en Outaouais déclarent souffrir d'allergies non alimentaires. Elles affectent surtout les personnes jeunes et les personnes âgées de 12 à 44 ans constituent la majorité des personnes atteintes. En 2003, la prévalence en Outaouais était plus élevée que celle du Québec (29,6 vs 24,9 %). Les estimations les plus élevées se situaient dans les CLSC de Hull et de Gatineau.

TAUX D'INCIDENCE DU CANCER

MISE EN CONTEXTE

Sur le plan épidémiologique, l'impact d'une maladie dans une population est caractérisé par son taux d'*incidence* (nombre de nouveaux cas observés sur la population totale exposée au cours d'une période donnée), son taux de *mortalité* et son taux de *létalement* (nombre de décès dus à la maladie sur le nombre de personnes ayant contracté la maladie au cours d'une période donnée). Si les entrées et les sorties de malades dans la population restent constantes dans le temps, on aura en termes de taux (Jenicek et Cléroux, 1982) :

$$\text{Mortalité} = \text{Incidence} \times \text{Létalement}$$

Dans le cas du cancer en l'occurrence, la planification des services de santé destinés à réduire la mortalité peut chercher à réduire l'incidence, la létalité ou les deux (Caselli, 2002).

SOURCES

Jusqu'à la mise en place récente du nouveau Registre québécois du cancer (RQC), les données d'incidence des cancers pour la population de l'Outaouais nous parvenaient du Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ). Ces données étaient construites à partir des données d'hospitalisation en soins physiques de courte durée et de chirurgies d'un jour de MED-ÉCHO, mais n'intégraient pas complètement et en temps opportun les données d'hospitalisation correspondantes des résidents de l'Outaouais dans les hôpitaux « frontaliers » d'Ottawa et de l'Est ontarien en général. Cette situation problématique pour l'Outaouais existe depuis plus de 30 ans et elle persiste au cours des années récentes « ... en dépit d'une entente avec le registre du cancer de l'Ontario... » (Beaupré et al., 2010).

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancers observés dans une population au cours d'une période donnée}}{\text{Population totale au milieu de la période}} \times 100\,000$$

LIMITES

Pour les années récentes par exemple (2006-07, 2007-08, 2008-09), nous avons calculé, à partir de données que nous avons obtenues de l'ICIS, qu'environ 14 % des hospitalisations pour cancers de nos résidents ont eu lieu en Ontario. Par contre, les nouveaux cas de cancers diagnostiqués en Ontario représentent 6 % des cas du FiTQ pour l'année 2006. Or, lorsque nous prenons connaissance des données d'incidence publiées pour l'Outaouais dans le document récent *Le Portrait du cancer au Québec 2006* (Beaupré et coll., 2010), la région apparaît comme celle où l'on observe les taux d'incidence les plus faibles de tout le Québec. Les taux cités semblent intégrer environ une centaine de cas « ontariens », alors qu'il y en aurait en réalité plus de 300 au total durant la période considérée. Si les données d'incidence étaient complètes, nous nous attendrions à ce qu'elles situent l'Outaouais à peu près au même rang parmi les régions que celui qui est observé pour les taux de mortalité. Nous déplorons que ces données d'incidence aient été publiées, car elles ne sont pas valides. Aucune indication ou note en bas de page n'accompagne en outre les graphiques présentant les taux d'incidence des régions et de l'ensemble du Québec (pages 14 et 30). Plusieurs mises en garde concernant la qualité des données d'incidence de l'Outaouais sont cependant présentes ailleurs dans le document.

SOMMAIRE

Nous ne pouvons actuellement publier de données d'incidence des cancers qui soient valides, c'est-à-dire qui correspondent à la méthode de calcul utilisée universellement, pour la région de l'Outaouais. De nombreux travaux ont été effectués dans notre région et au MSSS pour analyser cette problématique au cours des 30 dernières années, mais les solutions se sont avérées jusqu'à maintenant inefficaces ou temporaires. Nous espérons que la mise en place du RQC constituera une opportunité pour toutes les instances concernées de se pencher de nouveau sur le dossier. Le défi d'intégration des données « ontariennes » d'incidence vient de monter d'un cran, puisqu'il faudra aussi accéder aux données de pathologie et aux données cliniques homologues qui sont requises par le Registre.

PROPORTION DE LA POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ BUCCODENTAIRE

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur réfère à la perception d'une personne de sa santé buccodentaire en général. Il représente une mesure auto rapportée et non une mesure clinique. Elle est considérée comme valide puisqu'il existe une association entre l'état de santé buccodentaire et la perception qu'en ont les individus. Il existe aussi une association entre la perception de sa santé buccodentaire et celle de sa santé en général.

DÉFINITION

Cette dimension est mesurée à partir d'une seule question : « En général, diriez-vous que l'état de santé de vos dents et de votre bouche est... 1) excellent; 2) très bon; 3) bon; 4) passable; 5) mauvais? ». La *proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire* correspond à la proportion de la population se disant en « passable » ou en « mauvaise » santé buccodentaire.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus se percevant en passable ou en mauvaise santé buccodentaire}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. De plus, il faut être vigilant lorsque l'on compare ces estimations avec celles provenant d'autres sources, puisque les définitions de « [...] pas en bonne santé buccodentaire » peuvent varier selon les choix et les regroupements de réponses utilisés.

Graphique 31 : Proportion (%) de la population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire, Outaouais et le Québec, **2007-2008**

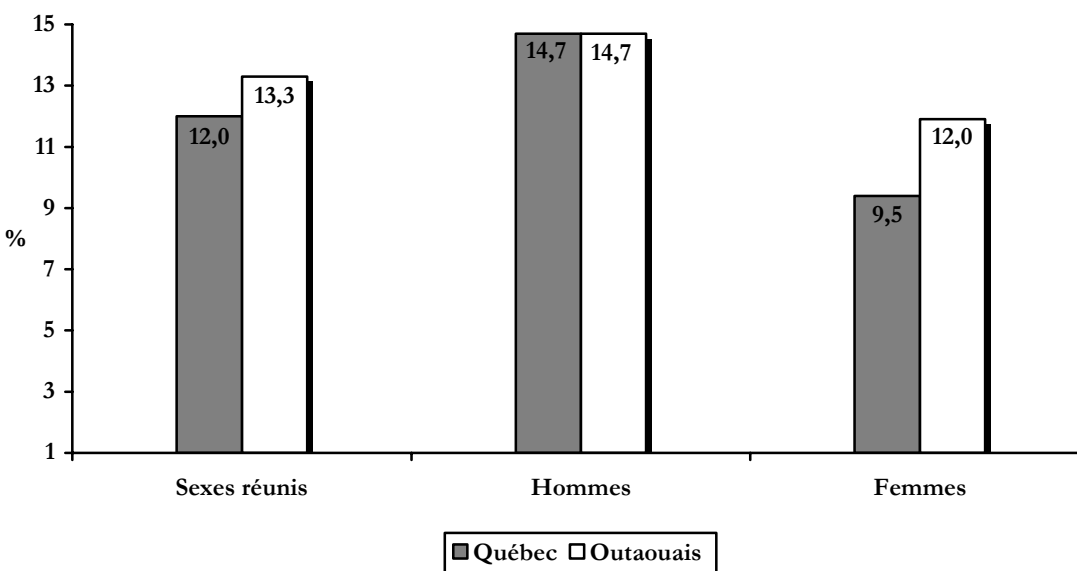
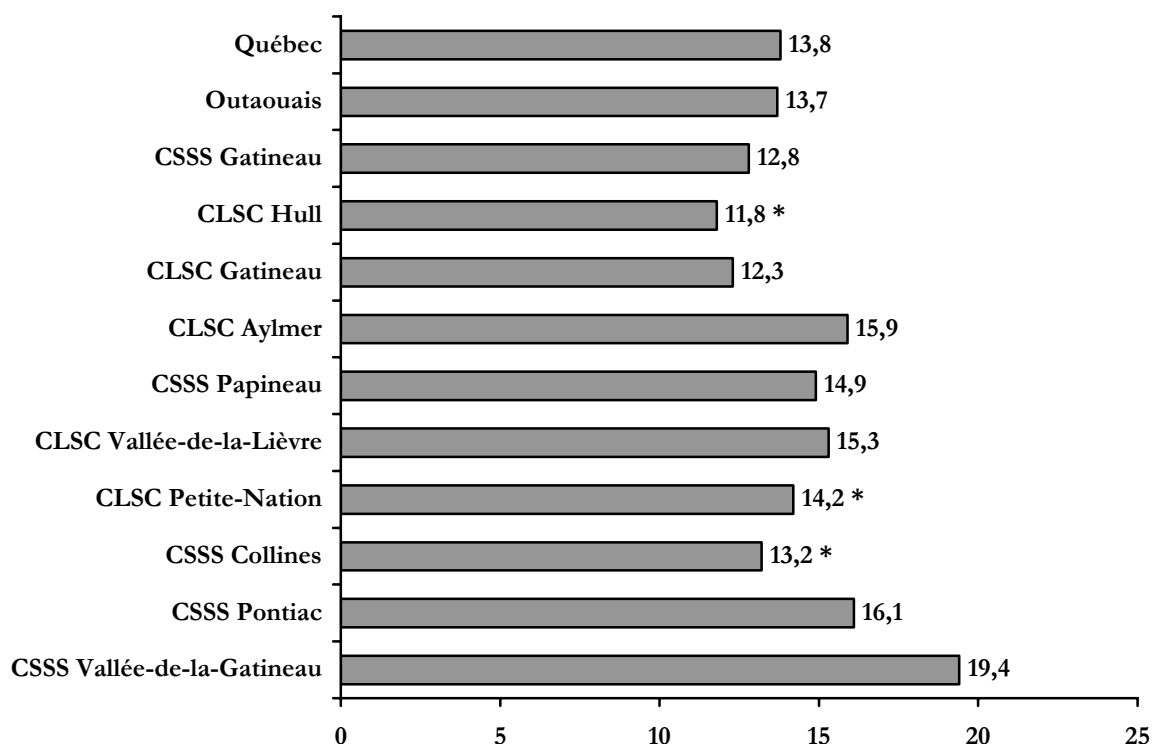


Tableau 42 : Proportion (%) de la population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	9,2	(6,6 – 12,7)	15 000
45 – 64 ans	19,4	(15,9 – 23,3)	19 800
65 ans et plus	13,8*	(9,4 – 19,3)	5 300
Total - 12 ans et plus	13,3	(10,8 – 15,9)	40 100

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

Graphique 32 : Proportion (%) de la population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2003**



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

SOMMAIRE

Les données de 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 13,3 % des répondants âgés de 12 ans et plus ne se perçoivent pas en bonne santé buccodentaire. Cette proportion ne diffère pas significativement de celle du Québec. La proportion la plus élevée en Outaouais se retrouve chez les personnes âgées de 45 à 64 ans. Les estimations les plus élevées par CSSS en 2003 se retrouvaient dans les territoires de CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau et du Pontiac.

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ UN DENTISTE

MISE EN CONTEXTE

La carie dentaire est une maladie infectieuse chronique et progressive qui affecte la grande majorité de la population et sa prévalence augmente avec l'âge. Plusieurs mesures efficaces sont associées à une meilleure santé buccodentaire comme la diminution de certains comportements à risque (utilisation du biberon, collations sucrées), le brossage des dents et les visites régulières chez le dentiste. Les visites chez le dentiste et les programmes en milieu scolaire constituent d'ailleurs des moyens privilégiés pour cibler l'ensemble de la population et certains groupes plus vulnérables pour des interventions de promotion et de prévention.

DÉFINITION

Dans l'ESCC 2007-2008, cet indicateur est construit à partir de la question suivante : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu ou consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste? ». La *proportion de la population ayant consulté un dentiste*, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste correspond à la proportion des personnes ayant répondu « oui » à cette question.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus ayant vu ou consulté par téléphone un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours d'une période de 12 mois}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. La formulation de la question posée en 2007-2008 diffère de celle des années antérieures en ce que l'on inclut maintenant l'hygiéniste dentaire dans l'énumération des professionnels consultés. De plus, le texte d'introduction de la question est légèrement différent et l'on ne mentionne plus les consultations par téléphone. Cependant, il faut souligner que les intervieweurs avaient quand même pour instruction d'inclure aussi bien les contacts en personne que les contacts téléphoniques.

SOMMAIRE

Les données de l'ESCC 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 60,2 % des répondants âgés de 12 ans et plus déclarent avoir consulté un dentiste au cours de la dernière année. Cette proportion est identique à celle observée dans l'ensemble du Québec. Les données présentées montrent que la proportion des personnes consultant un dentiste diminue avec l'âge. Les estimations infrarégionales de 2003 indiquent que les proportions les plus basses se retrouvent dans les territoires du CLSC Petite-Nation et du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau. Il est possible que les populations de ces deux secteurs géographiques consultent moins pour des raisons économiques.

Graphique 33 : Proportion (%) de la population âgée de 12 ans et plus ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste, Outaouais et le Québec, 2007-2008

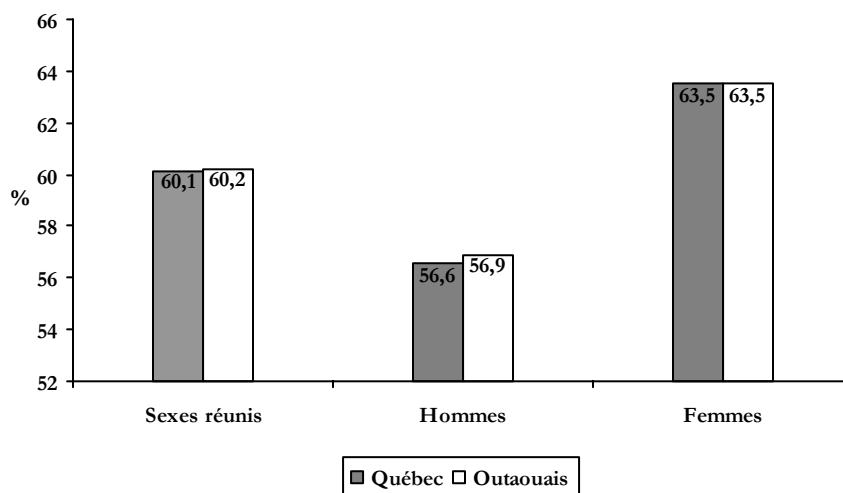
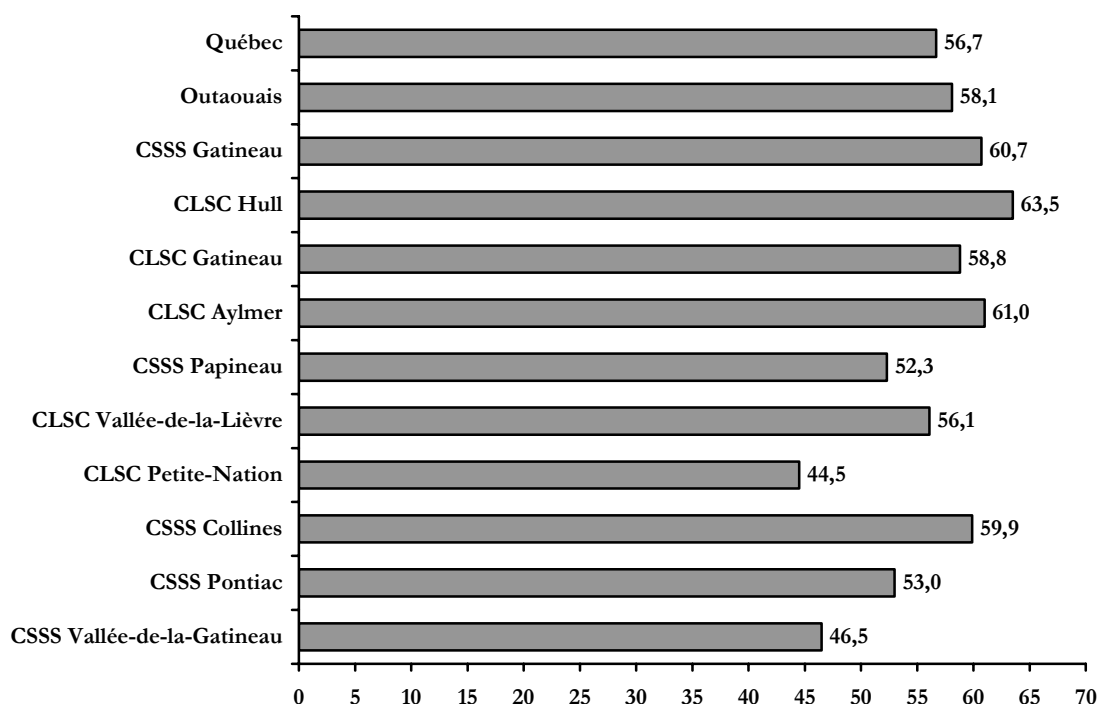


Tableau 43 : Proportion (%) de la population âgée de 12 ans et plus ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2007-2008

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	66,8	(62,1 – 71,8)	106 800
45 – 64 ans	58,7	(52,6 – 64,8)	59 900
65 ans et plus	37,3	(28,6 – 46,0)	14 300
Total – 12 ans et plus	60,2	(56,6 – 63,9)	181 000

Graphique 34 : Proportion (%) de la population âgée de 12 ans et plus ayant consulté un dentiste ou un orthodontiste, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



INCIDENCE DE CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)

MISE EN CONTEXTE

Les infections et autres maladies à déclaration obligatoire (MADO) relèvent de la Loi sur la santé publique. Pour être à déclaration obligatoire, l'infection ou la maladie doit être : 1) susceptible de causer une épidémie si rien n'est fait pour la contrer; 2) reconnue comme une menace importante pour la santé; 3) l'objet d'une vigilance des autorités de santé publique ou nécessiter la tenue d'une enquête épidémiologique; 4) évitable par l'intervention des autorités de santé publique ou d'autres autorités. Toute MADO doit légalement faire l'objet d'une déclaration de la part des médecins ou des laboratoires à la DSP de la région où réside la personne au moment du diagnostic de la maladie. Il existe une liste de MADO d'origine chimique (intoxication), mais ces maladies ne font pas l'objet de la présente fiche.

DÉFINITION

Le libellé des MADO correspond à celui du fichier officiel du MSSS. Les données épidémiologiques présentées dans la présente fiche, pour la période de 2005 à 2009, concernent les maladies suivantes.

Maladies évitables par la vaccination

Infections à pneumocoque

Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)

Infections génitales à Chlamydia trachomatis

Infections gonococciques

Autres MADO

Infections invasives à streptocoques du groupe A

Seulement quelques-unes des dizaines d'infections à déclaration obligatoire contenues dans le fichier officiel du MSSS sont traitées dans la présente fiche. Ce sont pour la plupart des MADO fréquentes ou qui représentent des défis importants de santé publique parce qu'elles sont graves et évitables. Les données relatives à plusieurs autres MADO ne sont pas présentées parce que les cas déclarés ne représentent qu'une partie plus ou moins aléatoire de l'ensemble des cas réels, à cause notamment de biais de consultation, de diagnostic ou de déclaration. Il faut noter que les « cas » comptabilisés représentent des événements et non des individus. On peut donc déclarer plus d'une maladie chez un même individu au cours d'une période donnée.

SOURCES

Toutes les données proviennent du fichier québécois des MADO. Lorsque des *taux* d'incidence sont calculés (chlamydie génitale, gonorrhée), en l'occurrence pour la période 2005-2009, les dénominateurs proviennent des projections démographiques pour l'année 2007 produites par l'ISQ (voir la section *Tableau de bord*).

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre annuel de nouveaux cas d'une MADO pour une période donnée}}{\text{Population totale au milieu de la même période}} \times 100\,000$$

LIMITES

Les modalités du système de surveillance québécois des maladies à déclaration obligatoire font en sorte que le fichier des MADO est généralement affecté par une sous-déclaration des cas, dont l'ampleur varie selon le type d'infection ou de maladie et qu'il est difficile d'évaluer avec précision. C'est le cas notamment des éclosions de gastro-entérites, très fréquentes,

mais rarement déclarées lorsqu'elles surviennent à l'extérieur d'un établissement de santé, d'une garderie ou d'un camp de vacances par exemple. À l'inverse, d'autres infections sont sujettes à la surdéclaration résultant du double enregistrement d'un épisode de maladie pour une même personne. C'est le cas notamment pour la chlamydie génitale.

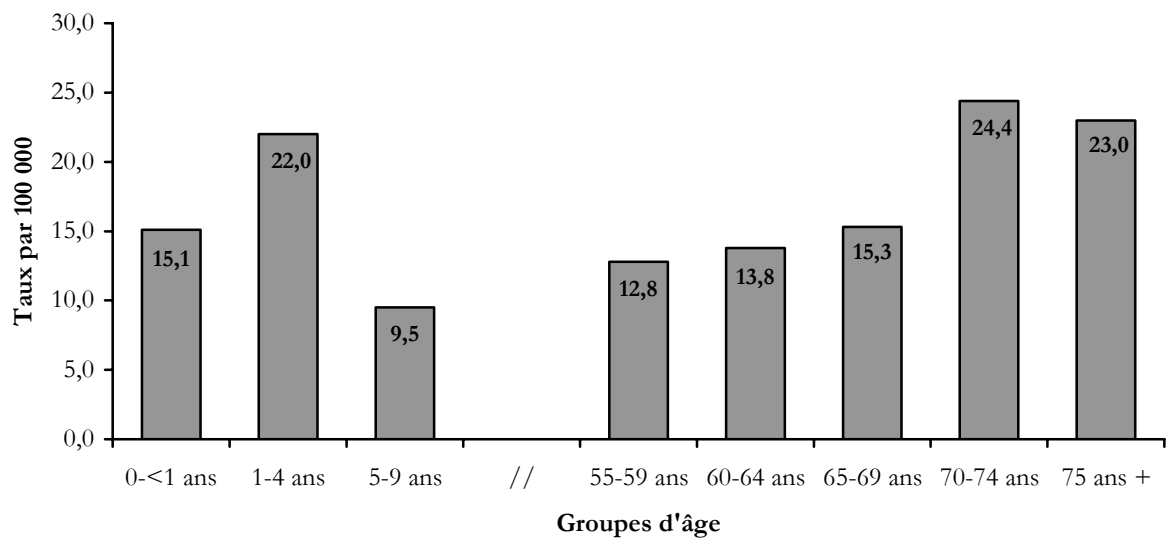
MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Infections à pneumocoque

Tableau 44 : Nombre de cas d'infections à pneumocoque déclarées, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2005 à 2009

CSSS et CLSC	2005	2006	2007	2008	2009
	n	n	n	n	n
CSSS Gatineau	6	14	16	17	23
CLSC Hull	4	5	7	8	4
CLSC Gatineau	0	7	4	6	12
CLSC Aylmer	2	2	5	3	7
CSSS Papineau	1	6	5	6	6
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	1	5	3	3	5
CLSC Petite-Nation	0	1	2	3	1
CSSS Collines	3	4	3	1	3
CSSS Pontiac	1	2	0	1	1
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	4	1	2	2	0
Outaouais	16¹	27	28²	29²	34¹

Graphique 35 : Taux d'incidence des cas d'infections à pneumocoque déclarés selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2005-2009



1 Un cas provient d'un CLSC inconnu.

2 Deux cas proviennent de CLSC inconnus.

La vaccination universelle des enfants du Québec contre sept sérotypes de pneumocoques a été mise en place en 2004. À la suite de l'introduction du vaccin, il y a eu une diminution de l'incidence des infections invasives à pneumocoque en 2005, 2006 et 2007. Par contre, l'incidence a augmenté de nouveau dès 2008 et en 2009, à cause d'un phénomène de remplacement épidémiologique par des sérotypes de la bactérie qui n'étaient pas inclus dans le vaccin. Cette situation a mené à un changement du vaccin et celui qui est utilisé actuellement semble offrir une bonne protection contre les nouveaux sérotypes devenus prédominants.

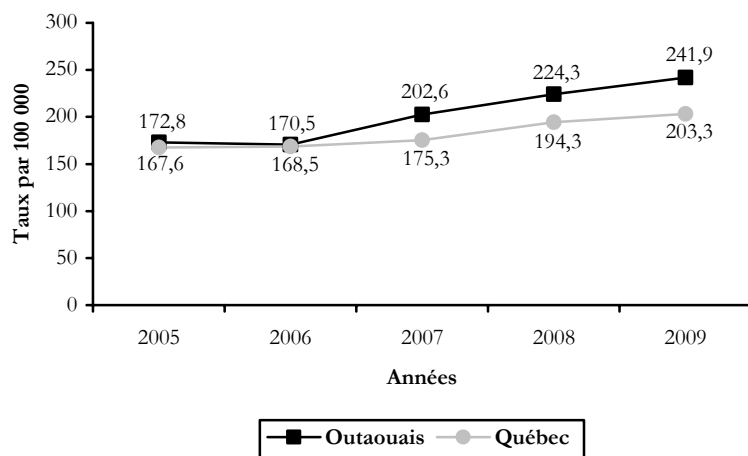
INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG (ITSS)

Infections génitales à *Chlamydia trachomatis*

Tableau 45 : Nombre de cas d'infections génitales à *Chlamydia trachomatis* déclarées, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2005 à 2009

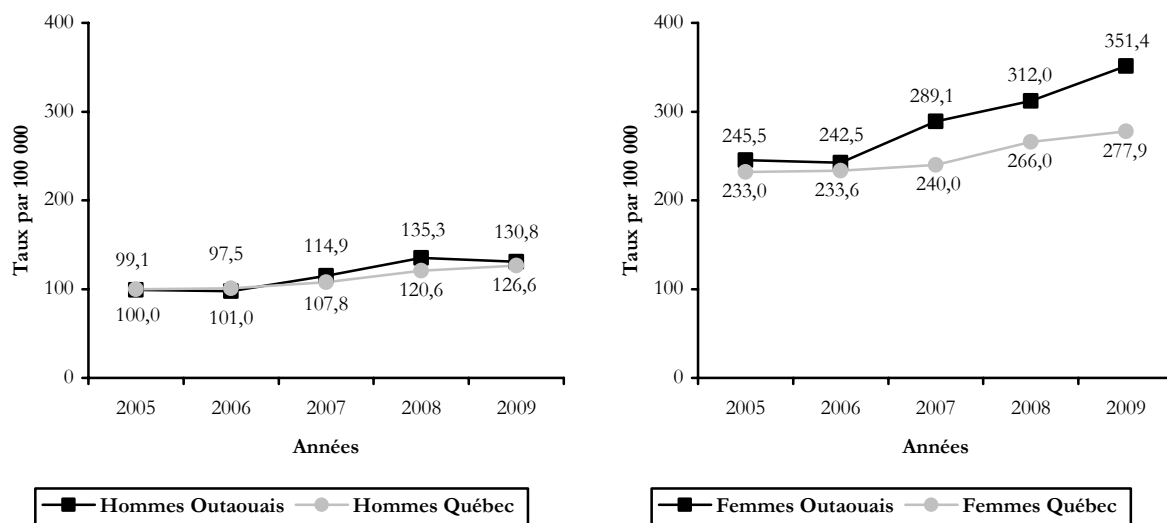
CSSS et CLSC	2005	2006	2007	2008	2009
	n	n	n	n	n
CSSS Gatineau	427	406	457	531	597
CLSC Hull	166	138	169	180	205
CLSC Gatineau	207	219	252	281	312
CLSC Aylmer	54	49	36	70	80
CSSS Papineau	64	74	88	112	104
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	53	57	64	82	82
CLSC Petite-Nation	11	17	24	30	22
CSSS Collines	35	29	55	42	61
CSSS Pontiac	14	13	19	15	19
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	18	19	36	41	34
Outaouais³	590	588	706	791	864

Graphique 36 : Taux d'incidence des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* déclarées, Outaouais et le Québec, 2005 à 2009

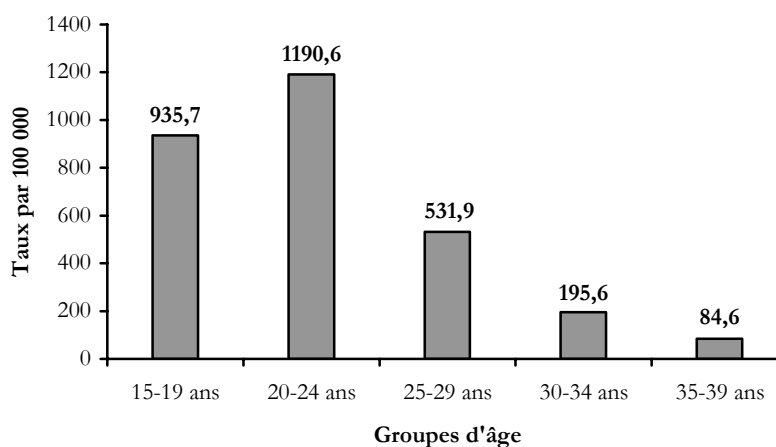


3 Deux cent vingt-neuf cas proviennent de CLSC inconnus.

Graphique 37 : Taux d'incidence des infections génitales à Chlamydia trachomatis déclarées selon le sexe, Outaouais et le Québec, 2005 à 2009



Graphique 38 : Taux d'incidence des infections génitales à Chlamydia trachomatis déclarées selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2005-2009



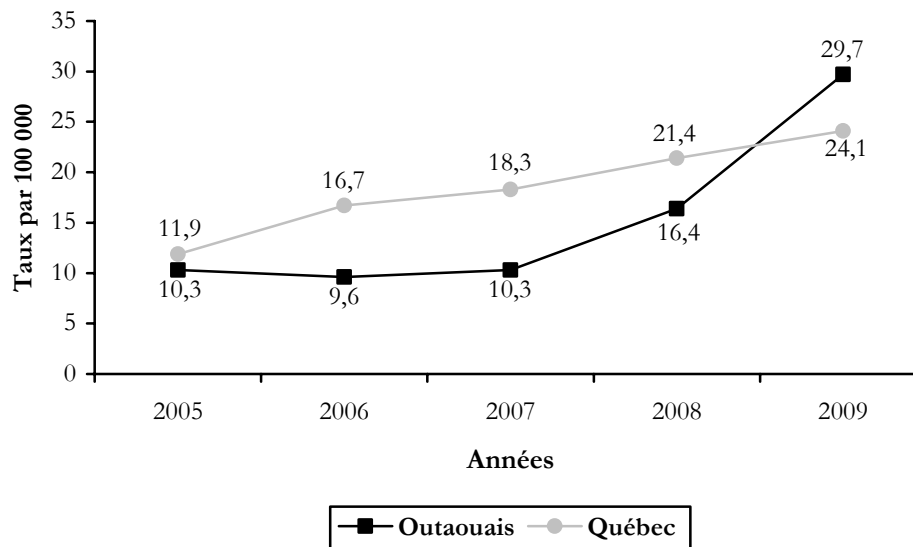
Les taux d'incidence des infections génitales à Chlamydia trachomatis sont en augmentation constante, et ce, dans l'ensemble du Québec comme en Outaouais. Les jeunes adultes sont de loin le groupe d'âge le plus touché et les jeunes femmes font l'objet d'un diagnostic environ deux à trois fois plus fréquemment que les jeunes hommes. Les taux observés chez les femmes de l'Outaouais excèdent de plus en plus les taux québécois correspondants.

Infections gonococciques

Tableau 46 : Nombre de cas déclarés d'infections gonococciques, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2005 à 2009

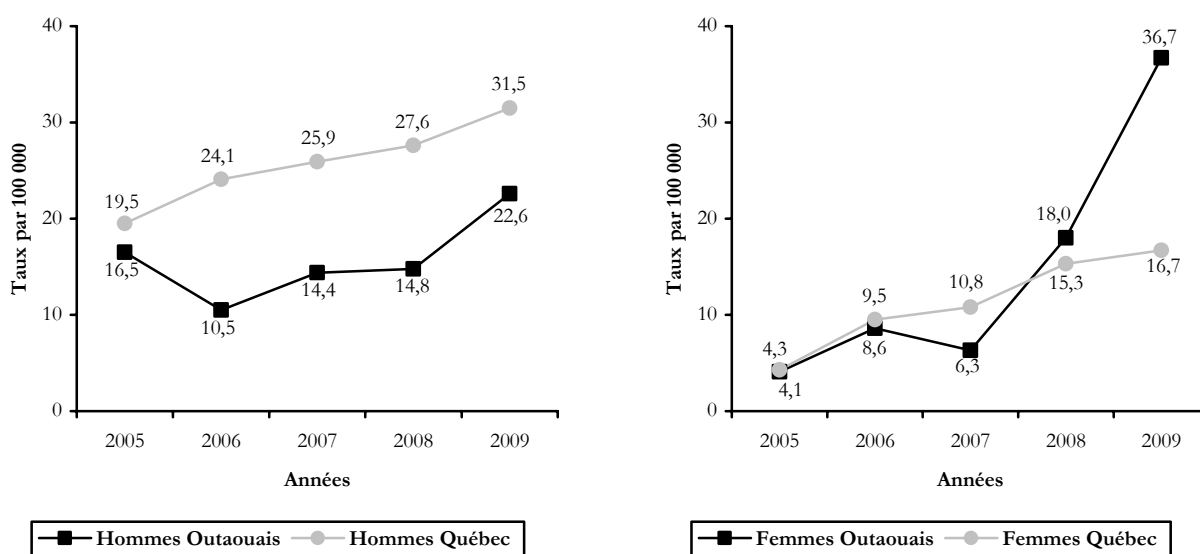
CSSS et CLSC	2005	2006	2007	2008	2009
	n	n	n	n	n
CSSS Gatineau	27	22	30	40	63
CLSC Hull	14	12	16	15	27
CLSC Gatineau	11	9	11	21	30
CLSC Aylmer	2	1	3	4	6
CSSS Papineau	2	4	3	5	11
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	2	4	3	5	10
CLSC Petite-Nation	0	0	0	0	1
CSSS Collines	1	2	2	5	5
CSSS Pontiac	2	2	1	1	5
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	1	0	0	3	11
Outaouais⁴	35	33	36	58	106

Graphique 39 : Taux d'incidence des infections gonococciques déclarées, Outaouais et le Québec, 2005 à 2009

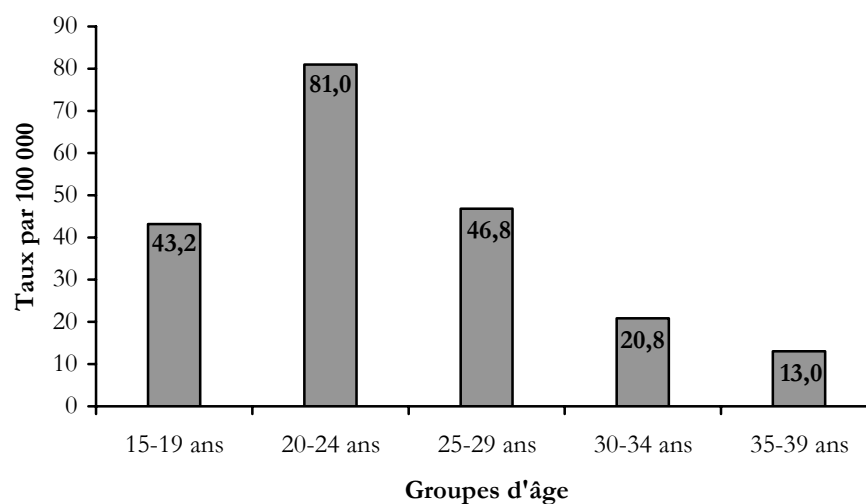


4 Vingt cas proviennent de CLSC inconnus.

Graphique 40 : Taux d'incidence des infections gonococciques déclarées selon le sexe, Outaouais et le Québec, 2005 à 2009



Graphique 41 : Taux d'incidence des infections gonococciques déclarées selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2005-2009



Les taux d'incidence des infections gonococciques sont en augmentation depuis quelques années. La prédominance féminine et la prédilection pour les jeunes adultes sont moins marquées que pour la chlamydie génitale. Cependant, comme c'était le cas pour la chlamydie, les taux des femmes sont beaucoup plus élevés que ceux des hommes et le taux d'incidence observé chez les femmes de l'Outaouais dépasse maintenant le taux québécois.

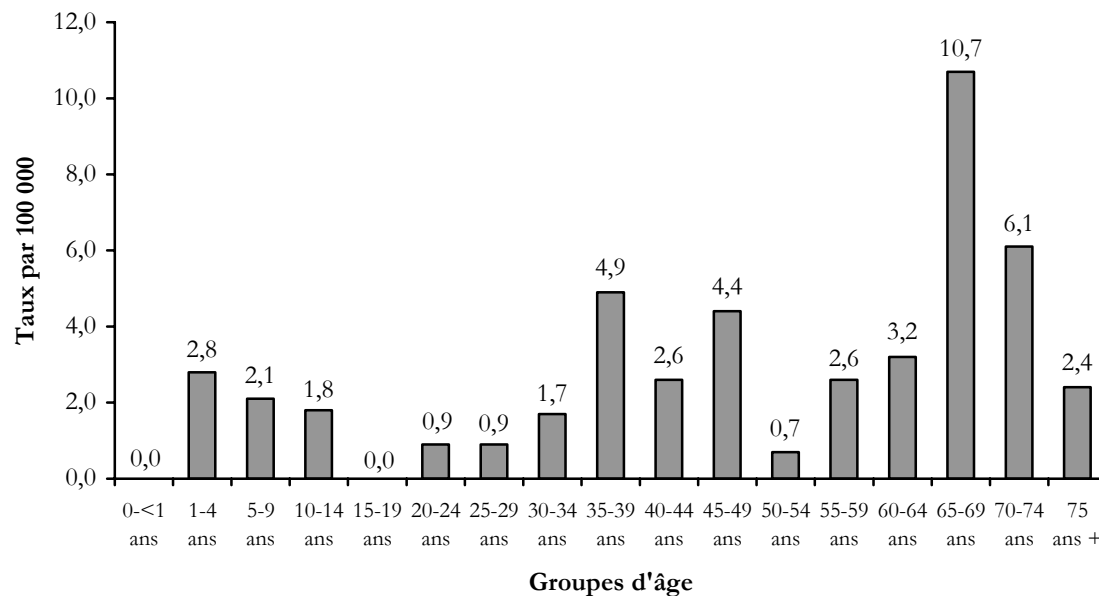
AUTRES MADO

Infections invasives à streptocoques du groupe A

Tableau 47 : Nombre d'infections invasives à streptocoques du groupe A déclarées, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2005 à 2009

CSSS et CLSC	2005	2006	2007	2008	2009
	n	n	n	n	n
CSSS Gatineau	2	6	5	9	8
CLSC Hull	1	1	3	4	0
CLSC Gatineau	1	5	2	5	6
CLSC Aylmer	0	0	0	0	2
CSSS Papineau	0	1	2	1	0
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	0	0	0	0	0
CLSC Petite-Nation	0	1	2	1	0
CSSS Collines	0	1	2	0	2
CSSS Pontiac	0	0	0	2	1
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	1	1	1	0	0
Outaouais	3	9	10	12	12⁵

Graphique 42 : Taux d'incidence des infections invasives à streptocoques du groupe A déclarées selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2005 à 2009



Responsable notamment de nombreux cas sévères de fasciite nécrosante et surnommé pour cette raison « la bactérie mangeuse de chair », le streptocoque β -hémolytique du groupe A a été associé à un nombre croissant d'infections déclarées au cours des dernières années en Outaouais et au Québec. Tous les groupes d'âge sont à risque, mais les taux d'incidence sont beaucoup plus élevés à partir de la soixantaine au Québec et en Outaouais.

⁵ Un cas provient de CLSC inconnu.

SOMMAIRE

Les MADO d'origine infectieuse font l'objet d'une vigilance accrue au Québec et les données relatives aux cas déclarés se retrouvent dans le fichier provincial constitué et maintenu à cet effet.

Parmi les infections faisant l'objet de cette vigilance, certaines montrent des tendances dans le temps qui sont préoccupantes. L'augmentation rapide des taux d'ITSS pose un grand défi aux autorités de santé publique, notamment pour rejoindre, informer et mobiliser les différents milieux concernés, particulièrement ceux où évoluent les jeunes, le groupe le plus atteint. La lutte aux ITSS interpelle aussi, plus largement, tout le réseau de la santé et des services sociaux, notamment pour une meilleure coordination des services de dépistage, de suivi et de traitement. Par ailleurs, les infections gastro-intestinales restent très fréquentes dans la population, mais une proportion importante d'entre elles ne sont pas diagnostiquées ou déclarées (données non présentées). Enfin, les taux d'infections invasives causées par le streptocoque du groupe A (choc toxique, fasciite nécrosante) sont en augmentation constante en Outaouais, au Québec et dans l'ensemble des pays développés depuis la fin des années 80, sans que les causes de ce phénomène puissent être clairement identifiées.

PROPORTION DE LOGEMENTS PRIVÉS NÉCESSITANT DES RÉPARATIONS MAJEURES

MISE EN CONTEXTE

La qualité du logement est associée à de nombreux problèmes de santé, notamment en lien avec la sécurité des occupants et la qualité de l'air intérieur. Cet indicateur ne mesure cependant pas directement la proportion des logements qui sont « insalubres » dans une communauté, c'est-à-dire ceux qui peuvent « porter atteinte à la santé ou à la sécurité des résidents ou du public en raison de l'utilisation qui en est faite ou de l'état dans lequel ils se trouvent » (Ville de Montréal, 2003). Comme il faut disposer d'un certain montant d'argent pour effectuer des réparations majeures, les logements qui sont dans un tel état sont plus susceptibles d'être occupés par des personnes et des familles pauvres. Il faut noter cependant que la définition de « réparations majeures » utilisée par Statistique Canada ne correspond pas à celle de la Régie du logement du Québec ni nécessairement à celles des municipalités et organismes qui émettent notamment des règlements pour obliger les propriétaires de logements à effectuer des réparations jugées essentielles.

DÉFINITION

La *proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures* est établie à partir de la proportion de logements privés, occupés par des résidents habituels, qui nécessitent des réparations majeures. L'état du logement indique si, selon le répondant, le logement nécessite des réparations (à l'exception des rénovations ou des ajouts souhaités). Les catégories de réponses possibles sont : 1) non, seulement un entretien régulier; 2) oui, des réparations mineures et 3) oui, des réparations majeures (Statistique Canada, 2007).

« L'entretien régulier correspond à des travaux comme la peinture, le nettoyage du système de chauffage, etc. Des réparations mineures sont nécessaires dans les cas suivants : carreaux de plancher détachés ou manquants, briques descellées, bardeaux arrachés, marches, rampes ou revêtement extérieur défectueux, etc. Il faut effectuer des réparations majeures lorsque la plomberie ou l'installation électrique est défectueuse, que la charpente des murs, des planchers ou des plafonds doit être réparée, etc. » (Statistique Canada, 2007).

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 2001 et de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre de logements privés occupés par des résidents habituels nécessitant des réparations majeures}}{\text{Total des logements privés occupés par des résidents habituels}} \times 100$$

LIMITES

En raison de l'élargissement apporté à la définition de logement privé en 2001 (élimination de l'exigence d'accès en permanence à l'eau potable), on dénombre dorénavant un plus grand nombre de *logements privés* qu'auparavant au Canada, notamment par l'inclusion de nombreux logements saisonniers. Par ailleurs, les résultats des questions portant sur l'état du logement dans le questionnaire long (2B) du recensement peuvent être interprétés différemment selon que les répondants sont propriétaires ou locataires.

