

PORTRAIT SOMMAIRE DE SANTÉ DE LA POPULATION RÉGION DE L'OUTAOUAIS PÉRIODE PRÉPANDÉMIQUE



Source : Photo libre de droit montrant la rivière des Outaouais dans la MRC de Pontiac

Direction de santé publique

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais

Québec 

PUBLICATION

Le présent document est disponible en version électronique, sous l'onglet Santé publique/Santé mieux-être/La santé de ma région à l'adresse : <http://cisss-outaouais.gouv.qc.ca>

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024.
ISBN : 978-2-550-97436-9 (PDF)

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.
Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielle, sont interdites sans l'autorisation au préalable du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciale, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2024

Citation suggérée :

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. Portrait sommaire de santé de la population de la région de l'Outaouais. Période prépandémique. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Outaouais, 2024

La Direction de santé publique (DSPu) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISS) de l'Outaouais reconnaît qu'elle est située sur des territoires traditionnels non cédés de la nation algonquine Anishinabeg.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce portrait de santé. Nous tenons également à souligner la collaboration de madame Nathalie Gravel, coordonnatrice, analyste en géomatique, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), pour sa participation aux travaux de cartographie.

COORDINATION

Jeanne Françoise Kayibanda, conseillère-cadre en épidémiologie

VALIDATION ET ANALYSE DES DONNÉES

Jacques Marleau, agent de planification, de programmation et de recherche

Marino Arias, agent de planification, de programmation et de recherche

Philippe Garvie, agent de planification, de programmation et de recherche

Ursila Manga, agente de planification, de programmation et de recherche

RÉDACTION

Christelle Aicha Kom Mogto, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Éléna Lévesque, conseillère en soins infirmiers, Direction adjointe vaccination, dépistage et autres services ambulatoires

Jacques Marleau, agent de planification, de programmation et de recherche

COLLABORATION

Anne-Martine Lafaille, conseillère-cadre spécialisée en programmation de santé publique

Marcella Kafka, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

CARTOGRAPHIE

Marc-Antoine Tutt-Guérette, agent de planification, de programmation et de recherche

Philippe Garvie, agent de planification, de programmation et de recherche

Ursila Manga, agente de planification, de programmation et de recherche

RELECTURE

Brigitte Pinard, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
et directrice de santé publique

Camille Paquette, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Sylvie Lafontaine, directrice adjointe de santé publique

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Alexanne Paré, technicienne en administration

Karine Lafrenière, technicienne en administration

Sophie Mougeot, agente administrative

Suzanne Gagnon, agente administrative

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | INTRODUCTION | 8 |
| 2. | LES FAITS SAILLANTS | 10 |
| 3. | ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE L'OUTAOUAIS ET SES DÉTERMINANTS..... | 12 |
| 3.1 | DÉMOGRAPHIE | 12 |
| 3.2 | INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES | 18 |
| 3.3 | ÉTAT DE SANTÉ | 21 |
| 4. | ÉTAT DE SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS SELON LES CATÉGORIES D'ÂGE | 25 |
| 4.1 | LES TOUT-PETITS ET LES JEUNES | 25 |
| 4.2 | LES ADOLESCENTS | 31 |
| 4.3 | LES ADULTES | 33 |
| 4.4 | LES PERSONNES ÂGÉES | 40 |
| 5. | DISCUSSION ET CONCLUSION..... | 43 |
| 6. | LIMITES DES DONNÉES..... | 45 |
| 7. | SOURCES DES DONNÉES..... | 46 |
| 8. | RÉFÉRENCES..... | 47 |
| 9. | DESCRIPTION DES INDICATEURS | 48 |
| 10. | ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DES ANALYSES..... | 56 |

LISTE DES FIGURES

| | | |
|------------|---|----|
| Figure 1: | Estimation et projection de la population | 12 |
| Figure 2: | Estimation et projection de la population de la région de l’Outaouais et de ses RLS | 12 |
| Figure 3: | Variation (%) de la croissance populationnelle | 13 |
| Figure 4 : | Estimation et projection de la proportion de la population âgée de 17 ans et moins | 14 |
| Figure 5 : | Estimation et projection de la proportion de la population âgée de 18 à 64 ans | 14 |
| Figure 6: | Estimation et projection de la proportion de la population âgée de 65 ans et plus | 15 |
| Figure 7: | Proportion de la population issue de l’immigration* | 16 |
| Figure 8: | Proportion de la population s’exprimant en anglais le plus souvent à la maison | 16 |
| Figure 9: | Nombre de personnes affiliées aux communautés de Kitigan Zibi Anishinabeg et Algonquins of Barriere Lake (Algonquins du Lac Barrière) | 16 |
| Figure 10: | Proportion de la population de 25 à 64 ans sans diplôme d’études secondaires | 18 |
| Figure 11: | Revenu moyen avant impôt* en 2015..... | 18 |
| Figure 12: | Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu avant impôt en 2015 | 19 |
| Figure 13: | Proportion de la population se percevant pauvre ou très pauvre | 19 |
| Figure 14: | Proportion de la population ayant des limitations d’activités..... | 21 |
| Figure 15: | Proportion de la population rapportant avoir un diagnostic de maladie chronique..... | 21 |
| Figure 16 | Taux ajusté d’hospitalisation pour soins physiques de courte durée (taux par 10 000) | 22 |
| Figure 17: | Espérance de vie à la naissance..... | 23 |
| Figure 18: | Taux ajusté des années potentielles de vie perdues à 75 ans..... | 23 |
| Figure 19: | Répartition de la proportion des décès selon la cause..... | 24 |
| Figure 20: | Proportion des naissances vivantes de faible poids et prématurées | 25 |
| Figure 21: | Couverture vaccinale complète à l’âge de 3 mois | 26 |
| Figure 22: | Couverture vaccinale complète à l’âge de 15 à 24 mois | 26 |
| Figure 23: | Couverture vaccinale complète à l’âge de 3 ans | 27 |
| Figure 24: | Couvertures vaccinales des élèves de la 4e année primaire contre les virus du papillome humain (VPH) et contre l’hépatite B | 28 |
| Figure 25: | Proportion d’enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement | 28 |
| Figure 26: | Proportion d’enfants vulnérables dans au moins deux domaines de développement | 29 |
| Figure 27: | Proportion d’enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement et dans chacun des domaines de développement, Outaouais..... | 30 |
| Figure 28: | Proportion des jeunes du secondaire selon certaines habitudes de vie et certains indicateurs psychosociaux..... | 31 |
| Figure 29: | Proportion d’adultes âgés de 18 à 64 ans selon la perception de l’état de santé et le surplus de poids | 33 |
| Figure 30: | Proportion de la population âgée de 18 à 64 ans rapportant avoir reçu un diagnostic de maladie chronique..... | 34 |
| Figure 31: | Proportion de la population âgée de 18 à 64 ans rapportant avoir reçu un diagnostic de maladie chronique selon les groupes d’âge en Outaouais..... | 35 |
| Figure 32: | Proportion d’adultes âgés de 18 à 64 ans selon la perception de l’état de santé mentale et la détresse psychologique vécue | 36 |
| Figure 33: | Proportion de travailleurs de 20 à 64 ans selon la détresse psychologique et l’exposition au harcèlement psychologique..... | 36 |
| Figure 34: | Évolution de l’incidence cumulative des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les adultes de 18 à 64 ans | 37 |
| Figure 35: | Incidence cumulative des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les adultes de 18 à 64 ans..... | 37 |

Figure 36: Proportion d'adultes âgés de 18 à 64 ans selon certaines habitudes de vie39

Figure 37: Proportion d'adultes âgés de 65 ans et plus selon certains indicateurs de l'état de santé40

Figure 38: Proportion d'adultes âgés de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie
chronique.....41

Figure 39: Proportion d'adultes âgés de 65 ans et plus ayant rapporté certaines habitudes de vie42

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|-------------|---|
| APVP | Années potentielles de vie perdues |
| BDCP | Base de données sur les congés des patients |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CLSC | Centres locaux de services communautaires |
| CV | Couverture vaccinale |
| DSPu | Direction de santé publique |
| ESCC | Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes |
| ESSOR | Enquête sociale et de santé outaouaise régionale |
| EQDEM | Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle |
| EQSJS | Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire |
| EQSP | Enquête québécoise sur la santé de la population |
| INFO-POP 07 | Bulletins de surveillance de données populationnelles |
| INSPQ | Institut national de santé publique |
| ISQ | Institut de la statistique du Québec |
| ITSS | Infection transmissible sexuellement et par le sang |
| MADO | Maladies à déclaration obligatoire |
| MED-ÉCHO | Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| MPOC | Maladie pulmonaire obstructive chronique |
| PISP | Portail de l'Infocentre de santé publique |
| PNS | Plan national de surveillance |
| RED | Registre des événements démographiques |
| RLS | Réseau local de services |
| SI-GMI | Système d'information de gestion des maladies infectieuses |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| VPH | Virus du papillome humain |

1. INTRODUCTION

La Direction de santé publique vise à maintenir et à améliorer la santé¹ de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé. Pour ce faire, il importe de développer une connaissance de la population et de ses besoins en matière de santé. Les activités de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants apportent des informations qui permettent aux communautés, aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux partenaires intersectoriels de mieux comprendre les réalités du terrain et les différents besoins. Cette compréhension contribue à favoriser une action en amont des problèmes de santé.

Le but du présent portrait est de mettre en évidence de manière succincte des éléments clés disponibles concernant l'état de santé de la population de l'Outaouais et de ses déterminants. Il permet également d'apprécier si la région de l'Outaouais se distingue de la province du Québec sur certains aspects. Le portrait régional s'inscrit en complémentarité aux portraits de santé de chacun des 5 réseaux locaux de services (RLS) de la région de l'Outaouais (1-5). Il importe de savoir que les données présentées datent de la période allant de 2008 à 2020 et qu'elles proviennent d'enquêtes réalisées dans la population ainsi que de registres médico-administratifs. Les données d'estimations et de projections couvrent la période de 2019 à 2036. Ainsi, il convient de souligner que le portrait dressé ne renseigne pas sur les impacts de la pandémie de la COVID-19 sur l'état de santé de la population et de ses déterminants. Néanmoins, il apporte un éclairage sur la situation d'avant la crise sanitaire qui a débuté en 2020.

Lors de la lecture du portrait, il est nécessaire de garder en tête le découpage territorial de la région de l'Outaouais. Au point de vue municipal, cette région est découpée en quatre municipalités régionales de comté (MRC) et une ville, tandis qu'au point de vue de la structure du réseau de la santé et des services sociaux, elle est divisée en cinq RLS. Ces deux découpages ne sont pas identiques. Le découpage concerné par le présent portrait est celui du réseau de la santé et des services sociaux.

Afin d'alléger la lecture, le RLS de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation sera désigné par le terme RLS de Papineau et celui de Grande-Rivière-Hull-Gatineau par le terme du RLS de Gatineau dans le reste du document.

Dans ce portrait, sont d'abord mis en évidence des indicateurs sur l'état de santé et de ses déterminants pour l'ensemble de la population. En second lieu sont présentés des indicateurs selon les catégories d'âge: les tout-petits et les jeunes, les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Par la suite, une discussion portant sur les constats est proposée afin d'aider le lecteur à mieux comprendre les besoins de santé de la population de la région de l'Outaouais. Les limites des données sont ensuite présentées. Le document se termine avec la liste des sources des données utilisées, les références, la description des indicateurs présentés dans ce portrait ainsi que certaines informations quant aux aspects méthodologiques des analyses.

¹ La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ([Organisation mondiale de la Santé](#)).

Notes méthodologiques

- Les nombres, les proportions et les taux présentés dans le texte ont été arrondis à l'unité.
- Des tests statistiques ont été utilisés pour comparer les résultats des indicateurs entre les entités géographiques (RLS vs région de l'Outaouais, Outaouais vs l'ensemble ou reste du Québec) ou les cycles d'enquête, sauf pour ceux provenant du recensement.
- L'emploi du terme « significativement » ou des symboles (+) et (-) indique une différence statistiquement significative au seuil de 5 % entre les proportions/pourcentages ou les taux des différents territoires (province du Québec, région de l'Outaouais, RLS de l'Outaouais), sauf pour les figures 25, 26 et 27 pour lesquelles la comparaison concerne les deux cycles de l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (2012 et 2017).

2. LES FAITS SAILLANTS

Ce portrait vise à tracer les grandes lignes de l'état de santé et de ses déterminants pour la population de la région de l'Outaouais pour la période prépandémique. Les indicateurs présentés ont permis de faire un survol des caractéristiques démographiques, socioéconomiques et de santé de la population de ce territoire. En somme, la région de l'Outaouais présente, entre autres :

- Une population en croissance et plus jeune que celle de l'ensemble du Québec ;
- Une population anglophone plus importante en proportion que dans l'ensemble du Québec ;
- Deux communautés autochtones qui font partie de la Nation algonquine ;
- Une proportion d'adultes sans diplôme d'études secondaires plus élevée que celle de l'ensemble du Québec ;
- Des résidents qui avaient en 2015 un revenu moyen avant impôt supérieur à celui de l'ensemble du Québec de même qu'une proportion inférieure de la population vivant sous le seuil de faible revenu ;
- Une population avec une espérance de vie moins élevée que celle de l'ensemble du Québec ;
- Des enfants plus nombreux en proportion à présenter des facteurs de vulnérabilité pour leur développement par rapport à ceux de l'ensemble du Québec ;
- Une population d'adultes et d'aînés ayant des habitudes de vie à modifier, dont le tabagisme, et la sédentarité, afin d'améliorer la santé des adultes et des aînés de la région de l'Outaouais.

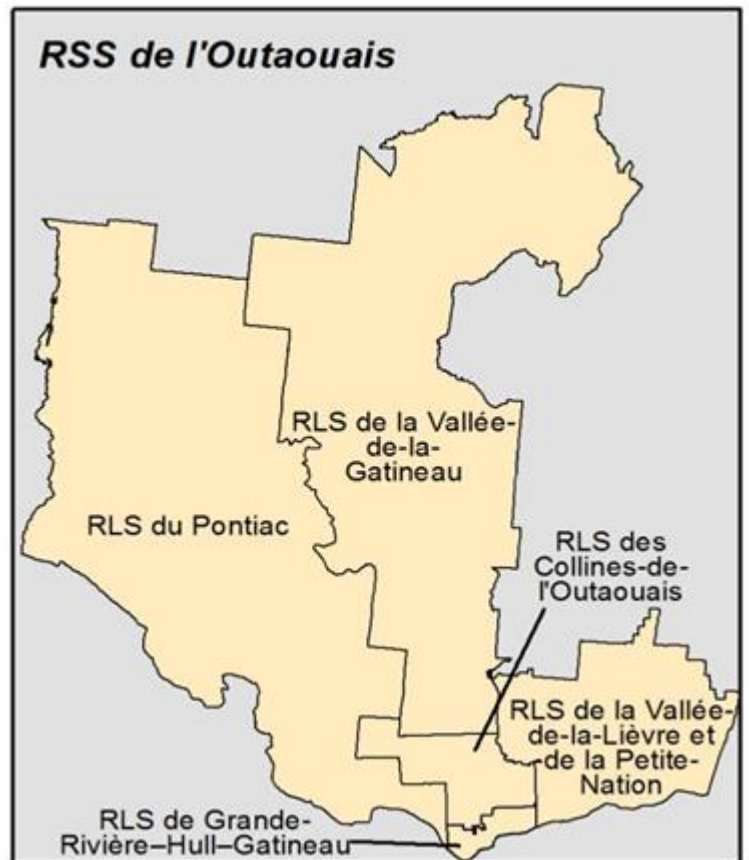
Ce portrait, en plus de soutenir la planification des services de santé et des services sociaux, devrait permettre d'orienter les actions intersectorielles et communautaires pour agir sur les déterminants de la santé.

Les priorités d'action des prochaines années devront viser, entre autres, à favoriser le vieillissement en santé de nos aînés, à réduire la vulnérabilité de nos jeunes enfants, à bâtir la sécurité alimentaire, à augmenter l'accès à des logements salubres et abordables et à faciliter l'adaptation aux changements climatiques. Ces actions devront être menées de façon concertée et complémentaire par divers partenaires provenant de tous les secteurs de la société. Une telle approche collaborative est nécessaire pour améliorer durablement les conditions de vie, favoriser la santé et réduire les inégalités sociales de santé de nos communautés.

Cartes 1 et 2 : Cartes illustrant la localisation géographique de la région de l’Outaouais et de ses RLS



Source : <https://statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/07>



3. ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE L'OUTAOUAIS ET SES DÉTERMINANTS

Dans cette section, les résultats présentés permettent d'apprécier, de manière quantitative, la structure de la population de la région et ses dynamiques à travers différentes composantes. Par exemple, l'estimation de la population et sa croissance, l'immigration, la langue parlée à la maison et le revenu. Les résultats présentés permettent aussi de prendre connaissance des indicateurs de santé de la population tels que l'espérance de vie, les principales causes de décès ainsi que les taux d'hospitalisation. Les indicateurs décrits dans cette sous-section proviennent essentiellement des données d'estimation et de projection produites par l'Institut de la statistique du Québec (2022), du recensement de la population canadienne (2016), du fichier de maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière de 2014 à 2019, ainsi que celles du registre des événements démographiques (2008 et 2012).

3.1 DÉMOGRAPHIE

Figure 1: Estimation et projection de la population

Source : Estimations et projections démographiques, 2022

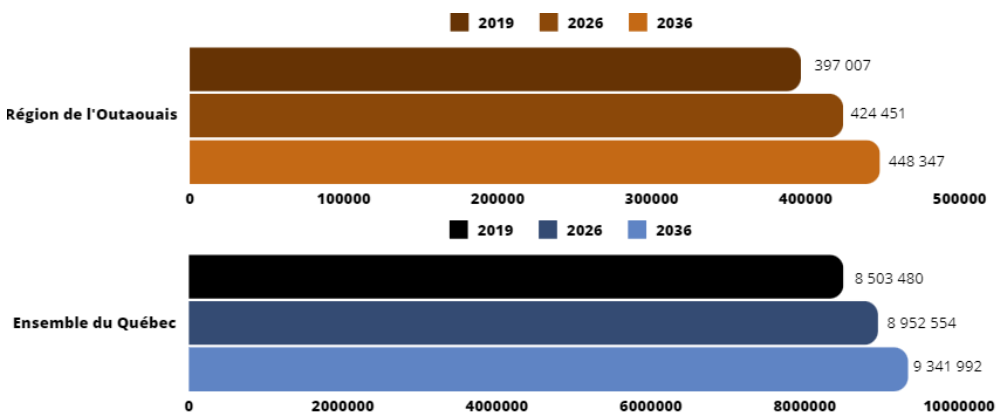


Figure 2: Estimation et projection de la population de la région de l'Outaouais et de ses RLS

Source : Estimations et projections démographiques, 2022

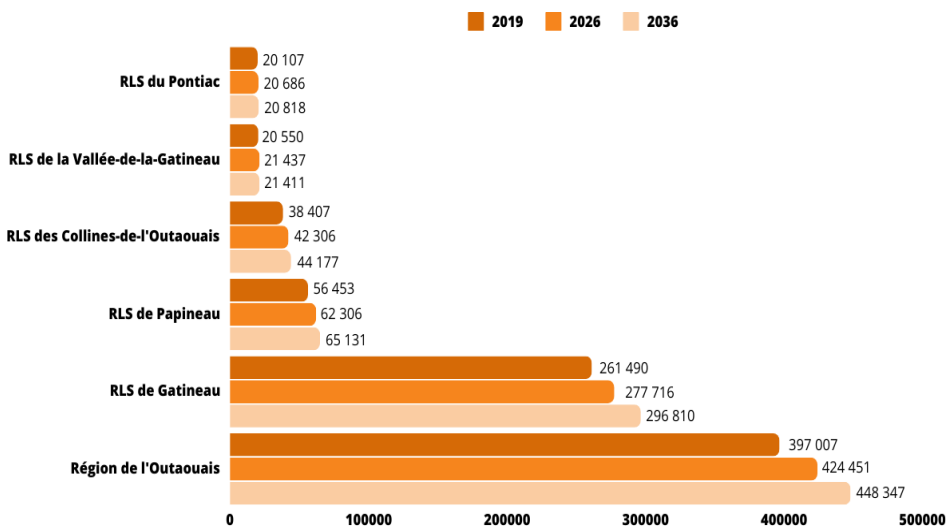
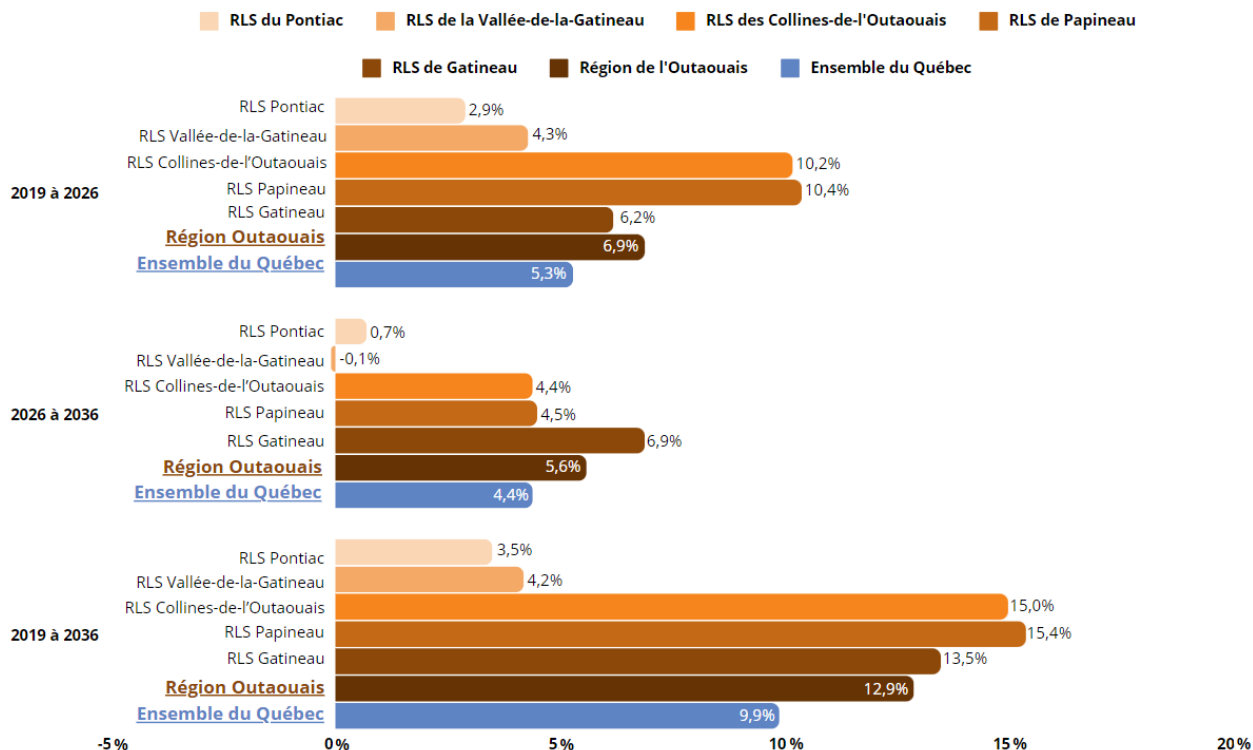


Figure 3: Variation (%) de la croissance populationnelle

Source : Estimations et projections démographiques, 2022



Une croissance de la population supérieure à celle du Québec

Avant le début de la pandémie de la COVID-19, la population totale de la région de l'Outaouais comptait près de 397 200 personnes en 2019 (Figure 1) selon les données de projection de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)². Cela équivalait à près de 5 % de la population de la province du Québec et cette proportion devrait augmenter légèrement d'ici 2036. La population est surtout concentrée dans le RLS de Gatineau, qui représente près de 66 % des habitants de la région.

