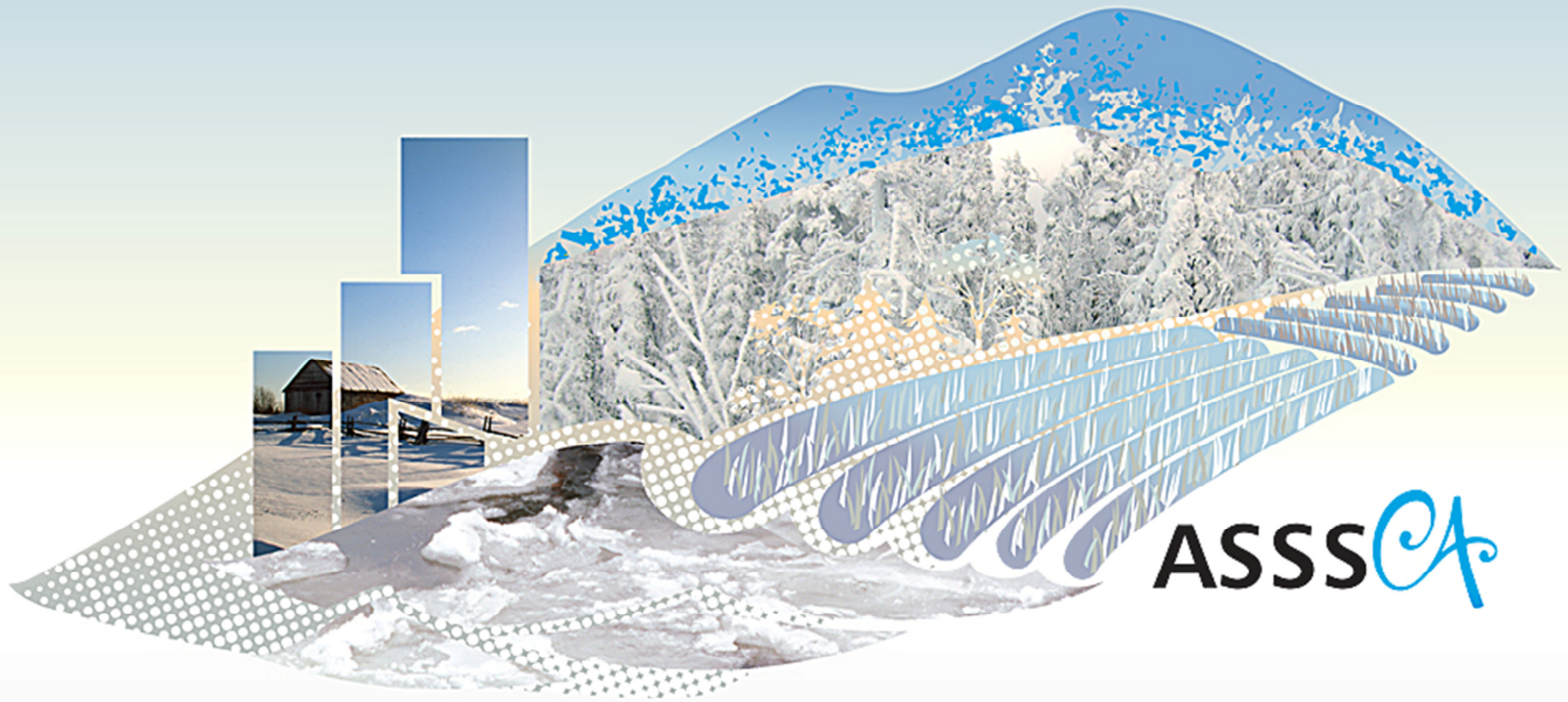
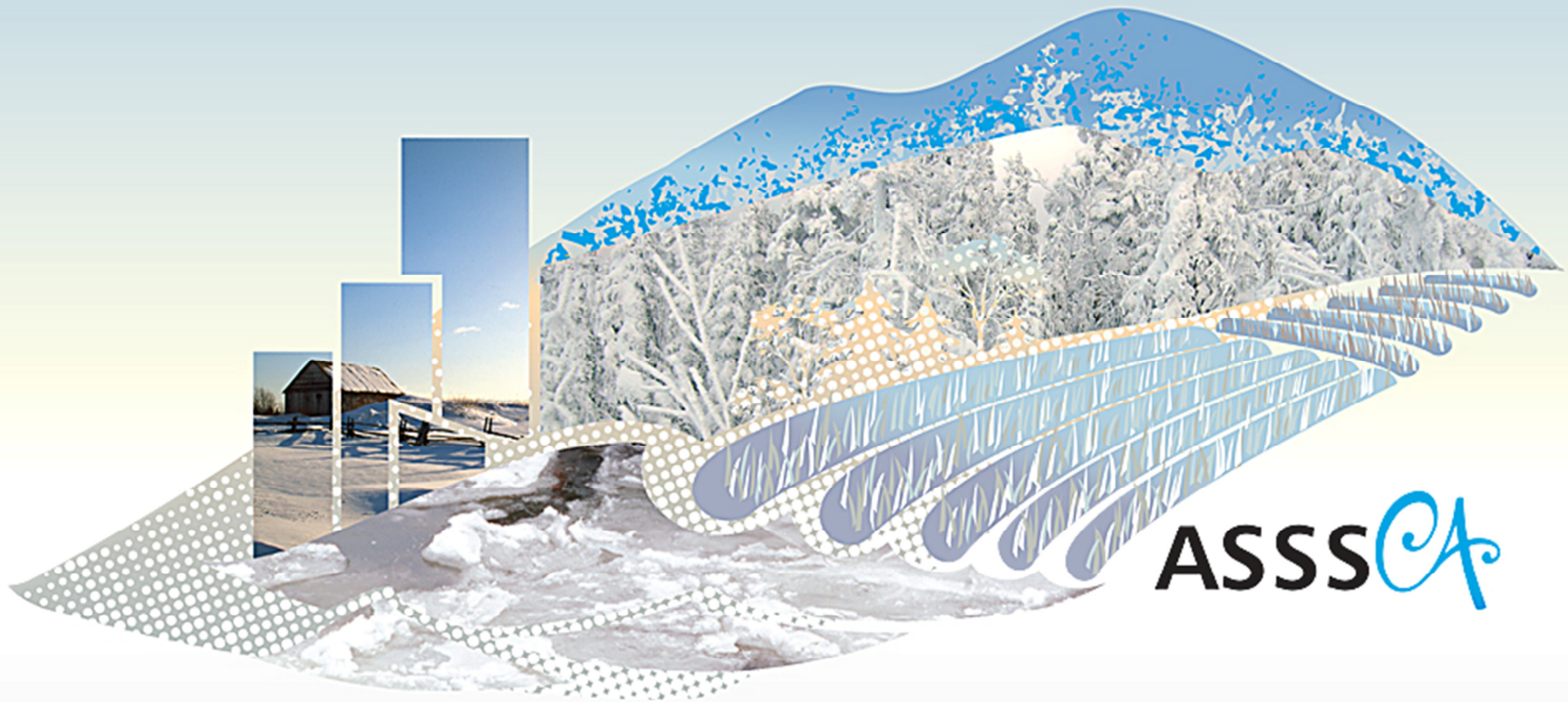




ASSS *CA*

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES



ASSS *CA*

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIERE-APPALACHES

Annie Bourassa et Louise Paré
Direction de santé publique
Mars 2013

*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 

La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches
est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
418 386-3363 (téléphone) 418 386-3362 (télécopieur)

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'à l'adresse
<http://www.agence12.gouv.qc.ca/curieux/decouvrir-nos-publications/recherche-par-annee-de-parution/>

Lorsque le contexte le permet, les genres masculin et féminin utilisés dans ce document désignent aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Auteures :
Annie Bourassa et Louise Paré

Collaborateurs :
Marquise Jacques, François Léveillé, Lucie Roy et Sylvie Veilleux

Révision du texte :
Sylvie Lepage

Mise en page :
François Léveillé, Sylvie Veilleux, Sylvie Lepage et Isabelle Jacques

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013
ISBN 978-2-89548-724-1 (version imprimée)
ISBN 978-2-89548-725-8 (version PDF)
Document déposé à Santécom <http://www.santecom.qc.ca>

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013
Mars 2013

LISTE DES COLLABORATEURS ET REMERCIEMENTS

La contribution significative de plusieurs personnes, employées ou non de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, a permis de mener à bien *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches* ainsi, et surtout, l'ensemble de la démarche entourant sa réalisation et la réflexion régionale sur les services de santé et services sociaux offerts aux hommes vivant dans la région. Merci à tous les participants aux rencontres de résultats pour leurs commentaires qui ont facilité notre compréhension des réalités masculines dans la région.

Un merci particulier est adressé à :

Denis Astell	Pierrette Gilbert
Garance Beaulieu	Patrick Herjean
Lise Bélanger	Pierre Lessard
François Bergeron	Pierre-Luc Lévesque
Marie-Claude Bernard	Pierre Naud
Pierre Bernier	Alice Nourissat
Chantal Caron	Jean-Luc Parenteau
François Cloutier	Lucie Pelchat
Louis-Philippe Champagne	Lyne Provençal
Pierre Deshaies	Fanie Roy
Renée Desmeules	Marie-Josée Roy
Marie-Josée Drolet	Jacques Samson
Guy Dubé	André Secours
Édith Dumont	Édith St-Hilaire
Brigitte Fournier	Brigitte Tardif
Rodrigue Gallagher	Gilles Tremblay
Mathieu Gaudette	Lucie Tremblay

AVANT-PROPOS

Dans le cadre de la mesure « Adaptation des services destinés à la clientèle masculine », le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a accepté le projet soumis par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (ASSSCA) de réaliser un document intitulé *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches*. Pour l'ASSSCA, il s'agit d'un premier état de situation sur les réalités en matière de santé et de bien-être des 205 189 hommes, tous âges confondus, vivant dans la région en 2011.

Ce document a été l'occasion pour l'ASSSCA de réaliser une démarche de consultation auprès des cinq centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui interviennent en lien avec la santé et le bien-être des hommes ainsi qu'auprès d'organismes communautaires dédiés spécifiquement à la clientèle masculine. Ces rencontres avaient comme objectif principal de recueillir l'information sur les services, le partenariat et les mécanismes de concertation. Aussi, lors de ces différentes rencontres, une ébauche de fiche regroupant des indicateurs de santé et bien-être ainsi que des déterminants était exposée dans l'optique de rassembler les commentaires sur la fiche elle-même et d'entendre les perceptions des problématiques que les hommes du territoire vivent. Ces propos ont permis d'ajuster les différentes sections de la présente production. Ainsi, est présenté un document *Analyse régionale de leur santé et bien-être* portant sur différents aspects de santé et bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches. Des fiches ont été réalisées pour l'ensemble de la région (« À tout âge »), pour différents groupes d'âge et pour les cinq réseaux locaux de santé et de services de santé (RLS) de la région. Chacune des fiches par groupes d'âge et par RLS est accompagnée d'un document *Analyse de la santé et du bien-être* et, pour les groupes d'âge, l'analyse des services offerts est présentée, le tout afin de soutenir les gestionnaires et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la région d'identifier des cibles d'actions préventives à mettre en place qui sont plus spécifiques à la région.

Bonne lecture!

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES COLLABORATEURS ET REMERCIEMENTS	iii
AVANT-PROPOS	v
TABLE DES MATIÈRES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	ix
 POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES À TOUT ÂGE	 1 – 1
Hommes à tout âge : analyse régionale de leur santé et bien-être.....	1 – 3
Hommes à tout âge : analyse de leurs services	1 – 121
La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, à tout âge – Indicateurs.....	1 – 131
 POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES GARÇONS ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS	 2 – 1
Jeunes garçons de 5 ans et moins : analyse de leur santé et bien-être.....	2 – 3
Garçons de 6 ans à 17 ans : analyse de leur santé et bien-être.....	2 – 7
Garçons âgés de moins de 18 ans : analyse de leurs services	2 – 13
La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, jeunes garçons âgés de 5 ans et moins – Indicateurs	2 – 23
La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, garçons âgés de 6 à 17 ans – Indicateurs	2 – 25
 POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES ÂGÉS DE 18 À 64 ANS.....	 3 – 1
Hommes âgés de 18 à 24 ans : analyse de leur santé et bien-être.....	3 – 3
Hommes âgés de 25 à 44 ans : analyse de leur santé et bien-être.....	3 – 9
Hommes âgés de 45 à 64 ans : analyse de leur santé et bien-être.....	3 – 15
Hommes âgés de 18 ans à 64 ans : analyse de leurs services	3 – 21
La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans – Indicateurs	3 – 31
La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, hommes âgés de 25 à 44 ans – Indicateurs	3 – 33
La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, hommes âgés de 45 à 64 ans – Indicateurs	3 – 35

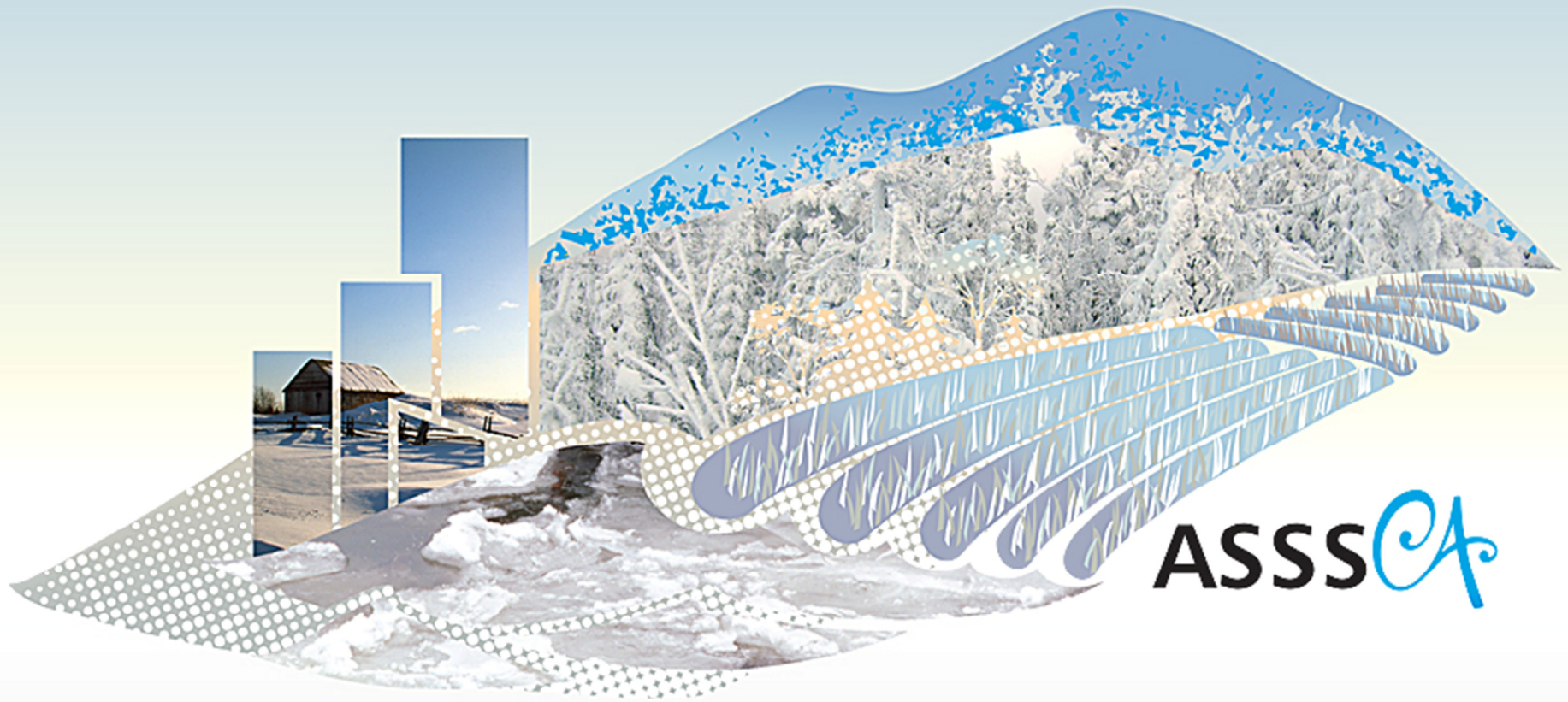
POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS	4 – 1
Hommes âgés de 65 ans et plus : analyse de leur santé et bien-être	4 – 3
Hommes âgés de 65 ans et plus : analyse de leurs services	4 – 9
La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches : hommes âgés de 65 ans et plus – Indicateurs	4 – 19
 POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES SELON LES RLS	 5 – 1
Hommes du RLS Alphonse-Desjardins : analyse de leur santé et bien-être	5 – 3
Fiche : La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, réseau local de services Alphonse-Desjardins	5 – 11
Hommes du RLS de Beauce : analyse de leur santé et bien-être	5 – 13
Fiche : La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, réseau local de services de Beauce	5 – 19
Hommes du RLS des Etchemins : analyse de leur santé et bien-être	5 – 21
Fiche : La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, réseau local de services des Etchemins	5 – 27
Hommes du RLS de Montmagny-L'Islet : analyse de leur santé et bien-être	5 – 29
Fiche : La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, réseau local de services de Montmagny-L'Islet	5 – 35
Hommes du RLS de la région de Thetford : analyse de leur santé et bien-être	5 – 37
Fiche : La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches, réseau local de services de la région de Thetford	5 – 45

** Afin de faciliter la consultation du document en version électronique, les
 pages blanches ont été retirées. La numérotation du document est donc adéquate
 pour chacune des sections, mais elle est par conséquent, erronée lorsque
 l'on traite le document dans son ensemble.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

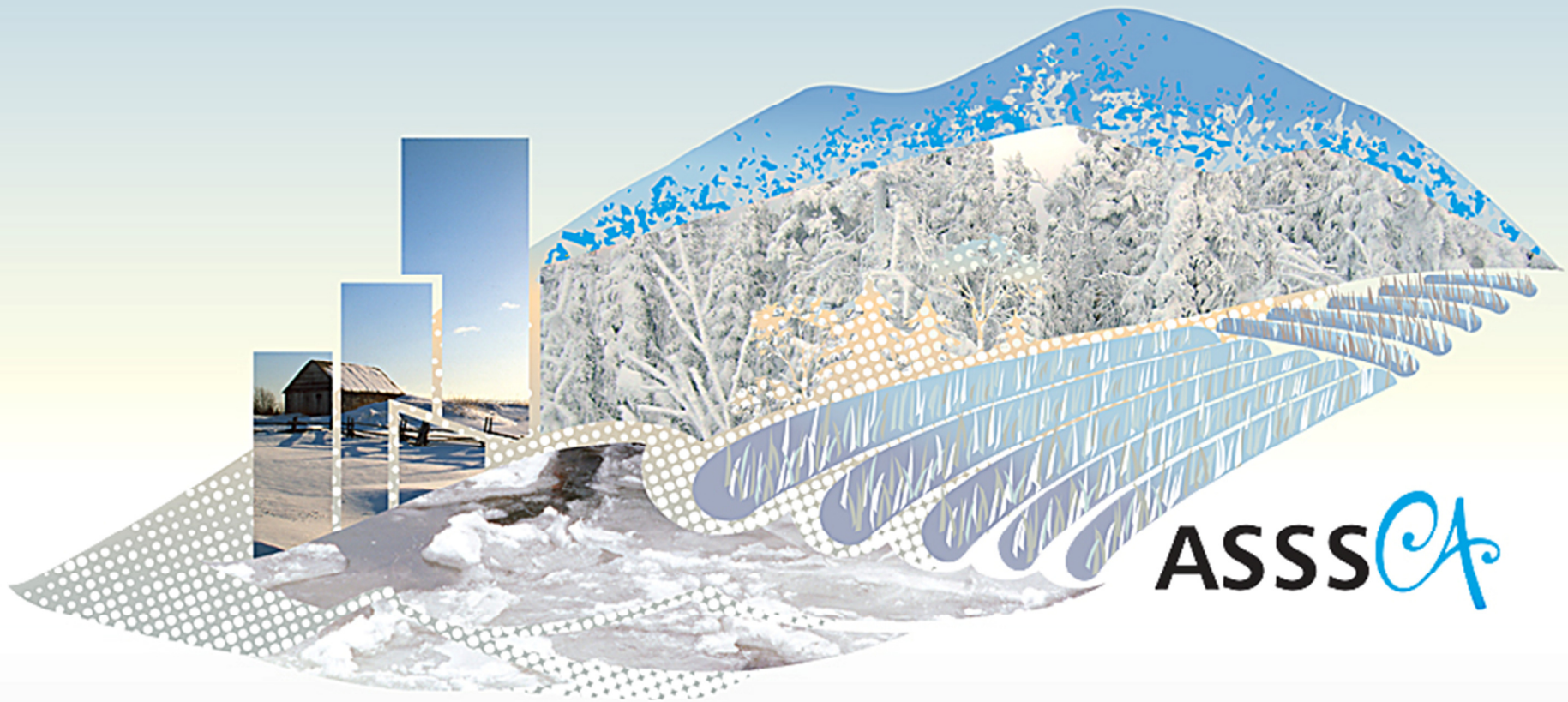
Abréviations et sigles	Nom complet
AEO	Services d'accueil, d'évaluation et d'orientation
ALV	Appareils de loterie vidéo
APVP	Années potentielles de vie perdues
ASSSCA	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
CJCA	Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
c.v.	Coefficient de variation
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e édition
ESCC	Enquête de santé dans les collectivités canadiennes
EQSP	Enquête québécoise sur la santé des populations
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JHA	Jeux de hasard et d'argent
kg	Kilogramme
m	Mètre
MADO	Maladies infectieuses à déclaration obligatoire

Abréviations et sigles	Nom complet
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports du Québec
MTS	Maladies transmises sexuellement
n. p.	Non présenté
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNSP	Programme national de santé publique
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail
SBEH	Santé et bien-être des hommes
TCNS	Table de concertation nationale en surveillance
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TNI	Traumatismes non intentionnels
TQSR	Table québécoise de sécurité routière
UDI	Utilisateurs de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VS	Versus



ASSS *CA*

**POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE
DES HOMMES À TOUT ÂGE**



ASSS *CA*

ANALYSE RÉGIONALE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Annie Bourassa et Louise Paré
Direction de santé publique
Mars 2013

*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec



PRÉFACE

La santé des hommes demeure un sujet relativement nouveau au Québec, au Canada et dans plusieurs pays, et ce, même si des données alarmantes sont disponibles depuis plusieurs années. Notamment, dans le cadre des travaux du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, nous avons eu l'occasion de produire un premier état de situation concernant la santé et le bien-être des hommes pour l'ensemble du Québec (Tremblay, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004) s'appuyant sur la monographie produite pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (Trembaly, Cloutier, Antill, Bergeron et Lapointe-Goupil, 2005). La Côte-Nord avait déjà produit un état de situation régional. D'autres régions ont suivi et c'est maintenant au tour de Chaudière-Appalaches de produire le sien. Il s'agit d'une initiative très pertinente, voire essentielle.

En effet, les hommes sont surreprésentés, notamment en ce qui concerne le suicide, les accidents de la route, dans le sport et au travail, l'abus de substances psychoactives et le jeu pathologique pour ne nommer que quelques domaines. Ainsi, réfléchir sur les besoins des hommes en matière de santé exige de porter notre attention, non seulement sur les problèmes de santé spécifiquement masculins comme le cancer de la prostate, les troubles érectiles et l'andropause, mais aussi, de manière plus générale, sur le rapport que les hommes entretiennent avec leur santé, ainsi que sur la manière dont les services s'ajustent (ou non) aux spécificités des clientèles masculines.

Le portrait qui est produit dans ce document a le mérite d'aborder les grands domaines de la santé et du bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches. Ce faisant, il permet d'identifier des cibles d'actions préventives à mettre en place qui sont plus spécifiques à la région. Bien sûr, les hommes de la région ne font pas exception : ils sont affectés par la plupart des mêmes problèmes que l'ensemble des hommes québécois, mais, sur certains points, à des degrés variables. Les données probantes suggèrent que plusieurs des principaux indicateurs de santé et bien-être des hommes sont défavorables, les hommes étant surreprésentés.

Ce rapport a été réalisé à partir d'une étude exhaustive des données statistiques récentes. Il procure des indications très éclairantes pour identifier des cibles d'actions régionales spécifiques à mettre en place pour améliorer la santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches. Il permettra sans doute de définir des priorités pour les prochaines années. Comme dans les autres rapports sur la santé et le bien-être des hommes réalisés dans les autres régions, ce portrait démontre toute la nécessité, et j'oserais dire l'urgence, de prioriser la santé et le bien-être des hommes dans les plans d'action régionaux et nationaux.

A handwritten signature in blue ink, reading "Gilles Tremblay".

Gilles Tremblay, Ph. D., TS

Professeur titulaire, École de service social, Université Laval, Québec

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES FIGURES.....	vii
INTRODUCTION.....	1 – 1
ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	1 – 5
Présentation.....	1 – 7
Quelques précisions méthodologiques	1 – 7
SECTION 1 – CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES.....	1 – 11
Synthèse des problèmes ou préoccupations	1 – 15
SECTIONS 2 ET 3 – CONDITIONS SOCIOCULTURELLES ET SOCIOÉCONOMIQUES	1 – 17
Synthèse des problèmes ou préoccupations	1 – 23
Synthèse des aspects favorables	1 – 23
SECTION 4 – ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	1 – 25
SECTION 5 – ENVIRONNEMENT SOCIAL ET ADAPTATION SOCIALE	1 – 29
Synthèse des problèmes ou préoccupations	1 – 36
SECTION 6 – HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS.....	1 – 37
Section 6.1 : Activité physique.....	1 – 39
Section 6.2 : Usage du tabac et environnement.....	1 – 40
Section 6.3 : Consommation d'alcool et de drogues.....	1 – 42
Section 6.4 : Alimentation et poids corporel.....	1 – 45
Section 6.5 : Santé buccodentaire.....	1 – 46

Section 6.6 : Habitudes sexuelles.....	1 – 47
Synthèse des problèmes ou préoccupations	1 – 49
SECTION 7 – UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ	1 – 51
Synthèse des problèmes ou préoccupations	1 – 55
SECTION 8 – ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE	1 – 57
Synthèse des problèmes ou préoccupations	1 – 64
SECTION 9 – SANTÉ PHYSIQUE	1 – 65
Section 9.1 : Santé des nouveau-nés	1 – 67
Section 9.2 : Malades chroniques.....	1 – 70
Section 9.3 : Maladies liées à l'environnement.....	1 – 73
Section 9.4 : Maladies ou exposition en milieu de travail.....	1 – 74
Section 9.5 : Traumatismes non intentionnels	1 – 79
Section 9.6 : Maladies infectieuses.....	1 – 83
Synthèse des problèmes ou préoccupations	1 – 87
SECTION 10 – SANTÉ MENTALE.....	1 – 91
Synthèse des problèmes ou préoccupations	1 – 98
CONCLUSION	1 – 99
RÉFÉRENCES	1 – 103
ANNEXES MÉTHODOLOGIQUES	1 – 115
Cadre conceptuel de santé.....	1 – 117
Présentation de la démarche	1 – 118
Le choix des indicateurs	1 – 118
Le calcul des indicateurs	1 – 119

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Indicateurs – Conditions démographiques, Pyramide des âges des hommes, Chaudière-Appalaches, 2011 et 2021.....	1 – 13
Figure 2 : Indicateurs – Conditions démographiques, Rapport de masculinité, Chaudière-Appalaches, 2011	1 – 14
Figure 3 : Indicateurs : Conditions socioéconomiques, Chaudière-Appalaches, 2008 et 2006.....	1 – 20
Figure 4 : Indicateurs – Conditions socioculturelles, Chaudière-Appalaches, 2006.....	1 – 21
Figure 5 : Indicateurs – Environnement social et adaptation sociale, Chaudière-Appalaches, 2008, 2007-2008 et 2006	1 – 32
Figure 6 : Indicateurs – Environnement social et adaptation sociale, Cas évalués et nouvelles prises en charge, LPJ, Chaudière-Appalaches, 2003-2004 à 2006-2007.....	1 – 34
Figure 7 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements, Atteinte du niveau d'activité physique recommandé, Chaudière-Appalaches, 2007-2008.....	1 – 40
Figure 8 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements, Usage de la cigarette (fumeurs réguliers et occasionnels), Chaudière-Appalaches, 2007-2008.....	1 – 41
Figure 9 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements, Environnement physique associés à la fumée secondaire, Chaudière-Appalaches, 2007-2008.....	1 – 41
Figure 10 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements, Consommation d'alcool et de drogues, Chaudière-Appalaches, 2007-2008, 2005 et 2008.....	1 – 42
Figure 11 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements, Alimentation et poids corporel, Chaudière-Appalaches, 2007-2008 et 2008.....	1 – 45
Figure 12 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements, Santé buccodentaire, Chaudière-Appalaches, 2008	1 – 46
Figure 13 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements, Habitudes sexuelles, Chaudière-Appalaches, 2008	1 – 48
Figure 14 : Indicateurs – Utilisation des services de santé, Chaudière-Appalaches, 2007-2008, 2008 et 2003	1 – 53
Figure 15 : Indicateurs – États de santé globale, Espérance de vie, Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007 et 2006	1 – 59
Figure 16 : Indicateurs – État de santé globale, Problèmes de santé fonctionnels, Chaudière-Appalaches, 2007-2008.....	1 – 60
Figure 17 : Indicateurs – État de santé globale, Principales causes de décès, Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007	1 – 60
Figure 18 : Indicateurs – État de santé globale, Principales causes d'hospitalisation, Chaudière-Appalaches, avril 2006 à mars 2010	1 – 61

Figure 19 : Indicateurs – État de santé globale, Principales causes d'années potentielles de vie perdues, Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007	1 – 62
Figure 20 : Indicateurs – Santé physique, Principales causes d'hospitalisation des tout-petits de moins de un an, Chaudière-Appalaches, avril 2006 à mars 2010	1 – 68
Figure 21 : Indicateurs – Santé physique, Mortalité infantile et périnatale, Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007	1 – 69
Figure 22 : Indicateurs – Santé physique, Facteurs de risque de la santé des nouveau-nés, Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007	1 – 69
Figure 23 : Indicateurs – Santé physique, Maladies chroniques : incidence par cancers et les principaux types, Chaudière-Appalaches, 2002 à 2006	1 – 71
Figure 24 : Indicateurs – Santé physique, Maladies chroniques : décès par cancers et les principaux types, Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007	1 – 72
Figure 25 : Indicateurs – Santé physique, Maladies chroniques : prévalence du diabète, Chaudière-Appalaches, 2008-2009.....	1 – 73
Figure 26 : Indicateurs – Santé physique, Maladies liées à l'environnement : rhinite allergique, Chaudière-Appalaches, 2007-2008	1 – 74
Figure 27 : Indicateurs – Maladies ou exposition en milieu de travail, Principaux types d'industrie, Chaudière-Appalaches, 2006.....	1 – 75
Figure 28 : Indicateurs – Santé physique, Maladies ou exposition en milieu de travail : exposition biomécanique, Chaudière-Appalaches, 2008	1 – 76
Figure 29 : Indicateurs – Santé physique, Maladies ou exposition en milieu de travail : bruit intense et agresseurs chimiques, Chaudière-Appalaches, 2008.....	1 – 77
Figure 30 : Indicateurs – Santé physique, Maladies ou exposition en milieu de travail : lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST, Chaudière-Appalaches, 2006	1 – 77
Figure 31 : Indicateurs – Santé physique, Santé mentale des travailleurs, Chaudière-Appalaches, 2005, 2008 et 2007-2008.....	1 – 78
Figure 32 : Indicateurs – Santé physique, Traumatismes non intentionnels : hospitalisations, Chaudière-Appalaches, avril 2006 à mars 2010	1 – 80
Figure 33 : Indicateurs – Santé physique, Traumatismes non intentionnels : décès, Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007.....	1 – 81
Figure 34 : Indicateurs – Maladies infectieuses, Chaudière-Appalaches, 2006 à 2010	1 – 84
Figure 35 : Indicateurs – Santé mentale, Niveau élevé de détresse psychologique, Chaudière-Appalaches, 2008	1 – 94
Figure 36 : Indicateurs – Santé mentale, Idéations suicidaires et tentatives de suicide, Chaudière-Appalaches, 2008.....	1 – 95
Figure 37 : Indicateurs – Santé mentale, Mortalité par suicide, Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007	1 – 96
Figure 38 : Cadre conceptuel de santé	1 – 117

INTRODUCTION

Pour faire suite aux recommandations issues du rapport « Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins » présenté en 2004 par le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes[1], le gouvernement s'est engagé à examiner plus précisément la situation des hommes au Québec. En juillet 2009, le MSSS a annoncé trois priorités gouvernementales pour améliorer la santé et le bien-être des hommes (SEBH) : l'adaptation des messages de promotion-prévention; la consolidation d'organismes communautaires et le soutien aux initiatives régionales pour l'adaptation des services destinés à la clientèle masculine; la mise en place d'un projet de recherche-évaluation pour le développement des connaissances et l'amélioration des pratiques.

Dans le cadre de la mesure « Adaptation des services destinés à la clientèle masculine », le MSSS a accepté le projet soumis par l'ASSSCA de réaliser un document intitulé *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches*. Pour l'ASSSCA, il s'agit d'un premier état de situation sur les réalités masculines en matière de santé et de bien-être des 205 189 hommes, tous âges confondus, vivant dans la région en 2011.

Le document *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches — Analyse régionale de leur santé et bien-être* présente les différentes caractéristiques de la population masculine de la région. Elle couvre les thèmes suivants : démographie, conditions socioculturelles et socioéconomiques, environnement social, habitudes de vie, utilisation des services de santé, état de santé global, santé physique et santé mentale. Pour chaque thème, la situation (indicateurs présentés sous forme d'effectifs, proportions ou taux) des hommes de Chaudière-Appalaches est exposée puis comparée à celle des Québécois. Une attention spéciale est aussi portée aux différences entre les hommes et les femmes de la région, ainsi qu'aux spécificités masculines vécues par les différents groupes d'âge afin d'avoir un aperçu des écarts de santé au sein d'une même population.

L'état de santé et de bien-être des hommes découle d'une interaction entre l'individu et son milieu[2]. Il est influencé par différents facteurs comme l'environnement physique et social, les habitudes de vie, les conditions socioculturelles et socioéconomiques. Dans son document *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*[2], le MSSS réitère l'importance d'agir en amont des problèmes de santé, mettant en évidence que l'investissement seul dans les services de santé est insuffisant pour maintenir, voire améliorer, la santé d'une population. Cette action, pour être efficace, repose sur l'engagement de plusieurs acteurs, qui va bien au-delà des soins curatifs.

Cette analyse constitue donc un document de référence qui pourra aider les différents partenaires à dégager les problématiques spécifiques aux hommes, à mener des actions de prévention et de promotion de la santé et à adapter les services auprès de la population masculine de la région.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Présentation

Les dix sections qui constituent le document *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches – Analyse régionale de leur santé et bien-être* sont regroupées en deux grandes classes générales : 1) les déterminants de la santé que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou à un état de santé global, comportant sept dimensions; 2) l'état de santé, qui en contient trois, soit la santé globale, physique et mentale.

Pour chacune des sections, une brève mise en contexte est faite, particulièrement pour situer le lecteur sur l'importance d'un problème de santé ou encore les liens entre des déterminants de santé et les maladies. Habituellement, les indicateurs disponibles et présentés dans la section sont annoncés au début de celle-ci, avant l'analyse telle quelle. Leur analyse est effectuée en comparant, par des tests statistiques, lorsque possible, la situation qui prévaut pour les hommes de la région à celle des hommes ailleurs au Québec (les Québécois) ainsi qu'à celle des femmes de la région. L'essentiel de l'analyse régionale, en plus d'être mentionné dans le texte, est présenté en figures pour permettre de visualiser les écarts.

Pour alléger le document, plusieurs données, notamment par âge, ne sont pas illustrées à l'aide de figures. Le lecteur est invité à consulter les diverses fiches complémentaires accompagnant ce document pour y retrouver l'information. De plus, les portraits par clientèle amènent un complément d'information. Aussi, dans un but d'alléger les figures, les symboles identifiant les résultats des tests statistiques ne sont inscrits que dans les fiches complémentaires.

Pour faciliter la compréhension de problématiques, certaines dérogations ont été faites volontairement dans ce document (et non dans les fiches complémentaires). Ainsi, le nombre de naissances est présenté dans la section « Nouveau-nés (moins d'un an) » et non avec les conditions démographiques. L'information sur la santé des travailleurs est dans une même section, qu'il s'agisse de leur santé physique, leur santé mentale et même de leur exposition à certains contaminants. Les problèmes d'adaptation sociale sont regroupés dans une section en soi alors qu'ils auraient pu être traités avec l'état de santé mentale. De même, comme les indicateurs disponibles du thème « Environnement physique » sont au nombre de deux et se rapportent à l'environnement physique, en lien avec le tabagisme, il a été choisi de les traiter dans le thème « Habitudes de vie » avec les indicateurs de consommation tabagique.

Quelques précisions méthodologiques

Chaque indicateur est calculé et présenté en tenant compte des règles méthodologiques propres à leur source de données respective.

- Comme les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP) ne peuvent être présentés si le nombre est plus petit que 5 (soit le nombre lui-même ou celui de sa cellule complémentaire), ces données ont été arrondies et sont précédées du symbole « environ » (ex. $\approx$ 95 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont consulté un professionnel de la santé).
- Par souci de confidentialité, les données du recensement de la population de Statistique Canada font l'objet d'arrondissements aléatoires. Pour cette raison, il est déconseillé de faire de nouveaux calculs de sous-totaux à partir des données présentées dans les différentes fiches complémentaires au document. Pour les données du recensement, aucun test de comparaison n'a été effectué.

Les données (nombres, taux, proportions, etc.) pour l'ensemble du Québec incluent la région de la Chaudière-Appalaches. Toutefois, pour le calcul des tests de comparaison entre les deux territoires, la région est alors exclue du Québec. Pour déterminer s'il existe un écart statistique entre deux mesures, un niveau de certitude de 0,05 a été choisi. La signification statistique est issue des tests de comparaison.

Nombre — Il s'agit du nombre de cas présents dans la population pour une période donnée. Il est particulièrement utile pour la planification des services. Le nombre annuel moyen, couvrant une période de 5 ans, est généralement présenté.

Proportion — Elle correspond au rapport d'une partie sur un tout, exprimée en pourcentage. Par exemple, elle informe sur le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de faible revenu, ou encore, sur la proportion de travailleurs vivant dans la région et exposés au bruit intense dans leur milieu de travail.

Taux brut — Il rapporte directement les événements observés au cours d'une période d'une population à risque durant la même période. Il reflète la situation réellement vécue par cette population[3]. Tous les taux par groupes d'âge spécifiques sont des taux bruts. Le taux brut est exprimé pour 100 000 personnes pour l'incidence de cancer et les décès, pour 10 000 personnes pour les hospitalisations, pour 1 000 pour l'incidence des lésions professionnelles, etc. Par exemple, le taux brut de nouveaux cas de cancer du poumon chez les hommes de 65 ans et plus est de 779,9/100 000 hommes.

Taux ajusté selon l'âge (ou taux standardisé) — Il est utilisé à des fins de comparaison, lorsque le phénomène rapporté est fortement influencé par une caractéristique de population, notamment par l'âge[3]. Il permet de faciliter l'analyse, entre les hommes et les femmes de la région, ou encore, entre les territoires, car il fait abstraction de la différence de structure d'âge des populations comparées. Il ne représente cependant pas une mesure réelle d'une population. À titre d'exemple, il est « normal » d'observer plus de décès par cancer, au cours d'une période, au sein d'une population plus âgée : l'ajustement des taux permet donc des comparaisons plus justes entre les populations en évitant l'effet des structures d'âge, différentes, et soulignant des différences qui sont attribuables à un autre facteur que l'âge. La population de référence utilisée pour l'ajustement des taux est celle de l'ensemble du Québec en 2006. La méthode de standardisation privilégiée est la standardisation directe[4]. Comme pour les taux bruts, les taux ajustés (standardisés) sont exprimés pour 100 000 personnes pour l'incidence de cancer et les décès et pour 10 000 personnes pour les hospitalisations. Par exemple, le taux ajusté de mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes est de 223,5/100 000.

Le coefficient de variation (c.v.) permet d'estimer la précision des données. Il est particulièrement important lorsqu'il s'agit de diffuser des petits nombres. Pour un indicateur donné se rapportant aux hommes de la région, lorsque le c.v. est trop élevé, l'information n'est pas présentée (et est identifiée par l'abréviation « np »), et ce, pour les hommes de la région, mais aussi pour les hommes du Québec et pour les femmes de la région. Une fois cette vérification effectuée (c'est-à-dire si le c.v. permet de présenter l'information pour les hommes de la région), elle est fournie pour tous les groupes (sauf si l'un des c.v. spécifiques est trop élevé). Il est à noter que les balises définies par les organismes ayant réalisé les enquêtes populationnelles (ESCC et EQSP) ont été respectées.