SOMMAIRE

La proportion des logements nécessitant des réparations majeures est demeurée à peu près inchangée au Québec depuis 2001, soit autour de 8 %. La proportion de ces logements est légèrement plus élevée en Outaouais que dans l'ensemble de la province en 2001 et en 2006. En général, les proportions sont plus élevées dans les secteurs ruraux, surtout dans les territoires du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau ainsi que dans la Petite-Nation. L'interprétation de cet indicateur doit notamment tenir compte de la proportion de logements de construction récente qui ne demandent pas autant d'entretien au cours des premières années.

Tableau 48 : Répartition (%) des logements privés selon l'état du logement, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2001**

CSSS et CLSC	Réparations mineures	Réparations majeures	Entretien régulier
	%	%	%
CSSS Gatineau	25,6	7,0	67,4
CLSC Hull	24,1	7,9	68,0
CLSC Gatineau	25,4	6,2	68,4
CLSC Aylmer	30,1	7,1	62,8
CSSS Papineau	24,0	9,3	66,8
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	23,5	7,9	68,6
CLSC Petite-Nation	24,9	11,8	63,3
CSSS Collines	30,2	8,7	61,1
CSSS Pontiac	32,5	13,5	53,9
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	30,1	12,7	57,2
Outaouais	26,4	8,2	65,4
Ensemble du Québec	26,3	7,8	65,9

Tableau 49 : Répartition (%) des logements privés selon l'état du logement, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2006**

CSSS et CLSC	Réparations mineures	Réparations majeures	Entretien régulier
	%	%	%
CSSS Gatineau	28,1	7,0	64,8
CLSC Hull	29,1	7,7	63,2
CLSC Gatineau	27,0	6,3	66,7
CLSC Aylmer	29,3	7,6	62,9
CSSS Papineau	28,1	8,8	62,8
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	26,9	7,6	65,3
CLSC Petite-Nation	30,4	11,1	58,1
CSSS Collines	28,3	10,3	61,4
CSSS Pontiac	33,9	12,8	53,2
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	29,8	13,1	57,1
Outaouais	28,6	8,3	63,1
Ensemble du Québec	27,7	7,7	64,6

RÉPARTITION DE LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE SELON LE MODE DE TRANSPORT UTILISÉ POUR SE RENDRE AU TRAVAIL

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur permet d'évaluer l'importance relative des différentes façons par lesquelles les personnes *actives occupées* se rendent à leur lieu de travail. Dans les faits, le choix d'un mode de transport dépend surtout de la distance à parcourir, de la géographie, de la disponibilité des moyens, du type de structure familiale, du niveau de revenu et de l'état de santé des personnes. À la marge, l'indicateur devrait permettre de mesurer les changements relatifs dans les modes de transport utilisés qui sont induits, en général, par les efforts des différents niveaux de gouvernement et ceux de la population pour réduire la dépendance à l'automobile et encourager le transport en commun, le covoiturage ou, mieux encore, le transport actif.

DÉFINITION

La *répartition de la population active occupée selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail* correspond à la proportion de la population active occupée âgée de **15 ans et plus** ayant un lieu habituel de travail ou n'ayant pas d'adresse de travail fixe, selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail, par rapport à la population active occupée âgée de 15 ans et plus. La population active correspond aux personnes qui étaient occupées pendant la semaine ayant précédé le jour du recensement, qu'elles aient été au travail, temporairement absentes de leur travail à cause de vacances, d'une maladie, d'un conflit de travail ou pour d'autres raisons (Statistique Canada, 2003c).

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales proviennent des recensements de 1996 et de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population active occupée âgée de 15 ans et plus ayant un lieu habituel de travail ou n'ayant pas d'adresse de travail fixe, selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail}}{\text{Population active occupée âgée de 15 ans et plus ayant un lieu habituel de travail ou n'ayant pas d'adresse de travail fixe}} \times 100$$

LIMITES

Les répondants devaient inscrire le moyen de transport utilisé le plus souvent pour faire la navette entre le domicile et le travail. Les personnes qui utilisaient plus d'un moyen de transport devaient indiquer seulement celui qu'elles utilisaient pour faire la plus grande partie du trajet. En conséquence, la question ne permet pas d'obtenir des données sur l'utilisation de plusieurs modes de transport, sur la variation saisonnière dans le choix du mode de transport, ni sur les déplacements faits à d'autres fins que pour effectuer la navette entre le domicile et le travail (Statistique Canada, 2002c).

SOMMAIRE

On observe depuis une dizaine d'années une légère diminution de la proportion de personnes qui se déclarent « conducteurs » en Outaouais et dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, l'augmentation concomitante de la proportion d'utilisateurs du transport en commun a été plus forte en Outaouais, et évidemment en Outaouais urbain, que dans l'ensemble de la province. Deux secteurs se démarquent pour les déplacements à pied, soit la Petite-Nation et le secteur de Hull. Les déplacements à bicyclette sont relativement rares et constituent un phénomène surtout urbain. La région accuse encore un léger retard sur l'ensemble du Québec pour ce qui est du transport actif. Les changements se font toutefois dans la bonne direction.

Tableau 50 : Répartition (%) de la population active occupée selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1996

CSSS et CLSC	Conducteur ⁶	Passager ⁷	Transport en commun	À pied	À bicyclette	Autres moyens ⁸
	%	%	%	%	%	%
CSSS Gatineau	70,3	9,9	13,2	4,3	1,6	0,6
CLSC Hull	64,6	8,5	16,2	7,7	2,3	0,6
CLSC Gatineau	74,3	10,9	10,4	2,6	1,1	0,7
CLSC Aylmer	68,2	9,5	16,3	3,7	1,7	0,6
CSSS Papineau	80,0	8,7	2,2	7,8	0,7	0,6
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	79,6	9,8	2,9	6,5	0,7	0,5
CLSC Petite-Nation	80,9	6,1	0,5	11,0	0,6	0,7
CSSS Collines	84,6	10,8	1,8	1,7	0,4	0,6
CSSS Pontiac	80,4	9,5	2,3	5,4	1,1	1,2
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	80,8	8,4	0,3	9,0	0,3	0,8
Outaouais	73,7	9,8	9,7	4,8	1,3	0,7
Ensemble du Québec	73,1	6,0	11,8	7,4	1,0	0,7

Tableau 51 : Répartition (%) de la population active occupée selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006

CSSS et CLSC	Conducteur ⁶	Passager ⁷	Transport en commun	À pied	À bicyclette	Autres moyens ⁸
	%	%	%	%	%	%
CSSS Gatineau	65,7	9,2	17,0	5,2	2,1	0,8
CLSC Hull	57,3	7,7	21,3	9,4	3,3	1,0
CLSC Gatineau	70,9	9,6	13,9	3,3	1,5	0,8
CLSC Aylmer	66,0	10,6	18,0	3,1	1,7	0,6
CSSS Papineau	80,2	6,9	5,6	6,0	0,4	0,9
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	79,6	7,6	7,2	4,4	0,4	0,8
CLSC Petite-Nation	81,8	5,2	1,5	9,9	0,6	1,1
CSSS Collines	85,8	8,3	3,0	1,6	0,5	0,9
CSSS Pontiac	82,3	9,9	1,8	4,8	0,3	0,8
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	82,3	8,6	1,5	6,2	0,6	0,8
Outaouais	71,0	8,8	12,7	5,0	1,6	0,8
Ensemble du Québec	72,7	5,5	12,8	6,6	1,4	0,9

6 Conducteur : automobile, camion ou fourgonnette.

7 Passager : automobile, camion ou fourgonnette.

8 Autres moyens : motocyclette, taxi ou autre moyen de transport.

TAUX D'INCIDENCE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES DÉCLARÉES ET INDEMNISÉES PAR LA CSST

MISE EN CONTEXTE

Le taux d'incidence des lésions professionnelles fournit des renseignements sur les risques de lésions qui sont suffisamment importantes pour être déclarées par les travailleurs et indemnisées par la CSST. Ces renseignements sont particulièrement utiles pour la priorisation des interventions de prévention dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

DÉFINITION

Une lésion professionnelle correspond à une maladie ou à un traumatisme lié au travail. Toutes les lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST, sauf celles dont la nature ou le siège correspondent à des « appareils prosthétiques », sont considérées *admissibles*. La population active occupée âgée de **15 ans et plus** inclut les travailleurs ayant un lieu habituel de travail au Québec. Les travailleurs autonomes sont exclus de ces statistiques, puisque très peu d'entre eux sont couverts par le régime d'indemnisation des lésions professionnelles et déclarent une lésion professionnelle à la CSST. Les données présentées sont calculées à partir du lieu de travail et non du lieu de résidence.

SOURCES

Les données au numérateur proviennent du fichier des lésions professionnelles. Celles au dénominateur proviennent plutôt des recensements de 2001 et de 2006 de Statistique Canada.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas de lésions professionnelles déclarées et acceptées pour une année de recensement}}{\text{Population active occupée âgée de 15 ans et plus pour la même année de recensement}} \times 1000$$

LIMITES

Les lésions professionnelles déclarées et acceptées sous-estiment l'ensemble des lésions professionnelles qui surviennent dans le milieu de travail. Toutes les lésions liées au travail ne sont pas systématiquement déclarées à la CSST. Par ailleurs, certaines catégories de lésions ne sont pas souvent acceptées par la CSST. Certaines professions et certains secteurs d'activités économiques sont mal couverts au chapitre de l'indemnisation (ex. : agriculture), puisqu'ils comportent un grand nombre de travailleurs autonomes qui ne sont pas couverts par la CSST. Le nombre de lésions professionnelles déclarées et acceptées correspond à un nombre d'événements (lésions) et non à un nombre d'individus (travailleurs). Un travailleur peut être victime de plus d'une lésion au cours d'une même période. Les données infrarégionales sont disponibles uniquement par territoire de CSSS à l'ISP du MSSS.

SOMMAIRE

Les données sur l'ensemble des lésions pour la région de l'Outaouais indiquent qu'elles ont connu un plateau historique de plus de 3000 par année entre 2001 et 2004. En 2008, le nombre de lésions se situait légèrement sous la barre des 2500 cas. Le taux d'incidence de la région en 2006 était significativement plus bas que celui de l'ensemble du Québec (21,7 % vs 35,2 %). Les estimations par CSSS pour la même année démontrent des taux plus faibles que dans l'ensemble du Québec pour les territoires de Gatineau, des Collines et du Pontiac. Les taux sont généralement de deux à trois fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les taux les plus élevés sont observés chez les hommes âgés de 15 à 24 ans et les taux diminuent à mesure que l'âge moyen des travailleurs augmente (données non présentées).

Graphique 43 : Nombre de cas de lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST, Outaouais, région de travail, 1997 à 2008

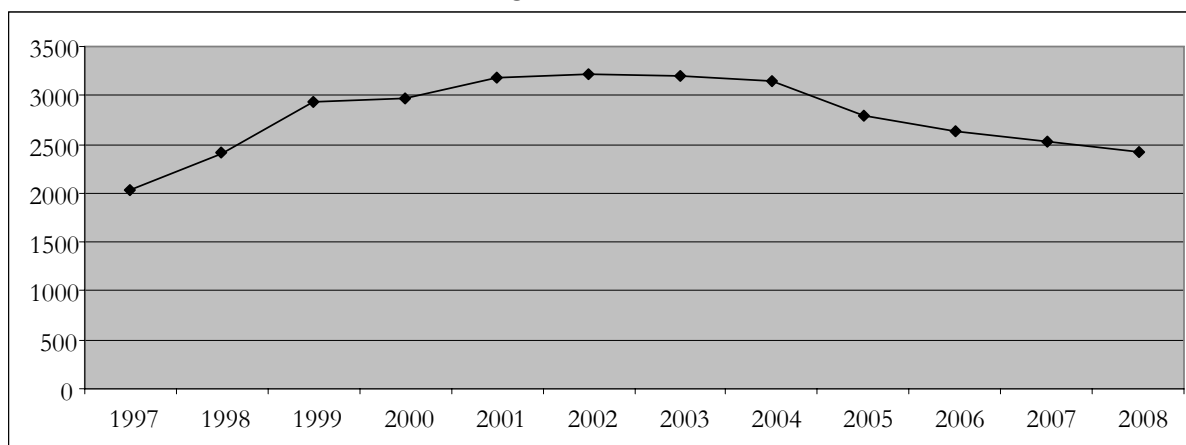
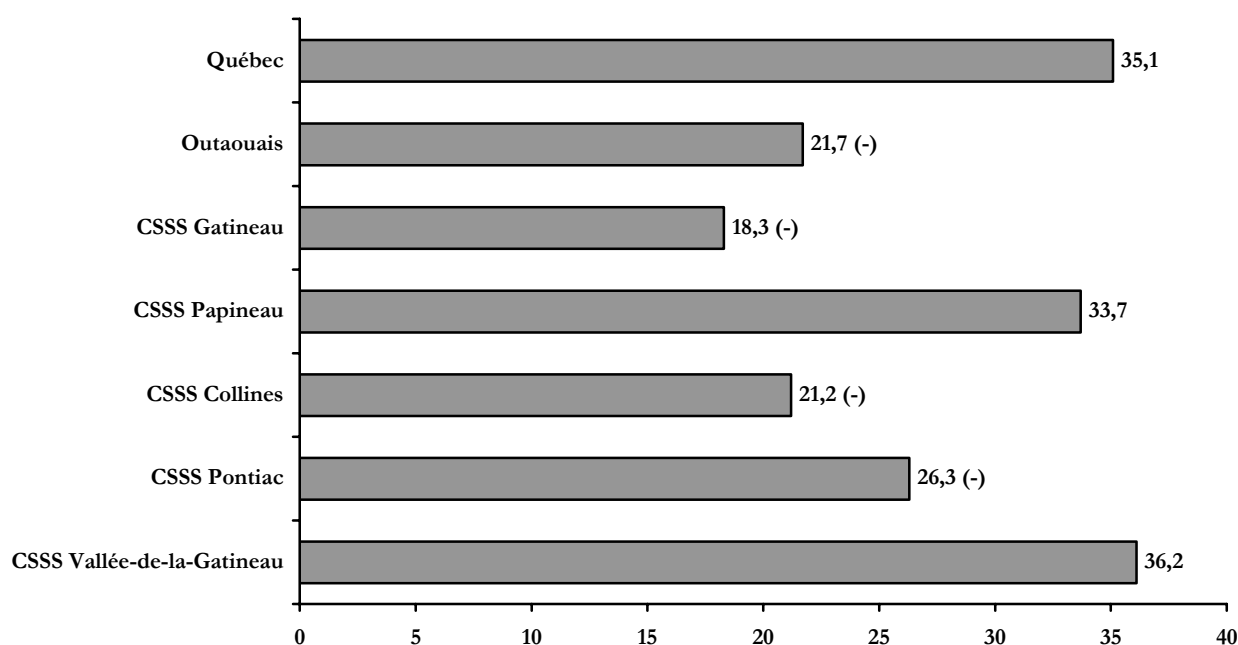


Tableau 52 : Nombre de cas et taux d'incidence (pour 1000) des lésions professionnelles déclarées et indemnisées, région de travail, pour l'Outaouais et le Québec, 2001 et 2006

Lésions professionnelles	2001				2006			
	Outaouais		Ensemble du Québec		Outaouais		Ensemble du Québec	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Traumatismes	1726	15,6	78 264	24,8	1446	11,9	68 061	20,1
Maladies	1461	13,2	59 209	18,7	1195	9,8	50 523	14,9
Troubles musculosquelettiques	1312	11,8	78 187	24,7	1040	8,6	67 992	20,1
Total *	3187	28,7	137 473	43,5	2641	21,7	118 584	35,1

* Le total de lésions correspond au cumul des traumatismes et des maladies.

Graphique 44 : Taux d'incidence (pour 1000) des lésions professionnelles déclarées et indemnisées, région de travail par territoires de CSSS, 2006



(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

PROPORTION DE LA POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ MENTALE

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. Il est analogue à celui qui est utilisé dans les enquêtes pour évaluer la perception de son état de santé en général. L'indicateur est habituellement utilisé en lien avec des mesures de différentes facettes de la santé mentale, comme l'indice de détresse psychologique, et des mesures psychosociales, par exemple le soutien social, la satisfaction dans sa vie et le stress perçu.

DÉFINITION

Ce concept est mesuré à partir d'une seule question : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est... 1) excellente; 2) très bonne; 3) bonne; 4) passable; 5) mauvaise? ». La *proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale* correspond à la proportion de la population se disant en « passable » ou en « mauvaise » santé mentale.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

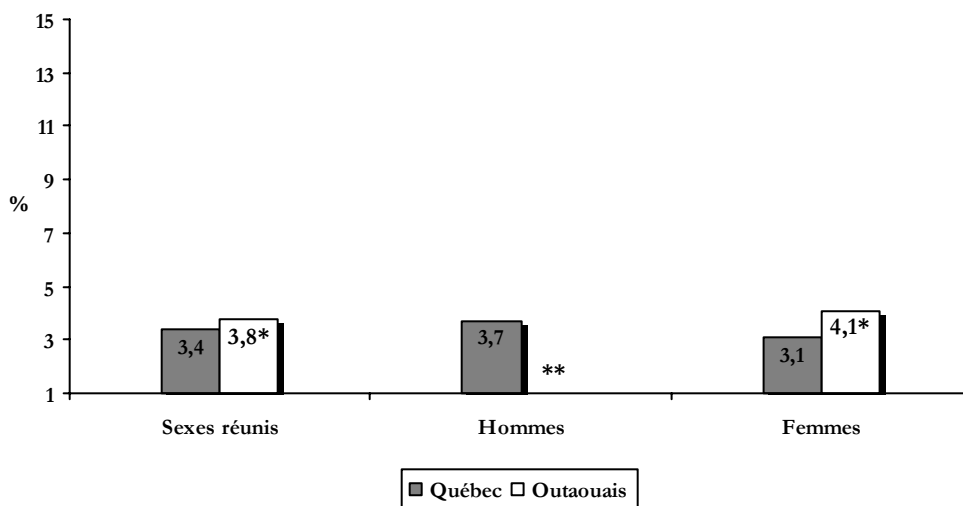
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus se percevant en passable ou en mauvaise santé mentale}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais la plupart peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. Le présent indicateur est particulièrement sensible au phénomène de la « désirabilité sociale », un biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. De plus, il faut être vigilant lorsque l'on compare ces estimations avec celles provenant d'autres sources, puisque les définitions de « [...] pas en bonne santé mentale » peuvent varier selon les choix et les regroupements de réponses utilisés.

Graphique 45 : Proportion (%) de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale, Outaouais et le Québec, **2007-2008**



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Tableau 53 : Proportion (%) de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2007-2008

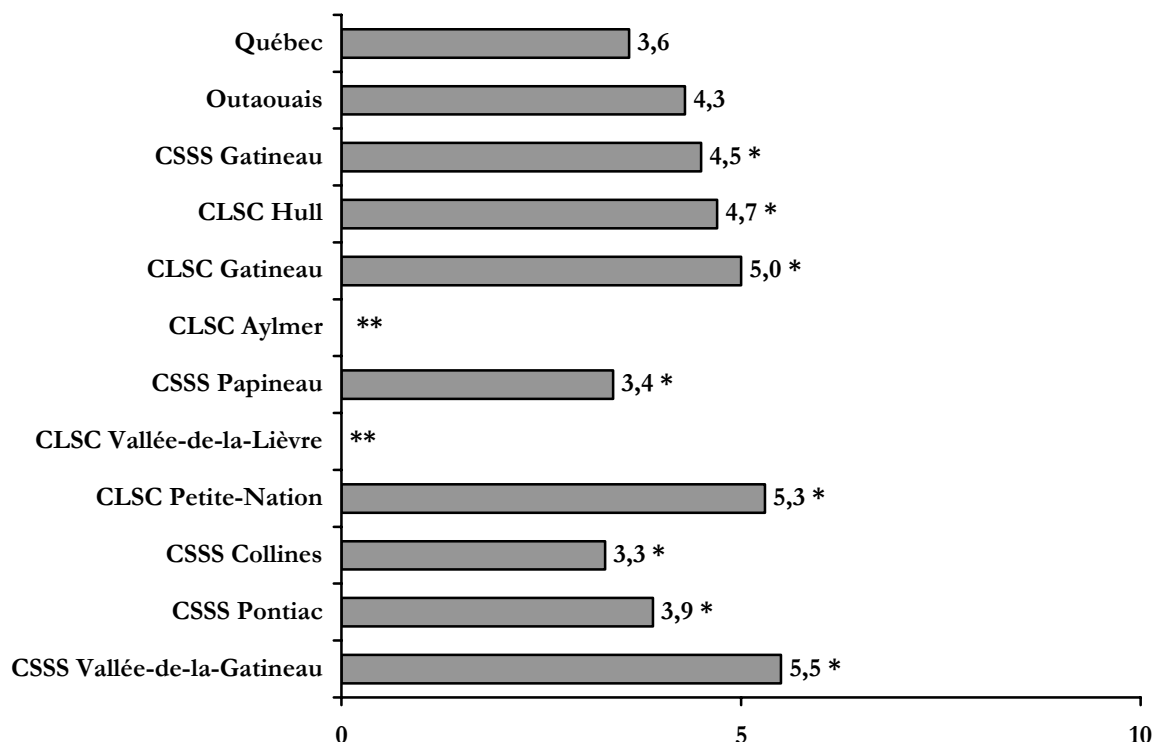
	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	**	—	—
45 – 64 ans	**	—	—
65 ans et plus	**	—	—
Total - 12 ans et plus	3,8*	(2,8 – 5,0)	11 500

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Graphique 46 : Proportion (%) de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

SOMMAIRE

Les données pour la région de l'Outaouais en 2007-2008 indiquent que 3,8 % des répondants âgés de 12 ans et plus ne se perçoivent pas en bonne santé mentale. Cette mesure, qu'il faut interpréter avec prudence, ne diffère pas beaucoup de celle du Québec dans son ensemble. Les données ne nous permettent pas d'estimer la prévalence dans les différents groupes d'âge. Les estimations par CSSS et par CLSC en 2003 ne peuvent pas non plus être interprétées de façon ferme sur le plan statistique, mais plusieurs estimations semblent supérieures à la mesure québécoise.

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UN NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

MISE EN CONTEXTE

La détresse psychologique est un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété. Cet indicateur constitue une mesure non spécifique de l'état de santé mentale d'une population, pouvant être utile quand peu de données sur la santé mentale sont disponibles (Camirand et Nanhou, 2008).

DÉFINITION

Cet indicateur est construit à partir de six questions : « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti : nerveux, désespéré, agité ou incapable de tenir en place, si déprimé que plus rien ne pouvait vous faire sourire, que tout était un effort (à ce point fatigué que tout est un effort), bon à rien? » Les choix de réponses aux questions sont les suivants : 1) tout le temps; 2) la plupart du temps; 3) parfois; 4) rarement; 5) jamais. Des scores ont été calculés par la suite, variant de 0 à 24. Plus le score est élevé, plus la détresse psychologique est prononcée. La *proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique* est constituée des personnes ayant obtenu un score de 7 ou plus à cette échelle.

SOURCES

Les données provinciales et régionales présentées proviennent de l'EQSP 2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **15 ans et plus**. Des informations infrarégionales ne sont pas disponibles avec cette enquête pour la région de l'Outaouais.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique}}{\text{Population totale âgée de 15 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais la plupart peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. Le présent indicateur est en outre particulièrement sensible au phénomène de la « désirabilité sociale », un biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Cet indicateur est également disponible dans plusieurs cycles de l'ESCC. La comparaison entre les données de l'EQSP et celles de l'ESCC est difficile à cause de différences méthodologiques. De plus, les seuils utilisés pour déterminer la proportion de la population se situant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique ne sont pas toujours les mêmes d'un pays à l'autre et d'une enquête à l'autre, faisant ainsi varier grandement les proportions obtenues.

Graphique 47 : Proportion (%) de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique, Outaouais et le Québec, 2008

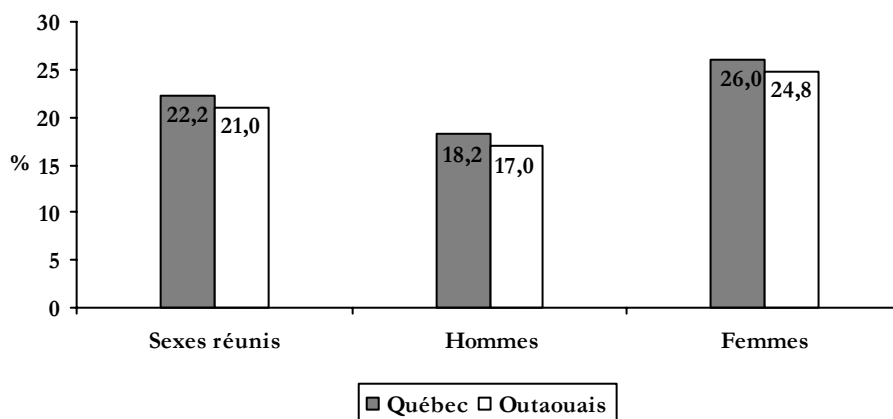


Tableau 54 : Proportion (%) de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2008

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
15 - 24 ans	22,6*	(16,0 – 29,6)	10 500
25 – 44 ans	22,4	(19,0 – 26,0)	22 200
45 – 64 ans	19,3	(16,4 – 22,6)	19 800
65 ans et plus	20,2	(14,9 – 26,0)	7 700
Total – 15 ans et plus	21,0	(19,0 – 23,1)	60 300

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

SOMMAIRE

Les données de l'EQSP 2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 21,0 % des répondants âgés de 15 ans et plus auraient un niveau élevé de détresse psychologique. Cette proportion est presque similaire à celle observée dans l'ensemble du Québec et dans la plupart des autres régions, à l'exception de Montréal, où 24,5 % de la population vit un état de détresse psychologique élevée.

Le pourcentage de personnes rapportant une détresse psychologique élevée mesuré par l'ESCC 2005 dans les autres provinces canadiennes est nettement moins élevé que celui observé au Québec : 12,3 % en Saskatchewan, 12,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard, 14,5 % en Alberta et 14,9 % en Colombie-Britannique. Selon l'ISQ, cette différence s'expliquerait, du moins en partie, par le stress au travail. « Les Québécois sont, en proportion, les Canadiens vivant le plus un état de stress quotidien et de stress au travail élevé » (Camirand et Nanhou, 2008).

D'un point de vue régional, nous estimons que 60 300 personnes résidant en Outaouais déclarent ressentir des émotions négatives à un niveau jugé problématique. Par ailleurs, les Québécois et les résidents de l'Outaouais les plus touchés par un état de détresse psychologique élevée sont les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans ainsi que ceux qui ont un faible revenu.

Les données québécoises permettent de pousser plus loin cette analyse. Ainsi, les femmes québécoises (26 %) sont plus nombreuses que les hommes (19,5 %) à souffrir de détresse psychologique élevée, et ce, quel que soit leur groupe d'âge. Mais l'écart entre les sexes ressort de façon plus marquée chez les 15 à 24 ans, parmi lesquels la détresse psychologique touche 26,6 % des hommes et 40,4 % des femmes.

Lorsqu'on tient compte du revenu du ménage, 30,5 % des personnes vivant avec un faible revenu au Québec sont atteintes de détresse psychologique à un degré élevé, comparativement à 17,5 % parmi ceux ayant un revenu supérieur.

L'état matrimonial est également un facteur de risque. Au Québec, la détresse psychologique touche 17,6 % des gens mariés et 22,4 % de ceux vivant en union libre. Cette proportion est de 26,6 % chez les personnes divorcées et de 31 % chez les célibataires n'ayant jamais été mariés.

Enfin, les Québécois en état de détresse psychologique sont plus nombreux chez ceux qui s'estiment en mauvaise santé (43 %), comparativement à ceux qui ont une bonne (26,3 %), très bonne (20,3 %) ou excellente (13,9 %) perception de leur santé.

PROPORTION DE LA POPULATION ÉPROUVANT UN NIVEAU DE STRESS QUOTIDIEN ÉLEVÉ

MISE EN CONTEXTE

Fondamentalement, le stress est un phénomène d'adaptation dont l'objectif principal est de donner une réponse appropriée en vue de préserver l'intégrité physique et psychique de la personne. Il s'agit donc d'un mécanisme essentiel à la survie. Le degré de stress ressenti dépend surtout de la façon dont les individus réagissent à des situations données et du soutien social dont ils bénéficient. Le stress aurait un rôle à jouer dans la plupart des problèmes de santé mentale. Il peut mener à la dépression et à l'anxiété et peut aussi contribuer notamment à l'apparition ou à l'aggravation des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'asthme, des infections, des maux de tête et de l'obésité.

DÉFINITION

Ce concept est mesuré à partir d'une seule question : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont stressantes? 1) pas du tout; 2) pas tellement; 3) un peu; 4) assez; 5) extrêmement ». La *proportion de la population éprouvant un niveau de stress quotidien élevé* correspond à la proportion de la population disant éprouver un stress quotidien « assez » ou « extrêmement » élevé.

SOURCES

Les données régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **18 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 18 ans et plus éprouvant un niveau de stress quotidien assez ou extrêmement élevé}}{\text{Population totale âgée de 18 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

Cet indicateur est particulièrement sensible au phénomène de la « désirabilité sociale », un biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. De plus, il faut être vigilant lorsque l'on compare ces estimations avec celles provenant d'autres sources, puisque les définitions de « [...] éprouvant un niveau de stress quotidien élevé » peuvent varier selon les choix et les regroupements de réponses utilisés. De plus, certaines sources présentent des données pour des répondants âgés de 15 ans et plus.

Graphique 48 : Proportion (%) de la population éprouvant un niveau de stress quotidien élevé, Outaouais et le Québec, 2007-2008

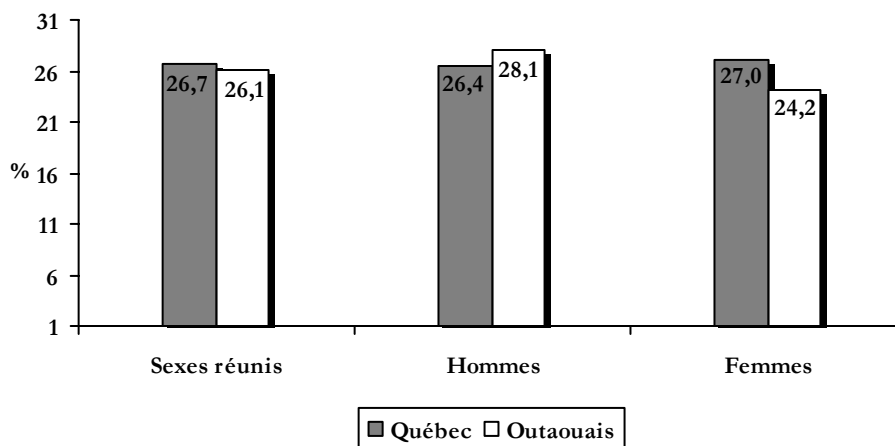
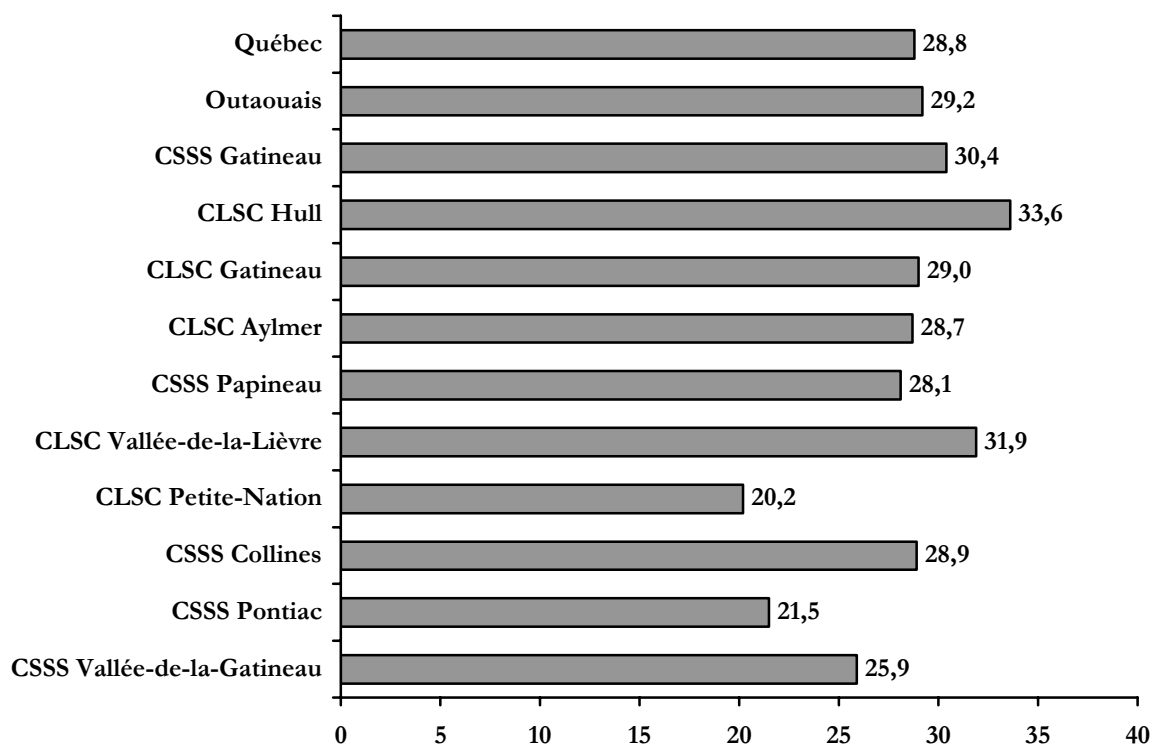


Tableau 55 : Proportion (%) de la population éprouvant un niveau de stress quotidien élevé selon certains groupes d'âge, Outaouais, **2007-2008**

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
18 – 44 ans	27,0	(22,4 – 32,5)	36 000
45 – 64 ans	30,4	(24,6 – 36,1)	31 000
65 ans et plus	**	–	–
Total – 18 ans et plus	26,1	(22,6 – 29,5)	71 100

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Graphique 49 : Proportion (%) de la population éprouvant un niveau de stress quotidien élevé, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2003**



SOMMAIRE

Les données d'enquête de 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 26,1 % des répondants âgés de 18 ans et plus disent éprouver un niveau de stress quotidien élevé, comparativement à 26,7 % pour l'ensemble du Québec. Plus de 71 000 personnes auraient un niveau de stress élevé dans la région. La proportion la plus élevée se retrouve chez les personnes âgées de 45 à 64 ans et la littérature nous indique qu'effectivement, le stress est beaucoup plus fréquent chez les travailleurs. Les estimations infrarégionales les plus élevées en 2003 se retrouvaient sur les territoires de CLSC de Hull et de la Vallée-de-la-Lièvre.

TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE

MISE EN CONTEXTE

On enregistre actuellement environ 1100 suicides par année au Québec (environ 2 % du total des décès), parmi lesquels on compte à peu près 850 hommes et 250 femmes. Après un sommet atteint en 1999, le taux ajusté de suicide a diminué en moyenne de près de 4 % par année au Québec durant la période 1999-2008. La baisse moyenne a été de 2 % par année chez les femmes et elle a été encore plus importante chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans (7 %). Chez les hommes, une baisse significative a été constatée dans tous les groupes d'âge, bien que l'ampleur de celle-ci varie d'un groupe à l'autre. Les adolescents (15-19 ans) ont connu la baisse la plus importante (12 %), puis les 20-34 ans (7 %), la baisse dans les autres groupes d'âge étant inférieure à 4 % par année en moyenne. Enfin, malgré la baisse des taux de suicide, le Québec est encore la province qui présente les taux les plus élevés au Canada (INSPQ, 2010). En comparaison avec les pays industrialisés, le Québec a aussi un taux élevé, comparable à ceux de la France, de la Suisse et de l'Autriche (INSPQ, 2007).

DÉFINITION

Le *taux de mortalité par suicide* est le rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par suicide, à la population moyenne pour la période. Sur le formulaire de décès, les suicides sont identifiés à partir des circonstances de la mort violente. Au Québec et au Canada, les causes de décès sont classifiées selon la *Classification internationale des maladies* (CIM)-9 pour les années 1981 à 1999 et selon la CIM-10 depuis 2000. Dans la CIM-9, les décès par suicide sont définis à partir des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements et correspondent aux codes E950 à E959. Dans la CIM-10, les suicides correspondent aux codes X60 à X84 (lésions auto-infligées) et Y87.0 (séquelle d'une lésion auto-infligée).

SOURCES

Pour le calcul de cet indicateur, le fichier des décès du MSSS au numérateur et les estimations et les projections démographiques du MSSS au dénominateur ont été utilisés. Les données sur les suicides peuvent être obtenues à partir de deux sources : le fichier des décès et le fichier du Bureau du coroner. Depuis plusieurs années, l'ISQ et le Bureau du coroner collaborent afin que soit inclus dans le fichier des décès le plus grand nombre de cas soumis aux coroners (Bureau de la statistique du Québec (BSQ), 1996). Le fichier des décès permet de suivre le phénomène du suicide sur une plus longue période que les données du coroner. Par contre, les données du coroner fournissent plus d'informations sur les circonstances de l'événement, l'endroit où s'est produit l'événement et les moyens utilisés (Pageau et coll., 2001).

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre moyen de décès par suicide durant une période donnée}}{\text{Population moyenne pour la même période}} \times 100\,000$$

LIMITE

Le passage de la CIM-9 à la CIM-10 n'entraîne pas une brisure dans l'analyse temporelle de la mortalité par suicide (Statistique Canada, 2005b; Anderson et al., 2001).

SOMMAIRE

Les taux de mortalité par suicide varient considérablement d'une région du Québec à l'autre et les taux ajustés sont historiquement plus bas en Outaouais que dans l'ensemble de la province. On n'observe pas de baisse significative des taux dans l'ensemble de la région entre les deux périodes considérées dans cette fiche. Les taux ajustés sont plus élevés dans les territoires de CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau et de Papineau durant la période 2000-2004, soit la plus récente pour laquelle des données complètes (intégrant notamment toutes les informations sur les causes des décès survenus en Ontario) et valides sont disponibles. Enfin, les taux ajustés sont plus faibles que la moyenne en Outaouais urbain.

Tableau 56 : Taux ajustés de mortalité par suicide (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1995 à 1999

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	17,2	17,3	7,8	(14,9 – 20,2)	(-)
CLSC Hull	23,5	22,4	11,7	(17,8 – 28,2)	NS
CLSC Gatineau	15,4	15,5	11,6	(12,4 – 19,5)	(-)
CLSC Aylmer	11,3*	12,7*	23,3	(8,1 – 20,1)	(-)
CSSS Papineau	26,9	27,7	12,8	(21,6 – 35,6)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	28,5	29,2	15,3	(21,7 – 39,4)	(+)
CLSC Petite-Nation	23,5*	23,9*	23,8	(15,0 – 38,1)	NS
CSSS Collines	15,4*	15,6*	23,2	(9,9 – 24,6)	NS
CSSS Pontiac	15,7*	15,8*	25,1	(9,7 – 25,9)	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	38,0	39,0	16,1	(28,5 – 53,4)	(+)
Outaouais	19,8	20,0	5,8	(17,8 – 22,4)	NS
Ensemble du Québec	20,1	20,2	1,2	(19,7 – 20,7)	

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 57 : Taux ajustés de mortalité par suicide (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2000 à 2004

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	13,1	13,0	8,5	(11,0 – 15,4)	(-)
CLSC Hull	16,8	16,4	13,3	(12,6 – 21,3)	NS
CLSC Gatineau	12,0	11,9	12,7	(9,3 – 15,2)	(-)
CLSC Aylmer	9,6*	10,4*	24,0	(6,5 – 16,7)	(-)
CSSS Papineau	23,5	24,3	13,3	(18,7 – 31,5)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	21,8	22,8*	16,8	(16,4 – 31,6)	NS
CLSC Petite-Nation	27,0*	26,1*	22,4	(16,9 – 40,6)	NS
CSSS Collines	15,3*	16,6*	23,0	(10,6 – 26,0)	NS
CSSS Pontiac	14,3*	13,5*	26,9	(8,0 – 22,8)	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	31,6*	31,9*	17,9	(22,5 – 45,2)	(+)
Outaouais	16,1	16,2	6,2	(14,4 – 18,3)	NS
Ensemble du Québec	17,3	17,3	1,3	(16,8 – 17,7)	

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

PROPORTION DE NAISSANCES DONT LA MÈRE A MOINS DE 11 ANNÉES DE SCOLARITÉ

MISE EN CONTEXTE

De nombreuses études indiquent que toutes choses étant égales par ailleurs, les femmes enceintes moins scolarisées sont plus susceptibles d'avoir des résultats de grossesse défavorables. Le faible niveau de scolarité de la mère, qui se mesure dans cette fiche par le fait de n'avoir pas complété son cours secondaire, est associé à des risques plus élevés de naissance prématurée, de faible poids à la naissance, de mortinaissance et de mortalité infantile. Au Québec, les programmes de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ont pour objectif de réduire l'incidence de ces phénomènes par des interventions auprès de toutes les jeunes femmes enceintes de moins de 20 ans et aussi auprès de femmes enceintes plus âgées, mais peu scolarisées et à faible revenu. L'indicateur que nous présentons dans cette fiche est toutefois différent de celui qui est utilisé parmi les critères d'identification des femmes et des familles à risque dans le cadre des SIPPE.

DÉFINITION

La *proportion de naissances dont la mère a moins de 11 années de scolarité* correspond à la proportion, pour une période donnée, de naissances vivantes de mères n'ayant pas terminé leur secondaire, par rapport au nombre total de naissances vivantes durant la même période. Le nombre d'années de scolarité correspond au plus haut niveau de scolarité complété avec succès (MSSS, 1997). On estime qu'il faut 11 années pour obtenir un diplôme d'études secondaires, qu'il en faut 14 pour terminer un programme d'enseignement général et professionnel (cégep) et 16 pour obtenir un premier diplôme universitaire au sein du système d'enseignement au Québec.

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme étant une expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie comme le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché (OMS, 1993).

SOURCES

Les données du fichier des naissances du MSSS sont utilisées au numérateur et au dénominateur pour le calcul de cet indicateur.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes de mères ayant moins de 11 années de scolarité durant une période donnée}}{\text{Total des naissances vivantes durant la même période}} \times 100$$

LIMITES

Environ 25 % des femmes enceintes résidant en Outaouais accouchent actuellement en Ontario, une grande partie de celles-ci provenant de la ville de Gatineau. Or, l'information sur le niveau de scolarité de la mère n'est pas disponible sur le « formulaire sur les naissances vivantes » ontarien qui est transmis notamment au fichier des naissances du MSSS. L'utilisateur de données doit être vigilant, puisque l'ISP du MSSS et l'INSPQ, notamment dans le *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006* (page 79), présentent des proportions de mères « ayant moins de 11 ans de scolarité » qui sont calculées à partir des données sur les naissances vivantes « **dont la scolarité de la mère est connue** » (note de bas de page). Par conséquent, puisque la scolarité de la mère n'est pas connue pour les naissances survenues en Ontario, la proportion calculée pour l'Outaouais est basée seulement sur la portion « québécoise » des naissances (75 %).

