
ANNEXES

- **Aspects méthodologiques**
- **Géographie des RLS (CSSS) et CLSC de l'Outaouais**

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

SOURCES DE DONNÉES

Les données présentées dans ce Portrait de santé proviennent de deux grands types de sources d'information : les enquêtes et les fichiers administratifs. Les enquêtes incluent les recensements et les enquêtes par échantillonnage (Statistique Canada, 2003).

1. Les enquêtes

1.1. Les recensements

Les données du recensement canadien ont été utilisées dans le cadre de ce Portrait. Elles servent à fournir des informations sur certaines caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population (INSPQ, 2006). Des informations ont été recueillies sur l'ensemble des ménages (questionnaire court), tandis que d'autres ont été recueillies dans un ménage sur cinq (questionnaire long). Ces dernières concernent particulièrement les caractéristiques socioéconomiques (taux d'emploi et de chômage, type de profession et d'industrie et revenu des particuliers). Les informations obtenues à partir du questionnaire court portent surtout sur les effectifs de la population, la répartition selon l'âge et le sexe et sur le statut matrimonial.

Les recensements canadiens ont lieu tous les cinq ans. Les données présentées dans ce document portent sur les années 1996, 2001 ou 2006 et varient en fonction des indicateurs exposés.

1.2. Les enquêtes par échantillonnage

Les données des ESCC ont été utilisées dans le cadre de ce Portrait. Elles visent à fournir des informations sur certains déterminants de la santé (surplus de poids, tabagisme, consommation de fruits et légumes, soutien social, etc.) et sur l'état de santé subjectif de la population (perception de l'état de santé, présence de maladies chroniques, etc.). Une enquête permet d'obtenir de l'information sur une partie des individus (échantillon) faisant partie d'une population. Un échantillonnage probabiliste aléatoire simple permet de formuler des inférences à l'ensemble de la population à partir des observations tirées de l'échantillon (Statistique Canada, 2003). Il est à noter toutefois que le plan d'échantillonnage de l'ESCC est complexe au niveau de la sélection des ménages et des individus. Aussi, l'échantillon est constitué de deux bases de sondage, une base aréolaire et une base téléphonique, ce qui a engendré des problèmes de comparabilité par le passé (autant dans le temps que dans l'espace). L'utilisation de « l'effet de plan » pour la région permet d'obtenir des estimations correspondant à un plan d'échantillonnage aléatoire simple. Ces estimations peuvent alors être inférées à l'ensemble de la population comme mentionné ci-dessus.

Les données de l'ESCC 2007-2008 sont présentées dans ce Portrait afin de présenter l'information la plus récente¹. Quelquefois, les données de l'ESCC 2005 sont présentées, car l'information n'est pas disponible pour la période 2007-2008 (test PAP et mammographie par exemple). Les données de l'enquête de 2003 sont aussi fréquemment citées, car elles sont les plus récentes disponibles sur le plan infrarégional, soit par CSSS et par CLSC.

2. Les fichiers administratifs

Plusieurs fichiers administratifs et clinico-administratifs ont été utilisés dans le cadre de ce Portrait. Les plus importants sont les fichiers des décès, ceux des naissances vivantes et des hospitalisations, de la *Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière* (MED-ÉCHO). Le fichier des décès contient des renseignements personnels sociosanitaires

¹ Un seul indicateur est dérivé de l'EQSP 2008, soit celui sur la détresse psychologique.

sur les décès de la population du Québec. Le fichier des naissances vivantes contient aussi des renseignements personnels sociosanitaires sur les naissances vivantes de la population du Québec. En dernier lieu, le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO contient également des renseignements personnels clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne admise ou inscrite en chirurgie d'un jour dans un centre hospitalier du Québec. Les informations utiles au calcul des taux bruts des hospitalisations en soin physique de courte durée ont été exploitées dans le cadre de ce Portrait.

Les données sur les lésions professionnelles déclarées et indemnisées par la CSST sont tirées du système d'information en santé et sécurité au travail (SISAT) et celles sur les maladies infectieuses proviennent du fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

OBTENTION DES DONNÉES

La plupart des données présentées dans ce Portrait de santé sont issues de requêtes faites à l'Infocentre de santé publique (ISP) au cours des mois d'octobre 2010 à avril 2011. L'information pour deux indicateurs, soit la proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs et la limitation et la participation à des activités, provient plutôt de CANSIM de Statistique Canada. Certains indicateurs ont été calculés à partir de matériel disponible à la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (Agence). Ces indicateurs portent sur les maladies infectieuses, les naissances de mères ayant moins de 11 années de scolarité et les différents taux d'hospitalisations. Les indicateurs relatifs à l'environnement social (criminalité juvénile, crimes violents et violence conjugale) ont été calculés en utilisant les données disponibles sur le site électronique du ministère de la Sécurité publique.

Dans ce document, la presque totalité des indicateurs mesurés à partir de données d'enquêtes populationnelles provient des ESCC. Les calculs ont été effectués à l'ISP à partir du Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMDG). Les données les plus récentes présentées dans ce document sont celles de l'ESCC 2007-2008. Les données selon le sexe et certains groupes d'âge sont également présentées. Il est important de mentionner que la plupart des données sont ordonnées selon trois groupes d'âge : 12 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. L'information se retrouve assez facilement à l'ISP pour les deux derniers groupes². Les estimations pour les personnes âgées de 12 à 44 ans ont été calculées à partir du FMDG de l'ESCC 2007-2008 disponible à la DSP de l'Agence.

Il est à noter que les informations par territoires infrarégionaux (CSSS et CLSC) ne sont pas disponibles à l'ISP, mais plutôt à la DSP de l'Agence³.

PRÉSENTATION DE DONNÉES

Les données de recensement sont habituellement présentées pour l'année 2006. Il est à noter que pour certains indicateurs, les données de 1996 ou de 2001 sont également citées. En ce qui concerne les données d'enquêtes, les données les plus récentes sont présentées et les données de 2003 sont aussi fournies pour les estimations infrarégionales.