Synthèse des problèmes ou préoccupations

À la fin de chacune des sections, une synthèse permet de regrouper visuellement les principaux problèmes ou des préoccupations. Cinq types de problèmes sont distingués et sont associés aux résultats des tests statistiques présentés dans les fiches complémentaires par les symboles ■ et ● :

1. **Problèmes ou préoccupations non spécifiques aux hommes** : Problèmes ou préoccupations de santé publique pour lesquels les hommes en Chaudière-Appalaches ne se démarquent pas défavorablement, ni des femmes de la région, ni des hommes du Québec.
2. **Problèmes ou préoccupations : hommes de la région comparés aux hommes du Québec** : Problèmes ou préoccupations de santé publique pour lesquels les hommes en Chaudière-Appalaches se démarquent défavorablement des hommes du Québec.

3. **Problèmes ou préoccupations : hommes comparés aux femmes de la région** : Problèmes ou préoccupations de santé publique pour lesquels les hommes en Chaudière-Appalaches se démarquent défavorablement des femmes de la région sans se démarquer des hommes du Québec.

4. **Problèmes ou préoccupations : hommes et femmes de la région comparés aux hommes et aux femmes du Québec** : Problèmes ou préoccupations de santé publique pour lesquels les hommes de Chaudière-Appalaches se démarquent défavorablement des femmes de la région et des hommes du Québec¹. Pour ces problèmes ou préoccupations de santé publique, les femmes de la région se démarquent **aussi** défavorablement des femmes du Québec, ce qui, pour des fins de surveillance de l'état de santé et du bien-être, constitue des problèmes ou préoccupations considérés, aux fins de cette analyse, régionaux sans égard du sexe.

5. **Problèmes ou préoccupations : hommes comparés aux femmes de la région et aux hommes du Québec – davantage prioritaires** : Problèmes ou préoccupations de santé publique pour lesquels les hommes de Chaudière-Appalaches se démarquent défavorablement des femmes de la région et des hommes du Québec. Toutefois, pour ces problèmes ou préoccupations de santé publique, les femmes de la région **ne se démarquent pas** défavorablement des femmes du Québec¹, ce qui, pour des fins de surveillance de l'état de santé et du bien-être, constitue des problèmes ou préoccupations « régionaux, particuliers aux hommes ». Parmi les indicateurs traités et analysés, ces problèmes ou préoccupations peuvent être ainsi considérés comme les plus prioritaires pour la santé et le bien-être des hommes de la région.

Référence aux fiches complémentaires
(en général) :

1. ns, ns

2. ns, ●

3. ■, ns

4. ■, ● et les femmes de la région se démarquent défavorablement de celles du Québec

5. ■, ● et les femmes de la région **ne** se démarquent **pas** défavorablement de celles du Québec

¹ À noter que la comparaison entre la situation des femmes de la région et les Québécoises n'est pas présentée dans les fiches complémentaires.

CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

Section 1

La démographie est l'étude des populations et de leurs mouvements. La croissance démographique d'une population est déterminée par trois facteurs : la natalité, la mortalité et la migration. L'analyse des effectifs d'une population permet de comprendre sa répartition selon les groupes d'âge. Ainsi, il est possible de déduire l'impact que les variations démographiques auront, notamment, sur l'évolution des maladies chroniques, qui affectent malheureusement une partie importante de la population vieillissante et constituent la principale cause de mortalité.

Dans cette section, l'accroissement de la population masculine prévu entre 2011 et 2021, en Chaudière-Appalaches, est présenté ainsi que le poids démographique des garçons (0 à 17 ans), des adultes (18 à 64 ans) et des aînés (65 ans et plus) de la région. Une comparaison homme-femme est aussi réalisée. Le lecteur est invité à consulter la section 9.1 « Santé des nouveau-nés (moins de un an) » pour le nombre de naissances et la section 8 « État de santé global » pour la mortalité.

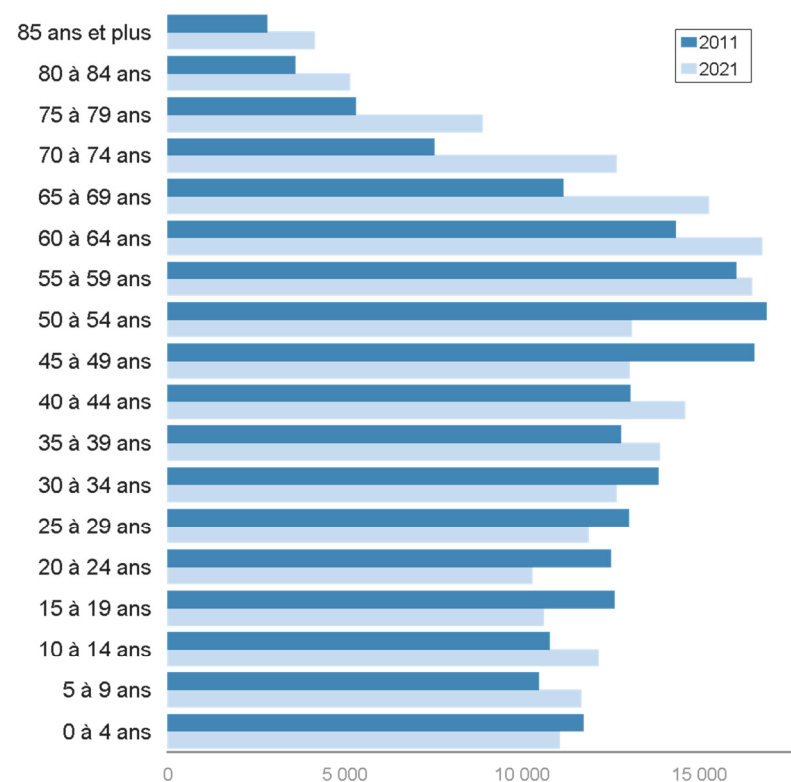
Le poids démographique des hommes... en hausse

Environ 205 000 hommes vivent en Chaudière-Appalaches en 2011. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec[5], ce nombre augmentera au cours des dix prochaines années. L'accroissement attendu en dix ans est de l'ordre de 4,5 % pour la population masculine et de 4,1 % pour la population féminine. Cet accroissement est moindre que celui prévu pour l'ensemble des Québécois, soit de 6,9 %.

Le vieillissement se poursuit : une augmentation prévue du nombre d'hommes plus âgés

La figure 1 présente la structure de la population masculine en 2011, ainsi que celle prévue en 2021. De la totalité des hommes de Chaudière-Appalaches en 2011, 20 % ont moins de 18 ans, représentant 40 217 hommes, et 15 % sont âgés de 65 ans et plus, soit

Figure 1 : Indicateurs — Conditions démographiques
Pyramide des âges des hommes
Chaudière-Appalaches, 2011 et 2021



Source : MSSS, projections démographiques (janvier 2011)
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

30 471. La proportion des hommes âgés de plus de 65 ans devrait devenir plus importante que celle des jeunes hommes dans les 10 prochaines années. Actuellement (2011), les hommes adultes âgés de 45 et 64 ans, soit les baby-boomers, représentent la plus grande part de la population masculine et contribueront fortement au vieillissement de la population.

C'est par conséquent chez les aînés que le plus grand accroissement des effectifs est prévu comparativement aux autres groupes d'âge de la population masculine (voir fiche complémentaire). L'accroissement attendu pour les hommes aînés est plus grand que ce qui est estimé pour les Québécois du même âge. Ces projections illustrent la nécessité d'évaluer les effets sur les services offerts à la population, notamment par le réseau de la santé et des services sociaux.

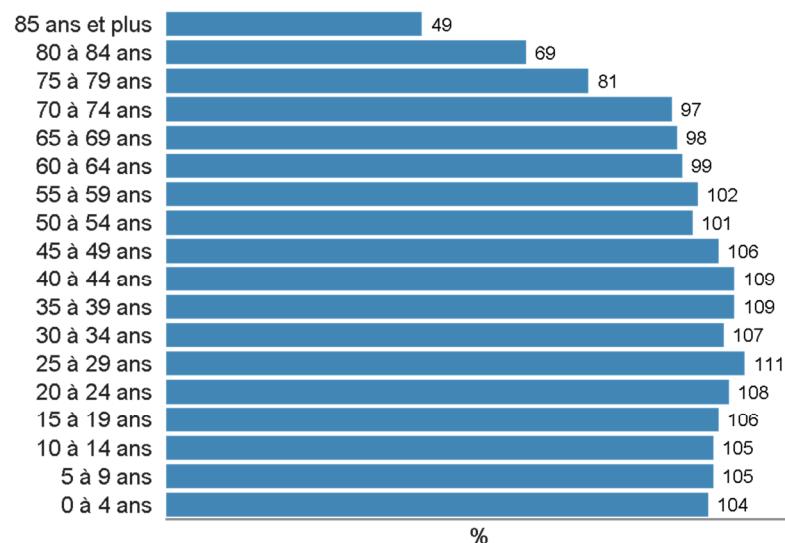
Dans certains territoires de la région, l'exode des jeunes (garçons et filles) contribue à accentuer ce phénomène qui n'est toutefois pas unique aux garçons. Bien que la natalité ait légèrement augmenté au cours des dernières années, le nombre de naissances relativement faible, ajouté à une longévité plus grande de la population, contribuera à entraîner cette diminution du poids démographique des jeunes au profit de celui des aînés[6]. Ce phénomène s'observe, non seulement dans la région, mais ailleurs au Québec.

Plus d'hommes que de femmes

Un fait particulier demeure : plus d'hommes que de femmes vivent en Chaudière-Appalaches. Ceux-ci présentent 50,3 % de la population totale, alors que la population québécoise est composée d'un peu plus de femmes que d'hommes (49,7 % d'hommes). Cela signifie, pour la région, que pour chaque groupe de 100 femmes, vivent environ 101 hommes (figure 2). Par contre, à partir du groupe d'âge 60 à 64 ans, la population féminine domine en nombre avec un ratio de 99 hommes pour 100 femmes. C'est à partir de 75 ans que l'ampleur du phénomène se fait le plus sentir.

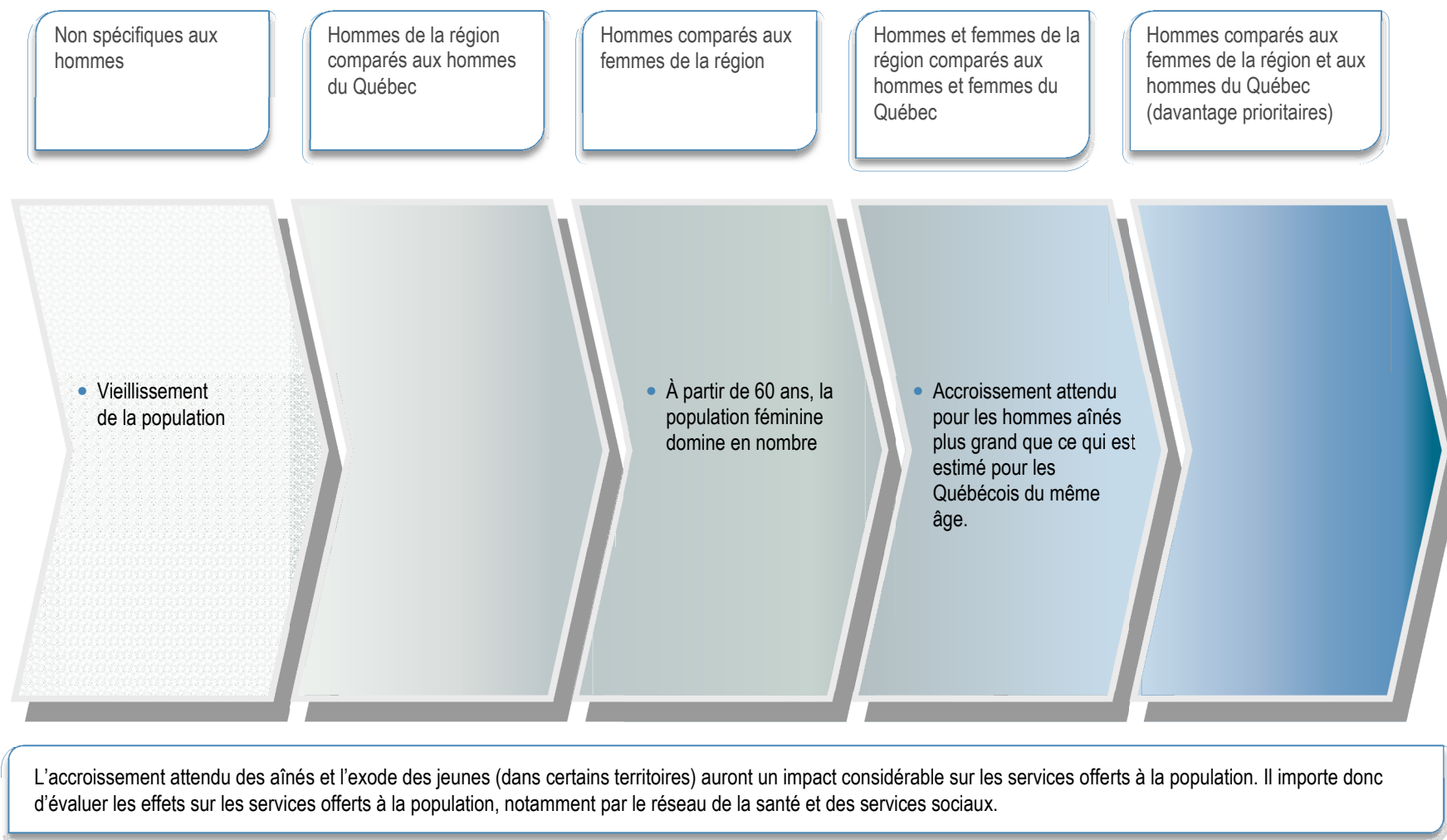
Lorsque les hommes avancent en âge, l'écart avec le nombre de femmes s'amenuise. En fait, plus de garçons naissent que de filles et la répartition hommes/femmes est toujours à l'avantage des hommes jusque vers la fin de la cinquantaine (voir fiches complémentaires). Ensuite, une mortalité prématurée des hommes vient jouer en leur défaveur et inverse la tendance. Cette situation n'est pas particulière à Chaudière-Appalaches et est observée ailleurs au Québec et met en évidence la nécessité de poser des gestes préventifs pour améliorer la tendance.

Figure 2 : Indicateurs — Conditions démographiques
Rapport de masculinité
Chaudière-Appalaches, 2011



Source : MSSS, projections démographiques (avril 2012)
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 1 Conditions démographiques



CONDITIONS SOCIOCULTURELLES ET SOCIOÉCONOMIQUES

Sections 2 et 3

De grandes inégalités de santé et de bien-être persistent au Québec. Les personnes désavantagées d'un point de vue social et économique courent plus de risques pour leur santé. À titre d'exemple, l'espérance de vie à la naissance d'un homme ou d'une femme diminue lorsque le niveau de défavorisation matérielle et sociale² augmente. Dans un milieu très défavorisé matériellement ou socialement comparativement à un milieu plus favorisé, le taux de suicide est plus élevé, il y a davantage de décès résultant d'accidents de véhicules à moteur, le risque de décès par maladies chroniques est plus important[7]. Cette défavorisation, qu'elle soit matérielle ou sociale, est mesurée par différents déterminants sociaux de la santé qui permettent de mieux cerner la prédisposition des personnes et des groupes aux problèmes sociaux et à la maladie. Pour les hommes, l'analyse de ces déterminants renforce l'importance de leur socialisation ainsi que les éléments entourant leur situation économique comme impact majeur sur leur santé.

Dans cette section, la défavorisation est mesurée par des indicateurs socioéconomiques et socioculturels. La situation socioéconomique des hommes de la région est illustrée par le revenu moyen, le seuil de faible revenu, la perception de la pauvreté, l'emploi, le chômage et la scolarité. La situation socioculturelle, quant à elle, est résumée par l'état matrimonial, le fait de vivre seul ou d'être parent en charge d'enfant dans une famille monoparentale. Enfin, un autre facteur ayant un impact pour la situation masculine est abordé, soit le décrochage scolaire.

Par rapport au Québec, davantage d'hommes occupent un emploi, mais généralement moins bien rémunéré

Le revenu annuel moyen des hommes se situe à 35 432 \$. Il est supérieur à celui des femmes de la région de près de 12 000 \$. Par contre, il s'avère en moyenne inférieur de près de 3 000 \$ à celui des hommes de la province, et ce, depuis plusieurs années : cet écart est en partie attribuable aux revenus relativement plus faibles des adultes et des aînés de la région (voir fiches complémentaires).

Malgré un revenu généralement moins élevé, une proportion plus faible d'hommes de la région vivent sous le seuil de faible revenu par rapport à ce qui est observé au Québec. Cette proportion est aussi plus faible que celle des femmes de la région (figure 3). Toutefois, c'est environ 16 750 hommes qui vivent sous le seuil de faible revenu. De plus, 11 % des hommes de la région se perçoivent pauvres. Cette perception augmente avec l'âge allant jusqu'à 24 % chez les plus âgés (voir fiches complémentaires).

² Selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale[8], la **défavorisation matérielle** réfère à la défavorisation de biens et de commodités de la vie courante. À partir de proportions ajustées par âge et sexe, la combinaison des indicateurs « inoccupation, sous-scolarité et revenu » permet de distinguer cinq quintiles de défavorisation matérielle. La **défavorisation sociale** réfère à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté. À partir de proportions ajustées par âge et sexe (sauf pour « familles monoparentales »), la combinaison des indicateurs « personnes seules, personnes séparées, divorcées ou veuves et familles monoparentales » permet de distinguer cinq quintiles de défavorisation sociale.

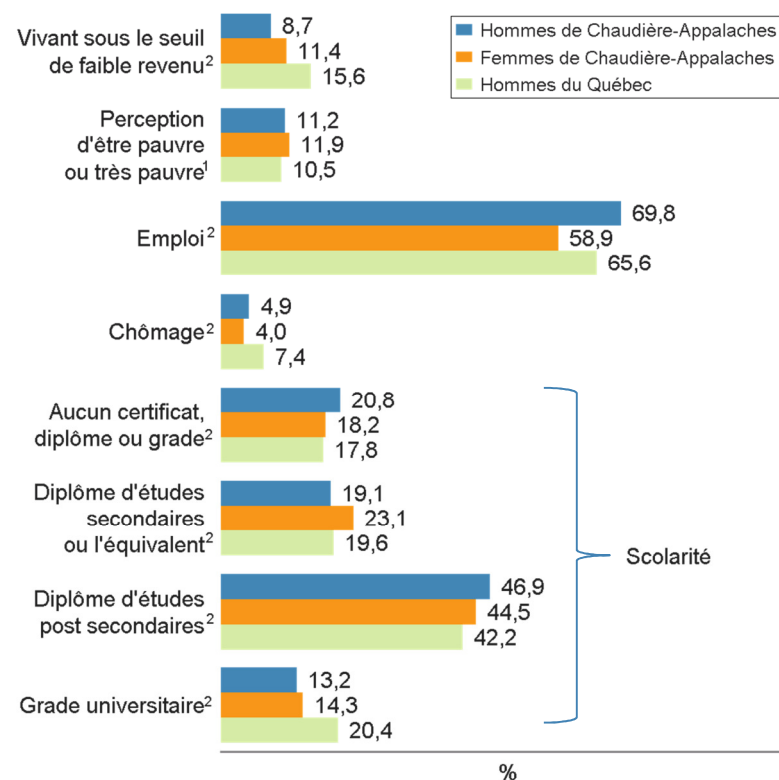
Pour ce qui est de l'emploi, les hommes de la région occupent un travail en plus forte proportion que les femmes. Et même s'ils ont un revenu inférieur, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que ceux du Québec à détenir un travail. Ils sont également moins affectés par le chômage. Notamment, le taux d'emploi chez les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans est particulièrement plus élevé en Chaudière-Appalaches que dans la province (voir fiches complémentaires).

Des hommes moins scolarisés

La région de la Chaudière-Appalaches est composée d'une population relativement moins scolarisée qu'ailleurs au Québec. Cette réalité est particulièrement vraie pour les hommes. La région se distingue avec une proportion plus faible d'hommes ayant obtenu un diplôme universitaire et un pourcentage plus élevé qui n'obtiennent ni certificat, diplôme ou grade. Par contre, plus de 50 000 hommes de la région, soit près de 50 %, détiennent un diplôme postsecondaire ce qui est proportionnellement plus qu'au Québec.

Les adultes sont en forte proportion détenteurs d'un certificat d'études postsecondaires (techniques, métiers, etc.). Additionné au fait que plusieurs industries dans la région œuvrent dans les secteurs manufacturier, du commerce et du secteur primaire, cela porte à penser que les jeunes adultes de la région commencent à travailler relativement tôt dans leur vie dans des secteurs qui requièrent généralement moins de scolarisation. Les aînés de la région, quant à eux, sont proportionnellement plus nombreux à ne pas posséder de diplôme, certificat ou grade, comparativement aux plus jeunes (voir fiches complémentaires).

Figure 3 : Indicateurs — Conditions socioéconomiques Chaudière-Appalaches, 2008¹ et 2006²



Le décrochage scolaire : une problématique trop masculine

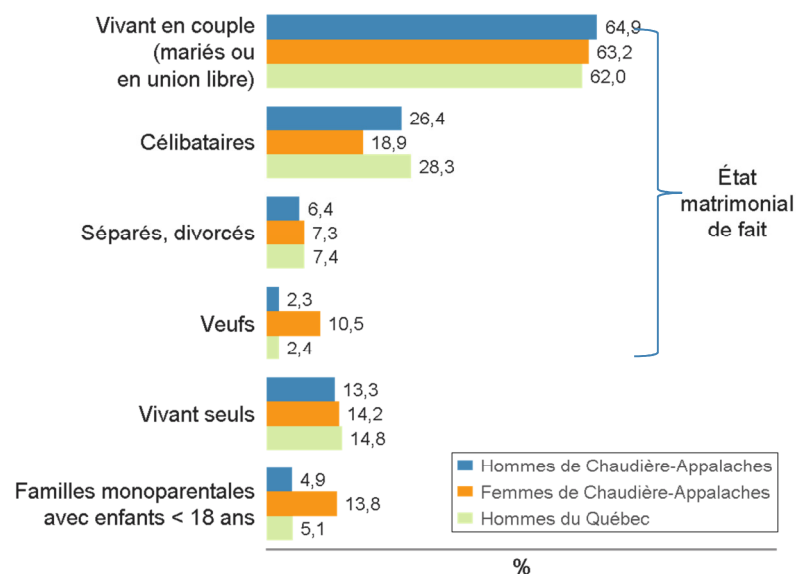
Le décrochage scolaire semble être un phénomène largement masculin. Plusieurs auteurs considèrent que les premières années scolaires auraient une influence sur toute la période de scolarisation et que la socialisation des garçons les préparerait moins bien à l'adaptation, la persévérance et la réussite scolaire[9]. La socialisation est le processus d'apprentissage des rôles culturels définis selon le sexe. L'enfant apprend donc à se comporter selon les valeurs et les attitudes de son entourage. Par exemple, « On apprend aux garçons à ne pas pleurer, à ne pas avoir peur, à ne pas pardonner facilement, mais au contraire à faire preuve d'assurance et à être forts. »[10] Or, les liens entre une scolarité élevée, de meilleures conditions de travail, des revenus plus élevés et un meilleur état de santé ont été largement démontrés dans la littérature[11]. En Chaudière-Appalaches, pour l'année scolaire 2008-2009, 18,5 % des garçons décrochent de l'école comparativement à 10,3 % des filles. Par contre, 26,1 % des jeunes Québécois vivent cette problématique[12].

Dans la région, 2 hommes sur 3 vivent en couple, mariés ou non

En général, vivre en couple est favorable à un bon état de santé physique et mental. Inversement, vivre seul peut entraîner des répercussions négatives sur l'état de santé et de bien-être, surtout si cet état est imposé par les situations de vie (ex. : deuil, divorce). Les hommes sans conjointe sont identifiés comme étant un groupe vulnérable. La séparation conjugale a des effets négatifs sur la santé mentale des hommes[9].

En Chaudière-Appalaches, 65 % des hommes vivent en couple : 42 % des hommes sont mariés et 23 % sont partenaires en union libre. Au Québec, la proportion d'hommes qui vivent en couple est plus faible. De plus, 13 % des hommes de la région vivent seuls, soit un peu moins qu'au Québec. Ce sont les aînés qui vivent seuls dans une plus forte proportion et, particulièrement, les femmes (voir fiches complémentaires). De plus, le veuvage, relativement peu fréquent avant 65 ans, touche davantage les femmes que les hommes (figure 4).

**Figure 4 : Indicateurs — Conditions socioculturelles
Chaudière-Appalaches, 2006**

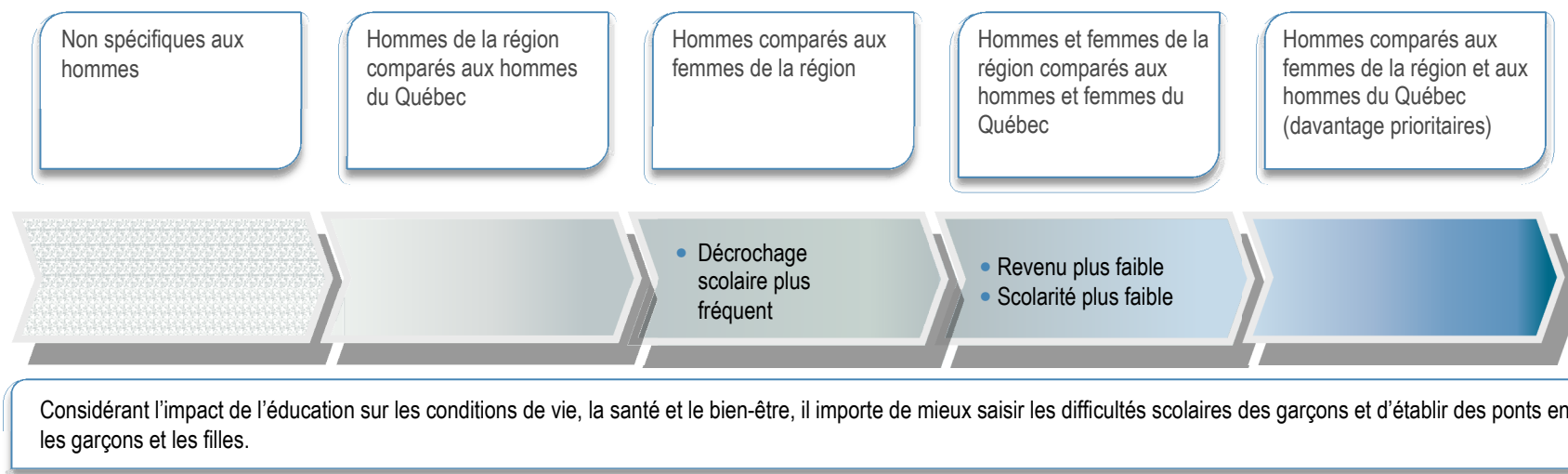


Source : Statistique Canada, recensement 2006
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

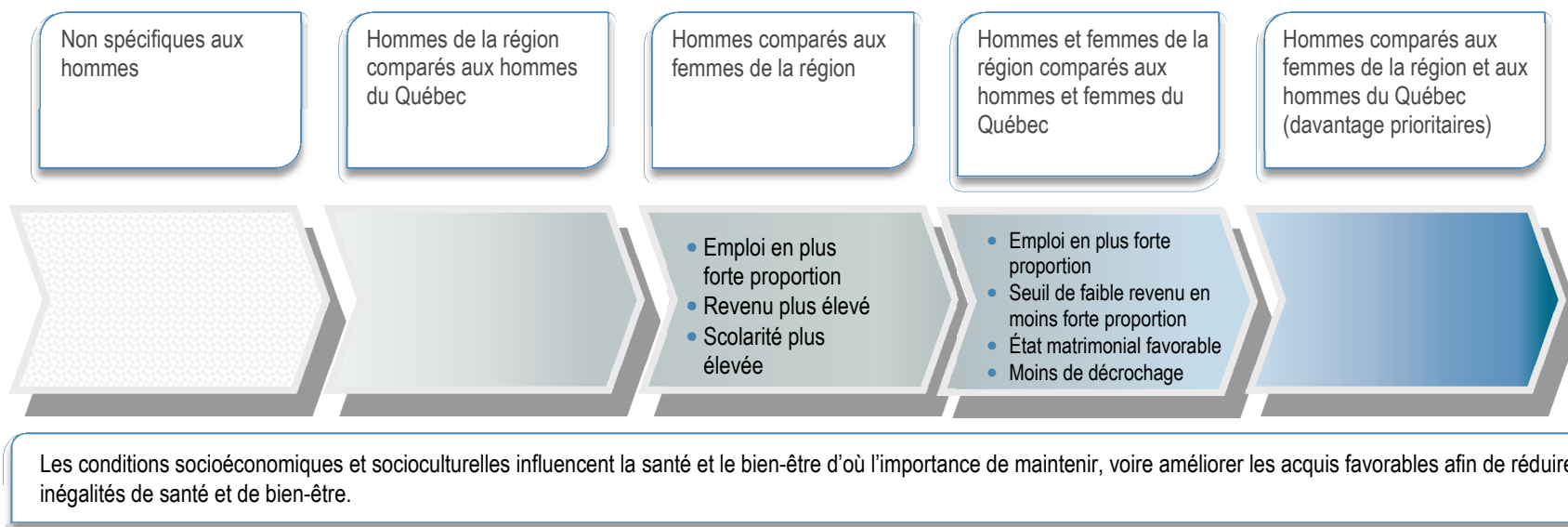
Moins de familles monoparentales dirigées par des pères

La région de la Chaudière-Appalaches compte 45 335 familles avec enfants de moins de 18 ans, dont 19 % sont des familles monoparentales. Ce sont 14 % des familles qui sont dirigées par une femme comparativement à 5 % par un homme. Au total, près de 2 235 hommes élèvent seuls leurs enfants dans la région.

Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 2 et 3 Conditions socioéconomiques et socioculturelles



Synthèse des aspects favorables lesquels ont une influence sur la santé et au bien-être des hommes de la région



ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Section 4

La pollution est en grande partie attribuable aux activités humaines et à des répercussions sur la santé de la population. On y distingue la pollution de l'air que ce soit l'air ambiant ou intérieur, la pollution de l'eau autant potable, usée que récréative et la pollution du sol. « L'altération du milieu physique et du climat, qu'elle soit temporaire ou permanente, met souvent à rude épreuve les écosystèmes et, par voie de conséquences, la santé des populations. Les causes de la pollution sont souvent évitables et les dommages, parfois réversibles. C'est pourquoi l'environnement est l'une des grandes préoccupations du milieu scientifique et de toute la société. »[13]

Les données régionales et même provinciales pour traiter de l'environnement physique et qui font partie de l'univers de la surveillance de l'état de santé de la population québécoise ou régionale sont très partielles. De plus, nombreuses sont celles dont on ne peut apprécier la différenciation selon le sexe : en effet, la pollution affecte la population, en général peu importe le sexe. Elle demeure plus nocive pour les groupes vulnérables (enfants, aînés, etc.). Pour les besoins de ce document *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches — Analyse régionale de leur santé et bien-être*, deux indicateurs ont été retenus : la proportion de la population de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison chaque jour ou presque chaque jour et la proportion de non-fumeurs vivant des restrictions liées à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile. Comme ces deux indicateurs se rapportent à l'environnement physique en lien avec le tabagisme, il a été choisi de les traiter dans le thème « habitudes de vie » avec les indicateurs de consommation tabagique (voir section 6.2). Mentionnons que la section 9.4 traite notamment de l'exposition en milieu de travail dont certains contaminants de l'air, spécifiquement au travail.

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET ADAPTATION SOCIALE

Section 5

Les situations de vie parfois difficiles et les façons de s'adapter sont des dimensions importantes et complémentaires, permettant de comprendre certains problèmes de santé physique et mentale qui peuvent affecter un individu. De façon générale, avoir un environnement social développé aurait un effet protecteur sur la santé. Ainsi, il semble favorable d'avoir des amis, de la famille, quelqu'un sur qui compter pour avoir de l'aide en cas de besoin, pour témoigner de l'affection, etc. Cet effet bienfaiteur serait davantage observable chez l'homme que chez la femme[9]. Aussi, la perception positive qu'ont les individus de leur engagement dans le milieu, soit leur *empowerment* individuel, influencerait favorablement la santé ainsi que l'entraide qu'une personne manifeste à l'égard d'autrui. Les soins offerts aux personnes âgées, et cela sans rémunération, peuvent être considérés comme une manifestation d'entraide.

L'adaptation sociale se définit comme l'équilibre entre les forces et les faiblesses d'un individu, ainsi qu'entre les risques et les opportunités qu'il rencontre dans son environnement social. Elle est décrite en fonction des comportements jugés conformes ou non. Par ailleurs, les problèmes d'adaptation sociale ont aussi des liens étroits avec des facteurs socioéconomiques comme la faible scolarité, la pauvreté[9] ou les modèles masculins de comportement (ex. : dissimuler ses émotions, éviter ou retarder la consultation auprès de professionnels, etc.).

Dans cette section, l'environnement social est documenté à l'aide de la perception du soutien social, de la satisfaction de sa vie sociale, du sentiment d'appartenance à une communauté et le fait de donner des soins aux personnes âgées. La monoparentalité et le fait de vivre seul sont aussi considérés comme des éléments importants de l'environnement social et ont été traités avec les « Conditions socioculturelles et socioéconomiques ». L'adaptation sociale, quant à elle, peut être mesurée, notamment, par la délinquance, la criminalité, la violence conjugale chez les adultes et le décrochage scolaire – traité précédemment – et la maltraitance dont sont victimes les moins de 18 ans. Enfin, aucune donnée fiable présentant l'adaptation des hommes à leur contexte de vie n'est disponible régionalement, outre les données du Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA). Les autres données d'adaptation sociale présentées, bien que ne se rapportant pas spécifiquement aux hommes de la région, visent donc essentiellement à mieux comprendre la problématique. Mais, tout d'abord, voici quelques mots sur les hommes dans un contexte de vie particulier : les pères.

Les indicateurs permettant de bien comprendre l'environnement social et les problèmes d'adaptation et faisant partie de l'univers de la surveillance de l'état de santé de la population québécoise ou régionale sont encore incomplets et en voie de développement. De plus, « les données comptent d'importantes limites; elles reflètent surtout les interventions des services sociaux, policiers, judiciaires, ce qui ne rend pas toujours compte de l'ampleur réelle de ces problèmes. Une meilleure sensibilisation de la population, par exemple au sujet de la violence conjugale ou des abus à l'égard des enfants, peut avoir pour effet d'augmenter le nombre de cas signalés aux services publics. Les changements dans les pratiques des intervenants ou dans les ressources allouées aux services font aussi fluctuer les statistiques et viennent parfois brouiller l'image qui s'en dégage »[14].

Le rôle du père qui se modifie

La société moderne est en constante évolution. Pour les pères, leur rôle ne se limite plus à celui de pourvoyeur au sein de la famille. La paternité a élargi ses horizons. Contrairement à leur propre père, les pères d'aujourd'hui assument d'autres tâches et prennent soin de leurs enfants et, parfois, de ceux d'une autre personne en devenant le père suppléant. Si 4 700 enfants sont nés en Chaudière-Appalaches en 2008, les statistiques disponibles actuellement ne permettent pas de quantifier le nombre de pères dans la région en regard de leur « nouvelle situation » de vie familiale.

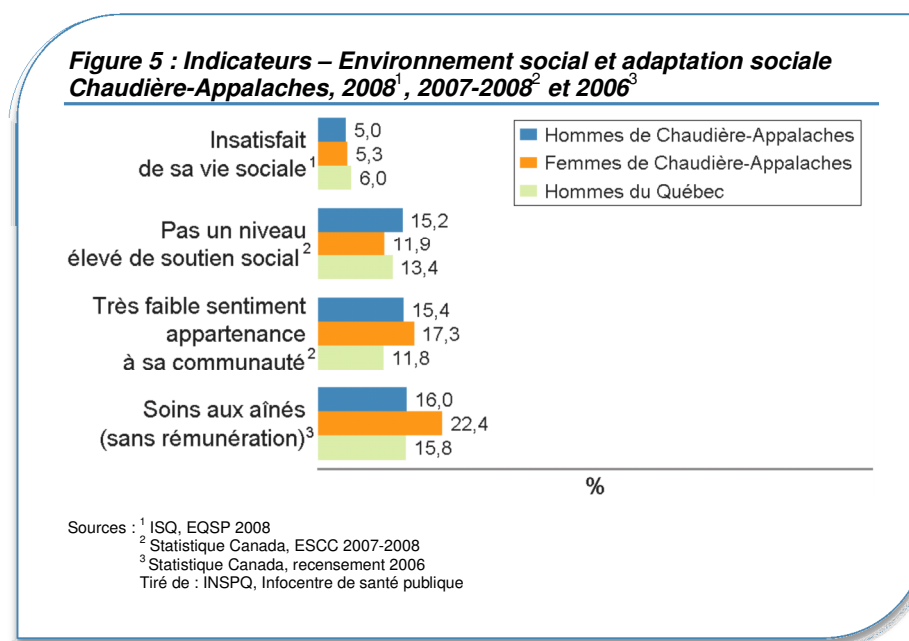
L'arrivée d'un nouvel enfant modifie considérablement la dynamique familiale. En 2006, le gouvernement a instauré le régime québécois d'assurance parentale afin de soutenir les nouveaux parents dans leur volonté de consacrer plus de temps à leurs enfants[15]. Au Québec, 73 % des pères pouvant bénéficier d'un congé de paternité spécifique de 3 ou 5 semaines l'ont utilisé en 2008[16]. En Europe, les pères n'utilisent pas beaucoup ce congé à cause de raisons financières, de l'attitude négative des employeurs et des perceptions du rôle traditionnel des hommes dans la famille[17].

L'engagement paternel a des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être des hommes eux-mêmes[16-17]. Selon les recherches effectuées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'implication positive des pères dans la vie familiale se traduit par une meilleure santé pour eux-mêmes : mortalité prématurée moins élevée, moins de détresse psychologique et de dépression et moins d'habitudes de vie néfastes comme les abus de substances.

Des effets bénéfiques de l'engagement paternel sont aussi décrits chez la mère et l'enfant[17]. En effet, l'importance du rôle du père dans le développement de l'enfant a été démontrée. Selon l'OMS, plus le père s'engage après l'accouchement et la période postnatale, plus fort est son lien avec l'enfant. De plus, des effets positifs sur le plan cognitif, social, émotif, langagier et scolaire sont notés[18]. Paquette et Bigras[19], quant à eux, affirment que les pères stimulent davantage la prise de risque chez leurs enfants et les incitent à explorer, à surmonter les obstacles et à prendre des initiatives. En conclusion, les recherches mettent en lumière que l'engagement paternel a une influence positive sur le bien-être des pères, leur partenaire et leurs enfants.

Plus d'hommes de la région ont un très faible sentiment d'appartenance : une différence de l'environnement social comparativement aux Québécois

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, 1 homme sur 20 se dit insatisfait de sa vie sociale. Cette proportion est comparable à celles que l'on observe chez les hommes québécois et les femmes de la région. Par contre, c'est environ 1 homme sur 6 qui n'a pas un niveau élevé de soutien social. Cette proportion est comparable à celle observée chez les hommes du Québec et un peu plus élevée que chez les femmes de la région. Le faible sentiment d'appartenance à sa communauté, de l'ordre de 15 % pour les hommes de la région, est presque semblable à ce qui est exprimé par les femmes. Cependant, cette proportion est plus élevée comparativement aux Québécois. Enfin, 16 % des hommes prodiguent, sans rémunérations, des soins aux personnes âgées. Cette proportion est semblable pour les Québécois, mais elle est plus élevée chez les femmes de la région (figure 5).



Actes criminels, violence conjugale, homicide : des chiffres qui montrent une moins bonne adaptation sociale des hommes par rapport aux femmes

Selon les données de la littérature, les hommes connaissent plus de problèmes d'adaptation sociale que les femmes[11]. Par exemple, les hommes sont plus nombreux que les femmes à perpétrer des actes criminels, que ce soit des crimes contre la personne, contre la propriété ou d'autres infractions. Ils sont impliqués dans 85 % de tous les crimes — et 95 % des crimes violents traités en cour — et ils se retrouvent plus souvent que ces dernières dans des situations de violence physique, que ce soit comme agresseur ou victime[11, 20]. De plus, les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à décéder d'homicide[21].