Afin d'estimer le **nombre total** de mères résidant en Outaouais et dans les territoires qui avaient moins de 11 ans de scolarité et qui ont accouché durant la période 2000-2008, nous avons émis l'hypothèse que durant cette période, la proportion des mères « moins scolarisées » qui ont accouché en Ontario était identique à la proportion des mères « moins scolarisées » qui ont accouché au Québec.

Tableau 58 : Proportion (%) et nombre de naissances de mères ayant moins de 11 années de scolarité, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, **2000-2008**

CSSS et CLSC	Nombre annuel moyen observé parmi les résidentes de l'Outaouais ayant accouché au Québec	Nombre annuel moyen estimé parmi les résidentes de l'Outaouais ayant accouché en Ontario	Nombre annuel moyen total estimé	%	Différence significative
CSSS Gatineau	227	75	302	12,8	(+)
CLSC Hull	72	28	100	13,6	(+)
CLSC Gatineau	134	25	159	14,0	(+)
CLSC Aylmer	21	15	36	7,1	(-)
CSSS Papineau	70	9	79	15,7	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	51	6	57	14,6	(+)
CLSC Petite-Nation	19	4	23	19,6	(+)
CSSS Collines	19	8	27	7,4	(-)
CSSS Pontiac	16	6	22	11,7	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	42	6	48	25,7	(+)
Outaouais	374	112	486	13,4	(+)
Ensemble du Québec	7409	ND	ND	10,5	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

ND : donnée non disponible.

NS : différence non significative.

SOMMAIRE

On observe dans l'ensemble, pour la période 2000-2008, que la proportion des mères qui ont moins de 11 années de scolarité est beaucoup plus élevée dans la région que dans l'ensemble du Québec. On retrouve des proportions significativement élevées de mères moins scolarisées dans plusieurs territoires, soit dans la Vallée-de-la-Gatineau, dans le territoire du CSSS de Papineau et dans les secteurs de Gatineau et de Hull. À l'inverse, les proportions de mères peu scolarisées sont relativement faibles dans le secteur d'Aylmer et dans le territoire des Collines.

PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES DE FAIBLE POIDS

MISE EN CONTEXTE

Plusieurs facteurs sont associés au faible poids à la naissance, notamment le faible niveau socioéconomique de la mère, son jeune âge, ses habitudes de vie (tabagisme, consommation de drogue et d'alcool, alimentation), son état matrimonial (monoparentalité), son (faible) poids et un gain de poids insuffisant durant la grossesse, des antécédents de naissances de faible poids ou prématurées, des problèmes médicaux et des traitements contre l'infertilité (Ohlsson et Shah, 2008). Le faible poids à la naissance est associé à un risque plus élevé de complications médicales chez le bébé durant la période néonatale et de troubles de développement chez l'enfant. De plus, selon la théorie sur l'origine fœtale des maladies, le faible poids à la naissance permettrait de prédire un grand nombre de problèmes de santé à l'âge adulte, notamment l'obésité, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, ce qui ouvre des perspectives considérables pour la prévention des maladies chroniques dans les générations futures (Gluckman et al., 2010). Le faible poids à la naissance et la prématurité sont les deux conditions les plus souvent associées à la mortalité infantile.

DÉFINITION

La *proportion de naissances vivantes de faible poids* correspond aux naissances vivantes de moins de 2 500 grammes par rapport au total des naissances vivantes dont le poids à la naissance est connu pour une période donnée. Selon l'OMS, une naissance vivante se définit comme étant une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie comme le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché (OMS, 1993). Au Québec, depuis 1988, les naissances de moins de 500 grammes sont comprises dans les données. Les données canadiennes récentes incluent également toutes les naissances, peu importe le poids, y compris celles de moins de 500 grammes (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

SOURCES

Les données du fichier des naissances du MSSS ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur. Les données régionales et infrarégionales incluent celles sur les nouveau-nés de résidentes de l'Outaouais qui ont accouché en Ontario durant les périodes considérées.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 grammes pour une période donnée}}{\text{Total des naissances vivantes dont le poids est connu durant la même période}} \times 100$$

LIMITES

Entre 1981 et 2005, la proportion de naissances vivantes de poids inconnu se situait de 0,0 à 1,5 %.

SOMMAIRE

Dans l'ensemble, les taux observés dans la région et dans les territoires sont similaires à ceux observés dans l'ensemble du Québec depuis 1998. Le secteur d'Aylmer constitue la seule exception à cet égard. Par ailleurs, les taux québécois et ceux de l'Outaouais, même s'ils ont légèrement baissé de 1981 à 2009, peuvent encore être améliorés, comme en font foi les résultats obtenus dans d'autres provinces canadiennes (ICIS, 2011) et dans plusieurs autres pays du monde qui consacrent pourtant une proportion plus faible de leur produit national brut aux dépenses de santé que le Québec et le Canada (Ressources humaines et développement social Canada et al., 2008).

Tableau 59 : Proportion (%) de naissances vivantes de faible poids, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1998-2002

CSSS et CLSC	Nombre annuel moyen de naissances de faible poids	Nombre total de naissances de faible poids	Nombre annuel moyen de naissances vivantes	%	Intervalle de confiance à 95 %
CSSS Gatineau	128	638	2 154	5,9	(5,5 – 6,4)
CLSC Hull	40	201	688	5,8	(5,1 – 6,6)
CLSC Gatineau	67	336	1 080	6,2	(5,6 – 6,9)
CLSC Aylmer	20	101	386	5,2	(4,2 – 6,2)
CSSS Papineau	29	145	487	6,0	(5,0 – 6,9)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	21	106	369	5,7	(4,7 – 6,8)
CLSC Petite-Nation	8	39	118	6,6	(4,6 – 8,6)
CSSS Collines	17	84	315	5,3	(4,2 – 6,4)
CSSS Pontiac	10	51	193	5,3	(3,9 – 6,7)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	11	56	198	5,7	(4,2 – 7,1)
Outaouais	195	974	3 347	5,8	(5,5 – 6,2)
Ensemble du Québec	4 186	20 930	73 501	5,7	(5,6 – 5,8)

Tableau 60 : Proportion (%) de naissances vivantes de faible poids, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003-2007

CSSS et CLSC	Nombre annuel moyen de naissances de faible poids	Nombre total de naissances de faible poids	Nombre annuel moyen de naissances vivantes	%	Intervalle de confiance à 95 %
CSSS Gatineau	129	646	2 415	5,3	(4,9 – 5,8)
CLSC Hull	47	234	760	6,2	(5,4 – 6,9)
CLSC Gatineau	59	295	1 135	5,2	(4,6 – 5,8)
CLSC Aylmer	23	117	520	4,5 (-)	(3,7 – 5,3)
CSSS Papineau	32	161	513	6,3	(5,3 – 7,2)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	25	126	401	6,3	(5,2 – 7,4)
CLSC Petite-Nation	7	35	112	6,3	(4,3 – 8,3)
CSSS Collines	21	105	385	5,5	(4,4 – 6,5)
CSSS Pontiac	11	57	195	5,8	(4,4 – 7,3)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	11	56	178	6,3	(4,7 – 7,9)
Outaouais	205	1 025	3 686	5,6	(5,2 – 5,9)
Ensemble du Québec	4 477	22 385	78 130	5,7	(5,7 – 5,8)

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES PRÉMATURÉES

MISE EN CONTEXTE

Au moins 50 % des naissances prématurées demeurent médicalement « inexplicables » et seraient associées à des facteurs psychosociaux souvent reliés au (faible) statut socioéconomique de la mère et de son entourage : stress, faible estime de soi, support social insuffisant, sentiment de manque de contrôle sur sa vie, etc. (Kramer, 2004). Pour le reste, les facteurs de risque connus sont similaires à ceux des naissances de faible poids : le jeune âge de la mère, ses habitudes de vie (tabagisme, consommation de drogue et d'alcool, etc.), son état matrimonial (monoparentalité), les antécédents de naissances de faible poids ou prématurées, les grossesses multiples, etc. Les nouveau-nés prématurés ont un risque plus élevé de mortalité néonatale et infantile, ainsi que de handicaps psychomoteurs à long terme (Johansson, 2004 et Thoumsin, 2007).

DÉFINITION

La *proportion de naissances vivantes prématurées* correspond aux naissances vivantes d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines révolues par rapport au total des naissances vivantes dont l'âge gestationnel est connu durant une période donnée. La durée de gestation correspond au temps entre le début de la dernière période menstruelle et la naissance. Les naissances avant terme, c'est-à-dire de moins de 37 semaines entières de gestation, sont considérées prématurées (OMS, 1990). Une durée de gestation trop courte cause souvent une naissance de faible poids. Il se peut également que le poids d'un enfant qui naît à terme soit insuffisant ou que celui d'un enfant né prématurément soit inférieur au poids moyen correspondant à son âge gestationnel. Il s'agit alors d'un retard de croissance intra-utérine (Wilkins et al., 1991).

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme étant une expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie comme le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché (OMS, 1993). Au Québec, depuis 1988, les naissances de moins de 500 grammes sont comprises dans les données. Les données canadiennes récentes incluent aussi toutes les naissances, peu importe le poids, y compris celles de moins de 500 grammes (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

SOURCES

Le fichier des naissances du MSSS a été utilisé pour le calcul de cet indicateur. Les données régionales et infrarégionales incluent celles sur les nouveau-nés de résidentes de l'Outaouais qui ont accouché en Ontario.

MÉTHODE DE CALCUL

Nombre de naissances vivantes d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines révolues
pour une période donnée

Total des naissances vivantes dont l'âge gestationnel est connu durant la même période x 100

LIMITES

Une limite importante du dénombrement des naissances prématurées est le risque d'erreur inhérent à la détermination de l'âge gestationnel, qui peut être faussé notamment par l'inexactitude des renseignements fournis par la mère (Agence de la santé publique du Canada, 2004).

SOMMAIRE

Dans l'ensemble, les taux de prématurité observés dans la région et dans les différents territoires infrarégionaux sont similaires à ceux rapportés dans l'ensemble du Québec pour les deux périodes considérées. Le CLSC d'Aylmer en 2003-2007 constitue la seule exception et fait bonne figure à l'échelle de la province. En accord avec la tendance observée partout en Amérique du Nord, il y a eu peu de changements dans les taux entre 1998-2002 et 2003-2007, notamment à cause du recours de plus en plus fréquent aux technologies de reproduction assistée, qui a pour conséquence un taux croissant de grossesses multiples.

Tableau 61 : Proportion (%) de naissances vivantes prématurées, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1998-2002

CSSS et CLSC	Nombre annuel moyen de naissances prématurées	Nombre total de naissances prématurées	Nombre annuel moyen de naissances vivantes	%	Intervalle de confiance à 95 %
CSSS Gatineau	170	849	2 157	7,9	(7,4 – 8,4)
CLSC Hull	52	262	689	7,6	(6,7 – 8,5)
CLSC Gatineau	86	428	1 082	7,9	(7,2 – 8,6)
CLSC Aylmer	32	159	386	8,2	(7,0 – 9,5)
CSSS Papineau	35	176	488	7,2	(6,2 – 8,2)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	26	128	370	6,9	(5,8 – 8,1)
CLSC Petite-Nation	10	48	118	8,1	(5,9 – 10,3)
CSSS Collines	24	118	315	7,5	(6,2 – 8,8)
CSSS Pontiac	14	68	193	7,0	(5,4 – 8,7)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	13	66	198	6,7	(5,1 – 8,2)
Outaouais	255	1 277	3 351	7,6	(7,2 – 8,0)
Ensemble du Québec	5 569	27 843	73 514	7,6	(7,5 – 7,7)

Tableau 62 : Proportion (%) de naissances vivantes prématurées, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003-2007

CSSS et CLSC	Nombre annuel moyen de naissances prématurées	Nombre total de naissances prématurées	Nombre annuel moyen de naissances vivantes	%	Intervalle de confiance à 95 %
CSSS Gatineau	171	857	2 417	7,1	(6,6 – 7,5)
CLSC Hull	55	273	762	7,2	(6,3 – 8,0)
CLSC Gatineau	81	405	1 136	7,1	(6,5 – 7,8)
CLSC Aylmer	36	179	520	6,9	(5,9 – 7,9)
CSSS Papineau	41	204	513	7,9	(6,9 – 9,0)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	32	159	402	7,9	(6,7 – 9,1)
CLSC Petite-Nation	9	45	112	8,1	(5,8 – 10,3)
CSSS Collines	29	147	385	7,6	(6,4 – 8,8)
CSSS Pontiac	16	79	196	8,1	(6,4 – 9,8)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	14	72	178	8,1	(6,3 – 9,9)
Outaouais	272	1 359	3 690	7,4	(7,0 – 7,7)
Ensemble du Québec	5 980	29 899	78 140	7,7	(7,6 – 7,7)

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE

MISE EN CONTEXTE

Le taux de mortalité infantile est un indicateur-sentinel, non seulement de l'état de santé des enfants, mais aussi du bien-être et du développement global d'une société (ICIS, 2005). Les naissances prématurées et les naissances de bébés de petit poids sont les principales causes de mortalité infantile et elles sont elles-mêmes largement expliquées par des facteurs modifiables qui sont associés au statut socioéconomique des mères (National Center for Health Statistics, 2008). L'objectif dans les pays développés devrait être la réduction constante de la mortalité infantile pour atteindre les taux les plus bas possible (Kendall, 2003). La mortalité infantile peut être divisée en deux composantes principales : la mortalité néonatale (premier mois de vie, 70 % des décès infantiles) et la mortalité postnéonatale (d'un mois à un an de vie, environ 30 % des décès infantiles).

DÉFINITION

Le *taux de mortalité infantile* correspond au rapport, pour une période donnée, des décès d'enfants de moins d'un an aux naissances vivantes. Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme étant une expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie comme le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché (OMS, 1993).

Au Québec, la « maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès » est identifiée dans la section « Certification médicale du décès » du *Bulletin de décès* (Formulaire SP-3).

MÉTHODE DE CALCUL

L'évolution de la mortalité infantile dans la région de 1997 à 2006 est présentée dans cette fiche à l'aide de la méthode des « moyennes mobiles », de trois ans en l'occurrence, qui a l'avantage de « lisser » les variations aléatoires attribuables au faible nombre d'événements observés dans une population. Par exemple, le taux de 2003 présenté est en fait le taux calculé à partir des décès infantiles et des naissances vivantes survenus en 2002, 2003 et 2004.

SOURCES

Les données du fichier des décès du MSSS (au numérateur) et celles du fichier des naissances du MSSS (au dénominateur) ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur.

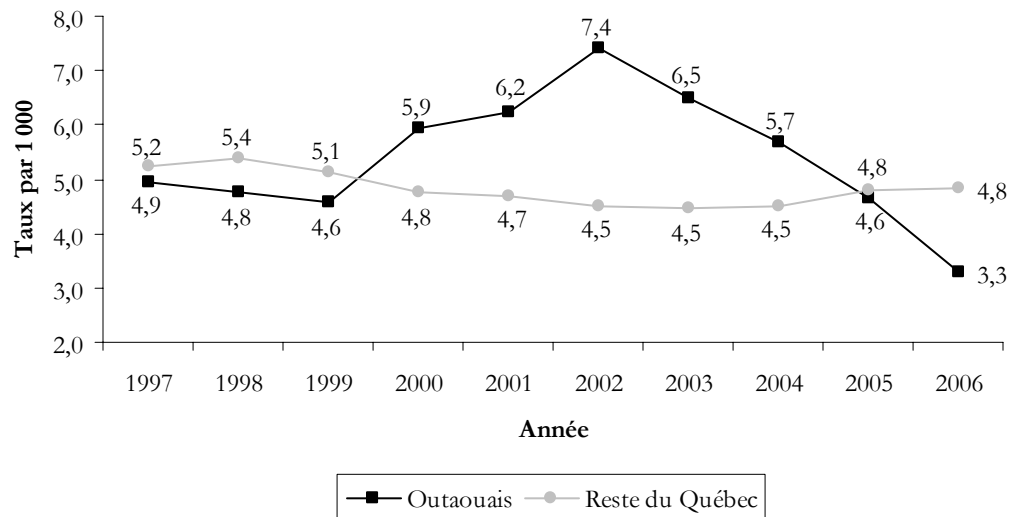
LIMITES

L'OMS recommande d'exclure du calcul les naissances vivantes et les décès infantiles de moins de 500 grammes (OMS, 1993). Cependant, au Québec, tous les décès infantiles et toutes les naissances vivantes sont inclus dans le calcul, peu importe le poids à la naissance. Statistique Canada, avec l'augmentation récente de la proportion des naissances de moins de 500 grammes, calcule dorénavant la mortalité infantile des deux manières, soit avec et sans les naissances de moins de 500 grammes (INSPQ, 2006).

Certains experts estiment qu'il faut plus de 10 000 naissances au dénominateur pour obtenir une estimation précise de la mortalité infantile (Van De Walle, 1990). Dans le cadre de cette fiche, nous avons tenu à respecter cette condition lors de l'analyse des données régionales, de sorte que nous avons choisi de ne pas présenter de résultats par territoire de CSSS et par anciens districts de CLSC, les coefficients de variation étant trop élevés dans la plupart des cas pour donner lieu à une interprétation valide.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès (Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2005). Les affections, dont l'origine se situe dans la période périnatale, les malformations congénitales et anomalies chromosomiques, ainsi que le syndrome de la mort subite du nourrisson sont les causes de décès qui prédominent dans la mortalité infantile (décès des enfants de moins d'un an). Pour l'ensemble de ces décès, le rapport de comparabilité entre la CIM-9 et la CIM-10 est légèrement inférieur à 1, ce qui signifie qu'un peu moins de décès sont classés dans la « mortalité infantile » sous la CIM-10 que sous la CIM-9, abandonnée en 1999. Ceci n'affecte cependant pas la comparabilité des taux de l'Outaouais et du Québec.

Graphique 50 : Taux de mortalité infantile (moyennes mobiles par période de trois ans), Outaouais et le Québec (sans l'Outaouais), 1997 à 2006



SOMMAIRE

Les variations à court terme des taux de mortalité infantile doivent être interprétées avec prudence. Les taux observés en Outaouais, historiquement faibles durant les années 90, étaient significativement supérieurs à ceux du reste de la province au début des années 2000, pour rejoindre par la suite ceux du Québec en 2005. Selon des données préliminaires, les taux de l'Outaouais continueraient même à baisser après 2006. Ce type de fluctuations aléatoires est observé depuis plus de 30 ans dans la région et il est caractéristique des observations d'événements relativement rares dans de petites populations.

Par ailleurs, le Québec et le Canada arrivaient au 24^e rang de 30 pays industrialisés pour la mortalité infantile en 2006 (INSPQ, 2009), et ce, malgré les efforts consentis au pays pour améliorer les services préventifs et les soins médicaux des mères, des nouveau-nés et des jeunes enfants. Les taux de mortalité infantile ont aussi eu tendance à augmenter au Canada au cours des dernières années. L'utilisation accrue de nouvelles technologies de reproduction et certains artéfacts reliés à la qualité des données pourraient expliquer en partie cette hausse. Cela dit, plusieurs autres groupes d'experts canadiens soulignent que l'augmentation de la pauvreté et la détérioration des conditions de vie des jeunes femmes défavorisées constituent des facteurs explicatifs importants (Lalonde, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2010). Il existe un fort consensus scientifique voulant que les déterminants socioéconomiques de la mortalité infantile soient majeurs et qu'il faille maintenant mettre l'accent sur la santé des mères autant que sur la santé des bébés.

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

MISE EN CONTEXTE

La Loi sur la protection de la jeunesse a pour but d'assurer la protection de certains enfants âgés de moins de 18 ans, dont la sécurité ou le développement est ou peut être compromis. En plus de la fréquence « réelle » des problèmes visés par la Loi, les variations dans les seuils de signalements peuvent influencer les taux d'incidence. La cohérence dans les critères de rétention des signalements a été améliorée au Québec par l'implantation, il y a quelques années, d'un outil d'aide à la décision, le « système de soutien à la pratique » (SSP). La présence dans les communautés de facteurs de risque comme la pauvreté sociale et économique peuvent affecter à la fois la norme sociale et la prévalence des problèmes.

DÉFINITION

Le *taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse* reflète le nombre d'enfants et de jeunes pour lesquels le directeur de la protection de la jeunesse (ou le tribunal) a décidé d'appliquer des mesures de protection. C'est donc une mesure de nouveaux cas en besoin de protection. Les données sont regroupées selon les problématiques suivantes en fonction des alinéas des articles 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse (MSSS, 1999a) : 1) négligence; 2) abus physique; 3) abus sexuel; 4) troubles du comportement et 5) abandon. Les données sont présentées sur la base des années financières (1^{er} avril au 31 mars) et non civiles.

SOURCES

Les données au numérateur proviennent de la banque commune CJ-LPJ et des rapports statistiques annuels. Celles au dénominateur proviennent des estimations et des projections de l'ISQ.

MÉTHODE DE CALCUL

Nombre de nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection
de la jeunesse au cours d'une période donnée
----- x 1000
Population âgée de 0 à 17 ans pour la même période

LIMITES

Cet indicateur fait seulement référence aux cas ayant fait l'objet d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse et retenus par les intervenants pour une évaluation plus poussée pour lesquels il a été décidé d'appliquer des mesures de protection. Exceptionnellement, les données par CSSS et CLSC ne sont pas disponibles.

Graphique 51 : Taux d'incidence (pour 1000) des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, Outaouais et le Québec, 2003-2004 à 2006-2007

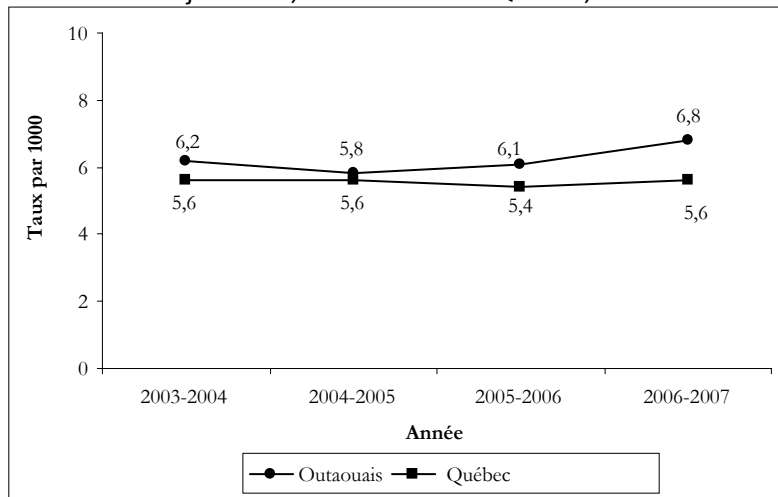


Tableau 63 : Nombre de cas et taux d'incidence (pour 1000) des nouvelles prises en charge selon la problématique, Outaouais et le Québec, 2006-2007

Problématiques	Nombre de cas en Outaouais	Taux d'incidence en Outaouais	Taux d'incidence pour l'ensemble du Québec	Différence significative
Négligence	378	5,0	3,5	(+)
Abus physique	30	0,4*	0,4	NS
Abus sexuel	24	0,3*	0,2	NS
Troubles du comportement	84	1,1	1,4	(-)
Abandon	3	**	0,1	—
Total	519	6,8	5,6	(+)

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

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

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

SOMMAIRE

Les données présentées indiquent que le taux de nouvelles prises en charge dans la région, pour l'ensemble des problèmes visés par la Loi sur la protection de la jeunesse, est plus élevé que dans l'ensemble du Québec depuis 2003-2004. Les données pour l'année financière 2006-2007 montrent que la négligence constitue le motif de prise en charge le plus fréquent et que les taux spécifiques à ce problème dans la région sont aussi plus élevés qu'au Québec. Les données concernant les abus physiques et les abus sexuels doivent être interprétées avec prudence, mais les taux semblent comparables à ceux de la province. Les taux de prise en charge pour troubles de comportement sévères sont les plus faibles de toutes les régions (données non présentées), mais il serait hasardeux d'affirmer que l'incidence réelle de ces problèmes est plus faible qu'ailleurs au Québec.

Les taux relativement élevés de nouvelles prises en charge par les Centres jeunesse de l'Outaouais vont dans le même sens que d'autres indicateurs de problèmes d'adaptation sociale décrits dans ce Portrait de l'Outaouais, soit ceux portant sur la violence conjugale, la violence contre les personnes et les délits commis par les jeunes contrevenants.

Enfin, l'utilisation de données plus récentes que celles de 2006-2007 créerait des problèmes de comparabilité, car les aliénas de l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse ont été modifiés en 2007. Désormais, l'application de la Loi est élargie pour inclure les mauvais traitements psychologiques ainsi que le *risque* d'abus sexuel, de mauvais traitements physiques et de négligence (les Centres jeunesse de l'Outaouais, communication personnelle).

TAUX DE JEUNES ÂGÉS DE 12 À 17 ANS AYANT CONTREVENU AU CODE CRIMINEL ET AUX LOIS

MISE EN CONTEXTE

Cet indicateur fait référence à la notion d'adaptation sociale, c'est-à-dire aux comportements jugés conformes ou non aux normes sociales en vigueur. Par conséquent, un taux élevé chez les jeunes peut refléter des difficultés d'adaptation sociale plus marquées dans la région. Cet indicateur peut aussi permettre de mieux comprendre le milieu de vie des individus.

DÉFINITION

Les délits du Code criminel considérés sont les crimes contre la personne et contre la propriété, les autres infractions au Code criminel, les infractions liées à la conduite des véhicules, aux lois fédérales (autres que celles du Code criminel) et aux lois provinciales. En 2002, plus de 80 % des infractions relevaient du Code criminel (ministère de la Sécurité publique, 2004). Les données relatives aux délits mentionnés proviennent du Programme de déclaration uniforme de la criminalité (DUC2).

SOURCES

Les données aux numérateurs proviennent du site électronique du ministère de la Sécurité publique. Les dénominateurs utilisés sur ce site sont basés sur les estimations de Statistique Canada. Nous leur substituons plutôt, en cohérence avec l'ensemble de ce document, des dénominateurs provenant des estimations et des projections de l'ISQ.

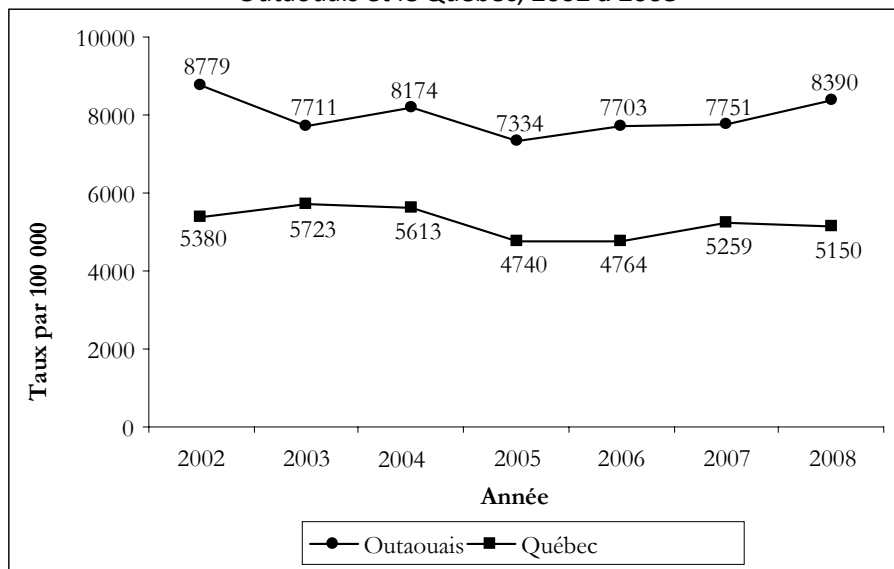
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre de jeunes âgés de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois fédérales ou provinciales pour une année donnée}}{\text{Population totale des jeunes âgés de 12 à 17 ans au milieu de la même année}} \times 100\,000$$

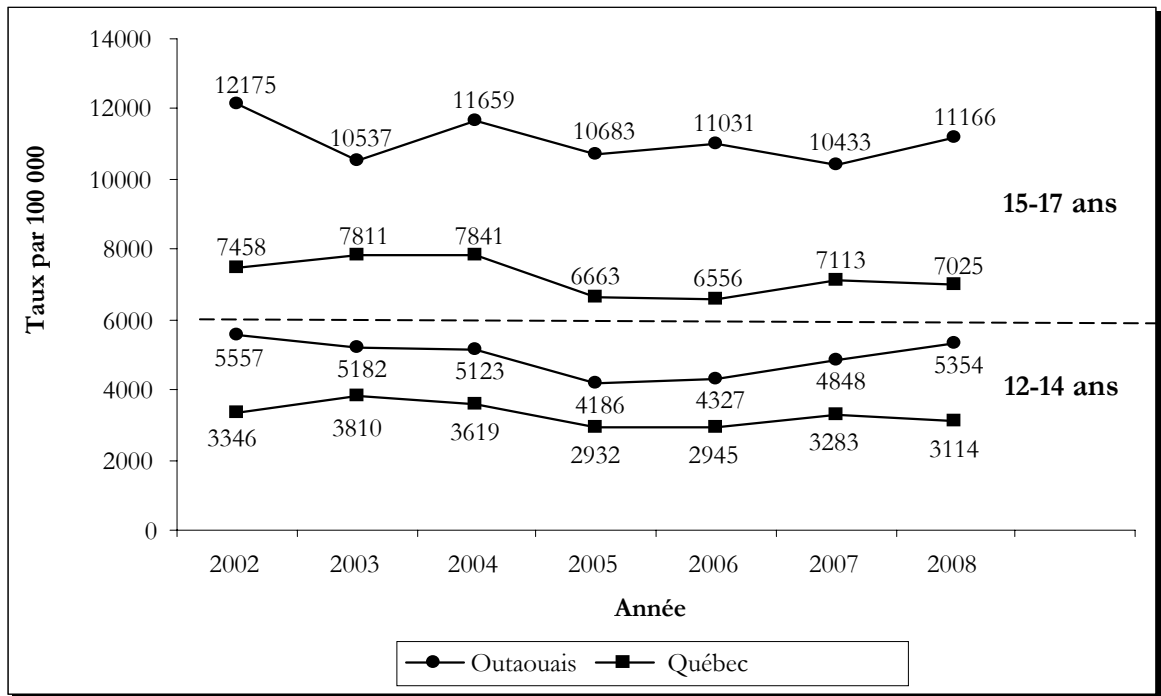
LIMITES

Les statistiques officielles publiées ne fournissent pas un portrait complet de la criminalité réelle au Québec, car les crimes commis ne sont pas tous connus des policiers. Par ailleurs, le taux de déclaration est également tributaire des effectifs et pratiques policières ainsi que des modifications régulières apportées aux lois et aux politiques sociales (ministère de la Sécurité publique, 2004). De plus, les données sont compilées en fonction du lieu de l'infraction. Par conséquent, les résidents de l'Ontario (notamment) qui commettent une infraction en Outaouais sont comptabilisés dans le taux régional. Les données par CSSS et CLSC ne sont pas disponibles.

Graphique 52 : Taux de jeunes âgés de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois, Outaouais et le Québec, 2002 à 2008



Graphique 53 : Taux de jeunes âgés de 12 à 14 ans et de 15 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois, Outaouais et le Québec, 2002 à 2008



SOMMAIRE

De 2002 à 2008, les taux des jeunes contrevenants sont toujours significativement plus élevés dans la région que dans l'ensemble du Québec. Ce phénomène est observé autant chez les jeunes âgés de 12 à 14 ans que chez ceux de 15 à 17 ans, même si les taux de ces derniers sont nettement plus élevés. Il est important de rappeler que ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car comme mentionné précédemment, les pratiques policières ainsi que les effectifs affectés à certains délits peuvent jouer un rôle important. Plusieurs infractions sont également attribuables à des résidents de l'Ontario, surtout en secteur urbain.

TAUX DE CRIMES CONTRE LA PERSONNE ET TAUX DE VICTIMISATION POUR VIOLENCE CONJUGALE ENVERS LES FEMMES

MISE EN CONTEXTE

Après des décennies d'augmentation constante de leur criminalité, le Canada et les États-Unis ont connu des baisses importantes depuis le début des années 1990. Au Canada, cette baisse est survenue sans changements notables en termes de répression policière ou d'incarcération. Ainsi, les explications démographiques, économiques et culturelles semblent plus aptes à rendre compte des baisses observées au Québec et au Canada (Ouimet, 2004). Par ailleurs, la question de la violence conjugale a pris une ampleur considérable dans le débat public des sociétés occidentales. Le développement de politiques publiques facilitant la dénonciation de la violence familiale et l'action des regroupements d'aide aux victimes ont grandement contribué à lever le tabou, mais la problématique demeure sous-déclarée (Faget, 2004).

DÉFINITION

Les délits du Code criminel qui sont considérés comme des crimes contre la personne comprennent : l'homicide, la négligence criminelle et les autres infractions entraînant la mort, la tentative ou le complot en vue de commettre un meurtre, l'agression sexuelle, les voies de fait, l'enlèvement ou la séquestration, le vol qualifié ou l'extorsion, le harcèlement sexuel, les menaces et les autres infractions contre la personne comme la complicité de meurtre, etc. (ministère de la Sécurité publique, 2004). Les délits du Code criminel en matière de violence conjugale contre les femmes comprennent la plupart des infractions mentionnées ci-dessus, à l'exclusion du vol ou de l'extorsion. Les données relatives aux délits mentionnés proviennent du Programme de déclaration uniforme de la criminalité (DUC2).

SOURCES

Les données aux numérateurs proviennent du site électronique du ministère de la Sécurité publique. Les dénominateurs utilisés sur ce site sont basés sur les estimations de Statistique Canada. Nous leur substituons plutôt, en cohérence avec l'ensemble de ce document, des dénominateurs provenant des estimations et des projections de l'ISQ.

MÉTHODES DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre annuel d'infractions criminelles perpétrées contre la personne pour une année donnée}}{\text{Population totale au milieu de la même année}} \times 100\,000$$

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 12 ans et plus victimes de violence dans un contexte conjugal pour une année donnée}}{\text{Population totale des femmes âgées de 12 ans et plus au milieu de la même année}} \times 100\,000$$

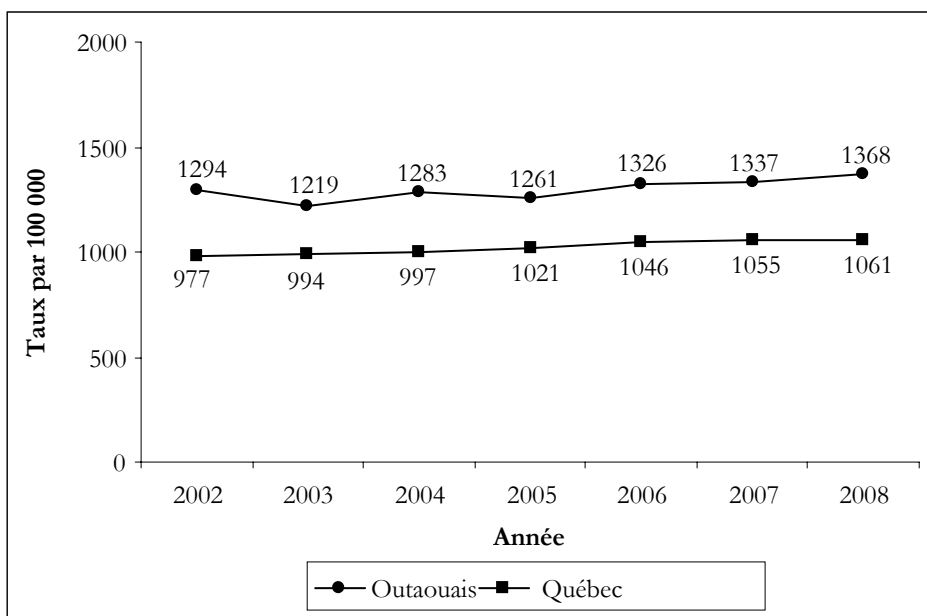
LIMITES

Les statistiques officielles ne fournissent pas un portrait complet de la criminalité réelle au Québec, car les crimes commis ne sont pas tous connus des policiers. Par ailleurs, le taux de déclaration est également tributaire des effectifs et pratiques policières ainsi que des modifications régulières apportées aux lois et aux politiques sociales (ministère de la Sécurité publique, 2004). De plus, les données sont compilées en fonction du lieu de l'infraction. Par conséquent, les résidents de l'Ontario (notamment) qui commettent une infraction en Outaouais sont comptabilisés dans le taux régional. Exceptionnellement dans ce Portrait, les données par CSSS et par CLSC ne sont pas disponibles.

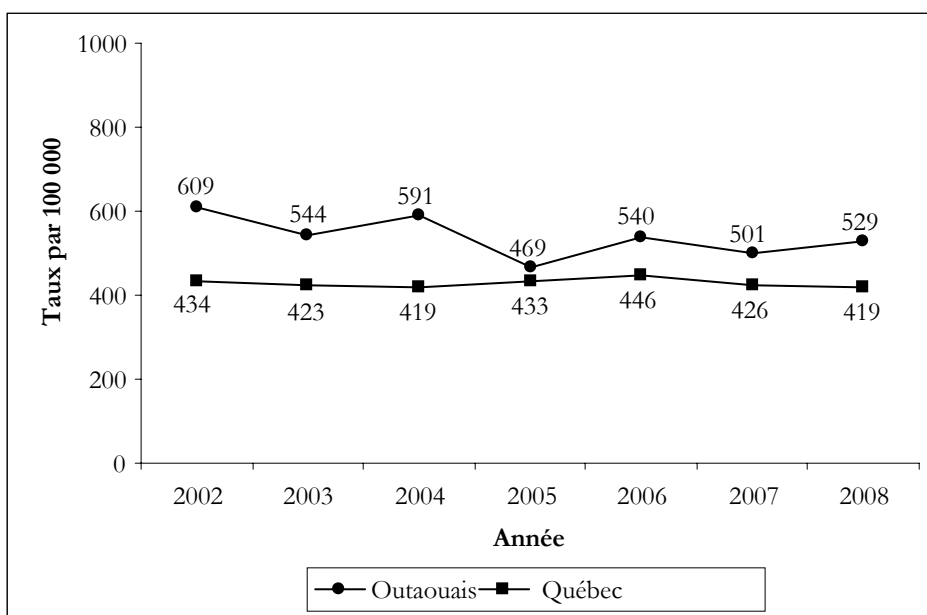
SOMMAIRE

De 2002 à 2008, les taux de crimes contre la personne ont légèrement augmenté au Québec et en Outaouais. Ils restent significativement plus élevés dans la région que dans l'ensemble de la province. La même tendance est d'ailleurs observée pour les crimes contre la propriété (données non présentées). Par ailleurs, les taux de victimisation des femmes dans un contexte conjugal sont aussi plus élevés dans la région. Il est important de rappeler que ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car les pratiques policières ainsi que les effectifs affectés à certains délits peuvent avoir une influence importante sur les taux rapportés. Un certain nombre d'infractions commises et rapportées sur le territoire de l'Outaouais sont également attribuables à des résidents de l'Ontario, surtout en secteur urbain.

Graphique 54 : Taux des crimes contre la personne, Outaouais et le Québec, 2002 à 2008



Graphique 55 : Taux de victimisation pour violence conjugale envers les femmes, Outaouais et le Québec, 2002 à 2008



PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN DE FAMILLE

MISE EN CONTEXTE

Nous vivons une pénurie de médecins de famille au Québec et dans l'ensemble du Canada. L'indicateur utilisé dans cette fiche ne permet cependant pas d'évaluer le degré d'adéquation entre les besoins en médecins de famille d'une population et la disponibilité de ces médecins. Il recense simplement les individus qui déclarent en avoir consulté un au moins une fois dans la dernière année. Il existe cependant un lien entre cet indicateur et celui, utilisé dans plusieurs enquêtes, qui mesure la proportion de personnes qui déclarent « avoir » un médecin de famille.

DÉFINITION

Dans l'ESCC 2007-2008, cet indicateur est construit à partir de la question suivante : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu ou consulté un médecin, un pédiatre ou un omnipraticien à propos de votre santé physique, émotionnelle ou mentale? ». La *proportion de la population ayant consulté un médecin de famille* correspond à la proportion des personnes répondant « oui » à cette question.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2007-2008 et ont été recueillies auprès de répondants âgés de **12 ans et plus**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population âgée de 12 ans et plus ayant vu ou consulté un médecin de famille}}{\text{Population totale âgée de 12 ans et plus dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

En général, les données d'enquêtes sont sujettes à plusieurs types de biais, mais plusieurs peuvent être minimisés par une méthodologie adéquate. L'information porte sur les consultations faites auprès d'un médecin de famille, d'un pédiatre ou d'un omnipraticien. La question posée en 2007-2008 diffère de celle des cycles précédents, ce qui rend difficiles les comparaisons dans le temps. Le texte d'introduction de la question a également été modifié en 2007-2008 pour retirer la mention de consultations téléphoniques.