Le taux d'accroissement de la population, observé entre 2011 et 2016, est plus élevé en Outaouais qu'au Québec, en particulier pour les territoires urbains et périurbains de la région (Recensement 2016). Il est plus faible dans certains territoires ruraux, dont les RLS du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau. Comme le montrent les données de la figure 3, les plus fortes croissances sont prévues, entre 2019 et 2036, dans les RLS des Collines-de-l'Outaouais (15 %), de Papineau (15 %) et de Gatineau (14 %). Une croissance populationnelle d'environ 4 % est anticipée pour les RLS de la Vallée-de-la-Gatineau et du Pontiac.

² <https://statistique.quebec.ca/fr/document/projections-de-population-le-quebec>

Figure 4 : Estimation et projection de la proportion de la population âgée de 17 ans et moins

Source : Estimations et projections démographiques, 2022

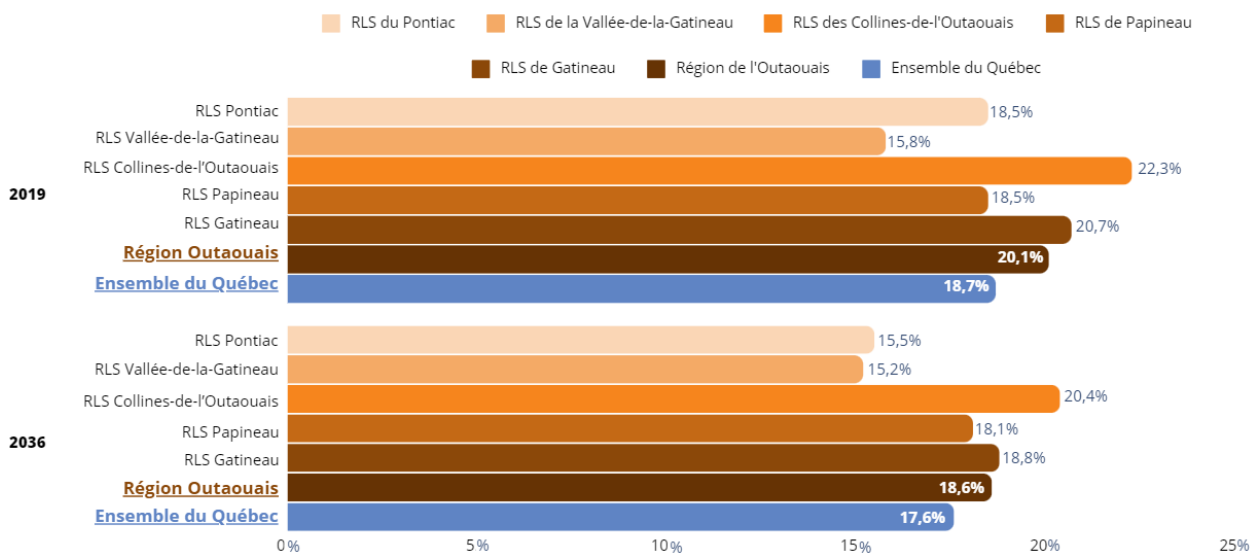


Figure 5 : Estimation et projection de la proportion de la population âgée de 18 à 64 ans

Source : Estimations et projections démographiques, 2022

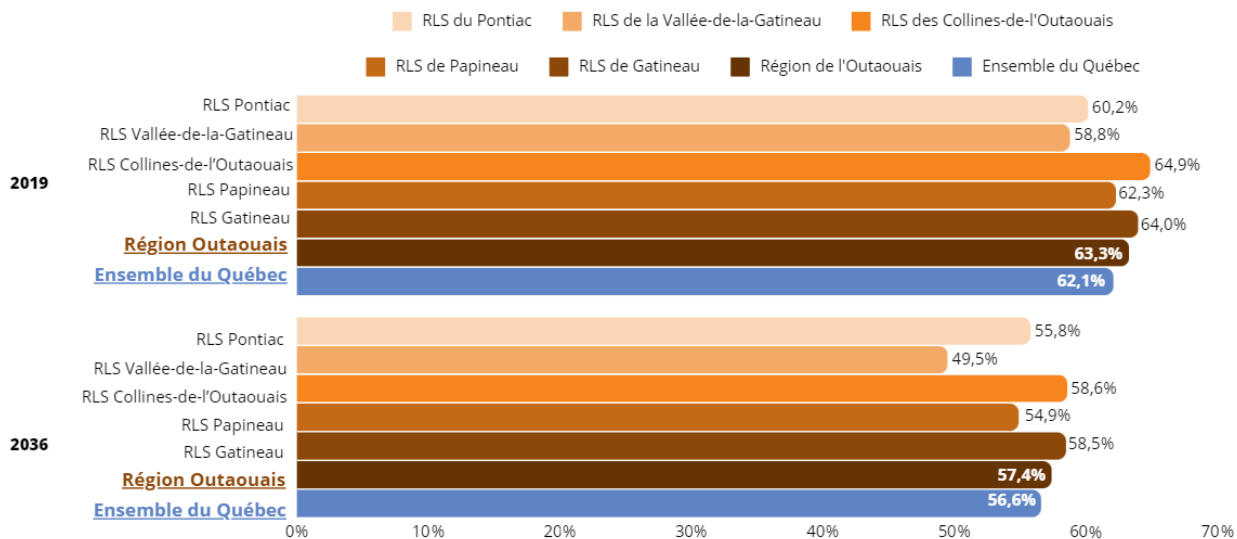
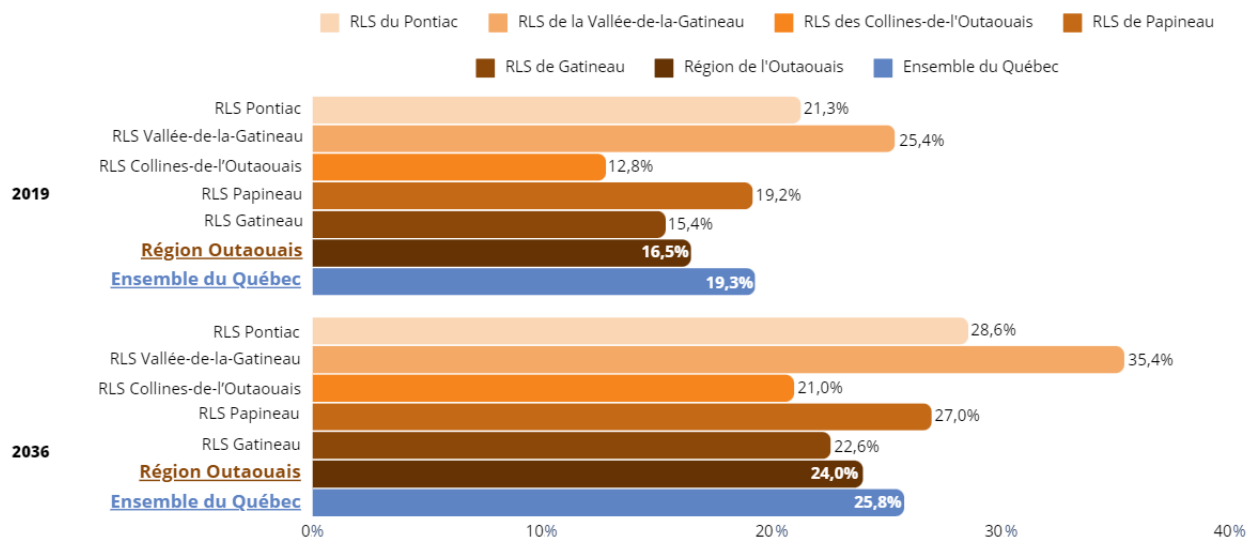


Figure 6: Estimation et projection de la proportion de la population âgée de 65 ans et plus

Source : Estimations et projections démographiques, 2022

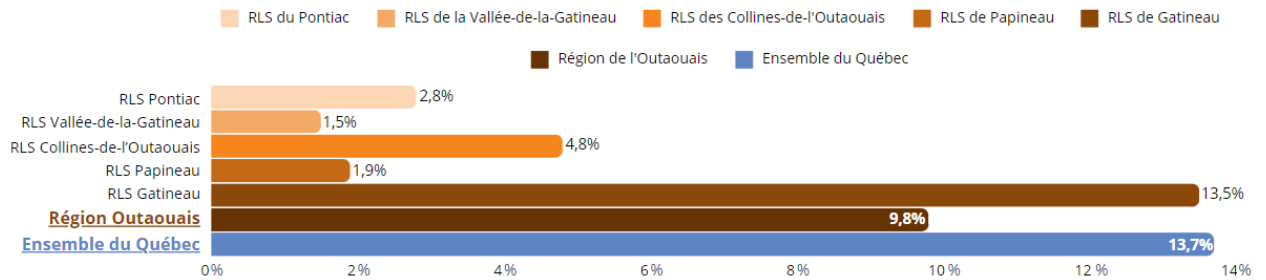


Proportion d'ânés plus importante en 2036 qu'en 2019

Au niveau de la structure d'âge, les données de 2019 révélaiet que la population de l'Outaouais étaiet relativement plus « jeune » que celle du Québec, surtout dans les RLS de Gatineau et des Collines-de l'Outaouais (Figure 4). Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient près de 17 % de la population de l'Outaouais en 2019 (Figure 6). En 2036, il y aura environ 108 000 personnes âgées de 65 ans et plus, soit près de 42 000 personnes de plus qu'en 2019. Près d'une personne sur quatre sera donc âgée de 65 ans et plus dans la région (Figure 6). La proportion de personnes âgées sera plus importante dans les territoires ruraux. Elle sera particulièrement élevée dans les RLS de la Vallée-de-la-Gatineau (35 %) et du Pontiac (29 %). Toutefois, en nombre absolu, près de 67 000 personnes âgées vivront dans le RLS de Gatineau en 2036, soit environ 62 % de la population âgée de la région.

Figure 7: Proportion de la population issue de l'immigration*

Source : Recensement, 2016



* Dans le recensement de la population de 2016, la population issue de l'immigration comprend les personnes à qui les autorités ont accordé le droit de résider au Canada en permanence le 10 mai 2016 ou avant

Figure 8: Proportion de la population s'exprimant en anglais le plus souvent à la maison

Source : Recensement, 2016

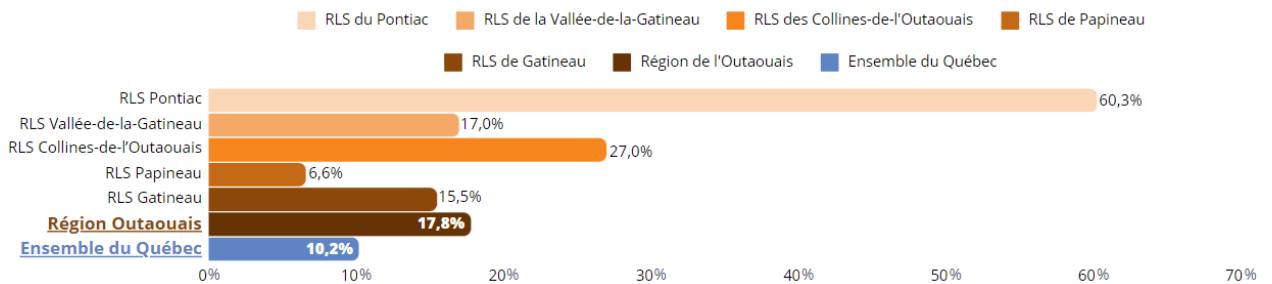
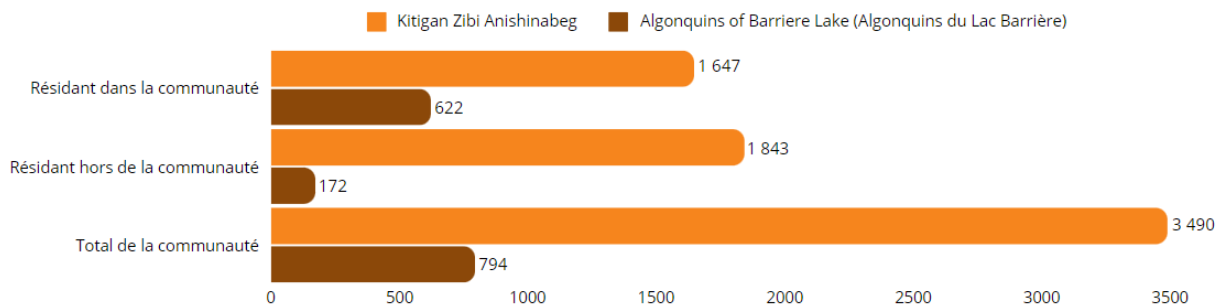


Figure 9: Nombre de personnes affiliées aux communautés de Kitigan Zibi Anishinabeg et Algonquins of Barriere Lake (Algonquins du Lac Barrière)

Source : Services aux Autochtones Canada (SAC), registre des Indiens, 31 décembre 2019



Une diversité de communautés

Le pourcentage de personnes issues de l'immigration dans la région équivalait à près d'une personne sur 10 en 2016 (Figure 7). Ce pourcentage, même s'il était inférieur à celui de l'ensemble du Québec (14 %), était le 4e plus élevé dans la province et représentait près de 37 000 personnes. De ce nombre, près de 20 % ont immigré dans la région entre 2011 et 2016 (Recensement 2016).

En ce qui concerne la proportion de la population s'exprimant le plus souvent en anglais à la maison (Figure 8), les données du recensement de 2016 indiquaient que l'anglais est plus souvent rapporté dans la région que dans l'ensemble du Québec (18 % comparativement à 10 %), surtout dans les RLS du Pontiac (60 %) et des Collines-de-l'Outaouais (27 %).

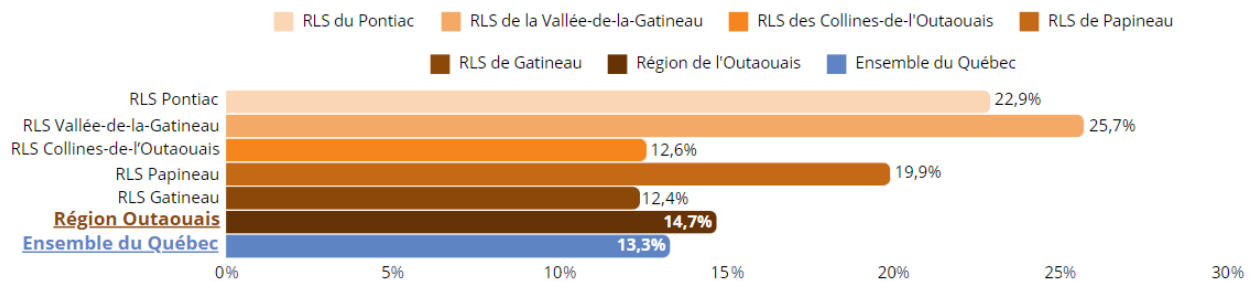
Toujours selon les données du recensement de 2016, 20 685 résidents de la région s'identifiaient aux peuples autochtones (6).

De plus, il est important de mentionner que la région de l'Outaouais compte deux communautés autochtones, toutes deux situées dans le RLS de la Vallée-de-la-Gatineau. Ces deux communautés font partie de la Nation algonquine. Il s'agit de la communauté de Kitigan Zibi Anishinabeg et celle d'Algonquins of Barriere Lake (Algonquins du Lac Barrière). Selon les statistiques de Services aux autochtones Canada (Figure 9), il y avait environ 3 500 personnes affiliées à la communauté Kitigan Zibi Anishinabeg en 2019 et près de 1 600 de ces personnes résidaient dans la communauté. Quant à la communauté d'Algonquins of Barriere Lake, environ 800 personnes y étaient affiliées en 2019, dont environ 600 qui résidaient dans la communauté.

3.2 INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

Figure 10: Proportion de la population de 25 à 64 ans sans diplôme d'études secondaires

Source : Recensement, 2016



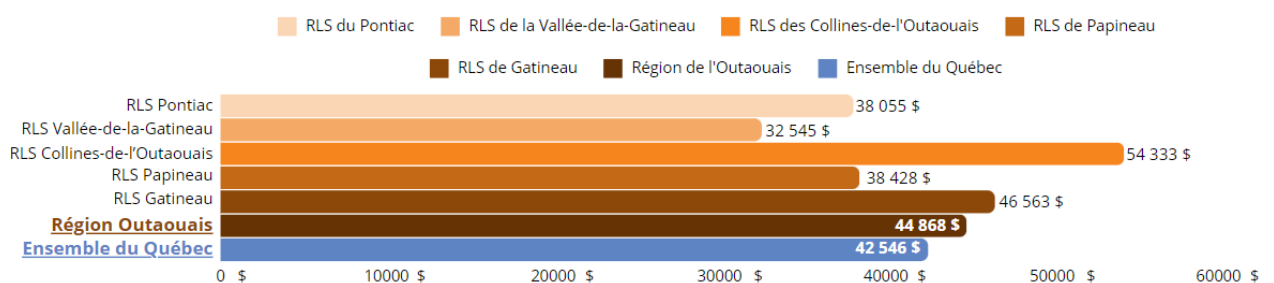
La scolarité

La population de l'Outaouais compte une proportion élevée de diplômés universitaires. Selon les données du recensement de 2016, près de 27 % de la population âgée de 25 à 64 ans ont déclaré avoir obtenu un grade universitaire équivalent au baccalauréat ou plus (c'est près de 57 000 personnes). La proportion était de 23 % pour l'ensemble du Québec (6).

Toutefois, comme le montrent les données de la figure 10, près de 15 % de la population de 25 à 64 ans, rapportait ne pas détenir de diplôme d'études secondaires dans la région en 2016 (environ 13 % au Québec). Les pourcentages variaient en fonction des RLS, ceux dans les secteurs ruraux étant plus élevés, surtout dans les RLS de la Vallée-de-la-Gatineau (26 %) et du Pontiac (23 %).