Les données relatives aux fichiers administratifs portent généralement sur des périodes de cinq ans. Les fichiers des décès ont permis d'avoir des informations sur les causes spécifiques de décès. Dans ce cas précis, les taux sont calculés sur la période 2000 à 2004. Il a été décidé d'utiliser cette période pour les causes spécifiques puisque les décès de résidents de l'Outaouais en Ontario sont inclus à haute certitude dans ces fichiers. Pour d'autres indicateurs, soit la mortalité toutes causes, les APVP et l'espérance de vie à la naissance, la période 2003 à 2007 a pu être utilisée, car le décompte total des décès semble bon jusqu'en 2007.

2 Pour quelques indicateurs, les groupes d'âge varient pour se conformer à la présentation de l'ISP.

3 Aucun test statistique n'a été fait entre les entités infrarégionales (CSSS, CLSC) et la province de Québec puisque des informations importantes sont indisponibles (par exemple, les effets du plan par entité infrarégionale).

D'autres indicateurs liés à la santé périnatale (faible poids à la naissance, prématurité et taux de fécondité) ont été calculés à partir des données du fichier des naissances. La dernière période de cinq ans de 2003 à 2007 a été retenue puisque les naissances de résidentes de l'Outaouais en Ontario sont incluses dans les fichiers. La seule exception porte sur les naissances de femmes ayant moins de 11 années de scolarité; en effet, la période examinée est de 2000 à 2008 afin d'obtenir la puissance statistique nécessaire.

Enfin, les données des hospitalisations sont dérivées du système MED-ÉCHO et de la *Base de données sur les congés des patients* (Discharge Abstract Database [DAD]) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données du DAD permettent de documenter la partie des hospitalisations de résidents de la région de l'Outaouais qui ont lieu en Ontario. Par conséquent, les données des hospitalisations sont considérées exhaustives pour la période examinée. La période qui a été retenue est celle de 2006 à 2009 et elle fait référence, exceptionnellement, à des années budgétaires.

Les données sont surtout présentées sous forme de proportions ou de taux. Quelquefois, elles sont également présentées sous forme de nombres, comme pour certaines maladies infectieuses beaucoup moins fréquentes (infections à pneumocoque et coqueluche). Une proportion correspond au rapport d'une partie à un tout et s'exprime sous forme de pourcentage. La partie du numérateur est donc incluse au dénominateur. Un taux correspond au rapport du nombre de cas moyen survenus dans une population durant une période (habituellement de cinq ans), à la population moyenne durant cette même période. Les taux ont été présentés selon différents types de dénominateurs, correspondant la plupart du temps à des conventions. Par exemple, les taux de mortalité sont présentés par 100 000 et ceux des hospitalisations par 10 000. Il faut donc être vigilant dans la lecture des indicateurs et du tableau de bord. La présentation de proportions ou de taux permet de comparer l'ampleur des phénomènes entre deux populations (par exemple, l'Outaouais et le reste du Québec). Dans tous les tableaux, l'information sur *l'ensemble* du Québec est présentée⁴, mais le résultat du test statistique de l'ISP porte sur le *reste* du Québec et est présenté comme tel. Cette règle a presque toujours été respectée, à quelques exceptions⁵ près. Le seuil alpha retenu a été de 0,05.

Deux types de taux ont été employés, soit les taux ajustés et les taux bruts. Les taux ajustés permettent d'éliminer artificiellement les différences entre les structures d'âge et de sexe lorsque l'on compare deux populations (par exemple, Outaouais vs ensemble du Québec). Les taux ajustés sont donc artificiels et n'ont de sens que pour comparer des populations entre elles. Les taux de mortalité et les APVP sont présentés sous la forme de taux ajustés. La population de référence sélectionnée à l'ISP est la population du Québec en 2001. Les taux d'hospitalisations sont présentés par groupes d'âge spécifiques (1 à 19 ans, 20 à 64 ans et 65 ans et plus).

Il est important de mentionner que les effectifs de population de l'ISQ utilisés au dénominateur pour les indicateurs antérieurs à 2006 sont des « estimations » et que ceux utilisés à partir de 2007 sont des « projections ». Les données utilisées pour 2006 sont des données du recensement de la même année et elles sont corrigées pour le sous-dénombrement.

4 Le reste du Québec est présenté pour l'indicateur mesurant la mortalité infantile.

5 Aucun test statistique n'a été fait pour les indicateurs dérivés du recensement et du fichier MADO. Les indicateurs indisponibles à l'ISP ont été comparés entre la région de l'Outaouais et *l'ensemble* du Québec.

Une mesure de variabilité des estimations, soit le coefficient de variation (CV), est présentée pour tous les indicateurs. Le CV rend compte de la présence d'une imprécision statistique modérée ou majeure. Pour les indicateurs liés aux fichiers administratifs et aux recensements, les règles sont assez précises. Les résultats comportant des coefficients de variation supérieurs à 16,66 % et inférieurs ou égaux à 33,33 % doivent être interprétés avec prudence. Ceux dont le CV dépasse 33,33 % ne sont carrément pas affichés, car trop imprécis pour être interprétables. Les seuils pour les données d'enquêtes populationnelles diffèrent : les coefficients de variation supérieurs à 15 % et inférieurs ou égaux à 25 % doivent être interprétés avec prudence et ceux supérieurs à 25 % ne sont pas affichés. Cette recommandation provient du Comité tripartite MSSS-INSPQ-ISQ qui a statué que ces seuils seraient utilisés sur le portail de l'ISP.

En dernier lieu, deux points importants sont à mentionner. Le premier porte sur les arrondissements des résultats. En effet, le total des tableaux peut ne pas correspondre à la somme des estimations, les chiffres étant arrondis. Deuxièmement, il faut être prudent dans la lecture de certains tableaux portant sur les données de mortalité et des naissances vivantes. Nous avons voulu tenir compte de la correction de Bonferroni effectuée à l'ISP. Cependant, il faut savoir que lorsque le test global est non significatif, aucun test n'est effectué entre les différentes dyades de comparaison (entités infrarégionales vs reste du Québec). Les résultats sont alors présentés comme étant non significatifs (NS). Il est important de rappeler qu'il est impossible de désactiver le test global à l'ISP et qu'il est clairement indiqué dans leur guide méthodologique (p. I-48) qu'il n'est pas pertinent d'effectuer un tel test lorsque l'on examine l'angle infrarégional spécifique. Une note est indiquée à cet effet dans les tableaux, s'il y a lieu.