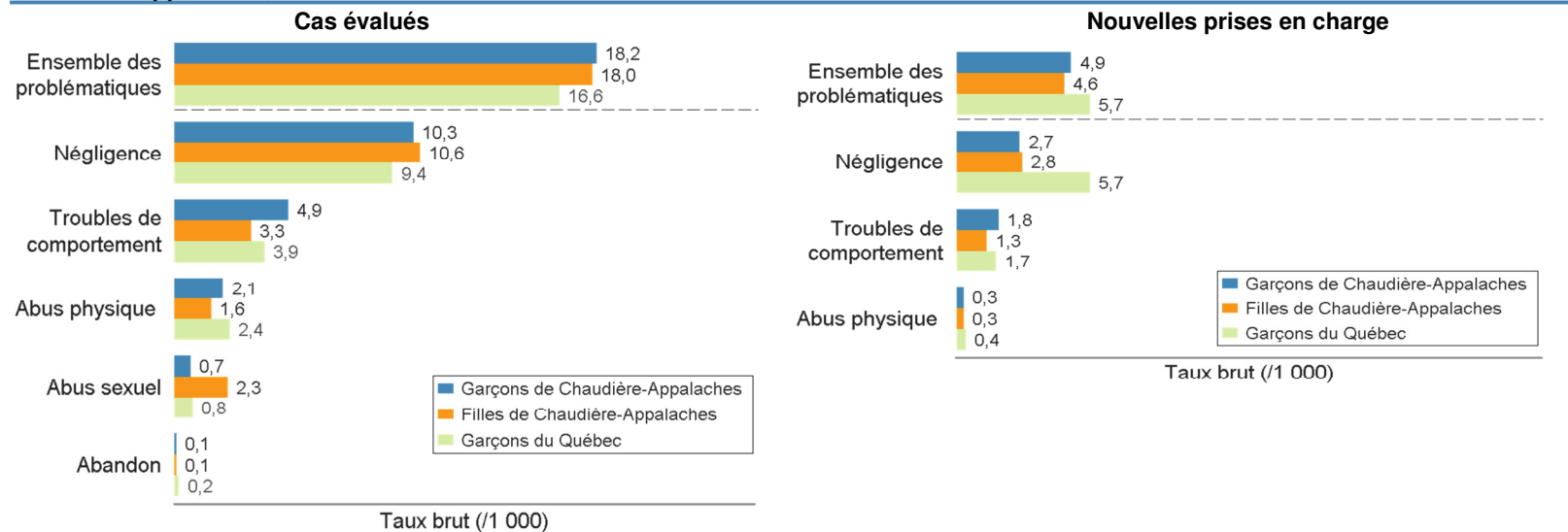
La violence conjugale est un domaine où les problèmes d'adaptation de l'homme sont éloquentes. Les hommes sont reconnus comme les principaux agresseurs en violence conjugale[16]. Ceux aux prises avec un problème de toxicomanie sont plus susceptibles de commettre des actes violents à l'endroit de leur conjointe[21]. La séparation serait le facteur le plus souvent impliqué dans ces événements[9]. En 2000, au Québec, 2 365 hommes ont déclaré avoir été victimes de violence conjugale comparativement à 13 479 femmes[16]. Une sous-déclaration des victimes masculines des actes de maltraitance est probable pour diverses raisons : la peur du ridicule (les hommes sont forts et robustes), la honte (ils doivent protéger ceux qu'ils aiment), l'éducation (ils ne doivent pas se montrer faibles), la justice (ils seront traités comme des agresseurs par les policiers).

Maltraitance chez l'enfant : comparativement aux jeunes québécois, plus de cas évalués qu'ailleurs au Québec et qui se solde par moins de prises en charge nécessaires par le centre Jeunesse

La maltraitance dans l'enfance fait référence à « [...] toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »[22] Les enfants victimes de maltraitance présentent un risque élevé de troubles comportementaux, affectifs et sociaux ultérieurs, de mauvaises habitudes de vie ou de maladies chroniques[23]. La maltraitance est aussi associée à la pauvreté, aux inégalités sociales, à l'isolement ou l'exclusion[24]. Les données du CJCA sur la maltraitance traitent des cas évalués et de nouvelles prises en charge d'enfants de moins de 18 ans par le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ). Le DPJ a la responsabilité de recevoir les signalements de situations inquiétantes portées à sa connaissance. Il a à évaluer les situations que vivent les enfants qui lui sont signalés pour ensuite conclure s'il y a nécessité ou non de prises en charge pour le mieux-être de l'enfant (application ou non de mesures volontaires ou judiciairisées, selon le cas). Au total, toutes proportions gardées, le nombre de cas évalués pour les garçons dans la région est supérieur à celui du Québec. Concernant la négligence et les troubles de comportement, les jeunes de sexe masculin de Chaudière-Appalaches ont des taux supérieurs aux garçons québécois. Selon les cas évalués dans la région, les garçons présentent plus de troubles de comportement et subissent davantage d'abus physiques que les filles (figure 6).

En moyenne, 765 jeunes garçons sont évalués par année par le DPJ dans la région et 204 jeunes garçons nécessitent une prise en charge, c'est-à-dire une application d'une mesure par le DPJ. Les motifs de prise en charge sont, par ordre d'importance, la négligence, les troubles de comportement et l'abus physique, suivi, en moindre ampleur, de l'abus sexuel et l'abandon (données non présentées). Le groupe des 12 à 17 ans compte 101 prises en charge comparativement à 64 pour les 4 à 11 ans et 39 pour les 0 à 4 ans. Les taux de prise en charge ayant pour motif la négligence des jeunes de sexe masculin de Chaudière-Appalaches sont inférieurs à celui des garçons du Québec. Pour les troubles de comportement, les taux sont supérieurs à ceux des jeunes filles de la région. Toutefois, le nombre peu élevé de jeunes concernés limite les possibilités de comparaison entre les groupes d'âge.

Figure 6 : Indicateurs – Environnement social et adaptation sociale
Cas évalués et nouvelles prises en charge, LPJ
Chaudière-Appalaches, 2003-2004 à 2006-2007



Sources : MSSS, C.J-LPJ, 2003-2004 à 2006-2007
 Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

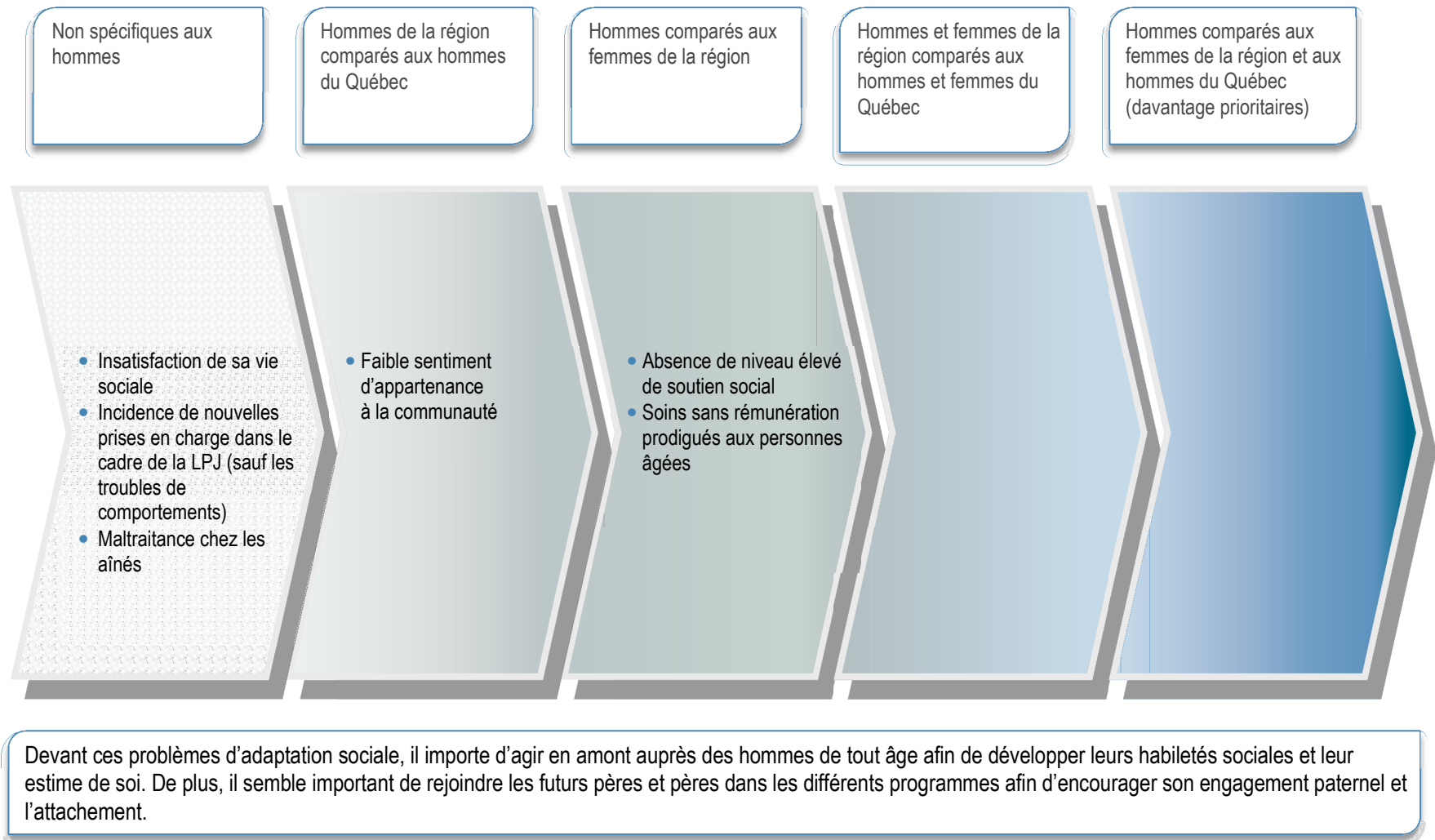
Les jeunes filles et les femmes sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles et de harcèlement criminel que les garçons et les hommes qui, eux, sont les principaux agresseurs[9]. Environ 1 garçon sur 6 est susceptible de subir une agression sexuelle et 30 % des abusés risquent de devenir eux-mêmes plus tard des abuseurs[21].

La maltraitance chez les aînés

On reconnaît 6 types de maltraitance possible à l'égard des aînés : maltraitance physique, maltraitance psychologique ou émotionnelle, maltraitance sexuelle, maltraitance matérielle ou financière, violation des droits de la personne et négligence. Les données régionales ne nous permettent pas d'évaluer la maltraitance que peuvent subir les aînés de la région. Les personnes âgées peuvent subir plusieurs de ces types de maltraitance par une ou plusieurs personnes[25].

Selon les différentes enquêtes populationnelles québécoises, il est estimé qu'entre 4 % et 7 % des personnes âgées vivant à domicile vivraient une maltraitance. Toutefois, les chercheurs s'entendent pour dire que cette prévalence est sous-évaluée. Les « [...] diverses études confirment que la maltraitance envers les personnes âgées existe bel et bien au Québec. Cependant, il importe de poursuivre les recherches pour mieux cerner l'ampleur et en déterminer les caractéristiques. »[26] La maltraitance matérielle ou financière pourrait être une des plus fréquentes. En raison de leur plus grand nombre, les femmes seraient davantage victimes de maltraitance, mais si l'on considère un poids hommes/femmes semblable, les hommes seraient presque aussi souvent touchés par la maltraitance et le dépistage serait plus complexe dans leur cas[25].

Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 5 Environnement social et adaptation sociale



HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS

Section 6

Les habitudes de vie et les comportements « renvoient à une façon d'être et à des façons de faire dans le cadre de diverses activités de la vie courante [...]. »[27] qui ont un impact majeur sur l'état de santé et de bien-être. Certains experts estiment que 40 % des décès seraient imputables à l'usage du tabac, une alimentation inadéquate et la sédentarité, ainsi qu'une consommation d'alcool excessive[28]. Comme les habitudes de vie peuvent être modifiées, l'individu peut donc adopter de saines habitudes de vie et ainsi améliorer sa santé. À titre d'exemple, les maladies cardiovasculaires, certains cancers et le diabète sont associés à différents facteurs de risque communs modifiables et sur lesquels des actions de prévention peuvent avoir un impact. Également, les traumatismes routiers sont liés aux habitudes de vie, ne serait-ce que de penser au « [...] fait de conduire sous l'influence de l'alcool, de négliger le port de la ceinture de sécurité en voiture ou d'omettre celui du casque à vélo. »[29] Améliorer la santé des hommes pose surtout le défi de comprendre en quoi les comportements et les habitudes de vie qu'ils adoptent jouent un rôle sur leur santé et de bien-être[30]. De plus, n'oublions pas que les habitudes de vie sont fortement influencées par l'environnement.

Dans cette section, les habitudes de vie sont regroupées en 6 catégories, soit l'activité physique, l'usage du tabac (incluant l'exposition à la fumée de tabac dans les environnements pour les non-fumeurs), la consommation d'alcool et de drogues, l'alimentation et les attitudes et perception concernant le poids corporel, les habitudes et perception concernant la santé buccodentaire ainsi que les habitudes sexuelles.

SECTION 6.1 : Activité physique

Autrefois, pour les hommes, force et mise en mouvement du corps autour d'un travail ou d'une performance à accomplir étaient liées à leur identité. Le mode de vie actuel appelle maintenant davantage à la sédentarité, que ce soit dû à la prolifération des modes de transports automatisés ou encore à l'omniprésence de la télévision, des ordinateurs et de l'Internet[30]. Autant sur le plan physiologique que psychologique, un mode de vie sédentaire s'accompagne d'un risque accru de souffrir d'un grand nombre de problèmes de santé et de mourir de façon prématurée. À l'opposé, un mode de vie physiquement actif comporte de nombreux effets bénéfiques. En effet, la pratique régulière d'activités physiques diminue les risques de problèmes de santé, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension, l'obésité et le cancer du poumon et du côlon[31-33]. Par ailleurs, l'activité physique augmente l'estime de soi, améliore l'humeur et réduit les niveaux de stress et les symptômes d'anxiété et de dépression[31, 33, 34].

Atteinte du niveau d'activité physique recommandé : environ 100 000 hommes de la région devraient améliorer leur pratique d'activité physique

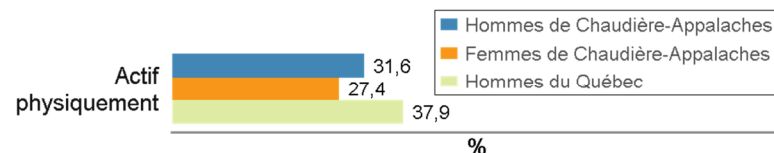
Les recommandations en matière d'activité physique varient selon les groupes d'âge. Par exemple, les adultes de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins 30 minutes d'activités physiques par jour[35]. Toutes proportions gardées, moins d'hommes de la région atteignent le niveau d'activité physique recommandé

comparativement aux hommes du Québec. Toutefois, aucune différence statistiquement significative n'est mesurée entre les hommes et les femmes de la région. Au Québec, les hommes sont plus sujets à pratiquer l'activité physique selon le niveau recommandé que leurs consœurs (figure 7).

C'est surtout le comportement associé à l'activité physique qui distingue les hommes des femmes. « [...] les hommes sont plus enclins que les femmes à faire de l'activité physique dans le cadre de leurs loisirs et ils ont plus de chance d'être physiquement actifs dans le cadre de leur travail [...]». De plus, les adeptes de sports dits extrêmes sont

principalement des hommes, tout comme ils sont nettement plus nombreux à subir des traumatismes en pratiquant un sport. »[36] Aussi, les données provinciales laissent entendre que la pratique de l'activité physique tend à diminuer avec l'âge : une plus forte proportion des hommes de 18 à 24 ans sont actifs comparativement aux 25 à 44 ans, qui eux sont plus actifs que les 45 à 64 ans et que les 65 ans et plus (voir fiches complémentaires).

Figure 7 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements
Atteinte du niveau d'activité physique recommandé
Chaudière-Appalaches, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

SECTION 6.2 : Usage du tabac et environnement

Le tabagisme affecte la plupart des organes du corps humain, notamment les artères, le cœur et les poumons. Les risques sont augmentés d'avoir une maladie cardiovasculaire, pulmonaire ou un cancer, dont le cancer du poumon est le plus connu[37]. Le tabagisme étant responsable de nombreux décès prématurés, il représente la principale cause évitable de mortalité[38]. L'usage de la cigarette a perdu en importance depuis les vingt dernières années. Par contre, les hommes sont encore plus nombreux que les femmes à être victimes de maladies reliées à leur habitude tabagique. Cependant, l'écart se réduit de plus en plus parce que le nombre de femmes qui fument augmente[37]. La cessation tabagique constitue donc une mesure de prévention ayant un impact considérable sur l'amélioration de la santé en général.

Quelque 21 % des hommes fument encore : une habitude moins répandue que chez les femmes et les Québécois

Un peu plus de 1 homme sur 5 fume tous les jours ou à l'occasion. Proportionnellement, moins d'hommes fument dans la région que dans l'ensemble du Québec (figure 8).

Au Québec, les hommes de 65 ans et plus fument en moins grande proportion, comparativement aux adultes (autant les 18 à 24 ans, que les 25 à 44 ans et les 45 à 64 ans). La taille de l'échantillon dans la région permet d'observer la même tendance qu'au Québec, mais sans montrer de différence statistiquement significative.

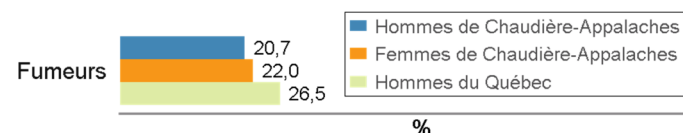
L'usage de la cigarette se fait généralement tôt dans la vie des hommes. Environ la moitié (55 %) des fumeurs réguliers ont commencé à fumer entre 15 et 19 ans. Et même, 22 % des fumeurs ont débuté avant l'âge de 14 ans (voir fiches complémentaires). De plus, le comportement tabagique en soi, la façon de fumer, différerait selon le genre. Tremblay[39] rapporte des études américaines qui « [...] indiquent que les hommes auraient plus tendance à inhaler plus profondément la fumée de cigarette que les femmes, à choisir des marques plus fortes en nicotine ou sans filtre, et qu'ils fument davantage la pipe et le cigare que ne le font les femmes. »

Environ 1 homme sur 10 exposé à la fumée secondaire à la maison

Également, le tabagisme représente un risque à la santé pour les autres personnes côtoyant la personne fumeuse. La fumée de tabac est composée de la fumée inspirée et rejetée par les fumeurs ainsi que de la fumée qui s'échappe de la cigarette. Cette dernière représente 50 % de la fumée de tabac dans l'environnement et est plus toxique que la fumée inspirée et rejetée par les fumeurs[37]. D'où l'importance de créer des environnements favorables pour limiter l'exposition à la fumée secondaire. À noter que depuis 2006, il est interdit de fumer dans les lieux publics (restaurants, bars, brasseries, centres commerciaux, etc.). Il est également interdit de fumer sur les terrains des centres de la petite enfance et des écoles primaires et secondaires. Avant 2006, d'autres interdictions étaient déjà en vigueur, notamment, quant à l'interdiction de fumer dans les établissements de santé et services sociaux.

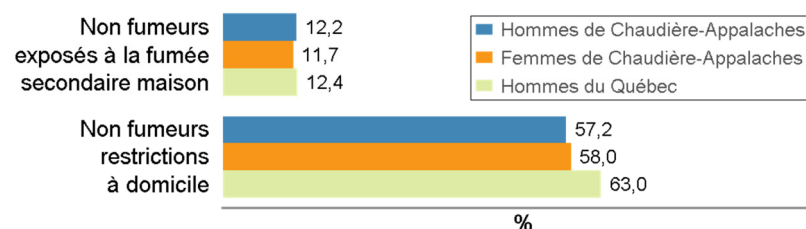
En Chaudière-Appalaches, plus de 1 homme non-fumeur sur 8 se dit exposé à la fumée secondaire à la maison, et ce, à chaque jour. Par ailleurs, fait encourageant, ils sont près de 6 hommes sur 10 à vivre dans un domicile où des restrictions à l'usage du tabac sont établies pour les fumeurs. Ces proportions sont semblables à celles des femmes de la région (figure 9).

Figure 8 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements
Usage de la cigarette (fumeurs réguliers et occasionnels)
Chaudière-Appalaches, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Figure 9 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements
Environnement physique associés à la fumée secondaire
Chaudière-Appalaches, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

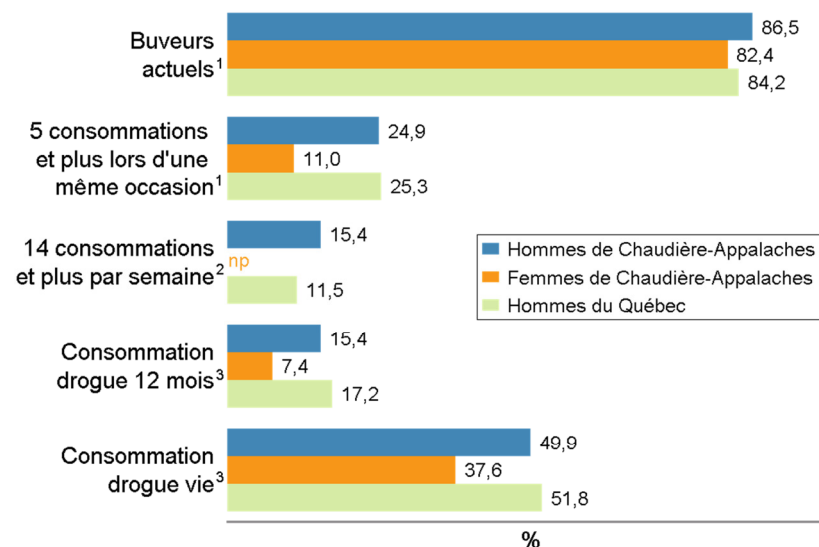
SECTION 6.3 : Consommation d'alcool et de drogues

« L'alcool diminue les habiletés motrices, augmente le temps de réaction, altère le jugement, influence les émotions et diminue les réponses aux attentes sociales. »[40] La consommation d'alcool et de drogues peut causer des problèmes de santé, dont certains types de cancer et des maladies chroniques non cancéreuses. L'alcool et les drogues sont aussi un important facteur de risque des traumatismes routiers et autres types de blessures. La consommation de ces substances peut avoir aussi pour conséquence des problèmes sociaux comme la violence, l'itinérance, etc.[41]

Selon l'OMS, l'alcool est responsable de 14 % du fardeau de la maladie chez les hommes et de 3 % chez les femmes en Amérique du Nord[42]. Au Québec, près de 2 % des décès sont attribuables à l'alcool. Le type de problèmes causés par l'alcool dépend à la fois du volume total d'alcool bu et du mode de consommation[41].

Selon la 4^e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), l'abus de substances se définit comme un usage inapproprié qui se répète sur une période de 12 mois consécutifs ou qui persiste dans le temps et entraîne des effets négatifs. La dépendance, catégorisée comme un trouble de santé mentale, est caractérisée par la nécessité d'augmenter les doses et associée à des réactions de sevrage.

Figure 10 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements
Consommation d'alcool et de drogues
Chaudière-Appalaches, 2007-2008¹, 2005² et 2008³



Sources : ¹ Statistique Canada, ESCC 2007-2008

² Statistique Canada, ESCC 2005

³ ISQ, EQSP 2008

Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

La proportion de buveurs masculins est sensiblement identique à celle des femmes de la région et aux Québécois

En Chaudière-Appalaches, tout comme au Québec, les hommes et les femmes consomment de l'alcool, au cours de l'année, dans une proportion à peu près semblable (figure 10). Le pourcentage d'hommes consommateurs d'alcool est relativement le même pour tous les groupes d'âge, sauf pour les jeunes de 12 à 17 ans où il est moindre. Que ce soit en comparaison avec les hommes du Québec ou avec les femmes de la région, les proportions sont les mêmes (voir fiches complémentaires).

Les hommes de la région sont plus nombreux à consommer 5 verres ou plus lors d'une occasion que les femmes

L'indicateur portant sur la consommation de 5 verres ou plus en une seule occasion au moins à 12 reprises sur une période de 12 mois est fréquemment utilisé dans les enquêtes populationnelles pour estimer la consommation excessive d'alcool. Il n'en demeure pas moins que cet indicateur ne permet pas d'identifier le mode de consommation, c'est-à-dire de quelle façon ces 5 consommations sont bues (ex. : fréquence en heure, vitesse de chaque consommation, etc.). Pour Chaudière-Appalaches, environ 43 200 hommes ont une consommation dite excessive. Ces derniers sont plus nombreux que les femmes à afficher ce comportement. Cependant, ils ne se démarquent pas des hommes du Québec.

Il semble que plus on avance en âge, moins on boit de façon excessive. Du moins, c'est ce qui est observé au Québec où les hommes de 18 à 24 ans ont, en plus grande proportion, une consommation excessive comparativement aux plus âgés. Pour les hommes de la région, le comportement suit la même tendance bien qu'il n'y ait pas de différence statistique entre chacun des groupes d'âge. Il est à noter que les hommes de la région, âgés de 45 à 64 ans, déclarent en plus grande proportion avoir une consommation excessive comparativement aux femmes de la région du même âge (voir fiches complémentaires).

Quelque 14 consommations ou plus par semaine : surtout les hommes de la région

Dans la région, environ 26 400 hommes consomment 14 consommations d'alcool ou plus chaque semaine. Les Québécois consomment cette quantité d'alcool dans une proportion moindre. Le pourcentage chez les femmes de la région, quant à lui, est nettement inférieur. L'indicateur ne porte pas, une fois de plus, sur le mode de consommation.

Dans la région comme au Québec, les proportions d'hommes qui consomment, chaque semaine, 14 consommations d'alcool au plus sont plus élevées chez les adultes masculins, de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, que pour les femmes des mêmes groupes d'âge. De plus, pour les mêmes groupes d'âge, les proportions sont plus élevées chez les hommes de la région que chez les hommes du Québec (voir fiches complémentaires).

La consommation de substances illégales au moins une fois dans la vie : une proportion de 1 homme sur 2

Les données suivantes réfèrent à la consommation de drogues obtenues sans ordonnances médicales. Dans la région, 50 % de la population masculine a déjà consommé au moins une fois de la drogue au cours de sa vie. Ce comportement est beaucoup plus répandu que chez les femmes, mais reste comparable aux Québécois. Quoi qu'il en soit, les proportions chez les femmes sont faibles et doivent être interprétées avec prudence.

Une proportion de 15 % des hommes aurait consommé des substances illégales au cours de la dernière année

En ce qui concerne la consommation de drogues au cours des 12 derniers mois, 15 % des hommes en ont pris au cours de cette période. Cette proportion est semblable pour les hommes du Québec. Dans la région, la proportion de femmes ayant consommé des drogues durant la dernière année est inférieure à celle des hommes. Comme pour la consommation à vie, la proportion d'hommes de 65 ans et plus ayant consommé de la drogue dans l'année semble inférieure à celle des 45 à 64 ans qui elle, est inférieure à celle des 25 à 44 ans et des 18 à 24 ans. Également, cette diminution des proportions avec l'âge est également observée chez les hommes du Québec.

Les différents types de drogues peuvent être inhalés, avalés ou injectés directement dans le sang. « Au Québec, il est estimé à quelque 23 000 le nombre d'utilisateurs de drogues par injection. »[43] L'âge moyen est de 34 ans pour les hommes et de 29 ans pour les femmes[44]. Ce mode de consommation amène de nombreuses problématiques de santé et de bien-être, plus particulièrement les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dont il sera question à la section 9.6 portant sur les maladies infectieuses.

Jeu de hasard et d'argent : une réalité masculine

Selon une enquête réalisée conjointement par l'Université Concordia et l'Université de Montréal, « [...] 70 % des adultes du Québec déclarent avoir parié ou dépensé de l'argent à un jeu de hasard et d'argent au cours des 12 mois précédant l'enquête. »[45] Les jeux de hasard et d'argent (JHA) les plus populaires sont la loterie, et, dans des proportions moindres, les machines à sous, le poker et les appareils de loterie vidéo (ALV)[46].

Les hommes s'adonneraient plus souvent que les femmes à un JHA, de même que chez les personnes âgées de 45 à 54 ans. Les chercheurs estiment que 1,3 % des adultes seraient à risque modéré de développer un problème. De plus, 0,7 % des joueurs auraient une dépendance aux JHA se traduisant par une impulsion incontrôlable à miser de l'argent[46]. Cette forte dépendance compulsive au jeu est nommée jeu pathologique, compulsif ou excessif. Il est possible que ces données soient sous-déclarées par les joueurs qui refusent de reconnaître leur problème.

On peut identifier trois types de joueurs, lesquels représentent trois stades de développement des problèmes de jeux et pour lesquels les JHA peuvent entraîner des complications de nature variable :

- Le premier type est le joueur récréatif. Il ne rencontre pas vraiment de problème lorsqu'il joue.
- Le deuxième type est le joueur problématique. Il vit des épisodes de problèmes liés au jeu ou subit certains impacts négatifs en lien avec ses comportements de jeu, mais sans que cela n'occasionne de graves conséquences.
- Le troisième type est celui du joueur pathologique. Ce dernier vit un cumul de problèmes importants causés par une dépendance sévère aux jeux de hasard et d'argent[47].

« Les joueurs d'ALV comme les joueurs en ligne sont proportionnellement plus nombreux à être à risque de développer un problème de jeu [...] »[48]. Le joueur pathologique type serait un homme célibataire, possédant une scolarité de niveau primaire ou secondaire et un revenu inférieur à 40 000 \$[49]. Actuellement, aucune donnée fiable régionale n'est reconnue pour mesurer l'ampleur de la problématique du jeu pathologique pour les hommes de Chaudière-Appalaches.

SECTION 6.4 : Alimentation et poids corporel

Les habitudes alimentaires reflètent les changements dans la société moderne. L'accessibilité facile et rapide à la nourriture contribue, notamment, à favoriser la consommation d'aliments riches en sucre et en gras au détriment des fruits, des légumes et des aliments riches en fibres[50]. Il est recommandé de suivre le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* et de manger quotidiennement des produits laitiers et céréaliers, de la viande et des substituts ainsi que des fruits et légumes[51].

Quelque 94 200 hommes de Chaudière-Appalaches devraient manger des fruits et des légumes plus souvent dans la journée

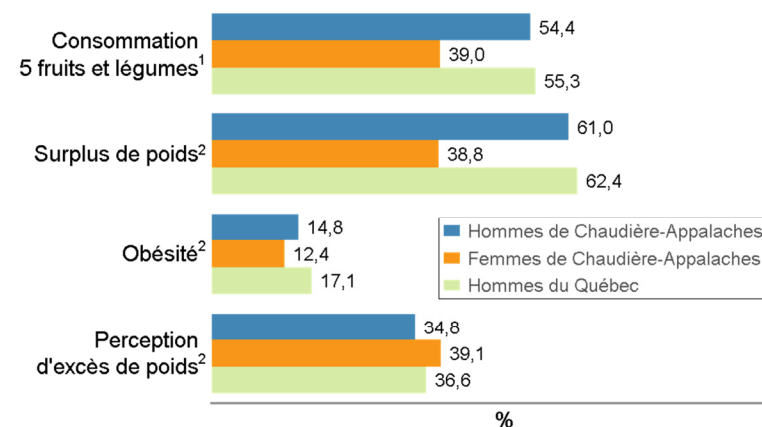
Dans les enquêtes populationnelles générales, consommer au moins 5 fois par jour des fruits et des légumes est un indicateur d'une saine alimentation.

La moitié des hommes de la région consomment moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes. Cette proportion est semblable à celle des Québécois et est plus élevée que celle des femmes (figure 11). Aucune différence statistique n'est observée selon les groupes d'âge dans la région. Toutefois, les données régionales semblent suivre la tendance provinciale présentant une image favorable de l'alimentation des adolescents. En effet, proportionnellement, les garçons québécois âgés de 12 à 19 ans sont plus nombreux que leurs aînés à consommer 5 fois par jour des fruits et légumes. Néanmoins, cet indicateur ne tient pas compte du nombre de portions consommées quotidiennement, comme recommandé par le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*[51].

Dans la région, le surplus de poids touche surtout les hommes

Une mauvaise alimentation est un des facteurs pouvant mener à un surplus de poids. Les risques de développer des problèmes de santé chroniques sévères, tels que les maladies cardiaques, le cancer ou le diabète sont plus élevés chez les personnes ayant un surplus de poids. L'espérance de vie peut également être réduite. Le surplus de poids est mesuré par l'indice de masse corporelle (IMC) qui se définit comme le poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres carrés : $IMC = \text{poids(kg)} / \text{taille(m)}^2$. Chez les adultes, à l'exclusion des femmes enceintes et celles qui allaitent, le surplus de poids correspond à un $IMC \geq 25,0$, divisé en embonpoint (IMC situé entre 25,0 à 29,9) et obésité ($IMC \geq 30,0$)[52].

Figure 11 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements
Alimentation et poids corporel
Chaudière-Appalaches, 2007-2008¹ et 2008²



Sources : ¹ Statistique Canada, ESCC 2007-2008

² ISQ, EQSP 2008

Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Le surplus de poids est présent davantage chez les hommes que chez les femmes de la région. En effet, 95 300 hommes, soit environ 6 hommes sur 10 sont touchés par ce problème comparativement à 4 femmes sur 10. La proportion régionale d'hommes ayant un surplus de poids est semblable à celle des Québécois.

L'analyse par groupes d'âge montre que la proportion des jeunes hommes ayant un surplus de poids est élevée, mais moindre que celle des aînés. En effet, près de 40 % des hommes de 18 à 24 ans ont un surplus de poids alors que les proportions pour les groupes plus âgés grimpent à 60 %. De plus, à partir du groupe des 25 à 44 ans, les hommes souffrent en plus grande proportion de surplus de poids que les femmes de Chaudière-Appalaches (voir fiches complémentaires).

Malgré ces constats, les hommes ne se perçoivent pas en plus forte proportion avec un surplus de poids, comparativement aux femmes ou encore, aux hommes du Québec. Les jeunes hommes de 15 à 24 ans sont proportionnellement moins nombreux à se percevoir avec un surplus de poids comparativement aux autres groupes d'âge. Cette réalité est aussi mesurée chez les femmes de 15 à 24 ans de la région.

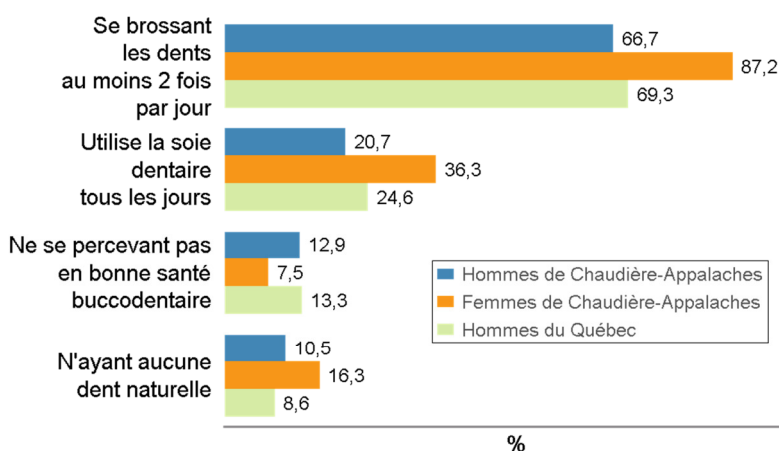
SECTION 6.5 : Santé buccodentaire

La santé buccodentaire est essentielle pour la santé et le bien-être. Elle se caractérise par la capacité d'une personne à mordre, mâcher, sourire et parler d'une façon adéquate[53]. Une mauvaise santé buccodentaire peut affecter l'apparence et l'estime de soi[54]. Les différents problèmes buccodentaires sont les suivants : douleur buccale ou faciale, infection ou lésion buccale, cancer buccal ou pharyngé, parodontopathie (affection touchant les gencives et l'os alvéolaire), déchaussement et perte de dents[53]. Les recherches actuelles montrent un lien entre une mauvaise santé buccodentaire et d'autres affections telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, rénales et respiratoires surtout chez les personnes âgées.

Le brossage de dents et l'utilisation de la soie dentaire : deux habitudes de vie moins fréquentes chez les hommes

On compte quatre indicateurs permettant de mesurer la santé buccodentaire : n'avoir aucune dent naturelle, se brosser les dents au moins 2 fois par jour et utiliser la soie dentaire quotidiennement et se percevoir en bonne santé buccodentaire.

**Figure 12 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements
Santé buccodentaire
Chaudière-Appalaches, 2008**



Source : ISQ, EQSP 2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Alors qu'un peu moins de 7 hommes sur 10 se brossent les dents au moins 2 fois par jour, c'est près de 9 femmes sur 10 qui déclarent le faire. La proportion d'hommes de la région se brossant les dents au moins 2 fois par jour est semblable à celle des Québécois (figure 12).

À partir de 15 ans, les hommes de la région sont proportionnellement moins nombreux que leurs consœurs à se brosser les dents 2 fois par jour, et ce, pour tous les groupes d'âge. De plus, environ 1 aîné sur 2 se brosse les dents 2 fois par jour. En fait, la proportion d'hommes qui se brossent les dents au moins 2 fois par jour semble varier avec l'âge. Cette tendance est plus évidente au Québec où la taille de l'échantillon est plus importante et permet plus de précision. Ainsi, les hommes de 15 à 24 ans et ceux de 25 à 44 ans se brossent les dents au moins 2 fois par jour dans des proportions semblables. Ces proportions sont plus élevées que pour les 45 à 64 ans. Pour les 65 ans et plus, elle est encore moins grande (voir fiches complémentaires).

Le comportement de se passer la soie dentaire n'est guère plus favorable. En Chaudière-Appalaches, environ 1 homme sur 5 utilise la soie dentaire quotidiennement, ce qui est moindre que pour les hommes du Québec et les femmes de la région. Comme pour le brossage de dents, une différence défavorable est observée avec les femmes de la région pour chaque groupe d'âge à partir de 18 ans. Les comparaisons entre les groupes d'âge, mises en évidence avec les données provinciales, suivent relativement la même tendance que pour le comportement de se brosser les dents au moins 2 fois par jour. Les plus jeunes de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans utilisent la soie dentaire dans des proportions plus élevées que les 45 à 64 ans et plus élevées que les 65 ans et plus (voir fiches complémentaires).

De plus, 1 homme sur 8 de Chaudière-Appalaches ne se perçoit pas en bonne santé buccodentaire. Cette proportion est semblable à celle des Québécois et plus importante que celle des femmes de la région. Et 1 homme sur 10 n'a plus aucune dent naturelle. Cette proportion est plus élevée que chez les Québécois, mais moindre que chez les femmes de la région.

SECTION 6.6 : Habitudes sexuelles

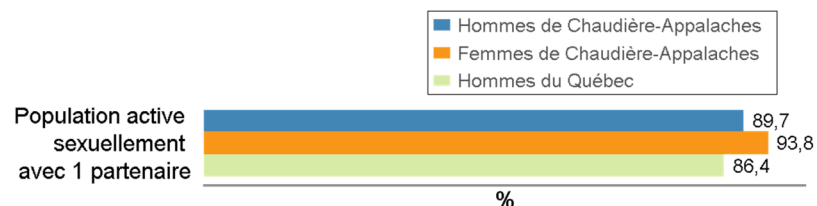
Mieux connaître les comportements sexuels des hommes aide à mieux définir les stratégies efficaces de prévention des ITSS. Le premier rapport sexuel avec pénétration survient de plus en plus tôt dans la vie des jeunes garçons et des jeunes filles et certaines études confirment que l'écart entre l'âge des garçons et celui des filles tend à diminuer[44]. En 2010, l'âge moyen à la première relation sexuelle était de 16 ans. En général, au Québec, un jeune (garçon ou fille) entre 16 et 18 ans aurait trois partenaires sexuels au cours de sa vie[44].