Figure 11: Revenu moyen avant impôt* en 2015

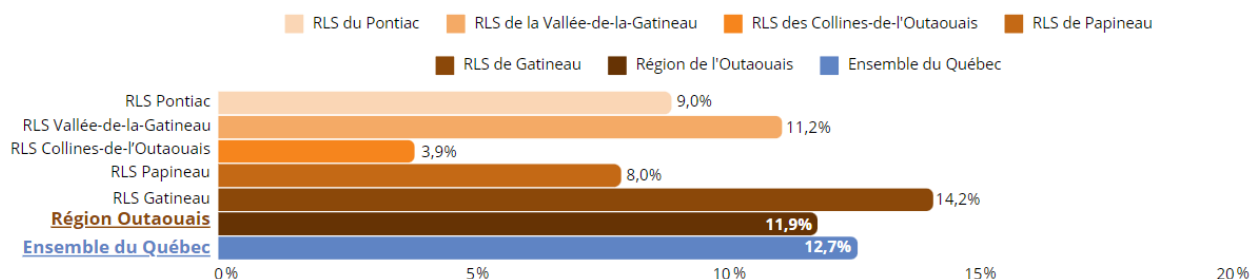
Source : Recensement, 2016



* Le **revenu moyen avant impôt** désigne le montant en dollars obtenu en divisant le revenu total (avant impôt) de tous les particuliers âgés de 15 ans et plus ayant déclaré un revenu l'année précédant le recensement par le nombre de particuliers ayant un revenu.

Figure 12: Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu avant impôt en 2015

Source : Recensement, 2016



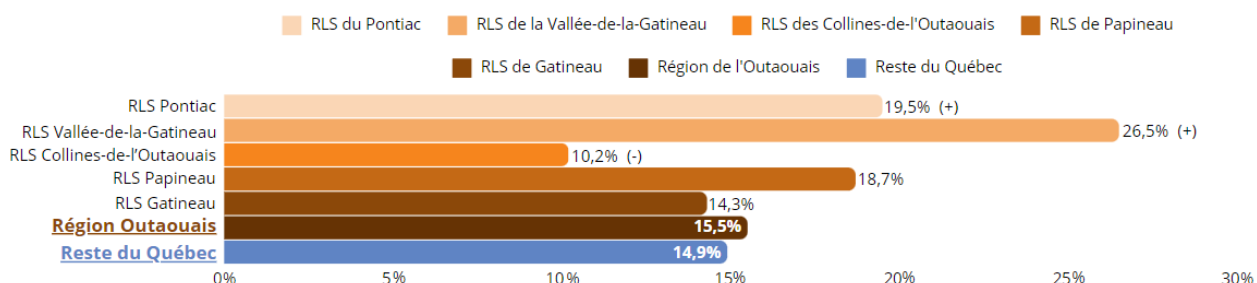
Le revenu

La région de l'Outaouais se caractérisait en 2015 par un revenu moyen avant impôt par particulier plus élevé que dans l'ensemble du Québec (Recensement 2016). Le revenu moyen de la région était d'environ 2 300 \$ plus élevé par particulier qu'au Québec (Figure 11) et s'expliquait en grande partie par les nombreux emplois dans l'administration publique. Aussi, la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu avant impôt en 2015 était moindre dans la région que dans l'ensemble du Québec (Figure 12). Malgré que la région de l'Outaouais soit considérée comme une région « riche » (7), il existe tout de même des disparités importantes entre les territoires de RLS.

Plus spécifiquement, on constatait en 2015 des différences entre les secteurs urbains/périurbains et ruraux. L'examen des territoires ruraux révèle que les revenus moyens étaient beaucoup moins élevés (Recensement 2016). À titre d'exemple, le revenu moyen avant impôt des résidents du RLS des Collines-de-l'Outaouais (54 333 \$) était nettement plus élevé que celui des résidents du RLS de la Vallée-de-la-Gatineau (32 545 \$).

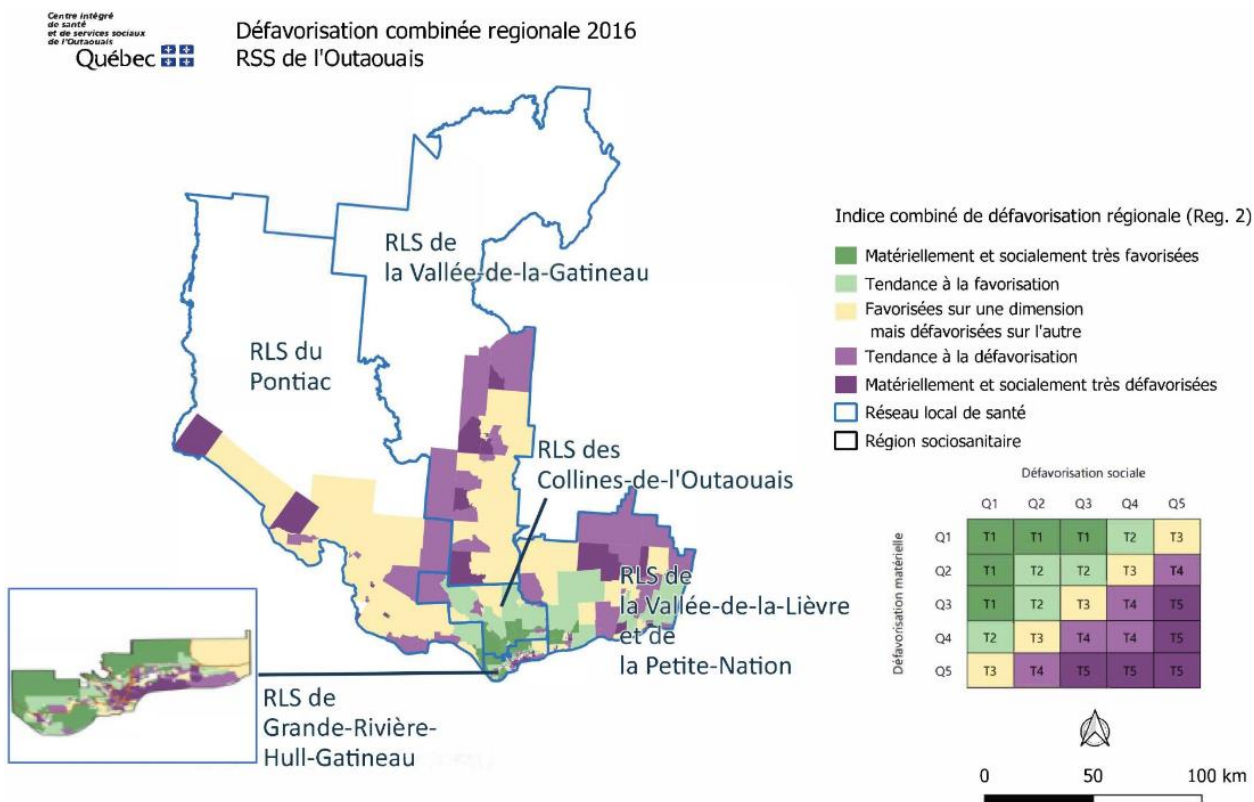
Figure 13: Proportion de la population se percevant pauvre ou très pauvre

Source : Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015



Un autre indicateur important, en lien avec la situation économique de la population, est la perception d'être pauvre ou très pauvre. Les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) soulignaient que les pourcentages étaient élevés dans les trois RLS ruraux, soit de 19 % dans le RLS de Papineau, de 26 % dans le RLS de la Vallée-de-la-Gatineau et de 20 % dans le RLS du Pontiac. Les pourcentages étaient plus bas dans les deux autres RLS, en particulier dans le RLS des Collines-de-l'Outaouais (Figure 13).

Carte 3 : Carte illustrant la variation de l'indice combiné de défavorisation matérielle et sociale en 2016



Source: INSPQ, Indice de défavorisation 2016,2018
MSSS, Limites territoriales, réseaux locaux de services, 2022

Projection géographique: conique conformer de Lambert
Système de référencement géodésique: NAD 1993

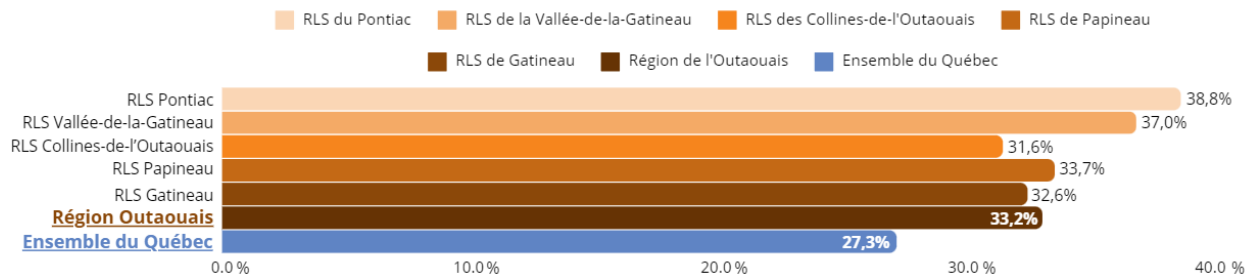
L'indice de défavorisation matérielle et sociale permet de mesurer et d'illustrer la situation socioéconomique d'une communauté. Globalement, la dimension matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante des personnes résidant dans un secteur en raison d'un faible revenu lié au fait de ne pas occuper un emploi ou de ne pas avoir un diplôme d'études secondaires. La dimension sociale renvoie à la vulnérabilité du réseau social, liée au fait de vivre seul, d'être une personne séparée, divorcée, veuve ou appartenant à une famille monoparentale (8).

La carte 3 révèle une disparité territoriale liée à la défavorisation matérielle et sociale : sur les 5 RLS qui composent la région de l'Outaouais, deux sont plus largement constitués de milieux défavorisés ou qui ont des caractéristiques qui tendent vers la défavorisation. Il s'agit du RLS de la Vallée-de-la-Gatineau et celui du Pontiac. Un RLS a un grand territoire constitué principalement de milieux très favorisés matériellement et socialement, soit celui des Collines-de-l'Outaouais. Finalement, on note deux RLS qui sont caractérisés par une cohabitation des milieux défavorisés et favorisés (RLS de Papineau et celui de Gatineau).

3.3 ÉTAT DE SANTÉ

Figure 14: Proportion de la population ayant des limitations d'activités

Source : Recensement, 2016

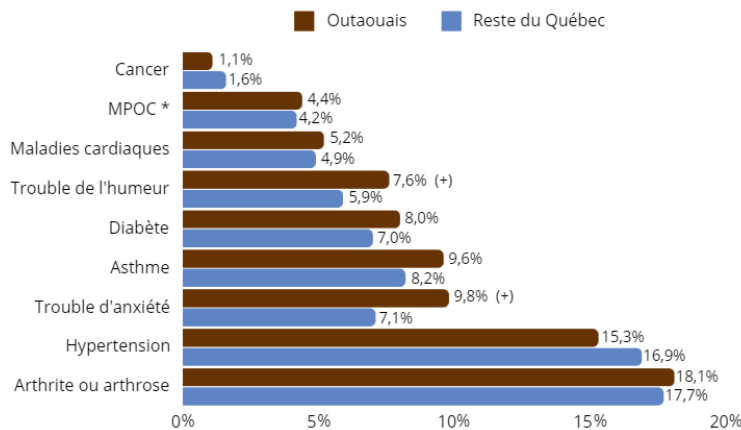


Les limitations d'activités

Les données du recensement de 2016 permettent d'avoir de l'information sur les limitations d'activités pour l'ensemble de la population de la région de l'Outaouais (Figure 14). Le pourcentage de la région était plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (33 % comparativement à 27 %). Des disparités sont observées entre les RLS. Les deux pourcentages les plus élevés se retrouvaient dans les RLS du Pontiac (39 %) et de la Vallée-de-la-Gatineau (37 %).

Figure 15: Proportion de la population rapportant avoir un diagnostic de maladie chronique

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015-2018



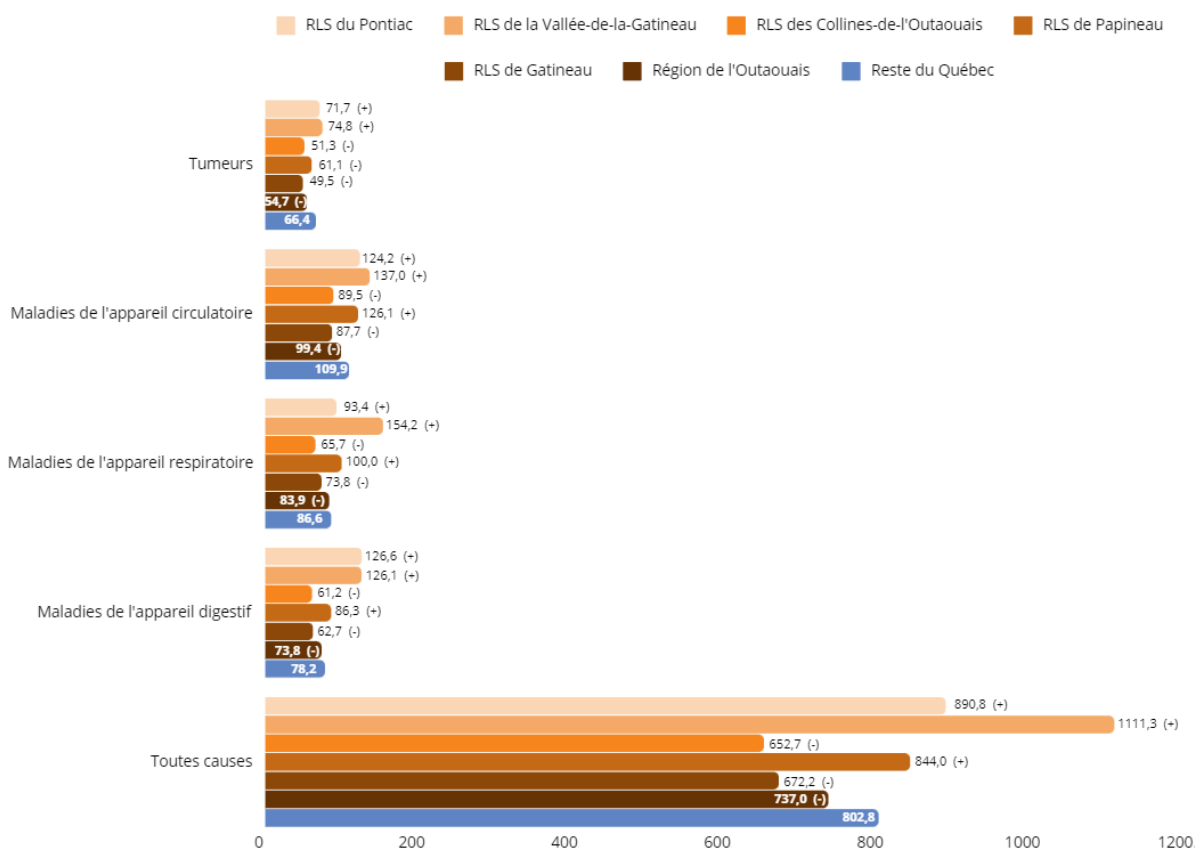
*Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Les maladies chroniques

Il est également possible d'avoir de l'information sur les maladies chroniques à partir des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015 à 2018 dont la population visée était les personnes âgées de 12 ans et plus. Il est à noter que les données de cette enquête ne permettent pas une analyse par RLS. Globalement, le pourcentage de la population qui avait rapporté avoir eu une des affections incluses dans la liste des maladies chroniques faisant, l'objet d'une surveillance au Québec, était plus élevé en Outaouais que dans le reste du Québec, sauf pour le cancer et l'hypertension (Figure 15).

Figure 16: Taux ajusté d'hospitalisation pour soins physiques de courte durée (taux par 10 000)

Source : Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la cliente hospitalière (MED-ÉCHO), 2014-2015 à 2018-2019

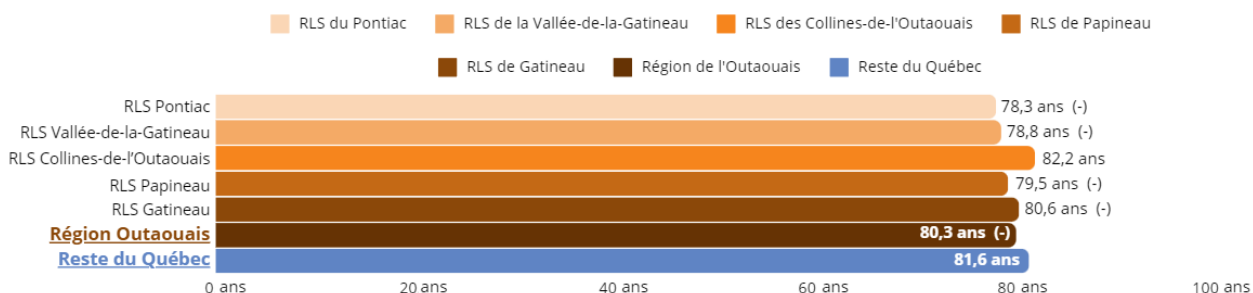


Les hospitalisations en soins physiques de courte durée

Les données de la période quinquennale de 2014-2015 à 2018-2019 (Figure 16) indiquaient que le taux ajusté d'hospitalisation *toutes causes* de la région était inférieur à celui de l'ensemble du Québec (737 comparativement à 800 par 10 000). Les taux ajustés étaient également plus bas dans la région par rapport au Québec pour chacune des quatre grandes causes présentées. Il est à noter que les taux étaient plus hauts dans les RLS ruraux (surtout pour les maladies de l'appareil circulatoire). Au regard des causes spécifiques d'hospitalisation, le taux d'hospitalisation le plus élevé est attribué aux maladies de l'appareil respiratoire. Ce taux est observé dans le RLS de la Vallée-de-la-Gatineau.

Figure 17: Espérance de vie à la naissance

Source : Registre des événements démographiques, 2008-2012

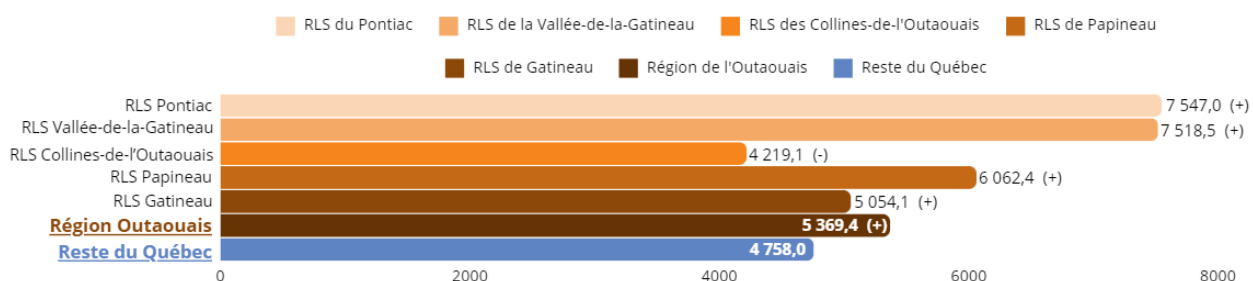


L'espérance de vie et la mortalité

L'espérance de vie à la naissance de la population de l'Outaouais analysée pour la période de 2008 à 2012 est inférieure d'un peu plus d'un an à celle du Québec (Figure 17). Ce constat avait aussi été fait lors de la période de 2003 à 2007. L'espérance de vie varie toutefois en fonction des RLS de la région pour la période de 2008 à 2012. Dans les RLS de la Vallée-de-la-Gatineau et du Pontiac, l'espérance de vie à la naissance était inférieure à 79 ans (respectivement 78,8 ans et 78,3 ans). Dans le RLS des Collines-de-l'Outaouais, l'espérance de vie avoisinait près de 82 ans, soit une différence de près de quatre années avec le RLS du Pontiac.