Graphique 56 : Proportion (%) de la population ayant consulté un médecin de famille, Outaouais et le Québec, 2007-2008

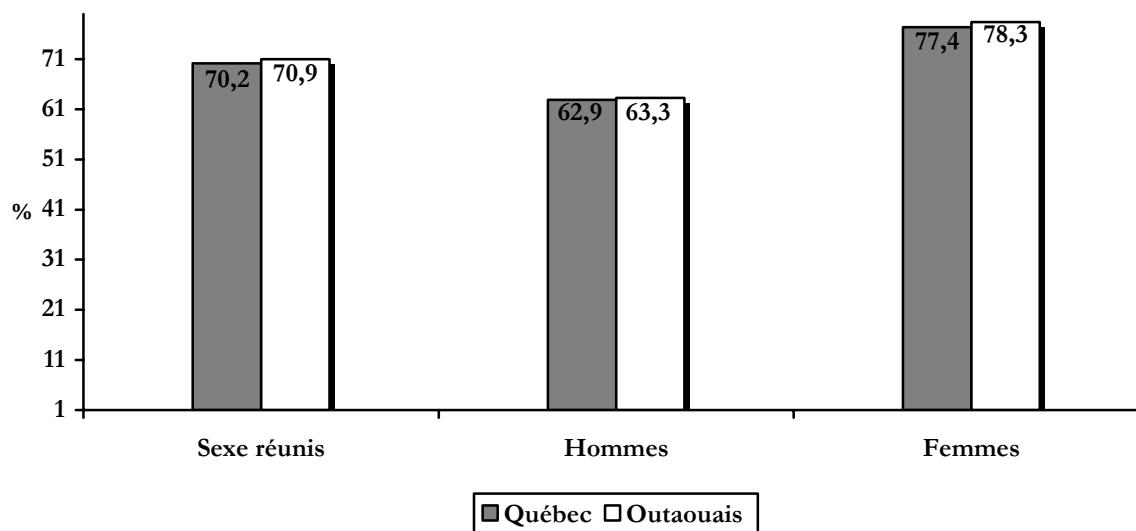
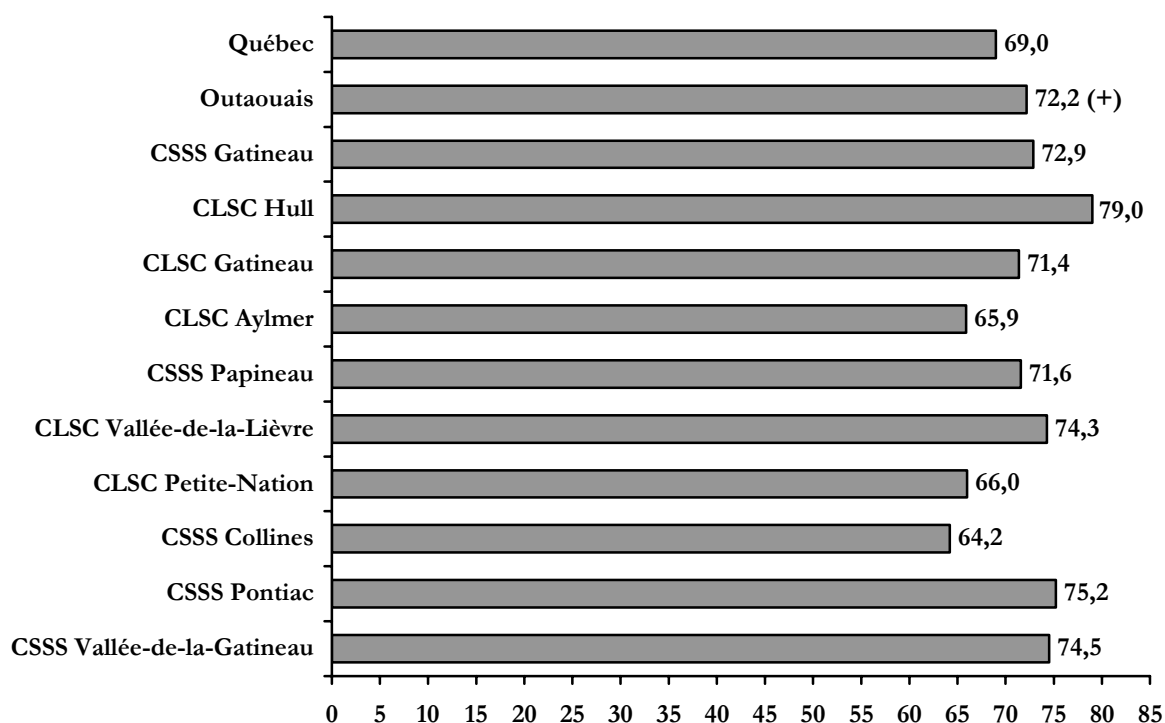


Tableau 64 : Proportion (%) de la population ayant consulté un médecin de famille selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2007-2008

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
12 – 44 ans	62,3	(57,9 – 67,8)	100 300
45 – 64 ans	77,3	(72,1 – 82,5)	78 800
65 ans et plus	88,4	(83,5 – 92,3)	33 900
Total – 12 ans et plus	70,9	(67,5 – 74,3)	213 100

Graphique 57 : Proportion (%) de la population ayant consulté un médecin de famille, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, Outaouais, 2003



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

SOMMAIRE

Les données de 2007-2008 pour la région de l'Outaouais indiquent que 70,9 % des personnes ont déclaré avoir consulté un médecin de famille au cours de la dernière année. Cette proportion est presque identique à celle observée dans l'ensemble du Québec. On observe également que les femmes consultent plus que les hommes, ce qui correspond à la tendance observée dans la plupart des études et enquêtes antérieures. La probabilité de consultation augmente en fonction de l'âge, mais les 12-44 ans sont responsables de la moitié de toutes les consultations. Les données de 2003 montrent par ailleurs que les proportions les plus importantes de consultation se retrouvent dans le territoire du CSSS du Pontiac et surtout dans le territoire du CLSC de Hull.

PROPORTION DE FEMMES AYANT PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE

MISE EN CONTEXTE

La mammographie est une radiographie des seins qui peut être utilisée pour établir un *diagnostic* quand la femme présente des symptômes ou des signes cliniques suggestifs de cancer ou d'autres maladies des seins. La mammographie peut aussi être utilisée comme examen de *dépistage* du cancer du sein, c'est-à-dire en l'absence de signes ou de symptômes, dans le but de détecter un éventuel cancer plus tôt et d'améliorer les chances de guérison de la femme. Au Québec, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), la mammographie de dépistage est recommandée à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans.

DÉFINITION

Cet indicateur est basé sur deux questions. La première est : « Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie du sein? 1) oui; 2) non ». Si la réponse est « oui », une seconde question est posée : « À quand remonte la dernière fois? 1) moins de six mois; 2) de six mois à moins d'un an; 3) d'un an à moins de deux ans; 4) de deux ans à moins de cinq ans ou 5) cinq ans ou plus ». La *proportion de femmes ayant passé une mammographie* correspond à la proportion des femmes qui disent avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années. La période de deux ans correspond à la recommandation du PQDCS.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2005 et ont été recueillies auprès de répondantes âgées de **50 à 69 ans**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

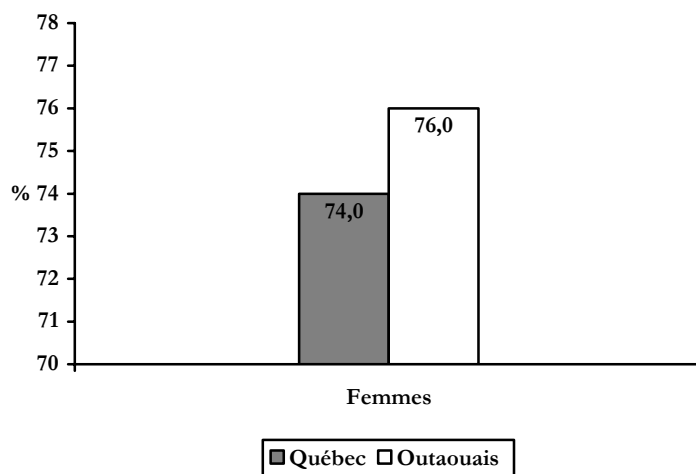
MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Proportion de femmes âgées de 50 à 69 ans dans les ménages privés ayant passé une mammographie au cours d'une période de moins de deux ans}}{\text{Population totale de femmes âgées de 50 à 69 ans dans les ménages privés}} \times 100$$

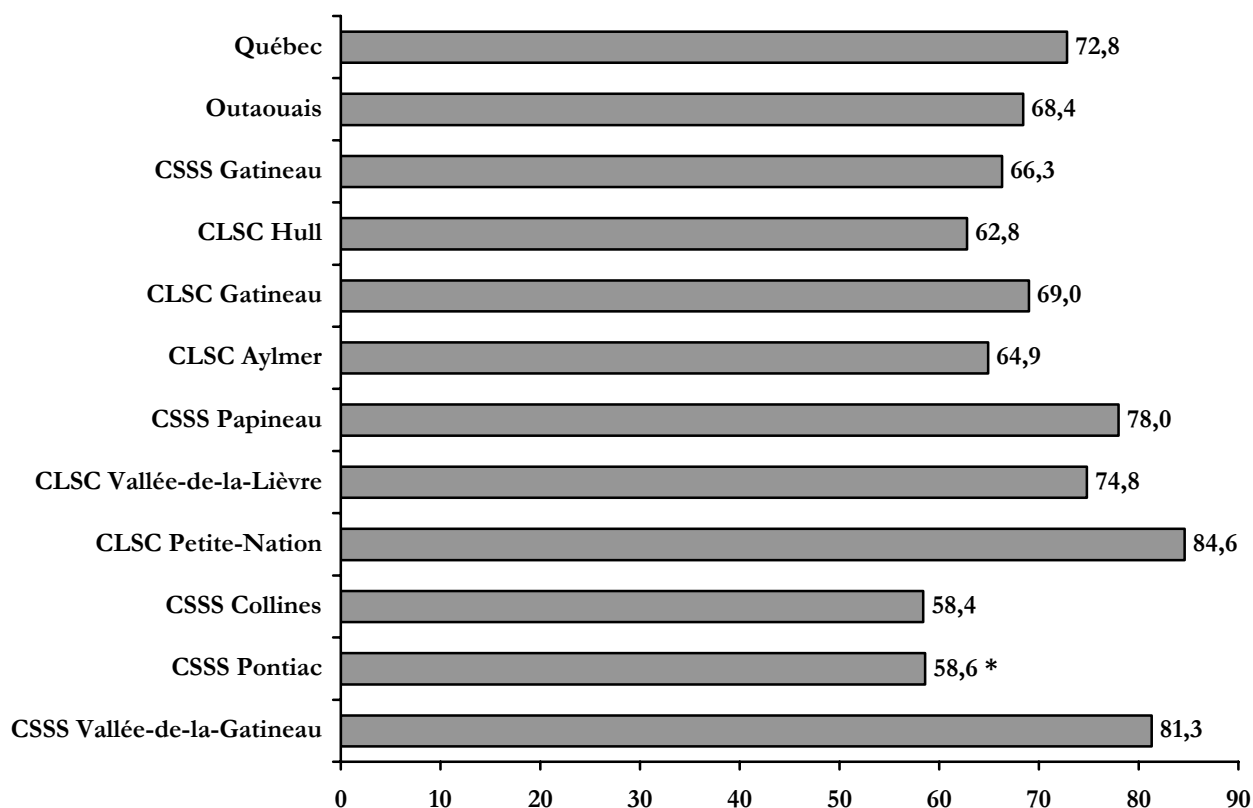
LIMITES

Il est hasardeux d'évaluer l'adhésion de la population visée aux recommandations de dépistage du PQDCS à partir des données de l'ESCC, car celles-ci ne distinguent pas les mammographies *diagnostiques* et les mammographies de *dépistage*. Il est quand même possible de comparer les résultats entre différents ensembles géographiques, tout en sachant que la proportion de mammographies qui sont passées à des fins de dépistage varie entre 80 et 90 % dans les régions du sud du Québec (Éco-Santé Québec, 2010).

Graphique 58 : Proportion (%) de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours d'une période de moins de 2 ans, Outaouais et le Québec, 2005



Graphique 59 : Proportion (%) de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours d'une période de moins de 2 ans, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

SOMMAIRE

Les données de l'ESCC pour 2005 indiquent que 76,0 % des répondantes de l'Outaouais âgées de 50 à 69 ans déclarent avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années. Cette proportion est plus élevée que celle rapportée dans l'ensemble du Québec. Les estimations infrarégionales de 2003 indiquent que les pourcentages sont plus élevés dans les territoires du CLSC de la Petite-Nation et du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau. Les enquêtes canadiennes récentes démontrent que les taux d'adhésion aux recommandations concernant la mammographie de dépistage sont plus élevés chez les femmes de niveau socioéconomique élevé, chez celles qui déclarent avoir un médecin de famille et chez les non-fumeuses.

PROPORTION DE FEMMES ÂGÉES DE 18 À 69 ANS AYANT PASSÉ UN TEST PAP

MISE EN CONTEXTE

Le test de Papanicolaou ou « PAP » est une technique utilisée pour détecter des changements qui peuvent se produire dans les cellules du col utérin et qui peuvent mener au cancer sur une période de plusieurs années. L'INSPQ a produit en 2009 un avis dont l'objectif était de préciser la pertinence du dépistage du cancer du col utérin à l'ère de la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), de documenter les lacunes actuelles du dépistage et de déterminer les moyens permettant de maximiser l'efficacité du dépistage au Québec. L'INSPQ recommandait au gouvernement de mettre en place un programme de dépistage systématique du cancer du col, incluant des lignes directrices claires par rapport aux paramètres de dépistage, des mécanismes de suivi et un système de surveillance. Aucun programme n'est en place actuellement, mais le test PAP fait partie des pratiques préventives courantes de la majorité des cliniciens au Québec.

DÉFINITION

L'indicateur est construit à partir de deux questions : « Avez-vous déjà passé un PAP test (un test PAP ou un prélèvement vaginal)? 1) oui; 2) non ». Pour les femmes qui ont répondu « oui », la seconde question était : « À quand remonte la dernière fois? 1) moins de six mois; 2) de six mois à moins d'un an; 3) d'un an à moins de trois ans; 4) de trois ans à moins de cinq ans; 5) cinq ans et plus ». La *proportion de femmes âgées de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP* correspond à la proportion des femmes qui ont répondu « oui » à la première question et dont le dernier test remonte à moins de trois ans, délai qui correspond aux recommandations générales en vigueur au Québec et au Canada.

SOURCES

Les données provinciales et régionales les plus récentes proviennent de l'ESCC 2005 et ont été recueillies auprès de répondantes âgées de **18 à 69 ans**. Les estimations par CSSS et CLSC découlent des données de l'ESCC 2003 et les données de 2003 pour l'Outaouais et pour le Québec sont aussi présentées pour comparaisons.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Population des femmes âgées de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP depuis moins de trois ans}}{\text{Population totale des femmes âgées de 18 à 69 ans dans les ménages privés}} \times 100$$

LIMITES

On considère que la prévalence réelle du test PAP dans la population est estimée adéquatement dans les enquêtes puisque les femmes se souviennent assez bien de leur dernier examen gynécologique. Il existe aussi des données régionales sur le test PAP dans l'ESQP 2008, mais la méthodologie utilisée est différente.

Graphique 60 : Proportion (%) de femmes âgées de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP, Outaouais et le Québec, 2005

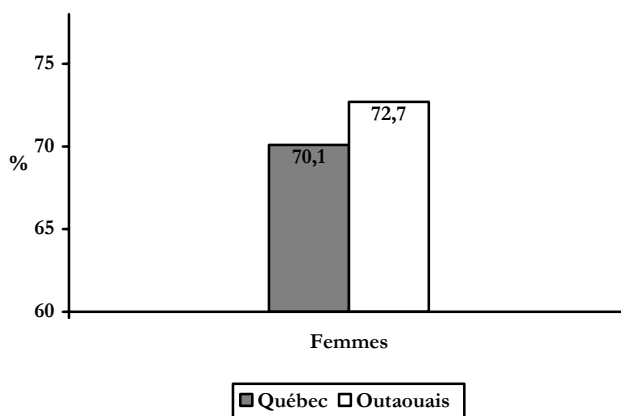
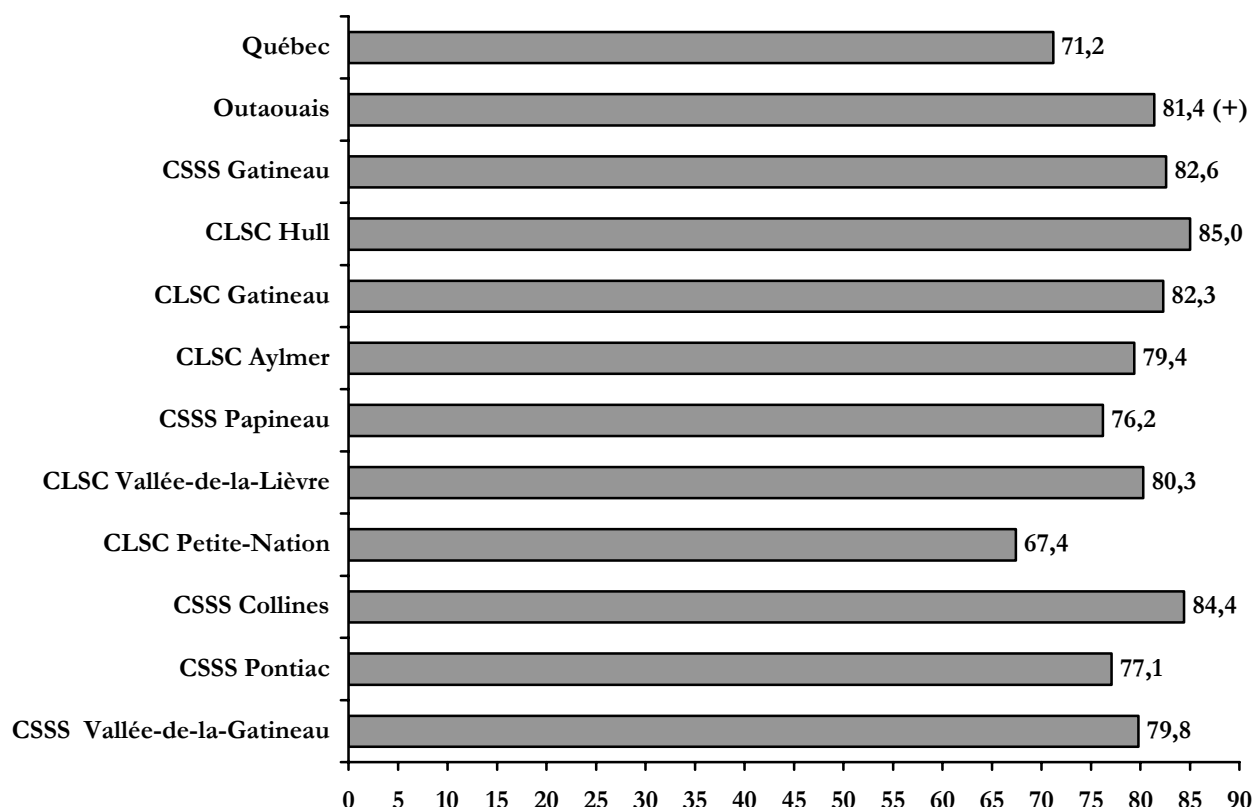


Tableau 65 : Proportion (%) de femmes âgées de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP selon certains groupes d'âge, Outaouais, 2005

	Proportion	Intervalle de confiance à 95 %	Nombre estimé
18 – 34 ans	80,6	(74,0 – 86,1)	32 500
35 – 44 ans	72,5	(62,8 – 80,9)	19 600
45 – 64 ans	69,9	(61,8 – 77,9)	33 500
65 – 69 ans	**	–	–
Total – 18 à 69 ans	72,7	(67,7 – 77,6)	88 000

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas affichée.

Graphique 61 : Proportion (%) de femmes âgées de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

SOMMAIRE

Les données de 2005 pour la région de l'Outaouais indiquent que 72,7 % des répondantes déclarent avoir subi un test PAP au cours des trois dernières années, un pourcentage un peu plus élevé que celui observé dans l'ensemble du Québec. Les données de l'EQSP 2008 indiquent également qu'un pourcentage relativement élevé de femmes en Outaouais se soumet au test PAP dans les délais requis. La proportion des femmes déclarant avoir subi le test diminue avec l'âge, ce qui correspond aux observations faites ailleurs au Québec et au Canada. Enfin, notons que nous disposons dorénavant d'un autre outil puissant de prévention du cancer du col utérin, soit le vaccin contre le VPH, lequel est responsable d'environ 70 % des cancers du col. Le vaccin est offert gratuitement au Québec.

TAUX D'HOSPITALISATION EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 1 À 19 ANS

MISE EN CONTEXTE

Dans le cadre de ce Portrait, les données d'hospitalisation pour la population de l'Outaouais sont présentées dans une perspective différente de celle qui est utilisée pour l'organisation des services de santé. Les résultats sont en effet discutés ici en tant qu'indicateurs de *l'état de santé de la population*. Or, leur utilité à cette fin est limitée, à cause notamment de l'interaction de nombreux facteurs reliés non seulement à la prévalence des problèmes de santé comme telle, mais aussi aux caractéristiques de « l'offre » de services en général.

DÉFINITION

Le *taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée* est le rapport du nombre moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour un diagnostic principal au cours d'une période donnée, à la population moyenne pour la même période. Les données excluent notamment les hospitalisations pour troubles mentaux et les hospitalisations de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Le diagnostic principal du fichier MED-ÉCHO est utilisé pour comptabiliser les hospitalisations. Il correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Dans cette fiche, les taux sont présentés pour les personnes âgées de **1 à 19 ans**, selon le territoire de résidence et non le lieu d'hospitalisation des individus.

SOURCES

Les données du fichier MED-ÉCHO du MSSS (au numérateur) et les estimations et les projections démographiques du MSSS (au dénominateur) ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur. Les données relatives aux hospitalisations de résidents de l'Outaouais survenues en Ontario sont incluses pour les années considérées. Ces données proviennent de la DAD de l'ICIS. Les données des trois années financières de 2006-2007 à 2008-2009 ont été utilisées, car elles ont l'avantage d'être codées uniformément selon la dixième révision de la version canadienne de la CIM-10-CA, mise en place à partir de 2006-2007.

MÉTHODE DE CALCUL

Nombre moyen d'hospitalisations de personnes âgées de 1 à 19 ans en soins physiques de courte durée selon le diagnostic principal de 2006-2007 à 2008-2009 (années budgétaires) _____ x 10 000
Population moyenne de 2006-2007 à 2008-2009

LIMITES

Les taux bruts d'hospitalisation « tous âges » représentent le « vrai » portrait des hospitalisations au sein d'une population, bien qu'ils soient grandement influencés par la structure par âge de cette population. Une population plus âgée a tendance à avoir un taux brut d'hospitalisation plus élevé. En revanche, les taux par groupes d'âge spécifiques peuvent être comparés à ceux observés dans une population ayant une structure d'âge différente, dans la mesure où la structure d'âge à l'intérieur du groupe d'âge spécifique est la même dans les deux populations. Ceci tend à être moins vrai si les groupes d'âge considérés sont plus étendus (par exemple 20-64 ans, 65 ans et plus) et si les populations comparées ont des structures d'âge globales très différentes.

Les taux bruts d'hospitalisation ne permettent pas de mesurer directement la prévalence d'un problème de santé (morbidité) au sein d'une population, et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, les informations se rapportent à un épisode d'hospitalisation et non à un individu, de sorte qu'une même personne peut être hospitalisée à plusieurs reprises au cours de la période étudiée. Les taux d'hospitalisation varient également en fonction de facteurs reliés à « l'offre » d'hospitalisation, comme la disponibilité des lits et des services alternatifs, les pratiques médicales, l'accessibilité physique, la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, les décisions administratives des directions hospitalières, la spécialisation des hôpitaux, etc. Par exemple, il a été démontré que toutes choses étant égales par ailleurs (dont le nombre total de lits par habitant disponibles), les taux d'hospitalisation en soins de courte durée au Québec sont 40 % plus élevés au sein des populations des secteurs plus éloignés des centres régionaux que dans les populations résidant en milieu urbain ou à leur périphérie (INSPQ, 2004).

Enfin, les taux d'hospitalisation présentés dans ce Portrait de santé de l'Outaouais peuvent différer de celles qui sont publiées à partir d'autres sources, car les numérateurs incluent les données sur les hospitalisations des résidents de l'Outaouais en Ontario que nous obtenons de la base de données DAD de l'ICIS.

SOMMAIRE

Les taux d'hospitalisation pour tumeurs malignes et pour maladies de l'appareil respiratoire sont moins élevés en Outaouais que dans l'ensemble du Québec pour les personnes âgées de 1 à 19 ans. En ce qui concerne les tumeurs, les nombres sont petits et il est uniquement possible de présenter des taux pour le CSSS de Gatineau et ses anciens territoires de CLSC. En revanche, les maladies respiratoires constituent la première cause d'hospitalisations chez les 1-19 ans, les taux les plus élevés étant observés plus spécifiquement chez les 1-4 ans, puis chez les 5-9 ans. L'asthme en particulier est considéré comme le motif le plus fréquent d'hospitalisations évitables chez les enfants. Les taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire sont un peu plus faibles en Outaouais que dans l'ensemble du Québec.

Tableau 66 : Taux bruts d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les tumeurs chez les personnes âgées de 1 à 19 ans (par 10 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006-2007 à 2008-2009

CSSS et CLSC	Taux brut	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	4,5	12,0	(3,6 – 5,7)	NS
CLSC Hull	3,4*	26,7	(2,0 – 5,8)	NS
CLSC Gatineau	5,5	15,1	(4,1 – 7,3)	NS
CLSC Aylmer	3,5*	28,9	(2,0 – 6,1)	NS
CSSS Papineau	**	57,8	–	–
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	**	57,7	–	–
CLSC Petite-Nation	0	–	–	–
CSSS Collines	**	40,8	–	–
CSSS Pontiac	**	40,8	–	–
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	**	44,7	–	–
Outaouais	3,6	10,7	(3,0 – 4,5)	(-)
Ensemble du Québec	5,8	1,9	(5,6 – 6,0)	

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

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est pas affichée.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 67 : Taux bruts d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les maladies de l'appareil respiratoire chez les personnes âgées de 1 à 19 ans (par 10 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006-2007 à 2008-2009

CSSS et CLSC	Taux brut	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	59,7	3,3	(56,0 – 63,7)	(-)
CLSC Hull	56,2	6,6	(49,3 – 63,9)	(-)
CLSC Gatineau	68,4	4,3	(62,9 – 74,4)	NS
CLSC Aylmer	43,7	8,1	(37,3 – 51,2)	(-)
CSSS Papineau	52,6	7,4	(45,5 – 60,8)	(-)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	54,1	8,4	(45,8 – 63,8)	(-)
CLSC Petite-Nation	48,4	15,3	(35,9 – 65,2)	(-)
CSSS Collines	50,1	9,0	(42,0 – 59,7)	(-)
CSSS Pontiac	57,3	11,3	(45,9 – 71,5)	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	57,2	11,6	(45,5 – 71,8)	NS
Outaouais	57,5	2,7	(54,5 – 60,6)	(-)
Ensemble du Québec	69,7	0,5	(68,9 – 70,4)	

(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

NS : différence non significative.

TAUX D'HOSPITALISATION EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 20 À 64 ANS

MISE EN CONTEXTE

Dans le cadre de ce Portrait, les données d'hospitalisation pour la population de l'Outaouais sont présentées dans une perspective différente de celle qui est utilisée dans l'organisation des services de santé. Les résultats sont en effet discutés ici en tant qu'indicateurs de *l'état de santé de la population*. Or, leur utilité à cette fin est limitée, à cause notamment de l'interaction de nombreux facteurs reliés non seulement à la prévalence des problèmes de santé comme telle, mais aussi aux caractéristiques de « l'offre » de services en général.

DÉFINITION

Le *taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée* est le rapport du nombre moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour un diagnostic principal au cours d'une période donnée, à la population moyenne pour la même période. Les données excluent notamment les hospitalisations pour troubles mentaux et les hospitalisations de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Le diagnostic principal du fichier MED-ÉCHO est utilisé pour comptabiliser les hospitalisations. Il correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Dans cette fiche, les taux sont présentés pour les personnes âgées de **20 à 64 ans**, selon le territoire de résidence et non le lieu d'hospitalisation des individus.

SOURCES

Les données du fichier MED-ÉCHO du MSSS (au numérateur) et les estimations et les projections démographiques du MSSS (au dénominateur) ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur. Les données relatives aux hospitalisations de résidents de l'Outaouais survenues en Ontario sont incluses pour les années considérées. Ces données proviennent de la *Base de données sur les congés des patients* DAD de l'ICIS. Les données des trois années financières de 2006-2007 à 2008-2009 ont été utilisées, car elles ont l'avantage d'être codées uniformément selon la dixième révision de la version canadienne de la CIM-10-CA, mise en place à partir de 2006-2007.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre moyen d'hospitalisations de personnes âgées de 20 à 64 ans en soins physiques de courte durée selon le diagnostic principal de 2006-2007 à 2008-2009 (années budgétaires)}}{\text{Population moyenne âgée 20 à 64 ans de 2006-2007 à 2008-2009}} \times 10\,000$$

LIMITES

Les taux bruts d'hospitalisation « tous âges » représentent le « vrai » portrait des hospitalisations au sein d'une population, bien qu'ils soient grandement influencés par la structure par âge de cette population. Une population plus âgée a tendance à avoir un taux brut d'hospitalisation plus élevé. En revanche, les taux par groupes d'âge spécifiques peuvent être comparés à ceux observés dans une population ayant une structure d'âge différente, dans la mesure où la structure d'âge à l'intérieur du groupe d'âge spécifique est la même dans les deux populations. Ceci tend à être moins vrai si les groupes d'âge considérés sont plus étendus (par exemple 20-64 ans, 65 ans et plus) et si les populations comparées ont des structures d'âge globales très différentes.

Les taux bruts d'hospitalisation ne permettent pas de mesurer directement la prévalence d'un problème de santé (morbidité) au sein d'une population, et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, les informations se rapportent à un épisode d'hospitalisation et non à un individu, de sorte qu'une même personne peut être hospitalisée à plusieurs reprises au cours de la période étudiée. Les taux d'hospitalisation varient également en fonction de facteurs reliés à « l'offre » d'hospitalisation, comme la disponibilité des lits et des services alternatifs, les pratiques médicales, l'accessibilité physique, la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, les décisions administratives des directions hospitalières, la spécialisation des hôpitaux, etc. Par exemple, il a été démontré que toutes choses étant égales par ailleurs (dont le nombre total de lits par habitant disponibles), les taux d'hospitalisation en soins de courte durée au Québec sont 40 % plus élevés au sein des populations des secteurs plus éloignés des centres régionaux que dans les populations résidant en milieu urbain ou à leur périphérie (INSPQ, 2004).

Enfin, les taux d'hospitalisation présentés dans ce Portrait de santé de l'Outaouais peuvent différer de celles qui sont publiées à partir d'autres sources, car les numérateurs incluent les données sur les hospitalisations des résidents de l'Outaouais en Ontario que nous obtenons de la base de données DAD de l'ICIS.

SOMMAIRE

Les taux bruts d'hospitalisation pour les tumeurs malignes (cancers) et pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les 20-64 ans sont significativement plus faibles en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Ces résultats démontrent l'inadéquation entre la morbidité réelle et les taux d'hospitalisation (et l'influence de facteurs reliés à « l'offre » de services), dans la mesure où la population de l'Outaouais présente des excès relatifs de mortalité importants pour ces catégories de décès. Les taux d'hospitalisation correspondant à ces deux causes spécifiques sont particulièrement faibles dans les populations des territoires de CSSS de Gatineau et des Collines. Par ailleurs, les taux bruts d'hospitalisation pour les trois regroupements de causes de décès considérés dans cette fiche sont plus élevés dans les territoires de la Vallée-de-la-Gatineau, du Pontiac et de la Petite-Nation, où les hauts taux de mortalité observés historiquement se conjuguent avec des facteurs discutés précédemment, notamment la tendance à « hospitaliser davantage » (mais moins longtemps) dans les milieux ruraux et une structure d'âge plus « âgée » à l'intérieur des 20-64 ans. Les taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire sont très élevés partout, sauf dans le territoire du CSSS de Gatineau. Ils reflètent vraisemblablement la très grande prévalence de maladies pulmonaires graves causées par la cigarette.

Tableau 68 : Taux bruts d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les tumeurs malignes chez les personnes âgées de 20 à 64 ans (par 10 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006-2007 à 2008-2009

CSSS et CLSC	Taux brut	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	42,8	2,3	(40,9 – 44,8)	(-)
CLSC Hull	39,4	4,3	(36,2 – 42,8)	(-)
CLSC Gatineau	46,9	3,1	(44,1 – 49,8)	(-)
CLSC Aylmer	37,6	5,7	(33,6 – 42,0)	(-)
CSSS Papineau	57,0	4,3	(52,4 – 62,0)	NS
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	53,5	5,3	(48,2 – 59,4)	NS
CLSC Petite-Nation	64,6	7,2	(56,1 – 74,4)	NS
CSSS Collines	39,3	6,4	(34,7 – 44,5)	(-)
CSSS Pontiac	66,1	6,4	(58,3 – 75,0)	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	61,9	6,5	(54,6 – 70,3)	NS
Outaouais	46,9	1,8	(45,3 – 48,6)	(-)
Ensemble du Québec	58,7	0,3	(58,3 – 59,1)	

(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 69 : Taux bruts d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les personnes âgées de 20 à 64 ans (par 10 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006-2007 à 2008-2009

CSSS et CLSC	Taux brut	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	45,9	2,2	(43,9 – 48,0)	(-)
CLSC Hull	40,8	4,2	(37,6 – 44,3)	(-)
CLSC Gatineau	51,4	3,0	(48,5 – 54,5)	(-)
CLSC Aylmer	40,0	5,5	(35,9 – 44,6)	(-)
CSSS Papineau	68,3	3,9	(63,2 – 73,7)	NS
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	68,0	4,7	(61,9 – 74,6)	NS
CLSC Petite-Nation	68,9	7,0	(60,1 – 79,0)	NS
CSSS Collines	47,5	5,8	(42,4 – 53,2)	(-)
CSSS Pontiac	81,4	5,8	(72,6 – 91,1)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	95,3	5,2	(86,1 – 105,6)	(+)
Outaouais	54,1	1,6	(52,4 – 55,9)	(-)
Ensemble du Québec	68,1	0,3	(67,6 – 68,5)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 70 : Taux bruts d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les maladies de l'appareil respiratoire chez les personnes âgées de 20 à 64 ans (par 10 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006-2007 à 2008-2009

CSSS et CLSC	Taux brut	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	26,4	2,9	(25,0 – 28,0)	NS
CLSC Hull	27,5	5,1	(24,9 – 30,4)	NS
CLSC Gatineau	29,8	3,9	(27,6 – 32,1)	NS
CLSC Aylmer	15,8	8,8	(13,3 – 18,8)	(-)
CSSS Papineau	35,0	5,5	(31,4 – 38,9)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	33,5	6,7	(29,4 – 38,3)	(+)
CLSC Petite-Nation	38,1	9,4	(31,8 – 45,8)	(+)
CSSS Collines	30,7	7,2	(26,7 – 35,3)	NS
CSSS Pontiac	40,8	8,2	(34,8 – 47,9)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	62,7	6,4	(55,3 – 71,1)	(+)
Outaouais	30,9	2,2	(29,6 – 32,3)	(+)
Ensemble du Québec	28,1	0,5	(27,8 – 28,4)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

NS : différence non significative.

TAUX D'HOSPITALISATION EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

MISE EN CONTEXTE

Dans le cadre de ce Portrait, les données d'hospitalisation pour la population de l'Outaouais sont présentées dans une perspective différente de celle qui est utilisée dans l'organisation des services de santé. Les résultats sont en effet discutés ici en tant qu'indicateurs de *l'état de santé de la population*. Or, leur utilité à cette fin est limitée, à cause notamment de l'interaction de nombreux facteurs reliés non seulement à la prévalence des problèmes de santé comme telle, mais aussi aux caractéristiques de « l'offre » de services en général.

DÉFINITION

Le *taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée* est le rapport du nombre moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour un diagnostic principal au cours d'une période donnée, à la population moyenne pour la même période. Les données excluent notamment les hospitalisations pour troubles mentaux et les hospitalisations de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Le diagnostic principal du fichier MED-ÉCHO est utilisé pour comptabiliser les hospitalisations. Il correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Dans cette fiche, les taux sont présentés pour les personnes âgées de **65 ans et plus**, selon le territoire de résidence et non le lieu d'hospitalisation des individus.

SOURCES

Les données du fichier MED-ÉCHO du MSSS (au numérateur) et les estimations et les projections démographiques du MSSS (au dénominateur) ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur. Les données relatives aux hospitalisations de résidents de l'Outaouais survenues en Ontario sont incluses pour les années considérées. Ces données proviennent de la *Base de données sur les congés des patients* DAD de l'ICIS. Les données des trois années financières de 2006-2007 à 2008-2009 ont été utilisées, car elles ont l'avantage d'être codées uniformément selon la dixième révision de la version canadienne de la CIM-10-CA, mise en place à partir de 2006-2007.

MÉTHODE DE CALCUL

Nombre moyen d'hospitalisations de personnes âgées de 65 ans et plus en soins physiques de courte durée selon le diagnostic principal de 2006-2007 à 2008-2009 (années budgétaires) _____ x 10 000
Population moyenne âgée de 65 ans et plus de 2006-2007 à 2008-2009

LIMITES

Les taux bruts d'hospitalisation « tous âges » représentent le « vrai » portrait des hospitalisations au sein d'une population, bien qu'ils soient grandement influencés par la structure par âge de cette population. Une population plus âgée a tendance à avoir un taux brut d'hospitalisation plus élevé. En revanche, les taux par groupes d'âge spécifiques peuvent être comparés à ceux observés dans une population ayant une structure d'âge différente, dans la mesure où la structure d'âge à l'intérieur du groupe d'âge spécifique est la même dans les deux populations. Ceci tend à être moins vrai si les groupes d'âge considérés sont plus étendus (par exemple les 65 ans et plus) et si les populations comparées ont des structures d'âge globales très différentes. Par exemple, les personnes de 85 ans et plus ne représentent que 6,7 % des 65 ans et plus dans le territoire des Collines, mais 9,2 % dans la Petite-Nation.

Les taux bruts d'hospitalisation ne permettent pas de mesurer directement la prévalence d'un problème de santé (morbidité) au sein d'une population, et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, les informations se rapportent à un épisode d'hospitalisation et non à un individu, de sorte qu'une même personne peut être hospitalisée à plusieurs reprises au cours de la période étudiée. Les taux d'hospitalisation varient également en fonction de facteurs reliés à « l'offre » d'hospitalisation, comme la disponibilité des lits et des services alternatifs, les pratiques médicales, l'accessibilité physique, la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, les décisions administratives des directions hospitalières, la spécialisation des hôpitaux, etc. Par exemple, il a été démontré que toutes choses étant égales par ailleurs (dont le nombre total de lits par habitant disponibles), les taux d'hospitalisation en soins de courte durée au Québec sont 40 % plus élevés au sein des populations des secteurs plus éloignés des centres régionaux que dans les populations résidant en milieu urbain ou à leur périphérie (INSPQ, 2004). Enfin, les taux d'hospitalisation présentés dans ce Portrait de santé de l'Outaouais peuvent différer de celles qui sont publiées à partir d'autres sources, car les numérateurs incluent les données sur les hospitalisations des résidents de l'Outaouais en Ontario que nous obtenons de la base de données DAD de l'ICIS.

SOMMAIRE

Les taux bruts d'hospitalisation pour les tumeurs malignes (cancers) et pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les 65 ans et plus (comme chez les 20-64) sont significativement plus faibles en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Ces résultats démontrent l'inadéquation entre la morbidité réelle et les taux d'hospitalisation (et l'influence de facteurs reliés à « l'offre » de services), dans la mesure où la population de l'Outaouais présente des excès relatifs de mortalité importants pour ces deux catégories de décès. Les taux d'hospitalisation correspondant à ces catégories sont particulièrement faibles dans les territoires de CSSS de Gatineau et des Collines et ils sont relativement élevés dans celui du Pontiac. Pour les maladies de l'appareil respiratoire, le taux observé est significativement plus élevé dans la région que dans l'ensemble de la province. Les taux sont d'ailleurs élevés dans presque tous les secteurs géographiques de l'Outaouais, mais particulièrement dans la Vallée-de-la-Gatineau où ils représentent près du double du taux provincial.

Tableau 71 : Taux bruts d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les tumeurs malignes chez les personnes âgées de 65 ans et plus (par 10 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006-2007 à 2008-2009

CSSS et CLSC	Taux brut	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	203,0	2,6	(192,7 – 213,7)	(-)
CLSC Hull	182,8	4,5	(167,3 – 199,6)	(-)
CLSC Gatineau	226,1	3,7	(210,4 – 243,0)	(-)
CLSC Aylmer	183,7	7,0	(160,3 – 210,6)	(-)
CSSS Papineau	246,4	4,4	(226,0 – 268,5)	NS
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	262,5	5,7	(234,6 – 293,7)	NS
CLSC Petite-Nation	226,4	6,9	(197,8 – 259,0)	NS
CSSS Collines	238,9	7,8	(205,2 – 278,2)	NS
CSSS Pontiac	323,4	5,7	(289,2 – 361,7)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	263,6	6,0	(234,2 – 296,7)	NS
Outaouais	227,9	1,9	(219,5 – 236,7)	(-)
Ensemble du Québec	251,0	0,3	(249,3 – 252,7)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 72 : Taux bruts d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les personnes âgées de 65 ans et plus (par 10 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006-2007 à 2008-2009

CSSS et CLSC	Taux brut	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	414,4	1,8	(399,7 – 429,7)	(-)
CLSC Hull	393,0	3,1	(370,0 – 417,4)	(-)
CLSC Gatineau	455,0	2,6	(432,4 – 478,7)	(-)
CLSC Aylmer	347,0	5,1	(314,2 – 383,2)	(-)
CSSS Papineau	478,0	3,2	(449,3 – 508,5)	(-)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	498,3	4,2	(459,3 – 540,6)	NS
CLSC Petite-Nation	452,7	4,9	(411,6 – 497,9)	(-)
CSSS Collines	400,1	6,0	(355,7 – 450,0)	(-)
CSSS Pontiac	566,8	4,3	(520,9 – 616,8)	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	499,5	4,4	(458,4 – 544,3)	NS
Outaouais	445,4	1,4	(433,5 – 457,5)	(-)
Ensemble du Québec	539,7	0,2	(537,2 – 542,2)	

(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 73 : Taux bruts d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les maladies de l'appareil respiratoire chez les personnes âgées de 65 ans et plus (par 10 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2006-2007 à 2008-2009

CSSS et CLSC	Taux brut	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	278,7	2,2	(266,7 – 291,2)	NS
CLSC Hull	274,1	3,7	(255,0 – 294,6)	NS
CLSC Gatineau	320,1	3,1	(301,3 – 340,1)	(+)
CLSC Aylmer	168,6	7,3	(146,2 – 194,4)	(-)
CSSS Papineau	297,4	4,0	(274,9 – 321,6)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	335,7	5,1	(303,9 – 370,7)	(+)
CLSC Petite-Nation	249,8	6,5	(219,8 – 284,0)	NS
CSSS Collines	381,4	6,1	(338,1 – 430,2)	(+)
CSSS Pontiac	358,2	5,4	(322,1 – 398,4)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	507,1	4,3	(465,7 – 552,3)	(+)
Outaouais	314,4	1,6	(304,5 – 324,7)	(+)
Ensemble du Québec	265,7	0,3	(264,0 – 267,5)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle de l'ensemble du Québec.

NS : différence non significative.

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

MISE EN CONTEXTE

Malgré son nom, l'espérance de vie est un indicateur de mortalité. L'espérance de vie se calcule à différents âges; donc, on peut mesurer l'espérance de vie à la naissance, à 15 ans, à 40 ans ou à 75 ans par exemple. L'espérance de vie, à la naissance en particulier, est un indicateur très utilisé pour mesurer l'état de santé globale d'une population, notamment pour les comparaisons internationales. Il s'agit strictement d'un indicateur (quantitatif) du nombre d'années qui restent à vivre, mais en y adjoignant des données sur les limitations fonctionnelles, les incapacités ou la présence de maladies chroniques, il est possible d'obtenir des indicateurs composites (quantitatifs et qualitatifs) : par exemple, l'espérance de vie en bonne santé.

DÉFINITION

L'*espérance de vie à la naissance* est la durée moyenne de survie d'une personne qui naîtrait « aujourd'hui » si les taux de mortalité par âge d'une période « passée » continuaient de s'appliquer tout au long de sa vie. Pour effectuer le calcul de cet indicateur, on fait parcourir tous les âges de la vie à une cohorte fictive de nouveau-nés en lui faisant subir à ces divers âges les probabilités de décéder qui ont été observées durant une période donnée (Pressat, 1985).

SOURCES

Les données provinciales, régionales et infrarégionales au numérateur proviennent du fichier des décès du MSSS, tandis qu'au dénominateur on utilise les estimations, les projections démographiques et le fichier des naissances du MSSS.

MÉTHODE DE CALCUL

Les actuaires et les mathématiciens utilisent des méthodes complexes pour calculer des *tables de mortalité* d'où sont tirées les valeurs d'espérance de vie. Des méthodes plus simples, comme celle utilisée dans le Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 (INSPQ, 2006) que nous reprenons dans cette fiche, permettent cependant d'obtenir des résultats similaires (Rowland, 2003).