En Chaudière-Appalaches, 90 % des hommes actifs sexuellement ont eu un seul partenaire au cours de l'année précédant l'enquête (figure 13). Cette proportion, semblable à celle des femmes, est toutefois supérieure à celle observée chez les Québécois. Par contre, dans la région, les 15 à 24 ans déclarent, en moins forte proportion, n'avoir qu'un seul partenaire comparativement à tous les autres groupes d'âge. Au Québec, il apparaît que « [...] seulement 35 % des jeunes utilisent systématiquement le condom avec leur partenaire régulier et 25 % n'en ont jamais fait usage. »[55]

Malgré l'absence de données régionales, un mot sur l'homosexualité

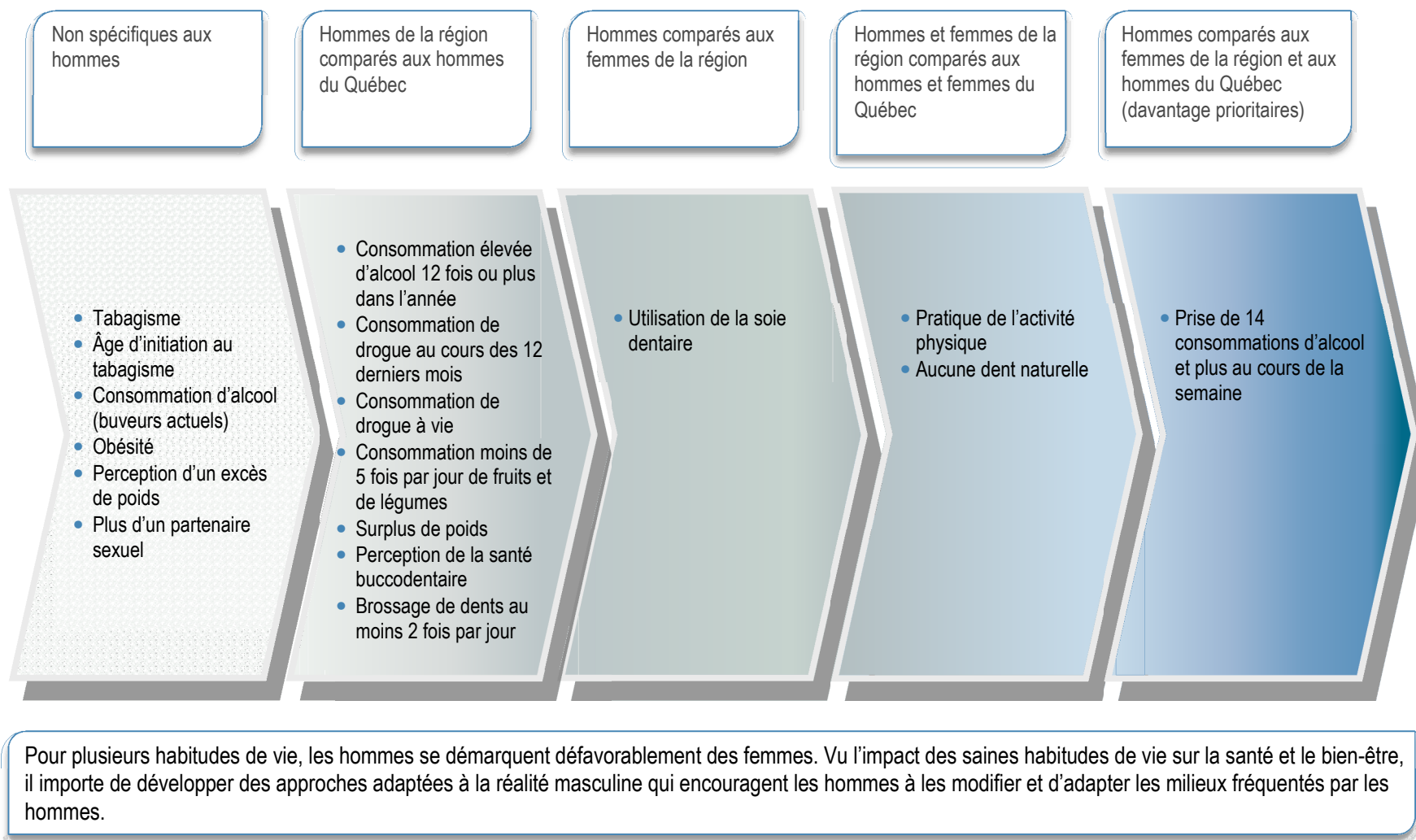
Au cours de l'adolescence et de l'âge adulte, l'orientation sexuelle d'une personne se précise, soit « l'attraction sexuelle pour une personne de son sexe, du sexe opposé, ou des deux sexes. »[56] Il est difficile d'estimer le nombre d'hommes gais dans la population, car les méthodes utilisées ne sont pas toujours comparables. Selon certains auteurs, 2,8 % des hommes ont une identité homosexuelle ou bisexuelle[57]. D'autres auteurs précisent qu'au Québec, de 9 à 11 % des hommes ont des comportements homosexuels[58]. L'homosexualité peut entraîner certaines conséquences pour l'homme. « Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont globalement bien intégrés à la société. La source de leur vulnérabilité tient surtout au rejet de leur orientation sexuelle par une partie de la société. »[59] Les préjugés, la discrimination et les sarcasmes atteignent plus particulièrement les jeunes. « Une telle situation peut être source de détresse psychologique et entraîner des comportements sexuels à risque. »[59] (voir section 9.6).

Figure 13 : Indicateurs – Habitudes de vie et comportements
Habitudes sexuelles
Chaudière-Appalaches, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 6 Habitudes de vie et comportements



UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Section 7

L'utilisation des services de santé peut être considérée comme un déterminant de l'état de santé et de bien-être. Déjà, le *Rapport Lalonde*[60] et le *Rapport de la commission Rochon*[61] reconnaissent l'organisation du système de soins comme un déterminant de santé. Le *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*[62] abonde aussi en ce sens. Selon Deslauriers et coll.[63] « [...] il semble [...] que les ressources d'aide aient des difficultés à s'ajuster aux réalités masculines, tant en ce qui concerne l'offre de service que l'impression générale qu'ils s'adressent davantage aux femmes (personnel largement féminin, messages et revues dans les salles d'attente qui s'adressent principalement aux femmes etc.) [...]. Des études révèlent que les intervenants et les intervenantes auraient de la difficulté à décoder les demandes d'aide provenant d'hommes dont la souffrance s'exprime parfois de manière agressive [...]. Plusieurs auteurs [...] indiquent que l'offre de service, du moins sur le plan psychosocial, semble conçue en rapport avec des valeurs correspondant davantage aux stéréotypes féminins (passivité, soumission, docilité, introspection, expression des émotions, etc.) devant lesquelles les hommes plus traditionnels semblent vivre des inconforts. »

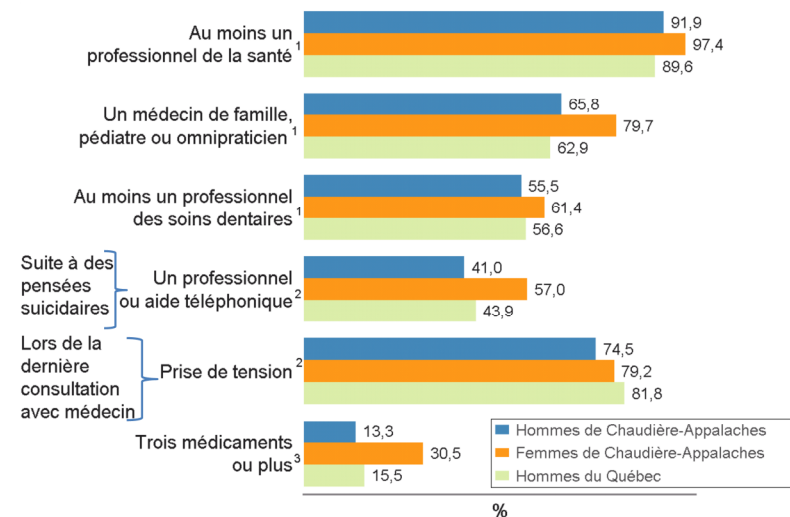
L'utilisation des services de santé se mesure, d'un point de vue populationnel, par l'autodéclaration de consultations médicales auprès de professionnels de la santé (infirmiers, médecins généralistes, médecins spécialistes) et par l'utilisation d'une ligne téléphonique à la suite de pensées suicidaires. De plus, la consommation de médicaments permet d'illustrer, à certains égards, la perception des hommes face à leur santé.

Moins d'hommes que de femmes consultent un professionnel de la santé

Parmi les constats les plus cruciaux des recherches sur la réalité masculine, on retrouve le recours moindre aux services de la part des hommes comparativement aux femmes, et ce, même en tenant compte des exigences reliées à l'appareil reproducteur féminin[16].

Dans la région, la proportion d'hommes déclarant avoir consulté au moins un professionnel de la santé au cours de l'année est moins élevée que pour les femmes. Cet indicateur permet de se demander si une plus grande utilisation des professionnels de la santé modifierait positivement les résultats de santé et de bien-être chez les hommes (figure 14). Les

Figure 14 : Indicateurs – Utilisation des services de santé Chaudière-Appalaches, 2007-2008¹, 2008² et 2003³



Sources : ¹ Statistique Canada, ESCC 2007-2008

² ISQ, EQSP 2008

³ Statistique Canada, ESCC 2003

Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

proportions par groupes d'âge ne sont pas différentes entre elles, sauf pour les hommes de 20 à 24 ans qui eux, consultent moins un professionnel de la santé que les hommes des autres âges (voir fiches complémentaires). Tous âges confondus, aucune différence n'est constatée comparativement aux hommes du Québec.

Dans le même sens, les hommes consultent un médecin de famille, pédiatre ou omnipraticien dans une plus faible proportion que les femmes de la région. Le comportement par groupe d'âge diffère de ce qui est constaté pour des consultations auprès de professionnels de la santé en général. Les garçons âgés de 12 à 17 ans et les adultes de 25 à 44 ans consultent un médecin de famille, un pédiatre ou un omnipraticien dans des proportions semblables alors que les 25 à 44 ans et les 45 à 64 ans vont consulter en plus fortes proportions. Ce sont les aînés de 65 ans et plus qui ont la proportion de consultations la plus forte.

Pour ce qui est des consultations auprès d'un dentiste, d'un hygiéniste ou d'un orthodontiste, aucune différence statistique n'est observée, que ce soit comparativement aux femmes de la région ou aux hommes du Québec (voir fiches complémentaires).

À la suite d'idées suicidaires, moins d'hommes que de femmes utilisent les services d'aide

Dans la région, malgré des taux de suicide particulièrement élevés chez les hommes, comparativement aux femmes (voir section 10), c'est 41 % des hommes qui déclarent avoir consulté un professionnel ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires dans la dernière année. Cette proportion est moindre que ce qui est mesuré pour les femmes.

La prise de la tension artérielle lors d'une consultation médicale : moins fréquente que pour les hommes du Québec et les femmes de la région

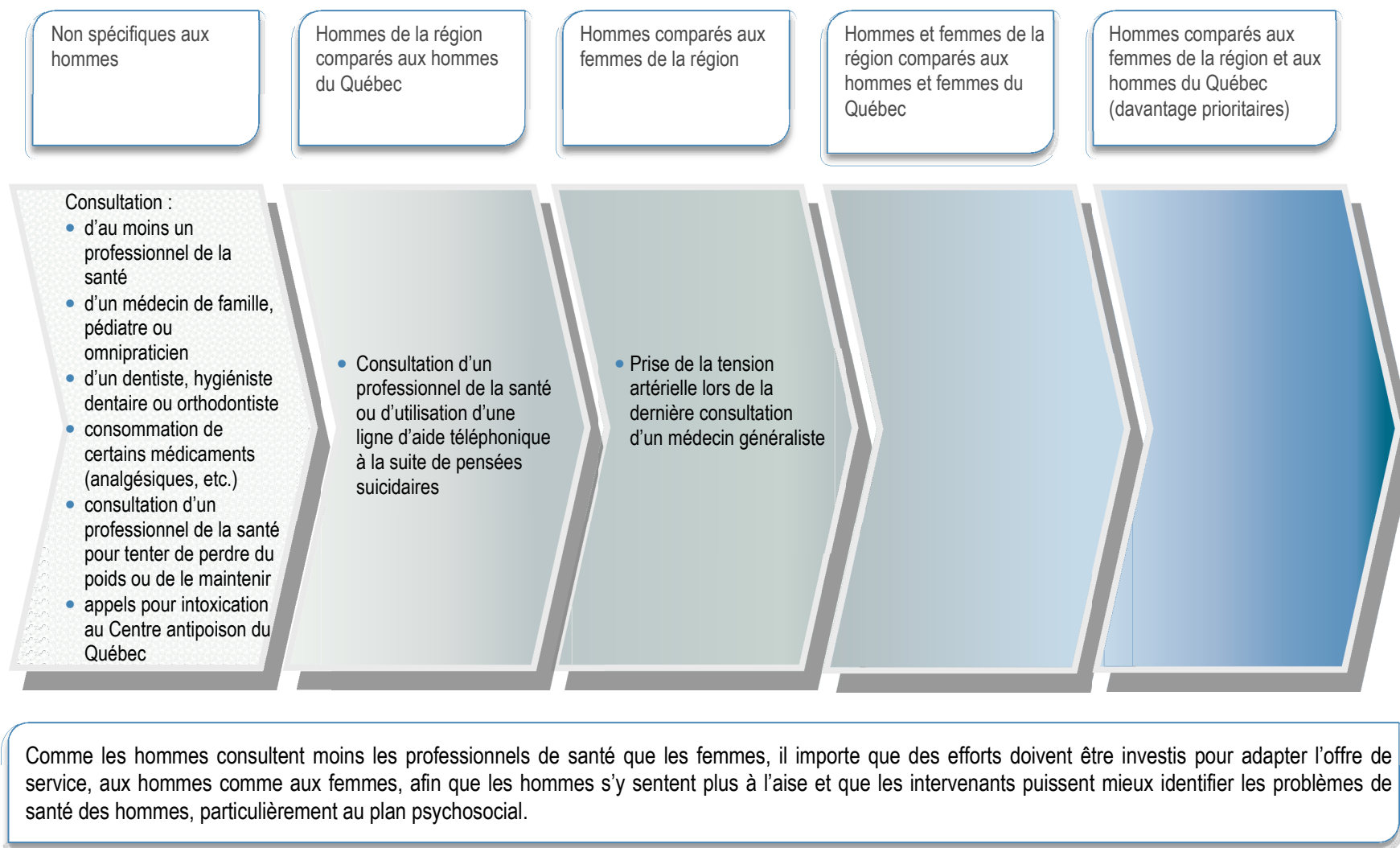
En général, « [...], les médecins accordent moins de temps à leurs patients masculins qu'à leurs patientes. »[64] Les raisons pour lesquelles la prise de tension artérielle serait pratiquée de façon plus ou moins régulière auprès des hommes pourraient être en lien avec le temps de consultation ou associé au motif de la consultation. La prise de la tension artérielle lors d'une consultation avec un médecin généraliste serait moins fréquente chez les hommes de la région comparativement aux Québécois et aux femmes de la région. Plus les hommes avancent en âge, plus la tension artérielle serait prise lors de visites avec un généraliste (voir fiches complémentaires). Bien qu'il soit difficile de noter ces différences pour les hommes de la région, celles-ci sont observées au Québec.

La consommation de médicaments : moins élevée chez les hommes que chez les femmes de la région

La consommation d'au moins trois types de médicaments, au cours d'une période de deux jours, est moins élevée chez les hommes que chez les femmes de la région. De plus, les personnes de sexe masculin consomment des vitamines et minéraux en moins grande proportion que les femmes de la région.

Plusieurs questions sur l'utilisation de services ou la consommation de médicaments n'ont pas été explorées par les enquêtes à portée nationale, mais sont d'intérêt pour mieux comprendre le comportement des hommes quant à leur santé. Par exemple, il serait intéressant de questionner la population sur la prise de stimulants (non prescrits), car celle-ci serait 5 fois plus souvent associée aux garçons qu'aux filles[65]. Quant à l'usage de stéroïdes anabolisants, ce serait principalement les hommes dans la tranche d'âge de 18 à 25 ans qui en abusent. Par contre, la consommation de médicaments psychotropes constitue une réalité davantage féminine, puisque les femmes reçoivent près de deux fois plus d'ordonnances que les hommes[65].

Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 7 Utilisation des services de santé



ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE

Section 8

La santé est définie comme « [...] la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. »[66] Les hommes ont un rapport à la santé différent de celui des femmes. Ils perçoivent plus tardivement leurs symptômes, consultent moins un professionnel de la santé et utilisent moins les mesures de prévention[65]. L'état de santé est influencé par des déterminants qui ont été largement discutés dans les sections précédentes. Il en résulte que « Les hommes décèdent plus hâtivement que les femmes et leur vulnérabilité par rapport aux principales causes de décès est beaucoup plus élevée que celle des femmes. Malgré cela, ils ont l'impression contraire et bon nombre d'intervenants ont tendance à minimiser les risques de santé auxquels ils sont exposés. »[67]

L'état de santé globale fournit une vue d'ensemble de l'état de santé et peut se mesurer, de façon subjective, par la perception qu'en ont les hommes. D'autres indicateurs plus objectifs, comme l'espérance de vie, la morbidité et la mortalité générales et leurs principales causes ainsi que les années potentielles de vie perdues (APVP), complètent le portrait.

Une meilleure perception de l'état de santé pour les hommes par rapport aux femmes : vrai seulement pour le Québec

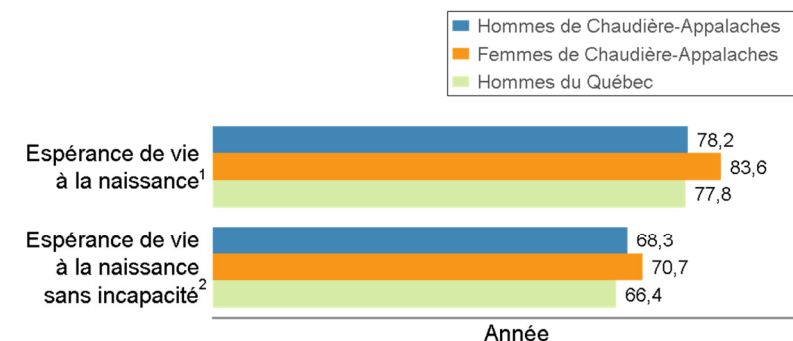
Les hommes ont généralement une impression positive de leur état de santé. Cette perception personnelle qu'ils portent sur leur santé est meilleure que celle des femmes. C'est, tout au moins, la tendance qui se dégage au Québec. Toutefois, en Chaudière-Appalaches, aucune différence n'est mesurée (voir fiches complémentaires).

Les hommes vivent moins longtemps que les femmes

Au Québec, comme ailleurs au Canada et dans les pays industrialisés, les hommes vivent moins longtemps que les femmes. Par contre, un changement s'opère : depuis une vingtaine d'années, l'espérance de vie des hommes progresse de façon plus soutenue que celle des femmes[7, 30].

En Chaudière-Appalaches, tout comme au Québec, l'espérance de vie des hommes est de 78 ans, soit 5,4 ans de moins que les femmes de la région (figure 15). Cette espérance de vie est nuancée par l'analyse de l'espérance de vie « sans incapacité » qui est de l'ordre de 68 ans pour

Figure 15 : Indicateurs – État de santé globale
Espérance de vie
Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007¹ et 2006²



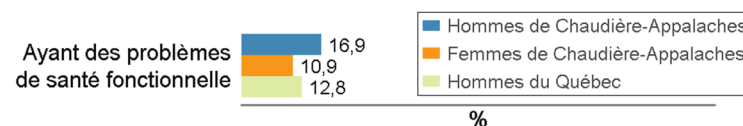
Sources : ¹ MSSS, fichiers des décès, fichiers des naissances et estimations et projections démographiques
² MSSS, fichiers des décès, fichiers des naissances, estimations et projections démographiques et Statistique Canada, recensement 2006
 Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

les hommes. Les hommes vivent donc moins longtemps que les femmes, mais vivent moins d'années avec des limitations dues par la maladie. L'espérance de vie à 65 ans est, tout comme l'espérance de vie à la naissance, moins grande chez les hommes que chez les femmes. Dans la région, les hommes déclarent, en plus fortes proportions, avoir des problèmes de santé fonctionnels que les Québécois, tels une diminution des sens, une incapacité à se déplacer, des troubles de mémoire, etc. (figure 16).

Trois grandes causes responsables de 72 % des décès

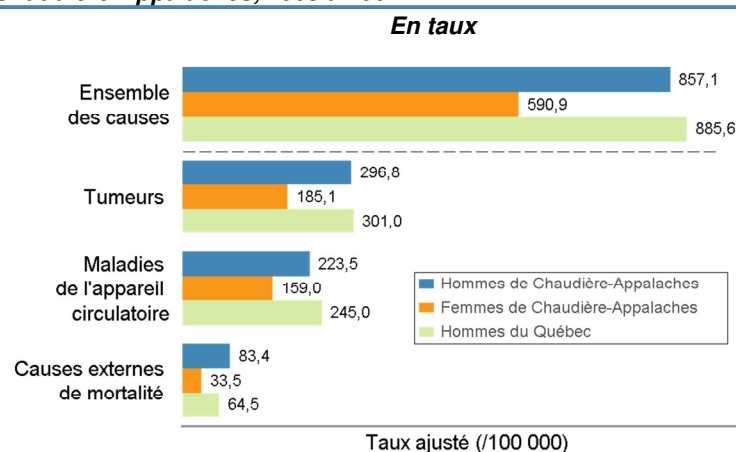
En Chaudière-Appalaches, les trois grandes causes de mortalité sont les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire – comme les cardiopathies ischémiques – et les causes externes, soient des traumatismes qu'ils soient intentionnels ou non comme les suicides et les accidents de transport. À elles seules, ces trois principales causes contribuent à 72 % des décès chez les hommes (figure 17). Depuis le début du nouveau millénaire, les décès par cancers représentent environ 35 % des décès chez les hommes (données non présentées).

Figure 16 : Indicateurs – État de santé globale
Problèmes de santé fonctionnels
Chaudière-Appalaches, 2007-2008

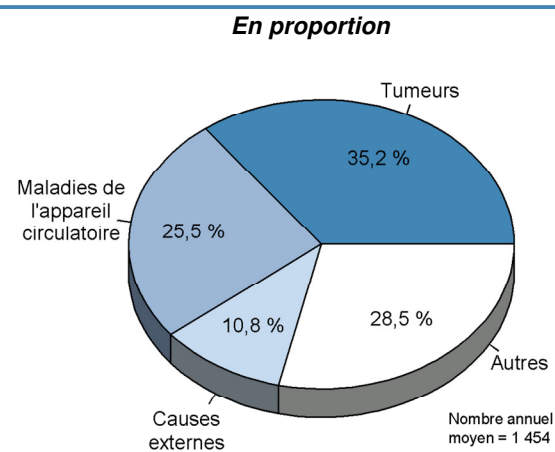


Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Figure 17 : Indicateurs – État de santé globale
Principales causes de décès –
Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007



Sources : MSSS, fichiers des décès et estimations et projections démographiques
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique



Auparavant, la première cause de mortalité masculine était les décès par des maladies de l'appareil circulatoire. Au Québec, alors que les deux premières causes sont les mêmes que pour la région, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui arrivent au troisième rang, dépassant les causes externes (traumatismes intentionnels et non intentionnels).

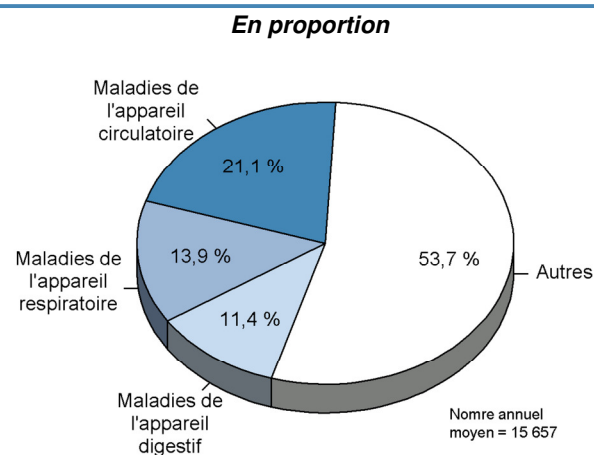
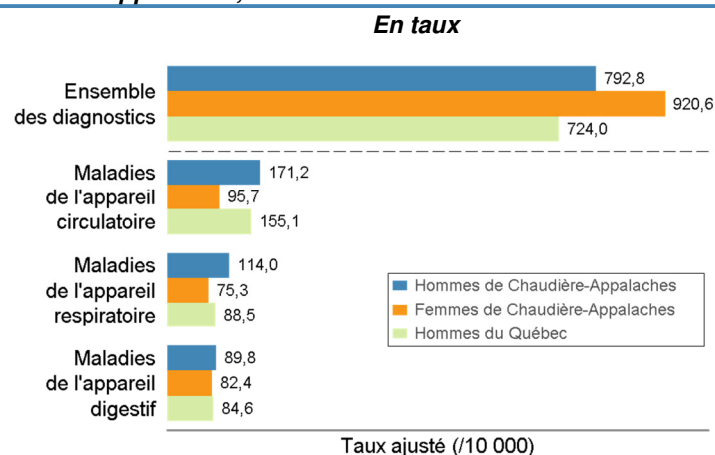
La différence de la longévité au détriment des hommes est en grande partie due aux cancers, aux maladies de l'appareil respiratoire et aux maladies de l'appareil circulatoire. Le taux de mortalité des hommes, toutes causes confondues, est ainsi plus important que celui des femmes, soit de l'ordre de 1,5 fois plus élevé. Ce phénomène peut être le reflet d'habitudes de vie, de comportements et de conditions de travail bien distincts.

De plus, les principales causes de mortalité des hommes de la région se répartissent différemment selon l'âge. Les causes externes occupent la première place pour les causes de décès chez les 18 à 24 ans et les 25 à 44 ans. Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire deviennent respectivement la première et la deuxième cause de mortalité à partir de 45 ans (voir fiches complémentaires).

Davantage de décès et moins d'hospitalisations que chez les femmes

D'une façon générale, on enregistre moins d'épisodes d'hospitalisation chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les hospitalisations liées au système reproducteur de la femme (grossesses, accouchements et suites des accouchements) augmentent considérablement leur taux d'hospitalisation. Si l'on ne tient

Figure 18: Indicateurs – État de santé globale
Principales causes d'hospitalisation
Chaudière-Appalaches, avril 2006 à mars 2010



Sources : MSSS, fichiers des hospitalisations MED-ECHO et projections démographiques
 Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

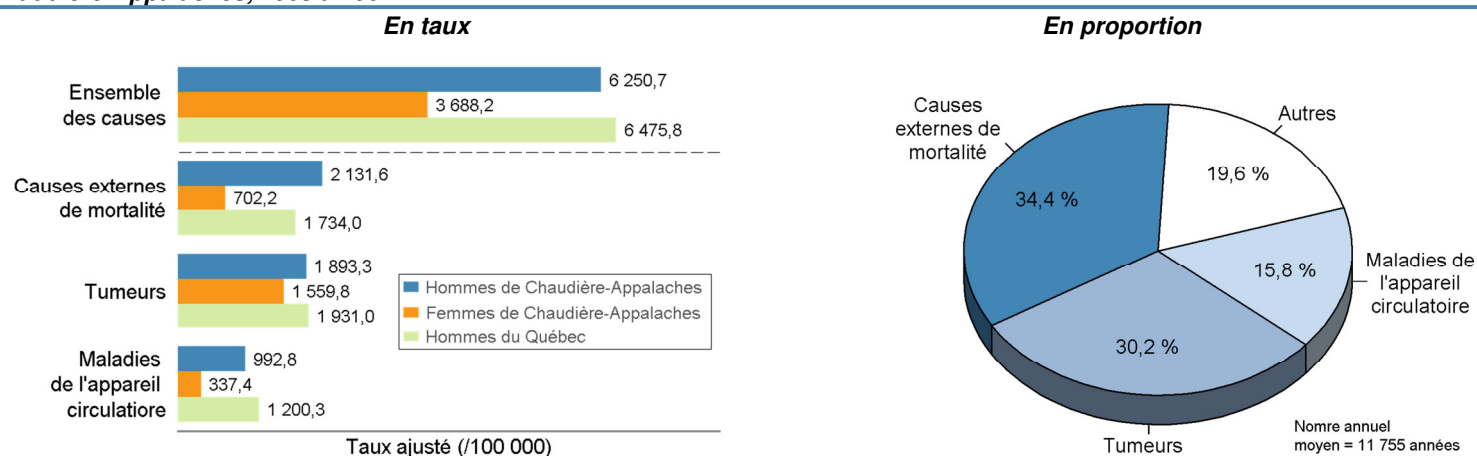
pas compte de ces hospitalisations, les hommes auraient un taux plus élevé d'hospitalisation que ces dernières. Les maladies de l'appareil circulatoire, comme les cardiopathies ischémiques, ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire, par exemple les gripes et pneumopathies, sont les deux principales causes d'hospitalisations des hommes de la région, suivies des maladies de l'appareil digestif. Pour ces trois principales causes, les taux d'hospitalisation des hommes de la région sont plus élevés que ceux des femmes et des hommes du Québec (figure 18).

Conséquence lourde : les causes externes de mortalité, dont les suicides et les traumatismes non intentionnels

Le fardeau des maladies occasionnant de nombreux décès peut être mesuré à l'aide du décompte du nombre d'années potentiellement perdues parce que les gens sont décédés plus tôt que ce qui était attendu, soit les APVP. Il constitue donc un indicateur de la mortalité prématurée. Ce nombre d'années potentiellement perdues est ramené à 100 000 de population pour faciliter la comparaison.

Le taux d'APVP chez les hommes de la région se situe à un niveau semblable à celui des Québécois. Par contre, il est deux fois plus élevé que celui des femmes de la région. En Chaudière-Appalaches, les causes externes de mortalité occupent le tiers des années perdues chez les hommes, soit la proportion la plus grande pour cet indicateur. Notamment, cette cause inclut les suicides qui, généralement, surviennent relativement tôt dans la vie des hommes. La deuxième cause

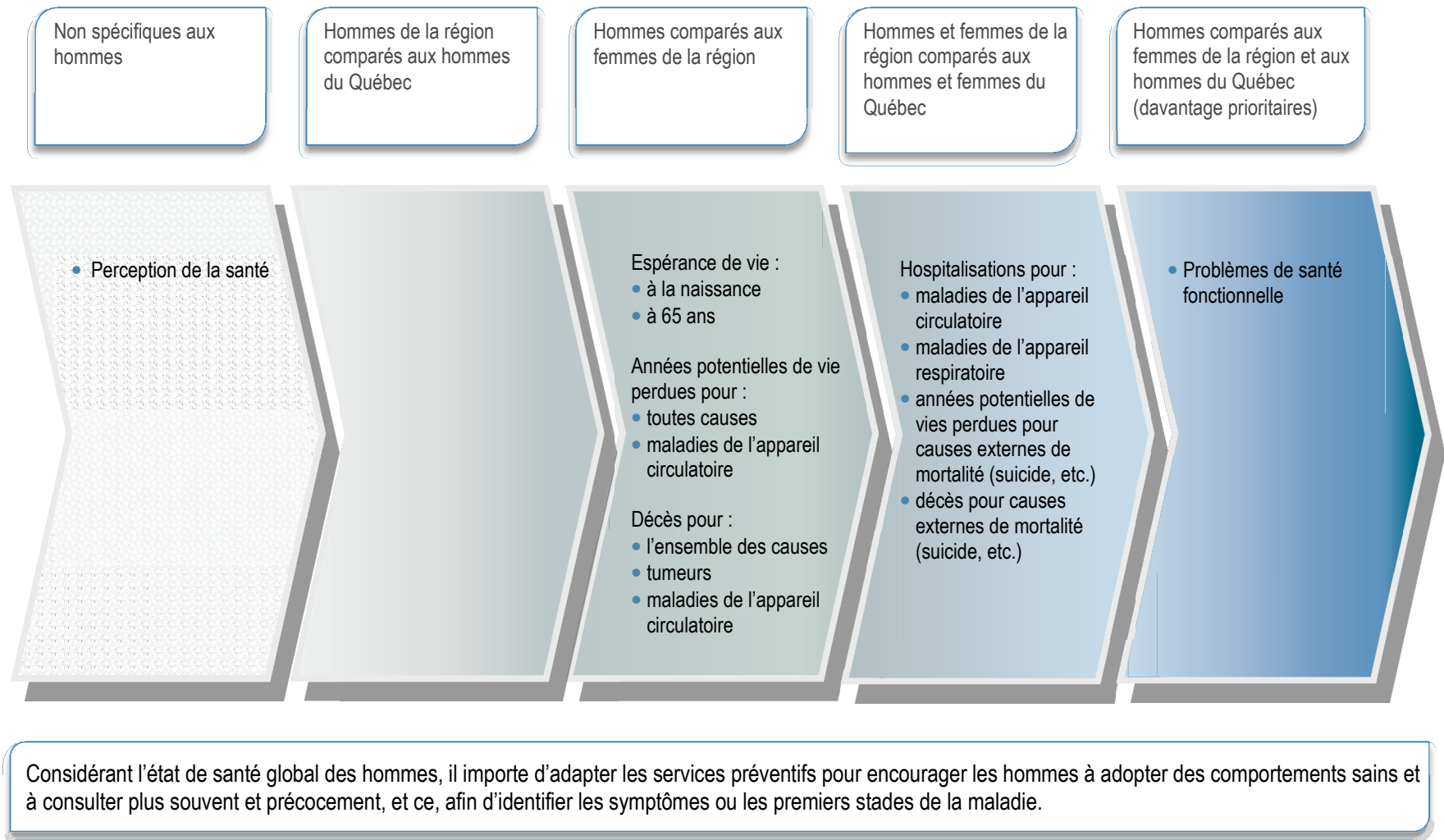
Figure 19: Indicateurs – État de santé globale
Principales causes d'années potentielles de vie perdues
Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007



Sources : MSSS, fichiers des décès et estimations et projections démographiques
 Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

occasionnant le plus d'années potentiellement perdues est le cancer : les décès surviennent à un âge habituellement plus avancé (comparativement aux causes externes) et correspondent à 30 % des années perdues prématurément. Les maladies de l'appareil circulatoire arrivent au troisième rang et présentent, elles aussi, un écart important entre les hommes et les femmes. Une bonne partie de ces décès prématurés pourrait être évitée par des activités de prévention (figure 19).

Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 8 État de santé globale



SANTÉ PHYSIQUE

Section 9

Au Québec, la perception qu'ont les hommes de leur état de santé physique est meilleure que celles des femmes, mais « [...] contrairement à ce qu'ils en croient, la santé des hommes est en moins bon état que celle des femmes. »[67] Les hommes décèdent principalement de maladies physiques, comme vu précédemment. Les principales causes d'hospitalisation sont aussi de l'univers de la santé physique. La mortalité prématurée et l'espérance de vie sont donc fortement influencées par l'état de santé physique des hommes. Conséquemment, prendre en compte la santé « physique » des hommes dans ses spécificités est un incontournable préoccupant, d'autant plus que ceux-ci utilisent habituellement moins les services de santé. L'amélioration des habitudes de vie peut contribuer considérablement à améliorer la situation. Toutefois, les hommes sont aussi généralement plus enclins à avoir de moins bonnes habitudes de vie que les femmes.

Dans cette section, la santé physique est explorée en 8 catégories. Sont abordés la santé des nouveau-nés, les maladies chroniques, quelques aspects liés à l'environnement, les maladies en milieu de travail et les expositions, les traumatismes non intentionnels liés au travail, la santé mentale des travailleurs, les traumatismes non intentionnels et les maladies infectieuses. Afin de relier ces thèmes, quelques dérogations ont été faites à la classification traditionnelle, comme de regrouper les maladies en milieux de travail avec le déterminant qu'est l'exposition à certains agresseurs, ou encore, d'aborder la santé mentale des travailleurs dans cette section générale de « Santé physique ».

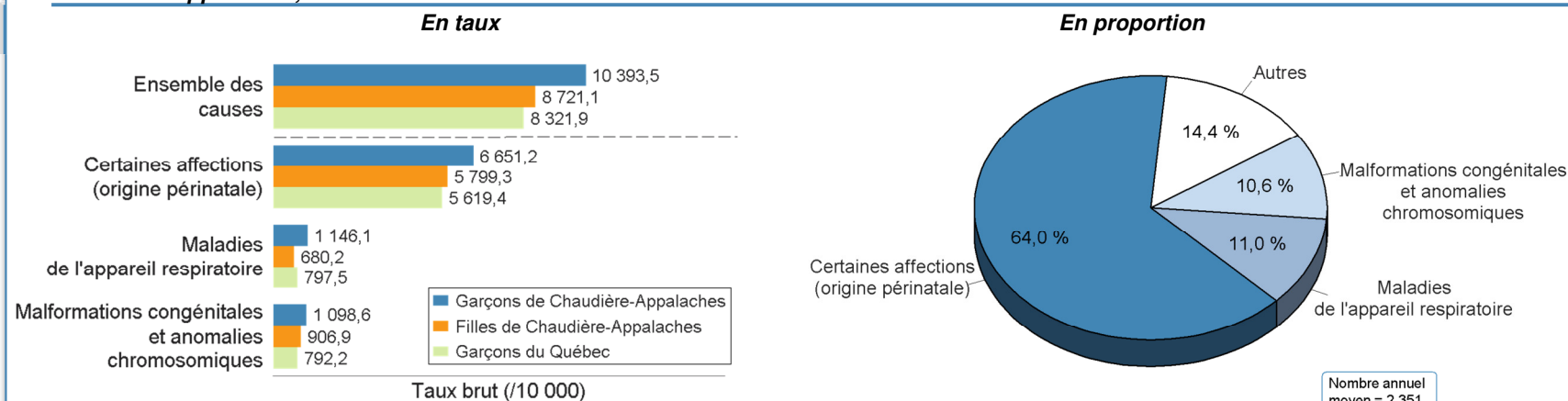
SECTION 9.1 : Santé des nouveau-nés

En moyenne, 2 192 garçons naissent chaque année dans la région

Les indicateurs décrivant la santé des tout-petits sont les suivants : le nombre de naissances, le taux de natalité, les épisodes d'hospitalisation au cours de la première année de vie, la mortalité infantile et la mortalité périnatale. D'autres issues de grossesse défavorables sont préoccupantes. En effet, le retard de croissance intra-utérin, le faible poids à la naissance et celle prématurée sont potentiellement associés à divers risques comme des problèmes de développement, des problèmes de comportement et des difficultés d'apprentissage ainsi que des troubles respiratoires et neurologiques, de cécité ou de surdité[68].

En Chaudière-Appalaches, le taux de natalité des garçons se situe à 11 par 1 000 de population. Il est identique à celui des garçons du Québec, mais demeure plus élevé que celui des filles de la région. C'est donc dire qu'il y a davantage de naissances de garçons que de filles en Chaudière-Appalaches.

Figure 20 : Indicateurs – Santé physique
Principales causes d'hospitalisation des tout-petits de moins de un an
Chaudière-Appalaches, avril 2006 à mars 2010



Source : MSSS, fichier des hospitalisations et projections de population (janvier 2010)
 Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Plusieurs naissances nécessitent une ou plusieurs hospitalisations. En moyenne, pour les quelque 2 200 naissances, 2 300 épisodes d'hospitalisation sont enregistrés au cours de la première année d'existence, pour un taux brut d'hospitalisation de l'ordre de 10 394 par 10 000 bébés. Comme ce ne sont pas tous les bébés qui sont hospitalisés au cours de leur première année de vie, c'est donc dire que certains sont hospitalisés plusieurs fois. Ce taux est plus élevé que ceux des filles de la région et des garçons du Québec. Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, telles des complications de la grossesse, du travail ou de l'accouchement, des traumatismes obstétricaux, etc., représentent la principale cause d'hospitalisation. Les deuxième et troisième raisons d'hospitalisation sont attribuables à des maladies de l'appareil respiratoire ainsi qu'à des malformations congénitales et anomalies chromosomiques. Ces taux d'hospitalisation pour les trois principales causes sont plus élevés que ce qui est enregistré chez les garçons de moins de un an du Québec ainsi que chez les petites filles de la région (figure 20).

Issues défavorables de grossesse : moins de bébés garçons avec un poids insuffisant

Plusieurs facteurs de risque peuvent avoir une influence sur la santé du nouveau-né. Citons l'âge de la mère à l'accouchement, ses habitudes de vie, comme la consommation de tabac, d'alcool et de drogue, l'alimentation et la pratique de l'activité physique, son état de santé, son niveau socioéconomique et son niveau de scolarité, la présence et l'engagement du père ainsi que la pratique de l'allaitement maternel.

La mortalité infantile, c'est-à-dire le décès au cours de la première année de vie, est un des indicateurs les mieux connus pour rendre compte de la santé générale d'une population. En Chaudière-Appalaches, 9 bébés de sexe masculin décèdent en moyenne chaque année avant d'atteindre l'âge de un an. Le taux de mortalité infantile pour les garçons est comparable à ceux observés chez les filles de la région et les garçons du Québec (figure 21).

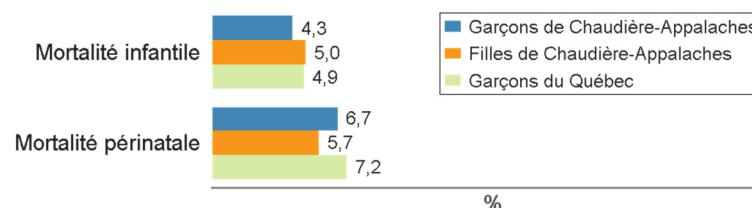
La mortalité périnatale rend compte des mortinaissances et des décès d'enfants de moins de 7 jours. Annuellement, 14 enfants de sexe masculin de la région décèdent au cours de la période périnatale. Comme pour la mortalité infantile, le taux de mortalité périnatale chez les enfants de sexe masculin est comparable à ceux des petites filles de la région et des garçons du Québec.

Le retard de croissance intra-utérin est une complication de la grossesse définie par une croissance insuffisante du fœtus (poids à la naissance au-dessous du 10^e percentile). En Chaudière-Appalaches, 146 enfants de sexe masculin nés vivants présentent un retard de croissance intra-utérin à leur naissance en moyenne chaque année. La proportion de naissances avec un retard de croissance observée chez les garçons de la région est comparable à celle des filles de la région, mais demeure moins élevée que celle des garçons du Québec (figure 22).