Figure 18: Taux ajusté des années potentielles de vie perdues à 75 ans (taux annuel moyen par 100 000)

Source : Registre des événements démographiques, 2008-2012



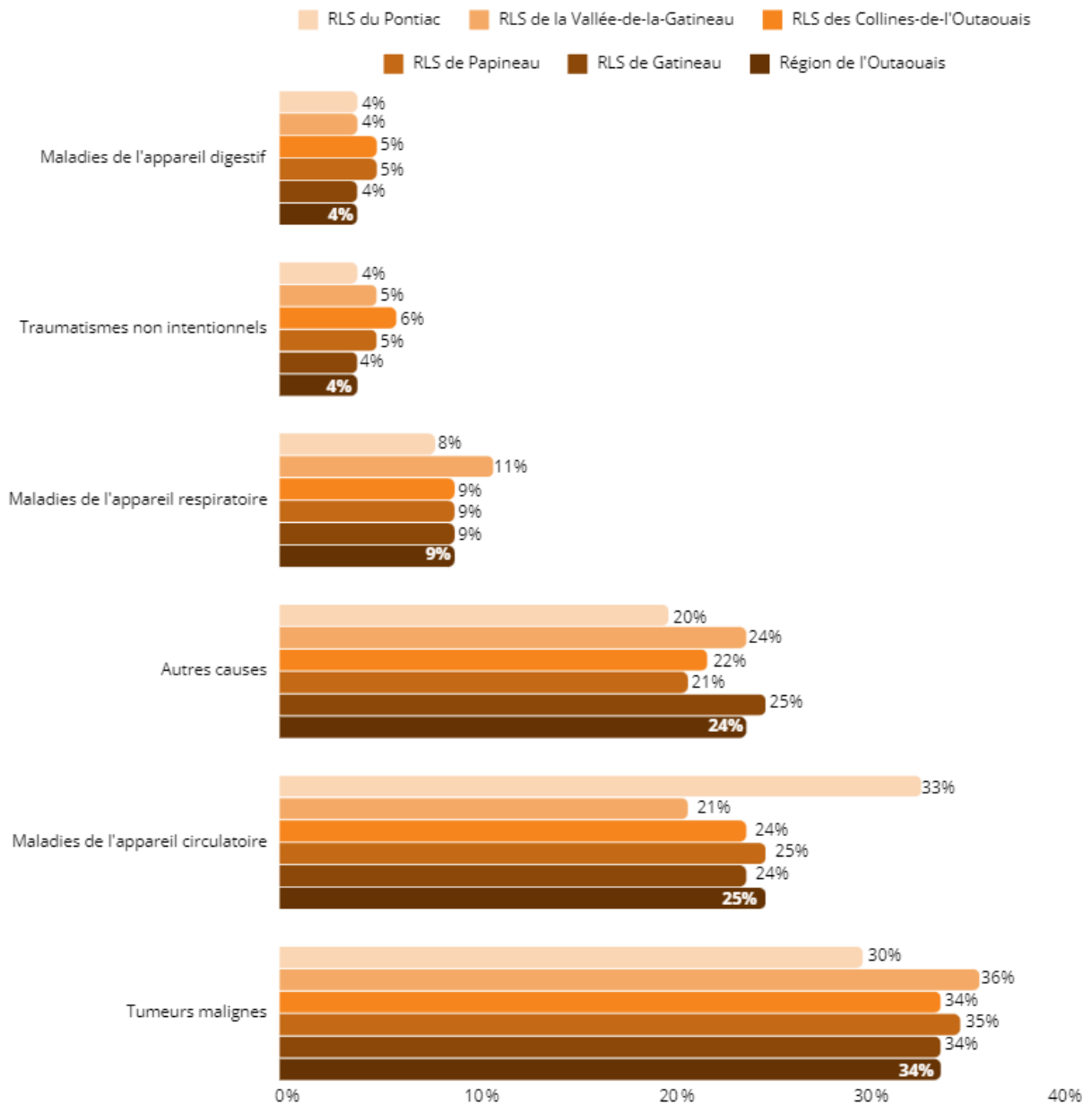
Les années potentielles de vie perdues

Les années potentielles de vie perdues (APVP)³ renseignent sur l'importance du nombre de personnes qui décèdent prématurément, soit avant l'âge de 75 ans. Le nombre total d'années potentielles de vie perdues en raison des décès prématurés est plus élevé en Outaouais que dans le reste du Québec (5 400 comparativement à 4 800 par 100 000). On constate que c'est dans les RLS ruraux que les APVP étaient les plus élevées (Pontiac, Vallée-de-la-Gatineau et Papineau) (Figure 18).

³ Les APVP estiment le nombre d'années de vie perdues en raison de décès considérés prématurés. Le calcul repose sur la somme des différences entre l'âge de 75 ans et l'âge des personnes décédées, pour l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 75 ans (INSPQ, 2020).

Figure 19: Répartition de la proportion des décès selon la cause

Source : Registre des événements démographiques, 2008-2012



La mortalité

La figure 19 présente la distribution des causes de décès dans la région pour la période quinquennale de 2008 à 2012. Les tumeurs malignes étaient la première cause de décès en Outaouais et dans tous les territoires de RLS, sauf pour le RLS du Pontiac. Cette cause de décès représentait près de 34 % des décès dans la région. En deuxième position, près de 25 % des décès étaient attribuables à des maladies de l'appareil circulatoire. Dans le RLS du Pontiac, le pourcentage était plutôt de 33 %. Au total, les deux causes correspondaient à près de 7 000 décès sur les 12 000 répertoriés dans la région au cours de la période visée (soit près de 60 % du total des décès).

4. ÉTAT DE SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS SELON LES CATÉGORIES D'ÂGE

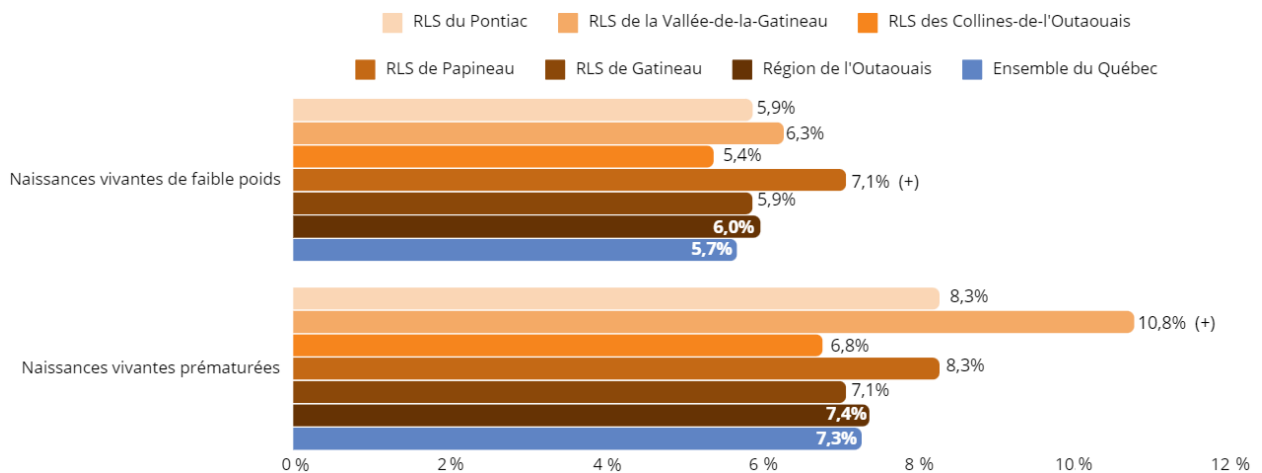
4.1 LES TOUT-PETITS ET LES JEUNES

Les indicateurs décrits dans cette sous-section proviennent essentiellement des données du registre des événements démographiques (Figure 20), du Registre de vaccination (Figures 21, 22, 23 et 24) et de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) de 2012 et de 2017 (Figures 25 et 26).

Ces indicateurs renseignent sur la fréquence des naissances de faible poids et de la prématurité, la couverture vaccinale ainsi que l'ampleur de la vulnérabilité des enfants selon certains domaines de développement.

Figure 20: Proportion des naissances vivantes de faible poids et prématurées

Source : Registre des événements démographiques, 2008-2012



La période périnatale

De façon générale, les pourcentages de naissances prématurées et de petits poids observés dans la région sont très similaires à ceux du Québec pour la période de 2008 à 2012. Ils sont également relativement stables depuis près de 20 ans, autant dans la région qu'au Québec. Au sujet des naissances vivantes de faible poids, c'est le RLS de Papineau qui enregistre le pourcentage le plus élevé, soit près de 7 %. En ce qui concerne les naissances vivantes prématurées, les pourcentages étaient plus élevés dans les RLS ruraux, surtout dans celui de la Vallée-de-la-Gatineau. En effet, près de 11 % des naissances ont été prématurées entre 2008 et 2012 comparativement à 7 % des naissances prématurées de l'ensemble de la région (Figure 20).

L'examen de la mortalité infantile indique qu'aucune différence significative n'est notée entre le taux de la région de l'Outaouais et celui du reste du Québec pour la période allant de 2008 à 2012 : 4,1 comparativement à 4,6 décès par 1 000 naissances vivantes respectivement (Registre des événements démographiques). Ce taux correspond à un total de 88 décès infantiles dans la région lors de cette période. Cela contraste de manière importante avec les données de la période de 2000 à 2004 où l'Outaouais avait connu 110 décès. La région affichait alors le taux de mortalité infantile le plus élevé au Québec : 6,5 comparativement à 4,6 décès par 1 000 naissances vivantes pour la province.

Figure 21: Couverture vaccinale complète à l'âge de 3 mois

Source : MSSS, Registre de vaccination du Québec, 2018-2019

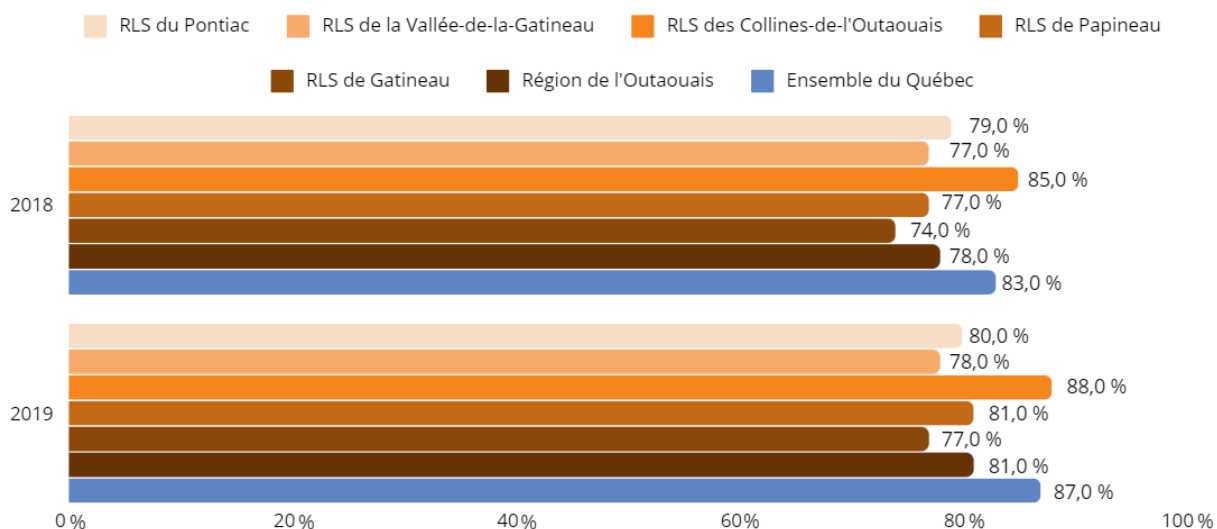


Figure 22: Couverture vaccinale complète à l'âge de 15 à 24 mois

Source : MSSS, Registre de vaccination du Québec, 2019

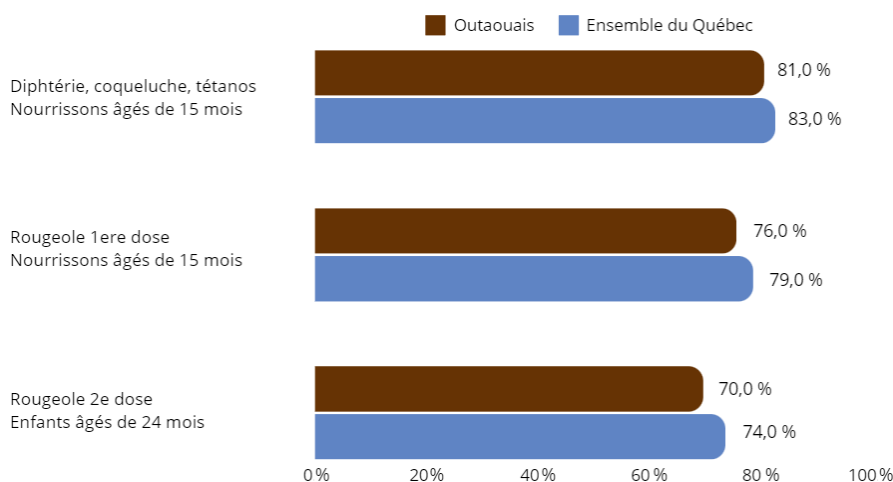
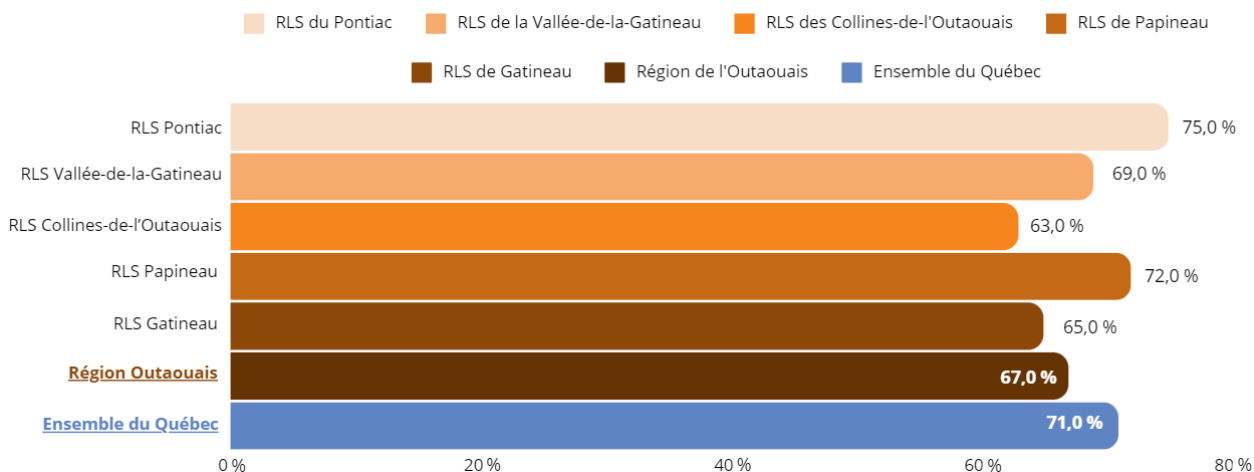


Figure 23: Couverture vaccinale complète à l'âge de 3 ans

Source : MSSS, Registre de vaccination du Québec, 2019



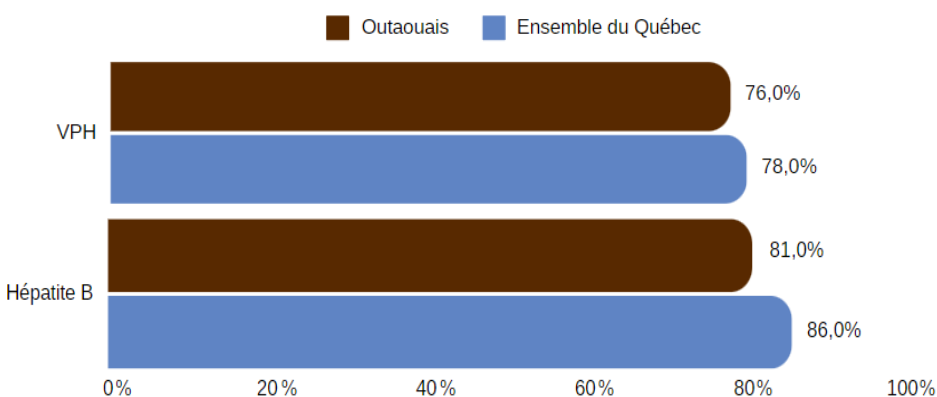
La couverture vaccinale

Les couvertures vaccinales (CV) des bébés ayant eu 3 mois au cours de l'année 2019 étaient en amélioration en Outaouais avec 81 % de ces derniers ayant reçu l'ensemble des doses de vaccins prévus à cet âge au calendrier du Programme québécois d'immunisation (PIQ). Ces couvertures étaient de 78 % en 2018. On note également une augmentation pour chaque RLS (Figure 21). Pour l'ensemble du Québec, les CV étaient d'environ 87 % pour les bébés de cet âge en 2019 et la cible à atteindre fixée par le MSSS d'ici 2025, est de 95 %.

C'est à partir de 12 mois que l'on voit une diminution des CV des jeunes enfants d'âge préscolaire en Outaouais. Pour les nourrissons âgés de 15 mois, la CV contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos était de 81 % en 2019 en Outaouais; celle contre la rougeole (1^{re} dose) était de 76 %. Pour ceux âgés de 24 mois, la CV contre la rougeole (2 doses) était de 70 % (figure 22). La réduction progressive de la CV avec l'âge fait en sorte qu'à 3 ans, la proportion d'enfants adéquatement vaccinés atteignait à peine 67 % dans la région de l'Outaouais en 2019. Les CV pour ce groupe d'âge variaient de 63 % (RLS des Collines de l'Outaouais) à 75 % (RLS du Pontiac), (figure 23).

Figure 24: Couvertures vaccinales des élèves de la 4e année primaire contre les virus du papillome humain (VPH) et contre l'hépatite B

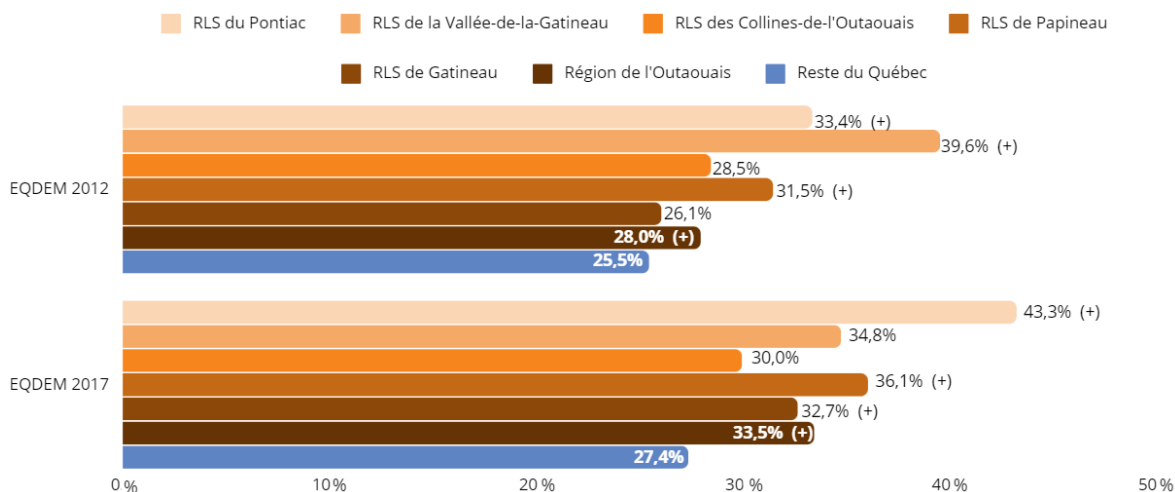
Source : MSSS, Registre de vaccination du Québec



En Outaouais, les couvertures vaccinales des élèves de la 4e année primaire contre les virus du papillome humain (VPH) et contre l'hépatite B étaient respectivement de 76 % et de 81 % pour l'année scolaire 2018-2019 (Figure 24). Ces données sont en dessous de la cible ministérielle, qui est de 90 % pour ces deux vaccins, mais sont relativement similaires à ceux que l'on retrouve dans la province, soit 78 % pour les VPH et 86 % pour l'hépatite B (Figure 24).

Figure 25: Proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement

Proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement



Le développement des enfants

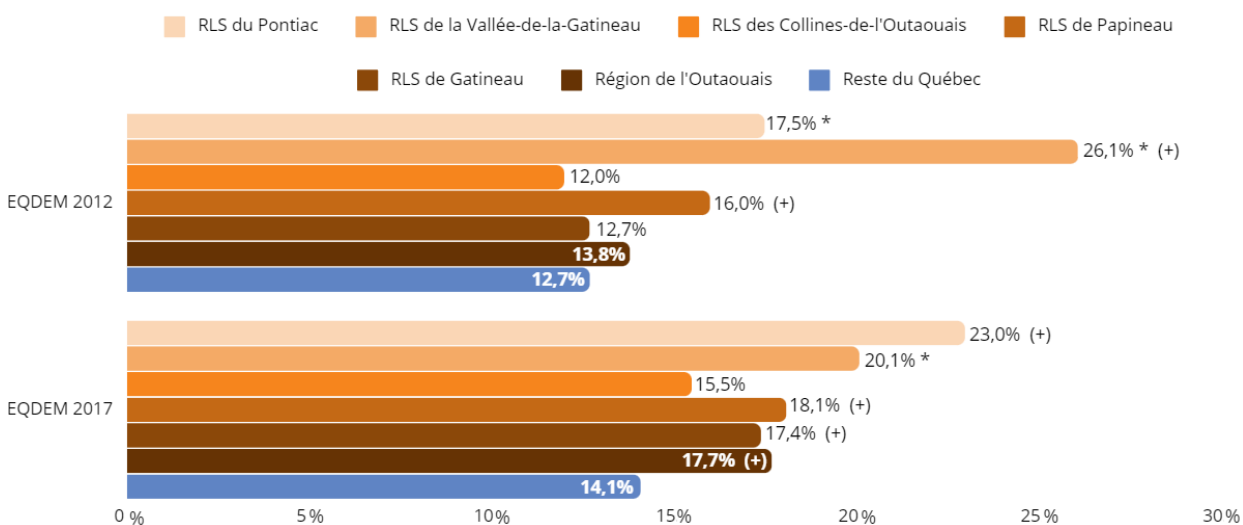
Les données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) de 2017 indiquaient qu'un enfant sur trois était considéré comme vulnérable dans au moins un des cinq domaines de développement. Cela représentait plus de 1 400 enfants inscrits à la maternelle 5 ans dans la région. Dans le reste du Québec, le pourcentage était plus bas et se situait près de 27 % (Figure 25).