LIMITES

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée (en l'occurrence la période 2003 à 2007). Donc, lorsque le taux de mortalité générale d'une population, comme c'est le cas actuellement, suit une tendance à la baisse dans le temps, l'espérance de vie à la naissance qui est calculée pour un nouveau-né « actuel » se trouve sous-estimée.

SOMMAIRE

La comparaison des deux tableaux suivants montre des différences importantes entre les périodes 1998-2002 et 2003-2007. En effet, l'espérance de vie à la naissance a augmenté en Outaouais, dans les CLSC et les CSSS et aussi dans l'ensemble du Québec. L'augmentation la plus importante a été observée dans le territoire du CLSC d'Aylmer. Les augmentations les moins marquées se retrouvent dans les territoires de CLSC Petite-Nation et du CSSS du Pontiac. Pour la période 2003-2007, l'espérance de vie à la naissance est plus faible en Outaouais que dans l'ensemble du Québec (79,3 vs 80,3 années). Ce déficit est observé dans tous les territoires, sauf dans celui du CLSC d'Aylmer. L'espérance de vie, sans surprise, est plus élevée chez les femmes que chez les hommes pour les deux périodes à l'étude et pour toutes les unités géographiques (données non présentées).

Tableau 74 : Espérance de vie à la naissance (années), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1998 à 2002

CSSS et CLSC	Espérance de vie à la naissance	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	77,7	(77,4 – 78,0)	(-)
CLSC Hull	76,6	(76,1 – 77,1)	(-)
CLSC Gatineau	77,9	(77,5 – 78,4)	(-)
CLSC Aylmer	79,0	(78,3 – 79,8)	NS
CSSS Papineau	77,1	(76,5 – 77,8)	(-)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	76,6	(75,9 – 77,4)	(-)
CLSC Petite-Nation	77,8	(76,7 – 78,8)	(-)
CSSS Collines	78,8	(77,9 – 79,6)	NS
CSSS Pontiac	77,6	(76,7 – 78,5)	(-)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	75,5	(74,5 – 76,4)	(-)
Outaouais	77,6	(77,4 – 77,8)	(-)
Ensemble du Québec	78,8	(78,8 – 78,9)	

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 75 : Espérance de vie à la naissance (années), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003 à 2007

CSSS et CLSC	Espérance de vie à la naissance	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	79,6	(79,4 – 79,9)	(-)
CLSC Hull	78,9	(78,4 – 79,4)	(-)
CLSC Gatineau	79,3	(78,9 – 79,7)	(-)
CLSC Aylmer	81,8	(81,1 – 82,5)	(+)
CSSS Papineau	79,0	(78,5 – 79,6)	(-)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	78,9	(78,2 – 79,5)	(-)
CLSC Petite-Nation	79,0	(78,0 – 80,0)	(-)
CSSS Collines	79,4	(78,7 – 80,2)	(-)
CSSS Pontiac	78,1	(77,3 – 78,9)	(-)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	77,7	(76,8 – 78,6)	(-)
Outaouais	79,3	(79,0 – 79,5)	(-)
Ensemble du Québec	80,3	(80,3 – 80,3)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ (SANS INCAPACITÉ)

MISE EN CONTEXTE

Cette mesure fait partie de la « famille » des indicateurs de santé qui ont été développés pour répondre à la question : « à mesure que l'espérance de vie augmente, ces années de vie supplémentaires sont-elles vécues en bonne ou en mauvaise santé? ». Ces indicateurs ajoutent une dimension de *qualité* à celle de *quantité* des années vécues, particulièrement celles qui sont vécues à la fin de la vie. Par ailleurs, l'*espérance de vie en bonne santé (sans incapacité)* étant influencée par les conditions de vie, sa mesure apporte un éclairage précieux sur les inégalités, notamment entre les sexes et entre les populations des différentes régions. Il peut être utilisé pour orienter l'allocation des ressources (ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2011).

DÉFINITION

L'*espérance de vie en bonne santé (sans incapacité)* à la naissance est la durée moyenne de survie en « bonne santé » d'une personne qui naîtrait « aujourd'hui » si les profils actuels de mortalité et d'incapacité continuaient de s'appliquer tout au long de sa vie. On établit l'incapacité d'une personne à partir de ses réponses à deux questions, l'une portant sur les difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne, l'autre sur la réduction des activités pouvant être faites à la maison, au travail ou à l'école. Ces questions font référence aux états physiques ou mentaux et aux problèmes de santé qui ont duré ou qui sont susceptibles de durer six mois ou plus (Statistique Canada, 2007).

Le calcul de l'espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) se fait selon la méthode de Sullivan (Sullivan, 1971) et il est basé sur les données de mortalité, d'incapacité et d'institutionnalisation selon l'âge. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance rapportée ici correspond à l'espérance de vie totale, moins l'espérance de vie en établissement, moins l'espérance de vie avec incapacité.

MÉTHODE DE CALCUL

Un exemple du calcul des différentes composantes de l'espérance de vie en bonne santé est présenté à l'Annexe 9 du *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006* (mesures de précision : Mathers, 1991).

SOURCES

Les données provenant de plusieurs sources sont requises pour le calcul de cet indicateur. Les données provinciales, régionales et infrarégionales sur les décès proviennent du fichier des décès du MSSS. Les ajustements pour l'espérance de vie en établissement sont établis à l'aide du fichier des naissances et de celui du recensement, lequel sert aussi à documenter l'espérance de vie *avec* incapacités.

LIMITES

Dans le recensement, l'incapacité est mesurée seulement pour la population des ménages privés (« hors institution »). Si l'on voulait faire le calcul de l'espérance de vie en bonne santé pour l'ensemble de la population, on devrait tenir compte des personnes résidant en établissements de soins, en formulant par exemple l'hypothèse qu'elles ont toutes une incapacité. Dans le cadre de la présente fiche, nos données réfèrent donc seulement aux personnes vivant en ménages privés.

Les différences entre les valeurs obtenues pour la région et les territoires, d'une part, et l'ensemble du Québec d'autre part, n'ont pas fait l'objet d'un test statistique puisque la variance associée aux données d'incapacité du recensement n'a pas été calculée. Cependant, afin de fournir une estimation de la précision des valeurs calculées pour la région et les territoires (intervalles de confiance), la variance associée aux données sur l'incapacité dans le recensement de 2006 a été considérée comme nulle.

Tableau 76 : Espérance de vie en bonne santé à la naissance (années), hors institution, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2005 à 2007

CSSS et CLSC	Espérance de vie en bonne santé (hors institution)	Intervalle de confiance à 95 %
CSSS Gatineau	64,4	(64,0 – 64,7)
CLSC Hull	63,0	(62,8 – 64,1)
CLSC Gatineau	64,8	(64,2 – 65,3)
CLSC Aylmer	64,4	(63,5 – 65,3)
CSSS Papineau	63,7	(62,9 – 64,4)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	63,0	(62,1 – 63,9)
CLSC Petite-Nation	64,2	(62,9 – 65,6)
CSSS Collines	65,8	(64,8 – 66,9)
CSSS Pontiac	60,0	(58,9 – 61,1)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	62,0	(60,8 – 63,1)
Outaouais	63,9	(63,7 – 64,2)
Ensemble du Québec	67,3	(67,3 – 67,4)

SOMMAIRE

La population de l'Outaouais montre, pour la période 2005-2007, un déficit de 1,2 année, comparativement à l'ensemble du Québec, dans l'espérance de vie à la naissance (données présentées dans la fiche « Espérance de vie à la naissance »). Lorsque les informations relatives à la *qualité* des années de vie vécues par la population de l'Outaouais sont incorporées à cet indicateur, les écarts avec le Québec s'accroissent considérablement. Ceci indique qu'une proportion relativement élevée des personnes résidant en Outaouais passe les dernières années de leur vie avec des difficultés de fonctionnement dans la vie quotidienne. Ce sont souvent des personnes qui auront plus besoin des ressources de l'État et qui auront éventuellement recours en proportion plus importante à des services de maintien à domicile et d'hébergement. Le phénomène est plus accentué dans les territoires de CSSS du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau. Les données selon le sexe (non présentées) montrent que si les femmes de l'Outaouais vivent en moyenne quelques années de plus que les hommes, elles ne passent en moyenne que 1,9 de ces années en bonne santé.

TAUX DE MORTALITÉ TOUTES CAUSES

MISE EN CONTEXTE

Ajusté pour les différences entre les structures d'âge de populations différentes, le taux de mortalité « toutes causes » est, avec l'espérance de vie à la naissance et le taux de mortalité infantile, un des indicateurs les plus utilisés dans les comparaisons internationales. La tendance séculaire des taux de mortalité est à la baisse et nous avons assisté au cours du vingtième siècle à une concentration toujours plus marquée des décès à un âge de plus en plus avancé (phénomène de « compression » de la mortalité), ainsi qu'à une baisse de plus en plus subite des taux de survie au-delà d'une limite d'âge donnée (phénomène de « rectangularisation » de la courbe de survie) (Martel et Bourbeau, 2003).

DÉFINITION

Le *taux de mortalité toutes causes* est en fait le rapport du nombre moyen de décès, pour toutes les causes confondues, sur la population moyenne au cours d'une période donnée. Comme cet indicateur n'utilise pas d'informations sur les *causes* de décès, il n'est donc pas affecté par les changements de codifications dans les causes de décès, en l'occurrence par le passage de la version 9 à la version 10 de la CIM de l'OMS. Les taux présentés ont été *ajustés* afin de retirer l'effet potentiel de la structure d'âge de la population. La population de référence utilisée pour effectuer cet ajustement est celle de l'ensemble du Québec en 2001. La méthode d'ajustement des taux utilisée est dite « directe », par opposition à une autre dite « indirecte ».

SOURCES

Pour le calcul de cet indicateur, le fichier des décès du MSSS au numérateur et les estimations et les projections démographiques du MSSS au dénominateur ont été utilisés.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre moyen de décès, pour toutes les causes de décès confondues, au cours d'une période donnée}}{\text{Population moyenne pour la même période}} \times 100\,000$$

LIMITES

Les taux de mortalité *ajustés* pour la structure d'âge sont des taux fictifs. Les taux de mortalité réels, c'est-à-dire observés ou *bruts* de diverses populations (en l'occurrence celles du Québec, de l'Outaouais et de ses territoires), font ainsi l'objet d'une transformation mathématique commune qui permet de les comparer directement, même si ces populations ont des proportions différentes de jeunes, de personnes âgées, etc.

SOMMAIRE

Dans l'ensemble, on constate que les taux ajustés de mortalité diminuent de façon importante entre les deux périodes présentées, autant au Québec qu'en Outaouais et dans les territoires infrarégionaux. Les taux de mortalité ajustés sont toujours plus élevés en Outaouais que dans l'ensemble du Québec, une tendance qui remonte au début des années 80 (données non présentées). Les taux calculés pour les populations des territoires et des anciens districts de CLSC, pour les deux périodes, sont tous plus élevés que ceux de l'ensemble de la province, sauf dans le secteur d'Aylmer. Les taux ajustés sont de 15 à 20 % supérieurs au taux québécois dans certains territoires ruraux de l'Outaouais, des excès considérables qui ont certainement une influence négative sur la vie économique (emploi, productivité, qualité de la main-d'œuvre) et sur la cohésion sociale de ces communautés.

Tableau 77 : Taux ajustés de mortalité toutes causes (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1998 à 2002

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	582,9	812,1	(791,5 – 833,2)	(+)
CLSC Hull	835,6	873,3	(841,2 – 906,7)	(+)
CLSC Gatineau	468,5	814,5	(780,9 – 849,5)	(+)
CLSC Aylmer	455,6	700,0	(652,2 – 750,8)	(-)
CSSS Papineau	781,8	842,4	(804,9 – 881,7)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	698,6	872,4	(822,5 – 925,3)	(+)
CLSC Petite-Nation	955,5	807,4	(750,6 – 868,3)	NS
CSSS Collines	415,0	736,8	(672,6 – 807,1)	NS
CSSS Pontiac	899,2	843,0	(789,4 – 900,3)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	965,3	909,4	(853,9 – 968,6)	(+)
Outaouais	642,5	820,3	(804,5 – 836,5)	(+)
Ensemble du Québec	740,7	757,2	(754,4 – 760,1)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 78 : Taux ajustés de mortalité toutes causes (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003 à 2007

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	573,9	699,7	(682,5 – 717,4)	(+)
CLSC Hull	764,7	752,1	(724,0 – 781,4)	(+)
CLSC Gatineau	509,0	706,6	(679,9 – 734,3)	(+)
CLSC Aylmer	421,1	583,4	(544,8 – 624,7)	(-)
CSSS Papineau	747,3	741,9	(709,0 – 776,3)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	653,9	754,7	(711,5 – 800,5)	(+)
CLSC Petite-Nation	946,7	734,3	(683,1 – 789,4)	(+)
CSSS Collines	425,1	682,4	(627,9 – 741,6)	NS
CSSS Pontiac	964,1	831,3	(780,2 – 885,7)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	923,1	806,1	(756,2 – 859,3)	(+)
Outaouais	630,2	723,0	(709,4 – 737,0)	(+)
Ensemble du Québec	732,5	678,8	(676,2 – 681,3)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative

TAUX DES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES TOUTES CAUSES

MISE EN CONTEXTE

Le taux des APVP « toutes causes » est une mesure de l'importance (fardeau) de la mortalité *prématurée* attribuable à l'ensemble des maladies. Il s'agit d'une mesure complémentaire au taux de mortalité toutes causes qui accorde plus de *poids* aux décès qui surviennent chez les personnes plus jeunes.

DÉFINITION

Le *taux des années potentielles de vie perdues toutes causes* correspond au rapport, pour tous les décès observés au cours d'une période donnée, de la somme des années de vie « perdues » ou « non vécues » par les personnes décédées avant une limite d'âge préétablie (par convention) de 75 ans, sur le décompte de la population âgée de moins de 75 ans pour la même période.

La méthode la plus simple pour calculer les APVP consiste à multiplier, pour chaque groupe d'âge (< 1 an, 1-4, 5-9..., 70-74 ans), le nombre de décès observé par la différence entre la limite de 75 ans et l'âge médian dans chaque groupe d'âge. Le total des APVP correspond à la somme des produits obtenus pour chaque groupe d'âge. Le taux des APVP est obtenu en divisant le total des APVP par l'effectif total de la population âgée de moins de 75 ans (Statistique Canada et ICIS, 2005).

SOURCES

Pour le calcul de cet indicateur, le fichier des décès du MSSS au numérateur et les estimations et les projections démographiques du MSSS au dénominateur ont été utilisés. Les données relatives aux décès de résidents de l'Outaouais survenus en Ontario sont incluses pour les années considérées.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre d'années de vie perdues avant 75 ans, toutes causes de décès confondues, au cours d'une période donnée}}{\text{Population âgée de moins de 75 ans pour la même période}} \times 100\,000$$

LIMITES

La limite d'âge de 75 ans pour le calcul des APVP a été établie par convention et c'est celle qui est la plus utilisée actuellement, ce qui facilite les comparaisons entre les données de différentes populations. Cette limite correspond approximativement à l'espérance de vie à la naissance de la population du Québec en 1980. Elle ne s'apparente donc plus à l'espérance de vie actuelle et tend à sous-estimer la mortalité prématurée. Certains chercheurs proposent de remplacer le seuil fixe de 75 ans par l'espérance de vie spécifique à chaque âge et sexe de la population à l'étude ou d'une population standard de référence. Ainsi, même les décès survenant à un âge avancé contribueraient au calcul des années de vie perdues (Murray et al., 2002).

SOMMAIRE

Les taux ajustés d'APVP ont diminué de façon importante de 1998-2002 à 2003-2007, autant en Outaouais qu'au Québec. Les taux ajustés de l'Outaouais demeurent cependant significativement plus élevés que ceux de l'ensemble du Québec, même si l'excès relatif a baissé de 9,0 à 7,2 %. Pour la période 2003-2007, les taux ajustés sont plus élevés que ceux du Québec dans tous les territoires infrarégionaux, sauf dans celui des Collines et dans le secteur d'Aylmer.

Tableau 79 : Taux ajusté des années potentielles de vie perdues avant 75 ans (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1998 à 2002

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	5 331,2	5 805,3	2,2	(5 559,1 – 6 062,5)	NS
CLSC Hull	6 838,7	7 100,4	3,6	(6 617,8 – 7 618,2)	(+)
CLSC Gatineau	4 748,9	5 299,4	3,2	(4 975,3 – 5 644,6)	NS
CLSC Aylmer	4 363,0	4 910,1	5,9	(4 378,3 – 5 506,5)	(-)
CSSS Papineau	6 815,8	6 908,1	4,6	(6 319,3 – 7 551,9)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	6 476,8	6 950,8	5,5	(6 242,9 – 7 739,0)	(+)
CLSC Petite-Nation	7 540,5	6 975,4	8,3	(5 924,4 – 8 212,8)	(+)
CSSS Collines	4 788,4	5 044,8	6,7	(4 424,9 – 5 751,6)	NS
CSSS Pontiac	6 274,5	6 016,8	7,4	(5 208,8 – 6 950,1)	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	9 325,5	8 930,4	6,2	(7 914,0 – 10 077,3)	(+)
Outaouais	5 809,1	6 107,4	1,8	(5 901,0 – 6 321,1)	(+)
Ensemble du Québec	5 562,8	5 602,3	0,4	(5 559,1 – 5 645,8)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 80 : Taux ajusté des années potentielles de vie perdues avant 75 ans (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2003 à 2007

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	5 030,3	5 118,3	2,3	(4 895,2 – 5 351,6)	NS
CLSC Hull	5 798,2	5 891,5	3,7	(5 476,0 – 6 338,5)	(+)
CLSC Gatineau	4 913,6	4 987,7	3,3	(4 673,9 – 5 322,5)	NS
CLSC Aylmer	4 066,4	4 205,9	5,9	(3 749,7 – 4 717,5)	(-)
CSSS Papineau	5 747,8	5 473,2	4,8	(4 982,1 – 6 012,7)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	5 287,7	5 340,2	5,7	(4 779,3 – 5 967,0)	NS
CLSC Petite-Nation	6 757,9	6 059,6	9,3	(5 054,2 – 7 264,9)	(+)
CSSS Collines	4 734,2	4 669,7	6,4	(4 115,6 – 5 298,3)	NS
CSSS Pontiac	6 430,7	5 800,0	7,4	(5 018,9 – 6 702,7)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	7 715,3	7 047,1	6,9	(6 155,4 – 8 067,9)	(+)
Outaouais	5 348,2	5 273,2	1,8	(5 089,0 – 5 464,1)	(+)
Ensemble du Québec	5 120,4	4 919,6	0,4	(4 879,7 – 4 959,8)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCERS

MISE EN CONTEXTE

Les *tumeurs malignes* ou *cancers* sont aujourd'hui responsables d'environ le tiers des décès dans notre société. Les cancers représentent un ensemble d'affections qui ont des caractéristiques communes sur les plans cellulaire et tissulaire, mais qui possèdent aussi des caractéristiques épidémiologiques et cliniques tellement différentes et variées qu'elles peuvent être considérées comme des maladies distinctes. Les cancers dans leur ensemble étaient déjà, depuis le début des années 80, la cause principale de mortalité *prématurée* au Québec et au Canada. Depuis les années 2000, ils sont devenus la première cause de décès au pays, surpassant les maladies cardiovasculaires. Cela dit, l'augmentation observée du nombre de décès par cancers est surtout due au vieillissement de la population, car les taux de décès « ajustés » pour l'âge ont plutôt tendance à baisser dans le temps, notamment à cause des changements positifs dans les habitudes de vie, de l'utilisation plus répandue des moyens de dépistage et de détection précoce et de l'amélioration des traitements (Comité directeur de la société canadienne du cancer, 2009).

DÉFINITION

Le *taux de mortalité par cancers* est le rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès pour tous les types de cancers réunis, à la population moyenne pour la période. Au Québec, la « maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès » est identifiée dans la section « Certification médicale du décès » du *Bulletin de décès* (Formulaire SP-3). Au Québec et au Canada, les causes de décès étaient classifiées selon la CIM-9 durant les années 1981 à 1999 et sont codées selon la CIM-10 depuis l'année 2000. Les cancers, appelés plus formellement « tumeurs malignes », correspondent aux codes CIM-9 de 140 à 239 et aux codes CIM-10 de C00 à D48.

SOURCES

Les données du fichier des décès du MSSS (au numérateur) et les estimations et les projections démographiques du MSSS (au dénominateur) ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur. Les données relatives aux décès de résidents de l'Outaouais survenus en Ontario sont incluses pour les années considérées.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre moyen de décès par cancers au cours d'une période donnée}}{\text{Population moyenne pour la même période}} \times 100\,000$$

LIMITES

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès (OCDE, 2005). Le « rapport de comparabilité » pour l'ensemble des cancers est de 1,0124. Environ 1,2 % de plus de décès sont donc classés sous « tumeurs malignes » selon la CIM-10 que selon la CIM-9. Ce rapport de comparabilité favorable est cependant trompeur, parce qu'il est le résultat net de plusieurs tendances opposées. Ainsi, un grand nombre de décès classés sous « pneumopathie » selon la CIM-9 sont classés sous « tumeurs malignes » selon la CIM-10. Un effet moindre en sens opposé sur le rapport de comparabilité tient au déplacement d'un certain nombre de décès hors du groupe des tumeurs malignes, notamment sous « maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) » (Statistique Canada, 2005b).

SOMMAIRE

Le taux de décès ajusté pour l'ensemble des cancers dans la région est d'environ 6 % plus élevé que celui de l'ensemble du Québec pour la période 2000-2004. Il s'agit d'une surprise, car les taux de décès par cancers de l'Outaouais et du Québec étaient historiquement similaires. Cet excès récent est presque entièrement attribuable à la surmortalité par cancer du poumon, qui

atteint maintenant 18 % et qui est généralisée dans tous les territoires de la région, sauf dans le secteur d'Aylmer. La relation avec le taux de tabagisme, qui demeure constamment plus élevé dans la région que dans l'ensemble du Québec depuis 1987, est directe.

Tableau 81 : Taux ajustés de mortalité pour l'ensemble des cancers (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2000 à 2004

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	194,2	248,0	2,2	(237,4 – 259,1)	(+)
CLSC Hull	237,3	246,1	3,5	(229,6 – 263,7)	NS
CLSC Gatineau	174,3	259,0	3,5	(242,0 – 277,2)	(+)
CLSC Aylmer	172,6	236,0	5,7	(211,1 – 263,9)	NS
CSSS Papineau	242,1	248,8	4,2	(229,4 – 269,7)	NS
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	219,9	263,1	5,3	(237,3 – 291,7)	(+)
CLSC Petite-Nation	289,2	228,7	6,7	(200,5 – 260,8)	NS
CSSS Collines	141,4	226,5	7,7	(194,7 – 263,4)	NS
CSSS Pontiac	273,8	245,0	6,1	(217,4 – 276,2)	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	326,4	289,5	5,5	(259,8 – 322,6)	(+)
Outaouais	209,8	249,4	1,7	(241,1 – 258,0)	(+)
Ensemble du Québec	237,3	233,4	0,3	(231,8 – 234,9)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 82 : Taux ajustés de mortalité pour les principaux sites de cancers (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2000 à 2004

CSSS et CLSC	Bronches et poumon	Côlon et rectum	Sein chez la femme	Prostate
	Taux	Taux	Taux	Taux
CSSS Gatineau	79,4 (+)	28,8	31,5	24,7
CLSC Hull	79,0 (+)	22,8	29,0	25,2*
CLSC Gatineau	89,0 (+)	32,1	35,9	23,8*
CLSC Aylmer	63,3	36,3	27,0*	27,6*
CSSS Papineau	82,5 (+)	29,0	20,8*	32,2*
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	84,6 (+)	30,7	21,6*	35,4*
CLSC Petite-Nation	78,7	27,6*	19,1*	28,4*
CSSS des Collines	72,5	34,8*	28,0*	**
CSSS du Pontiac	78,8	21,9*	32,2*	42,9* (+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	96,5 (+)	26,7*	36,1*	32,2*
Outaouais	80,6 (+)	28,3	29,8	28,7
Ensemble du Québec	68,3	27,2	30,7	26,4

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

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

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

MISE EN CONTEXTE

Les *maladies de l'appareil circulatoire* ou « maladies cardiovasculaires » (MCV) comprennent notamment les maladies cardiaques ischémiques (56 % des décès par MCV) et les accidents vasculaires cérébraux (18 %). Avec les cancers, elles constituent l'une des causes principales de mortalité prématurée et d'invalidité de longue durée au Québec et au Canada. Les taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont en baisse constante en Amérique du Nord depuis les années 60 et cette chute a été particulièrement marquée au Québec, de sorte que le taux québécois est maintenant inférieur au taux canadien. Il est cependant difficile d'identifier la part respective jouée par les technologies médicales, les médicaments et les habitudes de vie dans cette diminution de la mortalité (INSPQ, 2006).

DÉFINITION

Le *taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire* est le rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par maladies de l'appareil circulatoire à la population moyenne pour la période. Au Québec, la « maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès » est identifiée dans la section « Certification médicale du décès » du *Bulletin de décès* (Formulaire SP-3). Au Québec et au Canada, les causes de décès étaient classifiées selon la CIM-9 durant les années 1981 à 1999 et sont codées selon la CIM-10 depuis l'année 2000. Les maladies de l'appareil circulatoire correspondent aux codes CIM-9 de 390 à 459 et aux codes CIM-10 d'I00 à I99.

SOURCES

Les données du fichier des décès du MSSS (au numérateur) et les estimations et les projections démographiques du MSSS (au dénominateur) ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur. Les données relatives aux décès de résidents de l'Outaouais survenus en Ontario sont incluses pour les années considérées.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre moyen de décès par maladies de l'appareil circulatoire au cours d'une période donnée}}{\text{Population moyenne pour la même période}} \times 100\,000$$

LIMITES

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès (OCDE, 2005). Cependant, le « rapport de comparabilité » entre la CIM-9 et la CIM-10 pour les maladies de l'appareil circulatoire (chapitre IX de la CIM-10) s'établit à 0,9974. Ainsi, il n'y a pas de changement statistiquement significatif du nombre de décès classés sous ce chapitre selon la CIM-10 en comparaison au nombre de décès classés sous le chapitre équivalent selon la CIM-9 (Statistique Canada, 2005b). Des taux de mortalité « ajustés » sont présentés dans cette fiche, ce qui rend directement comparables les résultats de populations ayant des structures d'âge différentes (en l'occurrence l'Outaouais, les territoires infrarégionaux et l'ensemble du Québec).

SOMMAIRE

Les taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire ont baissé au même rythme en Outaouais et dans l'ensemble du Québec depuis les années 60. Cependant, les taux ajustés de l'Outaouais sont historiquement beaucoup plus élevés que ceux du Québec. L'excès relatif de 9 %, observé dans la région au cours de la période 2000-2004, est donc identique à ce qu'il était il y a plus de 40 ans. L'évolution du profil relatif des facteurs de risque cardiovasculaires majeurs en Outaouais comparativement au Québec explique d'ailleurs la tendance observée. Les taux les plus élevés dans la région en 2000-2004 sont observés dans la population du secteur de Gatineau et dans celles des territoires de CSSS du Pontiac et de Papineau. Les taux sont favorables dans le secteur d'Aylmer et dans le territoire des Collines, où ils ont baissé très rapidement entre les deux périodes d'observation. On observe aussi une amélioration considérable des taux ajustés dans le secteur de Hull et dans le territoire de CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, où ils rejoignent maintenant le taux québécois.

Tableau 83 : Taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1995 à 1999

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	190,2	308,6	2,3	(294,8 – 323,0)	(+)
CLSC Hull	289,5	324,4	3,3	(304,1 – 346,0)	(+)
CLSC Gatineau	141,7	302,9	4,0	(280,2 – 327,3)	NS
CLSC Aylmer	151,4	281,4	6,3	(248,7 – 318,3)	NS
CSSS Papineau	261,4	303,8	4,1	(280,4 – 329,1)	NS
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	230,9	313,1	5,3	(282,0 – 347,5)	NS
CLSC Petite-Nation	322,8	293,9	6,4	(259,3 – 333,2)	NS
CSSS Collines	148,6	320,6	7,8	(275,1 – 373,6)	NS
CSSS Pontiac	340,7	340,9	5,4	(306,8 – 378,8)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	307,3	318,9	5,7	(285,4 – 356,4)	(+)
Outaouais	215,0	311,3	1,8	(300,8 – 322,1)	(+)
Ensemble du Québec	257,1	283,5	0,3	(281,6 – 285,3)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 84 : Taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2000 à 2004

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	168,0	230,2	2,4	(219,7 – 241,3)	(+)
CLSC Hull	217,9	221,6	3,7	(206,1 – 238,2)	NS
CLSC Gatineau	155,3	266,7	3,6	(248,4 – 286,4)	(+)
CLSC Aylmer	114,0	175,1	6,9	(152,8 – 200,5)	(-)
CSSS Papineau	243,7	257,5	4,1	(237,6 – 279,2)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	207,8	258,0	5,4	(232,1 – 286,9)	(+)
CLSC Petite-Nation	320,0	259,7	6,4	(229,2 – 294,2)	(+)
CSSS Collines	100,6	182,8	9,0	(153,2 – 218,2)	NS
CSSS Pontiac	332,9	297,9	5,5	(267,3 – 332,1)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	236,4	215,9	6,5	(190,1 – 245,2)	NS
Outaouais	187,7	236,4	1,8	(228,2 – 245,0)	(+)
Ensemble du Québec	217,8	213,4	0,4	(211,9 – 214,9)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

MISE EN CONTEXTE

Les décès par *maladies de l'appareil respiratoire* représentent environ 9 % du nombre total des décès observés actuellement au Québec et au Canada. Environ 60 % des décès dans cette catégorie sont attribuables aux affections des « voies respiratoires inférieures », comprenant principalement la bronchite chronique, l'asthme et l'emphysème. Ces maladies sont étroitement associées au tabagisme actif et passif et, dans une moindre mesure, à la qualité de l'air extérieur. Les taux de mortalité ajustés attribuables aux maladies de l'appareil respiratoire sont restés à peu près inchangés au Québec depuis 1981 (INSPQ, 2008).

DÉFINITION

Le *taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire* est le rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par maladies de l'appareil respiratoire, à la population moyenne pour la période. Au Québec, la « maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès » est identifiée dans la section « Certification médicale du décès » du *Bulletin de décès* (Formulaire SP-3). Au Québec et au Canada, les causes de décès étaient classifiées selon la CIM-9 durant les années 1981 à 1999 et sont codées selon la CIM-10 depuis l'année 2000. Les maladies de l'appareil respiratoire correspondent aux codes CIM-9 de 460 à 519 et aux codes CIM-10 de J00 à J99.

SOURCES

Les données du fichier des décès du MSSS (au numérateur) et les estimations et les projections démographiques du MSSS (au dénominateur) ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur. Les données relatives aux décès de résidents de l'Outaouais survenus en Ontario sont incluses pour les années considérées.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre moyen de décès par maladies de l'appareil respiratoire au cours d'une période donnée}}{\text{Population moyenne pour la même période}} \times 100\,000$$

LIMITES

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès (OCDE, 2005). Le « rapport provisoire de comparabilité » des maladies de l'appareil respiratoire (chapitre X de la CIM-10) s'établit à 0,8556. Ainsi, il y a en moyenne 14,4 % moins de décès classés dans ce chapitre de la CIM-10 que dans le chapitre équivalent de la CIM-9 (Statistique Canada, 2005). On ne peut donc pas comparer directement les taux de mortalité de la période 1995-1999 à ceux de la période 2000-2004 qui sont présentés dans cette fiche. Par ailleurs, des taux de mortalité « ajustés » sont présentés, ce qui rend directement comparables, à l'intérieur de la même période, les taux de populations ayant des structures d'âge différentes (en l'occurrence l'Outaouais, les territoires infrarégionaux et l'ensemble du Québec).

SOMMAIRE

Le taux ajusté pour la période 2000-2004 est significativement plus élevé en Outaouais que dans le reste du Québec. L'écart d'environ 10 % avec le Québec est encore plus important qu'il ne l'était durant la période 1994-1997 (6 %, données non présentées) et cette tendance est cohérente avec l'évolution relative de la proportion de fumeurs dans la région et dans la province. Les taux ajustés sont plus élevés dans les CLSC de Hull et de la Vallée-de-la-Lièvre ainsi que dans la Vallée-de-la-Gatineau. Les taux de mortalité ajustés sont d'environ 50 % plus élevés chez les hommes que chez les femmes (données non présentées). À Montréal, les taux de mortalité observés chez les personnes ayant un revenu « faible » sont de 40 % plus élevés que ceux observés chez les personnes ayant un revenu « élevé » (DSP de Montréal, 2005).

Tableau 85 : Taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1995 à 1999

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	46,8	77,8	4,7	(71,0 – 85,3)	NS
CLSC Hull	74,2	83,5	6,5	(73,5 – 94,8)	NS
CLSC Gatineau	31,4	70,0	8,4	(59,4 – 82,5)	NS
CLSC Aylmer	42,0	80,4	11,9	(63,7 – 101,6)	NS
CSSS Papineau	65,5	77,2	8,2	(65,8 – 90,6)	NS
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	58,4	81,4	10,6	(66,1 – 100,1)	NS
CLSC Petite-Nation	79,7	72,2	12,9	(56,1 – 93,0)	NS
CSSS Collines	40,6	98,7	14,6	(74,1 – 131,4)	NS
CSSS Pontiac	68,7	69,8	12,0	(55,2 – 88,3)	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	74,1	76,1	11,5	(60,7 – 95,4)	NS
Outaouais	52,3	77,7	3,5	(72,5 – 83,2)	NS
Ensemble du Québec	68,8	76,1	0,6	(75,2 – 77,0)	

NS : ce sigle ne signifie pas ici que les résultats sont non significatifs, mais plutôt que les tests n'ont pas été effectués (voir la section Aspects méthodologiques).

Tableau 86 : Taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2000 à 2004

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	45,9	64,2	4,6	(58,7 – 70,2)	NS
CLSC Hull	71,6	73,3	6,4	(64,6 – 83,1)	(+)
CLSC Gatineau	34,8	63,8	7,6	(55,0 – 74,0)	NS
CLSC Aylmer	30,9	48,3	13,3	(37,3 – 62,7)	NS
CSSS Papineau	63,8	68,2	8,0	(58,3 – 79,9)	NS
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	61,8	78,0	9,9	(64,2 – 94,8)	(+)
CLSC Petite-Nation	68,1	55,5	13,8	(42,3 – 72,7)	NS
CSSS Collines	31,3	63,1	15,9	(46,2 – 86,1)	NS
CSSS Pontiac	72,3	64,6	11,9	(51,2 – 81,5)	NS
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	86,0	79,2	10,8	(64,1 – 97,8)	(+)
Outaouais	51,4	65,9	3,5	(61,6 – 70,5)	(+)
Ensemble du Québec	60,1	58,8	0,7	(58,1 – 59,6)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

TAUX DES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES SELON LES GRANDS REGROUPEMENTS DE CAUSES

MISE EN CONTEXTE

Le taux des APVP est une mesure de l'importance (fardeau) de la mortalité *prématurée* attribuable à l'ensemble des causes ou, comme dans la présente fiche, à des regroupements de causes de décès. Il s'agit d'une mesure complémentaire aux taux de mortalité ajustés, mais qui accorde plus de *poids* aux décès qui surviennent chez les personnes plus jeunes. Dans la mesure où cet indicateur nécessite l'établissement « arbitraire » d'une limite supérieure d'âge (en l'occurrence, par convention, 75 ans), les APVP estiment l'écart entre le niveau de mortalité d'une population donnée et une norme de référence (Murray et al., 2002).

DÉFINITION

Dans cette fiche, les taux des années potentielles de vie perdues correspondent au rapport, pour chaque regroupement des causes des décès observés au cours d'une période donnée, de la somme des années de vie « perdues » ou « non vécues » par les personnes décédées avant une limite préétablie de 75 ans, sur le décompte de la population âgée de moins de 75 ans pour la même période.

La méthode la plus simple pour calculer les APVP consiste à multiplier, pour chaque groupe d'âge (< 1 an, 1-4, 5-9..., 70-74 ans), le nombre de décès observé par la différence entre la limite de 75 ans et l'âge médian dans chaque groupe d'âge. Le total des APVP correspond à la somme des produits obtenus pour chaque groupe d'âge. Le taux des APVP est obtenu en divisant le total des APVP par l'effectif total de la population âgée de moins de 75 ans (Statistique Canada et ICIS, 2005). Dans la construction des taux par regroupements de causes de décès, nous utilisons l'information sur la « maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès », identifiée dans la section « Certification médicale du décès » du *Bulletin de décès* (Formulaire SP-3). Au Québec et au Canada, les causes de décès sont classifiées selon la CIM-10 depuis l'année 2000.

SOURCES

Le fichier des décès du MSSS au numérateur et les estimations et les projections démographiques du MSSS au dénominateur ont été utilisés pour le calcul de cet indicateur.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre d'années de vie perdues avant 75 ans pour un regroupement de causes de décès au cours d'une période donnée}}{\text{Population âgée de moins de 75 ans pour la même période}} \times 100\,000$$

LIMITES

La limite d'âge de 75 ans pour le calcul des APVP a été établie par convention et c'est celle qui est la plus utilisée actuellement, ce qui facilite les comparaisons entre les données provenant de différentes populations. Cette limite représente l'équivalent de l'espérance de vie à la naissance de la population du Québec en 1980. Elle ne correspond donc plus à l'espérance de vie actuelle et tend à sous-estimer la mortalité prématurée. Certains chercheurs proposent de remplacer le seuil fixe de 75 ans par l'espérance de vie spécifique à chaque âge et sexe de la population à l'étude ou d'une population standard de référence. Ainsi, même les décès survenant à un âge avancé contribueraient au calcul des années de vie perdues (Murray et al., 2002).

Tableau 87 : Taux ajustés des années potentielles de vie perdues avant 75 ans (par 100 000), selon certains grands regroupements de causes de décès, Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2000 à 2004

CSSS et CLSC	Cancers	Maladies de l'appareil circulatoire	Traumatismes non intentionnels	Suicides
	Taux	Taux	Taux	Taux
CSSS Gatineau	2 012,3 (+)	1 008,0 (+)	364,7 (-)	458,8 (-)
CLSC Hull	2 080,5	1 087,7 (+)	321,2* (-)	616,1
CLSC Gatineau	1 972,2	1 067,1 (+)	378,8 (-)	433,5 (-)
CLSC Aylmer	2 014,9	693,9	403,3*	272,2* (-)
CSSS Papineau	1 929,1	1 184,4 (+)	661,4*	876,6 (+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	2 099,6	1 109,2 (+)	563,5*	830,9*
CLSC Petite-Nation	1 739,7	1 313,9 (+)	915,1*	994,8*
CSSS Collines	1 588,4	821,0	651,8*	585,9*
CSSS Pontiac	1 871,6	1 408,9 (+)	1 066,9* (+)	279,0* (-)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	2 280,6 (+)	1 296,1 (+)	1 085,0* (+)	1 139,5* (+)
Outaouais	1 976,1 (+)	1 058,7 (+)	509,7	553,8
Ensemble du Québec	1 832,7	864,3	568,4	583,1

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

SOMMAIRE

Rappelons d'abord que l'Outaouais présente, pour la période 2003-2007, un excès significatif d'années potentielles de vie perdues « toutes causes confondues » de 7,2 %, comparativement à l'ensemble du Québec. Or, les quatre regroupements de causes de décès qui sont considérés dans la présente fiche expliquent ensemble la quasi-totalité d'un excédent total de cet ordre de grandeur.

Parmi les regroupements de causes choisis, les cancers sont les plus grands responsables de mortalité prématurée dans la région et au Québec en général. Le taux régional d'APVP en lien avec les cancers est significativement plus élevé que le taux québécois, les excès relatifs les plus importants étant observés dans le territoire de CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau et dans la ville de Gatineau. Les années perdues par maladies de l'appareil circulatoire ne représentent qu'environ la moitié des APVP attribuables aux cancers. Cela dit, les résultats observés sont plus élevés qu'au Québec dans tous les secteurs géographiques de l'Outaouais, sauf à Aylmer et dans le territoire du CSSS des Collines. En revanche, les taux ajustés d'APVP associés aux traumatismes non intentionnels sont plus élevés que ceux du Québec seulement dans les territoires où les taux ajustés de mortalité étaient élevés également, soit dans le Pontiac et dans la Vallée-de-la-Gatineau. La même adéquation avec les excès dans les taux de mortalité ajustés s'applique en ce qui concerne les taux d'APVP par suicides, également élevés dans le territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau et dans celui du CSSS de Papineau.

TAUX DE MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

MISE EN CONTEXTE

Les décès par *traumatismes non intentionnels* (TNI) représentent actuellement un peu moins de 4 % des décès au Québec et au Canada. Les TNI sont cependant la première cause de mortalité chez les jeunes de moins de 20 ans au Québec et la situation est particulièrement problématique chez les 15-19 ans. Environ 75 % des décès par TNI sont associés à des accidents de la circulation, mais cette proportion augmente à 85 % chez les 15-19 ans. Par ailleurs, environ la moitié des décès traumatiques au Québec implique des résidents de petites villes et de petits villages dont la population n'excède pas 10 000 habitants, alors que la proportion de la population québécoise âgée de 19 ans et moins vivant dans ces localités n'est que de 22,5 % (INSPQ, 2006).

DÉFINITION

Le *taux de mortalité par traumatismes non intentionnels* est le rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par traumatismes non intentionnels à la population moyenne pour la période. Les traumatismes non intentionnels incluent les blessures en lien avec les véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais n'incluent pas les traumatismes causés par des accidents et complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux. La classification supplémentaire des causes extérieures de traumatismes et empoisonnement de la CIM-9 a été utilisée jusqu'en 1999, alors que la CIM-10 est utilisée depuis 2000. Les traumatismes non intentionnels correspondent aux codes CIM-9, E800 à E869 et E880 à E929, et aux codes CIM-10, V01 à X59 et Y85 à Y86 (Statistique Canada et ICIS, 2005).

SOURCES

Les données du fichier des décès du MSSS (au numérateur) et les estimations et les projections démographiques du MSSS (au dénominateur) ont été utilisées pour le calcul de cet indicateur. Les données relatives aux décès de résidents de l'Outaouais survenus en Ontario sont incluses pour les années considérées.

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre moyen de décès par traumatismes non intentionnels}}{\text{Population moyenne pour la même période}} \times 100\,000$$

LIMITES

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès (OCDE, 2005). Le « rapport de comparabilité » pour les « causes externes de mortalité » (chapitre XX de la CIM-10) s'établit à 1,0186. Il y a donc seulement 1,9 % de plus de décès classés dans ce chapitre de la CIM-10 que dans le chapitre équivalent de la CIM-9. Les rapports de comparabilité accusent cependant des différences marquées selon les causes de décès spécifiques dans ce chapitre. Ainsi, depuis 2000, il n'est plus possible de distinguer les accidents de la circulation des autres accidents de véhicule à moteur. Pour la catégorie « chutes accidentelles », la classification par la CIM-9 incluait les fractures de causes non spécifiées, alors qu'à partir de 2000, la classification CIM-10 ne les inclut pas (Anderson et autres, 2001).