Chaque année, un peu plus d'une centaine de garçons naissent avec un poids inférieur à 2 500 grammes en Chaudière-Appalaches. Ce pourcentage est significativement plus faible que pour les filles de la région et pour les garçons du Québec.

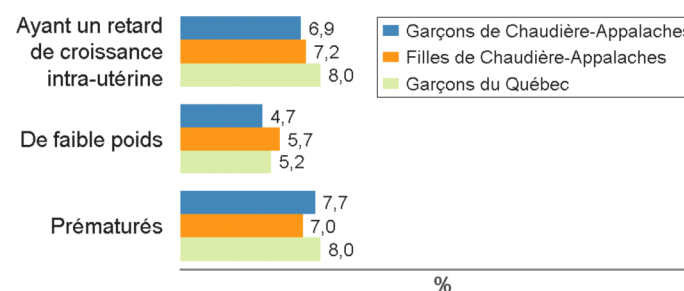
Enfin, dans la région, 170 enfants de sexe masculin naissent prématurément chaque année, c'est-à-dire avant la 37^e semaine de gestation. Cette proportion est comparable à celle rapportée pour les filles de la région et les garçons du Québec.

Figure 21 : Indicateurs – Santé physique
Mortalité infantile et périnatale
Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007



Sources : MSSS, fichier des décès, des naissances et des mortinaissances, 2003 à 2007
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Figure 22 : Indicateurs – Santé physique
Facteurs de risque de la santé des nouveau-nés
Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007



Source : MSSS, fichier des naissances, 2003 à 2007
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

SECTION 9.2 : Maladies chroniques

« Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale évoluent lentement. »[69] Citons les maladies des appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique, le diabète ainsi que les cancers. Les principaux problèmes de santé chronique mentionnés par la population masculine, lors d'une enquête sont, dans une proportion de 16 %, les maux de dos – autre que la fibromyalgie – et l'hypertension (15 %) (voir fiche complémentaire). Ces proportions sont semblables à celles des Québécois ainsi que celles des femmes de la région.

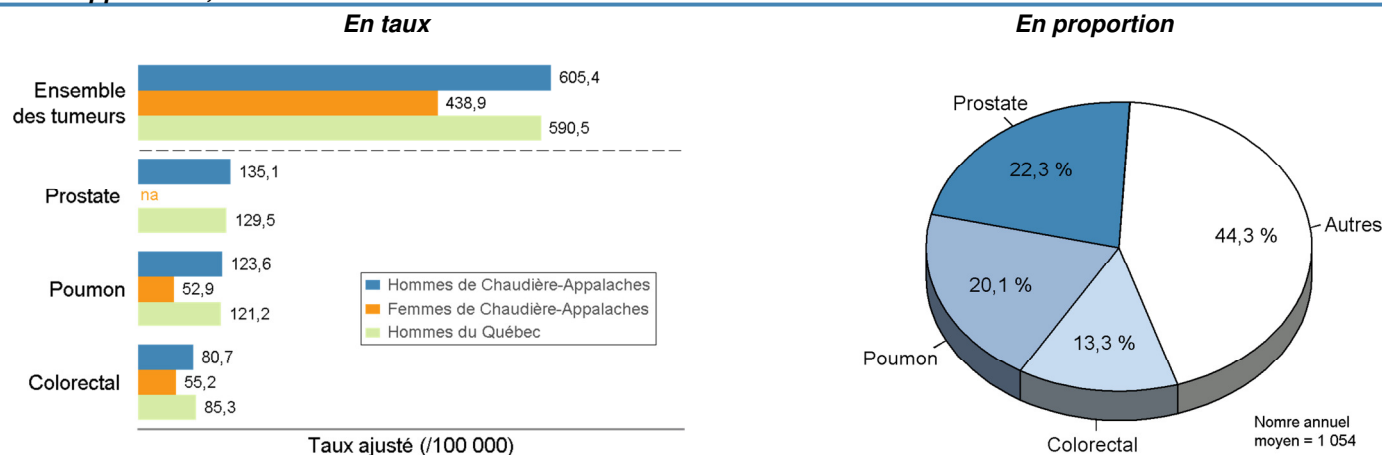
D'une façon générale, la santé des hommes est moins bonne que celle des femmes. Le vieillissement attendu de la population est particulièrement préoccupant à cet égard, car, chez les hommes comme chez les femmes, il amènera probablement une augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques. Un fardeau plus grand sur le système de santé devrait s'ensuivre annonçant un défi de taille pour le réseau de la santé et des services sociaux. « Pour certaines maladies chroniques, les facteurs de risque sont bien connus, et une modification de quelques habitudes de vie, comme cesser de fumer, manger mieux et moins, et pratiquer régulièrement des activités physiques, peut entraîner des améliorations importantes. Cependant, d'autres maladies sont plus difficilement évitables par des activités de prévention puisqu'elles sont la conséquence du vieillissement et de l'usure du corps humain. Avec l'allongement de la vie et l'arrivée des baby-boomers aux âges plus avancés, nous devons inévitablement revoir la planification des services de santé et les coûts substantiels qui y seront rattachés afin de soigner les personnes atteintes de maladies chroniques. »[69]

Le cancer : en moyenne, 1 054 hommes sont diagnostiqués chaque année dans la région

Les cancers de la prostate, du poumon et colorectal sont responsables de plus de la moitié des nouveaux cas de cancer. La situation des hommes de Chaudière-Appalaches est semblable à celle des Québécois (figure 23). Toutefois, comme ailleurs au Québec, les hommes sont plus touchés par le cancer que les femmes.

Près de 50 % des cancers pourraient être évités par l'adoption des saines habitudes de vie et l'adoption de politiques publiques favorables à la santé[70-72]. L'OMS[70] rappelle que les nouveaux cas de cancer peuvent être prévenus, particulièrement quand les stratégies sont intégrées à celles de la prévention des maladies chroniques. L'intérêt marqué face à cette maladie dans la région de la Chaudière-Appalaches, manifesté, notamment, par la publication du Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer, ainsi que par la volonté de travailler de façon concertée à la lutte contre le cancer et à sa prévention, va en ce sens, et ce, à chacune des étapes du continuum de soins et de services[73].

Figure 23 : Indicateurs – Santé physique
Maladies chroniques : incidence par cancers et les principaux types
Chaudière-Appalaches, 2002 à 2006



Source : MSSS, fichiers des tumeurs et estimations et projections démographiques
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

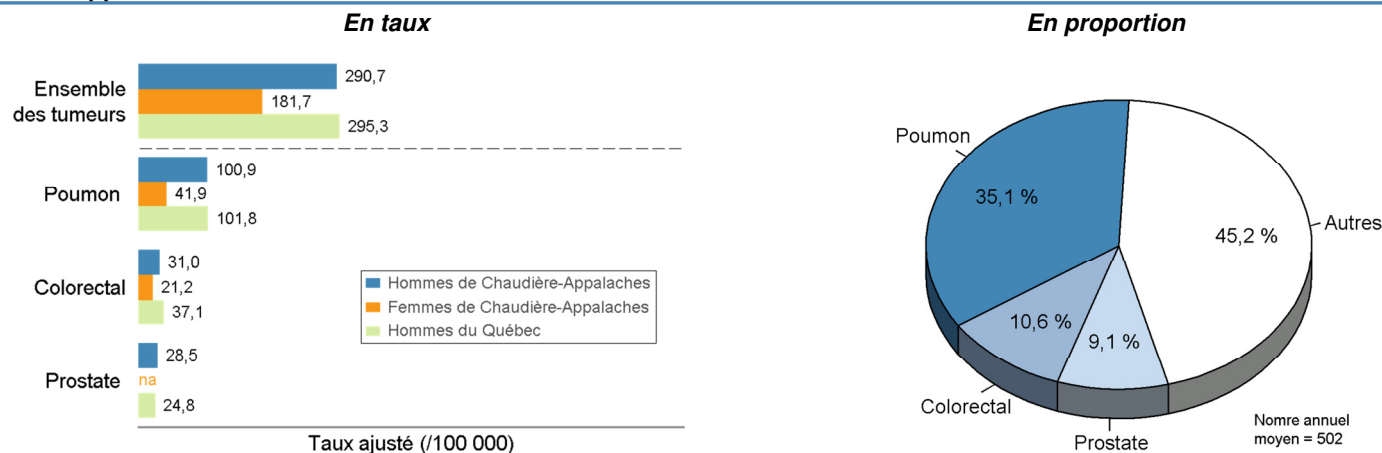
Chaque année, un peu plus de 500 hommes meurent d'un cancer

Le nombre de décès par cancer, tous types confondus, tend à augmenter année après année. Malgré cette augmentation, les taux ajustés de mortalité demeurent relativement stables, voire diminuent[72]. L'augmentation du nombre de décès est donc presque uniquement attribuable au vieillissement de la population. Sans ce phénomène démographique, les cancers ne causeraient pas beaucoup plus de décès aujourd'hui qu'au milieu des années 1980.

Les hommes meurent davantage du cancer que les femmes, en partie à cause du cancer du poumon (figure 24). En effet, les hommes sont plus souvent atteints de ce cancer responsable de plus du tiers des décès. Malgré une diminution des taux de décès par cancer du poumon chez les hommes au cours des dernières années et une augmentation chez les femmes, le taux masculin est encore supérieur à celui des femmes[73].

Le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer chez les hommes de la région et le taux est inférieur comparativement à celui des Québécois. Il est la cause de décès pour 53 hommes en moyenne par année en Chaudière-Appalaches. Le taux de décès pourrait décroître si l'on détectait tôt les polypes précancéreux, à l'origine de ces tumeurs pour les retirer avant qu'ils ne deviennent cancéreux[73].

Figure 24: Indicateurs – Santé physique
Maladies chroniques : décès par cancers et les principaux types
Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007



Source : MSSS, fichiers des décès et estimations et projections démographiques
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Suit le cancer de la prostate, pour lequel un plus haut taux de décès, tout comme de nouveaux cas, est d'ailleurs enregistré dans la région comparativement au Québec. Il est à noter que le manque de preuve pour conclure à une réduction de mortalité fait que le dépistage systématique du cancer de la prostate chez les hommes de 50 ans et plus n'est pas recommandé par les organismes canadiens de santé publique[73-74].

Les maladies de l'appareil circulatoire : deuxième cause de mortalité chez les hommes

Les maladies de l'appareil circulatoire incluent les maladies hypertensives, les cardiopathies (infarctus du myocarde, athérosclérose, etc.), les maladies cérébrovasculaires, etc. Longtemps au premier rang des décès, les maladies de l'appareil circulatoire représentent maintenant la deuxième cause de mortalité, après les cancers (voir figure 17). Elles représentent environ 370 décès en moyenne par année dans la région. Ces maladies attirent l'attention parce que la différence entre les genres est importante : 1,4 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes de la région.

Chez la population de 18 à 64 ans, l'écart entre les taux de mortalité chez les hommes et les femmes est plus grand pour les maladies de l'appareil circulatoire que pour les cancers (2,9 comparativement 1,2 fois plus élevés) (voir fiches complémentaires). Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause d'hospitalisation chez les hommes de la région et on compte 1,8 fois plus d'hospitalisations que pour les femmes (voir figure 18). Et comme pour plusieurs cancers, le tabagisme, l'alimentation, la sédentarité, l'obésité et le diabète en sont les principaux facteurs de risque.

Les maladies de l'appareil respiratoire : un taux de décès plus élevé chez les hommes que chez les femmes

Pour ce qui est des maladies de l'appareil respiratoire, autre maladie chronique fréquente, 148 hommes en meurent en moyenne chaque année. Les maladies chroniques des voies respiratoires incluent, notamment, la bronchite chronique et l'emphysème, toutes deux étant des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), ainsi que l'asthme. Dans la région, le taux de mortalité par maladies respiratoires des hommes est plus élevé que celui des femmes. Il l'est également lorsque comparé aux hommes du Québec. Pour ce qui est des hospitalisations associées aux maladies de l'appareil respiratoire, le taux des hommes de la région est 1,5 fois plus élevé comparativement aux femmes (voir fiches complémentaires).

Les hommes de la région sont moins touchés par le diabète que les Québécois

Le diabète touche 12 800 hommes dans la région, soit une proportion de 8 % de la population masculine (figure 25). La proportion de diabétiques connus chez les hommes est plus élevée que celle des femmes et moindre comparativement aux hommes du Québec. Selon Santé Canada[75], le tiers de la population ignore sa condition. Ce sont, en grande partie, des gens ayant dépassé la quarantaine.

Actuellement, en Chaudière-Appalaches, la prévalence de diabétiques connus est de 23 % chez les 65 ans et plus et même de 27 % chez les 75 ans et plus (voir fiches complémentaires). Avec le vieillissement de la population, on prévoit que le nombre de diabétiques doublera en 20 ans faisant du diabète une nouvelle épidémie. Selon l'Association canadienne du diabète, les personnes diabétiques sont 2 à 4 fois plus susceptibles de développer une maladie du cœur[76]. Le lien qui existe entre les maladies cardiovasculaires et le diabète est si fort que 4 diabétiques sur 5 meurent des suites d'une maladie du cœur. L'OMS[77] estime que 80 % des cas de diabète peuvent être attribués à l'obésité et au surpoids.

Figure 25 : Indicateurs – Santé physique
Maladies chroniques : prévalence du diabète
Chaudière-Appalaches, 2008-2009



Source : INSPQ, données régionales de surveillance du diabète

SECTION 9.3 : Maladies liées à l'environnement

Les problèmes de santé décrits dans cette section sont liés à l'air ambiant et aux rayons ultraviolets. Relativement peu de données sociosanitaires sont actuellement disponibles dans les plans de surveillance à l'échelle nationale ou régionale pour cerner les autres maladies. Cependant, des efforts sont investis, en particulier, par le premier cycle de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) réalisée en 2008. De cette enquête, il s'avère intéressant d'y extraire l'information sur la rhinite allergique. D'autres informations portant sur le cancer de la peau (mélanome de la peau) sont aussi présentées dans cette section. Ces données sont reliées à une exposition au soleil alors que d'autres cas peuvent être liés à une exposition en cabine de bronzage. Mentionnons que la section 8.4 traite de certains indicateurs en lien avec l'environnement physique en milieu de travail.

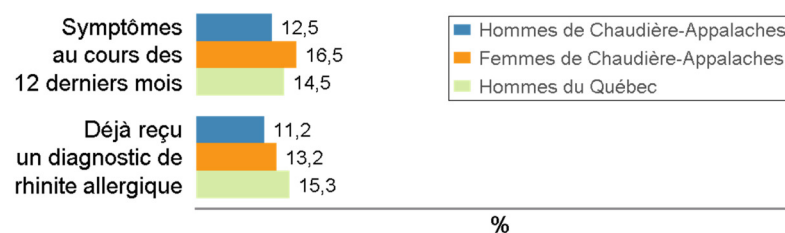
En moyenne chaque année, 20 800 hommes de la région déclarent avoir des symptômes de la rhinite allergique

La rhinite allergique est une hypersensibilité aux pollens, appelée fréquemment le rhume des foins. Les personnes ont un écoulement nasal et des éternuements. Les symptômes de rhinite allergique touchent 13 % des hommes en Chaudière-Appalaches. Cette proportion est semblable à celle observée au Québec. La prévalence des symptômes de la rhinite allergique est moins élevée chez les hommes que chez les femmes de la région. Il en est de même pour les hommes de la province (figure 26). Au Québec, il est noté que « La prévalence des symptômes de la rhinite allergique est plus élevée chez les 25 à 44 ans avec 20 %, tandis que c'est chez les 65 ans et plus qu'elle est la plus faible (12 %). »[78] Les données régionales ne sont pas disponibles par groupes d'âge.

Dans la région, 11 % des hommes mentionne avoir reçu un diagnostic médical de rhinite allergique au cours de leur vie. Au Québec, cette proportion est plus élevée. De plus, au Québec, une plus forte proportion de femmes que d'hommes a déclaré avoir déjà été diagnostiquée pour la rhinite allergique, mais cette différence n'est pas mesurée pour la région. Les diagnostics de rhinite allergique sont moins fréquemment déclarés chez les 65 ans et plus comparativement aux adultes plus jeunes de 25 à 44 ans. Cette tendance avec l'âge est plus facile à constater avec les données provinciales qu'avec les données régionales. Il importe de se rappeler que « La rhinite allergique est souvent sous-diagnostiquée, entre autres parce que ce problème de santé peut être traité par des médicaments sans ordonnances disponibles en pharmacie. De plus, les personnes diagnostiquées n'ayant pas rapporté de symptômes ont peut-être, à la suite des conseils du médecin, diminué leur exposition aux facteurs déclenchants ou suivi un traitement, ce qui peut expliquer l'absence de symptômes. »[78]

Pour ce qui est du cancer de la peau, environ 14 nouveaux cas de mélanome de la peau sont diagnostiqués chaque année dans la région. Le taux est semblable à celui des hommes du Québec et ne diffère pas non plus de celui des femmes de la région (voir fiches complémentaires).

Figure 26 : Indicateurs – Santé physique
Maladies liées à l'environnement : rhinite allergique
Chaudière-Appalaches, 2007-2008



Source : ISQ, EQSP 2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

SECTION 9.4 : Maladies ou exposition en milieu de travail

Traditionnellement, l'homme travaillait pour subvenir aux besoins de sa famille et la femme s'occupait des enfants à la maison. Malgré les changements survenus au cours des dernières décennies, ce rôle de pourvoyeur définit toujours une partie de l'identité masculine. Les garçons apprennent la signification de la masculinité en observant leur famille, où ils perçoivent les femmes comme dispensatrices de soins aux enfants et les hommes comme travailleurs à l'extérieur du milieu familial[79]. Le travail est donc étroitement lié aux réalités masculines et peut se révéler un déterminant important pour la santé et le bien-être. En effet,

bien que le fait d'avoir un emploi soit un facteur positif de santé comparé au statut de chômeur[20-21], certains types d'emplois comportent des risques pour la santé. Ces risques peuvent être prévenus ou diminuer afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation des maladies liées au travail. Ils peuvent affecter à la fois la santé physique et mentale. Les problèmes de santé en milieu de travail peuvent être attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques, associés à des contraintes ergonomiques ou à des caractéristiques organisationnelles ou relationnelles des milieux de travail[11, 80].

La présente section décrit les principaux types d'industrie qui caractérisent le monde du travail en Chaudière-Appalaches. À partir des données disponibles, elle vise aussi à mettre en lumière certains risques potentiels physiques et chimiques auxquels sont exposés les travailleurs résidant en Chaudière-Appalaches. Un regard est porté sur les troubles musculo-squelettiques, en nuanciant qu'ils puissent être identifiés par les personnes elles-mêmes lors d'enquêtes populationnelles ou qu'ils peuvent être déclarés et acceptés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Enfin, sont présentées des données concernant la santé mentale des travailleurs.

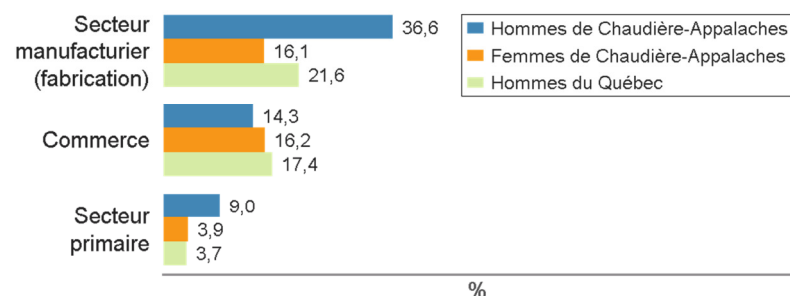
Généralement, « Les services publics de prévention et de protection de la santé au travail définissent et orientent leurs interventions en fonction du lieu de travail des individus et non en fonction de leur lieu de résidence comme c'est généralement le cas pour les autres domaines de la santé publique. »[81] Toutefois, les données disponibles au moment de la rédaction de ce rapport le sont selon le lieu de résidence du travailleur. Il importe de tenir compte de cette particularité dans l'interprétation des données présentées.

Environ 1 homme de la région sur 3 œuvre dans le secteur manufacturier

La région de la Chaudière-Appalaches démontre une certaine diversité en ce qui a trait à l'activité économique et à l'emploi. Le secteur manufacturier constitue un atout majeur avec plus du tiers de sa population masculine qui travaille à la fabrication de biens divers. La région se démarque par la présence d'une proportion d'emplois manufacturiers de 1,7 fois plus grande que la moyenne québécoise (figure 27). Ainsi, beaucoup de travailleurs vivant dans la région évoluent dans ce secteur. Selon Emploi-Québec de la région de la Chaudière-Appalaches[82], « Certains secteurs manufacturiers continuent [...] d'avoir le vent dans les voiles. [...] D'ici à 2013 [...] les secteurs de la fabrication de machines, de produits métalliques, de matériel de transport, d'aliments, de produits en plastiques ainsi que celui des produits pétroliers devraient poursuivre leur croissance. On peut toutefois s'attendre à des pertes d'emplois dans les secteurs de la fabrication de vêtements, de meubles, de produits en bois ainsi que dans le papier, l'impression et les textiles. »

Au Québec, le secteur manufacturier représente le troisième type d'industrie en importance quant à la proportion de travailleurs

Figure 27: Indicateurs – Maladies ou exposition en milieu de travail
Principaux types d'industrie
Chaudière-Appalaches, 2006



Source : Statistique Canada, recensement 2006
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

masculins, devancé par les secteurs « soins de santé et assistance sociale » et « commerce ».

Dans la région, le commerce arrive au deuxième rang. Le secteur primaire suit en troisième avec 9 % de la main-d'œuvre masculine régionale ayant des emplois reliés à l'agriculture, la foresterie, la pêche et la chasse ainsi que l'extraction minière, de pétrole et de gaz. Les emplois du secteur primaire de la région correspondent, toute proportion gardée, à plus du double des emplois du Québec.

Les hommes de la région, comme ceux du Québec d'ailleurs, se distinguent des femmes par leurs types d'emploi. En effet, les femmes occupent des emplois du secteur tertiaire en plus forte proportion. Ceux-ci sont reliés, notamment, aux soins de santé et assistance sociale, aux finances, assurances, services immobiliers, gestion et administration ainsi qu'à l'enseignement, à la restauration et à l'hébergement.

Des risques à la santé en milieu de travail : les hommes de la région davantage exposés à des contraintes physiques

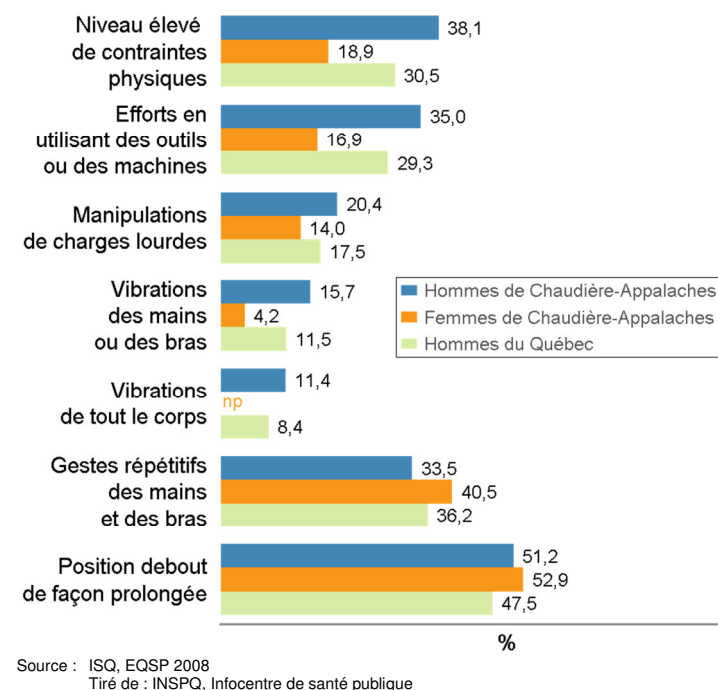
En Chaudière-Appalaches, 70 % des hommes occupent un emploi, comparativement à 59 % des femmes (voir figure 3). Ces personnes sont exposées à des risques à la santé variés selon l'emploi qu'elles occupent.

Lors de l'EQSP, plusieurs questions ont permis de mieux cerner l'exposition des travailleurs dans leur milieu de travail. Quelque six contraintes physiques biomécaniques du travail sont étudiées dans cette enquête, soit les efforts fournis en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement, la manipulation de charges lourdes, les vibrations des bras et des mains, les vibrations du corps entier, les gestes répétitifs des bras et des mains ainsi que le travail en position debout sans possibilité de s'asseoir.

Près de 4 travailleurs masculins sur 10 sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail. Cette proportion est supérieure à ce qui est observé pour les femmes et pour les Québécois (figure 28).

Les hommes de la région sont plus à risque que les femmes de la région à devoir fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement, à manipuler des charges lourdes ou à être exposés à des vibrations des bras et des mains et des vibrations du corps entier. Aussi, comparativement aux

**Figure 28 : Indicateurs – Santé physique
Maladies ou exposition en milieu de travail :
exposition biomécanique
Chaudière-Appalaches, 2008**



travailleurs du Québec, davantage d'hommes de la région sont exposés, dans leur milieu de travail à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement. Ils sont exposés en plus fortes proportions à des vibrations soit de tout le corps ou des mains et des bras. De plus, les hommes de la région sont davantage en position debout de façon prolongée dans leur travail et considèrent en plus grande proportion avoir un niveau élevé de contraintes physiques que les Québécois. En contrepartie, aucune différence significative n'est observée en ce qui a trait aux gestes répétitifs réalisés au travail, sauf pour les hommes de 25 à 44 ans de la région. La proportion pour les hommes de ce groupe d'âge est inférieure à celle du Québec (voir fiches complémentaires).

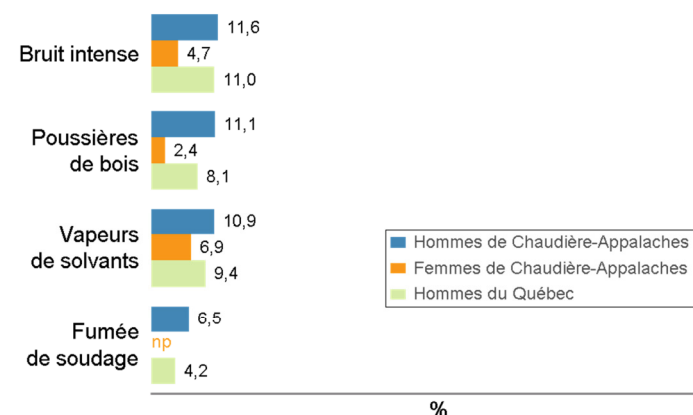
Les hommes de la région davantage exposés au bruit intense et à des agresseurs chimiques que les femmes

Dans leur milieu de travail, les hommes de la région estiment travailler dans le bruit intense en plus forte proportion que les femmes (figure 29). De plus, les proportions d'hommes de la région qui considèrent respirer des poussières de bois, des vapeurs de solvants tels que des dégraissants, des vernis, des colles, etc., ainsi que de la fumée de soudage sont plus élevées que chez les hommes du Québec et chez les femmes (poussières de bois, vapeurs et solvants seulement).

Chaque année, plus de 5 000 indemnités pour des lésions professionnelles sont accordées par la CSST aux hommes travaillant dans la région

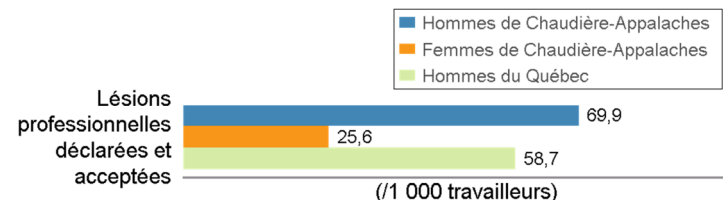
En santé au travail, les interventions en milieu de travail se font en vertu du régime de santé et sécurité au travail dont l'administration est confiée par le gouvernement du Québec à la CSST. Selon la CSST, les hommes travaillant dans la région présentent un taux de 70 lésions professionnelles par 1 000 travailleurs. Ce taux est 1,2 fois plus élevé que le taux de lésions professionnelles acceptées et déclarées pour les Québécois, et 2,7 fois plus élevé que pour les femmes (figure 30). En moyenne, c'est 212 000 jours qui ont été indemnisés par année par la

**Figure 29 : Indicateurs – Santé physique
Maladies ou exposition en milieu de travail :
bruit intense et agresseurs chimiques
Chaudière-Appalaches, 2008**



Source : ISQ, EQSP 2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

**Figure 30 : Indicateurs – Santé physique
Maladies ou exposition en milieu de travail :
lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST
Chaudière-Appalaches, 2006**



Source : CSST, fichier des lésions professionnelles et Statistique Canada, recensement 2006

CSST dus à des lésions professionnelles pour une durée moyenne d'indemnisation de 42 jours. Pour les Québécois, la durée moyenne est 52 jours et pour les femmes de la région, 43 (voir fiches complémentaires).

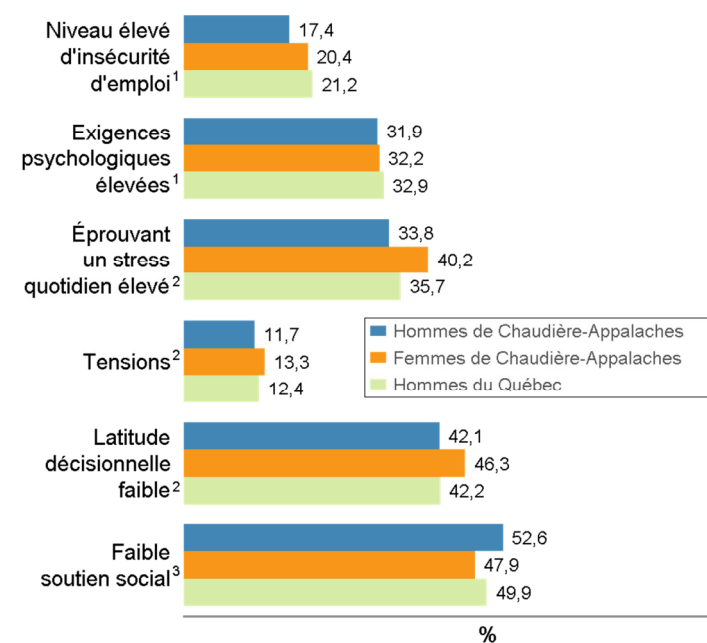
Selon le Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT), les troubles musculo-squelettiques (TMS) se définissent comme « [...] un ensemble de symptômes et d'atteintes inflammatoires ou dégénératives qui concernent les segments corporels suivants : le cou, le dos, les membres supérieurs et les membres inférieurs [...]. Bien qu'ils puissent se manifester de façon soudaine, ces troubles évoluent habituellement de façon progressive. Ils proviennent d'un cumul de dommages causés par le dépassement de la capacité d'adaptation et de réparation des structures. Les blessures qui résultent d'un événement unique, une chute par exemple, ne sont pas considérées comme des TMS, mais plutôt comme des événements accidentels. »[83]

Environ le tiers des lésions professionnelles déclarées, acceptées et indemnisées par la CSST sont des TMS[84]. En 2006, le taux d'incidence des TMS, pour les hommes travaillant en Chaudière-Appalaches, est de 19 pour 1 000 travailleurs équivalent temps complet[85]. Il importe de bien distinguer les données portant sur les TMS présentés issues d'enquêtes populationnelles (donc autodéclarés) de celles de la CSST présentant les TMS en milieu de travail. Ainsi, selon les données de l'EQSP de 2008, 18 % (180/1 000) des travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches rapportent avoir eu un trouble musculo-squelettique lié à l'emploi principal actuel et 6 % (60/1 000) rapportent avoir été victimes de blessure au travail attribuable à des mouvements répétitifs. Ces proportions sont semblables à celles des hommes du Québec et des femmes de la région (voir fiches complémentaires).

La santé mentale des travailleurs : des contraintes organisationnelles qui touchent de nombreux travailleurs résidents de la région

Comme mentionné précédemment, avoir un emploi est important pour le bien-être des hommes; au contraire, le chômage peut amener des problèmes psychologiques majeurs[20-21]. Mais le travail peut aussi être source de problèmes psychologiques. C'est pourquoi un regard est porté spécifiquement à la santé mentale des travailleurs à l'aide des enquêtes populationnelles. Les différentes contraintes organisationnelles reconnues scientifiquement pour avoir un lien avec la

**Figure 31 : Indicateurs – Santé physique
Santé mentale des travailleurs
Chaudière-Appalaches, 2005¹, 2008² et 2007-2008³**



Sources : ¹ Statistique Canada, ESCC 2005
² ISQ, EQSP 2008
³ Statistique Canada, ESCC 2007-2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

santé mentale au travail sont examinées, comme l'insécurité d'emploi, les exigences psychologiques et le stress au travail, les tensions au travail, la latitude décisionnelle (autonomie) et le faible soutien social au travail. Pour la première fois au Québec, une série de questions mesure la perception qu'ont les travailleurs de certains aspects de leur santé mentale en milieu de travail. Les résultats de cette enquête de 2008 pourraient procurer des indices sur les interventions potentielles pour améliorer leur bien-être psychologique au travail et, ultimement, éviter des suicides.

Environ 1 travailleur sur 6 vivant en Chaudière-Appalaches a un niveau élevé d'insécurité d'emploi. Cette précarité du travail peut avoir des effets néfastes sur sa santé mentale[86]. Les proportions obtenues pour les travailleuses de la région et ceux du Québec sont comparables statistiquement aux hommes de Chaudière-Appalaches (figure 31). Selon Gagnon[21], les jeunes sont plus touchés que leurs aînés par cette précarité de l'emploi, la pauvreté et l'incertitude face à leur intégration sociale. Ils se retrouvent ainsi fragilisés sur le plan de leur santé mentale.

En Chaudière-Appalaches, 43 300 hommes, soit près du tiers des travailleurs résidents de la région, indiquent avoir des exigences psychologiques élevées et vivent un stress élevé quotidiennement dans leur travail. De plus, environ 1 travailleur sur 9 de Chaudière-Appalaches déclare vivre des tensions au travail. Les proportions obtenues pour les travailleuses de la région et les travailleurs du Québec sont comparables aux hommes de Chaudière-Appalaches.

Enfin, une forte contrainte psychologique au travail peut survenir lorsqu'une demande s'accompagne d'une faible latitude décisionnelle. Les personnes, occupant un emploi avec de fortes contraintes psychologiques au travail, affichent un plus haut taux de dépression[86]. Près de la moitié des travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches déclare avoir une faible latitude décisionnelle. Encore une fois, les proportions obtenues par les travailleuses de la région et les travailleurs du Québec sont comparables aux hommes de Chaudière-Appalaches. Et un peu plus de la moitié des travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches qualifient leur soutien social au travail comme faible.

SECTION 9.5 : Traumatismes non intentionnels

Les traumatismes non intentionnels (TNI) sont des blessures (fractures, brûlures, lésions internes) résultant d'un événement involontaire comme un accident d'automobile, une chute, une noyade, une intoxication, un incendie, etc. Ils se distinguent des traumatismes intentionnels que sont les homicides et les suicides ainsi que des traumatismes causés d'une manière indéterminée quant à l'intention.

Les traumatismes non intentionnels sont généralement classifiés selon l'endroit où ils surviennent, à savoir la route, le domicile, les lieux récréatifs et sportifs ainsi que les lieux de travail. Les types de traumatismes décrits dans cette section sont les accidents de véhicules à moteur, qui sont la première cause de décès par TNI, ainsi que les chutes accidentelles qui sont la première cause d'hospitalisation des TNI.

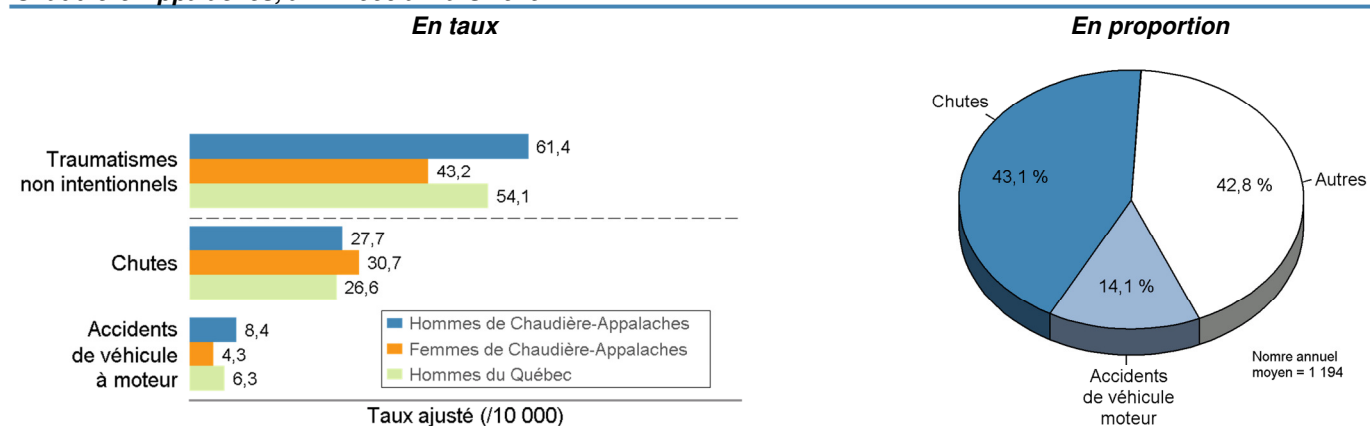
Chaque année en Chaudière-Appalaches, 1 190 hommes sont hospitalisés et 89 décèdent à la suite d'un traumatisme non intentionnel : une surreprésentation masculine

Les traumatismes non intentionnels sont la problématique où les hommes se distinguent le plus des femmes[9, 87]. Les données de l'EQSP montrent que 12 % des hommes vivant en Chaudière-Appalaches se disent victimes de blessure non intentionnelle. Cette proportion est semblable à celle des hommes du Québec et à celle des femmes de la région. Ce sont les jeunes hommes de 15 à 24 ans qui subiraient le plus de blessures non intentionnelles avec une proportion plus élevée que tous les autres groupes d'âge (voir fiches complémentaires).

Les hommes de Chaudière-Appalaches affichent un taux d'hospitalisation par TNI plus élevé que celui des femmes de la région et des Québécois (figure 32). Les taux d'hospitalisation par traumatismes non intentionnels varient entre les groupes d'âge. Ces taux sont plus élevés pour les hommes plus jeunes et les plus âgés (voir fiches complémentaires).

Le taux de mortalité par TNI est toujours plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Ce sont également les jeunes et les aînés qui sont les plus touchés

Figure 32 : Indicateurs – Santé physique
Traumatismes non intentionnels : hospitalisations
Chaudière-Appalaches, avril 2006 à mars 2010



Source : MSSS, fichiers des hospitalisations MED-ECHO et projections démographiques
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

par ces décès (voir fiches complémentaires).

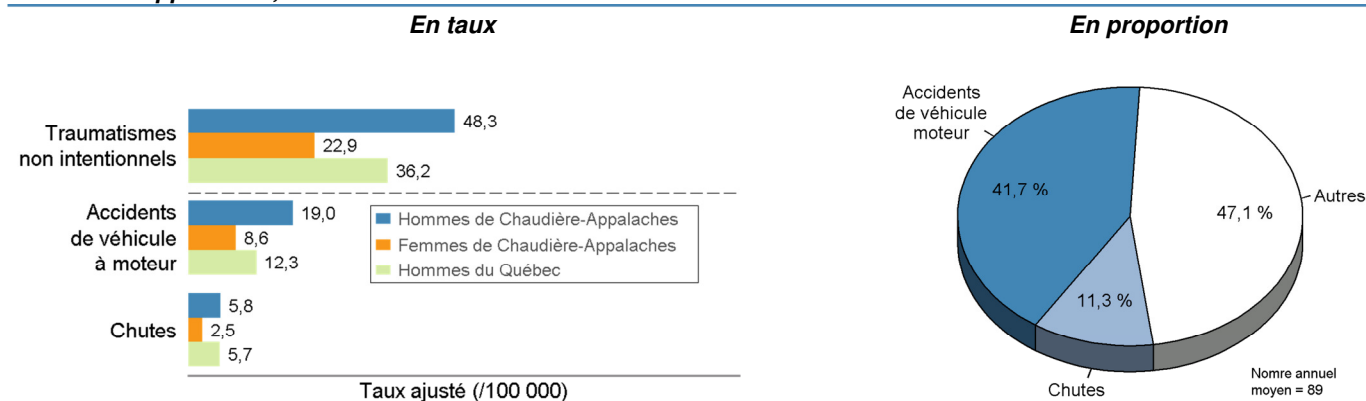
Les traumatismes non intentionnels expliquent, en partie, l'écart de longévité entre les deux sexes. Ils occasionnent plusieurs décès dont la survenue est précoce. Le taux d'APVP est un indicateur de mortalité prématurée (pour plus d'information, voir la section 8 : État de santé globale). En Chaudière-Appalaches, le taux observé d'APVP chez les hommes est presque trois fois plus élevé que celui des femmes et aussi plus élevé que celui des Québécois.