Toujours en 2017, les pourcentages de vulnérabilité dans au moins un domaine de développement variaient aussi en fonction des RLS (Figure 25). Ils étaient plus hauts dans les RLS ruraux, surtout dans celui du Pontiac (près de 43 %).

Par rapport au cycle précédent de l'enquête, ayant eu lieu en 2012, le pourcentage d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement a augmenté significativement au niveau régional (Figure 25)⁴. Les pourcentages ont aussi augmenté à l'échelle locale entre 2012 et 2017, sauf dans le RLS de la Vallée-de-la-Gatineau où le pourcentage a ainsi diminué d'environ 5 points (de 40 % à 35 %). Par ailleurs, dans le RLS de Gatineau, le pourcentage a augmenté de 26 % à 33 %. Le nombre d'enfants vulnérables s'est accru de 300, passant de 650 à 950 enfants en cinq ans.

Figure 26: Proportion d'enfants vulnérables dans au moins deux domaines de développement

Source : Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2012-2017



* La proportion doit être interprétée avec prudence en raison du nombre insuffisant d'enfants de maternelle 5 ans vulnérables dans au moins deux domaines de développement. Le coefficient de variation de la proportion est supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %.

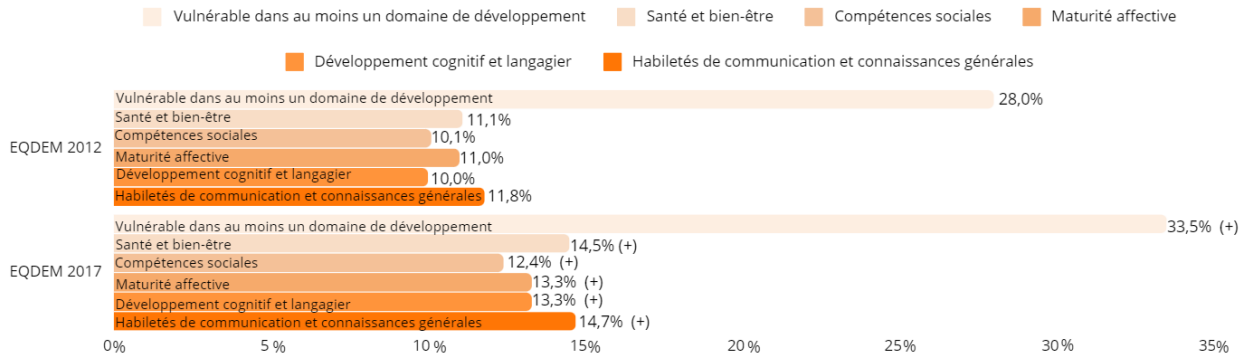
Les données de l'EQDEM de 2012 indiquaient qu'en Outaouais, près de 14 % des enfants à la maternelle étaient considéré comme vulnérable dans **au moins deux domaines de développement**. Ce pourcentage était statistiquement similaire à celui du reste du Québec, qui était de près de 13 %. Le pourcentage le plus élevé, soit 26 %, se situait dans le RLS de la Vallée-de-la-Gatineau (Figure 26).

⁴ Les (+) à la figure 24 indiquent que la comparaison a été effectuée entre les deux périodes, soit entre 2012 et 2017 pour la région de l'Outaouais.

En 2017, les données de la même enquête montraient une hausse du pourcentage des enfants vulnérables dans au moins deux domaines de développement partout dans la région, sauf dans le RLS de la Vallée-de-la-Gatineau où le pourcentage a diminué d'environ 5 % (de 26 % à 21 %) (Figure 26).

Figure 27: Proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement et dans chacun des domaines de développement, Outaouais

Source : Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2012-2017



Au regard de chacun des cinq domaines de développement, les résultats de l'EQDEM de 2012 montrent qu'en Outaouais, le pourcentage d'enfants vulnérables par domaine de développement varie entre 10 % et près de 12 %. Le pourcentage le plus élevé d'enfants vulnérables est observé dans le domaine des habiletés de communication et connaissances générales.

En 2017, les pourcentages les plus élevés d'enfants vulnérables, soit près de 15 %, sont observés dans le domaine de la santé et bien-être et dans celui des habiletés de communication et connaissances générales (Figure 27)⁵.

⁵ Les (+) à la figure 26 indiquent que la comparaison a été effectuée entre les deux périodes, soit entre 2012 et 2017.

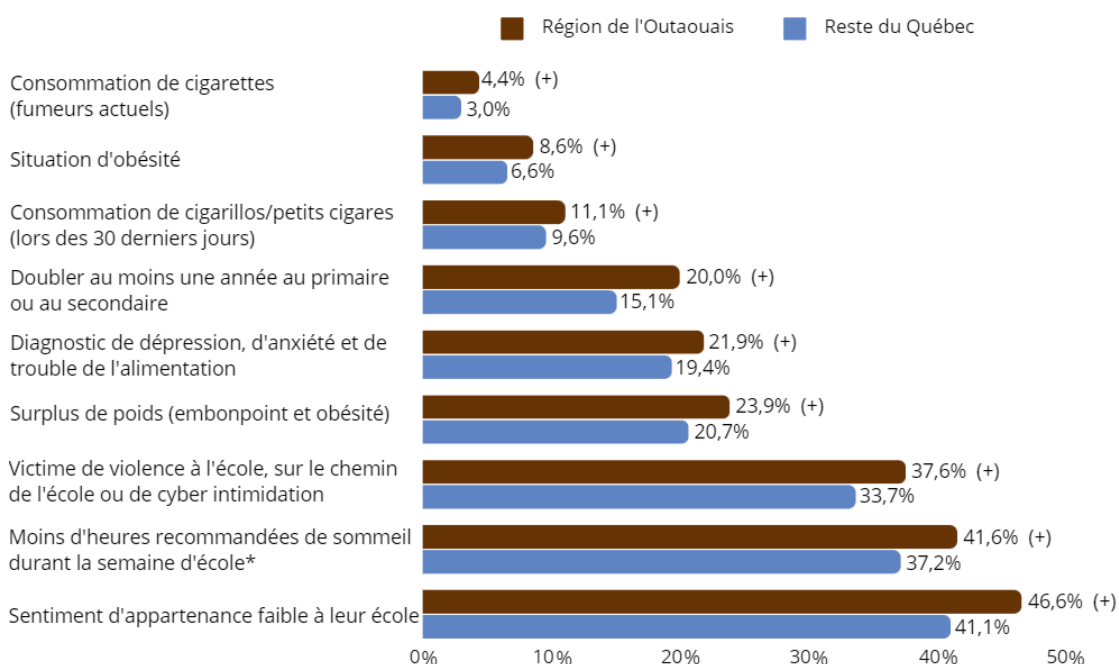
4.2 LES ADOLESCENTS

Les indicateurs décrits dans cette sous-section proviennent essentiellement des données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) de 2016-2017 et celles du fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Il est à noter que ces données ne sont disponibles qu'à l'échelle de la région.

Ils renseignent sur la fréquence de certaines habitudes de vie et certains indicateurs psychosociaux ainsi que sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Figure 28: Proportion des jeunes du secondaire selon certaines habitudes de vie et certains indicateurs psychosociaux

Source : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017



Selon les résultats de l'EQSJS réalisée en 2016-2017, un pourcentage plus élevé de jeunes du secondaire ne se percevait pas en bonne santé dans la région comparativement au reste du Québec (6 % comparativement à 4 %). Par ailleurs, l'enquête montrait que certains indicateurs relatifs aux habitudes de vie et à la sphère psychosociale sont moins favorables chez les jeunes du secondaire de l'Outaouais (Figure 28).

En ce qui concerne les habitudes de vie, les résultats de l'enquête montraient par exemple que la proportion de jeunes du secondaire qui consomment des cigarettes (fumeurs actuels) ou des cigarillos/petits cigares (lors des 30 derniers jours) était plus élevée dans la région que dans le reste du Québec (Figure 28). En lien avec le nombre d'heures de sommeil recommandées, environ 42 % des jeunes ne dormaient pas le nombre d'heures recommandées comparativement à près de 37 % pour le reste du Québec.

Pour ce qui est des indicateurs psychosociaux, les résultats de l'enquête montraient par exemple qu'une plus grande proportion de jeunes du secondaire de l'Outaouais rapportait avoir été victime de violence à l'école, sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation (38 %) par rapport aux jeunes de la province (34 %). De plus, les jeunes de la région rapportaient plus qu'ailleurs un sentiment d'appartenance faible à leur école (Figure 28).

Les résultats de l'enquête révèlent aussi que la proportion de jeunes du secondaire qui ont rapporté avoir reçu un diagnostic médical de dépression, d'anxiété ou de trouble de l'alimentation était plus élevée en Outaouais que dans le reste du Québec (22 % et 19 % respectivement).

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qui figure sur la liste des MADO représentent un des problèmes de santé qui connaît une augmentation fulgurante au sein de la population adolescente en Outaouais. L'incidence cumulative des nouveaux cas d'ITSS à déclaration obligatoire (ITSS-MADO) parmi les 12-17 ans était de 610 par 100 000 personnes en 2019 dans la région, ce qui était bien plus élevé que l'incidence cumulative moyenne de 377/100 000 pour les années 2014 à 2018. Elle était aussi plus élevée que celle relevée au Québec en 2019 (538/100 000).

Parmi les ITS-MADO, la chlamydie (infection à *Chlamydia trachomatis*) et la gonorrhée (infection gonococcique) sont les plus fréquemment observées chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans.

En ce qui concerne la chlamydie, l'incidence cumulative des nouveaux cas chez les jeunes de 12-17 ans déclarés à la santé publique en 2019 était 1,6 fois plus élevée que l'incidence cumulative moyenne observée pour les années 2014-2018 dans le même groupe. L'incidence cumulative observée en Outaouais était aussi légèrement plus élevée que celle relevée pour l'ensemble du Québec en 2019 (respectivement 559 cas et 495 cas pour 100 000 personnes).

Quant à la gonorrhée, l'incidence cumulative des nouveaux cas chez les jeunes de 12-17 ans déclarés à la santé publique en 2019 était 2,5 fois plus élevée que l'incidence cumulative moyenne observée pour les années 2014-2018 dans le même groupe d'âge. L'incidence cumulative enregistrée dans la région (51 pour 100 000) était nettement plus élevée que la moyenne québécoise de 39/100 000 en 2019.

Au Québec, le vaccin contre les infections par le virus du papillome humain (VPH) est offert gratuitement aux jeunes de la 3^e année du secondaire. L'introduction du vaccin au calendrier régulier de vaccination a débuté en 2008 chez les filles. Celui-ci a été introduit plus tard chez les garçons, soit en septembre 2018.

En 2019, la couverture vaccinale totale contre le VPH était de 52 % en Outaouais, comparativement à 63 % pour l'ensemble du Québec. Elle était de 85 % chez les filles en Outaouais, une proportion équivalente à celle de l'ensemble du Québec. Elle était de 20 % chez les garçons en Outaouais contre 42 % au niveau provincial.

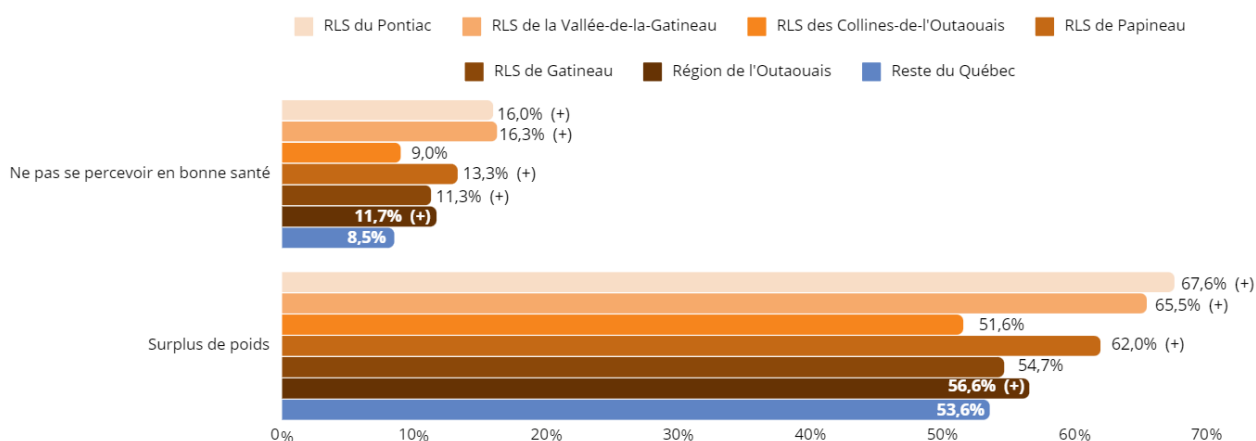
4.3 LES ADULTES

Les indicateurs décrits dans cette sous-section ont été principalement mesurés à partir de 3 enquêtes populationnelles à savoir l'Enquête sociale et de santé outaouaise régionale (ESSOR) de 2013, l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2014-2015 et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015-2016 et 2017-2018.

Ces indicateurs renseignent sur l'état de santé physique, mental et sur certaines habitudes de vie des résidents de l'Outaouais âgés de 18 à 64 ans lors de la collecte des données des 3 enquêtes. Il est à noter que seuls l'ESSOR 2013 et l'EQSP 2014-2015 permettent d'avoir de l'information par RLS.

Figure 29: Proportion d'adultes âgés de 18 à 64 ans selon la perception de l'état de santé et le surplus de poids

Source : Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015



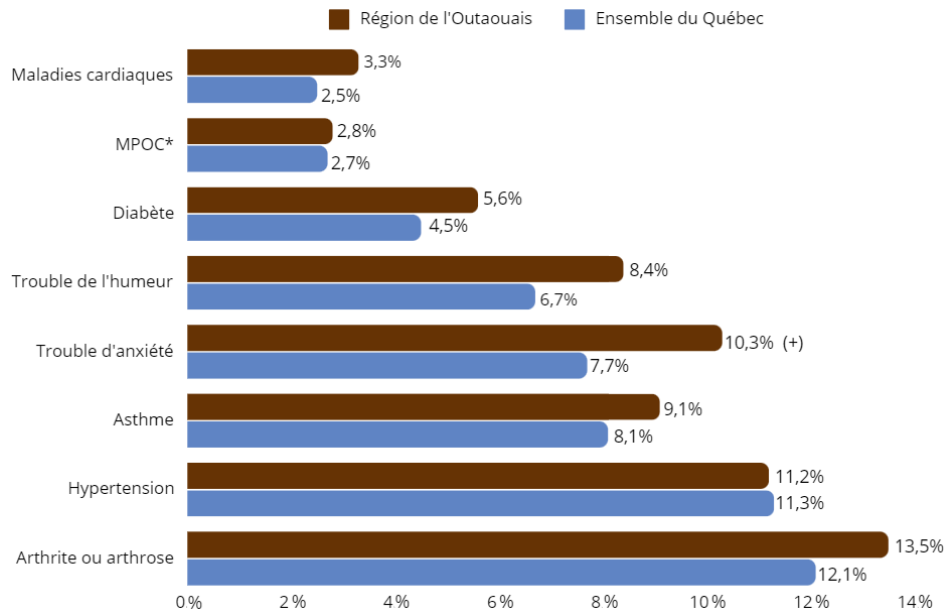
L'état de santé

Selon les résultats de l'EQSP 2014-2015 (Figure 29), les résidents de la région âgés de 18 à 64 ans étaient proportionnellement plus nombreux à déclarer se percevoir en moins bonne santé que ceux de l'ensemble du Québec (respectivement 12 % et 8 %). Également, la proportion de ceux qui présentaient un surplus de poids (embonpoint et obésité) était plus élevée dans la région que dans l'ensemble du Québec (respectivement 57 % comparativement à 54 %). Particulièrement, la proportion des résidents de l'Outaouais avec un surplus de poids était plus élevée dans les RLS ruraux, soit 68 % dans le RLS du Pontiac et 65 % dans le RLS de la Vallée-de-la-Gatineau.

Il est à noter que les résultats des ESCC 2015-2018 ont aussi révélé que la proportion de personnes en situation de surplus de poids était plus importante en Outaouais (55 %) que dans le reste du Québec (52 %). Cela représentait près de 137 000 personnes âgées de 18 à 64 ans dans la région.

Figure 30: Proportion de la population âgée de 18 à 64 ans rapportant avoir reçu un diagnostic de maladie chronique

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015-2018



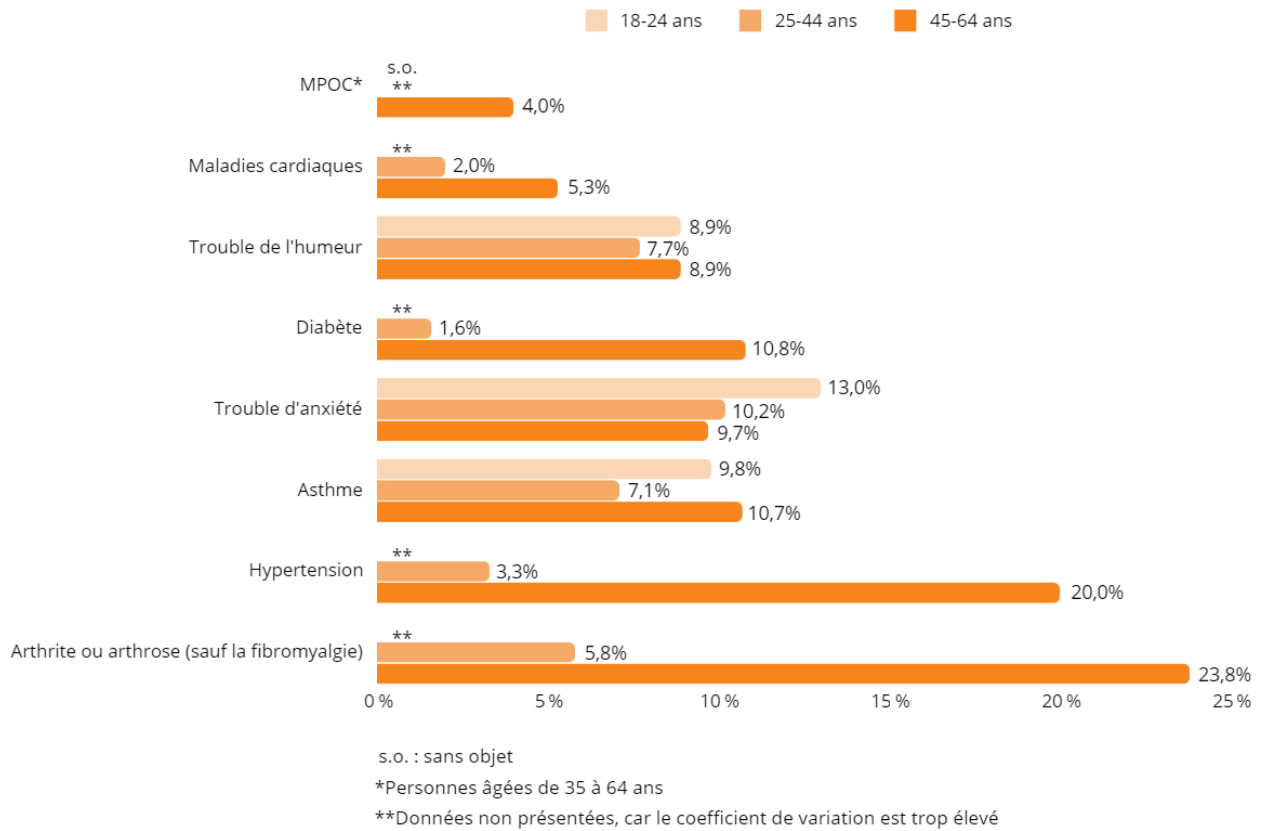
* Maladie pulmonaire obstructive chronique

En ce qui concerne les maladies chroniques, l'ESCC renseigne sur la population qui rapporte avoir eu un diagnostic de certaines maladies chroniques. La figure 30 illustre les proportions des personnes qui vivent avec les maladies chroniques les plus fréquemment rapportées dans les ESCC 2015-2018. L'arthrite ou arthrose et l'hypertension sont les deux principales maladies rapportées par les personnes âgées de 18 à 64 ans en Outaouais comme dans l'ensemble du Québec.

Au sujet des diagnostics de troubles de santé mentale, les résultats de la figure 30 indiquent que la proportion d'adultes déclarant avoir reçu un diagnostic de trouble d'anxiété était considérablement plus élevée dans la région que pour l'ensemble du Québec.