SOMMAIRE

Les taux ajustés de mortalité par traumatismes non intentionnels en Outaouais sont historiquement plus faibles que ceux de l'ensemble du Québec et ceci reste vrai pour la période 2000-2004. Les territoires ruraux de la Vallée-de-la-Gatineau, du Pontiac et de la Petite-Nation présentaient déjà des taux de décès ajustés par TNI élevés durant les années 90 et ces excès étaient attribuables aux décès par accidents de la circulation (Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2002). Des excès d'une amplitude similaire sont observés dans les mêmes territoires durant la période 2000-2004.

Tableau 88 : Taux ajustés de mortalité par traumatismes non intentionnels (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 1995 à 1999

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	16,7	21,8	8,1	(18,6 – 25,5)	(-)
CLSC Hull	23,2	24,0	11,7	(19,1 – 30,2)	NS
CLSC Gatineau	11,9	16,6	14,8	(12,4 – 22,2)	(-)
CLSC Aylmer	18,7*	30,6*	18,7	(21,2 – 44,1)	NS
CSSS Papineau	32,9	34,7	11,6	(27,7 – 43,6)	NS
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	24,0	26,5*	17,0	(19,0 – 37,0)	NS
CLSC Petite-Nation	51,0	51,8	16,2	(37,7 – 71,1)	(+)
CSSS Collines	26,0*	44,4*	20,1	(30,0 – 65,8)	(+)
CSSS Pontiac	43,2	42,5	15,1	(31,6 – 57,2)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	53,6	55,2	13,5	(42,4 – 72,0)	(+)
Outaouais	23,9	29,1	5,3	(26,2 – 32,3)	NS
Ensemble du Québec	27,4	28,6	1,0	(28,0 – 29,2)	

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

Tableau 89 : Taux ajustés de mortalité par traumatismes non intentionnels (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2000 à 2004

CSSS et CLSC	Taux brut	Taux ajusté	Coefficient de variation	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	16,8	19,8	7,7	(17,1 – 23,0)	(-)
CLSC Hull	21,2	21,1	11,8	(16,7 – 26,6)	NS
CLSC Gatineau	14,9	19,0	12,1	(15,0 – 24,1)	(-)
CLSC Aylmer	14,4*	17,2*	20,0	(11,6 – 25,4)	(-)
CSSS Papineau	26,8	27,2	12,4	(21,3 – 34,7)	NS
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	22,4	24,2	16,6	(17,5 – 33,6)	NS
CLSC Petite-Nation	36,0*	33,5*	19,4	(22,9 – 49,0)	NS
CSSS Collines	21,9*	23,7*	19,6	(16,2 – 34,8)	NS
CSSS Pontiac	37,7	37,7	16,6	(27,3 – 52,2)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	51,4	49,5	14,0	(37,6 – 65,1)	(+)
Outaouais	22,1	24,6	5,3	(22,2 – 27,3)	NS
Ensemble du Québec	26,4	26,2	1,0	(25,7 – 26,7)	

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %.

La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

(-) Valeur significativement moins élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

TAUX DE MORTALITÉ ÉVITABLE

MISE EN CONTEXTE

Une grande part des décès attribuables à certaines maladies pourrait être évitée par des interventions médicales appropriées, de qualité et offertes en temps opportun ou par des mesures de protection de la population (notamment dans les domaines des maladies infectieuses et de la santé environnementale), de promotion de la santé ou de prévention des maladies. Ce concept, comme celui de mortalité *prématurée*, propose une façon complémentaire d'étudier la mortalité afin de mieux cerner les maladies et les groupes d'âge au sein desquels une amélioration des services et des autres déterminants de la santé est la plus susceptible de produire des résultats significatifs, notamment en termes d'espérance de vie moyenne de la population (Statistique Canada, 2011).

DÉFINITION

Le *taux de mortalité évitable* correspond au rapport, durant une période donnée, du nombre moyen de *décès évitables*, à la population moyenne âgée de moins de 75 ans pour la même période. Les décès évitables sont identifiés à partir de l'âge du défunt et de la « maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès ». La détermination d'une « liste » de causes de décès *évitables* provient de travaux réalisés dans les années 80. Le concept a évolué au cours des années pour tenir compte de l'évolution des connaissances et des soins disponibles. La sélection des maladies jugées « évitables » repose aujourd'hui sur deux critères généraux : 1) des interventions connues et efficaces existent et 2) des soins appropriés peuvent être dispensés (Nolte et McKee, 2004).

MÉTHODE DE CALCUL

$$\frac{\text{Nombre moyen de décès évitables pour une période donnée}}{\text{Population moyenne des 0-74 ans pour la même période}} \times 100\,000$$

SOURCES

Le fichier des décès du MSSS (au numérateur) et les estimations et les projections démographiques du MSSS (au dénominateur) sont utilisés pour le calcul de cet indicateur. La liste des décès évitables et des groupes d'âge spécifiques considérés est adaptée des travaux de Nolte et McKee (2004).

LIMITES

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès (Anderson et al., 2001; OCDE, 2005; Paquette et coll., 2004). C'est pourquoi nous avons choisi de présenter dans cette fiche uniquement des données colligées à partir de l'année 2000. Enfin, la prudence est indiquée dans l'interprétation des tendances de mortalité évitable, car plusieurs facteurs autres que les interventions médicales peuvent affecter les taux, comme la modification de l'incidence de la maladie sous les effets parfois puissants et prolongés des autres déterminants de la santé (Nolte et McKee, 2004).

SOMMAIRE

Le taux de mortalité évitable est significativement plus élevé en Outaouais comparativement au reste du Québec pour la période de 2000 à 2004. On observe également des taux relativement élevés dans le territoire du CSSS du Pontiac ainsi que dans tous les secteurs de la ville de Gatineau, sauf celui d'Aylmer. Ce secteur présente un profil favorable, comme c'est le cas aussi pour le territoire du CSSS des Collines. Tous ces résultats infrarégionaux sont similaires à ceux que nous observons pour la mortalité prématurée (APVP) de 2003 à 2007. Il est intéressant de noter qu'à l'échelle du Québec, on n'observe pas de différence dans la mortalité évitable entre les milieux urbains et les milieux ruraux (INSPQ, 2004).

Tableau 90 : Causes de décès évitables retenues

CAUSES DE DÉCÈS	Âge	CODE CIM-9	CODE CIM-10
Accidents durant des actes médicaux ou chirurgicaux, ou complications de ceux-ci	Tous	E870-E876, E878-E879	Y60-Y69, Y83-Y84
Anomalies congénitales de l'appareil circulatoire	0-74	745-747	Q20-Q28
Appendicite	0-74	540-543	K35-K38
Autres infections (diphtérie, tétanos, poliomyélite)	0-74	032, 037, 045	A36, A35, A80
Cancer de l'utérus et du corps de l'utérus	0-44	179, 182	C54, C55
Cancer de la peau	0-74	173	C44
Cancer du col utérin	0-74	180	C53
Cancer du colon et du rectum	0-74	153-154	C18-C21
Cancer du sein chez la femme	0-74	174	C50
Cancer du testicule	0-74	186	C62
Cardiopathies ischémiques	0-74	410-414	I20-I25
Cardiopathies rhumatismales chroniques	0-74	393-398	I05-I09
Cholélithiase et cholécystite	0-74	574, 575.0, 575.1	K80-K81
Coqueluche	0-14	033	A37
Diabète sucré	0-49	250	E10-E14
Épilepsie	0-74	345	G40-G41
Hernie abdominale	0-74	550-553	K40-K46
Hyperplasie de la prostate	0-74	600	N40
Influenza	0-74	487	J10-J11
Leucémies	0-44	204-208	C91-C95
Maladie de Hodgkin	0-74	201	C81
Maladies cérébrovasculaires	0-74	430-438	I60-I69
Maladies de la glande thyroïde	0-74	240-246	E00-E07
Maladies hypertensives	0-74	401-405	I10-I13, I15
Maladies infectieuses intestinales	0-14	001-009	A00-A09
Maladies respiratoires (excluant la pneumonie et l'influenza)	1-14	460-479, 488-519	J00-J09, J20-J99
Mortalité maternelle	Tous	630-676	O00-O99
Mortalité périnatale, excluant les mortinaissances	Tous	760-779	P00-P96, A33
Néphrite et néphroses	0-74	580-589	N00-N07, N17-N19, N25-N27
Pneumonie	0-74	480-486	J12-J18
Rougeole	1-14	055	B05
Septicémie	0-74	038	A40-A41
Tuberculose	0-74	010-018, 137	A15-A19, B90
Ulcère peptique	0-74	531-533	K25-K27

Tableau 91 : Taux ajustés de mortalité évitable (par 100 000), Québec, Outaouais et territoires de CSSS et de CLSC, 2000 à 2004

CSSS et CLSC	Nombre annuel moyen	Taux ajusté	Intervalle de confiance à 95 %	Différence significative
CSSS Gatineau	199	115,2	(108,2 – 122,7)	(+)
CLSC Hull	67	112,7	(101,3 – 125,5)	(+)
CLSC Gatineau	104	124,0	(113,6 – 135,3)	(+)
CLSC Aylmer	28	95,0	(80,0 – 112,8)	NS
CSSS Papineau	55	117,1	(104,1 – 131,9)	(+)
CLSC Vallée-de-la-Lièvre	33	120,5	(103,5 – 140,4)	(+)
CLSC Petite-Nation	21	114,3	(94,3 – 138,5)	NS
CSSS Collines	18	88,4	(71,4 – 109,6)	NS
CSSS Pontiac	30	145,4	(123,9 – 170,5)	(+)
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	26	117,6	(99,1 – 139,6)	NS
Outaouais	329	115,5	(110,0 – 121,2)	(+)
Ensemble du Québec	7 145	101,0	(99,9 – 102,0)	

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

NS : différence non significative.

SYNTHÈSES RÉGIONALE ET TERRITORIALES

- **Région de l'Outaouais**
- **CSSS de Gatineau**
- **CSSS du Pontiac**
- **CSSS des Collines**
- **CSSS de Papineau**
- **CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau**

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE L'OUTAOUAIS

DÉMOGRAPHIE

La région de l'Outaouais compte 366 747 habitants en 2011 selon les plus récentes projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2010). La population se concentre à près de 70 % dans la ville de Gatineau. Elle représente environ 4,50 % de la population du Québec actuellement et cette proportion augmenterait à 4,75 % en 2021. Les projections régionales ont été revues à la hausse après le recensement de 2006. Cet ajustement a été rendu nécessaire par une recrudescence de l'afflux de nouveaux résidents, qui appartiennent surtout au groupe d'âge des 25-44 ans, et par une hausse du taux de fécondité. Plusieurs secteurs de la ville de Gatineau, en particulier, se développent à un rythme accéléré. L'augmentation relative de la population est plus forte dans le secteur d'Aylmer et dans le territoire des Collines. Elle est plus faible dans les territoires ruraux, mais aucun de ces territoires ne vit une décroissance démographique comme on en observe dans plusieurs autres régions du Québec.

La structure d'âge de la population de l'Outaouais, autrefois relativement « jeune », ressemble aujourd'hui beaucoup plus à celle de l'ensemble du Québec. Environ 42 % des adultes sont unis par le mariage et 20 % vivent en union libre. La région compte environ 17 % d'anglophones, mais une proportion moindre de résidents parlant une langue autre que le français et l'anglais à la maison que dans l'ensemble du Québec. Un enfant de moins de 18 ans sur cinq vit avec un seul de ses parents, comme au Québec. À l'autre extrême de la vie, environ deux personnes non institutionnalisées de 75 ans et plus sur cinq vivent seules, tant en Outaouais que dans l'ensemble de la province.

INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

Sur le plan socioéconomique, l'Outaouais se caractérise par un clivage flagrant entre, d'une part, les territoires de CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, du Pontiac et de l'ancien CLSC de la Petite-Nation, et d'autre part le « sud ». En 2009, les populations résidant en partie ou en totalité dans les territoires urbains et périurbains présentaient un revenu d'emploi moyen de 60 % supérieur à celles des MRC du « nord », dont l'économie repose essentiellement sur l'exploitation des ressources naturelles (ISQ, 2010). En général, la population de l'Outaouais est très scolarisée et compte une proportion élevée de diplômés universitaires. Le contraste à cet égard est cependant très grand entre les secteurs urbains de Hull, Gatineau, Aylmer et le territoire du centre de santé et des services sociaux (CSSS) des Collines d'une part, et les autres territoires d'autre part. Par ailleurs, la population du secteur de Hull est particulière, car elle ressemble toujours à celles des centres-villes nord-américains typiques : plus de personnes âgées, de célibataires, de personnes vivant seules, de familles monoparentales et d'immigrants. Près d'un adulte sur quatre à Hull vit « sous le seuil de faible revenu », un sommet dans la région. Même à revenu moindre, et toutes choses étant égales par ailleurs, les populations des territoires ruraux semblent s'en tirer un peu mieux en général, grâce notamment aux coûts du logement qui y sont moins élevés.

HABITUDES DE VIE

La proportion de fumeurs réguliers dépasse d'environ 4 % la moyenne québécoise. Cet excès est du même ordre qu'en 1998. Il se traduit également par une proportion plus élevée de non-fumeurs déclarant être exposés à la fumée de cigarette à la maison. Puisque les effets graves du tabagisme ne se manifestent souvent qu'après 20 ou 30 ans de consommation, il faut compter que l'Outaouais continuera à présenter des taux de morbidité et de mortalité par cancers, par maladies cardiovasculaires et pour l'ensemble des maladies chroniques qui dépasseront la moyenne québécoise durant au moins les vingt prochaines années. Les résultats liés à la consommation de fruits et légumes sont en deçà des recommandations nutritionnelles canadiennes et ils peuvent être améliorés, comme partout au Québec. En général, plus de la moitié des résidents de l'Outaouais se disent physiquement actifs durant leurs loisirs, une proportion supérieure à celle observée dans l'ensemble du Québec. Ce résultat est très positif quand on considère les énormes bénéfices potentiels de l'activité physique régulière sur la santé

et le bien-être des individus. Cependant, plus de la moitié de la population adulte de l'Outaouais déclare présenter un surplus de poids et près d'une personne adulte sur cinq en Outaouais se dit obèse. Ces derniers résultats, similaires à ceux observés dans l'ensemble du Québec, viennent relativiser celui obtenu pour la pratique (autodéclarée) d'activités physiques de loisirs dans la région.

SANTÉ GLOBALE ET MALADIES CHRONIQUES

Les résultats concernant les indicateurs d'autoperception de son état de santé globale et de prévalence de « limitations dans la participation à des activités » sont défavorables en Outaouais quand on les compare à l'ensemble du Québec. Ce sont des indicateurs qui sont reliés dans la littérature à une demande accrue de services de santé. Par ailleurs, la prévalence autodéclarée du diabète en Outaouais n'était que de 3,9 % dans l'enquête de 2007-2008, un résultat peu vraisemblable à la lumière des données historiques et du profil des habitudes de vie de la population.

SANTÉ BUCCODENTAIRE

Environ 13 % de la population de l'Outaouais et du Québec déclare présenter un mauvais état de santé buccodentaire selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008. L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008 établit cette proportion à 11 % environ. L'autoévaluation de sa santé buccodentaire a tendance à être moins bonne dans les territoires ruraux et plus pauvres. Selon l'EQSP, le tiers des Québécois et des résidents de l'Outaouais disent utiliser la soie dentaire tous les jours, un résultat nettement insuffisant. Environ 60 % de la population âgée de 12 ans et plus déclare avoir consulté un spécialiste des soins dentaires au cours de la dernière année, tant au Québec qu'en Outaouais. Cette proportion varie considérablement d'un territoire à l'autre.

MALADIES INFECTIEUSES

Les taux des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) observés dans l'ensemble de l'Outaouais sont largement le reflet des taux élevés observés dans les secteurs de Hull et de Gatineau en zone urbaine. Ils placent la région en queue de peloton avec les taux les plus élevés d'ITSS au Québec après Montréal, Laval et la Capitale-Nationale. Par ailleurs, l'EQSP 2008 établit à 7 % la proportion de la population de l'Outaouais qui se dit sexuellement active et qui dit avoir déjà reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement (excluant le SIDA).

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET SANTÉ AU TRAVAIL

Environ 8 % des logements en Outaouais nécessitent des « réparations majeures », une proportion similaire à celle observée dans l'ensemble du Québec. Cette proportion s'élève à environ 13 % dans les territoires de la Vallée-de-la-Gatineau et du Pontiac. Par ailleurs, la très grande majorité des travailleurs de l'Outaouais se rendent à leur lieu de travail habituel en voiture, même dans les secteurs urbains où le transport en commun est disponible. Le « transport actif » pour se rendre au travail est encore une exception pour les Gatinois et pour les Québécois en général.

Le taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) dans la région est beaucoup plus faible que la moyenne québécoise, mais ce résultat doit être interprété en tenant compte des différents types d'emplois représentés. Environ 30 % des résidents de l'Outaouais et des Québécois déclarent vivre un niveau de stress quotidien élevé. Cet indicateur est surtout influencé dans les enquêtes populationnelles par les niveaux de stress rapportés par les travailleurs. Par ailleurs, l'EQSP 2008 révèle que les travailleurs de l'Outaouais sont proportionnellement plus nombreux que l'ensemble des travailleurs québécois à déclarer des exigences psychologiques élevées et une latitude décisionnelle faible dans l'emploi qu'ils occupent.

SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Nous ne disposons pas, en général, de beaucoup d'indicateurs de l'état de santé mentale de la population. De plus, ceux que nous sommes en mesure de documenter dans les enquêtes générales sont étonnamment grossiers pour mesurer une réalité aussi complexe. Cela dit, la perception de son état de santé mentale est un bon prédicteur de la demande de services en santé mentale et de services sociaux au cours des mois suivant l'enquête. À cet égard, les résultats pour la région sont comparables à ceux de l'ensemble du Québec. Par ailleurs, environ une personne sur cinq en Outaouais et au Québec présenterait un niveau élevé de détresse psychologique; l'ESCC 2007-2008 et l'EQSP 2008 en arrivent à un résultat identique. Depuis la fin des années 90, les taux de suicide observés dans l'ensemble de la région sont similaires ou inférieurs à ceux observés dans l'ensemble du Québec. Des différences importantes existent historiquement entre les territoires.

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

Globalement, les taux de naissances prématurées et de petit poids observés dans la région de l'Outaouais sont du même ordre de grandeur que ceux observés dans l'ensemble du Québec. L'objectif populationnel doit cependant être de diminuer ces taux le plus possible. Les taux québécois peuvent être améliorés en comparaison avec ceux d'autres provinces canadiennes et des pays scandinaves notamment. De plus, les taux de prématurité ont tendance à augmenter au Québec et partout au Canada depuis les années 2000, une tendance universellement préoccupante et qui reste en partie inexpliquée. Les taux de mortalité infantile dans la région évoluent de façon aléatoire depuis une trentaine d'années, car les nombres de décès observés dans les régions de la taille de l'Outaouais en général sont relativement faibles. Cela dit, les taux régionaux étaient plus élevés que ceux de l'ensemble de la province au début des années 2000, mais ils évoluent maintenant à la baisse et ont rejoint ceux du Québec en 2005.

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Les indicateurs dans cette section doivent être interprétés avec prudence, car les résultats ne reflètent pas uniquement l'ampleur des phénomènes, mais aussi, de manière générale, les caractéristiques des services qui détectent et qui répondent à ces phénomènes. On observe que durant l'année 2008 en Outaouais, les taux de crimes violents et de violence conjugale contre les femmes étaient beaucoup plus élevés que les taux québécois moyens correspondants. Par ailleurs, le taux de jeunes contrevenants était d'environ 60 % plus élevé que le taux québécois. Le taux d'incidence de prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse était aussi plus élevé que le taux québécois correspondant en 2006-2007.

SERVICES DE SANTÉ

En 2007-2008, environ 70 % des résidents de l'Outaouais disaient avoir consulté un médecin de famille au cours des douze derniers mois, soit un pourcentage identique à celui observé au Québec. Trois femmes sur quatre âgées de 50 à 69 ans disaient par ailleurs avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années et 73 % des femmes âgées de 18 à 69 ans disaient avoir subi un test de Papanicolaou au cours des trois années précédant l'enquête de 2005. Ce sont des résultats similaires à ceux observés dans l'ensemble du Québec. Les taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire et pour tumeurs malignes sont plus faibles en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Par contre, les taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire sont nettement plus élevés, tant chez les 20-64 ans que chez les 65 ans et plus. Ces résultats tiennent compte de toutes les hospitalisations des résidents de l'Outaouais, y compris celles qui ont eu lieu dans les hôpitaux ontariens.

MORTALITÉ

L'espérance de vie à la naissance de la population de l'Outaouais était inférieure, d'une année exactement, à l'espérance de vie moyenne observée au Québec durant la période 2003-2007. L'écart n'était que de 0,7 année durant la période 1994-1997. L'espérance de vie en bonne santé était par ailleurs inférieure de quatre ans à celle du Québec en 2005-2007. Le taux « ajusté »

de mortalité pour toutes les causes de décès réunies dépassait de 6,5 % le taux québécois correspondant en 2003-2007 (comparativement à 6 % en 1994-1997). Le taux de mortalité « évitable » était de 15 % supérieur au taux québécois correspondant. Cette surmortalité a un impact considérable sur la population de l'Outaouais parce qu'elle signifie que les personnes vivent en moyenne moins longtemps et qu'elles commencent à présenter plus précocement les problèmes de santé qui sont associés en général aux dernières années de la vie. Année après année, cette surmortalité représente des coûts humains, sociaux, économiques et en services de santé qui sont très importants. La mortalité étant le résultat ultime d'une conjonction de facteurs de risque présents de longue date, les excès de mortalité observés en Outaouais ne sont pas près de disparaître. Toutes choses étant égales par ailleurs, ils sont logiquement associés à une morbidité et à des besoins de services de santé qui sont également plus importants, même si l'on ne peut les mesurer avec autant d'exactitude.

Toutes les causes majeures de décès contribuent à la surmortalité observée dans la population de l'Outaouais : le taux ajusté associé aux maladies cardiovasculaires dépasse le taux québécois moyen de 9 %, celui associé aux cancers de 6 % et le taux associé aux maladies respiratoires de 10 %. Aucun progrès relatif par rapport au Québec n'a été observé au cours des 30 ou 40 dernières années : les taux ajustés suivent la tendance séculaire à la baisse, mais ils ont diminué moins rapidement en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Le déficit par rapport au Québec en termes d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant d'atteindre l'âge de 75 ans est de 6,5 % pour toutes les causes de décès réunies. Il est de 23 % pour les maladies cardiovasculaires et de 8 % pour l'ensemble des cancers. Les taux québécois de mortalité et d'APVP par cancers en Outaouais étaient pourtant inférieurs aux taux québécois correspondants au milieu des années 90.

SOMMAIRE

Les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux ont toujours été interpellés au premier chef lorsque les données sur l'état de santé de la population faisaient état de résultats « négatifs ». Or, nous avons maintenant, pour la première fois de l'histoire, des preuves épidémiologiques claires voulant que les services de santé et les services sociaux, qui sont par ailleurs d'une qualité et d'une efficacité remarquablement similaires d'une région et d'un pays développé à l'autre, influencent relativement peu des indicateurs populationnels comme les taux de mortalité, l'espérance de vie en bonne santé, la prévalence des maladies chroniques ou la perception de son état de santé mentale.

Il faut continuer à soigner, à traiter et à soutenir les individus le mieux possible, mais il faut aussi extrapoler et voir venir à partir des tendances épidémiologiques actuelles. À lui seul, le phénomène de l'obésité peut faire dérailler le fragile équilibre entre la demande et l'offre de services que nous connaissons actuellement. L'inadéquation entre les services et les besoins se traduit et se traduira toujours par des situations de vulnérabilité et de souffrance. Seules les actions planifiées en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux peuvent réduire leur incidence, mais ces actions sont rarement validées auprès des décideurs en tant que « besoins » exprimés par la population.

Nous avons déjà compris dans les dernières décennies du XX^e siècle que les changements dans les habitudes de vie pouvaient infléchir les indicateurs de santé. Il existe aujourd'hui un consensus à savoir qu'il existe des leviers encore plus puissants pour améliorer l'état de santé des populations. Ils se trouvent du côté des déterminants et des décideurs des secteurs socioéconomique, politique, culturel et environnemental, ainsi que dans l'éducation pour le plus grand nombre. Peut-être le mot « santé » est-il devenu lui-même trop chargé pour mobiliser les populations vers un idéal commun? Les états qui auront le plus de succès dans la préservation de leurs acquis et de leurs idéaux en matière d'universalité des soins de santé seront ceux qui intégreront le mieux toutes les dimensions et les énergies nécessaires à leur cohésion sociale et à leur développement.

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DE GATINEAU

DÉMOGRAPHIE

Le territoire sociosanitaire du CSSS de Gatineau correspond aux secteurs combinés d'Aylmer, de Hull et de Gatineau de la ville de Gatineau. Ces secteurs correspondent aux anciens districts de CLSC et leur regroupement en un seul territoire de CSSS, au milieu des années 2000, suivait de près la fusion municipale de janvier 2002 qui avait donné naissance à la ville de Gatineau. Pour mieux faire ressortir certaines caractéristiques particulières, nous présentons et discutons aussi les données de santé du territoire à l'échelle des secteurs respectifs d'Aylmer, Hull et Gatineau, qui formaient dans les éditions précédentes du Portrait ce que nous appelions « l'Outaouais urbain ».

Gatineau est la quatrième ville en importance au Québec et elle forme, avec Ottawa, la quatrième « région métropolitaine de recensement » (RMR) au Canada en termes de population. Comme les secteurs d'Aylmer, Hull et Gatineau regroupent à eux seuls 65 % de la population régionale, les comparaisons entre les données de population du territoire de CSSS de Gatineau et celles de l'ensemble de l'Outaouais sont moins utiles que les comparaisons avec l'ensemble du Québec, sur lesquelles nous insisterons.

La population combinée des secteurs d'Aylmer, Hull et Gatineau en 2011 est estimée par l'ISQ à 237 009. Très « jeune » durant les années 80, la structure d'âge de cette population est maintenant plus proche de celle du Québec dans son ensemble, avec cependant une proportion un peu moins élevée de personnes âgées. Comme le Québec, l'Outaouais et Gatineau ont maintenant amorcé une période, qui s'étendra jusqu'en 2031, durant laquelle les individus formant l'importante cohorte des « baby-boomers », nés entre 1946 et 1966, atteindront l'âge de la retraite.

Sur le plan démographique, les différences entre les trois secteurs de la ville de Gatineau sont importantes. De façon générale, la population du secteur d'Aylmer est « jeune », en croissance rapide et elle présente un taux de fécondité élevé. Composée à 36 % d'anglophones, elle compte aussi une plus grande proportion de couples mariés que les secteurs plus francophones. La population du secteur de Hull a « rajeuni » au cours des dernières décennies, notamment à cause des nouveaux développements domiciliaires dans sa partie ouest, mais on reconnaît encore son profil démographique traditionnel : plus de personnes âgées, de célibataires, de personnes vivant seules, de familles monoparentales et d'immigrants. Le secteur de Gatineau compte une plus grande proportion de jeunes, mais le taux de fécondité y évolue à la baisse. La croissance de sa population s'est ralentie depuis les années 80, mais demeure environ deux fois plus importante que celle de l'ensemble du Québec.

INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

Globalement, la population de la ville de Gatineau est hautement scolarisée. Cependant, les données du recensement de 2006 font état de différences importantes entre les secteurs à cet égard. La population du secteur de Gatineau est moins scolarisée que la moyenne québécoise. La proportion relativement faible de diplômés universitaires dans le secteur de Gatineau et, à un moindre degré, la proportion relativement élevée de personnes n'y ayant pas de diplôme d'études secondaires, font contraste avec ce qu'on observe dans les secteurs d'Aylmer et de Hull. La proportion de personnes détentrices d'un baccalauréat (et plus) est en effet très élevée dans ces deux derniers secteurs, comparativement au Québec dans son ensemble.

Eu égard au revenu moyen et aux tendances dans l'emploi, la région urbaine de l'Outaouais est traditionnellement favorisée. Le profil global cache cependant des différences importantes entre les quartiers et entre les individus. Ainsi, malgré un revenu supérieur au revenu moyen québécois, la population du secteur de Hull compte une proportion de ménages vivant sous le seuil de faible revenu beaucoup plus élevée que le Québec. Par ailleurs, on s'attendrait à ce que

le revenu moyen dans le secteur de Gatineau soit « accompagné » d'un niveau de scolarité moyen beaucoup plus élevé. Plusieurs études et articles parus sur l'Outaouais au cours des années attribuent cette apparente distorsion à l'effet de la rémunération relativement élevée, à scolarité égale, des employés du gouvernement fédéral.

HABITUDES DE VIE

Globalement, les résultats concernant les habitudes de vie de la population du territoire sont mitigés comparativement à ceux de l'ensemble du Québec. Ils gagnent à être contrastés selon les trois secteurs de la ville de Gatineau. La population du secteur d'Aylmer présente un profil d'habitudes de vie qui n'est pas aussi favorable que son niveau socioéconomique moyen le laisserait présager. La proportion de fumeurs y reste élevée et la consommation moyenne de fruits et de légumes insuffisante, malgré des résultats sur l'activité physique et le surplus de poids qui sont meilleurs que dans l'ensemble du Québec. Le surplus de poids est en revanche beaucoup plus fréquent dans le secteur de Hull, malgré un profil d'habitudes de vie plus favorable en général. Le secteur de Hull compte une plus grande proportion de consommateurs excessifs d'alcool. La population du secteur de Gatineau présentait, selon les données de l'enquête de 2003, le profil d'habitudes de vie le plus défavorable des trois secteurs urbains, notamment en ce qui concerne la proportion de fumeurs et de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac à la maison.

SANTÉ GLOBALE ET MALADIES CHRONIQUES

Au chapitre de la santé perçue, des limitations fonctionnelles et de la prévalence du diabète et de l'hypertension, la population du secteur d'Aylmer présente encore une fois des résultats généralement associés à des populations plus âgées, plus pauvres et moins scolarisées. Dans le secteur de Hull, les mêmes indicateurs donnent des résultats similaires à ceux de l'ensemble du Québec, en nette amélioration comparativement au début des années 2000. Les résultats dans le secteur de Gatineau brossent un tableau généralement défavorable eu égard à la fréquence de certaines maladies chroniques et de limitations fonctionnelles dans la population.

MALADIES INFECTIEUSES

Les taux d'ITSS observés dans les secteurs de Hull et de Gatineau sont les plus élevés de la région. Les taux rapportés pour l'ensemble de l'Outaouais en sont fortement influencés et ils placent la région en queue de peloton avec les taux les plus élevés d'ITSS, en compagnie de Montréal, de Laval et de la Capitale-Nationale.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Les données du recensement de 2006 démontrent que la proportion des travailleurs qui disent utiliser les transports en commun est plus élevée dans les secteurs de Hull et d'Aylmer que dans le secteur de Gatineau. Ce sont aussi les secteurs qui comptent la proportion la plus grande de travailleurs qui utilisent leur vélo ou qui se rendent à leur travail à pied. Inversement, plus de 70 % des travailleurs du secteur de Gatineau conduisaient une voiture pour se rendre au travail en 2006, une situation qui devrait s'améliorer avec la mise en place du service Rapibus et de sa piste cyclable intégrée.

SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Nous ne disposons pas, en général, de beaucoup d'indicateurs de l'état de santé mentale de la population, particulièrement sur le plan infrarégional. De plus, ceux que nous sommes en mesure de documenter dans les enquêtes générales sont étonnamment grossiers pour mesurer une réalité aussi complexe. Cela dit, la perception de son état de santé mentale est un bon prédicteur de la demande de services généraux et spécialisés au cours des mois suivant l'enquête. Malheureusement, les résultats pour le territoire du CSSS de Gatineau à cet égard sont difficiles à interpréter parce que l'échantillon est petit. Les taux de suicide en Outaouais urbain sont historiquement plus faibles que les taux québécois moyens et les taux spécifiques observés dans

les secteurs d'Aylmer, de Hull et de Gatineau de 2000 à 2004 étaient remarquablement similaires à ceux observés dans les mêmes secteurs durant la période 1994-1997.

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

Globalement, les taux de naissances prématurées et de petit poids sur le territoire du CSSS sont du même ordre de grandeur que ceux observés dans l'ensemble du Québec. Le secteur d'Aylmer fait meilleure figure que l'ensemble du territoire à cet égard. Cela dit, les taux québécois peuvent encore être améliorés en comparaison avec ceux d'autres provinces canadiennes et des pays scandinaves notamment. De plus, les taux ont tendance à augmenter au Québec et partout au Canada depuis les années 2000, une tendance universellement préoccupante et qui reste en partie inexplicée.

MORTALITÉ ET AUTRES CONSÉQUENCES

Paradoxalement, les indicateurs de mortalité constituent les mesures les plus valides de l'état de santé d'une population. Cela dit, il faut garder à l'esprit que les taux de mortalité d'aujourd'hui, particulièrement ceux attribuables aux maladies chroniques, sont en grande partie la conséquence de conditions socioéconomiques et d'habitudes de vie (tabagisme, activité physique, alimentation) qui remontent à 20 ou 30 ans. Les taux de mortalité d'une population n'évoluent pas en dents de scie, mais suivent une tendance régulière, dans la mesure où les déterminants individuels et collectifs de l'état de santé sont ancrés dans les milieux de vie et se transmettent entre les générations.

Or, les taux de décès maladies chroniques (cancers, maladies cardiaques et respiratoires) sont relativement élevés en Outaouais urbain depuis plus de 30 ans. Il n'est donc pas surprenant que les taux correspondant pour la période de 2000 à 2004 soient toujours plus élevés que le reste du Québec. L'excès de mortalité, toutes causes confondues, dans les secteurs combinés d'Aylmer, Hull et Gatineau comparativement à l'ensemble du Québec, a cependant beaucoup diminué, passant de 10 % en 1994-1997 à environ 4 % en 2004-2007. Cela dit, ces données font illusion, car sans le secteur d'Aylmer, ceux de Hull et de Gatineau combinés présentent encore un excès relatif de décès de plus de 6 %, ce qui est encore considérable pour un ensemble urbain aussi favorisé sur le plan socioéconomique.

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DU PONTIAC

DÉMOGRAPHIE

Le territoire du CSSS du Pontiac comprend tout le territoire de la MRC du même nom, en plus de la municipalité de Pontiac (environ 5 000 habitants). Cette quasi-adéquation entre le découpage municipal et celui du réseau sociosanitaire devrait faciliter l'appropriation commune des données sur l'état de santé de la population par les décideurs des différents secteurs d'activités au sein du RLS. Il s'agit du territoire le moins peuplé de l'Outaouais (20 817 personnes en 2011 selon les projections de l'ISQ) avec celui de la Vallée-de-la-Gatineau.

La structure d'âge de la population est identique à celle de l'ensemble du Québec. Contrairement à d'autres territoires dits « ruraux », la population est en croissance et jouit d'un bon taux de fécondité. C'est un territoire unique en ce qu'il regroupe une population qui est anglophone à plus de 60 %. Cette particularité est sans doute liée à d'autres caractéristiques propres aux familles dans les communautés anglophones au Canada : le Pontiac compte plus de couples mariés, moins de couples en « union libre » et moins de familles monoparentales avec enfants.

INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

On observe une importante sous-scolarisation relative de la population. Une proportion élevée de personnes n'ont pas de diplôme d'études secondaires et le territoire compte une faible proportion de diplômés universitaires. Le taux d'emploi était faible et le taux de chômage était très élevé lors du recensement de 2006. Or, il semble que la situation économique se soit encore détériorée dans les années plus récentes à cause de fermetures d'usines. Le revenu moyen avant impôts en 2005 était parmi les plus faibles des territoires de l'Outaouais.

HABITUDES DE VIE

La proportion de fumeurs réguliers dépasse d'environ 5 % la moyenne québécoise et un non-fumeur sur cinq dit être exposé à la fumée secondaire à la maison. Les habitudes de vie rapportées pour l'activité physique et la consommation de fruits et légumes sont défavorables, comme partout au Québec. Plus de la moitié de la population adulte du territoire présente un surplus de poids, un facteur de risque important qui se transmet habituellement à la génération suivante.

SANTÉ GLOBALE ET MALADIES CHRONIQUES

Les indicateurs d'autoperception de son état de santé globale, de limitations fonctionnelles et d'incapacités indiquent une plus grande fréquence de problèmes reliés à une perte d'autonomie, souvent prédictors d'un plus grand besoin de services. L'espérance de vie en bonne santé dans la MRC du Pontiac est d'ailleurs l'une des plus faibles au Québec. Le diabète, l'hypertension artérielle et l'arthrite sont des conditions diagnostiquées et rapportées par un pourcentage relativement élevé de la population.

SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Nous ne disposons pas, en général, de beaucoup d'indicateurs de l'état de santé mentale de la population, particulièrement sur le plan infrarégional. De plus, ceux que nous sommes en mesure de documenter dans les enquêtes générales sont étonnamment grossiers pour mesurer une réalité aussi complexe. Cela dit, la perception de son état de santé mentale est un bon prédicteur de la demande de services généraux et spécialisés au cours des mois suivant l'enquête. À cet égard, les résultats pour le territoire du Pontiac sont difficiles à interpréter parce que l'échantillon est petit, mais ils semblent être moins bons que dans l'ensemble du Québec. Les taux de suicide se situent historiquement au même niveau que les taux québécois moyens et la

période 2000-2004, la plus récente pour laquelle des données complètes sont disponibles pour les territoires infrarégionaux, ne fait pas exception à la règle.

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

Les taux de naissances prématurées et de petit poids sont du même ordre de grandeur que ceux observés dans l'ensemble du Québec. Or, les taux québécois sont considérés comme étant trop élevés en comparaison avec d'autres provinces canadiennes et avec les pays scandinaves. De plus, les taux ont tendance à augmenter au Québec et partout au Canada depuis les années 2000, une tendance universellement préoccupante et qui reste en partie inexplicée. Les efforts pour réduire les grossesses et les naissances de bébés à risque doivent donc s'intensifier.

MORTALITÉ ET AUTRES CONSÉQUENCES

Le taux de mortalité et la fréquence des décès prématurés par maladies de l'appareil circulatoire (maladies cardiaques et cérébrovasculaires) sont très élevés dans le territoire du Pontiac. Les taux de décès par cancer du poumon et par maladies respiratoires, causes étroitement reliées au tabagisme, dépassent également ceux du reste du Québec. Le taux de décès par cancer de la prostate est également élevé pour la période 2000-2004, mais ce phénomène n'a jamais été observé auparavant sur le territoire. Il fera l'objet d'une surveillance spéciale à mesure que les données de la prochaine période d'observation deviendront disponibles.

Le taux ajusté de mortalité, toutes causes confondues, est le plus élevé de tous les territoires de l'Outaouais pour la période 2003-2007. Année après année, 20 % des décès constatés dans le Pontiac ne se produiraient pas si l'on observait le nombre moyen de décès attendus pour une population ayant une structure d'âge identique au Québec. Cet excès de mortalité n'existait d'ailleurs pas dans le territoire du Pontiac durant les années 90.

Ces données sont indicatrices d'importants coûts médicaux et sociaux et de pertes économiques importantes pour la population du territoire. Si le niveau socioéconomique est un bon prédicteur de l'état de santé d'une population, l'inverse est également vrai, car la mortalité prématurée, notamment, a un effet déstabilisateur sur l'emploi, la productivité, le bien-être des individus et des familles et le développement des jeunes.

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DES COLLINES

DÉMOGRAPHIE

Le territoire du CSSS des Collines représente un sous-ensemble de celui de la MRC, puisqu'il ne comprend pas les municipalités rurales de Pontiac, de Notre-Dame-de-la-Salette, de l'Ange-Gardien, ni la portion Est de la municipalité de Val-des-Monts. Géographiquement, c'est le territoire le moins étendu de l'Outaouais, mais sa configuration géographique complique l'organisation des services de santé. Le territoire du CSSS des Collines, selon la projection 2011 de l'ISQ, compte 34 625 résidents.

Le taux de fécondité sur le territoire est le plus élevé de toute la région et la population est en forte croissance. La structure d'âge de la population dénote une proportion très élevée d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes, ainsi qu'une proportion très faible de personnes âgées de 65 ans et plus. Ainsi, il est prévu que la proportion de personnes âgées augmentera plus rapidement qu'ailleurs en Outaouais au cours des prochaines années, mais en nombres absolus cela se traduira par une augmentation trois fois plus faible que l'augmentation du nombre de jeunes de 0 à 14 ans.

Plus du quart des résidents du territoire disent que l'anglais est la langue la plus souvent parlée à la maison, une proportion en légère baisse comparativement au recensement de 1996. Les couples avec enfants sont majoritairement mariés et l'on observe une proportion relativement faible d'enfants vivant avec un seul parent. Une proportion importante des personnes de plus de 75 ans déclarent vivre seules.

INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

La population est relativement scolarisée comparativement à celle de l'ensemble du Québec. Plus du quart des adultes détiennent un diplôme universitaire. Les taux d'emploi et de chômage étaient très favorables lors du recensement de 2006. Le revenu personnel moyen avant impôts en 2005 était de loin le plus élevé de la région. La proportion de familles vivant sous le seuil de faible revenu était la plus faible de tous les territoires de l'Outaouais. Les données du recensement de 2006 eu égard au revenu médian font cependant état d'importantes disparités économiques entre les municipalités du territoire, celle de Chelsea notamment comportant une proportion élevée de personnes et de ménages à revenu élevé.

HABITUDES DE VIE

La population du territoire n'a pas un profil d'habitudes de vie aussi favorable que celui attendu de son profil socioéconomique. La proportion de fumeurs réguliers est inférieure à la moyenne de l'Outaouais, mais dépasse la moyenne québécoise. Le surplus de poids est plus répandu également que dans l'ensemble du Québec et les résultats sur la consommation de fruits et de légumes sont défavorables. On note cependant une fréquence élevée (autorapportée) de pratique d'activités physiques de loisirs.

SANTÉ GLOBALE ET MALADIES CHRONIQUES

Compte tenu de la très faible proportion de personnes âgées sur le territoire, les données d'enquête concernant la prévalence des problèmes de santé chroniques et des limitations fonctionnelles sont étonnamment peu favorables. L'espérance de vie en bonne santé pour la population du territoire des Collines est plus élevée que celle de la région, mais plus faible que celle calculée à l'échelle du Québec.

SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Nous ne disposons pas, en général, de beaucoup d'indicateurs de l'état de santé mentale de la population, particulièrement sur le plan infrarégional. De plus, ceux que nous sommes en mesure de documenter dans les enquêtes générales sont étonnamment grossiers pour mesurer une réalité aussi complexe. Cela dit, la perception de son état de santé mentale est un bon prédicateur de la demande de services généraux et spécialisés au cours des mois suivant l'enquête. À cet égard, les résultats pour le territoire des Collines sont difficiles à interpréter parce que l'échantillon est petit, mais ils semblent comparables à ceux de l'ensemble du Québec. Les taux de suicide sur le territoire sont historiquement plus faibles ou similaires aux taux de l'Outaouais et aux taux québécois.