Dans la région, les accidents de véhicules à moteur sont la première cause de mortalité par traumatisme chez les hommes

Les accidents de véhicule à moteur regroupent les personnes ayant subi des blessures comme conducteur ou passager d'un véhicule à moteur, soit les automobilistes, les motocyclistes ainsi que les cyclistes et les piétons. En moyenne, 37 hommes décèdent chaque année à la suite d'un accident de véhicule à moteur.

En Chaudière-Appalaches, 168 hommes sont hospitalisés chaque année pour cette cause. Les hommes affichent des taux d'hospitalisation et de mortalité deux fois plus élevés que celui des femmes (voir figures 32 et 33). Ce sont les jeunes hommes de 18 à 24 qui sont davantage concernés par les accidents de véhicules

Figure 33 : Indicateurs – Santé physique
Traumatismes non intentionnels : décès
Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007



Source : MSSS, fichiers des décès et estimations et projections démographiques
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

à moteur avec des taux d'hospitalisation et de mortalité les plus élevés dans tous les groupes d'âge (voir fiches complémentaires).

La surmortalité masculine par accident de véhicule à moteur est attribuable à plusieurs facteurs de risque liés à l'individu, au véhicule et à l'environnement. La consommation d'alcool est un facteur largement documenté. Ainsi, plus des trois quarts des victimes de la route reliés à l'alcool sont de sexe masculin[9]. De plus, quatre fois plus d'hommes que de femmes rapportent avoir conduit en état d'ébriété depuis un mois[20]. Les effets de la consommation d'alcool varient d'une personne à l'autre et s'ajoutent aux autres risques, entre autres, la vitesse excessive et l'inexpérience[88]. Différents autres comportements comme passer au feu rouge, dépasser en zone interdite, rouler au-dessus de la vitesse permise ou conduire sous l'effet de la fatigue sont également responsables des accidents de la circulation. La fatigue au volant est la troisième cause de décès sur les routes du Québec[89]. Ces comportements seraient plus fréquents chez les hommes que les femmes[9].

Malgré le nombre croissant de conducteurs et de véhicules en circulation, des gains ont été obtenus au cours des dernières décennies par différentes interventions, comme la conception de véhicules plus sécuritaires, la correction des sites dangereux du réseau routier, l'obtention graduelle du permis de conduire, etc. Cependant, des progrès restent à faire pour continuer à réduire les comportements à risque, comme la conduite sous l'effet d'alcool ou de médicaments, la vitesse excessive, l'usage du cellulaire ou autres « distractions au volant ». La Table québécoise de la sécurité routière (TQSR) œuvre depuis quelques années en ce sens, en conseillant le gouvernement sur les mesures à mettre en place pour améliorer la sécurité[90]. Des ressources d'aide sont également à la disposition des hommes présentant des problèmes de consommation d'alcool[21]. Il faut aussi porter une attention particulière aux usagers qui ne jouissent pas de protection physique en cas de collision (ex. : motocyclistes, cyclistes, usagers de véhicules tout terrain). Ces derniers sont doublement vulnérables en cas d'accident.

Les chutes : les tout-petits et les aînés en sont davantage victimes

Les chutes accidentelles constituent la catégorie de blessures la plus courante parmi les traumatismes survenant à domicile, loin devant les brûlures, les suffocations et les intoxications. Elles sont souvent considérées comme un signe précurseur de la perte d'autonomie et de la qualité de vie chez les aînés. Elles viennent au premier rang des causes d'hospitalisation par traumatisme et entraînent souvent l'hébergement à la suite, notamment, des fractures de la hanche.

En Chaudière-Appalaches, 10 hommes meurent chaque année à la suite d'une chute accidentelle chaque année et 515 hommes sont hospitalisés pour cette cause (voir figures 32 et 33). Chez les aînés, les nombres sont de 6 décès et de 133 hospitalisations et cumulent 26 % des hospitalisations et 60 % des décès par chute (voir fiches complémentaires). Près du tiers des aînés (sexes réunis) chute chaque année[91, 92].

Les hommes de la région affichent un taux d'hospitalisation par chute moins élevé que celui des femmes. Le taux de mortalité, quant à lui, est plus élevé par rapport à ces dernières. Les groupes d'âge les plus vulnérables aux chutes se retrouvent chez les tout-petits (0 à 4 ans) et les aînés (65 ans et plus) (voir fiches complémentaires). Ceci est particulièrement préoccupant, puisque ce dernier groupe connaît une forte croissance démographique.

Chez les aînés, les chutes sont surtout attribuables à la diminution des capacités motrices et sensorielles (troubles visuels), l'hypotension, les troubles cognitifs et la dénutrition. Les habitudes de vie et les comportements (témérité, consommation de médicaments ou d'alcool) ainsi que l'environnement physique (obstacles du

domicile, surfaces dures ou glacées, manque d'éclairage) sont aussi mentionnés comme étant à l'origine des chutes. Quoi qu'il en soit, plusieurs facteurs peuvent intervenir de façon concomitante (ex. : surface glissante, manque d'éclairage et vision faible chez une même personne), pour expliquer une chute[92, 93]. Les programmes de prévention des chutes proposés aux personnes âgées visent principalement à améliorer les capacités motrices (exercices d'équilibre et de renforcement musculaire), éliminer les dangers du domicile et réduire la consommation de médicaments psychotropes[94]. Leur implantation est d'autant plus nécessaire que la population masculine connaîtra une augmentation de leur effectif au cours des prochaines années. Cette hausse sera particulièrement observable chez les hommes âgés de 85 ans et plus. Chez les tout-petits, on rapporte différents facteurs pour expliquer les chutes : le comportement (curiosité), l'absence de protection adéquate (ex. : moustiquaires mal fixées) et le manque de surveillance des parents. Les aires de jeu non sécuritaires sont aussi responsables de plusieurs traumatismes chez les enfants[95].

SECTION 9.6 : Maladies infectieuses

Les maladies infectieuses regroupent un ensemble de maladies transmissibles causées par des agents biologiques. Certaines de ces maladies infectieuses sont à déclaration obligatoire (MADO), c'est-à-dire qu'il s'agit de maladies, lesquelles relèvent de la Loi sur la santé publique (adoptée en décembre 2001) et des Règlements en découlant. Elles doivent être déclarées au directeur de santé publique, soit par les médecins, par les laboratoires, ou par les deux. Les symptômes et l'évolution des maladies infectieuses varient selon l'agent en cause, certains facteurs biologiques ou comportementaux reliés aux individus ou aux populations, l'environnement social et l'organisation du système de soins[96]. Notamment, parmi les MADO, on y retrouve notamment les maladies transmissibles sexuellement et par le sang et les maladies entériques.

Cette section présente l'incidence de certaines MADO, comme la chlamydia, la gonorrhée, l'hépatite C. La situation concernant le virus de l'immunodéficience humaine et le sida (VIH sida) est aussi tracée. Ce sont des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Enfin, deux maladies entériques – à déclaration obligatoire – sont présentées soit les infections à *Campylobacter* et la salmonellose.

Augmentation, depuis dix ans, du nombre de cas déclarés d'ITSS

Anciennement connues sous le vocable de maladies transmises sexuellement (MTS), les ITSS se transmettent au cours de relations sexuelles orales, vaginales ou anales non protégées, par voie sanguine ou de la mère infectée à l'enfant. En plus de causer des conséquences physiques, « Les ITSS entraînent une série de problèmes [...] : des problèmes interpersonnels (avec les partenaires), problèmes de couple, conséquences chez les nouveau-nés, problèmes personnels (divulgaration de sa condition), discrimination, médication à long terme [...] »[97].

Au cours des années 1990, l'incidence des ITSS avait considérablement diminué. Or, depuis le début de l'an 2000, on note une augmentation importante du nombre d'ITSS et l'émergence d'ITSS alors pratiquement inexistantes au Québec. « Ce phénomène est inquiétant, d'autant que les statistiques n'en fournissent qu'un portrait partiel. »[98] En effet, comme certaines ITSS ne sont pas à déclaration obligatoire, elles ne sont pas répertoriées. De plus, plusieurs personnes porteuses d'une ITSS ne savent pas qu'elles sont atteintes, car elles ne présentent aucun symptôme.

Les diagnostics d'ITSS sont déclarés au registre des MADO, dans la région comme au Québec. Ce sont principalement les infections à chlamydia, la gonorrhée et la syphilis.

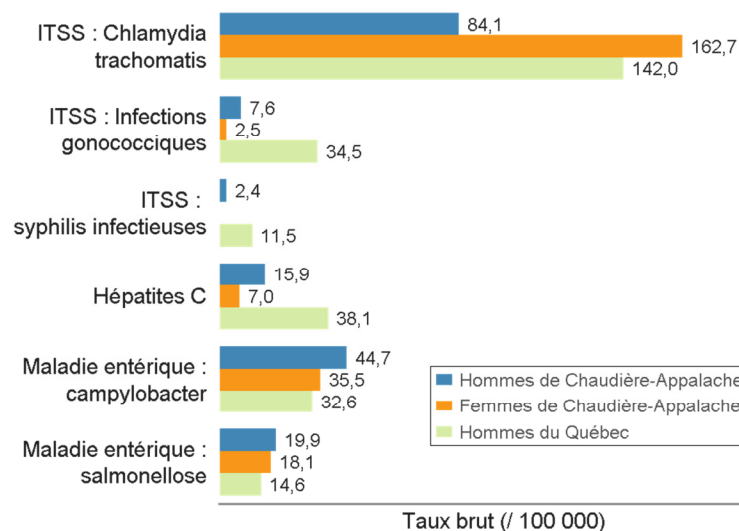
L'infection à *Chlamydia trachomatis* : l'ITSS la plus fréquemment déclarée

L'infection causée par la *Chlamydia trachomatis* vient au premier rang des ITSS déclarées. Très répandue dans tout le Québec, cette infection connaît une importante augmentation depuis 1997[44]. En Chaudière-Appalaches, l'infection à chlamydia est deux fois plus présente chez les femmes que chez les hommes. En effet, la chlamydia est la seule ITSS où le taux d'incidence chez les femmes de la région est supérieur à celui des hommes (figure 33). Cependant, comme ces dernières ont des contacts plus réguliers avec les professionnels de la santé, l'infection peut être dépistée plus fréquemment. De ce fait, elles peuvent être surreprésentées parmi les cas déclarés.

Selon la fréquence des déclarations, les hommes contracteraient plus l'hépatite C, la syphilis et la gonorrhée que les femmes

Pour les autres ITSS, la clientèle masculine est plus touchée par l'hépatite C, la gonorrhée et la syphilis infectieuse que les femmes. Pour le virus de l'hépatite C, 27 cas chez les hommes sont déclarés en Chaudière-Appalaches en moyenne chaque année. Pour cette ITSS, le taux d'incidence est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (figure 34). Par rapport au Québec, les taux d'incidence régionaux sont inférieurs pour la gonorrhée, la syphilis infectieuse et le virus de l'hépatite C (VHC). Enfin, six fois plus d'hommes que de femmes meurent du SIDA au Québec[39].

**Figure 34 : Indicateurs – Maladies infectieuses
Chaudière-Appalaches, 2006 à 2010**



Source : MSSS, projections démographiques (janvier 2011)
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Au Québec, comme dans la région, les jeunes de 15 à 24 ans sont particulièrement touchés par les ITSS, notamment, avec le plus haut taux d'incidence pour la chlamydie et la gonorrhée. Cette situation indique un changement des habitudes sexuelles quant au nombre de partenaires qui serait plus important au cours d'une année. Il est donc à prévoir que les maladies transmises sexuellement et par le sang seront en croissance dans les prochaines années.

Des pratiques sexuelles à risque

D'une manière générale, les hommes sont reconnus comme étant deux fois plus sujets que les femmes à s'engager dans des pratiques sexuelles à risque[20]. Mais, ce sont les hommes homosexuels et bisexuels qui demeurent les groupes les plus affectés par les ITSS[65]. « Ces hommes sont plus à risque [...] parce qu'ils sont plus susceptibles que les hétérosexuels d'avoir un partenaire infecté, que souvent ils ont de multiples partenaires, et qu'ils courent un plus grand risque de transmission lors de relations sexuelles anales. C'est d'ailleurs dans ce groupe que sont déclarés 90 % des cas de syphilis infectieuse et 60 % des cas masculins de gonorrhée. »[59]

Les utilisateurs de drogues par injections : une clientèle vulnérable

Les utilisateurs de drogues par injection (UDI) et par inhalation sont aussi à risque d'ITSS. « [...] le VIH, le virus de l'hépatite B et, surtout, le virus de l'hépatite C se transmettent par le partage de matériel d'injection de drogues, mais aussi d'inhalation de drogues. Chaque année, 3 % des personnes qui font usage de drogue par injection seront infectées par le VIH et plus du quart, par le virus de l'hépatite C. »[43] L'ingestion d'alcool et de drogues augmente aussi le risque d'avoir des relations sexuelles non protégées. La proportion d'UDI qui contractent chaque année l'hépatite C est extrêmement élevée. « Par ailleurs, une grande partie de personnes infectées ignorent leur infection au VIH ou au VHC. »[99]

Quelque 90 hommes atteints de campylobactériose en moyenne chaque année

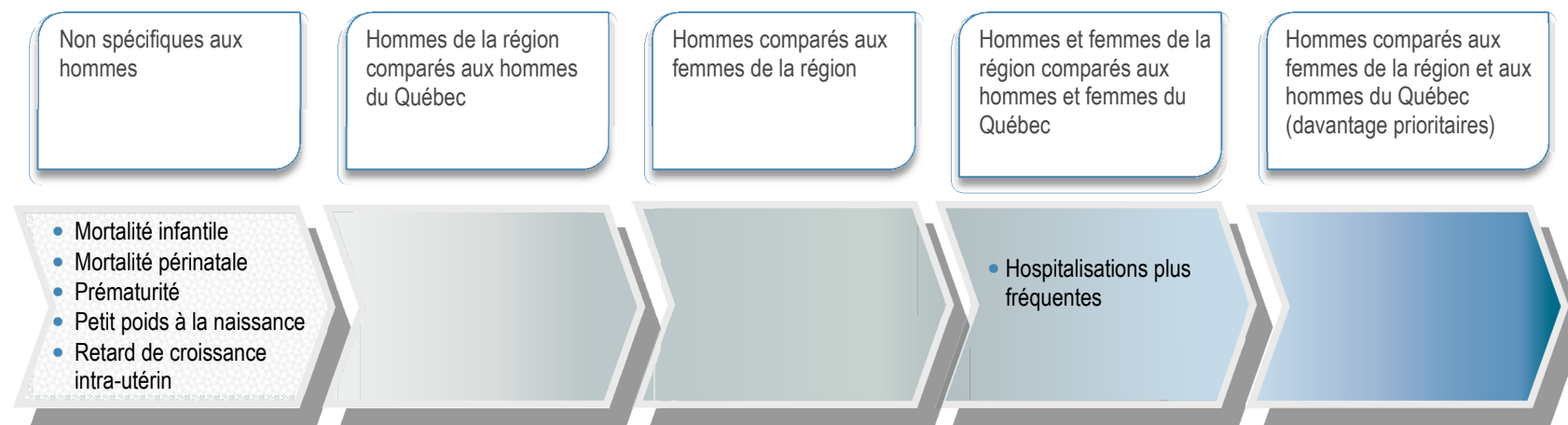
La campylobactériose et la salmonellose sont des maladies entériques, c'est-à-dire des maladies bactériennes aiguës qui provoquent de la fièvre, de la diarrhée, des douleurs abdominales et d'autres troubles digestifs. Une personne contracte la campylobactériose en mangeant des aliments ou en buvant de l'eau contaminés[100]. Cette infection représente la maladie entérique la plus déclarée, avec 90 cas en moyenne chaque année pour les hommes de Chaudière-Appalaches. Le taux annuel régional pour les hommes est supérieur à celui des femmes et des hommes du Québec (figure 34). Les jeunes hommes de 15 à 24 ans affichent les taux les plus élevés suivis par les jeunes garçons de moins de 5 ans.

Pour la salmonellose, la maladie entérique survient à la suite de la consommation d'aliments contaminés crus ou peu cuits, tels que la viande hachée, la volaille ou les préparations à base d'œufs crus. En Chaudière-Appalaches, 40 hommes souffrent de cette infection en moyenne par année. Le taux annuel régional de la salmonellose chez les hommes est supérieur à celui des hommes du Québec et comparable à celui des femmes (figure 34). Comme pour la campylobactériose, les jeunes garçons de moins de 5 ans et les hommes de plus de 75 ans ont les plus hauts taux de salmonellose.

Les études actuelles ne permettent pas de comprendre pourquoi les hommes sont plus affectés par la campylobactériose et la salmonellose que les femmes. Dans ce contexte, il est difficile de mettre en place des interventions préventives s'adressant spécifiquement aux hommes.

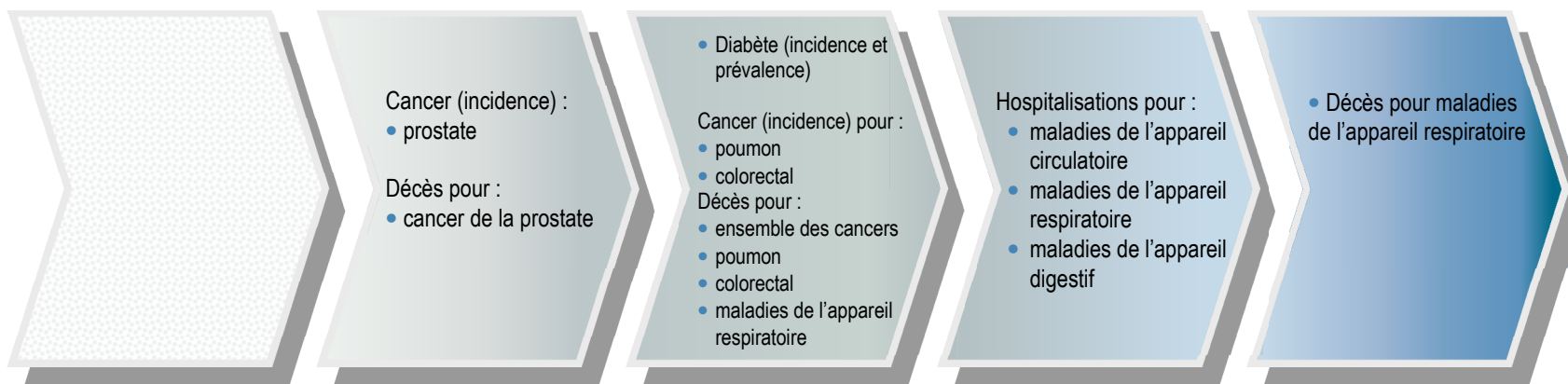
Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 9 Santé physique

La santé des nouveau-nés



Plusieurs problèmes de santé des nouveau-nés peuvent être évités. Il importe d'amener les parents à avoir des comportements préventifs, notamment par l'adoption de saines habitudes de vie pour favoriser la santé du nouveau-né.

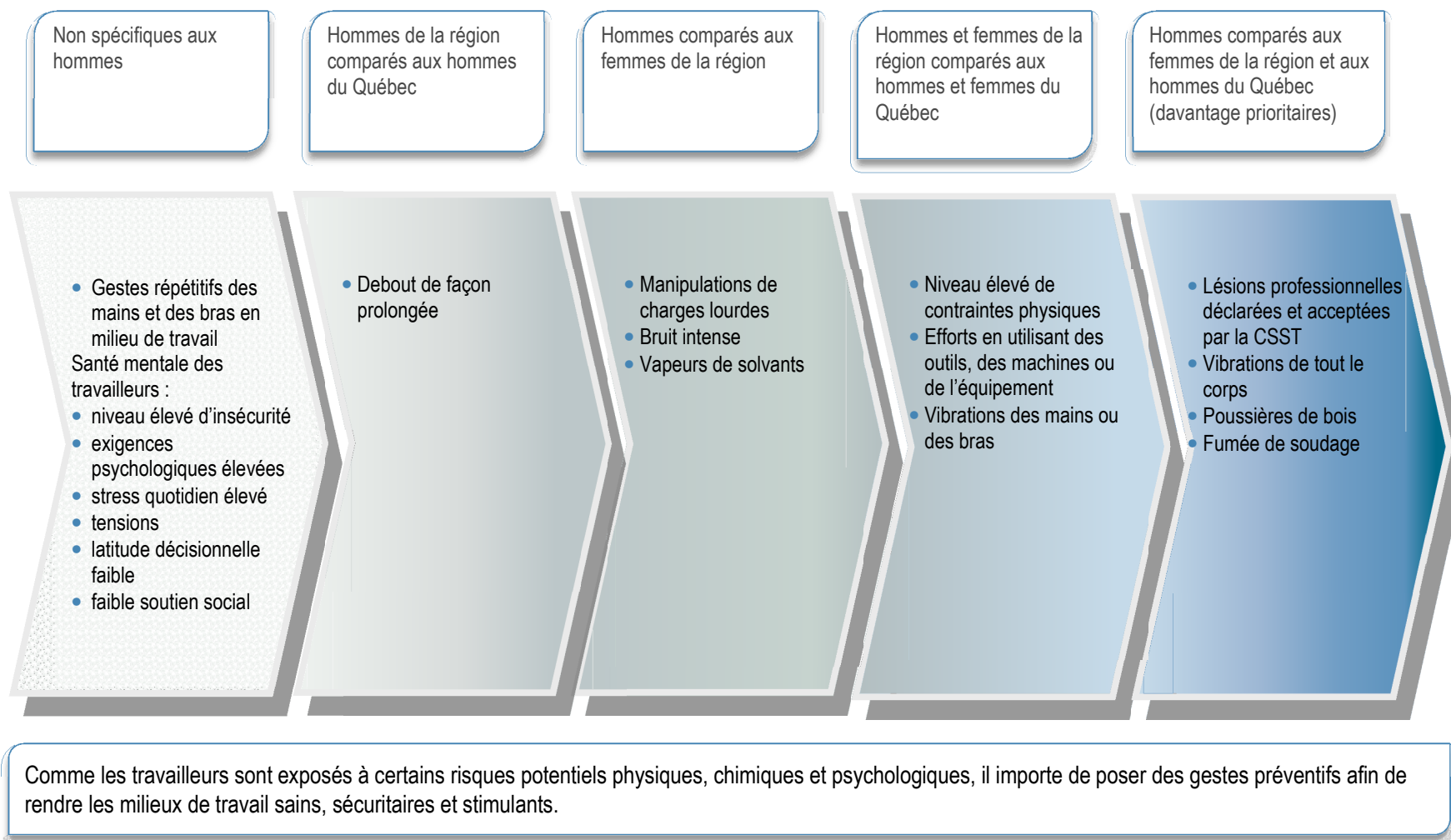
Maladies chroniques



Comme les liens entre les maladies chroniques et les habitudes de vie sont largement démontrés, il importe de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie chez les hommes et de rendre leur environnement favorable à ce changement.

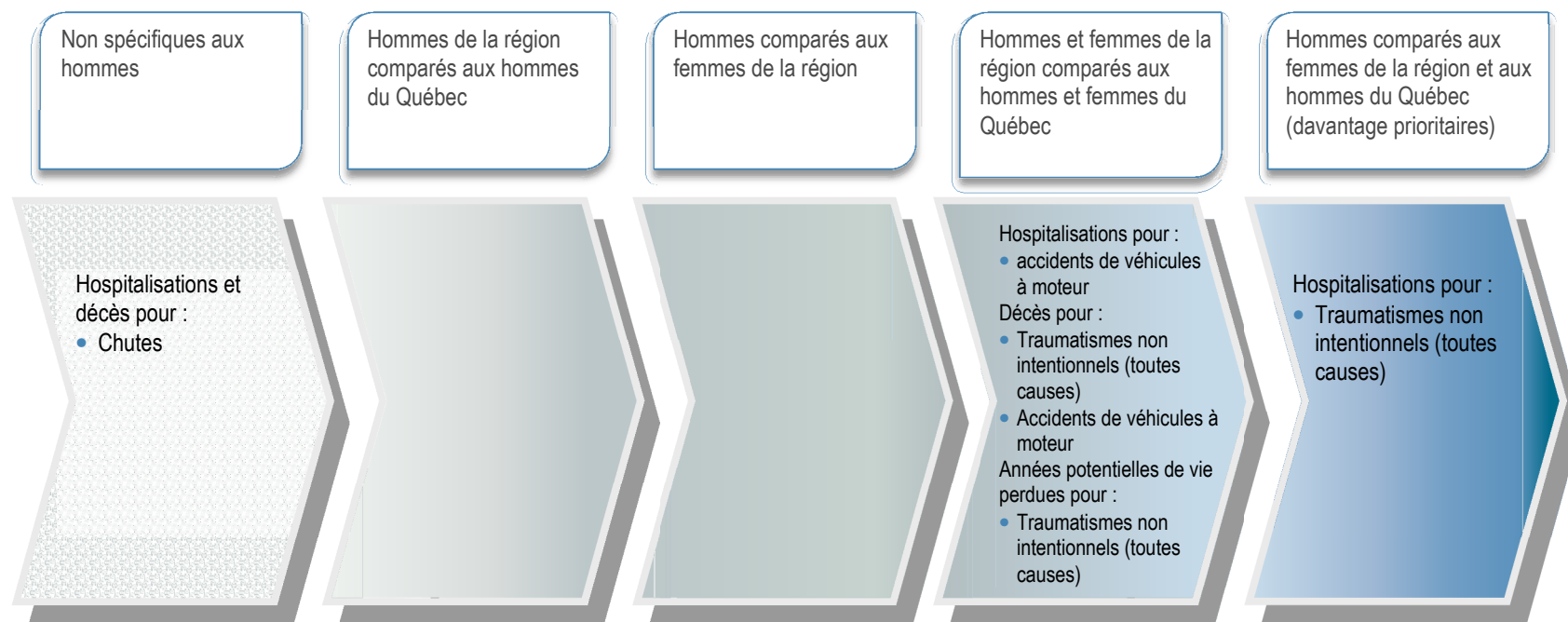
Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 8 État de santé globale

Maladies ou exposition en milieu de travail



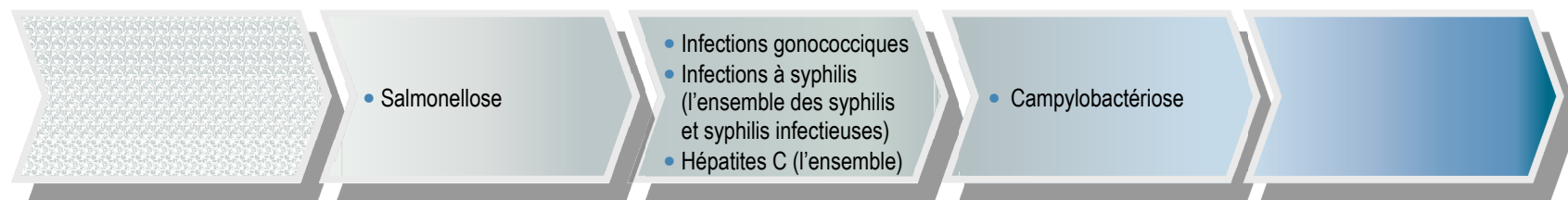
Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 9 Santé physique

Traumatismes non intentionnels



Comme les traumatismes non intentionnels sont majoritairement évitables, il importe de favoriser l'adoption de comportements sécuritaires ou d'un environnement sécuritaire.

Maladies infectieuses



Les maladies à déclaration obligatoire peuvent être évitables par des comportements sexuels sécuritaires tel le port du condom. Il importe donc que les actions préventives soient réalisées et adaptées selon qu'elles s'adressent aux hommes ou aux femmes.

SANTÉ MENTALE

Section 10

La santé mentale peut être définie comme un état de bien-être, d'équilibre psychique permettant à la personne de surmonter les tensions normales de la vie, de participer ainsi activement aux tâches quotidiennes et d'interagir avec son entourage[101]. Il ne s'agit pas seulement de l'absence de troubles mentaux. En outre, elle s'apprécie par la capacité d'une personne à utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (domaine affectif), à établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (domaine cognitif) et à composer de façon significative avec son environnement (domaine relationnel)[102].

Les troubles mentaux (ex. : schizophrénie, dépression majeure, dépendance) se caractérisent par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associés à une importante détresse. Les problèmes de santé mentale peuvent comporter les mêmes symptômes, mais avec une sévérité et une durée de moindre importance. Le suicide s'ajoute, qui bien que n'étant pas un trouble mental, est considéré comme une conséquence possible.

Cette section dresse un portrait succinct de la santé mentale des hommes en Chaudière-Appalaches en présentant des données sur la perception qu'ils ont de leur santé mentale, le niveau élevé de détresse psychologique, les idéations suicidaires – à vie et au cours des 12 derniers mois – et le suicide. Il est à noter que les données concernant la détresse psychologique ainsi que les idéations suicidaires proviennent d'enquêtes populationnelles et correspondent donc à une déclaration alors que les données de suicides proviennent du Fichier des décès, lequel relate des faits.

La présente section ne porte que sur la santé mentale³, les problèmes d'adaptation sociale ayant été présentés avec ses déterminants à la section 5. Le soutien social et la satisfaction quant à la vie sociale sont aussi traités dans cette section. Également, rappelons que l'utilisation de services d'aide pour les personnes ayant songé à se suicider a été étudiée à la section 7 sur l'utilisation des services. La santé mentale des travailleurs en lien avec les maladies ou expositions en milieu de travail et les traumatismes non intentionnels liés au travail sont abordés dans la section 9 sur la santé physique. Ce choix est justifié par la volonté de regrouper, dans une même section, l'ensemble de l'information associée aux travailleurs.

Les hommes ont une meilleure perception de leur santé mentale que les femmes

Selon Gagnon[21], les hommes sont plus vulnérables que les femmes en présentant, par exemple, une plus grande proportion de symptômes liés à l'abus de substances et un plus grand risque de psychose et de troubles d'ordre cognitif[9].

³ Dans son *Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants*, le MSSS mentionne que la santé mentale et psychosociale « [...] englobe à la fois la santé mentale en tant que telle dans ses composantes positives (ex. : satisfaction à l'égard de la vie) et négatives (ex. : troubles mentaux, idées suicidaires), les problèmes d'adaptation sociale (ou fonctionnement social) – incluant les différentes formes de violence, de négligence et d'abus –, ainsi que l'intégration sociale et le développement de l'enfant » [103].

Hommes et femmes se distinguent aussi par les problèmes d'adaptation sociale associés aux troubles mentaux sévères, comme la précarité et l'itinérance[9]. Les hommes plus pauvres ont de surcroît une moins bonne santé mentale que ceux qui sont plus riches. Il en est de même pour ceux qui ont une scolarité inférieure en comparaison avec les plus instruits[9].

À l'instar de la perception de la santé physique, les hommes du Québec ont une meilleure perception de leur état de santé mentale que les Québécoises. Ainsi, 4 % des hommes ont une perception négative de leur santé mentale. L'échantillon de cette enquête ne semble pas suffisant pour permettre de préciser, avec un bon niveau de certitude, les résultats entre les hommes et les femmes en Chaudière-Appalaches, mais la même tendance semble se déceler.

Une plus faible proportion d'hommes vit un niveau élevé de détresse psychologique

La détresse psychologique est mesurée lors d'enquêtes populationnelles. L'échelle comporte six questions qui établissent à quelle fréquence les répondants se sont sentis nerveux, désespérés, agités ou incapables de tenir en place, si déprimés que plus rien ne pouvait les faire sourire, fatigués au point que tout était un effort ou encore, se sont sentis bons à rien[104].

En Chaudière-Appalaches, 19 % des hommes se classent avec un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Cette proportion est moins élevée que celle observée chez les femmes de la région et est comparable à celle des hommes du Québec (figure 35). Toutefois, il convient d'interpréter ces données avec précaution, puisque les hommes ont des difficultés à accepter leurs problèmes psychologiques et donc à les déclarer au cours des enquêtes populationnelles[21, 30].

Dans les pays riches, la dépression constitue un des problèmes de santé ayant le plus lourd fardeau social, juste après les maladies du cœur[105]. Selon l'OMS, elle touche environ 2 femmes pour 1 homme. Au Québec, 5,9 % des femmes et 3,3 % des hommes présentaient une dépression majeure en 2003. Les chercheurs affirment que la dépression est sous-diagnostiquée chez les hommes, car plusieurs d'entre eux n'expriment pas leur mal-être selon les critères de dépistage standards[106].

« Les hommes, selon les codes sociaux traditionnels, ne pleurent ni ne « craquent » en public, sous peine d'être taxés de faibles ou d'efféminés. Non seulement ils n'extériorisent pas leur mal-être par des larmes, mais beaucoup d'entre eux ne reconnaissent pas leur propre défaillance. Pour s'exprimer, la souffrance se transforme alors en symptômes physiologiques ou en perturbations du comportement. Ainsi, les hommes plus traditionnels auraient tendance à surinvestir leurs activités (travail, sports, sexualité) plutôt que de les restreindre et à s'« automédicamenter » par un usage accru d'alcool, de drogues, de cigarettes (s'ils sont fumeurs), de pornographie ou encore de jeu. »[107]

Figure 35 : Indicateurs – Santé mentale
Niveau élevé de détresse psychologique
Chaudière-Appalaches, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Ainsi donc, le rôle traditionnel masculin influence l'expression de la souffrance. Il incite les hommes à faire preuve d'autonomie dans la résolution de leurs problèmes, de réticence à exprimer leurs émotions, de volonté de réussir et d'agressivité, si nécessaire[108]. Les hommes fortement ancrés dans ce rôle ont une attitude de déni et de minimisation face aux problèmes. Dans les situations de crise comme les ruptures d'union, ils ont tendance à vivre repliés sur eux-mêmes et ils ne cherchent pas d'aide[21].

Une dépression peut être le signe d'un autre problème de santé, bien souvent méconnu. Il s'agit de l'andropause ou hypogonadisme masculin acquis. En termes biologiques, une diminution progressive de la testostérone et des androgènes est observée autour de 45 à 55 ans chez l'homme. Elle se manifeste par des modifications corporelles et psychologiques plus ou moins intenses selon les personnes[109]. L'homme vieillissant peut devenir plus irritable et présenter des symptômes dépressifs d'où l'importance d'être vigilant quant à ce phénomène.

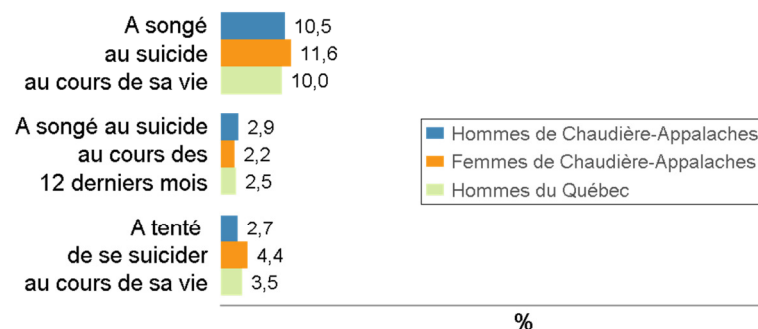
Les hommes s'enlèvent la vie en plus grand nombre

La réalité du suicide est examinée à travers l'idéation suicidaire, les tentatives de suicide et la mortalité par suicide. En Chaudière-Appalaches, 11 % des hommes affirment avoir songé au suicide au moins une fois au cours de leur vie. C'est sensiblement la même proportion que l'on retrouve chez les femmes de la région et chez les hommes du Québec. Sur une période de 12 mois, 3 % des hommes de la région ont songé au suicide. Encore là, la proportion est comparable à celles des femmes et des Québécois (figure 36).

La tentative de suicide présente des tendances similaires, mais demeure moins répandue que l'idéation suicidaire. En Chaudière-Appalaches, 3 % des hommes disent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur existence. Cette proportion est significativement moins élevée que celle rapportée chez les femmes, mais est comparable à celle des Québécois.

Le suicide constitue sans doute l'issue la plus dramatique de toutes les problématiques de santé et est l'une des principales causes de mortalité prématurées chez l'homme. Annuellement, environ 65 hommes, tous âges confondus, s'enlèvent la vie en Chaudière-Appalaches. Le taux de mortalité par suicide est 3,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes de la région (figure 37). Les hommes sont plus à risque de suicide complété, en raison des moyens létaux qu'ils utilisent[21, 30, 107, 110].

Figure 36 : Indicateurs – Santé mentale
Idéations suicidaires et tentatives de suicide
Chaudière-Appalaches, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

Le taux de suicide régional est supérieur à celui des Québécois. Cet écart, défavorable pour les hommes de la région comparativement aux Québécois, est observé dans tous les groupes d'âge étudiés, sauf pour les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans où aucune différence statistique n'est mesurée (voir fiches complémentaires).

Le Québec présente un des profils les moins reluisants par rapport au reste du Canada et sur la scène internationale[30]. Les taux québécois de mortalité par suicide ont augmenté de façon importante entre 1990 et 1999. Heureusement, depuis 2000, ces taux connaissent une baisse plus ou moins marquée selon le groupe d'âge[111]. Entre outre, les écarts selon le sexe relevés précédemment, l'importance du suicide est également plus prononcée en milieu rural, chez les personnes défavorisées et parmi la population locale (plutôt que chez les personnes immigrantes)[30].

Pourquoi le suicide est-il masculin?

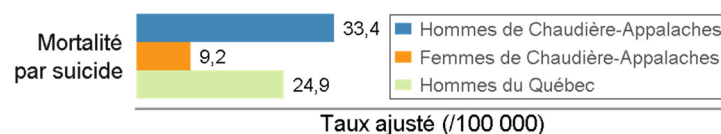
C'est un fait : plus d'hommes s'enlèvent la vie. Les chercheurs ont tenté d'y voir plus clair en proposant de multiples hypothèses. La réponse est probablement une combinaison de plusieurs facteurs, lesquels prédisposent au suicide, y contribuent ou déclenchent le passage à l'acte. D'une façon générale, ces différents facteurs sont détaillés dans le Rapport du directeur de santé publique sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches sur la problématique du suicide[110]. « Le stress, la mauvaise santé, le fait de vivre seul, un soutien social faible, des antécédents d'abus ou de violence familiale, des événements traumatisants ou des difficultés conjugales sont aussi des exemples de caractéristiques à risque chez les hommes »[112].

Pour certains hommes, le travail revêt une importance particulière. « Ainsi plusieurs hommes se basent sur leur travail pour évaluer leur valeur personnelle, alors si cette sphère de leur vie bascule, c'est tout leur univers qui s'effondre. »[112] Les hommes consomment aussi plus d'alcool et de drogues (voir section 6.3). L'alcool lève les inhibitions, abaisse les barrières psychologiques et fait émerger l'agressivité. Les personnes atteintes d'un trouble mental (dépression, troubles anxieux) ont aussi un risque de suicide plus élevé[110].

La présence d'une conjointe semble avoir un effet protecteur auprès des hommes. En effet, l'état matrimonial constitue une situation favorable à un bon état de santé physique et mentale[39]. Différentes études ont montré le lien entre la conjugalité et la santé physique et mentale[9]. Les idées suicidaires sérieuses sont moins répandues parmi les hommes en couple que ceux qui vivent seuls (2 % comparativement à 7 %)[110].

La rupture conjugale aurait un effet négatif sur la santé mentale des hommes. La rupture entraîne une réorganisation de la vie quotidienne, des ressources financières, des relations sociales, de la vie sexuelle, etc. Une nouvelle dynamique doit être aussi installée avec les enfants[16]. Ainsi, selon plusieurs auteurs, souvent les hommes qui se séparent doivent redéfinir leur identité et composer avec toute une gamme d'émotions auxquelles ils ne sont pas préparés[16]. En effet, bien que bon nombre d'hommes traversent l'expérience de la rupture, et les deuils qu'elle implique, sans heurt majeur, pour d'autres, elle demeure une

Figure 37 : Indicateurs – Santé mentale
Mortalité par suicide
Chaudière-Appalaches, 2003 à 2007



Source : MSSS, fichiers des décès et estimations et projections démographiques
Tiré de : INSPQ, Infocentre de santé publique

réalité le plus souvent éprouvante, qui peut être une source importante de détresse et devenir une expérience à risque sur le plan de la santé pour les hommes, notamment, sur le plan de la santé mentale[9].

Des préoccupations concernant le dévoilement s'ajoutent également pour la clientèle masculine. Les hommes n'aiment pas parler de leurs problèmes, ils ont donc moins tendance à demander de l'aide. De plus, le fait de parler de ses émotions et de ses sentiments relatifs au suicide est particulièrement générateur d'angoisses[21]. Ces différents facteurs, qui interagissent entre eux, rendent le phénomène du suicide parfois difficile à saisir et commandent l'adoption d'une stratégie globale[111].