Figure 31: Proportion de la population âgée de 18 à 64 ans rapportant avoir reçu un diagnostic de maladie chronique selon les groupes d'âge en Outaouais

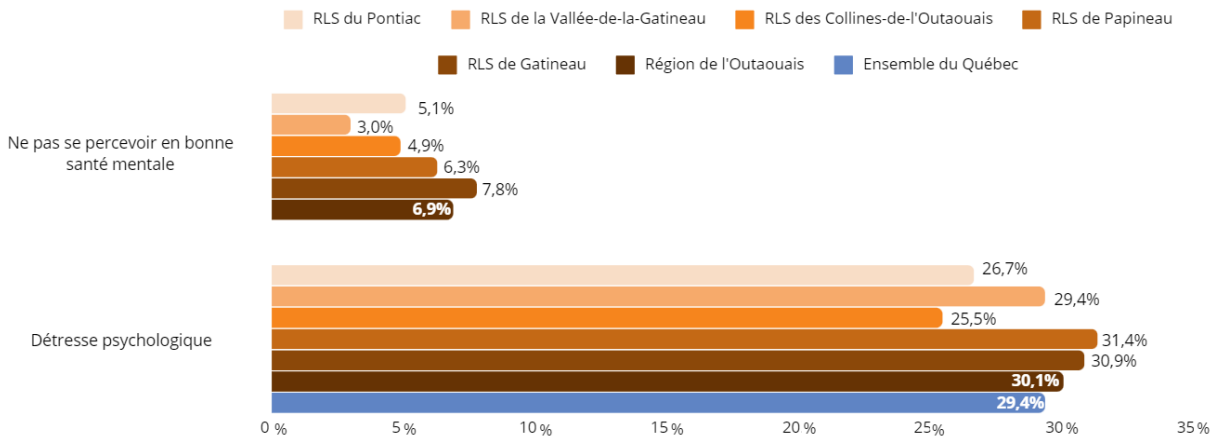
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015-2018



Les résultats de la figure 31 montrent que les jeunes âgés de 18 à 24 ans rapportent davantage avoir reçu un diagnostic relié à la santé mentale, particulièrement les troubles d'anxiété, comparativement aux autres groupes d'âge.

Figure 32: Proportion d'adultes âgés de 18 à 64 ans selon la perception de l'état de santé mentale et la détresse psychologique vécue

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC) 2015-2018 et Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015

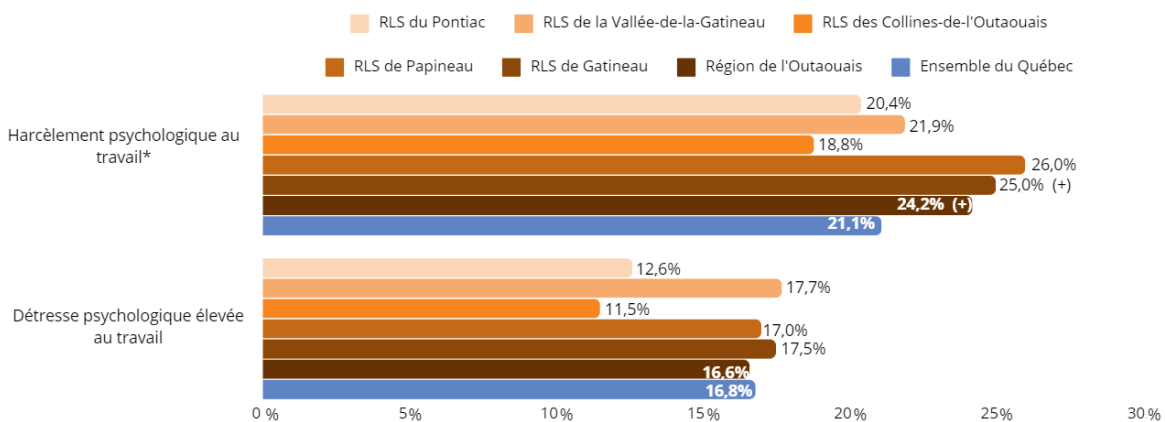


La figure 32 montre les résultats de deux indicateurs de l'état de santé mentale mesurés dans l'ESSOR 2013 (se percevoir en bonne santé mentale) et l'EQSP 2014-2015 (être à un niveau élevé de détresse psychologique). Les deux enquêtes révèlent que ce sont les résidents du RLS de Gatineau qui étaient proportionnellement plus nombreux à rapporter et ne pas se percevoir en bonne santé mentale et à vivre un niveau plus élevé de détresse psychologique.

Selon les résultats de l'ESSOR 2013, près de 7 % des résidents de l'Outaouais âgés de 18 à 64 ans ont rapporté de ne pas se percevoir en bonne santé mentale tandis que l'EQSP 2014-2015 a révélé que près de 30 % des adultes étaient à un niveau élevé de détresse psychologique, ce qui représentait près de 75 400 personnes âgées de 18 à 64 ans dans la région.

Figure 33: Proportion de travailleurs de 20 à 64 ans selon la détresse psychologique et l'exposition au harcèlement psychologique

Source : Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015



*Travailleurs âgés de 20 à 64 ans

Les données de l'EQSP 2014-2015 révèlent que près de 24 % des travailleurs de la région rapportaient avoir subi du harcèlement psychologique au cours de l'année précédant l'enquête (comparativement à près de 21 % au Québec). Les pourcentages de harcèlement psychologique les plus hauts sont situés dans les RLS de Papineau et de Gatineau (Figure 33). Près de 17 % des travailleurs de la région présentaient un niveau élevé de détresse psychologique liée au travail.

Figure 34: Évolution de l'incidence cumulative des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les adultes de 18 à 64 ans

Source : MSSS, SI-GMI 2014-2018 et 2019

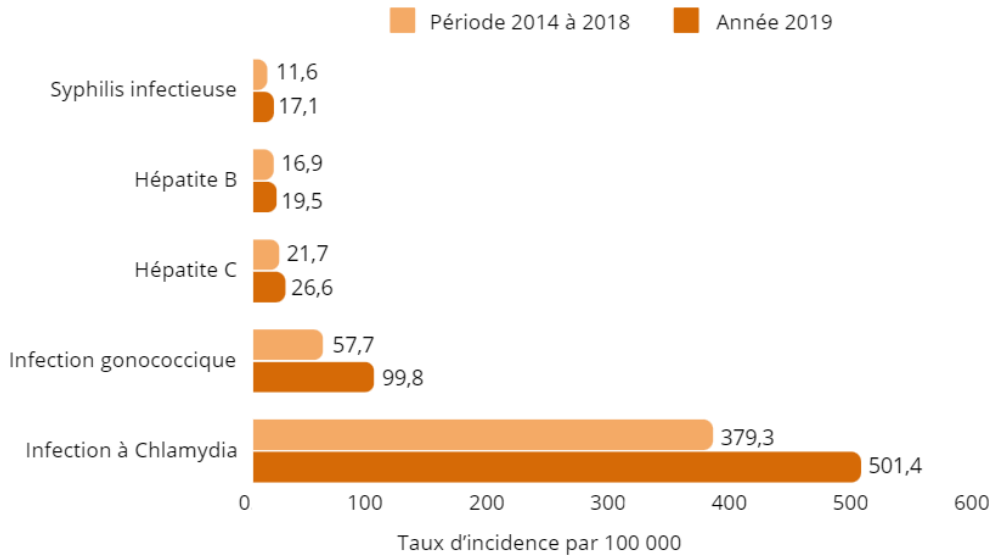
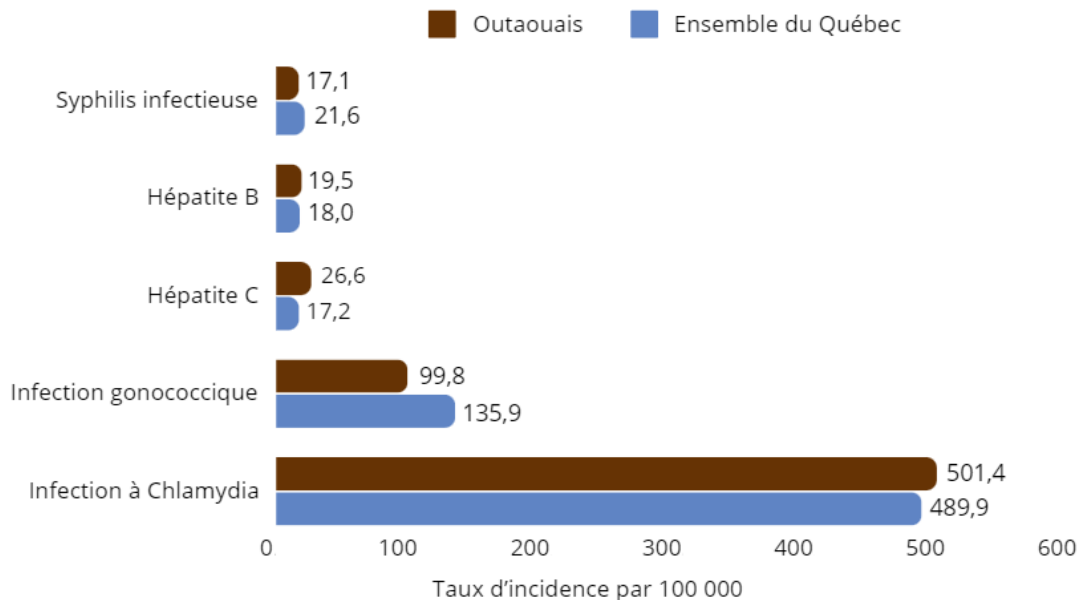


Figure 35: Incidence cumulative des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les adultes de 18 à 64 ans

Source : MSSS, SI-GMI 2019



Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Comme chez les jeunes, le nombre de cas de chlamydia et de gonorrhée chez les adultes est à la hausse dans notre région. En effet, il y a eu 1,3 fois plus de cas de chlamydia et 1,7 fois plus de cas de gonorrhée rapportés en 2019, par rapport au nombre moyen de cas rapportés entre 2014 et 2018. L'augmentation est surtout observée chez les personnes âgées de 19 à 30 ans. Pour ce groupe d'âge, on constate que l'incidence cumulative des nouveaux cas de chlamydia était 10 fois plus élevée que celle des 31-64 ans (1534/100 000 comparativement à 146/100 000 respectivement) et l'incidence cumulative des nouveaux cas de la gonorrhée était 5 fois plus élevée que celle des 31-64 ans en 2019 (258/100 000 comparativement à 50/100 000 respectivement).

En 2019, l'incidence cumulative des nouveaux cas de syphilis était de 17,1/100 000 (Figure 35), soit la plus élevée parmi les régions du Québec, en excluant Montréal et le Nunavik. Elle était 1,5 fois plus élevée que l'incidence cumulative moyenne annuelle de 2014-2018. L'augmentation est marquée chez les personnes âgées de 19 à 34 ans, particulièrement chez les hommes.

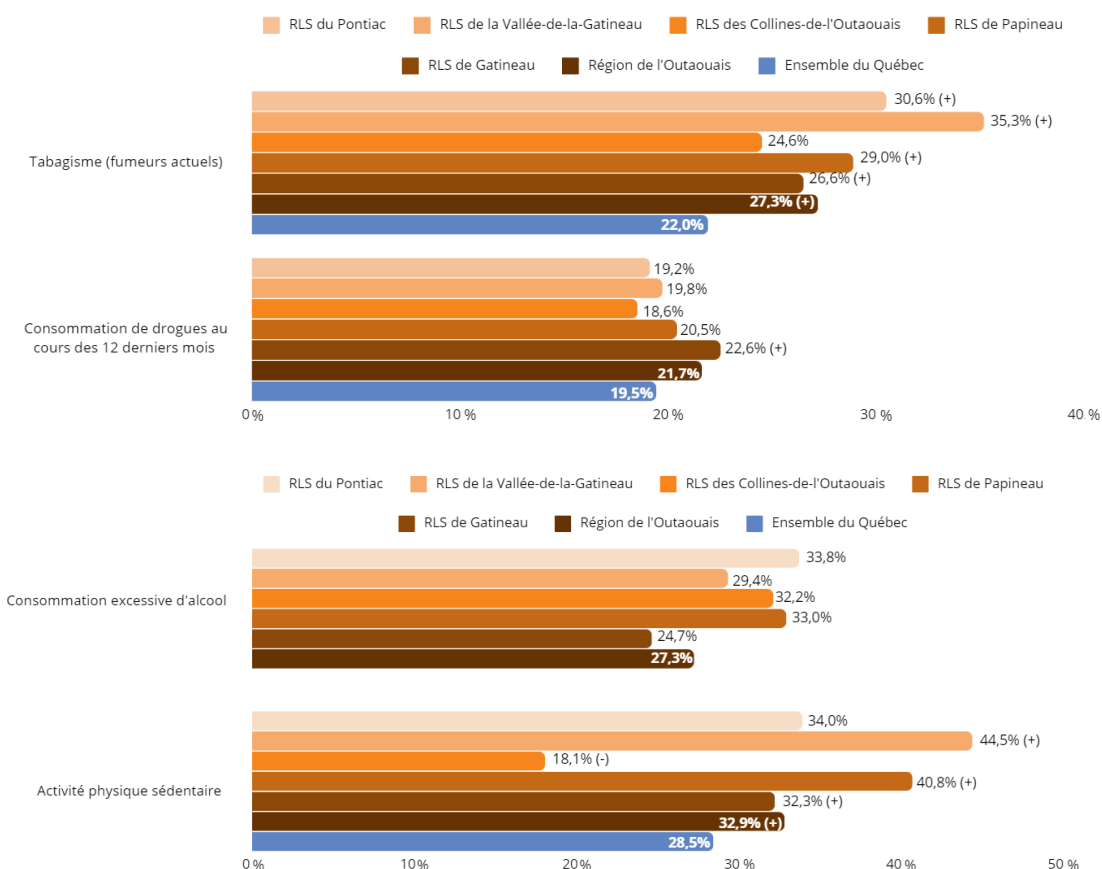
Enfin, l'incidence cumulative des nouveaux cas d'hépatite C était de 26,6/100 000 personnes en 2019 (Figure 35), soit la 2^e plus élevée au Québec après la région de Montréal. Elle se situait bien au-dessus de la moyenne provinciale de 17,1/100 000.

L'infection au VIH n'est pas une MADO au Québec et n'est donc pas comptabilisée de la même manière. Par contre, la surveillance faite en laboratoire nous permet d'attester que 11 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués en Outaouais en 2019, ce qui représente une incidence cumulative de 2,8 pour 100 000 personnes. Même si celle-ci représente une augmentation par rapport à l'incidence annuelle moyenne de 1,88/100 000 pour les années 2014-2018, elle reste inférieure à la moyenne pour le Québec, qui était de 3,6/100 000 en 2019. Il est à noter que les prélèvements qui se font en dehors du Québec ne figurent pas dans ces données. Il est donc possible que ces chiffres sous-estiment le nombre réel de cas de l'Outaouais.

La figure 34 illustre l'augmentation de l'incidence des ITSS-MADO en 2019 par rapport aux années antérieures chez les adultes de 18 à 64 ans en Outaouais, tandis que la figure 35 montre la situation par rapport à l'ensemble du Québec.

Figure 36: Proportion d'adultes âgés de 18 à 64 ans selon certaines habitudes de vie

Source : Enquête sociale et de santé outaouaise régionale (ESSOR) 2013 et Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015



Les habitudes de vie

Les résultats de la figure 36 indiquent les proportions des résidents de l'Outaouais âgés de 18 à 64 ans qui ont rapporté certaines habitudes de vie dans l'EQSP 2014-2015 et l'ESSOR 2013. En ce qui concerne la consommation de certaines substances psychoactives, les résidents de la région étaient proportionnellement plus nombreux à rapporter en consommer plus que ceux de l'ensemble du Québec. Par exemple, les résultats de l'EQSP 2014-2015 montrent que la proportion de fumeurs de cigarettes (fumeurs actuels) se situait à environ 27 % comparativement à près de 22 % pour l'ensemble du Québec. Les proportions variaient selon les RLS. Elles étaient plus élevées dans les RLS ruraux, surtout dans le RLS de la Vallée-de-la-Gatineau (35 %).

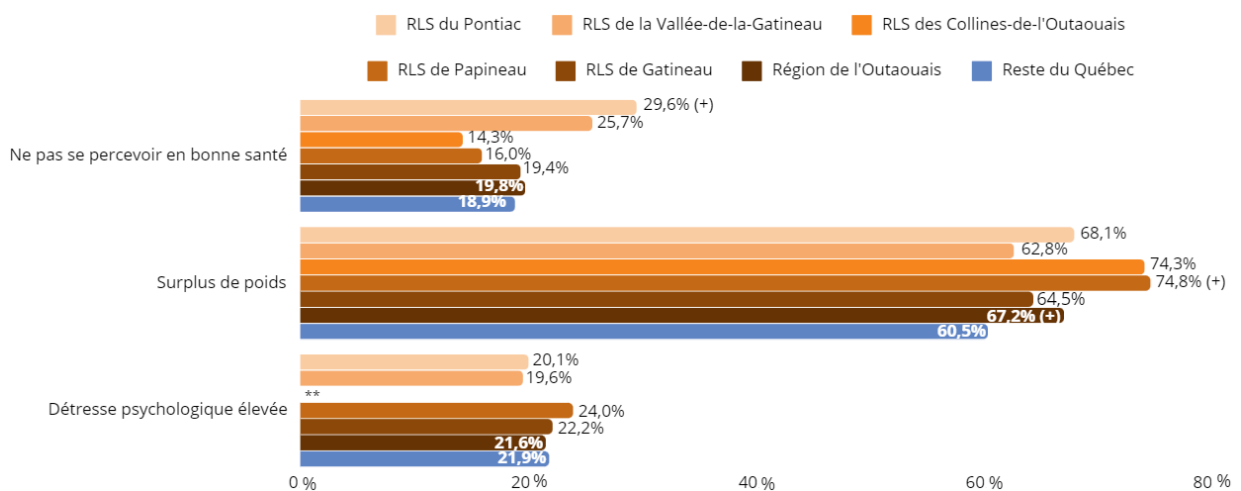
Au sujet de la pratique de l'activité physique, on constate que la proportion des personnes considérées comme étant sédentaires⁶ était élevée dans la région (33 %) comparativement à l'ensemble du Québec (28 %). Les proportions les plus élevées étaient observées dans les RLS de la Vallée-de-la-Gatineau (44 %) et de Papineau (41 %).

4.4 LES PERSONNES ÂGÉES

Les indicateurs décrits dans cette sous-section sont principalement tirés de l'EQSP 2014-2015 et des ESCC 2015-2018. Ces indicateurs renseignent sur l'état de santé physique, mental et sur certaines habitudes de vie des résidents de l'Outaouais âgés de 65 ans et plus lors de la collecte des données des enquêtes mentionnées. Il est à noter que seule l'EQSP 2014-2015 dispose d'information par RLS.

Figure 37: Proportion d'adultes âgés de 65 ans et plus selon certains indicateurs de l'état de santé

Source : Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015



**Données du RLS des Collines-de-l'Outaouais non présentées, car le coefficient de variation est trop élevé.

L'état de santé

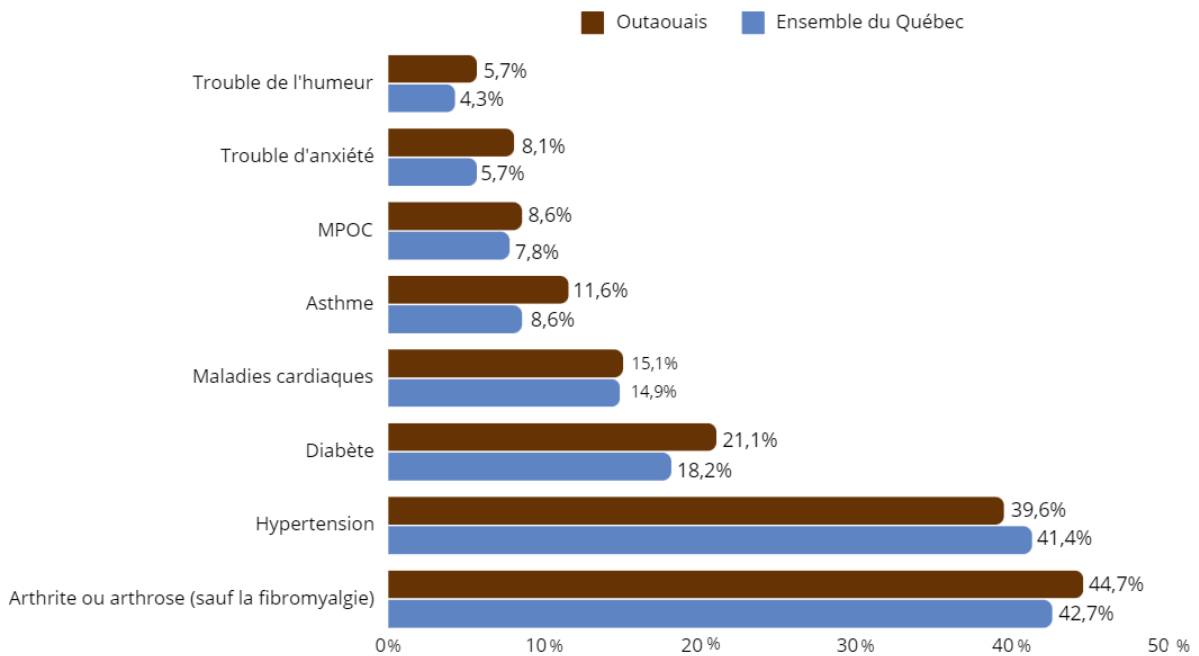
En ce qui concerne l'état de santé physique et mental, les résultats de l'EQSP 2014-2015 (Figure 37), indiquent une proportion élevée des personnes âgées de 65 ans et plus qui avaient rapporté ne pas se percevoir en bonne santé (20 %). Des différences sont notées entre les RLS de la région. Les proportions étaient plus élevées dans les RLS ruraux, surtout dans ceux du Pontiac (30 %) et de la Vallée-de-la-Gatineau (26 %). Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, un peu plus d'une personne sur cinq était à un niveau élevé de détresse psychologique, ce qui représente près de 11 500 personnes âgées dans la région. L'examen des données par RLS indique que les proportions étaient plus élevées dans les RLS de Papineau et de Gatineau (Figure 37).