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

Les taux de naissances prématurées et de petit poids sont du même ordre de grandeur que ceux observés en Outaouais et dans l'ensemble du Québec. Or, les taux québécois sont considérés comme étant déjà trop élevés en comparaison avec d'autres provinces canadiennes et avec des pays comparables du nord de l'Europe. De plus, les taux ont tendance à augmenter au Québec et partout au Canada depuis les années 2000, une tendance universellement préoccupante et qui reste en partie inexpiquée.

MORTALITÉ ET AUTRES CONSÉQUENCES

Les taux de mortalité « toutes causes » et ceux associés aux maladies chroniques qui sont observés au sein de la population du territoire du CSSS des Collines sont généralement du même ordre de grandeur que ceux observés dans l'ensemble du Québec. Encore une fois, ces résultats surprennent, dans la mesure où les déterminants les plus importants de l'état de santé de la population, soit le revenu, la scolarité et la situation de l'emploi, sont remarquablement favorables sur le territoire depuis au moins une vingtaine d'années. Par ailleurs, les taux de mortalité devraient continuer d'évoluer à la baisse sur le territoire des Collines, notamment avec l'afflux important de familles relativement aisées dans les secteurs de Chelsea et de Cantley.

La discordance observée entre, d'une part, le niveau socioéconomique moyen, la distribution des niveaux de scolarité et le profil d'emploi de la population du territoire du CSSS des Collines et, d'autre part, ses indicateurs de santé constitue une observation importante. Elle est cependant explicable. La littérature est claire à cet égard : la « richesse » moyenne d'une population est moins « protectrice » de son état de santé globale que la « pauvreté » d'une partie de sa population n'est « destructrice ». En d'autres mots, la concentration de déterminants « sociaux » de la santé très défavorables dans des populations vulnérables situées dans certaines municipalités, communautés et secteurs du territoire des Collines ne pourrait être compensée entièrement (au niveau des « résultats » moyens de santé) par la qualité des déterminants au sein de ses populations les plus favorisées, même si celles-ci sont démographiquement plus nombreuses. Une des stratégies universelles les plus importantes dans l'amélioration de l'état de santé de populations dans les pays développés, soit la réduction des inégalités de santé et de bien-être, prend alors tout son sens au sein du territoire du CSSS des Collines.

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DE PAPINEAU

DÉMOGRAPHIE

Le territoire du CSSS de Papineau comprend les anciens districts de CLSC de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation. Les données du territoire sont présentées et contrastées selon ces deux entités géographiques. L'ancien district de la Vallée-de-la-Lièvre forme une portion « plus urbaine » du territoire et comprend les secteurs de Buckingham et de Masson-Angers de la ville de Gatineau, ainsi que certaines municipalités de la MRC des Collines (l'Ange-Gardien, Notre-Dame-de-la-Salette et une partie de Val-des-Monts) et de la MRC de Papineau (Lochaber, Lochaber-Partie-Ouest, Thurso, Val-des-Bois, Bowman, Mayo et de Mulgrave-et-Derry). L'ancien district de CLSC de la Petite-Nation comprend les autres municipalités de la MRC de Papineau qui sont situées plus à l'est.

La population totale du territoire en 2011, estimée par l'ISQ à 53 389, est concentrée à plus des deux tiers dans le secteur de l'ancien district de CLSC de la Vallée-de-la-Lièvre. Cette population « urbaine » est en forte croissance démographique et sa structure d'âge est plus « jeune ». La population de l'ancien district de CLSC de la Petite-Nation présente un taux d'accroissement et un taux de fécondité qui sont parmi les plus faibles de toute la région. Cela dit, l'urbanisation semble maintenant progresser vers l'est et la population de la Petite-Nation est peut-être appelée à croître et à « rajeunir » avec le prolongement de l'autoroute 50. Cette population est actuellement celle qui comprend la proportion la plus élevée de personnes âgées de 65 ans et plus de toute la région et c'est aussi la plus majoritairement francophone de l'Outaouais.

INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

La sous-scolarisation de la population du territoire se manifeste aux deux extrêmes : une proportion plus élevée de personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, ainsi qu'une proportion plus faible de diplômés universitaires. Cette sous-scolarisation est plus importante dans le secteur de la Petite-Nation. Le taux de personnes sans emploi et le taux de chômage étaient aussi plus élevés dans la Petite-Nation au recensement de 2006, et le revenu moyen y était plus faible. La proportion des personnes vivant sous le seuil de faible revenu (une mesure ajustée notamment pour le coût de la vie moins élevé en secteur rural) était quand même moins importante dans la Petite-Nation que dans l'ensemble de l'Outaouais.

HABITUDES DE VIE

La proportion de fumeurs réguliers dépasse d'environ 5 % la moyenne québécoise, tant dans le secteur urbain du territoire qu'en secteur rural. Ceci se reflète également par une proportion plus élevée de non-fumeurs déclarant être exposés à la fumée de cigarette à la maison. Les résultats reliés à l'activité physique et à la consommation de fruits et légumes peuvent être améliorés, comme partout au Québec. Ils expliquent en grande partie la proportion très élevée de personnes présentant un surplus de poids qui est observée sur tout le territoire de Papineau.

SANTÉ GLOBALE ET MALADIES CHRONIQUES

Les indicateurs d'autoperception de son état de santé globale, de limitations fonctionnelles et d'incapacités sont tous défavorables, surtout dans le secteur de la Petite-Nation où ils s'expliquent, mais en partie seulement, par la proportion plus élevée de personnes âgées. La faible prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle dans la Petite-Nation doit être interprétée avec prudence, car ces conditions sont souvent sous-diagnostiquées. Le taux de consultation d'un médecin de famille est très faible dans cette partie du territoire.

SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Nous ne disposons pas, en général, de beaucoup d'indicateurs de l'état de santé mentale de la population, particulièrement sur le plan infrarégional. De plus, ceux que nous sommes en mesure de documenter dans les enquêtes générales sont étonnamment grossiers pour mesurer une réalité aussi complexe. Cela dit, la perception de son état de santé mentale est un bon prédicteur de la demande de services spécialisés au cours des mois suivant l'enquête. À cet égard, les résultats pour le territoire sont difficiles à interpréter parce que l'échantillon de l'enquête est petit, mais ils semblent défavorables dans le secteur de la Petite-Nation. Les données historiques qui remontent à la période 1994-1997 démontrent aussi que les taux de suicide sont traditionnellement élevés dans cette portion du territoire, mais ils semblent avoir tendance à baisser au cours des dernières années. La faible proportion des personnes de la Petite-Nation qui rapportent un niveau quotidien de stress s'explique par la structure d'âge de la population, car ce sont surtout les travailleurs âgés de 45 à 64 ans qui rapportent des niveaux de stress élevés.

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

Les taux de naissances prématurées et de petit poids sont plus élevés que ceux de l'ensemble du Québec dans les deux secteurs du territoire du CSSS de Papineau. Or, les taux québécois de naissances de petit poids peuvent encore être abaissés, car ils sont plus élevés que ceux de plusieurs pays nordiques d'Europe occidentale. De plus, les taux ont tendance à augmenter partout au Canada depuis les années 2000, une tendance préoccupante et en partie inexpliquée.

MORTALITÉ ET AUTRES CONSÉQUENCES

Les taux de mortalité par maladies chroniques - ajustés notamment pour le fait que la population de la Petite-Nation est plus « vieille » que celle de l'ensemble de la région et du Québec – sont, contre toute attente, beaucoup plus élevés dans l'ancien district « Vallée-de-la-Lièvre » du territoire. Les taux de décès par cancers, par maladies cardiovasculaires et par maladies respiratoires dépassent d'environ 20 % ceux du Québec à Buckingham et à Masson-Angers, alors que le secteur de la Petite-Nation s'en tire un peu moins mal.

Les deux secteurs présentent une mortalité prématurée importante et année après année, un important excès dans le nombre de décès, toutes causes confondues. Ces données sont indicatrices d'importants coûts médicaux et sociaux et de pertes économiques importantes pour les populations du territoire. Ces coûts sont récurrents, puisque les excès de mortalité prématurée datent d'au moins 20 ans et qu'ils risquent de persister au cours des prochaines décennies si les tendances actuelles dans les habitudes de vie et les autres facteurs de risque ne sont pas corrigées.

Les stratégies d'intervention du Plan d'action local (PAL) en santé publique du CSSS de Papineau prennent alors tout leur sens, car elles reprennent le consensus scientifique national sur les moyens les plus puissants et les plus rapides de « produire de la santé ». Parmi ces stratégies, on retrouve le développement de communautés où la santé est une considération importante dans les décisions locales, le soutien et l'accompagnement des femmes enceintes défavorisées et moins scolarisées, le développement optimal des enfants dans des « écoles en santé », des aménagements favorisant la pratique des activités physiques de loisirs que les gens préfèrent, une offre d'aliments sains et attrayants dans les institutions et les rassemblements publics, etc.

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU

DÉMOGRAPHIE

Le territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau correspond exactement à celui de la MRC, ce qui devrait faciliter l'appropriation commune des données sur l'état de santé de la population par les décideurs des différents secteurs d'activité au sein du RLS. Il s'agit du territoire le moins peuplé de l'Outaouais (20 907 personnes en 2011 selon les projections de l'ISQ), avec celui du Pontiac (20 817).

La population compte une proportion moindre de jeunes et un pourcentage plus élevé de personnes de 65 ans et plus que l'ensemble du Québec. Le taux de fécondité est comparable à celui de la province, mais la population est stable et même en légère décroissance. Ces données ressemblent à celles de nombreuses autres régions rurales au Québec où les jeunes quittent pour poursuivre leurs études ou pour travailler « en ville ». La population du territoire compte une proportion relativement élevée de couples en « union libre » et de familles monoparentales avec enfants. Elle comprend aussi 15 % d'anglophones, qui ont pourtant davantage tendance à former des couples mariés.

INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

La sous-scolarisation de la population est assez marquée : on observe une proportion élevée de personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, ainsi qu'une faible proportion de diplômés universitaires. Les taux d'emploi et de chômage étaient aussi très élevés lors du recensement de 2006 et le revenu moyen avant impôts était alors le plus faible de tout l'Outaouais. Cependant, la situation s'améliore et la MRC de la Vallée-de-la-Gatineau est parmi celles qui ont connu la plus forte croissance du revenu personnel disponible par habitant au Québec entre 2008 et 2009 (ISQ, 2010).

HABITUDES DE VIE

La proportion de fumeurs réguliers dépasse d'environ 10 % celle du Québec et plus d'un non-fumeur sur cinq dit être exposé à la fumée de cigarette à la maison. Les résultats liés à l'activité physique et à la consommation de fruits et légumes sont défavorables. Plus de la moitié de la population adulte du territoire présente un surplus de poids, un facteur de risque important qui se transmet habituellement à la génération suivante.

SANTÉ GLOBALE ET MALADIES CHRONIQUES

Les indicateurs d'autoperception de son état de santé globale, de limitations fonctionnelles et d'incapacités décrivent un état de santé très défavorable et ne peuvent pas s'expliquer seulement par la proportion plus grande de personnes âgées. L'espérance de vie en bonne santé dans la MRC de la Vallée-de-la-Gatineau est d'ailleurs l'une des plus faibles au Québec. Le diabète, l'hypertension artérielle et l'arthrite sont diagnostiqués et rapportés par un pourcentage relativement élevé de la population.

SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Nous ne disposons pas, en général, de beaucoup d'indicateurs de l'état de santé mentale de la population, particulièrement sur le plan infrarégional. De plus, ceux que nous sommes en mesure de documenter dans les enquêtes générales sont étonnamment grossiers pour mesurer une réalité aussi complexe. Cela dit, la perception de son état de santé mentale est un bon prédicteur de la demande de services spécialisés au cours des mois suivant l'enquête. À cet égard, les résultats pour le territoire sont difficiles à interpréter parce que l'échantillon est petit, mais ils semblent être négatifs comparativement à la moyenne de l'Outaouais. Les données sur

le suicide, qui remontent à la période 1994-1997, démontrent aussi que les taux sont historiquement élevés dans le territoire de la Vallée-de-la-Gatineau, mais qu'ils semblent avoir tendance à baisser au cours des dernières années.

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

Les taux de naissances prématurées et de petit poids sont plus élevés que ceux observés dans l'ensemble du Québec. Il s'agit d'une tendance observée depuis plusieurs années. Entre 2000 et 2004, environ 30 % des naissances vivantes sur le territoire étaient de mères ayant moins de 11 ans de scolarité. Or, même les taux québécois de prématurité et de naissances de petit poids sont considérés comme étant trop élevés en comparaison avec d'autres provinces canadiennes et avec les pays scandinaves. De plus, les taux ont tendance à augmenter au Québec et partout au Canada depuis les années 2000, une tendance universellement préoccupante et qui reste en partie inexplicée.

MORTALITÉ ET AUTRES CONSÉQUENCES

Les taux de mortalité par maladies chroniques – même ajustés pour le fait que la population de la Vallée-de-la-Gatineau est plus « âgée » que celle de l'ensemble de la région et du Québec – sont très élevés. Les taux de décès par cancers et par maladies respiratoires, causes étroitement reliées au tabagisme, dépassent ceux du Québec de plus de 20 %. Lorsque l'on considère plus spécifiquement la mortalité prématurée (seulement les décès survenant avant l'âge de 75 ans), la Vallée-de-la-Gatineau subit une surmortalité par cancers et par maladies de l'appareil circulatoire de près de 50 %. Les accidents de la route contribuent également à la mortalité précoce, les taux de décès par traumatismes de la Vallée-de-la-Gatineau étant les plus élevés de toute la région.

Ces données sont indicatrices d'importants coûts médicaux et sociaux et de pertes économiques importantes pour la population du territoire. Si le niveau socioéconomique est un bon prédicateur de l'état de santé d'une population, l'inverse est également vrai, car la mortalité prématurée, notamment, a un effet déstabilisateur sur l'emploi, la productivité, le bien-être des individus et des familles, le sentiment d'appartenance à la communauté et l'épanouissement des jeunes. Ces effets sont chroniques, puisque les excès de mortalité prématurée datent d'au moins 20 ans. Ils risquent de demeurer relativement élevés au cours des prochaines décennies si les tendances actuelles dans les habitudes de vie et les autres facteurs de risque ne sont pas infléchies.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce Portrait de santé 2011 de la population de l'Outaouais est le résultat d'un travail régional considérable. Comparativement aux autres régions du Québec, sa réalisation a exigé un travail de validation supplémentaire, en raison de la préoccupation constante que nous devons avoir pour inclure les « données ontariennes » concernant nos résidents dans le calcul des indicateurs. Dans plusieurs cas, nous présentons des résultats pour l'Outaouais qui sont plus exacts que ceux qui sont disponibles sur les sites gouvernementaux.

La présentation de résultats infrarégionaux en Outaouais comporte des difficultés : le découpage des municipalités et des territoires sociosanitaires n'est pas identique et souvent MRC, territoires de CSSS ou anciens districts de CLSC portent le même nom. Nous espérons que l'annexe sur la géographie aide le lecteur à s'y retrouver.

Nous sommes à une époque où la « culture de la mesure » est reine et où l'on aimerait pouvoir tout décider chiffres à l'appui. Or ce Portrait, si ambitieux soit-il, comporte des lacunes dans plusieurs domaines : santé mentale, fonctionnement des réseaux sociaux, liens entre les problèmes et la consommation de services, développement des jeunes enfants, vécu et styles de vie des jeunes, etc. Les portraits de santé que nous produisons au Québec évoluent constamment. Nos outils de mesure continuent à se raffiner et beaucoup de nos besoins d'informations font aujourd'hui l'objet d'ambitieux projets d'enquêtes ou de recherche.

Nous sommes encore beaucoup mieux outillés pour mesurer les conséquences des problèmes (mortalité, hospitalisations, limitations, handicaps...) que pour en mesurer les déterminants. Mais nos connaissances progressent et elles sont de plus en plus largement connues et diffusées auprès de la population et des décideurs de la société qui ont le pouvoir de les influencer. Nous savons maintenant, par exemple, que les maladies chroniques, qui nous coûtent le plus cher autant en quantité et en qualité de vie qu'en soins de santé, trouvent leur origine dès la période fœtale et que leur évolution emprunte une trajectoire qui peut être infléchie dès la tendre enfance. L'épidémie d'obésité en est un exemple particulièrement éloquent.

Les dernières décennies dans le domaine de la « prévention » auront été celles des modifications de comportements et il faut certes continuer à les cibler spécifiquement. Mais nous avons maintenant une meilleure idée de la hiérarchie des déterminants de la santé des populations. Toutes choses étant égales par ailleurs, le succès et le développement harmonieux des communautés dépendent au premier chef de conditions économiques plus égalitaires, pour que les moins nantis puissent améliorer leur contrôle sur leur vie, prendre des décisions, faire des projets de vie durables pour eux et pour leurs enfants. Les communautés en santé présentent aussi des conditions sociales favorisant la solidarité, la diversité et le bien commun plutôt que l'individualisme et la compétition. Elles se créent des environnements bien planifiés, propices à l'adoption « naturelle » d'habitudes de vie qui permettent de conserver autant que possible la santé mentale et physique des personnes qui vieillissent, plutôt que de les voir s'éroder de façon accélérée.

À vol d'oiseau, les Canadiens, les Québécois et les résidents de l'Outaouais possèdent un des meilleurs états de santé et de bien-être de toute la planète. Sous la loupe cependant, ce Portrait de santé de la population de l'Outaouais vous a révélé, parmi ses aspects positifs, des lacunes, des enjeux et des inégalités entre les territoires. Le réseau de la santé n'est pas le levier le plus important pour améliorer l'état de santé de la population, car il agit en grande partie pour limiter les conséquences des problèmes. C'est par un effort concerté de tous les secteurs de la vie en société que nous pourrions agir sur les déterminants de la santé les plus puissants et continuer à progresser comme région.

TABLEAU DE BORD

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE L'OUTAOUAIS ET DE SES TERRITOIRES DE CSSS ET DE SES DISTRICTS DE CLSC

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
Démographie													
Population totale et répartition selon l'âge (%)	2011	7 946 832	366 747	237 009	70 683	118 868	47 458	53 389	37 032	16 357	34 625	20 817	20 907
0 – 14 ans		15,6	16,3	16,4	14,5	16,0	20,2	15,8	17,6	11,6	18,6	16,0	13,5
15 – 64 ans		68,6	70,7	71,6	71,7	72,2	69,8	68,9	70,0	66,3	72,6	66,3	67,4
65 ans et plus		15,8	12,9	12,0	13,7	11,8	10,0	15,4	12,4	22,0	8,8	17,7	19,2
Taux d'accroissement de la population (%)	2006-11	4,1	6,2	6,5	1,2	7,7	11,7	5,7	7,6	1,5	10,1	3,7	-0,1
Taux de fécondité (p. 1 000)	2003-07	41,9	41,7	40,4	40,1	38,1	47,3	42,7	45,7	33,8	49,4	44,3	39,4
Répartition de la population de 18 ans et plus selon l'état matrimonial de fait (%)	2006												
Célibataire		25,2	23,2	25,3	30,9	23,1	20,9	19,3	19,4	19,2	18,6	18,3	22,0
Actuellement marié		39,4	42,0	40,3	32,5	42,4	48,6	42,8	43,0	42,4	47,5	53,0	40,6
Partenaire en union libre		20,3	19,9	19,2	18,8	20,2	17,1	23,4	24,1	21,9	23,5	13,2	20,9
Séparé et non remarié		1,8	2,2	2,4	2,6	2,3	2,4	1,8	1,9	1,7	1,7	1,8	2,1
Divorcé et non remarié		6,9	7,1	7,6	8,7	7,2	6,7	6,5	6,3	7,0	5,1	5,9	6,8
Veuf et non remarié		6,3	5,5	5,2	6,5	4,8	4,2	6,1	5,3	7,8	3,6	7,7	7,6
Répartition des familles avec des enfants de moins de 18 ans selon la structure de la famille (%)	2006												
Couples actuellement mariés		44,4	46,5	46,9	43,1	45,3	55,5	40,3	42,2	34,5	51,1	61,9	34,6
Couples vivant en union libre		31,7	27,7	25,4	24,8	27,9	20,3	35,9	33,9	42,1	29,8	19,6	37,4
Familles monoparentales		23,6	25,5	27,4	31,4	26,7	23,7	24,6	24,1	26,3	18,0	17,7	27,4
Proportion d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant avec un seul parent (%)	2006	20,8	22,5	24,2	28,0	23,6	21,0	21,4	21,1	22,1	15,8	15,0	25,9

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
Démographie (suite)													
Répartition de la population selon la langue parlée le plus souvent à la maison (%)	2006												
Français		82,7	79,8	81,3	81,6	89,0	60,7	92,9	91,1	96,9	72,4	38,5	83,2
Anglais		10,2	16,6	13,5	10,4	7,2	35,5	6,4	8,4	2,2	26,9	61,0	15,8
Autres langues		7,1	3,6	5,2	8,1	3,9	3,8	0,7	0,5	1,0	0,7	0,5	1,0
Proportion d'immigrants (%)	2006	11,5	7,0	9,4	14,0	6,4	9,8	1,6	1,5	1,6	5,2	2,7	1,3
Répartition de la population de 25-64 ans selon le plus haut niveau de certificat, diplôme ou grade (%)	2006												
Aucun certificat		17,1	18,6	15,9	14,6	18,6	11,0	23,1	21,2	27,2	15,9	28,1	31,8
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent		21,1	21,7	21,0	17,2	23,8	20,0	24,6	25,0	23,8	20,0	25,8	21,0
Apprenti/Postsecondaire inférieur au baccalauréat		41,0	37,7	36,4	32,6	38,7	36,9	42,4	43,6	39,7	38,0	37,0	40,0
Universitaire égal ou supérieur au baccalauréat		20,8	22,0	26,6	35,5	18,9	32,0	9,9	10,2	9,2	26,1	9,1	7,1
Proportion de la population de 65 ans et plus vivant seule (%)	2006	31,3	29,7	30,5	37,1	26,3	27,0	25,6	26,4	24,5	27,9	33,1	31,1
Indicateurs socioéconomiques													
Taux d'emploi (%)	2006	60,4	63,8	66,7	64,5	66,8	70,5	58,8	62,8	51,0	69,4	53,2	47,6
Taux de chômage (%)	2006	7,0	6,3	5,6	6,5	5,3	4,9	7,1	6,5	8,7	4,7	9,1	14,2
Répartition de la population active occupée selon la profession (%)	2006												
Ventes et services		24,0	24,9	24,1	—	—	—	28,2	—	—	26,0	23,2	29,9
Affaires, finance et administration		19,4	20,8	22,9	—	—	—	13,2	—	—	14,3	14,9	13,6
Sciences sociales et autres		9,8	14,0	14,7	—	—	—	12,1	—	—	15,3	9,9	9,7

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
Indicateurs socioéconomiques (suite)													
Répartition de la population active occupée selon le type d'industrie (%)	2006												
Administration publique		6,3	23,7	29,2	—	—	—	5,0	—	—	5,9	4,7	6,2
Commerce		17,2	14,5	13,8	—	—	—	19,5	—	—	10,8	12,9	19,1
Soins de santé et assistance sociale		12,2	12,3	11,6	—	—	—	13,7	—	—	14,5	18,0	13,4
Revenu moyen des particuliers (avant impôt) (\$)	2005	32 074	34 827	36 820	35 694	35 761	41 699	29 994	32 093	25 841	40 058	28 221	24 187
Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu (avant impôt) (%)	2005	17,2	14,4	16,4	22,4	15,2	9,5	10,8	9,9	12,8	6,2	13,8	15,0
Habitudes de vie													
Proportion de fumeurs actuels (%)	2007-08	24,2	28,1(+)	27,3	23,0	30,1	26,1	28,9	29,2	28,4	26,7	28,4	35,7
Proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison (%)	2007-08	10,8	13,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	15,7	17,0	15,7	13,2*	18,6	12,9*	19,9	18,8	22,4*	16,3	19,5	22,4
Proportion de la population consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour (%)	2007-08	47,4	48,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	54,9	53,0	51,8	45,8	55,8	51,4	53,9	53,0	55,9	57,1	55,3	57,2
Proportion de la population inactive physiquement durant ses loisirs (%)	2007-08	52,8	46,9 (-)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	51,8	46,6	47,3	42,3	52,5	41,4	43,5	41,7	47,3	43,7	46,3	51,7

* Coefficient de variation supérieur ou inférieur aux seuils établis. La valeur doit être interprétée avec prudence (voir la section Aspects méthodologiques pour plus de précision).

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
<i>Habitudes de vie (suite)</i>													
Proportion de la population présentant un surplus de poids (%)	2007-08	47,9	51,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	47,5	49,6	46,7	49,8	46,6	41,5	58,2	57,2	60,7	52,3	51,2	50,4
Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine (%)	2005	8,5	8,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	7,5	8,7	8,4	10,9*	7,0*	8,1*	7,9*	8,9*	**	12,9*	7,1*	9,0*
<i>Santé globale et maladies chroniques</i>													
Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé (%)	2007-08	9,8	11,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	10,7	11,4	10,6	11,3*	10,7	9,2*	11,3	9,5	14,9	9,0*	15,0*	20,0
Proportion de la population ayant une limitation d'activités (%)	2007-08	23,5	26,6 (+)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	22,3	23,9	23,6	21,1	26,0	21,3	21,0	19,6	24,0	26,8	25,8	29,6
Proportion la population ayant des problèmes de santé fonctionnelle (%)	2007-08	13,5	11,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	14,1	15,3	14,0	15,5	13,6	12,3	16,2	15,1	18,4	13,5*	20,4	25,5
Proportion de la population déclarant souffrir de maux de dos (%)	2007-08	17,6	21,5 (+)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	16,8	19,0	17,7	19,1	17,4	16,2	21,0	20,4	22,3	21,0	22,8	21,9
Proportion de la population déclarant souffrir de diabète (%)	2007-08	5,9	3,9*(-)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	4,6	5,4	5,4*	**	6,9*	6,6*	3,8*	4,0*	3,4*	4,9*	7,9*	7,6*

* Coefficient de variation supérieur ou inférieur aux seuils établis. La valeur doit être interprétée avec prudence (voir la section Aspects méthodologiques pour plus de précision).

** Coefficient de variation supérieur au seuil établi. La valeur n'est pas présentée (voir la section Aspects méthodologiques pour plus de précision).

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
<i>Santé globale et maladies chroniques (suite)</i>													
Proportion de la population déclarant souffrir d'arthrite (%)	2007-08	11,2	11,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	13,9	14,9	12,6	9,7	14,5	12,8	18,3	17,7	19,4	12,0	24,1	26,4
Proportion de la population déclarant souffrir d'hypertension (%)	2007-08	16,1	16,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	14,5	14,8	13,8	11,4	15,8	12,7	14,9	16,9	10,7	13,7	18,1	22,9
Proportion de la population déclarant souffrir d'asthme (%)	2007-08	8,5	8,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	8,6	11,6 (+)	11,9	12,4	12,5	9,3*	10,9	10,9*	11,0*	9,1*	8,6*	16,7
Proportion de la population déclarant souffrir d'allergies non alimentaires (%)	2005	24,7	27,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	24,9	29,6 (+)	31,2	31,7	31,5	29,8	26,2	27,2	24,1	26,6	27,8	26,3
Taux d'incidence du cancer	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Santé buccodentaire</i>													
Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire (%)	2007-08	12,0	13,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	13,8	13,7	12,8	11,8*	12,3	15,9	14,9	15,3	14,2*	13,2*	16,1	19,4
Proportion de la population ayant consulté un dentiste (%)	2007-08	60,1	60,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	56,7	58,1	60,7	63,5	58,8	61,0	52,3	56,1	44,5	59,9	53,0	46,5

* Coefficient de variation supérieur ou inférieur aux seuils établis. La valeur doit être interprétée avec prudence (voir la section Aspects méthodologiques pour plus de précision).

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
Maladies infectieuses													
Nombre de cas d'infections à pneumocoque	2005-09	–	134	76	28	29	19	24	17	7	14	5	9
Nombre de cas d'infections invasives à streptocoque du groupe A		–	46	30	9	19	2	4	0	4	5	3	3
Taux d'incidence pour les infections génitales à Chlamydia trachomatis (p. 100 000)		182	203	215	247	227	134	173	194	129	139	80	142
Taux d'incidence pour les infections gonococciques (p. 100 000)		19	15	16	24	15	7	10	14	1	9	11	14
Environnement physique et santé au travail													
Proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures (%)	2006	7,7	8,3	7,0	7,7	6,3	7,6	8,8	7,6	11,1	10,3	12,8	13,1
Répartition de la population active occupée selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail (%)	2006												
Conducteur		72,7	71,0	65,7	57,3	70,9	66,0	80,2	79,6	81,8	85,8	82,3	82,3
Passager		5,5	8,8	9,2	7,7	9,6	10,6	6,9	7,6	5,2	8,3	9,9	8,6
Transport en commun		12,8	12,7	17,0	21,3	13,9	18,0	5,6	7,2	1,5	3,0	1,8	1,5
À pied		6,6	5,0	5,2	9,4	3,3	3,1	6,0	4,4	9,9	1,6	4,8	6,2
À bicyclette		1,4	1,6	2,1	3,3	1,5	1,7	0,4	0,4	0,6	0,5	0,3	0,6
Autres moyens		0,9	0,8	0,8	1,0	0,8	0,6	0,9	0,8	1,1	0,9	0,8	0,8
Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées par la CSST (p. 1000)	2006	35,1	21,7 (-)	18,3 (-)	–	–	–	33,7	–	–	21,2 (-)	26,3 (-)	36,2

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
<i>Santé mentale</i>													
Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale (%)	2007-08	3,4	3,8*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	3,6	4,3	4,5*	4,7*	5,0*	**	3,4*	**	5,3*	3,3*	3,9*	5,5*
Proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique (%)	2008	22,2	21,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Proportion de la population éprouvant un niveau de stress quotidien élevé (%)	2007-08	26,7	26,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	28,8	29,2	30,4	33,6	29,0	28,7	28,1	31,9	20,2	28,9	21,5	25,9
Taux ajustés de mortalité par suicide (p. 100 000)	2000-04	17,3	16,2	13,0 (-)	16,4	11,9 (-)	10,4*(-)	24,3 (+)	22,8*	26,1*	16,6*	13,5*	31,9*(+)
<i>Santé des mères et des tout-petits</i>													
Proportion de naissances dont la mère a moins de 11 années de scolarité (%)	2000-08	10,5	13,4 (+)	12,8 (+)	13,6(+)	14,0 (+)	7,1 (-)	15,7 (+)	14,6 (+)	19,6 (+)	7,4 (-)	11,7	25,7(+)
Proportion de naissances vivantes de faible poids (%)	2003-07	5,7	5,6	5,3	6,2	5,2	4,5 (-)	6,3	6,3	6,3	5,5	5,8	6,3
Proportion de naissances vivantes prématurées (%)	2003-07	7,7	7,4	7,1	7,2	7,1	6,9	7,9	7,9	8,1	7,6	8,1	8,1
Taux de mortalité infantile (moyenne mobile – 3 ans)	2006	4,8	3,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Coefficient de variation supérieur ou inférieur aux seuils établis. La valeur doit être interprétée avec prudence (voir la section Aspects méthodologiques pour plus de précision).

** Coefficient de variation supérieur au seuil établi. La valeur n'est pas présentée (voir la section Aspects méthodologiques pour plus de précision).

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
Environnement social													
Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (p. 1000)	2006-07	5,6	6,8 (+)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Taux de jeunes âgés de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois (p. 100 000)	2008	5150	8390 (+)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Taux de crimes contre la personne (p. 100 000)	2008	1061	1368 (+)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Taux de victimisation par violence conjugale envers les femmes (p. 100 000)	2008	419	529 (+)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Services de santé													
Proportion de la population ayant consulté un médecin de famille (%)	2007-08	70,2	70,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	69,0	72,2 (+)	72,9	79,0	71,4	65,9	71,6	74,3	66,0	64,2	75,2	74,5
Proportion de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie (%)	2005	74,0	76,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	72,8	68,4	66,3	62,8	69,0	64,9	78,0	74,8	84,6	58,4	58,6*	81,3
Proportion de femmes âgées de 18 à 69 ans ayant passé un test PAP (%)	2005	70,1	72,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2003	71,2	81,4 (+)	82,6	85,0	82,3	79,4	76,2	80,3	67,4	84,4	77,1	79,8
Taux d'hospitalisation chez les 1-19 ans pour les tumeurs (p. 10 000)	2006-09	5,8	3,6 (-)	4,5	3,4*	5,5	3,5*	**	**	0	**	**	**

* Coefficient de variation supérieur ou inférieur aux seuils établis. La valeur doit être interprétée avec prudence (voir la section Aspects méthodologiques pour plus de précision).

** Coefficient de variation supérieur au seuil établi. La valeur n'est pas présentée (voir la section Aspects méthodologiques pour plus de précision).

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
Services de santé (suite)													
Taux d'hospitalisation chez les 1-19 ans pour les maladies de l'appareil respiratoire (p. 10 000)	2006-09	69,7	57,5 (-)	59,7 (-)	56,2 (-)	68,4	43,7 (-)	52,6 (-)	54,1 (-)	48,4 (-)	50,1 (-)	57,3	57,2
Taux d'hospitalisation chez les 20-64 ans pour les tumeurs (p. 10 000)	2006-09	58,7	46,9 (-)	42,8 (-)	39,4 (-)	46,9 (-)	37,6 (-)	57,0	53,5	64,6	39,3(-)	66,1	61,9
Taux d'hospitalisation chez les 20-64 ans pour les maladies de l'appareil circulatoire (p. 10 000)	2006-09	68,1	54,1 (-)	45,9 (-)	40,8 (-)	51,4(-)	40,0 (-)	68,3	68,0	68,9	47,5(-)	81,4 (+)	95,3(+)
Taux d'hospitalisation chez les 20-64 ans pour les maladies de l'appareil respiratoire (p. 10 000)	2006-09	28,1	30,9(+)	26,4	27,5	29,8	15,8 (-)	35,0(+)	33,5(+)	38,1(+)	30,7	40,8 (+)	62,7(+)
Taux d'hospitalisation chez les 65 ans et plus pour les tumeurs (p. 10 000)	2006-09	251,0	227,9(-)	203,0(-)	182,8(-)	226,1(-)	183,7(-)	246,4	262,5	226,4	238,9	323,4(+)	263,6
Taux d'hospitalisation chez les 65 ans et plus pour les maladies de l'appareil circulatoire (p. 10 000)	2006-09	539,7	445,4(-)	414,4(-)	393,0(-)	455,0(-)	347,0(-)	478,0(-)	498,3	452,7(-)	400,1(-)	566,8	499,5
Taux d'hospitalisation chez les 65 ans et plus pour les maladies de l'appareil respiratoire (p. 10 000)	2006-09	265,7	314,4(+)	278,7	274,1	320,1(+)	168,6(-)	297,4(+)	335,7(+)	249,8	381,4(+)	358,2(+)	507,1(+)
Mortalité													
Espérance de vie à la naissance (années)	2003-07	80,3	79,3 (-)	79,6 (-)	78,9 (-)	79,3 (-)	81,8 (+)	79,0 (-)	78,9 (-)	79,0(-)	79,4(-)	78,1 (-)	77,7 (-)
Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité)	2005-07	67,3	63,9	64,4	63,0	64,8	64,4	63,7	63,0	64,2	65,8	60,0	62,0
Taux ajustés de mortalité toutes causes (p. 100 000)	2003-07	678,8	723,0 (+)	699,7(+)	752,1(+)	706,6(+)	583,4(-)	741,9(+)	754,7(+)	734,3 (+)	682,4	831,3(+)	806,1 (+)
Taux ajustés des années potentielles de vie perdues toutes causes (p. 100 000)	2003-07	4919,6	5273,2(+)	5118,3	5891,5(+)	4987,7	4205,9(-)	5473,2(+)	5340,2	6059,6(+)	4669,7	5800,0(+)	7047,1(+)
Taux ajustés de mortalité par cancers (p. 100 000)	2000-04	233,4	249,4 (+)	248,0(+)	246,1	259,0(+)	236,0	248,8	263,1(+)	228,7	226,5	245,0	289,5(+)

	Période à l'étude	Ensemble du Québec	Outaouais	CSSS Gatineau	CLSC de Hull	CLSC de Gatineau	CLSC d'Aylmer	CSSS Papineau	CLSC Vallée-de-la-Lièvre	CLSC Petite-Nation	CSSS Collines	CSSS Pontiac	CSSS Vallée-de-la-Gatineau
Mortalité (suite)													
Taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (p. 100 000)	2000-04	213,4	236,4 (+)	230,2 (+)	221,6	266,7(+)	175,1(-)	257,5(+)	258,0(+)	259,7 (+)	182,8	297,9(+)	215,9
Taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (p. 100 000)	2000-04	58,8	65,9 (+)	64,2	73,3 (+)	63,8	48,3	68,2	78,0 (+)	55,5	63,1	64,6	79,2 (+)
Taux ajustés des années potentielles de vie perdues par cancers (p. 100 000)	2000-04	1832,7	1976,1(+)	2012,3(+)	2080,5	1972,2	2014,9	1929,1	2099,6	1739,7	1588,4	1871,6	2280,6(+)
Taux ajustés des années potentielles de vie perdues pour les maladies de l'appareil circulatoires (p. 100 000)	2000-04	864,3	1058,7(+)	1008,0(+)	1087,7(+)	1067,1(+)	693,9	1184,4(+)	1109,2(+)	1313,9(+)	821,0	1408,9(+)	1296,1(+)
Taux ajustés des années potentielles de vie perdues pour les traumatismes non intentionnels (p. 100 000)	2000-04	568,4	509,7	364,7 (-)	321,2*(-)	378,8(-)	403,3*	661,4*	563,5*	915,1*	651,8*	1066,9*(+)	1085,0*(+)
Taux ajustés des années potentielles de vie perdues pour le suicide (p. 100 000)	2000-04	583,1	553,8	458,8 (-)	616,1	433,5 (-)	272,2*(-)	876,6(+)	830,9*	994,8*	585,9*	279,0*(-)	1139,5*(+)
Taux ajustés de mortalité par traumatismes non intentionnels (p. 100 000)	2000-04	26,2	24,6	19,8(-)	21,1	19,0(-)	17,2*(-)	27,2	24,2	35,5*	23,7*	37,7(+)	49,5(+)
Taux ajustés de mortalité évitable (p. 100 000)	2000-04	101,0	115,5(+)	115,2(+)	112,7(+)	124,0(+)	95,0	117,1(+)	120,5(+)	114,3	88,4	145,4(+)	117,6

* Coefficient de variation supérieur ou inférieur aux seuils établis. La valeur doit être interprétée avec prudence (voir la section Aspects méthodologiques pour plus de précision)

ANNEXES

- **Aspects méthodologiques**
- **Géographie des RLS (CSSS) et
CLSC de l'Outaouais**

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

SOURCES DE DONNÉES

Les données présentées dans ce Portrait de santé proviennent de deux grands types de sources d'information : les enquêtes et les fichiers administratifs. Les enquêtes incluent les recensements et les enquêtes par échantillonnage (Statistique Canada, 2003).

1. Les enquêtes

1.1. Les recensements

Les données du recensement canadien ont été utilisées dans le cadre de ce Portrait. Elles servent à fournir des informations sur certaines caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population (INSPQ, 2006). Des informations ont été recueillies sur l'ensemble des ménages (questionnaire court), tandis que d'autres ont été recueillies dans un ménage sur cinq (questionnaire long). Ces dernières concernent particulièrement les caractéristiques socioéconomiques (taux d'emploi et de chômage, type de profession et d'industrie et revenu des particuliers). Les informations obtenues à partir du questionnaire court portent surtout sur les effectifs de la population, la répartition selon l'âge et le sexe et sur le statut matrimonial.

Les recensements canadiens ont lieu tous les cinq ans. Les données présentées dans ce document portent sur les années 1996, 2001 ou 2006 et varient en fonction des indicateurs exposés.

1.2. Les enquêtes par échantillonnage

Les données des ESCC ont été utilisées dans le cadre de ce Portrait. Elles visent à fournir des informations sur certains déterminants de la santé (surplus de poids, tabagisme, consommation de fruits et légumes, soutien social, etc.) et sur l'état de santé subjectif de la population (perception de l'état de santé, présence de maladies chroniques, etc.). Une enquête permet d'obtenir de l'information sur une partie des individus (échantillon) faisant partie d'une population. Un échantillonnage probabiliste aléatoire simple permet de formuler des inférences à l'ensemble de la population à partir des observations tirées de l'échantillon (Statistique Canada, 2003). Il est à noter toutefois que le plan d'échantillonnage de l'ESCC est complexe au niveau de la sélection des ménages et des individus. Aussi, l'échantillon est constitué de deux bases de sondage, une base aréolaire et une base téléphonique, ce qui a engendré des problèmes de comparabilité par le passé (autant dans le temps que dans l'espace). L'utilisation de « l'effet de plan » pour la région permet d'obtenir des estimations correspondant à un plan d'échantillonnage aléatoire simple. Ces estimations peuvent alors être inférées à l'ensemble de la population comme mentionné ci-dessus.

Les données de l'ESCC 2007-2008 sont présentées dans ce Portrait afin de présenter l'information la plus récente¹. Quelquefois, les données de l'ESCC 2005 sont présentées, car l'information n'est pas disponible pour la période 2007-2008 (test PAP et mammographie par exemple). Les données de l'enquête de 2003 sont aussi fréquemment citées, car elles sont les plus récentes disponibles sur le plan infrarégional, soit par CSSS et par CLSC.

2. Les fichiers administratifs

Plusieurs fichiers administratifs et clinico-administratifs ont été utilisés dans le cadre de ce Portrait. Les plus importants sont les fichiers des décès, ceux des naissances vivantes et des hospitalisations, de la *Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière* (MED-ÉCHO). Le fichier des décès contient des renseignements personnels sociosanitaires

¹ Un seul indicateur est dérivé de l'EQSP 2008, soit celui sur la détresse psychologique.

sur les décès de la population du Québec. Le fichier des naissances vivantes contient aussi des renseignements personnels sociosanitaires sur les naissances vivantes de la population du Québec. En dernier lieu, le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO contient également des renseignements personnels clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne admise ou inscrite en chirurgie d'un jour dans un centre hospitalier du Québec. Les informations utiles au calcul des taux bruts des hospitalisations en soin physique de courte durée ont été exploitées dans le cadre de ce Portrait.

Les données sur les lésions professionnelles déclarées et indemnisées par la CSST sont tirées du système d'information en santé et sécurité au travail (SISAT) et celles sur les maladies infectieuses proviennent du fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

OBTENTION DES DONNÉES

La plupart des données présentées dans ce Portrait de santé sont issues de requêtes faites à l'Infocentre de santé publique (ISP) au cours des mois d'octobre 2010 à avril 2011. L'information pour deux indicateurs, soit la proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs et la limitation et la participation à des activités, provient plutôt de CANSIM de Statistique Canada. Certains indicateurs ont été calculés à partir de matériel disponible à la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (Agence). Ces indicateurs portent sur les maladies infectieuses, les naissances de mères ayant moins de 11 années de scolarité et les différents taux d'hospitalisations. Les indicateurs relatifs à l'environnement social (criminalité juvénile, crimes violents et violence conjugale) ont été calculés en utilisant les données disponibles sur le site électronique du ministère de la Sécurité publique.