Synthèse des problèmes ou préoccupations — Section 10 Santé mentale

Non spécifiques aux hommes

Hommes de la région comparés aux hommes du Québec

Hommes comparés aux femmes de la région

Hommes et femmes de la région comparés aux hommes et femmes du Québec

Hommes comparés aux femmes de la région et aux hommes du Québec (davantage prioritaires)

- Niveau élevé de détresse psychologique
- Idéations suicidaires (à vie et au cours des 12 derniers mois)
- Tentatives de suicide

- Décès par suicide

Vu l'importance de la problématique du suicide chez les hommes, il est important de mettre en œuvre des actions préventives sur tout le continuum de services : valoriser la demande d'aide, développer les habiletés sociales et l'estime de soi des garçons et des hommes, repérer les hommes en difficultés, offrir des services adaptés et sensibiliser les intervenants du réseau aux réalités masculines.

CONCLUSION

Voici donc, pour l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, le premier état de situation sur les réalités en matière de santé et de bien-être des hommes de la région dans le cadre de la mesure « Adaptation des services destinés à la clientèle masculine ».

Ce document intitulé : *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches — Analyse régionale de leur santé et bien-être* aborde les problèmes de santé et de bien-être et différents facteurs les influençant. Les données suggèrent que plusieurs des principaux indicateurs de santé et bien-être des hommes sont défavorables, les hommes étant surreprésentés. Quelques aspects sont malheureusement probants pour les hommes de Chaudière-Appalaches : davantage de problèmes de santé fonctionnelle, une plus grande propension à une grande consommation d'alcool que la moyenne québécoise et de fortes expositions à risque dans leur milieu de travail.

Mais surtout, les hommes de Chaudière-Appalaches ne diffèrent pas des Québécois en ce sens qu'ils ont de moins bonnes habitudes de vie que les femmes et un moins bon état de santé. Plus de dossiers, en moyenne, sont ouverts à la Direction de la protection de la jeunesse, surtout pour un trouble du comportement. La satisfaction des hommes face à leur vie sociale, leur soutien social, leur sentiment d'appartenance sont moins élevés. Le taux de décès de traumatismes non intentionnels est plus élevé, de même que celui de suicide. En général, le taux de mortalité est plus élevé de même que pour les principales causes de décès que sont les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire. Le diabète les touche davantage que les femmes ainsi que les cancers du poumon et colorectal. Également, on y apprend que les hommes sont 1,8 fois plus souvent hospitalisés que les femmes, ce qui correspond à leur plus haut taux de traumatismes et qui suggère aussi que les hommes consultent plus tardivement que les femmes alors que la situation s'avère plus détériorée. Les infections gonococciques, à syphilis et les hépatites sont aussi plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Comparativement à ailleurs au Québec, les hommes de Chaudière-Appalaches se retrouvent davantage au travail, dans des emplois manufacturiers, mais ils reçoivent des salaires en moyenne plus bas que la moyenne québécoise. D'autre part, le taux de décrochage scolaire des garçons, quoique toujours nettement supérieur à celui des filles, est un peu plus bas que celui du Québec.

Ce rapport procure des indications très éclairantes pour accentuer les actions de promotion de la santé et de prévention à mettre en place pour améliorer la santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches. Citons l'adoption de saines habitudes de vie, la valorisation de la demande d'aide, le développement des habiletés sociales et de l'estime de soi, le repérage des hommes en difficulté, la modification des services pour les rendre plus adaptés aux hommes, comme aux femmes, et la sensibilisation des intervenants du réseau aux réalités masculines.

Il démontre toute la nécessité de prioriser la santé et le bien-être des hommes dans les plans d'action régionaux et nationaux. En établissant des priorités, par des données sur l'état de santé et de bien-être ainsi que ses déterminants, il permet d'aider les gestionnaires et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la région à identifier des cibles d'actions préventives et des services à mettre en place qui sont adaptés à la région.

RÉFÉRENCES

- 1 Rondeau, Gilles, et autres. 2004. *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. s.l. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 41 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-911-01rap.pdf>
- 2 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2012. *La santé et ses déterminants Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 24 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>
- 3 Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut de la statistique du Québec. 2006. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Québec, Gouvernement du Québec, 659 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/545-PortraitSante2006_Statistiques.pdf
- 4 Chiang, C. L. 1961. « Standard error of the age-adjusted death rate », *Vital statistics special reports*. vol. 9, no 47, p. 279-281.
- 5 Institut de la statistique du Québec. 2009. *Projections de la population du Québec, selon le territoire de RLS, le sexe et certains groupes d'âge, au 1 juillet, 2006 à 2031* (diffusion par le MSSS, 2010). Québec, Institut de la statistique du Québec, s.p.
- 6 Foot, David K. 1999. *Entre le boom et l'écho 2000 Comment mettre à profit la réalité démographique à l'aube du prochain millénaire*. Cap-Saint-Ignace, Les Éditions du Boréal, 387 p. (Collection Infopresse).
- 7 Institut national de santé publique du Québec. *Santéscope*. [En ligne] <http://www.inspq.qc.ca/santescope/>, (Consulté en septembre 2012).
- 8 Pampalon, R., D. Hamel et G. Raymond. 2004. *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec mise à jour 2001*. Québec, Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/295-IndiceDefavorisation_2001.pdf
- 9 Tremblay, G., F. Fonséca et R. Lapointe-Goupil. 2003. *Portrait des besoins des hommes en matière de santé et de services sociaux au Québec*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Cahiers du CRI-VIFF, 68 p.
- 10 Unicef. s.d. *Petite Enfance Socialisation des garçons et des filles dès leur plus jeune âge*. [En ligne] http://www.unicef.org/french/earlychildhood/index_40749.html, (Consulté en septembre 2012).
- 11 Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut de la statistique du Québec. 2006. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Québec, Gouvernement du Québec, 131 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf

- 12 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2011. *Pour guider l'action Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux 351 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/798a77764a59952185257958004f2a48>
- 13 Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut de la statistique du Québec. 2006. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Québec, Gouvernement du Québec, p. 24. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf
- 14 Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut de la statistique du Québec. 2006. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Québec, Gouvernement du Québec, p. 67. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf
- 15 Emploi et Solidarité sociale. s.d. *Régime québécois d'assurance parentale*. [En ligne] www.rgap.gouv.qc.ca, (Consulté en septembre 2012).
- 16 Deslauriers, Jean-Martin, et autres. 2010. *Regards sur les hommes et les masculinités Comprendre et intervenir*. Québec, Presses de l'Université Laval, 410 p.
- 17 Organisation mondiale de la santé. 2007. « Fatherhood and Health outcomes » dans *Europe*. Danemark, WHO Regional Office for Europe, 30 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf
- 18 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2008. *Politique de périnatalité 2008-2018 Un projet porteur de vie*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 164 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>
- 19 Paquette D. et M. Bigras. 2010. « The risky situation : a procedure for assessing the father child activation relationship », *Early Child Development and Care*, vol, 1, no 180, p. 31-38.
- 20 Courtenay, W.H. 2000. « Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men : Evidence and implications for prevention », *The Journal of Men's Study*, vol. 9, no 1, p. 81-142. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.postpartummen.com/pdfs/BEHV-JMS.pdf>
- 21 Gagnon, L. 2004. *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 49 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-911-01rap.pdf>
- 22 Organisation mondiale de la santé. 2002. « Chapitre 3 : La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs » dans *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, p. 65. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introdf.pdf

- 23 Pollak, S. 2005. « L'impact de la maltraitance sur le développement psychosocial des jeunes enfants » dans *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, p. 1-7. Aussi accessible à l'adresse : <http://www.enfant-encyclopedie.com/pagesPPDF/PollakFRxp.pdf>.
- 24 World Health Organization et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 2006. *Preventing Child Maltreatment; a guide to taking action and generating evidence*. Genève, World Health Organization, 90 p.
- 25 Ministère de la Famille et des Aînés. 2010. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Famille et des Aînés, 84 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Plan_action_maltraitance.pdf
- 26 Ministère de la Famille et des Aînés. 2010. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Famille et des Aînés, p. 24 Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Plan_action_maltraitance.pdfP
- 27 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2012. *La santé et ses déterminants Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 8 Disponible également par Internet à l'adresse : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/LienParId/18AD57EAF514ABBE852579D70064C864?opendocument>
- 28 Lachance, B., M. Pageau et S. Roy. 2006. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 Investir pour l'avenir*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 50 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf>
- 29 Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut de la statistique du Québec. 2006. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Québec, Gouvernement du Québec, p. 33. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf
- 30 Lefebvre, Chantal. 2004. *Un portrait de la santé des hommes québécois de 30 à 64 ans*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 20 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=285>
- 31 Kino-Québec. 2011. *L'activité physique, le sport et les jeunes Savoir et agir Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*. Québec, Gouvernement du Québec, 112 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.kino-quebec.qc.ca>
- 32 Kino-Québec. 2004. *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*. Québec, Gouvernement du Québec, 31 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.kino-quebec.qc.ca/comite.asp>

- 33 Kino-Québec. 1999. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*. Québec, Gouvernement du Québec, 27 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.kino-quebec.qc.ca/comite.asp>
- 34 Dion, Harold C. 2010. *La santé au masculin Pourquoi les hommes entretiennent mieux leur char que leur corps?* Montréal, Les Éditions La Presse, Ministère de la Santé et des Services sociaux 127 p.
- 35 Gouvernement du Québec. s.d. *0-5-30 Combinaison prévention*. [En ligne] www.0-5-30.com, (Consulté en septembre 2012)
- 36 Deslauriers, Jean-Martin, et autres. 2010. *Regards sur les hommes et les masculinités Comprendre et intervenir*. Québec, Presses de l'Université Laval, p. 316.
- 37 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2006. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux 53 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/947e4c5373fbb3e785257179005b2104?OpenDocument>
- 38 Organisation mondiale de la santé. 2006. *First Conference of the Parties to the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (Données présentées à Genève du 6 au 17 février 2006)*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2 p.
- 39 Tremblay, Gilles, et autres. 2005. *La santé des hommes au Québec*. Sainte-Foy, Les Publications du Québec, p. 91
- 40 April, Nicole, et autres. 2010. *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*. Québec, Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, p. 6. (Collection Politiques publiques et santé). Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087_AlcoolEtSantePublique.pdf
- 41 April, Nicole, et autres. 2010. *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*. Québec, Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 100 p. (Collection Politiques publiques et santé). Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087_AlcoolEtSantePublique.pdf
- 42 Organisation mondiale de la santé. 2002. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, 14 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.who.int/whr/2002/Overview_F.pdf
- 43 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec L'Épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux p. 27. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>
- 44 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec L'Épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux 73 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>

- 45 Kairouz, S, et L. Nadeau, 2011. *Enquête ENHJEU Québec, Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal, Université Concordia, p.10 Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.concordia.ca/now/media-relations/docs/Rapport_detape_ENHJEU-QUEBEC-9-novembre-2010.pdf
- 46 Kairouz, S, et L. Nadeau 2011. *Enquête ENHJEU Québec, Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal, Université Concordia, 48 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.concordia.ca/now/media-relations/docs/Rapport_detape_ENHJEU-QUEBEC-9-novembre-2010.pdf
- 47 Ministère de la Santé et des Services sociaux. s.d. *Dépendances*. [En ligne] http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?jeu_pathologique, (Consulté en septembre 2012).
- 48 Kairouz, S, et L. Nadeau 2011. *Enquête ENHJEU Québec, Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal, Université Concordia, p. 11. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.concordia.ca/now/media-relations/docs/Rapport_detape_ENHJEU-QUEBEC-9-novembre-2010.pdf
- 49 Ladouceur, R., C. Jacques, S. Chevalier et autres. 2004. *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*. Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec, 83 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/266-PrevalenceHabitudesJeu.pdf>
- 50 Organisation mondiale de la santé. 2003. *Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Disease Technical report series 916*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 149 p. http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf
- 51 Santé Canada. 1992. *Guide alimentaire pour manger sainement*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>
- 52 Santé Canada. s.d. *Aliments et nutrition Le nomogramme de l'indice de masse corporelle (IMC)*. [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_javagraph_imc_java-fra.php, (Consulté en septembre 2012).
- 53 Organisation mondiale de la Santé. s.d. *Centre des médias Aide-mémoire Santé bucco-dentaire no 318, avril 2012*. [En ligne] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/index.html>, (Consulté en septembre 2012).
- 54 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2006. *Le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux 66 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>
- 55 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec L'Épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 24 Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>
- 56 Crooks, Robert et Karla Baur. 2010. *Nos sexualités*, Montréal, Groupe Modulo, p. 134.

- 57 Crise. s.d. *Les suicides chez les hommes*. [En ligne] www.criseapplication.uquam.ca/theme2.asp (Consulté en septembre 2012).
- 58 Marois, Nicole. 2011. *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité, intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 203 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/evenements/1755_Flns.pdf
- 59 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec L'Épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 26. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>
- 60 Lalonde, Marc. 1974. *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*. Ottawa, Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 83 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-fra.pdf
- 61 Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. 1988. *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Publications du Québec, 803 p.
- 62 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants Résultat d'une réflexion commune*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux 35 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-02.pdf>
- 63 Deslauriers, Jean-Martin, et autres. 2010. *Regards sur les hommes et les masculinités Comprendre et intervenir*. Québec, Presses de l'Université Laval, p. 315-316.
- 64 Deslauriers, Jean-Martin, et autres. 2010. *Regards sur les hommes et les masculinités Comprendre et intervenir*. Québec, Presses de l'Université Laval, p. 318.
- 65 Tremblay, Gilles, et autres. 2005. *La santé des hommes au Québec*. Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 179 p.
- 66 QUÉBEC. 2012. Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q, chapitre S-4.2, article 1 à jour au 12 avril 2012. [Québec] Éditeur officiel du Québec, s.p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- 67 Rondeau, Gilles, et autres. 2004. *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. s.l. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 8.
- 68 Tremblay, Lucie, et autres. s.d. *L'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la Capitale-Nationale : Tout-petits, grands espoirs*. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 152 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.dspq.qc.ca/publications/RapportComplet05ans.pdf>

- 69 Organisation mondiale de la santé. s.d. *Thème de santé Maladies chroniques*. [En ligne] http://who.int/topics/chronic_diseases/fr/, (Consulté en septembre 2012).
- 70 Organisation mondiale de la santé. s.d. *Le cancer*. [En ligne] www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/print.html, (Consulté en septembre 2012).
- 71 Société canadienne du cancer, et autres. 2005. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2005*. Toronto, 118 p. Disponible également par Internet à l'adresse : www.cancer.ca/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/Canadian%20Cancer%20Statistics%202005%20-%20FR%20-%20PDF_399036039.ashx.
- 72 Bourassa, A., F. Léveillé et L. Tremblay. 2010. *Le recueil statistique du Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble*. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 297 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://agencesss12.rfq.qc.ca/fileadmin/documents/cancer/documents/Recueil_statistique_cancer.pdf
- 73 Drolet, M.-J. et L. Tremblay. 2010. *Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer. Prévenir les cancers tous ensemble*. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, s.p.[En ligne] <http://agencesss12.gouv.qc.ca/rapportDSPcancer>, (Consulté en septembre 2012)
- 74 Société canadienne du cancer, et autres. 2007. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*. Toronto, 120 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.cancer.ca/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/2007%20Canadian%20Cancer%20Statistics%20%20PDF%20French_1816216953.ashx
- 75 Santé Canada. 2003. *Relever le défi posé par le diabète au Canada, premier rapport du système national de surveillance du diabète (SNSD)*. 119 p.
- 76 Agence de santé publique du Canada, et autres. 2006. *Bulletin santé du Réseau canadien de la santé*. Santé Canada. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.canadian-health-network.ca>
- 77 Organisation mondiale de la santé. 2002. *Rapport sur la santé en Europe 2002, Deuxième partie Les grands déterminants de la santé*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 156 p.
- 78 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2011. *La rhinite allergique au Québec*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p.6. (Collection Des données à l'action). Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-03W.pdf>
- 79 Pan American Health Organisation. s.d. *Gender Mainstreaming in Health : A Pratical Guide*. s.l. p. 26. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualENweb.pdf>
- 80 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux 133 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f83b3d7956d513758525743c0068adff?OpenDocument>

- 81 Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut de la statistique du Québec. 2006. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Québec, Gouvernement du Québec, p.99. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf
- 82 Emploi-Québec région de la Chaudière-Appalaches. 2010. *Plan d'action régional 2008-2011 Mise à jour 2010-201*. Québec, p. 6-7. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://emploiquebec.net/regions/chaudiere-appalaches/publications.asp?categorie=1018101>
- 83 Michel, C., R. Arcand, et autres. 2012. *Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998-2007 TMS SOUS SURVEILLANCE*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, p. 5. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1156_TMS1998-2007SousSurveillance.pdf
- 84 Godi, M.-J. et J. Lambert. 2011. *TMS sous surveillance : Faits saillants*. Affiche. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, s.p.
- 85 Michel, C., R. Arcand et autres. 2010. *Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998-2007 TMS SOUS SURVEILLANCE*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 39 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1156_TMS1998-2007SousSurveillance.pdf
- 86 de Wolff, Alice. 2007. *Employment Insecurity and Health. Literature review*. Wellesley Institute and National Coordinating Council on Determinants of Health, 42 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://acidedewolff.ca/precariousemploymentandhealth.htm>
- 87 Roy, L. et F. Léveillé. 2009. *Les traumatismes non intentionnels en Chaudière-Appalaches : Bilan statistique des mortalités, et des hospitalisations*. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 89 p. Disponible également à l'adresse : <http://www.agencecss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/RAPPORTDIFFUSE.pdf>
- 88 Beaulne, G. 1991. *Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*. Québec, Les publications du Québec, 372 p.
- 89 Société de l'assurance automobile du Québec. s.d. *La fatigue au volant*. Québec, Société de l'assurance automobile du Québec, s.p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://saaq.gouv.qc.ca/publications/prevention/fatigue_volant.pdf
- 90 MTQ. s.d. *Table québécoise de la sécurité routière*. Accueil. [En ligne] www.securite-routiere.qc.ca (Consulté en février 2013).
- 91 Scott, V., M. Pearce et C. Pengelly. 2005. *Rapport technique : Les blessures résultats de chutes des Canadiens âgés de 65 ans et plus*. Ottawa, Agence de santé publique, 16 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.phac-aspc.qc.ca/seniors-aines/publications/pro/injury-blessure/falls-chutes/tech/injury-blessures-fra.php>
- 92 Groupe de travail provincial en prévention des chutes. 2004. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 34 p.

- 93 Bégin, C., V. Boudreault et D. Sergerie, D. 2007. *Guide d'implantation IMP*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 682 p.
- 94 Trickey et autres. 2002. *Programme intégré d'équilibre dynamique, Guide d'animation*. Montréal, Direction de santé publique de Montréal, pagination multiple.
- 95 Agence de santé publique du Canada. 1997. *Pour la sécurité des jeunes Canadiens*. Santé Canada, p. 141-149. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fscyy-psjc/toc-fra.php>
- 96 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2011. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2010 (et projections 2011)*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 80 p. (Collection Des données à l'action). Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-329-01W.pdf>
- 97 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec L'Épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 22. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf p.22>
- 98 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec L'Épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 15. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf p.15>
- 99 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2011. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2010 (et projections 2011)*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 56. (Collection Des données à l'action). Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-329-01W.pdf>
- 100 Agence de santé publique du Canada. 2009. *Rapport sur la surveillance canadienne intégrée*. Santé Canada, s.p.
- 101 Organisation mondiale de la santé. 2001. *Centre des médias Aide-mémoire. Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale no 220, septembre 2010*. [En ligne] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (Consulté en septembre 2012)
- 102 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1989. *Politique de santé mentale*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 62 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?documentation
- 103 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants Résultat d'une réflexion commune*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p.15. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-02.pdf>
- 104 Institut national de santé publique du Québec. *Infocentre national de santé publique. Portail*. [En ligne] portail avec accès limité, (Consulté en septembre 2012).

- 105 Murray, C.L. et A.D. Lopez. 1996. « The Global Burden of Disease and Injury Series, volume 1 » dans *A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge, Harvard School of Public Health pour l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale, Harvard University, 990 p.
- 106 Roy, P. et G. Tremblay. 2009. *Recension des écrits sur les critères de dépistage de la dépression chez les hommes*. CRI VIFF, Fiche synthèse – connaissances. No 4, 2 p.
- 107 Tremblay, G. et autres. 2007. *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. CRI VIFF, (Collection études et analyses). no 36, p. 4.
- 108 Marchand B. et P. Dupuis. 2011. « Du masculin singulier au masculin pluriel », *Mammoth magazine*. Centre d'études sur le stress humain, no 11, p. 9-10.
- 109 Fortin, Y. 2010. « Hypogonadisme masculin acquis Une réalité simple et valorisante pour le médecin », *Le médecin du Québec*, vol. 45, no 3, p. 27-32.
- 110 St-Hilaire, É., L. Paré et L. Roy. 2006. *Rapport du directeur de santé publique sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches La problématique du SUICIDE*. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 51 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/RapportDSPnet.pdf>
- 111 Gagné, M. et St-Laurent, D. 2008. « Évolution du suicide au Québec ». *Frontières*, vol. 21, no 1, p. 44-52. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://id.erudit.org/iderudit/037873ar>
- 112 St-Hilaire, É., L. Paré et L. Roy. 2006. *Rapport du directeur de santé publique sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches La problématique du SUICIDE*. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, p. 14. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/RapportDSPnet.pdf>
- 113 Larose, L., J. Samson, P. Deshaies et A. Bourassa. 2006. *Plan régional de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches, 2006*. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 123 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://santecom.inilibro.net/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=17831&shelfbrowse_itemnumber=34406
- 114 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2005. *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, pagination multiple.
- 115 Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Groupe de travail des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique. 2011. *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*. Québec, Gouvernement du Québec, 115 p.

ANNEXES MÉTHODOLOGIQUES

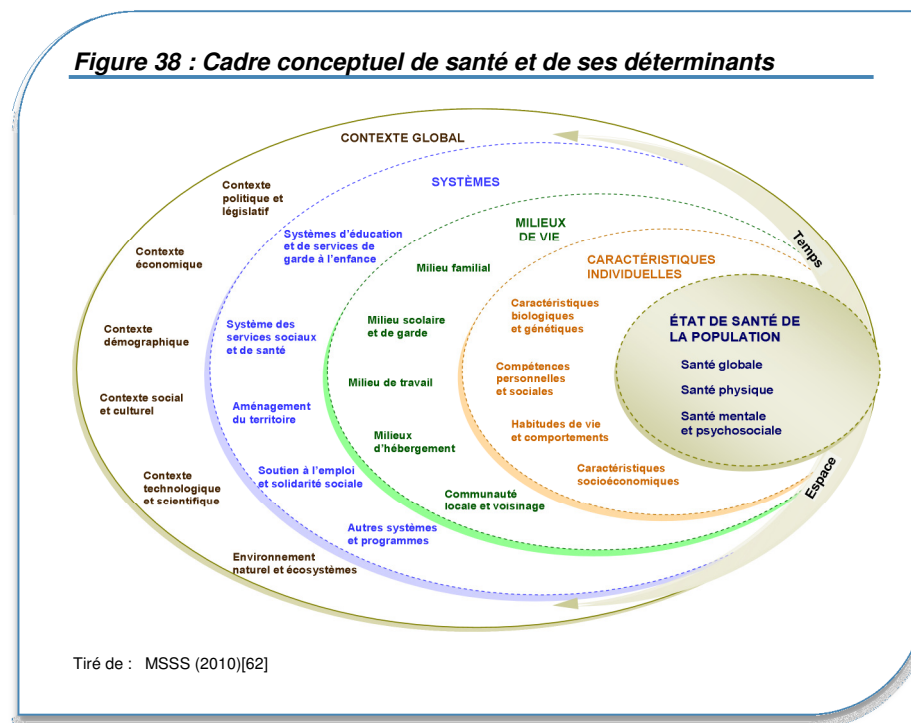
Afin de bien saisir la portée des données présentées dans le document *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches — Analyse régionale de leur santé et bien-être*, il importe d'avoir un aperçu du cadre ayant influencé le choix des indicateurs de santé et de bien-être ainsi qu'aux modalités de collecte de l'information. De plus, dans cette section, les principaux termes sont définis, et sont expliquées les différentes particularités méthodologiques concernant l'interprétation des données

Cadre conceptuel de santé

Au Québec, les acteurs nationaux et régionaux en surveillance et en santé publique ont reconnu, récemment, la nécessité de se doter d'un cadre conceptuel québécois de la santé comme outil de référence commun. Par ce cadre conceptuel, la santé de la population y est présentée selon la santé globale, physique ainsi que mentale et psychosociale. Elle est influencée par plusieurs facteurs, agissant à différentes échelles, et associés aux caractéristiques des individus, aux milieux de vie, aux institutions et aux systèmes gouvernementaux de même qu'au contexte plus global. Le lecteur souhaitant en savoir davantage sur ce cadre de référence est invité à consulter le document *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultats d'une réflexion commune*[62]. Ce cadre conceptuel permet de saisir l'ampleur des champs à couvrir pour connaître l'état de santé de la population et ses déterminants.

À l'image du *cadre conceptuel*, le document *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches — Analyse régionale de leur santé et bien-être* s'attarde à la santé globale, physique, mentale et psychosociale ainsi qu'à certains de ses déterminants. Il s'en inspire, mais est restreint par la disponibilité et l'accessibilité de l'information, qu'elle soit provinciale, régionale ou territoriale. Toutes les catégories des différents champs de déterminants (le contexte global, les systèmes, les milieux de vie et les caractéristiques individuelles) ne peuvent être mesurées actuellement de façon fiable et valide. De plus, contrairement au cadre conceptuel qui présente les champs de déterminants en interrelations les uns avec les autres, le présent document exprime les indicateurs individuellement et ne met pas en lien les différents indicateurs entre eux, par exemple par des liens de causalité. Il limite ainsi les explications associées aux problématiques observées régionalement ou localement et ne met pas en évidence les facteurs confondants pouvant les influencer. Comme il est impossible de mettre en relation les indicateurs entre eux à partir des banques de données utilisées, un effort particulier a été porté à la revue de la littérature pour tenter d'apporter certaines explications. Pour certains

Figure 38 : Cadre conceptuel de santé et de ses déterminants



problèmes de santé, les liens avec leurs déterminants sont mieux connus, alors que pour d'autres problèmes ou d'autres déterminants, des recherches sont à faire pour quantifier ou qualifier la relation. Toutefois, l'objectif de ce document n'est pas de dresser une revue de littérature exhaustive pour chaque déterminant ou problème de santé. Les données ainsi présentées pourront contribuer, toutefois, à ce que les utilisateurs y développent une meilleure compréhension des déterminants de santé, de leurs effets et de leurs interactions.

En plus du *cadre conceptuel*, l'ensemble des travaux sont basés sur les indicateurs catégorisés et définis dans le *Plan régional de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches*[113] délimitant la surveillance de l'état de santé de la population dans la région. Ce plan est inspiré du *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*[114].

Présentation de la démarche

Au printemps 2011, une dizaine de rencontres ont été réalisées dans la région auprès des représentants des cinq CSSS qui interviennent en lien avec la santé et le bien-être des hommes ainsi qu'auprès d'organismes communautaires dédiés spécifiquement à la clientèle masculine. Ces rencontres avaient comme objectif principal de recueillir l'information sur les services et les mécanismes de concertation. Ces différentes rencontres ont eu lieu auprès d'équipes ou de comités de la direction de santé publique et de l'évaluation de l'ASSSCA. Lors de ces différentes rencontres, en plus de décrire la démarche régionale dans son ensemble, une ébauche de fiche générale était présentée dans l'optique de rassembler les commentaires sur la fiche elle-même et d'entendre les perceptions des problématiques que les hommes du territoire vivent. Ces propos ont permis d'ajuster les différentes productions – la présente analyse ainsi que les fiches – et d'apporter une certaine forme de validation du contenu de la présente analyse.

Le choix des indicateurs

Différents critères ont guidé le choix des indicateurs. Le plan régional de surveillance et du Plan commun de surveillance dont les indicateurs ont une certaine notoriété scientifique quant à leur reconnaissance et leur utilisation, ont permis une certaine sélection. De plus, le choix des indicateurs repose sur une recension des portraits de santé des hommes (et même de portraits de santé générale) réalisés dans les différentes régions au Québec au cours des dernières années. Cette recension a été possible grâce à la collaboration des membres de la Table de concertation nationale en surveillance (TCNS). L'ampleur et la gravité d'un problème ainsi que la pertinence pour l'action ont aussi été tenus en compte, tout en considérant l'importance d'avoir une vision d'ensemble de la santé et ses déterminants. Enfin, une attention particulière dans la sélection a été portée sur ce qui semble reconnu comme des « particularités régionales » (ex. : suicide, traumatismes non intentionnels, etc.), d'ailleurs confirmées par les acteurs rencontrés.

Le calcul des indicateurs

Chaque indicateur a sa manière propre d'être calculé, avec ses forces et ses limites méthodologiques. L'information quant à la définition de chaque indicateur, son numérateur et son dénominateur ainsi que la source et l'année utilisées sont précisées dans un référentiel. De plus, la plupart des indicateurs présentés ont été extraits de l'Infocentre national de santé publique au cours de l'été et l'automne 2011. Leur méthode de calcul détaillée et différentes informations sur leurs sources sont décrites dans les fiches sources de l'Infocentre ainsi que le *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance* à l'Infocentre de santé publique[115]. Pour faciliter la compréhension, dans les différentes fiches (fiche générale et fiches complémentaires), le nom de l'indicateur mentionne toujours s'il s'agit d'une proportion ou d'un taux et, dans le cas d'un taux, s'il est brut ou standardisé et s'il se rapporte à 1 000 de population, 10 000, 100 000. Également, l'année de la collecte est également inscrite.



HOMMES À TOUT ÂGE

ANALYSE DE LEURS SERVICES

Ce bref portrait présente des informations particulières sur la concertation et sur les besoins qui sont dédiés aux hommes de tout âge. Il résulte des consultations réalisées dans le cadre de la démarche portant sur *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches*. Ce texte est divisé en quatre sections spécifiques :

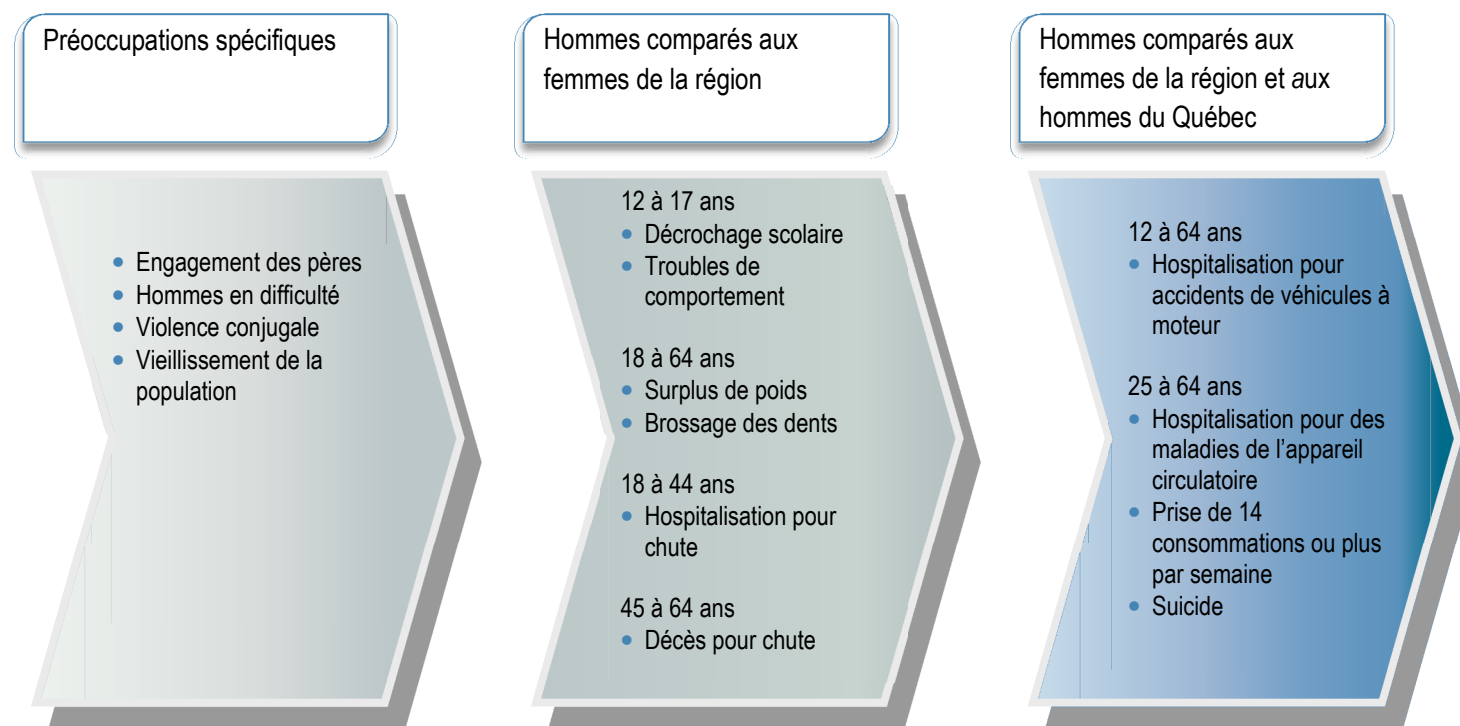
- Synthèse des préoccupations ou problèmes;
- Situation régionale en regard de certains services;
- Opinions d'experts externes;
- Recommandations.

La consultation portait aussi sur les services et le partenariat dans le domaine de la santé et le bien-être des hommes dans la région. Ces résultats sont présentés par groupe d'âge et se retrouvent dans les sections portant sur les garçons âgés de moins de 18 ans, sur les hommes âgés de 18 à 64 ans et sur les hommes âgés de 65 ans et plus.

Les partenaires qui ont participé à la consultation régionale sont les cinq CSSS de Chaudière-Appalaches et les organismes D'Hommes à Hommes, Entraide au Masculin Côte-Sud, Ex-Equo et Partage au masculin. Le centre Domrémy des Appalaches a aussi participé compte tenu de la forte proportion de sa clientèle qui est masculine.

Synthèse des préoccupations ou problèmes

Ces préoccupations de santé et de bien-être sont tirées de la section *Analyse régionale de leur santé et bien-être*. Les problèmes de santé et de bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches ne diffèrent pas de ceux des Québécois. Cela dit, il convient de revenir sur certaines problématiques.



Les traumatismes non intentionnels liés aux accidents de véhicules à moteur touchent les hommes âgés de 12 à 64 ans. Le taux d'hospitalisation pour les chutes est plus élevé chez les hommes de 18 à 44 ans que chez les femmes.



Comme le rapporte le Rapport du directeur de santé publique sur la problématique du suicide, « 4 suicides sur 5 sont commis par des hommes »[1]. Ainsi, Chaudière-Appalaches se retrouve parmi les régions du Québec avec un haut taux de mortalité par suicide.

Les problèmes de santé reliés aux habitudes de vie, comme le surplus de poids et les maladies de l'appareil circulatoire, sont plus fréquents chez les hommes de la région.

Les problématiques comme le décrochage scolaire et les troubles de comportement affectent particulièrement les garçons.

Enfin, d'autres préoccupations attirent l'attention. L'engagement des pères au sein de la famille, la violence conjugale, les hommes en difficulté et le vieillissement est attendu de la population masculine.

Situation régionale en regard des besoins et de la concertation

La consultation effectuée au printemps 2011 a permis de recueillir beaucoup d'informations pertinentes sur la santé et le bien-être des hommes. Cependant, les principaux intéressés, les hommes eux-mêmes, n'ont pas été consultés. Ces travaux sont donc incomplets. Les informations présentées ci-dessous concernent les besoins et la concertation. Certains constats sont soulignés pour les deux thèmes.

Les données de cette section découlent d'une consultation réalisée auprès des représentants de dix organismes communautaires et de CSSS. Elles sont intégrées de façon non nominative, de façon à conserver la confidentialité des individus et organismes concernés.

Les besoins

Des partenaires

- Nécessité de travailler en amont des problèmes;
- Besoin d'élaborer un continuum de soins et de services;
- Besoins de formation;
- Campagne sociétale sur la demande d'aide.

De leur clientèle

- Services adaptés à certaines conditions de vie.

Lors des entrevues, plusieurs représentants des CSSS et des organismes communautaires ont identifié la nécessité de travailler en amont sur les principaux déterminants de la santé et de bien-être, afin de prévenir une multitude de problèmes. Certains CSSS souhaitent un continuum de services par clientèle en tenant compte des meilleures pratiques. Beaucoup croient qu'une campagne de valorisation, de la demande d'aide qui viserait les hommes, est essentielle.

Des besoins en formation du personnel ont été exprimés. Qu'ils proviennent des CSSS ou des organismes communautaires, tous les nouveaux intervenants devraient avoir accès à une formation sur les réalités masculines et les hommes en détresse. De plus, les organismes communautaires, œuvrant auprès des hommes aux prises avec un comportement violent, sont préoccupés par le repérage ainsi que la référence de la clientèle par les CSSS.

Certains groupes auraient besoin de soins et de services plus adaptés à leur condition de santé et de bien-être. Il s'agit des hommes présentant une ou plusieurs caractéristiques suivantes : perte d'emploi, sans diplomation, veufs, aînés, hommes hétérosexuels ou homosexuels violentés ou agressés, jeunes victimes d'homophobie ou d'intimidation, traumatisés cranio-cérébral, récidivistes de l'alcool au volant, cybercriminels, etc.

La concertation

Locale (RLS)

- Création d'une nouvelle structure ou élargissement du mandat d'une structure existante.

Régionale

- Création d'un comité *ad hoc* composé des représentants des cinq CSSS;
- Analyse des travaux de l'ASSSCA.

Les dix représentants ont été questionnés sur leurs besoins de concertation locale et régionale. Au niveau des RLS, chaque CSSS possède sa propre structure organisationnelle, notamment les tables locales en santé mentale et dépendances, composées des intervenants du réseau. La plupart des représentants des CSSS ont exprimé le besoin d'échanger et de se concerter localement avec leurs partenaires sur la condition masculine à partir d'une nouvelle structure ou d'une structure déjà existante, étant donné que les mêmes personnes sont souvent interpellées pour participer à différents comités. Un CSSS n'avait aucun besoin d'échange à ce niveau.



Concernant la concertation régionale, les entrevues ont permis de recueillir l'opinion des CSSS et des organismes communautaires sur cette question. Tous souhaitent la création d'une structure régionale sur la santé et le bien-être des hommes.

Cependant, les CSSS ont proposé de créer un comité *ad hoc* formé par leurs représentants afin d'examiner plus attentivement la section *Analyse régionale de leur santé et bien-être* ainsi que les autres travaux de l'ASSSCA. Les besoins d'une table de concertation régionale seront revus à la lumière de cet examen.

Opinions d'experts externes

Au niveau de la formation, tous les professionnels devraient être conscientisés à l'intervention auprès des clientèles masculines, particulièrement auprès des hommes en difficulté[2].

Depuis la réforme, les CSSS et leurs partenaires du RLS partagent collectivement une responsabilité à l'endroit de la population du territoire local. Ensemble, ils doivent rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible et renforcer l'action sur les déterminants de la santé[3].

En tenant compte de l'exercice de cette responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services, les CSSS coordonnent les services du RLS et animent les collaborations intersectorielles. Selon ces principes, les CSSS doivent mobiliser les énergies de leurs partenaires au sein des RLS pour atteindre les objectifs communs. Ils devront s'appropriier l'ensemble des travaux réalisés par l'ASSSCA sur la santé et le bien-être des hommes. Ils pourront également choisir leurs principaux partenaires et développer une offre de service intégré par clientèle en se basant sur les continuums de soins et de services proposés.

Pour réaliser ce mandat, le partenariat est un outil essentiel. Le leader doit guider en laissant « aux autres la place nécessaire pour faire valoir leur position »[4]. Chacun doit pouvoir apporter l'information qu'il détient. Dans le partenariat, les acteurs doivent reconnaître les atouts des autres partenaires, respecter les structures et l'autonomie des autres[3]. L'enjeu majeur se situe au niveau du partenariat. Celui-ci demeure un défi continuuel entre les différents acteurs pour assurer une offre de qualité au sein du RLS.

Recommandations

Pour les besoins et la concertation au niveau de la santé et le bien-être des hommes, les recommandations sont :

- Agir sur les déterminants de la santé;
- Offrir de la formation aux différents professionnels en envisageant, si possible, d'autres méthodes de formation afin de tenir compte des limites de la Loi 100;
- Regrouper les CSSS dans un comité *ad hoc* afin d'analyser les travaux;
- Faciliter l'appropriation des travaux par les CSSS afin qu'ils développent une offre de service intégré par clientèle en tenant compte des réalités masculines avec leurs partenaires;
- Soutenir les CSSS qui désirent échanger et se concerter localement avec leurs partenaires.