GÉOGRAPHIE DES RLS (CSSS) ET CLSC DE L'OUTAOUAIS

INTRODUCTION

Le découpage géographique du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et de l'ensemble du Québec a été en constante évolution au cours des vingt dernières années (MSSS, 2011b et 2011c). Ces changements découlent principalement des nombreuses réformes au sein de sa structure de gouvernance dans deux des trois paliers, soit les paliers régional et local (Trottier, 2010). Dans le cadre du présent chapitre, nous nous concentrerons principalement sur les deux dernières itérations de changements dans le découpage géographique du réseau de la santé et des services sociaux à l'échelle locale, soit l'uniformisation des CLSC en 1998 et la création des RLS en 2004 (MSSS, 2011b et 2011c).

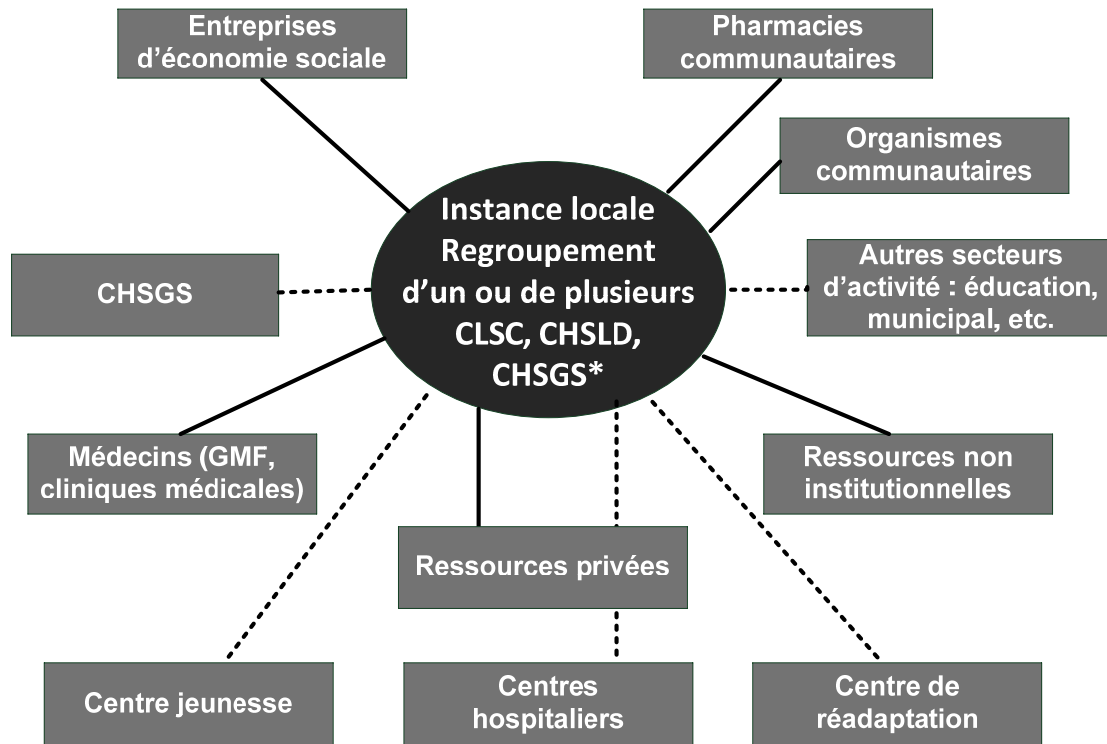
LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC : GOUVERNANCE ET TERRITOIRE

Avant de présenter le découpage territorial des RLS et CLSC de l'Outaouais, nous présenterons la structure de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et le découpage territorial qui en découle. Dans un premier lieu, on retrouve le palier central, constitué du MSSS. Celui-ci remplit les fonctions stratégiques d'allocation des ressources budgétaires et d'évaluation en matière de santé, de services sociaux et de santé publique (ENAP, 2011 et MSSS, 2009).

Pour ce qui est du palier régional, la région administrative est devenue le cadre de référence de l'organisation territoriale des services publics, autant dans le domaine de la santé que dans les autres domaines comme l'éducation, l'emploi, etc. Les limites des régions sociosanitaires du MSSS correspondent ainsi à celles des régions administratives, à quelques exceptions près. La mise en place des agences en 2005 est l'une des transformations majeures du système de santé québécois survenues au cours des dernières années. Au total, 15 agences de la santé et des services sociaux, un conseil régional, un centre régional et une régie régionale constituent aujourd'hui ce palier. Ces entités sont responsables de la planification régionale, de la gestion des ressources ainsi que de l'allocation budgétaire aux établissements. Elles fournissent également des services régionaux de santé publique (surveillance de l'état de santé, promotion, prévention, protection et santé au travail) (ENAP, 2011).

Le palier local est l'instance de regroupement des établissements, organismes et professionnels offrant des services directs à la population (voir figure 1). La création des RLS vise à faciliter l'intégration des services offerts aux citoyens sur un espace géographique. L'objectif de la réforme est de permettre une meilleure coordination des actions cliniques, notamment grâce à la hiérarchisation des services (première, deuxième et troisième lignes) et à la mise en place d'une approche dite « populationnelle ».