⁶ La sédentarité correspond à une pratique d'activité physique inférieure à une fois par semaine au cours des quatre dernières semaines, soit : aucune activité ou ne pas faire d'activité physique chaque semaine (Rapport EQSP 2014- 2015, Institut de la statistique du Québec).

Selon les résultats de la même figure, on note également que la proportion des aînés en situation de surplus de poids (embonpoint et obésité) est plus importante en Outaouais (67 %) que dans le reste du Québec (61 %). Les proportions sont près de 75 % pour le RLS de Papineau et celui des Collines-de-l'Outaouais.

Figure 38: Proportion d'adultes âgés de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie chronique

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015-2018

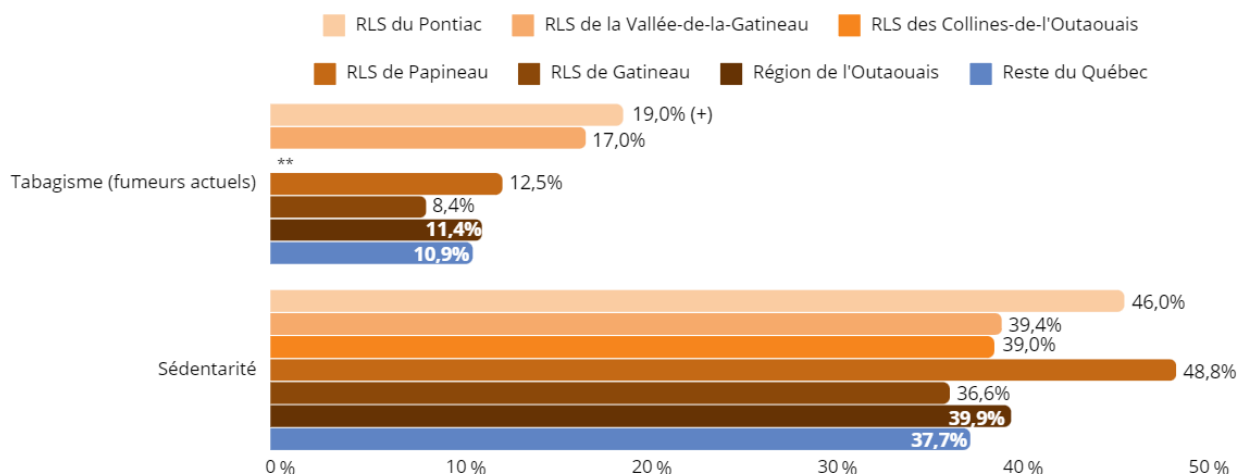


Les données des ESCC 2015-2018 permettent de comparer l'Outaouais et le Québec pour un ensemble de maladies chroniques (Figure 38). Il est important de rappeler que l'information n'est pas disponible par RLS. Comme cela a été observé dans la population âgée de 18 à 64 ans, l'arthrite ou arthrose et l'hypertension sont les deux principales maladies les plus souvent rapportées par les personnes âgées de 65 ans et plus en Outaouais comme dans l'ensemble du Québec.

En ce qui concerne le diagnostic des troubles de santé mentale, les proportions des personnes âgées de 65 ans et plus qui ont rapporté avoir eu un diagnostic de trouble d'anxiété (8 %) ou de trouble de l'humeur (6 %) étaient plus élevées dans la région que dans l'ensemble du Québec (respectivement 6 % et 4 %).

Figure 39: Proportion d'adultes âgés de 65 ans et plus ayant rapporté certaines habitudes de vie

Source : Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015



**Données non présentées pour le RLS des Collines-de-l'Outaouais, car le coefficient de variation est trop élevé.

Les habitudes de vie

La figure 39 présente deux indicateurs mesurés dans l'EQSP 2014-2015 qui renseignent sur les habitudes de vie, notamment le tabagisme et la sédentarité. La proportion des résidents de l'Outaouais âgés de 65 ans et plus qui ont rapporté être des fumeurs de cigarettes actifs est de 11 %. Les proportions d'aînés qui ont rapporté être des fumeurs actifs varient entre 8 % et 19 % selon les RLS. Seul le RLS de Gatineau présente une proportion (8 %) qui demeure inférieure à celle observée au niveau régional.

En lien avec la pratique de l'activité physique, la sédentarité semble toucher plus d'aînés de la région par rapport au reste du Québec selon les résultats de l'EQSP 2014-2015. Les proportions les plus élevées d'aînés sédentaires se retrouvaient dans les RLS de Papineau (49 %) et du Pontiac (46 %).

5. DISCUSSION ET CONCLUSION


L'objectif de ce portrait était de faire le point sur l'état de santé de la population de l'Outaouais et de ses déterminants au cours de la période qui a précédé la pandémie de la COVID-19. Il s'inscrit en complémentarité aux portraits de santé de chacun des 5 réseaux locaux de services (RLS) de la région de l'Outaouais (1-5).

Trois constats se dégagent du portrait global des indicateurs examinés. Premièrement, la comparaison de l'état de santé entre la région de l'Outaouais et le Québec montre plusieurs résultats en défaveur de la région. Deux indicateurs sont particulièrement défavorables, soit l'espérance de vie à la naissance et les années potentielles de vie perdues (APVP). L'espérance de vie à la naissance était inférieure d'un peu plus d'une année par rapport au Québec. Les APVP étaient aussi beaucoup plus élevées dans la région comparativement au Québec. Cela indique que les résidents de la région vivent en général moins longtemps et que l'Outaouais perd de nombreuses années de vie en contribution citoyenne depuis plusieurs années. Cette situation s'observe malgré le fait que le revenu moyen avant impôts et que la proportion de diplômés universitaires de la région soit plus élevée comparativement à ceux de l'ensemble du Québec. Ces constats avaient aussi été faits par le passé (7, 9, 10).

D'autres indicateurs sont également moins favorables dans la région par rapport au Québec concernant la santé physique et la santé mentale. Au sujet de la santé physique, on constate que les limitations d'activités, le surplus de poids et les ITSS sont plus présents en Outaouais comparativement au Québec en plus d'une grande proportion des adultes qui ne se perçoivent pas en bonne santé. On constate aussi que certains troubles de santé mentale (trouble de l'humeur et anxieux) sont davantage rapportés par la population de la région que celle du Québec.

Deuxièmement, certains indicateurs en lien avec les habitudes de vie sont également moins favorables dans la région, en particulier le tabagisme et la pratique de l'activité physique. La consommation de cigarettes a toujours été plus élevée dans la région qu'au Québec depuis la fin des années 80 (11). Malgré la baisse du tabagisme depuis plus de 30 ans en Outaouais, il existe toujours une différence de 4 à 5 points de pourcentage en défaveur de la région (12, 13). De plus, l'écart entre la région et le Québec est noté tout au long du cycle de vie, à partir de l'adolescence. Au sujet de l'activité physique, le pourcentage d'adultes sédentaires est également plus élevé dans la région par rapport au Québec. Ces résultats sont à améliorer quand on considère les bénéfices de l'activité physique régulière et de l'arrêt du tabagisme sur la santé et le bien-être des individus.

Comme troisième constat, l'analyse selon les RLS montre des différences majeures entre les territoires ruraux et urbains/périurbains. À titre d'exemple, le profil de santé des RLS ruraux (Pontiac, Vallée-de-la-Gatineau et Papineau) est souvent moins favorable que celui des RLS urbains/périurbains (Gatineau et les Collines-de-l'Outaouais). L'espérance de vie est plus basse et les pourcentages de personnes en situation d'incapacité sont plus élevés. La sédentarité et la consommation de tabac sont également plus importantes. Ces différences entre les territoires ruraux et urbains existent depuis longtemps (7). Ces résultats s'expliquent probablement en partie par le fait que les territoires ruraux présentent des pourcentages plus élevés de personnes âgées.



Des écarts aussi sont observés pour le revenu entre les RLS ruraux et urbains. Les personnes vivant dans les RLS ruraux sont plus nombreuses à se percevoir comme pauvres ou très pauvres que celles des RLS urbains/périurbains. De plus, elles sont moins nombreuses à posséder un diplôme d'études secondaires. Les données sur ces déterminants de la santé, couplées à celles sur la situation du vieillissement de la population plus prononcée dans les RLS ruraux, doivent éclairer la prise de décision pour l'amélioration du bien-être de la population.

Pour conclure, les résultats présentés dans ce portrait seront utiles pour soutenir les programmes et les actions qui ciblent les priorités de santé publique. Cela inclut entre autres la réduction de la vulnérabilité des tout-petits et le renforcement de la santé mentale des jeunes. À ceci s'ajoute le soutien au vieillissement en santé par la planification des services et des interventions intersectorielles, l'augmentation de l'accès aux logements salubres et abordables, la sécurité alimentaire et l'adaptation aux changements climatiques.

6. LIMITES DES DONNÉES

Afin de guider l'interprétation des résultats présentés dans ce portrait, il est nécessaire de mentionner les limites associées aux deux principales sources des données utilisées pour la production des indicateurs présentés dans le portrait, c'est-à-dire les enquêtes populationnelles et les registres médico-administratifs. Les données issues de ces deux sources peuvent sous-estimer ou surestimer la situation réelle des thématiques analysées.

Au sujet des enquêtes populationnelles, soulignons que les données analysées proviennent des informations auto rapportées par les répondants aux enquêtes. La littérature scientifique rapporte que les réponses aux questions qui concernent les indicateurs mesurant l'état de santé, les comportements ou les habitudes de vie sont teintées par la désirabilité sociale associée à ces indicateurs (14-16).

Pour ce qui est des données issues des registres médico-administratifs, il est pertinent de mentionner que les informations des résidents de l'Outaouais qui ont reçu des services de santé hors Québec ne sont pas systématiquement enregistrées dans les systèmes de surveillance de l'état de santé du Québec. Cela cause la sous-estimation de certains indicateurs de surveillance, notamment les couvertures vaccinales ou l'incidence de l'infection au VIH. De plus, les erreurs ou les retards de saisie dans les registres médico-administratifs peuvent affecter la validité des données de surveillance issues de cette source d'information.

Par ailleurs, il importe de mentionner que certaines données datent de plus de dix ans en raison de l'incomplétude de certains registres médico-administratifs. Ceci est particulièrement vrai pour le Registre des événements démographiques qui inclut les naissances et les décès. La réalité géographique de l'Outaouais fait en sorte que plusieurs naissances et décès de résidents de la région de l'Outaouais surviennent dans la province frontalière de l'Ontario. Afin de pouvoir présenter des données valides et fiables, il est impératif d'utiliser uniquement celles datant des années où le registre est complet, soit lorsque les données ont pu être entièrement rapatriées des registres ontariens vers les registres québécois. Pour le Registre des événements démographiques, il s'agit de l'année 2012.

D'autre part, au moment de la rédaction de ce portrait, les résultats du recensement de 2021 selon le découpage du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que ceux des enquêtes populationnelles réalisées depuis le début de la pandémie de la COVID-19 n'étaient pas disponibles. Conséquemment, il a été impossible de présenter des données au-delà de 2020 à l'exception des estimations et projections démographiques qui couvrent la période de 2019 à 2036.

Finalement, il est à noter que certaines enquêtes populationnelles n'incluent pas les personnes vivant dans des logements institutionnels (ex. : CHSLD ou encore celles des communautés autochtones). Quant au recensement, il inclut les communautés autochtones, bien que seule la communauté Kitigan Zibi Anishinabeg a participé au recensement de 2016.

7. SOURCES DES DONNÉES

Une série de sources de données a été consultée pour préparer le portrait régional. L'accès aux sources de données s'est fait à partir du portail d'information de l'Infocentre de l'Institut national de santé publique du Québec, des sites web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et de Statistique Canada. Ces sources de données sont énumérées ci - dessous :

- Fichier des estimations et projections démographiques produit par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en 2022.
- Fichier des données du recensement de la population de 2016 produit par Statistique Canada.
- Registre des Indiens publié le 31 décembre 2019 par Services aux Autochtones Canada.
- Fichier des données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population réalisée en 2014-2015 par l'ISQ en collaboration avec le MSSS.
- Fichier de maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière de 2014-2015 à 2018-2019 produit par le MSSS.
- Registre des événements démographiques de 2008 à 2012 tenu par l'ISQ.
- Fichier des données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle réalisée en 2012 et en 2017 par l'ISQ en collaboration avec le MSSS.
- Fichier de la liste de cas des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse produit par le MSSS.
- Fichier des données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire réalisée en 2016-2017 par l'ISQ en collaboration avec le MSSS.
- Fichier de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016 et 2017-2018 produit par Statistique Canada.
- Fichier du registre de vaccination tenu par le MSSS.
- Fichier de l'Enquête sociale et de santé outaouaise régionale réalisées en 2013 par l'ISQ en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

8. RÉFÉRENCES

1. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. Portrait sommaire de santé de la population. Réseau local de services de la Vallée-de-la-Gatineau. Période prépandémique. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Outaouais, 2023.
2. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. Portrait sommaire de santé de la population. Réseau local de services de Grande Rivière-Hull-Gatineau. Période prépandémique. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Outaouais, 2023.
3. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. Portrait sommaire de santé de la population. Réseau local de services du Pontiac. Période prépandémique. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Outaouais, 2023.
4. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. Portrait sommaire de santé de la population. Réseau local de services de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation. Période prépandémique. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Outaouais, 2023.
5. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. Portrait sommaire de santé de la population. Réseau local de services des Collines-de-l'Outaouais. Période prépandémique. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Outaouais, 2023.
6. Statistique Canada (2016) Profil du recensement, Recensement 2016.
7. Courteau, J.-P. et Tremble, N. (2004). Variations de la mortalité selon le taux de pauvreté en Outaouais urbain et dans l'ensemble du Québec urbain. Cahiers québécois de démographie ; 25 (2) : 211–240
8. Gamache, P., Hamel, D., et Blaser, C. (2019) L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref [L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref \(inspq.qc.ca\)](https://www.inspq.qc.ca/fr/indicateurs/indicateurs-sociaux/indice-defavorisation-materielle-et-sociale) .
9. 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, 206 p.
10. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (2002). Le portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC. Direction de santé publique, 212 p.
11. Pageau, M. et coll. (2001). Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, Québec, INSPQ, 348 p.
12. Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (2012). La consommation de cigarettes dans la région de l'Outaouais. Bulletin INFO-POP 07 : La santé de l'Outaouais sous surveillance, Numéro 2, décembre, Direction de santé publique.
13. CISSS de l'Outaouais (2018). La consommation de tabac dans la région : examen des dernières années sous l'angle du Plan d'action régional de santé publique 2016-2020. Bulletin INFO-POP 07 : La santé de l'Outaouais sous surveillance, Numéro 17, mars, Direction de santé publique.
14. Derek, L. P. et Kevin, J. C. (1972). Some effects of "social desirability" in survey studies. American Journal of Sociology; 77 (5): 921-940.
15. Latkin, C. A., Edwards, C., Davey-Rothwell, M.A. et coll. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. Addictive Behaviors; 73: 133–136.
16. Swann, A. A., Matthews, C. E., Ebbeling, C. B. et coll. (2005). The Effect of Social Desirability and Social Approval on Self-Reports of Physical Activity. American Journal of Epidemiology; 161 (4): 389–398.

9. DESCRIPTION DES INDICATEURS

Années potentielles de vie perdues : Le taux des APVP est une mesure de l'importance (fardeau) d'un problème de santé vue sous l'angle de la mortalité prématurée. Cet indicateur prend tout son sens pour des maladies ou des traumatismes qui génèrent un certain nombre de décès, dont la survenue arrive plus tôt qu'un seuil d'âge établi. La limite d'âge de 75 ans a été établie pour le calcul des APVP. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Couverture vaccinale : La couverture vaccinale correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné. (Source : Impacts des programmes de vaccination. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : [Données de couverture vaccinale au Québec - Impacts des programmes de vaccination - Professionnels de la santé - MSSS \(gouv.qc.ca\)](#)).

La couverture vaccinale complète pour les tout-petits correspond à la proportion des enfants âgés de 3, 15, 24 mois ou 3 ans, ayant adéquatement reçu toutes les doses de vaccins prévues aux âges et aux intervalles recommandés par le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Détresse psychologique : Les questions utilisées pour mesurer la détresse psychologique se fondent sur les travaux de Kessler et autres (2002). La version à six questions a été utilisée pour mesurer la détresse psychologique. Les catégories du niveau de détresse psychologique sont : 1) Faible (score global inférieur ou égal à 1) 2) Moyen (score global supérieur à 1 et inférieur à 7) 3) Élevé (score global supérieur ou égal à 7). Cette dernière catégorie a été utilisée pour établir la prévalence de la détresse. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Espérance de vie à la naissance : L'espérance de vie est un indicateur de la santé d'une population dont l'usage est très répandu. C'est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie. Dans le calcul de l'espérance de vie à la naissance, on fait parcourir tous les âges de la vie à un effectif fictif de nouveau-nés, en lui faisant subir, à ces divers âges, les probabilités de décéder qui ont été observées durant une période donnée. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Estimations démographiques : Les estimations démographiques sont effectuées dans l'objectif de corriger les résultats des recensements afin de tenir compte du sous-dénombrement net et des réserves partiellement dénombrées et de fournir des données populationnelles annuelles entre deux recensements quinquennaux. (Source : Le compte de la population : explication des chiffres disponibles. Institut de la statistique du Québec (ISQ): [Le compte de la population : explication des chiffres disponibles \(quebec.ca\)](#)).

Harcèlement psychologique : Le harcèlement psychologique au travail a été mesuré à partir de cette question posée dans l'EQSP 2014-2015 : Au cours des 12 derniers mois, à votre emploi (principal) actuel, avez-vous été l'objet de harcèlement psychologique, c'est-à-dire des paroles ou des actes répétés qui ont porté atteinte à votre dignité ou à votre intégrité ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Jamais 2) Une fois 3) De temps en temps 4) Souvent 5) Très souvent. Les catégories « Une fois », « De temps en temps », « Souvent » et « Très souvent » ont été regroupées afin de calculer la proportion des travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Immigrant : Le terme désigne une personne qui est, ou qui a déjà été, un immigrant reçu ou résident permanent. Il s'agit d'une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence. Les immigrants qui ont obtenu la citoyenneté canadienne par naturalisation sont compris dans ce groupe. (Source : Dictionnaire, Recensement de la population, 2016. Statistique Canada : [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 - Immigrant \(statcan.gc.ca\)](#)).

Indice de défavorisation : L'indice de défavorisation est composé de certaines caractéristiques socioéconomiques de la population d'un territoire et a souvent été utilisé comme substitut d'information sur le statut socioéconomique des individus.

L'indice de défavorisation comprend deux dimensions :

La dimension matérielle qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante des personnes résidant dans un territoire et ayant comme conséquence un manque de ressources matérielles (évaluée par l'éducation, l'emploi et le revenu).

La dimension sociale qui renvoie à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté (évaluée par le fait de vivre seul, d'être monoparental et d'être séparé, divorcé ou veuf). L'indice de défavorisation matérielle et sociale regroupe ainsi six indicateurs qui ont été choisis pour leur relation avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation. Ces indicateurs sont : la proportion de personnes de 15 ans et plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires ; la proportion de personnes occupées (ayant un emploi) chez les 15 ans et plus ; le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus ; la proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur domicile ; la proportion de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves ; la proportion de familles monoparentales. (Source : Indice de défavorisation matérielle et sociale. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : [Indice de défavorisation matérielle et sociale | Institut national de santé publique du Québec \(inspq.qc.ca\)](#)).

Langue parlée le plus souvent à la maison : La langue parlée le plus souvent à la maison désigne la langue que la personne parle le plus souvent à la maison au moment de la collecte des données du recensement de 2016. Une personne peut déclarer plus d'une langue comme étant « parlée le plus souvent à la maison » si les langues sont parlées aussi souvent l'une que l'autre. (Source : Dictionnaire, Recensement de la population, 2016. Statistique Canada : [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 - Langue parlée le plus souvent à la maison \(statcan.gc.ca\)](#)).

Limitations d'activités : Difficultés qu'une personne pourrait avoir à faire certaines activités en raison de problèmes ou de conditions de santé physique ou mentale ou tout autre problème lié à la santé. (Source : Dictionnaire, Recensement de la population, 2016. Statistique Canada : [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 - Activités de la vie quotidienne \(statcan.gc.ca\)](#)). Il est à noter que seulement les difficultés ou conditions à long terme qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus devraient être considérées.