Dans ce document, la presque totalité des indicateurs mesurés à partir de données d'enquêtes populationnelles provient des ESCC. Les calculs ont été effectués à l'ISP à partir du Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMDG). Les données les plus récentes présentées dans ce document sont celles de l'ESCC 2007-2008. Les données selon le sexe et certains groupes d'âge sont également présentées. Il est important de mentionner que la plupart des données sont ordonnées selon trois groupes d'âge : 12 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. L'information se retrouve assez facilement à l'ISP pour les deux derniers groupes². Les estimations pour les personnes âgées de 12 à 44 ans ont été calculées à partir du FMDG de l'ESCC 2007-2008 disponible à la DSP de l'Agence.

Il est à noter que les informations par territoires infrarégionaux (CSSS et CLSC) ne sont pas disponibles à l'ISP, mais plutôt à la DSP de l'Agence³.

PRÉSENTATION DE DONNÉES

Les données de recensement sont habituellement présentées pour l'année 2006. Il est à noter que pour certains indicateurs, les données de 1996 ou de 2001 sont également citées. En ce qui concerne les données d'enquêtes, les données les plus récentes sont présentées et les données de 2003 sont aussi fournies pour les estimations infrarégionales.

Les données relatives aux fichiers administratifs portent généralement sur des périodes de cinq ans. Les fichiers des décès ont permis d'avoir des informations sur les causes spécifiques de décès. Dans ce cas précis, les taux sont calculés sur la période 2000 à 2004. Il a été décidé d'utiliser cette période pour les causes spécifiques puisque les décès de résidents de l'Outaouais en Ontario sont inclus à haute certitude dans ces fichiers. Pour d'autres indicateurs, soit la mortalité toutes causes, les APVP et l'espérance de vie à la naissance, la période 2003 à 2007 a pu être utilisée, car le décompte total des décès semble bon jusqu'en 2007.

2 Pour quelques indicateurs, les groupes d'âge varient pour se conformer à la présentation de l'ISP.

3 Aucun test statistique n'a été fait entre les entités infrarégionales (CSSS, CLSC) et la province de Québec puisque des informations importantes sont indisponibles (par exemple, les effets du plan par entité infrarégionale).

D'autres indicateurs liés à la santé périnatale (faible poids à la naissance, prématurité et taux de fécondité) ont été calculés à partir des données du fichier des naissances. La dernière période de cinq ans de 2003 à 2007 a été retenue puisque les naissances de résidentes de l'Outaouais en Ontario sont incluses dans les fichiers. La seule exception porte sur les naissances de femmes ayant moins de 11 années de scolarité; en effet, la période examinée est de 2000 à 2008 afin d'obtenir la puissance statistique nécessaire.

Enfin, les données des hospitalisations sont dérivées du système MED-ÉCHO et de la *Base de données sur les congés des patients* (Discharge Abstract Database [DAD]) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données du DAD permettent de documenter la partie des hospitalisations de résidents de la région de l'Outaouais qui ont lieu en Ontario. Par conséquent, les données des hospitalisations sont considérées exhaustives pour la période examinée. La période qui a été retenue est celle de 2006 à 2009 et elle fait référence, exceptionnellement, à des années budgétaires.

Les données sont surtout présentées sous forme de proportions ou de taux. Quelquefois, elles sont également présentées sous forme de nombres, comme pour certaines maladies infectieuses beaucoup moins fréquentes (infections à pneumocoque et coqueluche). Une proportion correspond au rapport d'une partie à un tout et s'exprime sous forme de pourcentage. La partie du numérateur est donc incluse au dénominateur. Un taux correspond au rapport du nombre de cas moyen survenus dans une population durant une période (habituellement de cinq ans), à la population moyenne durant cette même période. Les taux ont été présentés selon différents types de dénominateurs, correspondant la plupart du temps à des conventions. Par exemple, les taux de mortalité sont présentés par 100 000 et ceux des hospitalisations par 10 000. Il faut donc être vigilant dans la lecture des indicateurs et du tableau de bord. La présentation de proportions ou de taux permet de comparer l'ampleur des phénomènes entre deux populations (par exemple, l'Outaouais et le reste du Québec). Dans tous les tableaux, l'information sur *l'ensemble* du Québec est présentée⁴, mais le résultat du test statistique de l'ISP porte sur le *reste* du Québec et est présenté comme tel. Cette règle a presque toujours été respectée, à quelques exceptions⁵ près. Le seuil alpha retenu a été de 0,05.

Deux types de taux ont été employés, soit les taux ajustés et les taux bruts. Les taux ajustés permettent d'éliminer artificiellement les différences entre les structures d'âge et de sexe lorsque l'on compare deux populations (par exemple, Outaouais vs ensemble du Québec). Les taux ajustés sont donc artificiels et n'ont de sens que pour comparer des populations entre elles. Les taux de mortalité et les APVP sont présentés sous la forme de taux ajustés. La population de référence sélectionnée à l'ISP est la population du Québec en 2001. Les taux d'hospitalisations sont présentés par groupes d'âge spécifiques (1 à 19 ans, 20 à 64 ans et 65 ans et plus).

Il est important de mentionner que les effectifs de population de l'ISQ utilisés au dénominateur pour les indicateurs antérieurs à 2006 sont des « estimations » et que ceux utilisés à partir de 2007 sont des « projections ». Les données utilisées pour 2006 sont des données du recensement de la même année et elles sont corrigées pour le sous-dénombrement.

4 Le reste du Québec est présenté pour l'indicateur mesurant la mortalité infantile.

5 Aucun test statistique n'a été fait pour les indicateurs dérivés du recensement et du fichier MADO. Les indicateurs indisponibles à l'ISP ont été comparés entre la région de l'Outaouais et *l'ensemble* du Québec.

Une mesure de variabilité des estimations, soit le coefficient de variation (CV), est présentée pour tous les indicateurs. Le CV rend compte de la présence d'une imprécision statistique modérée ou majeure. Pour les indicateurs liés aux fichiers administratifs et aux recensements, les règles sont assez précises. Les résultats comportant des coefficients de variation supérieurs à 16,66 % et inférieurs ou égaux à 33,33 % doivent être interprétés avec prudence. Ceux dont le CV dépasse 33,33 % ne sont carrément pas affichés, car trop imprécis pour être interprétables. Les seuils pour les données d'enquêtes populationnelles diffèrent : les coefficients de variation supérieurs à 15 % et inférieurs ou égaux à 25 % doivent être interprétés avec prudence et ceux supérieurs à 25 % ne sont pas affichés. Cette recommandation provient du Comité tripartite MSSS-INSPQ-ISQ qui a statué que ces seuils seraient utilisés sur le portail de l'ISP.

En dernier lieu, deux points importants sont à mentionner. Le premier porte sur les arrondissements des résultats. En effet, le total des tableaux peut ne pas correspondre à la somme des estimations, les chiffres étant arrondis. Deuxièmement, il faut être prudent dans la lecture de certains tableaux portant sur les données de mortalité et des naissances vivantes. Nous avons voulu tenir compte de la correction de Bonferroni effectuée à l'ISP. Cependant, il faut savoir que lorsque le test global est non significatif, aucun test n'est effectué entre les différentes dyades de comparaison (entités infrarégionales vs reste du Québec). Les résultats sont alors présentés comme étant non significatifs (NS). Il est important de rappeler qu'il est impossible de désactiver le test global à l'ISP et qu'il est clairement indiqué dans leur guide méthodologique (p. I-48) qu'il n'est pas pertinent d'effectuer un tel test lorsque l'on examine l'angle infrarégional spécifique. Une note est indiquée à cet effet dans les tableaux, s'il y a lieu.

INTRODUCTION

Le découpage géographique du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et de l'ensemble du Québec a été en constante évolution au cours des vingt dernières années (MSSS, 2011b et 2011c). Ces changements découlent principalement des nombreuses réformes au sein de sa structure de gouvernance dans deux des trois paliers, soit les paliers régional et local (Trottier, 2010). Dans le cadre du présent chapitre, nous nous concentrerons principalement sur les deux dernières itérations de changements dans le découpage géographique du réseau de la santé et des services sociaux à l'échelle locale, soit l'uniformisation des CLSC en 1998 et la création des RLS en 2004 (MSSS, 2011b et 2011c).

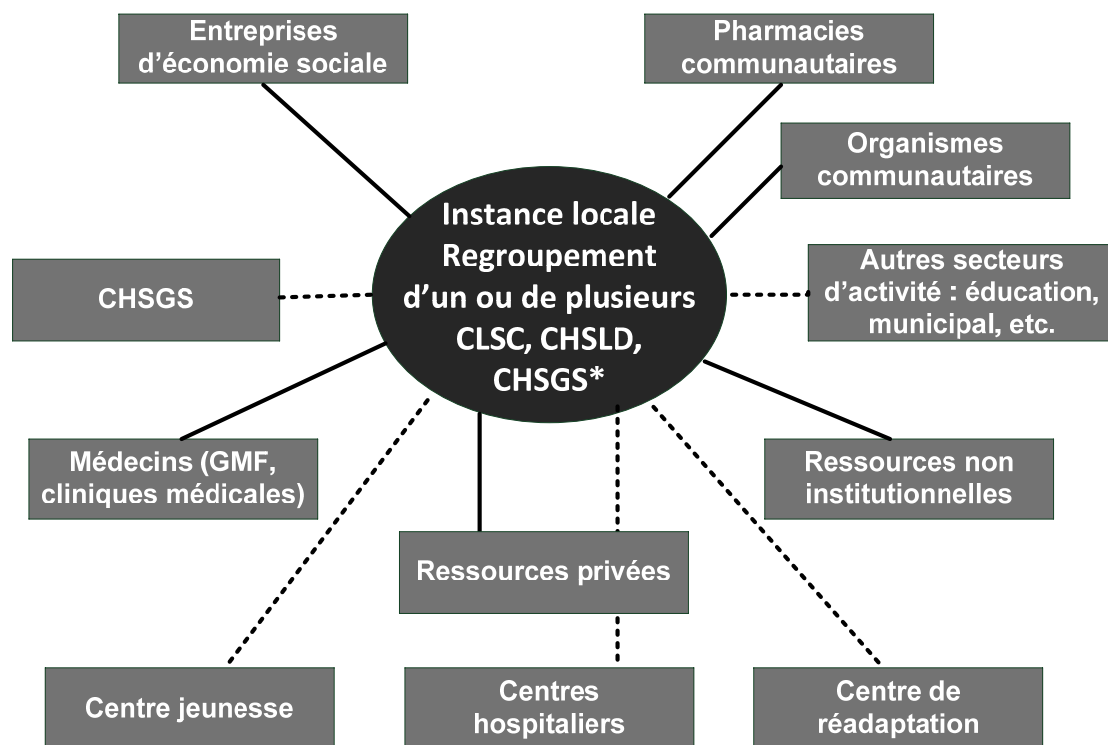
LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC : GOUVERNANCE ET TERRITOIRE

Avant de présenter le découpage territorial des RLS et CLSC de l'Outaouais, nous présenterons la structure de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et le découpage territorial qui en découle. Dans un premier lieu, on retrouve le palier central, constitué du MSSS. Celui-ci remplit les fonctions stratégiques d'allocation des ressources budgétaires et d'évaluation en matière de santé, de services sociaux et de santé publique (ENAP, 2011 et MSSS, 2009).

Pour ce qui est du palier régional, la région administrative est devenue le cadre de référence de l'organisation territoriale des services publics, autant dans le domaine de la santé que dans les autres domaines comme l'éducation, l'emploi, etc. Les limites des régions sociosanitaires du MSSS correspondent ainsi à celles des régions administratives, à quelques exceptions près. La mise en place des agences en 2005 est l'une des transformations majeures du système de santé québécois survenues au cours des dernières années. Au total, 15 agences de la santé et des services sociaux, un conseil régional, un centre régional et une régie régionale constituent aujourd'hui ce palier. Ces entités sont responsables de la planification régionale, de la gestion des ressources ainsi que de l'allocation budgétaire aux établissements. Elles fournissent également des services régionaux de santé publique (surveillance de l'état de santé, promotion, prévention, protection et santé au travail) (ENAP, 2011).

Le palier local est l'instance de regroupement des établissements, organismes et professionnels offrant des services directs à la population (voir figure 1). La création des RLS vise à faciliter l'intégration des services offerts aux citoyens sur un espace géographique. L'objectif de la réforme est de permettre une meilleure coordination des actions cliniques, notamment grâce à la hiérarchisation des services (première, deuxième et troisième lignes) et à la mise en place d'une approche dite « populationnelle ».

Figure 1 – Les acteurs impliqués dans le cadre d'un réseau local de services (RLS)



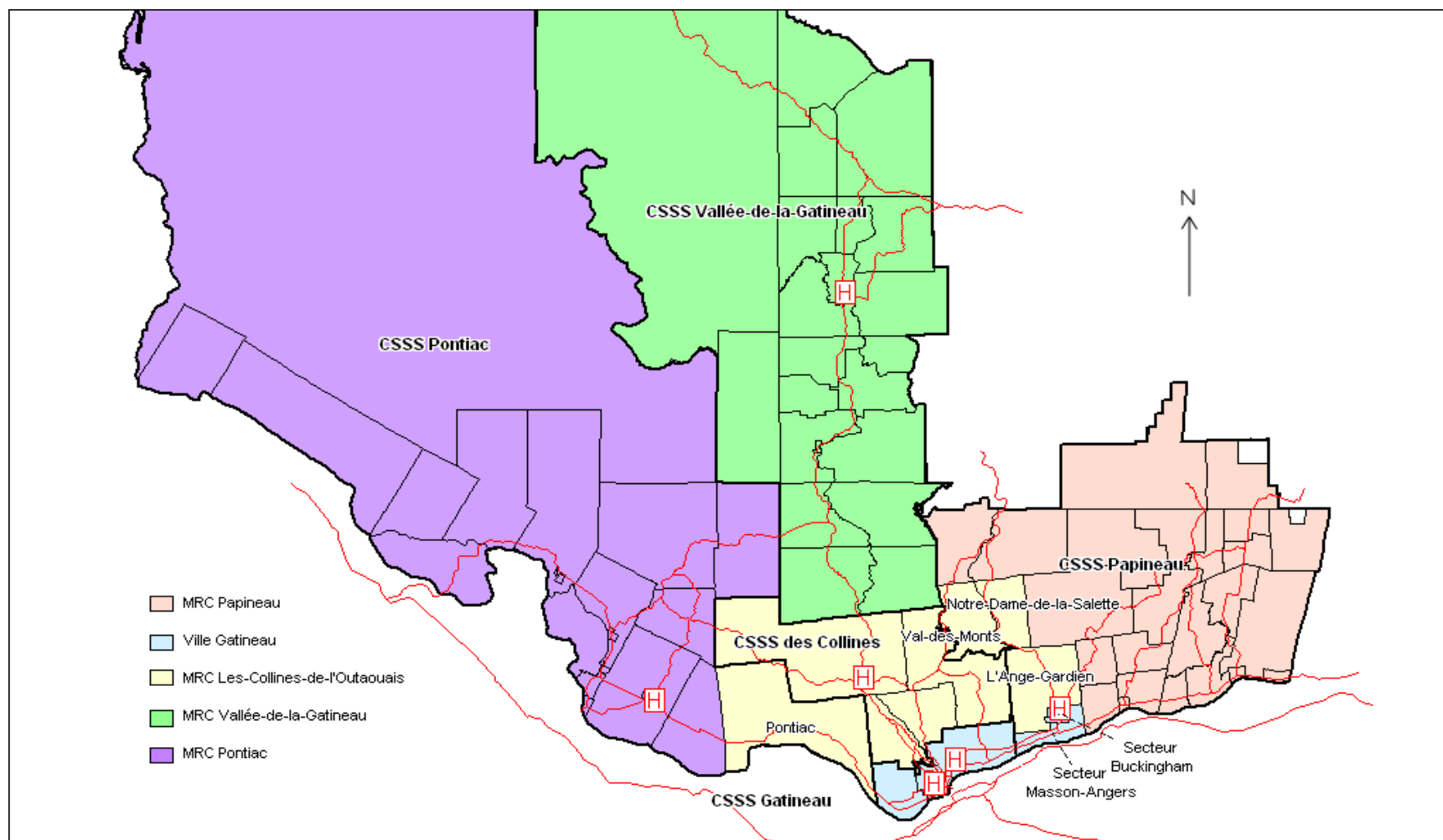
Source : ENAP, 2011, p. 12.

Au cœur de chaque RLS, on trouve un établissement appelé CSSS né de la fusion de CLSC, de CHSLD et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services, favorisant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de son territoire local. C'est donc sur cet établissement que repose essentiellement la mise en œuvre du principe de « responsabilité populationnelle » en matière de santé et de services sociaux. Le CSSS doit donc procéder, de concert avec les autres acteurs locaux (voir figure 1), à offrir un éventail de programmes et de services ayant ultimement pour but le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population (ENAP, 2011). Depuis le milieu des années 90, le MSSS tente d'arrimer le découpage territorial de son palier local (que ce soit les CLSC, auparavant, et désormais les RLS) au découpage des MRC. Dans l'ensemble de la province, cette démarche semble avoir porté ses fruits, mais comme nous le verrons un peu plus loin, elle n'a pas permis de réaliser un arrimage complet au sein de l'Outaouais (MSSS, 2011c).

L'organisation territoriale du réseau de la santé et des services sociaux fait alors écho aux trois paliers de gouvernance. Le ministère est responsable du palier central, c'est-à-dire de l'ensemble de la province. Pour ce qui est du palier régional, le territoire québécois est divisé par décrets gouvernementaux en 18 régions sociosanitaires. L'Outaouais constitue l'une de ces régions, couramment désignée comme étant la région 07. Pour ce qui est du palier local, le Québec est subdivisé en 95 réseaux locaux de services par décision administrative, dont le territoire est contenu à l'intérieur d'une région sociosanitaire (MSSS, 2007).

Le Québec compte également 166 territoires de CLSC répartis au sein des 95 RLS. Ce découpage est encore utilisé à des fins de présentations d'indicateurs ou autres statistiques et a donc été maintenu dans la plupart des systèmes d'information à toutes les échelles du réseau de la santé et des services sociaux. Au sein du ministère, c'est le Service du développement de l'information qui a la responsabilité de gérer le découpage géographique officiel des territoires du réseau de la santé (MSSS, 2007 et 2011a).

Figure 2 – Les RLS (CSSS, dont les limites sont présentées en traits noirs) et les MRC (représenté par les différentes couleurs) comme ils figurent après 2004



DÉCOUPAGE TERRITORIAL DES RLS (CSSS) ET CLSC DE L'OUTAOUAIS

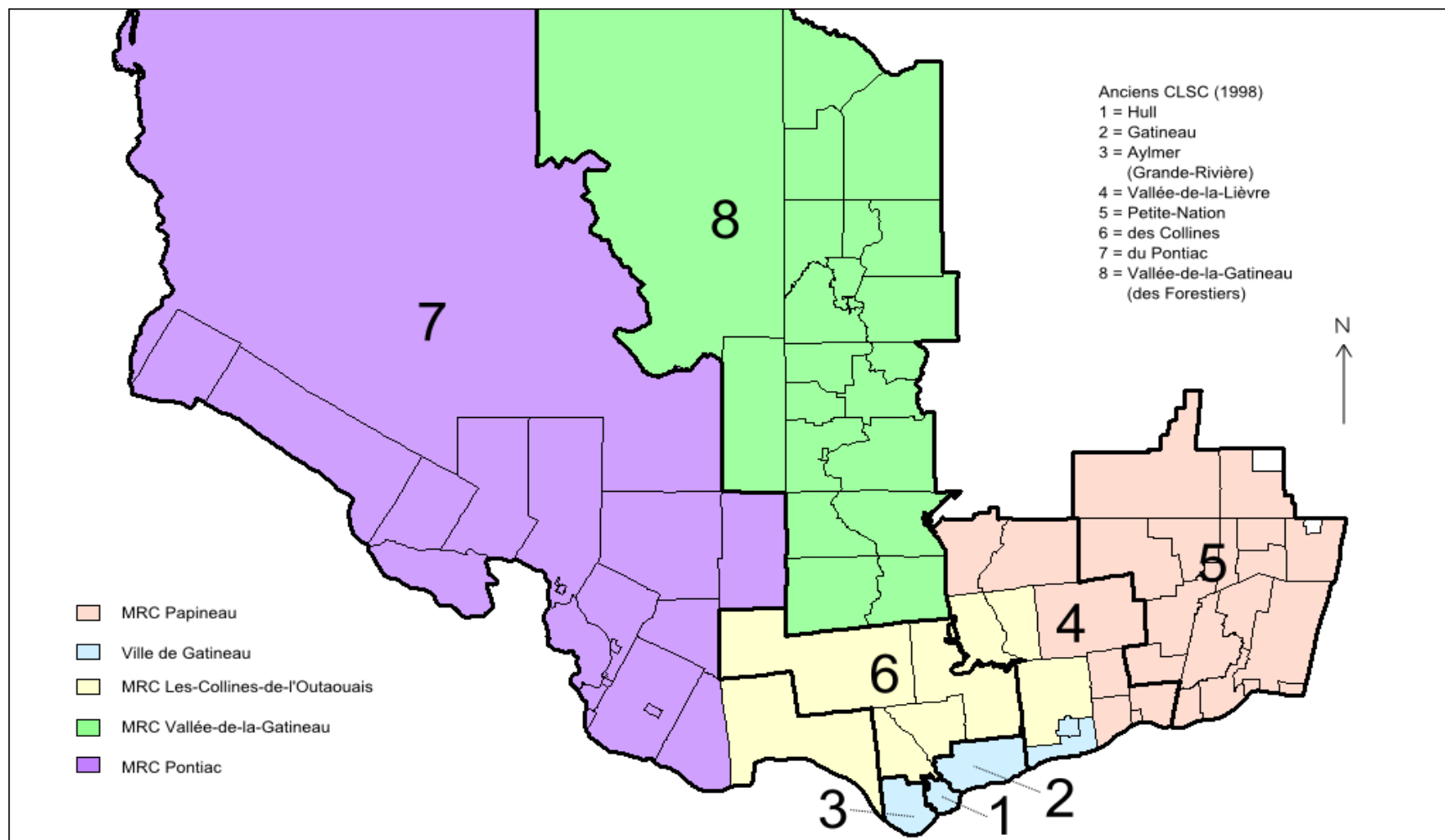
En Outaouais, on retrouve cinq territoires de RLS que sont, d'est en ouest, Papineau, Gatineau, des Collines, Vallée-de-la-Gatineau et Pontiac (voir figure 2). Tel qu'évoqué auparavant, ces réseaux locaux de services sont le fruit d'une fusion, en 2004, des territoires de CLSC existant depuis avril 1998. Le RLS de Gatineau est en fait le résultat de la fusion des trois anciens CLSC que sont Hull, Aylmer (Grande-Rivière) et Gatineau (voir figure 3, entités 1, 2 et 3). Pour sa part, le RLS de Papineau combine deux anciens territoires de CLSC, soit ceux de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation (figure 3, entités 4 et 5). Les trois autres RLS de la région équivalent exactement aux anciens districts de CLSC, soit des Collines (figure 3, entité 6), Pontiac (figure 3, entité 7) et Vallée-de-la-Gatineau (anciennement appelé Des Forestiers, figure 3, entité 8) (MSSS, 2011b et 2011c).

Tableau 1 : Adéquation entre les territoires du RLS (CSSS) et les MRC en Outaouais, 2011

Territoires du RLS	MRC ou équivalent	Municipalités/secteurs de ville en plus (+)	Municipalités/secteurs de ville en moins (-)
RLS Vallée-de-la-Gatineau	MRC Vallée-de-la-Gatineau	N. A.	N. A.
RLS Pontiac	MRC du Pontiac	Municipalité de Pontiac	N. A.
RLS des Collines	MRC Les-Collines-de-l'Outaouais	N. A.	Municipalité de Pontiac; une portion de la municipalité de Val-des-Monts; municipalité de Notre-Dame-de-la-Salette; municipalité de l'Ange-Gardien.
RLS Papineau	MRC de Papineau	Une portion de la municipalité de Val-des-Monts; municipalité de Notre-Dame-de-la-Salette; municipalité de l'Ange-Gardien; secteurs de Buckingham et Masson-Angers de la ville de Gatineau.	N. A.
RLS Gatineau	Ville de Gatineau	N. A.	Secteurs de Buckingham et Masson-Angers.

N. A. : Non applicable

Figure 3 – Les CLSC (dont les limites sont présentées en traits noirs) et les MRC (représenté par les différentes couleurs) comme ils figurent après 1998



Préalablement, le découpage des CLSC de 1998 fut le résultat de travaux relatifs au dossier sur la desserte de la population de la MRC Les Collines-de-l'Outaouais et à la création des territoires sociosanitaires de la région (Régie, 1997). Le conseil d'administration de la Régie régionale de l'époque a statué sur un nouveau découpage sociosanitaire qui a été entériné par les instances du MSSS (voir figure 3). Pour la première fois, le découpage des territoires sociosanitaires de la région concordait avec celui du Ministère, mais ne correspondait pas à celui des municipalités et des MRC, comme le préoyaient pourtant les principes adoptés par le MSSS au milieu des années 90 (MSSS, 2011c).

Comme le découpage des CLSC ne respectait pas les limites des MRC en 1998 (voir figure 3) et que la fusion de 2004 avait comme point de départ les limites des anciens districts de CLSC pour effectuer la mise en place des nouvelles entités que sont les RLS, il n'est pas surprenant qu'il n'y ait toujours pas d'adéquation entre les RLS et les MRC en 2011 (voir figure 2 ainsi que tableau 1). Au tableau 1, les territoires de RLS (CSSS) sont définis en ajoutant (3^e colonne) ou en excluant (4^e colonne) des municipalités ou des secteurs de ville des MRC correspondantes (2^e colonne). Cependant, il faut bien dire que le cas du réseau de la santé n'est pas unique, car le réseau de l'éducation et celui d'Emploi-Québec (les CLE), pour ne nommer que ceux-ci, n'ont pas non plus d'adéquation avec les MRC (MELS, 2010 et Trudeau, 2009, p. 2). Chacun de ces secteurs a un découpage qui lui est propre en fonction d'un parcours historique qui lui appartient au sein de la région. Il s'agit là d'un constat important : il existe des différences entre les découpages géographiques des principaux réseaux de services gouvernementaux dans la région de l'Outaouais.

Cette réalité n'est pas favorable à la concertation intersectorielle qui est nécessaire (et plus que jamais au XXI^e siècle) pour potentialiser les actions sur les déterminants majeurs de la santé et pour favoriser le développement optimal et durable des communautés. Comme plusieurs interventions en santé publique nécessitent ce genre d'approche, il faut garder en tête que plusieurs acteurs devront être interpellés, des acteurs qui ne partagent pas toujours une lecture semblable de plusieurs problématiques en raison de découpages géographiques différents (et donc de mesures statistiques différentes découlant de ces découpages).

Tout en étant conscients de cette situation, nous ne pouvons malheureusement qu'en faire l'observation. Il revient à chaque secteur de l'État québécois de produire des statistiques et des indicateurs permettant de suivre un certain nombre de phénomènes ou problématiques propres à son domaine. Afin de soutenir les RLS dans leur mandat en lien avec « l'approche populationnelle » (voir figure 1), nous présentons l'ensemble des indicateurs du Portrait de santé de l'Outaouais en fonction du découpage géographique de la santé (Trottier, 2010, Rochon, 2010, Fleuret et Philibert, 2006).

La disponibilité de données médico-administratives ou autres ayant conservé les limites territoriales des anciens districts de CLSC nous a également permis d'alimenter nos tableaux et graphiques d'information à cette échelle géographique. Les anciens CLSC correspondent à des sous-ensembles des territoires actuels de RLS (CSSS), ce qui nous permet de présenter des données pour des populations plus petites et plus homogènes en termes de sociodémographie, d'état de santé et de ses déterminants.

Il est important de garder en tête que l'ensemble des indicateurs du Portrait de santé de l'Outaouais est présenté à l'échelle des RLS (et CSSS) et des anciens CLSC, malgré le fait que l'indicateur documente une problématique ou un phénomène découlant d'un autre domaine (comme l'éducation, la sécurité civile ou autres juridictions). Il est toutefois possible de retrouver plusieurs compléments d'information sur le Web pour les commissions scolaires, Emploi-Québec, les MRC, la ville de Gatineau, etc. Nous demandons cependant au lecteur d'être très attentif et vigilant quant au fait que chacun des secteurs d'activité utilise un découpage géographique qui lui est propre, en particulier pour l'Outaouais.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *À la hauteur : Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada*, [En ligne], 2004, [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/meas-haut/mu_d-fra.php] (consulté le 28 février 2011).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas?*, [En ligne], 2003, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>] (consulté le 9 mars 2011).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada. Vieillir – ajouter de la vie aux années – Coup d'œil sur le rapport*, Ottawa, Ontario, 2010, n°. HP2- 10/1-2010F, 13 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, édition 2008, Ottawa, Ontario, n°. HP10-12/2008F, 336 p.

ANDERSON, R. N. et al. *Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: Preliminary estimates*, CDC, NCHS, National Vital Statistics Reports, 2001, 49 (2): 31 p.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. [En ligne], 2004, [<http://www.acsmmontreal.qc.ca/programmes>] (consulté le 13 mars 2011).

BEAUPRÉ, M. et coll., *Portrait du cancer au Québec, 2006*, Collection 38, Analyses et surveillance, Gouvernement du Québec, 2010.

BERNIER, N. F. *Les seuils de faible revenu (SFR) et les controverses sur la mesure de la pauvreté*, [En ligne], 2002, [<http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/SFR2002LaPresse.pdf>] (consulté le 14 mars 2011).

BERNIER, S., et D. BROCHU. *Usage du tabac*, Enquête sociale et de santé 1998, chapitre 3, Québec, ISQ, p. 99-115.

BORKOWSKI, L. *Preterm births and changing minds. Healthcare. Reproductive health*. [En ligne], 2000, [<http://thepumphandle.wordpress.com/2009/07/30/preterm-births-and-changing-minds>] (consulté le 20 mai 2010).

CAMIRAND, H., et NANHOU, V. *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Zoom Santé, 2008, 4 p.

CARUBA, A. *Demography decides everything. The Moral Liberal*, [En ligne], 2009, [<http://centerformoralliberalism.wordpress.com/2009/12/20/demography-decides-everything-caruba/>] (consulté le 23 février 2011).

CASELLI, G. *Démographie : Analyse et synthèse*, Les déterminants de la mortalité, Vol. 3, INED, 2002, 478 p.

COMITE DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010*, Toronto : Société canadienne du Cancer, 2010, 132 p.

COUSINEAU, Marie-Ève. *Par ici les fonctionnaires!*, L'Actualité, [En ligne], 2010, [<http://www.lactualite.com/societe/par-ici-les-fonctionnaires>] (consulté le 3 mars 2011).

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Le portrait de la population montréalaise*, 2010, 13 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL. *Nouvelles lignes directrices sur le gain de poids gestationnel – 2010*, Bulletin sur la nutrition périnatale, décembre : 1-5.

ÉCO-SANTÉ QUÉBEC. Proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, [En ligne], 2010, [<http://www.ecosante.fr/QUEBFRA/702020.html>] (consulté le 26 mars 2011).

FAGET, J. *Médiation et violence conjugale*, [En ligne], 2004, [<http://champpenal.revues.org/50#entries>] (consulté le 15 février 2011).

FLEURET, Sébastien, et M. PHILIBERT. *La création des réseaux locaux de service au Québec : quand le territoire devient un enjeu de santé*, ESO : travaux et documents, 2006, (24), p. 47-54.

GLUCKMAN P. D. et al. *Developmental origins of health and disease: reducing the burden of chronic disease in the next generation*, 2010, Genome Med 2: 14.

HAMILTON, B. E., J.A. MARTIN and S.J. VENTURA. *Births: Preliminary data for 2007. National Vital Statistics Reports*, 57, 2009, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. [En ligne], 2011, *Points saillants sur certains indicateurs de 2009-2010 relatifs à l'accouchement au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/quickstats_childbirth_2009_10_highlight_fr.pdf] (consulté le 22 février 2011).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Répercussions de la pauvreté sur la santé*, Aperçu de la recherche, 2003, 42 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Revenu personnel – Édition 2010*, Bulletin Flash, 2010, 8 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. [En ligne], 2006, [<http://www.inspq.qc.ca/santescopes/analyses.asp?NumVol=99&nav=N>] (consulté le 2 mars 2011).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gain pour tous... ou presque*, Direction recherche, formation et développement, gouvernement du Québec, 2009, 12 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes 1981-2008*, Direction de la recherche, formation et développement, gouvernement du Québec, 2010, 24 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 2009, 659 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*, [En ligne], 2007, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/734-SuicideQuebec2008.pdf>] (consulté le 23 mars 2011)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Surveillance des suicides au Québec : Les décès imputables aux suicides dans la population québécoise*, 2007, 50 p.

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être ?*, Direction planification, recherche et innovation, Unité connaissance-surveillance, 2004, 95 p.
- JENICEK, M., et R. CLÉROUX. *Épidémiologie : Principes, techniques et applications*, St-Hyacinthe : Edisem, 1982, 454 p.
- JOHANSSON, K. *Child Mortality During the Demographic Transition*. Department of Economic, History, Lund, 2004, Almqvist & Wiksell.
- KENDALL, P. R. W. *A review of infant mortality in British Columbia: Opportunities for prevention. A report of the national health officer*. Victoria, B.C: Ministry of Health Planning, 2003, 64 p.
- KRAMER, M. S. *Commentary: Maternal nutrition, body proportions at birth, and adult chronic disease*. International Journal of Epidemiology, 2004, 33:1-2.
- LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS. *Portrait du cancer au Québec, 2006*, collection Analyses et surveillance, 2010, 61 p.
- LALONDE, A. *Donner des chances aux femmes d'ici 2015*, 6^e sommet parlementaire mondial annuel – rapport de la conférence. Association canadienne des parlementaires pour la population et le développement, Ottawa, 10 et 11 juin, p. 17.
- L'OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE - ENAP. *L'ÉTAT QUÉBÉCOIS EN PERSPECTIVE : Le réseau de la santé et des services sociaux*, Québec, 2011, Les publications du Québec.
- MARTEL, Sylvie, et R. BOURBEAU. *Compression de la mortalité et rectangularisation de la courbe de survie au Québec au cours du XX^e siècle*, Cahiers québécois de démographie, 2003, 32 (1) : 43-76.
- MATHERS, C. *Health expectancies in Australia 1981 and 1998*, Australian Institute of Health, Canberra, Australian Government Publishing Service, 2003, 117 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *INFO - M34 : Bulletin d'information sur le découpage territorial du MSSS*, 2007, Québec, MSSS, SDI.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Recommandations pour la gestion des données territoriales*, 2011a, Québec, MSSS, SDI.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Regards sur le système de santé et des services sociaux du Québec*, 2009, Québec, MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Revue des événements affectant les découpages territoriaux du MSSS depuis l'an 2000*, 2011b, Québec, MSSS, SDI.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Revue des événements affectant les découpages territoriaux du MSSS (avant 2000)*, 2011c, Québec, MSSS, SDI.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Dictionnaire des données. Banque de données « Fichier des naissances vivantes » (K29)*, Québec, MSSS 1997, (produit électronique).

- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *La criminalité au Québec. Statistiques 2003*, Québec, ministère de la Sécurité publique, direction de la Prévention et de la Lutte contre la criminalité, 2004, 81 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *CARTEditoriale, système de diffusion de données géographiques*, [En ligne], 2010, [<http://www.mels.gouv.qc.ca/carteditoriale/>] (consulté le 31 mai 2011).
- MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE. *Orientations stratégiques du Québec en matière d'aires protégées*. Le Québec voit grand 2011-2015. Gouvernement du Québec, 2004, 8 p.
- MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, DE L'INNOVATION ET DE L'EXPORTATION. *Portrait socioéconomique des régions du Québec*, Édition 2010. Gouvernement du Québec, 102 p.
- MORISSETTE R., Y. OSTROVSKY. et G. PICOT. *Tendances des salaires relatifs des personnes très scolarisées dans une économie du savoir*. Statistique Canada, 2004, Direction des études analytiques, Document de recherche no 232, n° au catalogue 11F0019MIF2004232.
- MURRAY, J.L. et al. « Health Gaps: An Overview and Critical Appraisal », *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, J.L. Murray et al. (ed.), 2004, Genève, WHO, p. 233-244.
- NOLTE, E., et M. MCKEE. *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*, London, 2004, The Nuffield Trust, 139 p.
- OHLSSON, A., et P. SHAH. *Determinants and prevention of low birth weight: A synopsis of the evidence*, The Institute of Health Economics, 2008, 271 p.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Éco-Santé*, OCDE, 2005 (produit électronique).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième version, Volume 1, Genève, 1993, 1335 p.
- OUIMET, M. Oh, *Canada! La baisse de la criminalité au Canada et aux États-Unis entre 1991 et 2002*. Champ Pénal : Nouvelle revue française de criminologie, volume 1, printemps 2004.
- PAGEAU, M. et coll. *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, Québec, INSPQ, 2001, page 348.
- PAQUETTE, L. et coll. *Proposition pour l'analyse des séries temporelles des données de mortalité selon la cause au Québec à la suite de l'adoption de la 10e Révision de la Classification internationale des Maladies*. Direction planification, recherche et innovation, gouvernement du Québec, 2004, 40 p.
- PRESSAT, R. « La table de mortalité », *Manuel d'analyse de la mortalité*, R. Pressat (sous la direction de), Paris, INED, OMS, 1985, p. 31-46.
- PURSHOUSE, R. C. et al. *Estimated effect of alcohol pricing policy on health and health economic outcomes in England: A epidemiological model* 375: 1355-1364, 2010.

- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS. *Le portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC*. Direction de santé publique, 2002, 212 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS. *Situation particulière de la MRC les Collines de l'Outaouais pour l'organisation des soins de santé et des services sociaux*, 1997, Québec.
- RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA et coll. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada*, n°. HS1-7/2008F, Rapport du gouvernement du Canada, 2008, 74 p.
- ROCHON, Jean. *Système de santé et territoire - De la réalité du territoire*, 2010, Infolettre, 7 (1), p. 8-9.
- ROWLAND, D.T. *Demographic Methods and Concepts*, Oxford University Press, 2003, 546 p.
- SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, 2003, Santé Canada, 43 p.
- STATISTIQUE CANADA. [En ligne], 2006, [http://www41.statcan.gc.ca/2007/40000/ceb40000_000-fra.htm] (consulté le 27 janvier 2011).
- STATISTIQUE CANADA. « *L'éducation au Canada : viser plus haut* », Recensement de 2001 : série « analyses », 2003e, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 96F0030XIF2001012, 65 p.
- STATISTIQUE CANADA. « *Où travaillent les Canadiens et comment s'y rendent-ils?* », Recensement de 2001 : série « analyses », 2003c, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 96F0030XIF2001010, 40 p.
- STATISTIQUE CANADA. « *Profil des langues au Canada : l'anglais, le français et bien d'autres langues* », Recensement de 2001 : série « analyses », produit n 96F0030XIF2001005 au catalogue de Statistique Canada, 2002a, Ottawa, Ontario, 42 p.
- STATISTIQUE CANADA. *Années potentielles de vie perdues de 25 à 74 ans chez les Indiens inscrits, 1991 à 2001*, 2011, Rapports sur la santé 22 (1) : 1-14.
- STATISTIQUE CANADA. *Bien-être économique*. Composante du produit no 89-503-X au catalogue de Statistique Canada, Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe, ministre de l'Industrie, 2010, 34 p.
- STATISTIQUE CANADA. *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada*, 2005b, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 84-548, 61 p.
- STATISTIQUE CANADA. *Dictionnaire du recensement de 2001*, Statistique Canada, catalogue 92-378, 2002c, Ottawa, 487 p.
- STATISTIQUE CANADA. *Dictionnaire du Recensement de 2006*, produit n 92-566-XWF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, document électronique accessible à : [<http://www12.statcan.gc.ca/francais/census06/reference/dictionary/index.cfm>] (site consulté le 3 novembre 2009).

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 3.1, Questionnaire final*, 2006, Ottawa, Statistique Canada, 302 p. Accessible en ligne : [\[www.statcan.ca\]](http://www.statcan.ca).

STATISTIQUE CANADA. *Le recensement de 2001 en bref*, produit n 92-379 au catalogue de Statistique Canada, 2002b, Ottawa, Ontario, 175 p.

STATISTIQUE CANADA. *Les seuils de faible revenu de 2004 et les mesures de faible revenu de 2002*, Série de documents de recherche – Revenu, produit no 75F0002MIF au catalogue de Statistique Canada, 2005a, Ottawa, Ontario, 35 p.

STATISTIQUE CANADA. *Méthodes et pratiques d'enquête*. Division des méthodes d'enquêtes sociales, 2003d, Statistique Canada, no 12-587-XPf, 422 p.

STATISTIQUE CANADA. *Modifications apportées aux concepts relatifs à la famille pour le recensement de 2001*, 2003a, Ottawa, Statistique Canada, 2 p.

STATISTIQUE CANADA. *Recensement Canada 2001*, Tableaux thématiques no 97F0004XCB0104 au catalogue de Statistique Canada, 2003b, Ottawa, Ontario (produit électronique).

STATISTIQUE CANADA. *Régions sociosanitaires 2007: limites et correspondance avec la géographie du recensement*, 2007, Ottawa.

SULLIVAN, D.F. « A Single Index of Mortality and Morbidity », *Health Services and Mental Health Administration Health Reports*, vol. 86, n° 4, 1971, p. 347-354.

THOUMSIN, H. *La prévention de la prématurité à l'aube du XXIème siècle*. In Handicap mental : prévention et accueil (P. Jonckheere et coll.), De Boeck, 2007, 336 p.

TROTTIER, Louise-Hélène. *Le territoire des CSSS, la responsabilité populationnelle et la gouvernance locale*, 2010, Infolettre, 7 (1), p. 2-7.

TRUDEAU, Christian. *Situation des jeunes de moins de 25 ans en Outaouais : Données par territoire de CLE*. Gatineau, 2009, Direction régionale d'Emploi-Québec Outaouais.

VAN DE WALLE, E. « *The IFORD surveys* », Measurement and Analysis of Mortality : New Approaches, J. Vallin, S. D'Souza et A. Palloni (sous la direction de), 1990, p. 35-47.

VILLE DE MONTRÉAL. Règlement 03-096, Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements, [En ligne], 2003, [\[http://ville.montreal.qc.ca/sel/sypre-consultation/afficherpdf?idDoc=1038&typeDoc=1\]](http://ville.montreal.qc.ca/sel/sypre-consultation/afficherpdf?idDoc=1038&typeDoc=1) (consulté le 4 mars 2011).

WILKINS, R., G.J. SHERMAN et P.A.F. BEST. « Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986 », *Rapports sur la santé*, vol. 3, n° 1, 1993, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-003, p. 7-31.

Portrait de santé de la population de l'Outaouais 2011

Rapport de la directrice de santé publique

Ce document est disponible en format électronique (PDF) sur le site Web
de la Direction de santé publique

www.santepublique-outaouais.qc.ca

**Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Outaouais**

Québec



Direction de santé publique

Direction de santé publique de l'Outaouais

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

104, rue Lois, Gatineau (Québec) J8Y 3R7

Téléphone : 819 776-7660