Figure 1 – Les acteurs impliqués dans le cadre d'un réseau local de services (RLS)



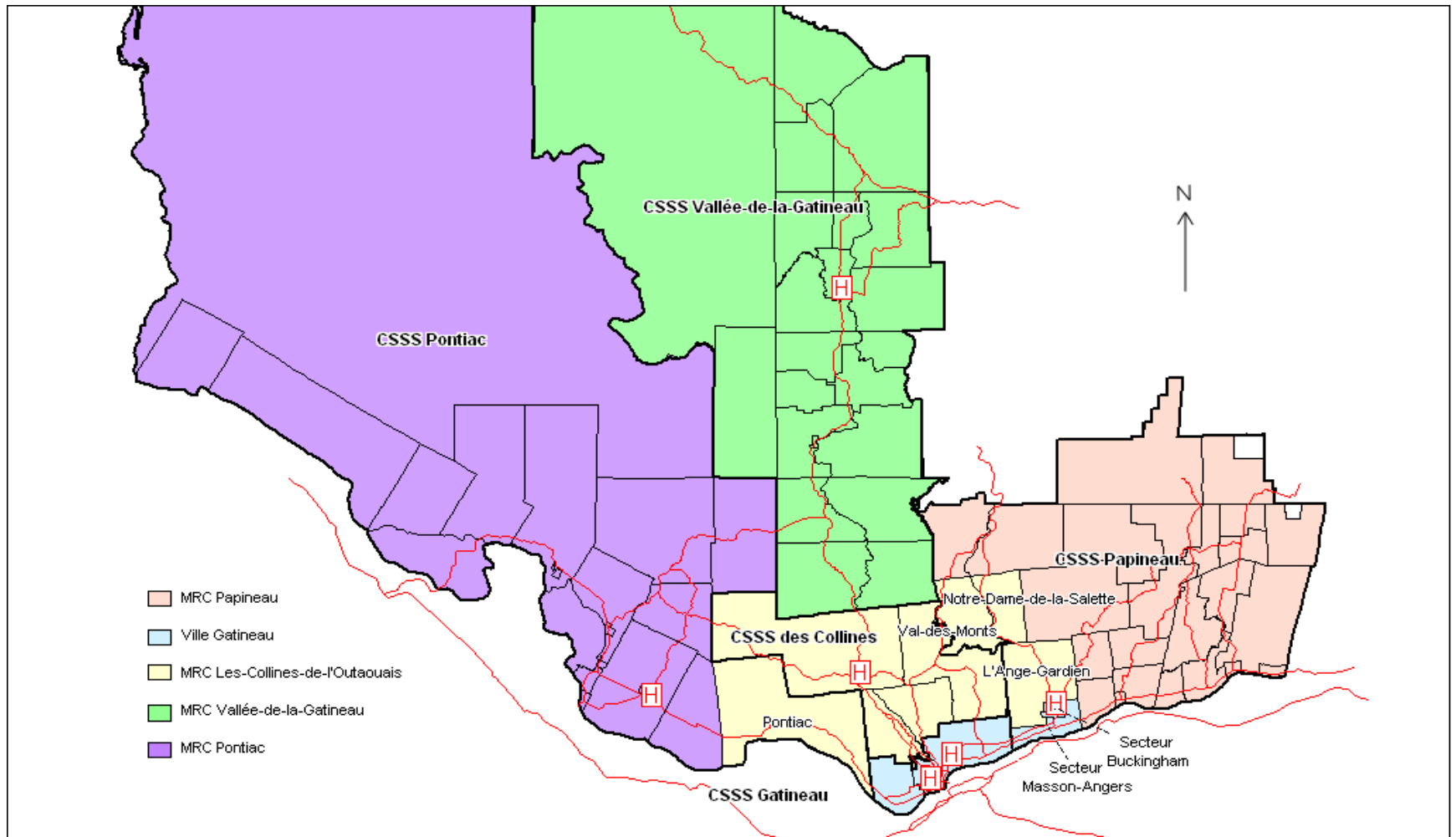
Source : ENAP, 2011, p. 12.

Au cœur de chaque RLS, on trouve un établissement appelé CSSS né de la fusion de CLSC, de CHSLD et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services, favorisant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de son territoire local. C'est donc sur cet établissement que repose essentiellement la mise en œuvre du principe de « responsabilité populationnelle » en matière de santé et de services sociaux. Le CSSS doit donc procéder, de concert avec les autres acteurs locaux (voir figure 1), à offrir un éventail de programmes et de services ayant ultimement pour but le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population (ENAP, 2011). Depuis le milieu des années 90, le MSSS tente d'arrimer le découpage territorial de son palier local (que ce soit les CLSC, auparavant, et désormais les RLS) au découpage des MRC. Dans l'ensemble de la province, cette démarche semble avoir porté ses fruits, mais comme nous le verrons un peu plus loin, elle n'a pas permis de réaliser un arrimage complet au sein de l'Outaouais (MSSS, 2011c).

L'organisation territoriale du réseau de la santé et des services sociaux fait alors écho aux trois paliers de gouvernance. Le ministère est responsable du palier central, c'est-à-dire de l'ensemble de la province. Pour ce qui est du palier régional, le territoire québécois est divisé par décrets gouvernementaux en 18 régions sociosanitaires. L'Outaouais constitue l'une de ces régions, couramment désignée comme étant la région 07. Pour ce qui est du palier local, le Québec est subdivisé en 95 réseaux locaux de services par décision administrative, dont le territoire est contenu à l'intérieur d'une région sociosanitaire (MSSS, 2007).

Le Québec compte également 166 territoires de CLSC répartis au sein des 95 RLS. Ce découpage est encore utilisé à des fins de présentations d'indicateurs ou autres statistiques et a donc été maintenu dans la plupart des systèmes d'information à toutes les échelles du réseau de la santé et des services sociaux. Au sein du ministère, c'est le Service du développement de l'information qui a la responsabilité de gérer le découpage géographique officiel des territoires du réseau de la santé (MSSS, 2007 et 2011a).

Figure 2 – Les RLS (CSSS, dont les limites sont présentées en traits noirs) et les MRC (représenté par les différentes couleurs) comme ils figurent après 2004