Maladies chroniques : Par maladie chronique, on sous-entend un problème de santé de longue durée, soit un état qui devrait durer ou qui dure depuis 6 mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on a demandé aux répondants s'ils avaient ou souffraient de certaines maladies chroniques (ex. hypertension, diabète, arthrite, etc.). (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Naissances de faible poids : Les naissances de faible poids réfèrent aux nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 grammes. Ceux dont le poids est inférieur à 1 500 grammes sont considérés de très faible poids. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Naissances prématurées : Les naissances prématurées réfèrent aux naissances avant terme, c'est-à-dire de moins de 37 semaines entières de gestation. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Nombre d'heures de sommeil recommandées pendant la semaine d'école : L'indicateur est construit à partir de deux questions. Habituellement, vers quelle heure fermes-tu la lumière pour dormir pendant la semaine d'école (du dimanche au jeudi) ? (Arrondir aux 15 minutes près). Habituellement, vers quelle heure te réveilles-tu le matin pendant la semaine d'école (du lundi au vendredi) ? (Arrondir aux 15 minutes près). Pour obtenir le nombre d'heures de sommeil quotidiennes pendant la semaine d'école, la différence entre l'heure du réveil et l'heure de fermeture de la lumière a été calculée. Les répondants de 13 ans et moins qui ont dormi habituellement entre 9 et 11 heures la nuit, les répondants de 14 à 17 ans qui ont dormi habituellement entre 8 et 10 heures la nuit et les répondants de 18 ans et plus qui ont dormi habituellement entre 7 et 9 heures la nuit ont été comptés dans la population des élèves du secondaire ayant le nombre recommandé d'heures de sommeil pendant la semaine d'école. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Personne sans diplôme d'études secondaires : Désigne une personne sans diplôme d'études secondaires ou d'attestation d'équivalence. Les diplômes ou certificats d'études secondaires comprennent les diplômes ou certificats scolaires ou professionnels obtenus à l'achèvement des études secondaires. (Source : Dictionnaire, Recensement de la population, 2016. Statistique Canada : [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 - Diplôme d'études secondaires ou attestation d'équivalence \(statcan.gc.ca\)](#)).

Population qui s'identifie aux peuples autochtones du Canada : Désigne les personnes s'identifiant aux peuples autochtones du Canada. Il s'agit des personnes qui sont de Premières Nations (Indiens de l'Amérique du Nord), Métis ou Inuk (Inuit) et/ou les personnes qui sont des Indiens inscrits ou des traités (aux termes de la *Loi sur les Indiens* du Canada) et/ou les personnes membres d'une Première Nation ou d'une bande indienne. L'article 35 (2) de la *Loi constitutionnelle* de 1982 précise que les peuples autochtones du Canada incluent notamment des Indiens, des Inuits et des Métis du Canada. (Source : Dictionnaire, Recensement de la population, 2016. Statistique Canada : [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 - Identité autochtone \(statcan.gc.ca\)](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-626-x/2016001/article/00001-eng.htm)).

Pourcentage d'adultes ayant déclaré ne pas se percevoir pas en bonne santé mentale : L'indicateur est construit à partir d'une question : En général, diriez-vous que votre santé est ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Excellente 2) Très bonne 3) Bonne 4) Passable 5) Mauvaise. Les catégories « Passable » et « Mauvaise » ont été regroupées afin de calculer la proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage d'adultes ayant déclaré être des fumeurs de cigarettes : L'indicateur est construit à partir d'une question posée dans l'EQSP 2014-2015 : Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Tous les jours 2) À l'occasion 3) Jamais. Les catégories « Fumeurs réguliers » et « Fumeurs occasionnels » ont été regroupées afin de calculer la proportion de fumeurs actuels de cigarettes. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage d'adultes ayant déclaré avoir consommé des drogues au cours des 12 derniers mois : L'indicateur est construit à partir de dix questions. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris ou essayé de la marijuana, du cannabis, du pot ou du haschich ? De la cocaïne ou du crack (coke, free base, poudre) ? Amphétamines (speed) ? Ecstasy ou autres substances semblables (MDMA, E, XTC, X, pilule, extase, dove, Love drug) ? Drogues hallucinogènes, PCP, LSD, acide, buvard ou champignons ? Héroïne (smack) ? Crystal meth ou méthamphétamines (ice) ? Kétamine (special K) ? Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris ou essayé des médicaments qui ne vous étaient pas prescrits pour avoir un effet, par exemple du dilaudid ou des benzodiazépines comme du valium ou des ativans, etc. (du librium, du dalmane, de l'halcion, du ritalin, de la morphine, de la codéine, etc.) ? Au cours des 12 derniers mois, avez-vous inhalé de la colle, de l'essence ou d'autres solvants ? (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage d'adultes ayant déclaré avoir une consommation excessive d'alcool : L'indicateur est construit à partir d'une question (la question suivante a été posée aux répondants ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête) : Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool (hommes)/4 verres ou plus d'alcool (femmes) à une même occasion ? Les catégories de réponses pour cette question sont : 1) Jamais 2) Moins d'une fois par mois 3) Une fois par mois 4) 2 à 3 fois par mois 5) Une fois par semaine 6) Plus d'une fois par semaine. Les catégories « Une fois par mois », « 2 à 3 fois par mois », « Une fois par semaine » et « Plus d'une fois par semaine » ont été regroupées afin de calculer la proportion de consommation excessive d'alcool. Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage d'adultes ayant déclaré ne pas se percevoir en bonne santé : L'indicateur est construit à partir d'une question : En général, diriez-vous que votre santé est ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Excellente 2) Très bonne 3) Bonne 4) Passable 5) Mauvaise. Les catégories « Passable » et « Mauvaise » ont été regroupées afin de calculer la proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage de jeunes du secondaire ayant déclaré avoir fumé la cigarette : L'indicateur est construit à partir de quatre questions posées dans l'EQSJS 2016-2017 : As-tu déjà essayé de fumer la cigarette, même si c'est juste quelques « puffs » ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Oui 2) Non. La question suivante a été posée uniquement aux personnes qui ont répondu « Oui » à cette question. As-tu déjà fumé une cigarette au complet ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Oui 2) Non. La question suivante a été posée uniquement aux personnes qui ont répondu « Oui » à la question précédente. As-tu fumé 100 cigarettes ou plus au cours de ta vie ? (100 cigarettes correspondent à 4 paquets de 25 cigarettes). Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Oui 2) Non. La question suivante a été posée uniquement aux personnes qui ont répondu « Oui » à la question précédente. Au cours des 30 derniers jours, as-tu fumé la cigarette, même si c'est juste quelques puffs ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Non, je n'ai pas fumé au cours des 30 derniers jours 2) Oui, tous les jours 3) Oui, presque à tous les jours 4) Oui, quelques jours. Les catégories « Fumeurs quotidiens » et « Fumeurs occasionnels » ont été regroupées afin de calculer la proportion de fumeurs actuels de cigarette chez les élèves du secondaire. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage de jeunes du secondaire ayant déclaré fumer le cigarillo ou le petit cigare (30 derniers jours) : L'indicateur est construit à partir d'une question. Au cours des 30 derniers jours, as-tu fumé le cigarillo ou le petit cigare, même si c'est juste quelques puffs ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Non, je n'ai pas fumé le cigarillo ou le petit cigare au cours des 30 derniers jours 2) Oui, tous les jours 3) Oui, presque à tous les jours 4) Oui, quelques jours 5) Oui, un ou deux jours. Les élèves ayant fumé le cigarillo ou le petit cigare au cours des 30 derniers jours sont ceux ayant répondu « Oui, à tous les jours », « Oui, presque à tous les jours », « Oui, quelques jours » ou « Oui, un ou deux jours ». (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage de jeunes du secondaire en surplus de poids : Le surplus de poids est une des catégories de l'indicateur du statut pondéral.

L'indicateur est déterminé par la valeur de l'indice de masse corporelle (IMC). Dans l'EQSJS 2016-2017, l'IMC a été évalué à partir des réponses à ces deux questions : 1) Combien mesures-tu (sans tes chaussures) ? 2) Combien pèses-tu ? Le calcul de l'IMC se fait en divisant le poids d'une personne par sa taille au carré (kg/m^2).

Le statut pondéral est classifié en trois catégories : insuffisance de poids, poids normal, embonpoint et obésité. Le surplus de poids regroupe les catégories « embonpoint » et « obésité ». Chez les jeunes de 17 ans et moins, le système de classification tient compte de la croissance et du sexe. (Source : CAMIRAND, Hélène. « Statut pondéral, apparence corporelle et actions à l'égard du poids » dans Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. La santé physique et les habitudes de vie des jeunes, Québec, Institut de la statistique du Québec (ISQ), Tome 3, p. 165193).

Pourcentage de jeunes du secondaire ayant déclaré avoir été victime de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation durant l'année scolaire : Cet indicateur est construit à partir de huit questions dont six questions sur la violence à l'école ou sur le chemin de l'école proviennent de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois de 1999. Ces questions ont aussi été utilisées dans l'Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire en Mauricie, 2003 et dans l'enquête Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie, 1998. Une question sur la menace par des membres d'un gang qui provient de l'Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais 2003 et une autre question originale à l'EQSJS sur la cyberintimidation ont été ajoutées. L'indicateur désigne les élèves du secondaire qui ont répondu « Oui » à au moins une des huit questions portant sur les situations où ils ont vécu une forme de violence. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage de jeunes du secondaire ayant déclaré avoir reçu un diagnostic médical d'anxiété, de dépression et de trouble de l'alimentation : Cet indicateur est construit à partir de trois questions : Est-ce que tu souffres de l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants confirmés par un médecin ou un spécialiste de la santé ? 1) Anxiété 2) Dépression 3) Trouble alimentaire (anorexie, boulimie). Les catégories de réponse pour ces questions sont : 1) Oui 2) Non. L'indicateur désigne les élèves du secondaire qui ont répondu « Oui » à au moins une des trois questions portant sur les problèmes de santé confirmés par un médecin ou un spécialiste de la santé. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage de jeunes du secondaire ayant déclaré avoir un sentiment d'appartenance faible à leur école : L'indicateur est construit à partir de cinq questions : À quel point es-tu en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants à propos de ton école ? 1) Je me sens proche des personnes dans cette école 2) Je suis heureux de fréquenter cette école 3) Je sens que je fais partie de cette école 4) Les enseignants de cette école traitent les élèves de manière équitable 5) Je me sens en sécurité dans mon école. Les catégories de réponse pour ces questions sont : 1) Fortement en désaccord 2) En désaccord 3) Ni en accord ni en désaccord 4) En accord 5) Fortement en accord. Les catégories du niveau d'appartenance à son école sont : 1) Faible (score global inférieur à 2,5) 2) Moyen (score global supérieur ou égal à 2,5 et inférieur ou égal à 3,75) 3) Élevé (score global supérieur à 3,75). L'indicateur retenu désigne les élèves du secondaire ayant un sentiment d'appartenance faible à leur école. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage de jeunes du secondaire ayant déclaré avoir doublé au moins une année scolaire : L'indicateur désigne les élèves qui ont déjà doublé une année scolaire au primaire ou au secondaire. Il est construit à partir de cette question : As-tu déjà doublé une année scolaire, au primaire ou au secondaire ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Non 2) Oui, une année 3) Oui, deux années 4) Oui, trois années ou plus. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Pourcentage de la population ayant déclaré se percevoir pauvre ou très pauvre : L'indicateur a été mesuré à l'aide de la question suivante : Comment percevez-vous votre situation financière par rapport aux gens de votre âge ? Les catégories de réponse pour cette question sont : 1) Vous vous considérez à l'aise financièrement 2) Vous considérez que vos revenus sont suffisants pour répondre à vos besoins fondamentaux ou à ceux de votre famille 3) Vous vous considérez pauvre 4) Vous vous considérez très pauvre. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Projections démographiques : Les projections de population sont des simulations du futur. Elles sont basées sur l'examen approfondi des tendances passées et récentes et sur un ensemble d'hypothèses quant à l'évolution des composantes démographiques : la fécondité, la mortalité, les migrations externes et les migrations internes. Ces projections ne constituent pas une prédiction de l'avenir, mais visent plutôt à présenter un futur possible, si les tendances se maintiennent. Des scénarios se basant sur des hypothèses plus théoriques peuvent aussi être élaborés. (Source : Le compte de la population : explication des chiffres disponibles. Institut de la statistique du Québec (ISQ): [Le compte de la population : explication des chiffres disponibles \(quebec.ca\)](http://www.quebec.ca)).

Revenu moyen avant impôt : Le revenu moyen des particuliers désigne le montant en dollars obtenu en divisant le revenu total (avant impôt) de tous les particuliers âgés de 15 ans et plus ayant déclaré un revenu l'année précédant le recensement par le nombre de particuliers ayant un revenu. Le revenu total (avant impôt) est la somme des revenus reçus par les personnes de 15 ans et plus provenant de toutes les sources durant l'année civile précédant le recensement. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Sédentarité : La sédentarité correspond à une pratique d'activité physique inférieure à une fois par semaine au cours des quatre dernières semaines, soit : aucune activité ou ne pas faire d'activité physique chaque semaine. (Source : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p.).

Seuil de faible revenu avant impôt : Les seuils de faible revenu avant impôts se définissent comme des niveaux de revenu selon lesquels on estime que les familles ou les personnes hors famille consacrent 20 % de plus que la moyenne générale de leur revenu avant impôt aux besoins primaires comme la nourriture, le logement et l'habillement (Statistique Canada, 2017). (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Surplus de poids (embonpoint et obésité) chez les adultes : Le surplus de poids est une des catégories de l'indicateur du statut pondéral mesuré dans l'EQSP 2014-2015.

L'indicateur est déterminé par la valeur de l'indice de masse corporelle (IMC). Ce dernier correspond au rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'une personne (en mètres). L'IMC permet de classer le poids en intervalles associés au risque pour la santé. Des normes internationales et canadiennes ont été établies pour catégoriser l'IMC chez les adultes. Selon ces normes, une personne dont l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m² présente un poids insuffisant. Un IMC normal est égal ou supérieur à 18,5 kg/m² et inférieur à 25 kg/m². Un IMC égal ou supérieur à 25,0 kg/m² et inférieur ou égal à 29,9 kg/m² signale de l'embonpoint tandis qu'un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m² est considéré comme de l'obésité.

Le surplus de poids combine l'embonpoint et l'obésité (IMC égal ou supérieur à 25 kg/m²). (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Taux ajustés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée : L'indicateur est produit à partir du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour un diagnostic principal. Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Ce diagnostic est, de façon générale, étroitement relié à la raison de l'hospitalisation. Sont exclus : les hospitalisations pour troubles mentaux, les soins infirmiers d'un jour (chirurgies d'un jour depuis 1995), les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

Vulnérabilité dans au moins un domaine de développement : La vulnérabilité dans les domaines de développement est mesurée à l'aide de l'Instrument de mesure de la petite enfance (IMDPE). L'IMDPE permet de distinguer les groupes d'enfants vulnérables dans la population étudiée selon cinq domaines de développement : santé physique et bien-être ; compétences sociales ; maturité affective ; développement cognitif et langagier ; habiletés de communication et connaissances générales. Pour chacun des domaines, le seuil de vulnérabilité de l'IMDPE est déterminé à partir de la distribution des scores de l'ensemble des enfants québécois évalués dans le cadre de l'enquête. Les enfants dont le score est égal ou sous le seuil du 10e centile sont dits vulnérables dans ce domaine de développement. (Source : Infocentre de santé publique – fiche de l'indicateur).

10. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DES ANALYSES

La presque totalité des données présentées dans ce document provient du portail de l'Infocentre de santé publique (PISP) de l'INSPQ (<https://www.infocentre.inspq.qc.ca/>)⁷. C'est un portail informationnel qui contient de l'information sur des indicateurs inscrits au Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (sur le site du PISP, il faut aller à l'onglet PNS). Grâce à des requêtes paramétrables, il a été possible d'obtenir de l'information numérique sur les indicateurs retenus pour ce portrait. Les résultats des requêtes ont été obtenus et intégrés au document lors des mois de juin, juillet, août et septembre 2022. D'autres sources d'informations ont également été utilisées afin de produire ce document, soit les données d'estimations et de projections, produites en juillet 2022 par l'ISQ et les données de l'Enquête sociale et de santé outaouaise régionale 2013 (ESSOR). Ces deux dernières enquêtes ont été réalisées en Outaouais. Les données collectées ne se retrouvent donc pas sur le PISP.

La comparabilité de la région de l'Outaouais avec la province de Québec n'a pas toujours été possible. Cette situation a été rencontrée lorsque des données de l'ESSOR 2013 ont été présentées. Cette enquête était à portée régionale, ce qui explique qu'aucune information n'était accessible pour la province de Québec.

La région de l'Outaouais a été comparée au *reste du Québec* dans le cadre de trois enquêtes populationnelles, soit pour l'EQDEM 2017, l'EQSJS 2016-2017 et l'EQSP 2014-2015. Les résultats des tests statistiques utilisés sont ceux disponibles à partir du PISP. Le seuil alpha retenu a toujours été de 0,05. De plus, les données de deux cycles d'enquêtes de l'Enquête sur les collectivités canadiennes (ESCC) ont été combinées (2015-2016 et 2017-2018) afin d'obtenir une prévalence moyenne pour les maladies chroniques pour la période allant de 2015 à 2018. Il n'y avait pas la possibilité de faire un test statistique à partir de la plate-forme du PISP. Les tests ont donc été effectués à partir de la comparaison des intervalles de confiance à 95 % générés à partir d'un utilitaire Excel disponible à la DSPu. Les tests statistiques ont été utilisés pour comparer les données des deux cycles d'enquête de l'EQDEM (Proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement et dans chacun des 5 domaines mesurés par l'EQDEM).

Les données de l'EQSP 2014-2015 ont été utilisées pour les personnes âgées de 18 à 64 ans et pour celles âgées de 65 ans et plus. Il est important de mentionner qu'aucun test statistique n'était disponible pour la tranche d'âge des 18 à 64 ans sur le PISP. Une comparaison des intervalles de confiance à 95 % a donc été faite grâce à l'utilitaire Excel. Pour le groupe des personnes de 65 ans et plus, il a été possible d'utiliser les tests statistiques ou de comparer les intervalles de confiance à 95 % disponibles sur le PISP. Il est important de mentionner que les données, pour les personnes de 18 à 64 ans de la région de l'Outaouais, ont été comparées à l'ensemble du Québec et non au reste du Québec. Le même genre de comparaison a été effectué avec les données du recensement de 2016 et les données de couverture vaccinale.⁸

⁷ Le portail de l'Infocentre n'est accessible qu'aux personnes du réseau de la santé et des services sociaux.

⁸ Aucun test statistique n'a été effectué pour les données du recensement et de couverture vaccinale.

Les données de ce portrait ont été présentées sous forme de proportion, de taux ou de nombre. Les proportions/taux ont été présentés dans ce document selon différents types de dénominateurs, correspondant la plupart du temps à des conventions dans le domaine de la surveillance. Par exemple, les APVP ont été présentées pour 100 000 personnes et les hospitalisations en soins physiques de courte durée pour 10 000 personnes. La mortalité infantile est plutôt présentée pour 1 000 naissances vivantes. Les taux ajustés ont été présentés pour les APVP et les hospitalisations en soins physiques de courte durée. La population de référence sélectionnée dans le PISP pour la standardisation a toujours été la population du Québec en 2011. Il faut donc être vigilant lors de la lecture du document lorsque l'on présente des informations dérivées du fichier des décès et de celui de la clientèle hospitalière.

Au sujet des données portant sur les fichiers administratifs, il a été décidé de présenter les données de la période de 2008 à 2012, car depuis 2013, les données de plusieurs fichiers sont incomplètes pour la région. On fait référence ici aux fichiers des naissances (prématurité et faible poids à la naissance) et des décès (espérance de vie à la naissance, mortalité infantile, APVP). Considérant que les données sur les hospitalisations sont considérées comme étant complètes, elles ont été présentées pour la période quinquennale allant de 2014-2015 à 2018-2019, soit la période la plus récente avant le début de la pandémie. Il est à noter que ces années représentent des années financières, du 1^{er} avril au 31 mars, et impactent donc deux années civiles. Pour tous les autres indicateurs, les années présentées le sont pour des années civiles, allant du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Enfin, l'âge des répondants dans les enquêtes populationnelles varie. Dans l'ESCC, les répondants avaient 12 ans et plus au moment de la collecte de l'information, tandis que dans l'EQSP et dans l'ESSOR, l'âge des répondants était plutôt de 15 ans et plus, et 18 ans et plus, respectivement. À l'intérieur même de certaines enquêtes, l'âge différait selon certains indicateurs. En effet, pour les MPOC, l'âge des répondants était de 35 ans et plus. Dans l'EQSP, l'indicateur portant sur le harcèlement psychologique au travail a pu être calculé uniquement à partir des personnes âgées de 20 ans et plus. Il faut donc être vigilant lors de la lecture de ce document, car l'âge des répondants peut varier selon l'indicateur présenté.

Dans le document, le symbole (+) ou (-) indique une différence statistiquement significative au seuil de 5% entre les proportions ou les taux comparés.