DÉCOUPAGE TERRITORIAL DES RLS (CSSS) ET CLSC DE L'OUTAOUAIS

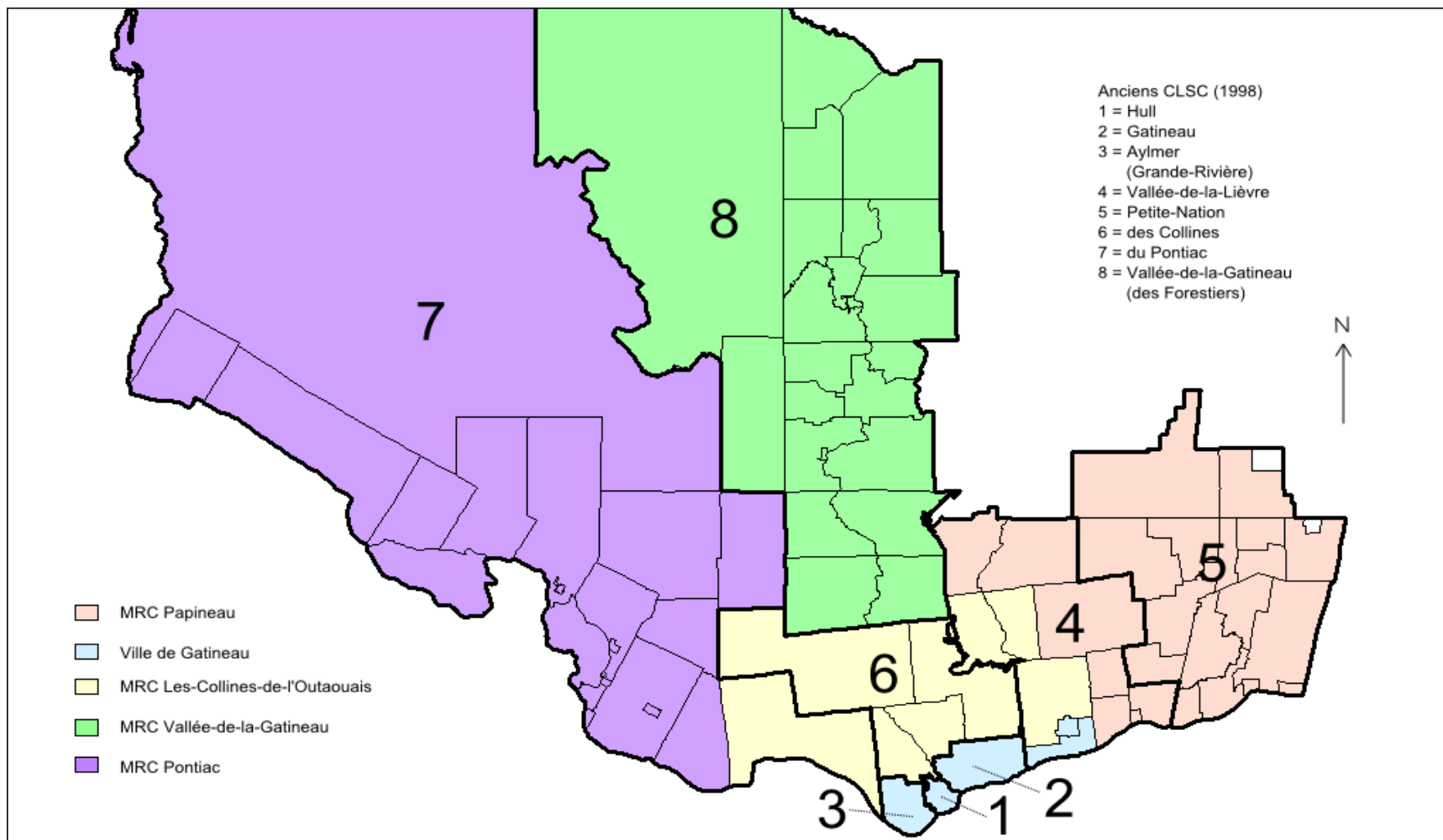
En Outaouais, on retrouve cinq territoires de RLS que sont, d'est en ouest, Papineau, Gatineau, des Collines, Vallée-de-la-Gatineau et Pontiac (voir figure 2). Tel qu'évoqué auparavant, ces réseaux locaux de services sont le fruit d'une fusion, en 2004, des territoires de CLSC existant depuis avril 1998. Le RLS de Gatineau est en fait le résultat de la fusion des trois anciens CLSC que sont Hull, Aylmer (Grande-Rivière) et Gatineau (voir figure 3, entités 1, 2 et 3). Pour sa part, le RLS de Papineau combine deux anciens territoires de CLSC, soit ceux de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation (figure 3, entités 4 et 5). Les trois autres RLS de la région équivalent exactement aux anciens districts de CLSC, soit des Collines (figure 3, entité 6), Pontiac (figure 3, entité 7) et Vallée-de-la-Gatineau (anciennement appelé Des Forestiers, figure 3, entité 8) (MSSS, 2011b et 2011c).

Tableau 1 : Adéquation entre les territoires du RLS (CSSS) et les MRC en Outaouais, 2011

Territoires du RLS	MRC ou équivalent	Municipalités/secteurs de ville en plus (+)	Municipalités/secteurs de ville en moins (-)
RLS Vallée-de-la-Gatineau	MRC Vallée-de-la-Gatineau	N. A.	N. A.
RLS Pontiac	MRC du Pontiac	Municipalité de Pontiac	N. A.
RLS des Collines	MRC Les-Collines-de-l'Outaouais	N. A.	Municipalité de Pontiac; une portion de la municipalité de Val-des-Monts; municipalité de Notre-Dame-de-la-Salette; municipalité de l'Ange-Gardien.
RLS Papineau	MRC de Papineau	Une portion de la municipalité de Val-des-Monts; municipalité de Notre-Dame-de-la-Salette; municipalité de l'Ange-Gardien; secteurs de Buckingham et Masson-Angers de la ville de Gatineau.	N. A.
RLS Gatineau	Ville de Gatineau	N. A.	Secteurs de Buckingham et Masson-Angers.

N. A. : Non applicable

Figure 3 – Les CLSC (dont les limites sont présentées en traits noirs) et les MRC (représenté par les différentes couleurs) comme ils figurent après 1998



Préalablement, le découpage des CLSC de 1998 fut le résultat de travaux relatifs au dossier sur la desserte de la population de la MRC Les Collines-de-l'Outaouais et à la création des territoires sociosanitaires de la région (Régie, 1997). Le conseil d'administration de la Régie régionale de l'époque a statué sur un nouveau découpage sociosanitaire qui a été entériné par les instances du MSSS (voir figure 3). Pour la première fois, le découpage des territoires sociosanitaires de la région concordait avec celui du Ministère, mais ne correspondait pas à celui des municipalités et des MRC, comme le prévoyaient pourtant les principes adoptés par le MSSS au milieu des années 90 (MSSS, 2011c).

Comme le découpage des CLSC ne respectait pas les limites des MRC en 1998 (voir figure 3) et que la fusion de 2004 avait comme point de départ les limites des anciens districts de CLSC pour effectuer la mise en place des nouvelles entités que sont les RLS, il n'est pas surprenant qu'il n'y ait toujours pas d'adéquation entre les RLS et les MRC en 2011 (voir figure 2 ainsi que tableau 1). Au tableau 1, les territoires de RLS (CSSS) sont définis en ajoutant (3^e colonne) ou en excluant (4^e colonne) des municipalités ou des secteurs de ville des MRC correspondantes (2^e colonne). Cependant, il faut bien dire que le cas du réseau de la santé n'est pas unique, car le réseau de l'éducation et celui d'Emploi-Québec (les CLE), pour ne nommer que ceux-ci, n'ont pas non plus d'adéquation avec les MRC (MELS, 2010 et Trudeau, 2009, p. 2). Chacun de ces secteurs a un découpage qui lui est propre en fonction d'un parcours historique qui lui appartient au sein de la région. Il s'agit là d'un constat important : il existe des différences entre les découpages géographiques des principaux réseaux de services gouvernementaux dans la région de l'Outaouais.

Cette réalité n'est pas favorable à la concertation intersectorielle qui est nécessaire (et plus que jamais au XXI^e siècle) pour potentialiser les actions sur les déterminants majeurs de la santé et pour favoriser le développement optimal et durable des communautés. Comme plusieurs interventions en santé publique nécessitent ce genre d'approche, il faut garder en tête que plusieurs acteurs devront être interpellés, des acteurs qui ne partagent pas toujours une lecture semblable de plusieurs problématiques en raison de découpages géographiques différents (et donc de mesures statistiques différentes découlant de ces découpages).

Tout en étant conscients de cette situation, nous ne pouvons malheureusement qu'en faire l'observation. Il revient à chaque secteur de l'État québécois de produire des statistiques et des indicateurs permettant de suivre un certain nombre de phénomènes ou problématiques propres à son domaine. Afin de soutenir les RLS dans leur mandat en lien avec « l'approche populationnelle » (voir figure 1), nous présentons l'ensemble des indicateurs du Portrait de santé de l'Outaouais en fonction du découpage géographique de la santé (Trottier, 2010, Rochon, 2010, Fleuret et Philibert, 2006).

La disponibilité de données médico-administratives ou autres ayant conservé les limites territoriales des anciens districts de CLSC nous a également permis d'alimenter nos tableaux et graphiques d'information à cette échelle géographique. Les anciens CLSC correspondent à des sous-ensembles des territoires actuels de RLS (CSSS), ce qui nous permet de présenter des données pour des populations plus petites et plus homogènes en termes de sociodémographie, d'état de santé et de ses déterminants.

Il est important de garder en tête que l'ensemble des indicateurs du Portrait de santé de l'Outaouais est présenté à l'échelle des RLS (et CSSS) et des anciens CLSC, malgré le fait que l'indicateur documente une problématique ou un phénomène découlant d'un autre domaine (comme l'éducation, la sécurité civile ou autres juridictions). Il est toutefois possible de retrouver plusieurs compléments d'information sur le Web pour les commissions scolaires, Emploi-Québec, les MRC, la ville de Gatineau, etc. Nous demandons cependant au lecteur d'être très attentif et vigilant quant au fait que chacun des secteurs d'activité utilise un découpage géographique qui lui est propre, en particulier pour l'Outaouais.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *À la hauteur : Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada*, [En ligne], 2004, [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/meas-haut/mu_d-fra.php] (consulté le 28 février 2011).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas?*, [En ligne], 2003, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>] (consulté le 9 mars 2011).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada. Vieillir – ajouter de la vie aux années – Coup d'œil sur le rapport*, Ottawa, Ontario, 2010, n°. HP2- 10/1-2010F, 13 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, édition 2008, Ottawa, Ontario, n°. HP10-12/2008F, 336 p.

ANDERSON, R. N. et al. *Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: Preliminary estimates*, CDC, NCHS, National Vital Statistics Reports, 2001, 49 (2): 31 p.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. [En ligne], 2004, [<http://www.acsmmontreal.qc.ca/programmes>] (consulté le 13 mars 2011).

BEAUPRÉ, M. et coll., *Portrait du cancer au Québec, 2006*, Collection 38, Analyses et surveillance, Gouvernement du Québec, 2010.

BERNIER, N. F. *Les seuils de faible revenu (SFR) et les controverses sur la mesure de la pauvreté*, [En ligne], 2002, [<http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/SFR2002LaPresse.pdf>] (consulté le 14 mars 2011).

BERNIER, S., et D. BROCHU. *Usage du tabac*, Enquête sociale et de santé 1998, chapitre 3, Québec, ISQ, p. 99-115.

BORKOWSKI, L. *Preterm births and changing minds. Healthcare. Reproductive health*. [En ligne], 2000, [<http://thepumphandle.wordpress.com/2009/07/30/preterm-births-and-changing-minds>] (consulté le 20 mai 2010).

CAMIRAND, H., et NANHOU, V. *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Zoom Santé, 2008, 4 p.

CARUBA, A. *Demography decides everything. The Moral Liberal*, [En ligne], 2009, [<http://centerformoralliberalism.wordpress.com/2009/12/20/demography-decides-everything-caruba/>] (consulté le 23 février 2011).

CASELLI, G. *Démographie : Analyse et synthèse*, Les déterminants de la mortalité, Vol. 3, INED, 2002, 478 p.

COMITE DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010*, Toronto : Société canadienne du Cancer, 2010, 132 p.

COUSINEAU, Marie-Ève. *Par ici les fonctionnaires!*, L'Actualité, [En ligne], 2010, [<http://www.lactualite.com/societe/par-ici-les-fonctionnaires>] (consulté le 3 mars 2011).

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Le portrait de la population montréalaise*, 2010, 13 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL. *Nouvelles lignes directrices sur le gain de poids gestationnel – 2010*, Bulletin sur la nutrition périnatale, décembre : 1-5.

ÉCO-SANTÉ QUÉBEC. Proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, [En ligne], 2010, [<http://www.ecosante.fr/QUEBFRA/702020.html>] (consulté le 26 mars 2011).

FAGET, J. *Médiation et violence conjugale*, [En ligne], 2004, [<http://champpenal.revues.org/50#entries>] (consulté le 15 février 2011).

FLEURET, Sébastien, et M. PHILIBERT. *La création des réseaux locaux de service au Québec : quand le territoire devient un enjeu de santé*, ESO : travaux et documents, 2006, (24), p. 47-54.

GLUCKMAN P. D. et al. *Developmental origins of health and disease: reducing the burden of chronic disease in the next generation*, 2010, Genome Med 2: 14.

HAMILTON, B. E., J.A. MARTIN and S.J. VENTURA. *Births: Preliminary data for 2007. National Vital Statistics Reports*, 57, 2009, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. [En ligne], 2011, *Points saillants sur certains indicateurs de 2009-2010 relatifs à l'accouchement au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/quickstats_childbirth_2009_10_highlight_fr.pdf] (consulté le 22 février 2011).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Répercussions de la pauvreté sur la santé*, Aperçu de la recherche, 2003, 42 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Revenu personnel – Édition 2010*, Bulletin Flash, 2010, 8 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. [En ligne], 2006, [<http://www.inspq.qc.ca/santescopes/analyses.asp?NumVol=99&nav=N>] (consulté le 2 mars 2011).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gain pour tous... ou presque*, Direction recherche, formation et développement, gouvernement du Québec, 2009, 12 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes 1981-2008*, Direction de la recherche, formation et développement, gouvernement du Québec, 2010, 24 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 2009, 659 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*, [En ligne], 2007, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/734-SuicideQuebec2008.pdf>] (consulté le 23 mars 2011)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Surveillance des suicides au Québec : Les décès imputables aux suicides dans la population québécoise*, 2007, 50 p.

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être ?*, Direction planification, recherche et innovation, Unité connaissance-surveillance, 2004, 95 p.
- JENICEK, M., et R. CLÉROUX. *Épidémiologie : Principes, techniques et applications*, St-Hyacinthe : Edisem, 1982, 454 p.
- JOHANSSON, K. *Child Mortality During the Demographic Transition*. Department of Economic, History, Lund, 2004, Almqvist & Wiksell.
- KENDALL, P. R. W. *A review of infant mortality in British Columbia: Opportunities for prevention. A report of the national health officer*. Victoria, B.C: Ministry of Health Planning, 2003, 64 p.
- KRAMER, M. S. *Commentary: Maternal nutrition, body proportions at birth, and adult chronic disease*. International Journal of Epidemiology, 2004, 33:1-2.
- LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS. *Portrait du cancer au Québec, 2006*, collection Analyses et surveillance, 2010, 61 p.
- LALONDE, A. *Donner des chances aux femmes d'ici 2015*, 6^e sommet parlementaire mondial annuel – rapport de la conférence. Association canadienne des parlementaires pour la population et le développement, Ottawa, 10 et 11 juin, p. 17.
- L'OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE - ENAP. *L'ÉTAT QUÉBÉCOIS EN PERSPECTIVE : Le réseau de la santé et des services sociaux*, Québec, 2011, Les publications du Québec.
- MARTEL, Sylvie, et R. BOURBEAU. *Compression de la mortalité et rectangularisation de la courbe de survie au Québec au cours du XX^e siècle*, Cahiers québécois de démographie, 2003, 32 (1) : 43-76.
- MATHERS, C. *Health expectancies in Australia 1981 and 1998*, Australian Institute of Health, Canberra, Australian Government Publishing Service, 2003, 117 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *INFO - M34 : Bulletin d'information sur le découpage territorial du MSSS*, 2007, Québec, MSSS, SDI.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Recommandations pour la gestion des données territoriales*, 2011a, Québec, MSSS, SDI.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Regards sur le système de santé et des services sociaux du Québec*, 2009, Québec, MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Revue des événements affectant les découpages territoriaux du MSSS depuis l'an 2000*, 2011b, Québec, MSSS, SDI.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Revue des événements affectant les découpages territoriaux du MSSS (avant 2000)*, 2011c, Québec, MSSS, SDI.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Dictionnaire des données. Banque de données « Fichier des naissances vivantes » (K29)*, Québec, MSSS 1997, (produit électronique).

- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *La criminalité au Québec. Statistiques 2003*, Québec, ministère de la Sécurité publique, direction de la Prévention et de la Lutte contre la criminalité, 2004, 81 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *CARTEditoriale, système de diffusion de données géographiques*, [En ligne], 2010, [<http://www.mels.gouv.qc.ca/carteditoriale/>] (consulté le 31 mai 2011).
- MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE. *Orientations stratégiques du Québec en matière d'aires protégées*. Le Québec voit grand 2011-2015. Gouvernement du Québec, 2004, 8 p.
- MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, DE L'INNOVATION ET DE L'EXPORTATION. *Portrait socioéconomique des régions du Québec*, Édition 2010. Gouvernement du Québec, 102 p.
- MORISSETTE R., Y. OSTROVSKY. et G. PICOT. *Tendances des salaires relatifs des personnes très scolarisées dans une économie du savoir*. Statistique Canada, 2004, Direction des études analytiques, Document de recherche no 232, n° au catalogue 11F0019MIF2004232.
- MURRAY, J.L. et al. « Health Gaps: An Overview and Critical Appraisal », *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, J.L. Murray et al. (ed.), 2004, Genève, WHO, p. 233-244.
- NOLTE, E., et M. MCKEE. *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*, London, 2004, The Nuffield Trust, 139 p.
- OHLSSON, A., et P. SHAH. *Determinants and prevention of low birth weight: A synopsis of the evidence*, The Institute of Health Economics, 2008, 271 p.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Éco-Santé*, OCDE, 2005 (produit électronique).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième version, Volume 1, Genève, 1993, 1335 p.
- OUIMET, M. Oh, *Canada! La baisse de la criminalité au Canada et aux États-Unis entre 1991 et 2002*. Champ Pénal : Nouvelle revue française de criminologie, volume 1, printemps 2004.
- PAGEAU, M. et coll. *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, Québec, INSPQ, 2001, page 348.
- PAQUETTE, L. et coll. *Proposition pour l'analyse des séries temporelles des données de mortalité selon la cause au Québec à la suite de l'adoption de la 10e Révision de la Classification internationale des Maladies*. Direction planification, recherche et innovation, gouvernement du Québec, 2004, 40 p.
- PRESSAT, R. « La table de mortalité », *Manuel d'analyse de la mortalité*, R. Pressat (sous la direction de), Paris, INED, OMS, 1985, p. 31-46.
- PURSHOUSE, R. C. et al. *Estimated effect of alcohol pricing policy on health and health economic outcomes in England: A epidemiological model* 375: 1355-1364, 2010.

- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS. *Le portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC*. Direction de santé publique, 2002, 212 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS. *Situation particulière de la MRC les Collines de l'Outaouais pour l'organisation des soins de santé et des services sociaux*, 1997, Québec.
- RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA et coll. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada*, n°. HS1-7/2008F, Rapport du gouvernement du Canada, 2008, 74 p.
- ROCHON, Jean. *Système de santé et territoire - De la réalité du territoire*, 2010, Infolettre, 7 (1), p. 8-9.
- ROWLAND, D.T. *Demographic Methods and Concepts*, Oxford University Press, 2003, 546 p.
- SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, 2003, Santé Canada, 43 p.
- STATISTIQUE CANADA. [En ligne], 2006, [http://www41.statcan.gc.ca/2007/40000/ceb40000_000-fra.htm] (consulté le 27 janvier 2011).
- STATISTIQUE CANADA. « *L'éducation au Canada : viser plus haut* », Recensement de 2001 : série « analyses », 2003e, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 96F0030XIF2001012, 65 p.
- STATISTIQUE CANADA. « *Où travaillent les Canadiens et comment s'y rendent-ils?* », Recensement de 2001 : série « analyses », 2003c, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 96F0030XIF2001010, 40 p.
- STATISTIQUE CANADA. « *Profil des langues au Canada : l'anglais, le français et bien d'autres langues* », Recensement de 2001 : série « analyses », produit n 96F0030XIF2001005 au catalogue de Statistique Canada, 2002a, Ottawa, Ontario, 42 p.
- STATISTIQUE CANADA. *Années potentielles de vie perdues de 25 à 74 ans chez les Indiens inscrits, 1991 à 2001*, 2011, Rapports sur la santé 22 (1) : 1-14.
- STATISTIQUE CANADA. *Bien-être économique*. Composante du produit no 89-503-X au catalogue de Statistique Canada, Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe, ministre de l'Industrie, 2010, 34 p.
- STATISTIQUE CANADA. *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada*, 2005b, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 84-548, 61 p.
- STATISTIQUE CANADA. *Dictionnaire du recensement de 2001*, Statistique Canada, catalogue 92-378, 2002c, Ottawa, 487 p.
- STATISTIQUE CANADA. *Dictionnaire du Recensement de 2006*, produit n 92-566-XWF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, document électronique accessible à : [<http://www12.statcan.gc.ca/francais/census06/reference/dictionary/index.cfm>] (site consulté le 3 novembre 2009).

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 3.1, Questionnaire final*, 2006, Ottawa, Statistique Canada, 302 p. Accessible en ligne : [www.statcan.ca].

STATISTIQUE CANADA. *Le recensement de 2001 en bref*, produit n 92-379 au catalogue de Statistique Canada, 2002b, Ottawa, Ontario, 175 p.

STATISTIQUE CANADA. *Les seuils de faible revenu de 2004 et les mesures de faible revenu de 2002*, Série de documents de recherche – Revenu, produit no 75F0002MIF au catalogue de Statistique Canada, 2005a, Ottawa, Ontario, 35 p.

STATISTIQUE CANADA. *Méthodes et pratiques d'enquête*. Division des méthodes d'enquêtes sociales, 2003d, Statistique Canada, no 12-587-XPFF, 422 p.

STATISTIQUE CANADA. *Modifications apportées aux concepts relatifs à la famille pour le recensement de 2001*, 2003a, Ottawa, Statistique Canada, 2 p.

STATISTIQUE CANADA. *Recensement Canada 2001*, Tableaux thématiques no 97F0004XCB0104 au catalogue de Statistique Canada, 2003b, Ottawa, Ontario (produit électronique).

STATISTIQUE CANADA. *Régions sociosanitaires 2007: limites et correspondance avec la géographie du recensement*, 2007, Ottawa.

SULLIVAN, D.F. « A Single Index of Mortality and Morbidity », *Health Services and Mental Health Administration Health Reports*, vol. 86, n° 4, 1971, p. 347-354.

THOUMSIN, H. *La prévention de la prématurité à l'aube du XXIème siècle*. In *Handicap mental : prévention et accueil* (P. Jonckheere et coll.), De Boeck, 2007, 336 p.

TROTTIER, Louise-Hélène. *Le territoire des CSSS, la responsabilité populationnelle et la gouvernance locale*, 2010, Infolettre, 7 (1), p. 2-7.

TRUDEAU, Christian. *Situation des jeunes de moins de 25 ans en Outaouais : Données par territoire de CLE*. Gatineau, 2009, Direction régionale d'Emploi-Québec Outaouais.

VAN DE WALLE, E. « *The IFORD surveys* », *Measurement and Analysis of Mortality : New Approaches*, J. Vallin, S. D'Souza et A. Palloni (sous la direction de), 1990, p. 35-47.

VILLE DE MONTRÉAL. Règlement 03-096, Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements, [En ligne], 2003, [<http://ville.montreal.qc.ca/sel/sypre-consultation/afficherpdf?idDoc=1038&typeDoc=1>] (consulté le 4 mars 2011).

WILKINS, R., G.J. SHERMAN et P.A.F. BEST. « Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986 », *Rapports sur la santé*, vol. 3, n° 1, 1993, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-003, p. 7-31.

Portrait de santé de la population de l'Outaouais 2011

Rapport de la directrice de santé publique

Ce document est disponible en format électronique (PDF) sur le site Web de la Direction de santé publique

www.santepublique-outaouais.qc.ca

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

Québec 

Direction de santé publique

Direction de santé publique de l'Outaouais

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
104, rue Lois, Gatineau (Québec) J8Y 3R7

Téléphone : 819 776-7660