Références

1. St-Hilaire, É., L. Paré et L. Roy. 2006. *Rapport du directeur de santé publique sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches La problématique du SUICIDE*. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 51 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/RapportDSPnet.pdf>
2. Houle, J. 2005. *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide*. Montréal, Université du Québec à Montréal, 273 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://rvpaternite.org/fr/paternite/documents/these.pdf>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2011. *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 18 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-04W.pdf>
4. Bilodeau, A., S. Lapierre et Y. Marchand. 2003. *Le partenariat : comment ça marche?* Montréal, RRSSS de Montréal-Centre, 33 p.



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
À TOUT ÂGE – INDICATEURS

Déterminants

1. Conditions démographiques

Population (tous les âges) (2011) (nombre et % de l'ensemble de la population)	205 189	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Population (2011) (nombre et % des 0 à 5 ans parmi l'ensemble de la population)	13 913	6,8	ne	ne	6,6	6,7
Population (2011) (nombre et % des 6 à 11 ans parmi l'ensemble de la population)	12 460	6,1	ne	ne	5,9	6,1
Population (2011) (nombre et % des 12 à 17 ans parmi l'ensemble de la population)	13 844	6,7	ne	ne	6,5	6,9
Population (2011) (nombre et % des 18 à 24 ans parmi l'ensemble de la population)	17 923	8,7	ne	ne	8,2	9,2
Population (2011) (nombre et % des 25 à 44 ans parmi l'ensemble de la population)	52 723	25,7	ne	ne	23,8	27,5
Population (2011) (nombre et % des 45 à 64 ans parmi l'ensemble de la population)	63 855	31,1	ne	ne	30,8	29,6
Population (2011) (nombre et % des 65 à 74 ans parmi l'ensemble de la population)	18 709	9,1	ne	ne	9,5	8,4
Population (2011) (nombre et % des 75 ans et plus parmi l'ensemble de la population)	11 762	5,7	ne	ne	8,7	5,6
Naissances (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 de l'ensemble de la population)	2 192	11,0	■	ns	10,5	11,0
Accroissement de la population (tous les âges) (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 de l'ensemble de la population)	9 291	4,5	ne	ne	4,1	6,9
Indice de vieillesse (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 0 à 14 ans)	na	92,3	ne	ne	117,0	86,8
Indice de dépendance totale (2011) (% de la population des 0 à 14 ans et des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	44,8	ne	ne	50,8	43,0
Rapport de masculinité (tous les âges) (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes)	na	101,3	ne	ne	na	98,4

2. Conditions socioculturelles

Population vivant seule (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	21 100	13,3	ne	ne	14,2	14,8
Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans selon le sexe du parent (2006) (nombre et % des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans)	2 235	4,9	ne	ne	13,8	5,1
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 18 ans et plus)	153 910	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	40 670	26,4	ne	ne	18,9	28,3
Actuellement marié(e)	64 655	42,0	ne	ne	40,9	40,8
Partenaire en union libre	35 280	22,9	ne	ne	22,3	21,2
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	9 780	6,4	ne	ne	7,3	7,4
Veuf(ve) et non remarié(e)	3 530	2,3	ne	ne	10,5	2,4

3. Conditions socioéconomiques

Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 25 à 64 ans)	111 135	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	23 070	20,8	ne	ne	18,2	17,8
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	21 255	19,1	ne	ne	23,1	19,6
Post secondaires	52 150	46,9	ne	ne	44,5	42,2
Grade universitaire	14 660	13,2	ne	ne	14,3	20,4
Emploi (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	111 030	69,8	ne	ne	58,9	65,6
Chômage (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	5 725	4,9	ne	ne	4,0	7,4
Revenu moyen des particuliers (2005) (en \$) (15 ans et plus)	na	35 432	ne	ne	23 634	38 509
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % de l'ensemble de la population)	16 755	8,7	ne	ne	11,4	15,6
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	18 400	11,2	ns	ns	11,9	10,5
Population selon l'état de sécurité alimentaire du ménage (alimentation non précaire) ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	167 100	96,5	ns	ns	94,6	94,4
Population active occupée selon les trois principaux types d'industrie (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)						
Secteur manufacturier (fabrication)	32 525	36,6	ne	ne	16,1	21,6
Commerce	12 700	14,3	ne	ne	16,2	17,4
Secteur primaire	8 015	9,0	ne	ne	3,9	3,7

4. Environnement physique

Population de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison chaque jour ou presque chaque jour ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	16 700	* 12,2	ns	ns	* 11,7	12,4
Population de non-fumeurs vivant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	78 500	57,2	ns	ns	58,0	63,0

5. Environnement social et adaptation sociale

Population n'ayant pas un niveau élevé de soutien social ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	26 300	15,2	ns	ns	* 11,9	13,4
Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	26 700	15,4	ns	ns	17,3	11,8
Population prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	25 525	16,0	ne	ne	22,4	15,8
Population insatisfaite de sa vie sociale ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	8 200	5,0	ns	ns	5,3	6,0
Incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 0 à 17 ans)	204	4,9	ns	●	4,6	5,7
Négligence	112	2,7	ns	●	2,8	5,7
Troubles de comportement	75	1,8	■	ns	1,3	1,7
Abus physique	14	0,3	ns	ns	0,3	0,4
Abus sexuel	np	np	ns	ns	* 0,2	0,1
Abandon	< 5	* 0,1	ns	●	* 0,1	0,1
Cas évalués dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 0 à 17 ans)	765	18,2	ns	●	18,0	16,6
Négligence	433	10,3	ns	●	10,6	9,4
Troubles de comportement	208	4,9	■	●	3,3	3,9
Abus physique	89	2,1	■	●	1,6	2,4
Abus sexuel	31	0,7	■	ns	2,3	0,8
Abandon	22	* 0,1	ns	●	* 0,1	0,2

6. Habitudes de vie et comportements

Activité physique						
Population atteignant le niveau d'activité physique recommandé ¹ (2007-2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	49 900	31,6	ns	●	27,4	37,9
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Fumeurs (réguliers et occasionnels) ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	35 800	20,7	ns	●	22,0	26,5
Fumeurs réguliers selon l'âge d'initiation au tabagisme quotidien ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)						
Entre 5 et 14 ans	6 300	* 22,1	ns	ns	* 33,1	23,3
Entre 15 et 19 ans	16 000	55,3	ns	ns	55,2	56,7
20 ans et plus	6 500	* 22,6	ns	ns	np	19,9
Buveurs actuels ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	149 700	86,5	ns	ns	82,4	84,2
Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	43 200	24,9	■	ns	* 11,0	25,3
Population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine ¹ (2005) (nombre et % des 12 ans et plus)	26 400	15,4	■	●	np	11,5
Population ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	25 600	15,4	■	ns	7,4	17,2
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	82 300	49,9	■	ns	37,6	51,8
Alimentation et poids corporel						
Population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	94 200	54,4	■	ns	39,0	55,3
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	95 300	61,0	■	ns	38,8	62,4
Population présentant de l'obésité ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	23 100	14,8	ns	ns	12,4	17,1
Population se percevant avec un excès de poids ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	57 400	34,8	ns	ns	39,1	36,6
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	21 200	12,9	■	ns	7,5	13,3
Population n'ayant aucune dent naturelle ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	17 300	10,5	■	●	16,3	8,6
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	110 000	66,7	■	ns	87,2	69,3
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	30 600	20,7	■	●	36,3	24,6
Habitudes sexuelles						
Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)						
1 partenaire	123 000	89,7	ns	●	93,8	86,4
2 à 4 partenaires	11 400	8,3	ns	ns	* 5,3	10,7
5 partenaires et plus	2 800	* 2,1	ns	ns	np	2,9
7. Utilisation de services de santé						
Population ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	159 200	91,9	■	ns	97,4	89,6
Population ayant consulté un médecin de famille, pédiatre ou omnipraticien au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	113 900	65,8	■	ns	79,7	62,9
Population ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	96 100	55,5	ns	ns	61,4	56,6
Population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus parmi la population ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie)	8 800	41,0	■	ns	57,0	43,9
Population ayant consommé au moins trois médicaments différents au cours d'une période de deux jours ¹ (2003) (nombre et % des 12 ans et plus)	22 500	13,3	■	ns	30,5	15,5
Population ayant consommé un type de médicament donné (les principaux) au cours d'une période de deux jours ¹ (2003) (nombre et % des 12 ans et plus)						
Analgésiques (médicaments contre la douleur)	29 600	17,6	ns	ns	24,2	17,8
Médicaments pour la tension artérielle (pression sanguine)	18 100	* 10,7	ns	ns	15,4	12,5
Vitamines ou minéraux	35 700	21,2	■	ns	42,6	22,6
Médicaments contre le cholestérol	17 900	* 10,6	ns	ns	* 9,0	10,5
Population qui a consulté un professionnel de la santé pour tenter de perdre du poids ou de le maintenir au cours des six derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	5 100	* 3,1	■	ns	5,2	3,4
Appels pour intoxication au Centre antipoison du Québec (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	1 187	588,4	ns	ns	555,1	588,8
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	116 300	74,5	■	●	79,2	81,8

État de la santé et du bien-être	Chaudière-Appalaches				Le Québec	
	Hommes			Femmes	Hommes	
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes CA	hommes Québec	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
8. Santé globale						
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	14 100	8,5	ns	ns	10,3	9,9
Espérance de vie à la naissance (2003 à 2007) (nombre moyen en années)	na	78,2	■	●	83,6	77,8
Espérance de vie à la naissance sans incapacité (hors institution) (2006) (nombre en années)	na	68,3	ne	ne	70,7	66,4
Espérance de vie à 65 ans (2003 à 2007) (nombre moyen en années)	na	17,9	■	●	21,8	17,6
Espérance de vie à 65 ans sans incapacité (hors institution) (2006) (nombre en années)	na	11,5	ne	ne	12,0	10,7
Population ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ¹ (2005) (nombre et % des 12 ans et plus)	18 800	11,0	ns	ns	13,1	8,1
Population ayant des problèmes de santé fonctionnelle ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	29 200	16,9	ns	●	* 10,9	12,8
Population ayant souffert d'incapacité au cours d'une période de deux semaines ¹ (2005) (nombre et % des 12 ans et plus)	22 000	12,9	ns	ns	12,6	12,3
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population dans les ménages privés)	19 260	10,1	ne	ne	10,5	12,0
Population ayant une limitation d'activités ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)	26 400	15,2	ns	ns	17,0	16,8
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	15 657	792,8	■	●	920,6	724,0
Première cause : Maladies de l'appareil circulatoire	3 297	171,2	■	●	95,7	155,1
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	2 177	114,0	■	●	75,3	88,5
Troisième cause : Maladies de l'appareil digestif	1 779	89,8	■	●	82,4	84,6
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	6 250,7	■	ns	3 688,2	6 475,8
Première cause : Causes externes de mortalité	na	2 131,6	■	●	702,2	1 734,0
Deuxième cause : Tumeurs	na	1 893,3	■	ns	1 559,8	1 931,0
Troisième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	na	992,8	■	●	337,4	1 200,3
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	1 454	857,1	■	●	590,9	885,6
Première cause : Tumeurs	512	296,8	■	ns	185,1	301,0
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	371	223,5	■	●	159,0	245,0
Troisième cause : Causes externes de mortalité	157	83,4	■	●	33,5	64,5
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie (toutes causes) (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des moins d'un an)	2 351	10 393,5	■	●	8 721,1	8 321,9
Première cause : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	1 505	6 651,2	■	●	5 799,3	5 619,4
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	259	1 146,1	■	●	680,2	797,5
Troisième cause : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	249	1 098,6	■	●	906,9	792,2
Mortalité infantile (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes)	9	4,3	ns	ns	5,0	4,9
Mortalité périnatale (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes et mortinaissances)	14	6,7	ns	ns	5,7	7,2
Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	146	6,9	ns	●	7,2	8,0
Naissances de faible poids (< 2 500 grammes) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	102	4,7	■	●	5,7	5,2
Naissances prématurées (< 37 semaines de gestation) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	170	7,7	ns	ns	7,0	8,0
Maladies chroniques						
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 1 000 des 20 ans et plus)	1 126	7,9	■	●	6,1	8,6
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 100 des 20 ans et plus)	12 802	7,7	■	●	6,1	8,6
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	1 054	605,4	■	ns	438,9	590,5
Première cause : Incidence du cancer de la prostate	235	135,1	na	●	na	129,5
Deuxième cause : Incidence du cancer du poumon	212	123,6	■	ns	52,9	121,2
Troisième cause : Incidence du cancer colorectal	140	80,7	■	ns	55,2	85,3
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	502	290,7	■	ns	181,7	295,3
Première cause : Mortalité par cancer du poumon	176	100,9	■	ns	41,9	101,8
Deuxième cause : Mortalité par cancer colorectal	53	31,0	■	●	21,2	37,1
Troisième cause : Mortalité par cancer de la prostate	46	28,5	na	●	na	24,8
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	148	92,8	■	●	48,5	84,0
Mortalité par maladies de l'appareil digestif (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	46	26,9	ns	●	21,3	31,4
Prévalence des 3 principaux problèmes de santé chroniques ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 ans et plus)						
Premier problème : Maux de dos autre que la fibromyalgie et l'arthrite	28 100	16,2	ns	ns	20,7	16,6
Deuxième problème : Hypertension	26 000	15,0	ns	ns	18,8	15,1
Troisième problème : Arthrite	19 800	* 11,4	ns	ns	12,5	8,3
Maladies liées à l'environnement						
Population ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	18 500	11,2	ns	●	13,2	15,3
Population ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	20 800	12,5	■	ns	16,5	14,5
Incidence du mélanome de la peau (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	14	7,8	ns	ns	6,6	7,9
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	44 600	38,1	■	●	18,9	30,5
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches travaillant en position debout de façon prolongée ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	60 000	51,2	ns	●	52,9	47,5
Incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST, région de travail (2006) (nombre et taux brut par 1 000 travailleurs)	5 048	69,9	■	●	25,6	58,7
Durée moyenne d'indemnisation des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST (indice de gravité), région de travail (2006) (nombre de jours indemnisés et durée moyenne par lésion professionnelle)	212 757	42,1	ne	ne	43,1	52,0
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	41 000	35,0	■	●	16,9	29,3
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à du bruit intense en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	13 500	11,6	■	ns	* 4,7	11,0
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	39 200	33,5	■	ns	40,5	36,2
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	23 800	20,4	■	ns	14,0	17,5
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des poussières de bois en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	13 000	11,1	■	●	* 2,4	8,1
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	12 700	10,9	■	ns	* 6,9	9,4
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vibrations de tout le corps en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	13 300	11,4	■	●	np	8,4
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	18 300	15,7	■	●	* 4,2	11,5
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des fumées de soudage en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	7 600	6,5	■	●	np	4,2
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant eu des troubles musculo-squelettiques liés à l'emploi principal actuel à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	21 500	18,0	ns	ns	21,9	16,2
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches victimes de blessure au travail attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs des 15 ans et plus)	7 400	6,3	ns	ns	* 5,9	7,5
Santé mentale des travailleurs						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un faible soutien social au travail ¹ (2005) (nombre et % des travailleurs de 15 à 74 ans)	66 500	52,6	ns	ns	47,9	49,9
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un niveau élevé d'insécurité d'emploi ¹ (2005) (nombre et % des travailleurs de 15 à 74 ans)	22 000	17,4	ns	ns	20,4	21,2
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches et vivant des tensions au travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	13 700	11,7	ns	ns	13,3	12,4
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant une latitude décisionnelle faible au travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	49 300	42,1	ns	ns	46,3	42,2
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant des exigences psychologiques élevées au travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	37 300	31,9	ns	ns	32,2	32,9
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches éprouvant un stress quotidien élevé au travail ¹ (2007-2008) (nombre et % des travailleurs de 15 à 74 ans)	43 300	33,8	ns	ns	40,2	35,7
Traumatismes non intentionels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	1 194	61,4	■	●	43,2	54,1
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	168	8,4	■	●	4,3	6,3
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	515	27,7	■	ns	30,7	26,6
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	89	48,3	■	●	22,9	36,2
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	37	19,0	■	●	8,6	12,3
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	10	5,8	■	ns	* 2,5	5,7
Population victime de blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	15 400	9,4	ns	●	9,8	12,0
Population victime de blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	19 700	11,9	ns	ns	10,2	12,9
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	45 700	27,7	■	ns	33,3	25,3
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour les traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	1 093,8	■	●	392,4	845,2
Maladies infectieuses						
Population ayant déjà eu des relations sexuelles qui a eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	10 000	6,3	ns	ns	7,9	7,1
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	90	44,7	■	●	35,5	32,6
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	40	19,9	ns	●	18,1	14,6
ITSS : Incidence des infections à Chlamydia trachomatis (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	142	84,1	■	●	162,7	142,0
ITSS : Incidence des infections gonococciques (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	13	7,6	■	●	* 2,5	34,5
ITSS : Incidence pour l'ensemble des infections à syphilis (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	7	* 4,1	■	●	np	16,8
ITSS : Incidence des syphilis infectieuses (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	< 5	* 2,4	■	●	np	11,5
Hépatite : Incidence de l'ensemble des hépatites C (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	27	15,9	■	●	7,0	38,1
Population ayant reçu le vaccin contre la grippe au cours d'une période de 12 mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 50 ans et plus)	24 500	35,7	ns	ns	39,9	40,1
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	30 800	18,7	■	ns	22,5	18,2
Population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	16 900	10,5	ns	ns	11,6	10,0
Population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	4 600	* 2,9	ns	ns	* 2,2	2,5
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	65	33,4	■	●	9,2	24,9
Population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	4 500	* 2,7	■	ns	4,4	3,5

■ Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

■ Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

■ Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

● Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

1 Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

* Valeur à interpréter avec prudence

na Non applicable

nc Test statistique non calculable

ne Test statistique pour mesurer les écarts non effectué

np Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas

ns Écart non significatif statistiquement

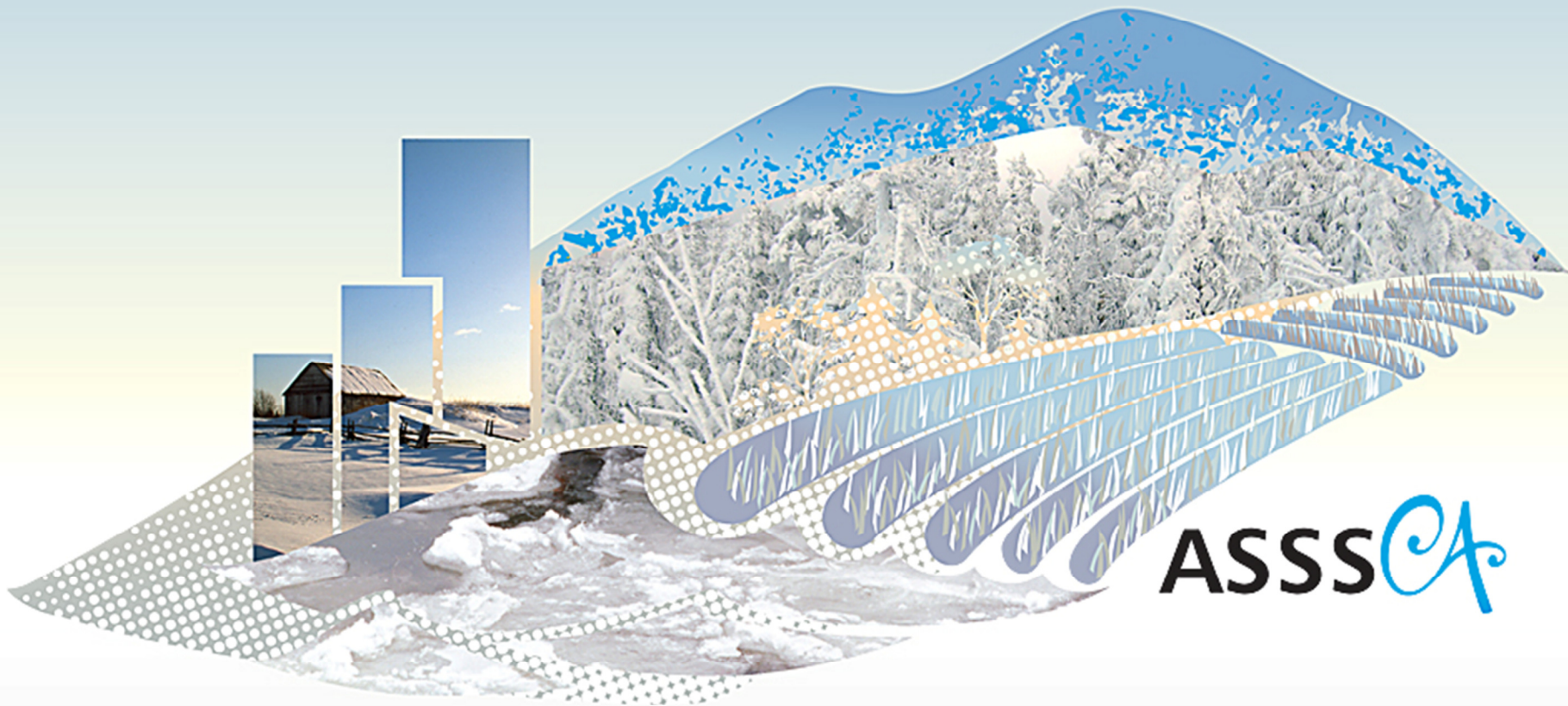
Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, [sur demande](#), dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013



ASSSQA

**POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES
GARÇONS ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS**



JEUNES GARÇONS DE 5 ANS ET MOINS ANALYSE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des jeunes garçons, de la naissance jusqu'à l'âge habituel de l'entrée scolaire, soit 4 ou 5 ans, selon les indicateurs présentés. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui l'influencent.

En moyenne, près de 14 000 garçons âgés de 0 à 5 ans vivent en Chaudière-Appalaches, soit un nombre un peu plus élevé que le nombre de filles du même âge. De ce nombre, un peu plus de 2 000 sont des nouveau-nés. Les statistiques disponibles actuellement ne permettent pas de quantifier le nombre de pères dans la région en regard de leur situation de vie familiale (familles biparentales, monoparentales ou recomposées). Rappelons que les pères, autant que les mères, jouent un rôle important dans la vie des enfants.

Les garçons âgés de 5 ans et moins représentent 6,8 % de la population masculine de la région. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec¹, ce nombre diminuera au cours des dix prochaines années. La décroissance attendue est de l'ordre de 3,9 % dans Chaudière-Appalaches alors que c'est une croissance de 1,7 % qui est prévue au Québec.

L'analyse suivante permet d'identifier les écarts entre les jeunes garçons de la région de ceux du Québec et des jeunes filles de Chaudière-Appalaches.

¹ Institut de la statistique du Québec. 2009. Projections de la population du Québec, selon le territoire de RLS, le sexe et certains groupes d'âge, au 1 juillet, 2006 à 2031 (diffusion par le MSSS, 2010).

Écarts favorables pour les jeunes garçons âgés de 5 ans et moins

Par rapport aux jeunes garçons du Québec :

- Taux moins élevés d'incidence de nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques et pour la négligence (0-4 ans);
- Taux moins élevé de cas évalués dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour abandon (0-4 ans);
- Proportion moins élevée de naissances vivantes avec un retard de croissance intra-utérine.

Par rapport aux jeunes filles de Chaudière-Appalaches :

- Taux moins élevé de cas évalués dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse pour les abus sexuels.

Par rapport aux jeunes garçons du Québec et aux jeunes filles de Chaudière-Appalaches :

- ■ Proportion moins élevée de naissances vivantes de faible poids.

Écarts défavorables pour les jeunes garçons âgés de 5 ans et moins

Par rapport aux jeunes garçons du Québec :

- Taux plus élevé d'incidence des infections à campylobacter.

Par rapport aux jeunes filles de Chaudière-Appalaches :

- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour des traumatismes non intentionnels.

Par rapport aux jeunes garçons du Québec et aux jeunes filles de Chaudière-Appalaches :

- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée, pour tous les diagnostics confondus, certaines affections périnatales, les maladies de l'appareil respiratoire et les malformations congénitales et anomalies chromosomiques;
- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie, pour certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, les maladies de l'appareil respiratoire, les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques.

Faits marquants :

Les jeunes garçons âgés de 5 ans et moins de Chaudière-Appalaches sont favorisés dès la naissance par rapport à ceux du Québec. Ils sont en effet moins nombreux à présenter un retard de croissance intra-utérine. Ils obtiennent également des taux inférieurs aux jeunes Québécois pour l'incidence des nouvelles prises en charge pour négligence et pour l'ensemble des problématiques dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ils sont avantagés par rapport aux jeunes filles de 5 ans et moins de la région quant aux taux de jeunes évalués pour abus sexuel dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Et, toutes proportions gardées, moins de naissances de faible poids sont constatées chez les jeunes garçons de la région que chez les jeunes filles et les garçons du Québec.

La situation est toutefois moins reluisante au regard des problèmes de santé physique. Les jeunes garçons de la région accusent des taux d'hospitalisation plus élevés que les jeunes Québécois et les filles de la région du même âge pour l'ensemble des soins physiques de courte durée et celles observées au cours de la première année de la vie. Ils présentent aussi des taux d'hospitalisation plus élevés pour les traumatismes non intentionnels.

Ceci dit, les garçons âgés de 5 ans et moins de Chaudière-Appalaches présentent des taux comparables aux garçons du Québec ou aux filles de la région pour plusieurs des indicateurs étudiés. C'est le cas par exemple de certains indicateurs fondamentaux associés à la mortalité, la mortalité infantile, la mortalité périnatale et les naissances prématurées.

Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès de la clientèle en petite enfance à porter une attention particulière aux causes entraînant des hospitalisations, particulièrement au cours de la première année de vie et en ce qui a trait aux traumatismes non intentionnels pour lesquels les jeunes garçons sont visiblement plus vulnérables.



GARÇONS ÂGÉS DE 6 À 17 ANS ANALYSE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des garçons fréquentant habituellement les niveaux du primaire et du secondaire du milieu scolaire. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui l'influencent.

En moyenne, plus de 26 300 garçons âgés de 6 à 17 ans vivent en Chaudière-Appalaches, soit un nombre un peu plus élevé que le nombre de filles du même âge. Ces garçons représentent 13 % de la population masculine de la région. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec², ce nombre restera sensiblement le même au cours des 10 prochaines années. La croissance attendue dans Chaudière-Appalaches est de l'ordre de 6,5 % alors que c'est une croissance de 7 % qui est prévue au Québec.

L'analyse permet d'identifier les écarts entre les garçons âgés de 6 à 17 ans de la région de ceux du Québec et des filles de Chaudière-Appalaches.

² Institut de la statistique du Québec. 2009. Projections de la population du Québec, selon le territoire de RLS, le sexe et certains groupes d'âge, au 1 juillet, 2006 à 2031 (diffusion par le MSSS, 2010).

Écarts favorables pour les garçons âgés de 6 à 17 ans

Par rapport aux garçons âgés de 6 à 17 du Québec :

- Taux moins élevé d'incidence de nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques ainsi que pour la négligence et pour les troubles de comportement spécifiquement chez les garçons âgés de 5 à 11 ans;
- Taux moins élevé de cas évalués dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse pour les abus physiques et l'abandon chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans.

Par rapport aux filles âgées de 6 à 17 de Chaudière-Appalaches :

- Taux moins élevé d'incidence de nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour abus sexuel spécifiquement chez les garçons âgés de 12 à 17 ans;
- Taux moins élevés de cas évalués dans la cadre de la Loi de la protection de la jeunesse pour les abus sexuels chez les garçons âgés de 5 à 17 ans, ainsi que pour la négligence spécifiquement chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans.

Par rapport aux garçons de 6 à 17 du Québec et aux filles de 6 à 17 ans de Chaudière-Appalaches :

- ■ Taux moins élevé d'incidence de nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour la négligence chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans.

Écarts défavorables pour les garçons âgés de 6 à 17 ans

Par rapport aux garçons âgés de 6 à 17 du Québec :

- Taux plus élevé de cas évalués dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques chez les garçons âgés de 5 à 17 ans ainsi que pour la négligence spécifiquement chez les garçons âgés de 5 à 11 ans;
- Taux plus élevé d'incidence des infections à campylobacter chez les garçons âgés de 5 à 14 ans;
- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics et pour les maladies de l'appareil digestif chez les garçons âgés de 5 à 17 ans;
- Taux plus élevé de mortalité pour les causes externes chez les garçons âgés de 5 à 14 ans ainsi que pour les traumatismes non intentionnels et les accidents de véhicule à moteur chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans;
- Proportion plus élevée de décrochage scolaire³.

Par rapport aux filles âgées de 6 à 17 de Chaudière-Appalaches :

- Taux plus élevé d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour les troubles de comportement chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans;
- Taux plus élevé de cas évalués dans la cadre de la Loi de la protection de la jeunesse pour les troubles de comportement et les abus physiques chez les garçons âgés de 5 à 11 ans;

³ À noter que l'information sur le décrochage scolaire est présenté dans le document *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches – Analyse*, mais n'est pas inscrit dans la fiche se rapportant aux garçons âgés de 6 à 17 ans.

- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, les traumatismes non intentionnels et les chutes chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans.

Par rapport aux garçons de 6 à 17 ans du Québec et aux filles de 6 à 17 ans de Chaudière-Appalaches :

- ■ Taux plus élevé de cas évalués dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse pour les troubles de comportement chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans;
- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les accidents de véhicules à moteur chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans;
- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les maladies de l'appareil respiratoire chez les garçons âgés de 5 à 11 ans.

Faits marquants :

Les garçons âgés de 6 à 17 ans sont parfois favorisés et parfois défavorisés par rapport à ceux du Québec et aux filles du même âge de la région. Les écarts les plus souvent observés concernent essentiellement les problématiques liées à la Loi de la protection de la jeunesse.

Les plus jeunes garçons de la région, âgés de 5 à 11 ans, sont favorisés comparativement aux Québécois au regard des nouvelles prises en charge pour les principales problématiques, la négligence, les troubles de comportement. Ceux de 12 à 17 sont avantagés pour les prises en charge pour négligence ainsi que pour les évaluations liées aux abus physiques et aux abandons. À l'inverse, les jeunes de 5 à 11 ans sont relativement plus nombreux que les jeunes Québécois à être évalués pour l'ensemble de ces problématiques et la négligence et ceux âgés de 12 à 17 ans, à être évalués pour les troubles de comportement.



Le portrait de santé des garçons de 5 à 17 ans de Chaudière-Appalaches révèle également des écarts aux niveaux de la Loi sur la protection de la jeunesse et des problèmes de santé physique lorsqu'il est comparé à celui des filles de la région. Les garçons de 12 à 17 ans sont ainsi moins souvent pris en charge et évalués que les filles pour les problématiques d'abus sexuels et de négligence. Ils présentent toutefois plus de problématiques de troubles de comportement et d'abus physiques que leurs consœurs.

Toujours par rapport aux garçons québécois, ceux de Chaudière-Appalaches présentent des écarts défavorables pour plusieurs indicateurs de santé physique. Les garçons de la région sont plus à risque de décéder d'accident de transport. Ils sont aussi plus souvent hospitalisés que ceux du Québec pour l'ensemble des diagnostics en soins de courte durée et les maladies de l'appareil digestif. Et, particulièrement pour les garçons âgés de 5 à 11 ans, ils sont plus souvent hospitalisés que les garçons québécois pour les maladies de l'appareil respiratoire.

Comparativement aux filles de la région, l'analyse révèle aussi que les garçons de 5-11 ans sont plus souvent hospitalisés pour les problèmes respiratoires. Ceux de 12 à 17 ans le sont plus souvent pour différents indicateurs de traumatismes, soit l'ensemble des lésions traumatiques et empoisonnement, les traumatismes non intentionnels, les accidents de véhicules à moteur et les chutes. Enfin, on ne peut passer sous silence le décrochage scolaire qui semble plus fréquent chez les garçons que chez les filles de la région.

Malgré les différences mentionnées ci-dessus, les garçons du Chaudière-Appalaches obtiennent souvent des taux statistiquement comparables à ceux du Québec et des filles de la région pour les indicateurs liés aux habitudes de vie telle la consommation de drogues, d'alcool, de fruits et légumes, le brossage des dents, l'usage de la soie dentaire et ceux liés à la consultation de professionnels de la santé qu'ils soient médecins, dentistes ou hygiénistes dentaire.

Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès de la clientèle « Jeunes » à porter une attention à certaines problématiques liées à la Loi de la protection de la jeunesse, particulièrement les troubles de comportement, pour lesquels les garçons âgés de 12 à 17 ans sont plus vulnérables. Des écarts subsistent également, non seulement avec les jeunes Québécois, mais aussi entre les filles de la région pour les traumatismes associés aux accidents de la route.



GARÇONS ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS ANALYSE DE LEURS SERVICES

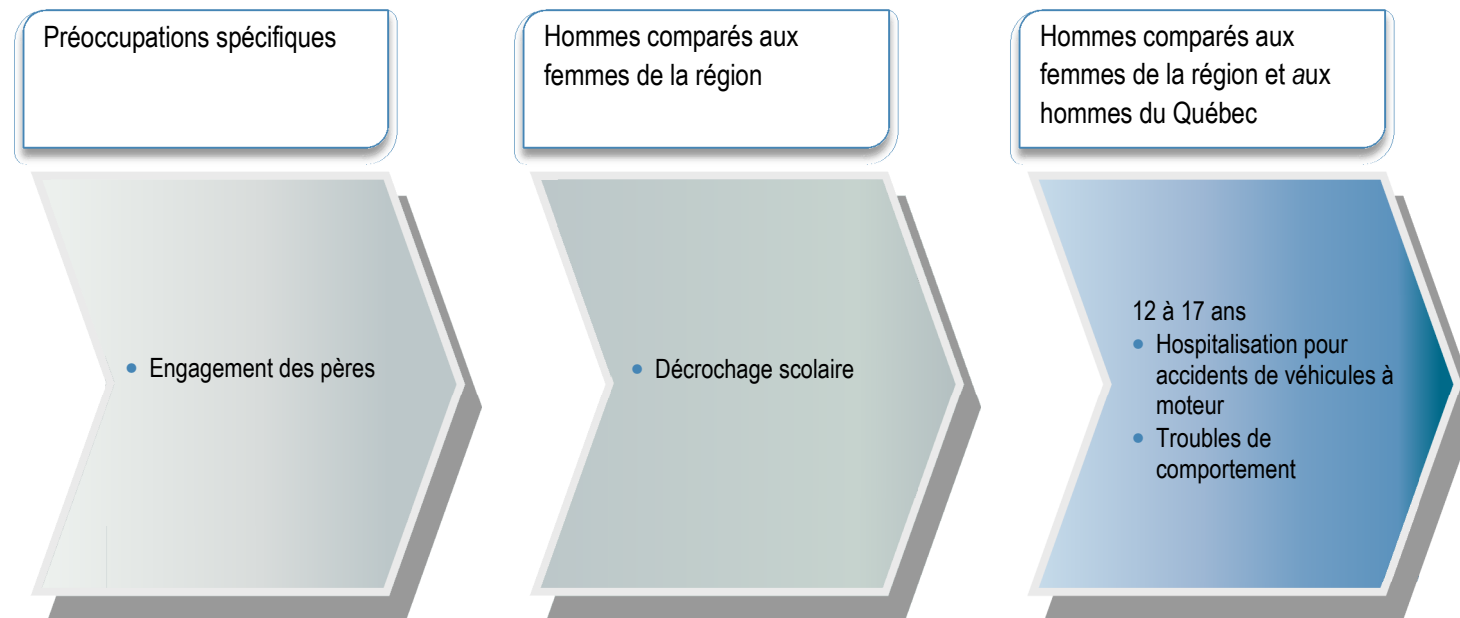
Ce bref portrait présente des informations particulières sur certains services qui sont dédiés aux garçons âgés de moins de 18 ans. Il résulte des consultations réalisées dans le cadre de la démarche portant sur *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches*. Ce texte est divisé en cinq sections spécifiques :

- Synthèse des préoccupations ou problèmes;
- Situation régionale en regard de certains services;
- Opinions d'experts externes;
- Recommandations;
- Continuum de soins et de services pour les garçons âgés de moins de 18 ans.

La consultation portait aussi sur la concertation et sur les besoins, autant ceux des hommes eux-mêmes que ceux des organismes communautaires et des CSSS. Les résultats sont présentés dans la section « À tout âge » ainsi que les noms des différents organismes qui ont participé à ces travaux spécifiques.

Synthèse des préoccupations ou problèmes

Ces préoccupations de santé et de bien-être sont tirées de la section intitulée *Analyse régionale*.



En Chaudière-Appalaches, les garçons âgés de moins de 18 ans ont principalement des problèmes de santé physique dus à un traumatisme non intentionnel. Plus particulièrement, les adolescents de 12 à 17 ans sont hospitalisés plus souvent pour des accidents de véhicules à moteur. Les adolescents de ce même groupe d'âge présentent plus de troubles de comportement que les filles et les jeunes québécois.



Le décrochage scolaire touche plus fortement les garçons que les filles de Chaudière-Appalaches. Cependant, la situation semble meilleure dans la région car les adolescents de la région décrochent moins que les québécois du même âge.

L'engagement des pères est aussi une préoccupation à tenir en compte dans les services offerts aux familles de la région par le réseau de la santé et des services sociaux.

Situation régionale en regard de certains services

Toutes les informations présentées concernent les services et le partenariat. Certains services donnés par les CSSS de la région de la Chaudière-Appalaches sont décrits en précisant les points forts et les points faibles.

Les données de cette section découlent d'une consultation réalisée auprès des représentants de dix organismes communautaires et de CSSS. Elles sont intégrées de façon non nominative, de façon à conserver la confidentialité des individus et organismes concernés.

Les services et le partenariat

Points forts

- Accessibles à tous pour les problématiques de santé physique et psychosociale;
- En majorité, disponibilité des pères tenus en compte dans les interventions des CSSS auprès du nourrisson;
- Futurs pères sensibilisés à leur rôle futur lors des cours prénataux;
- Bons liens entre les CSSS et leurs partenaires lors des cours prénataux.

Points faibles

- Non application des pères dans les activités de certains CSSS, y compris lors des cours prénataux.

Les données indiquent que les garçons de 12 à 17 ans sont plus souvent hospitalisés pour des blessures survenues sur les routes. Dans cette catégorie, il semble que les motocyclistes masculins de ce groupe d'âge sont davantage hospitalisés que les filles dans un accident de véhicules à moteur.

En Chaudière-Appalaches, presque deux fois plus de garçons ne terminent pas leurs études secondaires que les filles. Au moins deux CSSS de la région se préoccupent particulièrement de cette question avec leurs partenaires du RLS.



Les services utilisés par les adolescents sont principalement en lien avec les troubles de comportement. Les CSSS offrent, dans le cadre de leurs activités cliniques et d'aide, des consultations psychologiques ou psychosociales. Les adolescents peuvent être référés, au besoin, à d'autres intervenants comme les pédopsychiatres, les médecins de famille, etc.

Concernant les services à la famille, les CSSS offrent des services aux futurs et aux nouveaux parents, aux nourrissons, aux jeunes enfants, aux familles en difficulté, etc. Ces services sont donnés dans le cadre des activités cliniques et d'aide ou de santé publique. Quatre CSSS ont adapté leur pratique de façon variable afin de tenir compte de la disponibilité des pères lors des interventions auprès des nourrissons, par exemple, par des plages horaires plus flexibles. Dans la région, un CSSS ne ferait pas d'activités particulières pour rejoindre les pères.

Plusieurs questionnements des futurs parents accompagnent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Quatre CSSS offrent un service d'information en période prénatale, traditionnellement en groupe. À cette occasion, les futurs pères peuvent être réunis pour échanger entre eux sur différents thèmes comme la sexualité pendant et après la grossesse, les peurs associées à la naissance, l'éducation, le rôle du père, la communication, etc. Pour cette rencontre spécifique avec les pères (une rencontre, parfois deux), les animateurs proviennent soit d'un organisme communautaire, soit de la maison de la Famille ou du CSSS et animent conjointement ou non avec l'infirmière du CSSS. En majorité, les hommes de Chaudière-Appalaches ont accès à ces activités. Cependant, le manque de temps, le désaccord des gestionnaires qui ne voient pas l'importance de ces échanges ou l'absence de besoin estimé par des jeunes professionnels nouvellement pères sont diverses raisons invoquées pour ne pas offrir ce type de rencontre.

Enfin, force est de constater que la mère est souvent la première interpellée lors de problèmes avec un enfant que ce soit en garderie ou à l'école. Elle est souvent la personne qui consulte le CSSS, le dentiste ou le médecin pour les enfants. Les consultations n'ont pas permis de savoir si les CSSS et le CJCA, qui intervient en deuxième ligne, font des activités particulières pour impliquer les pères lors de problèmes familiaux.

Opinions d'experts externes

Afin de promouvoir la santé et le bien-être, la Charte d'Ottawa propose des actions visant à renforcer les aptitudes individuelles, à élaborer une politique publique saine, à créer des milieux de vie favorables, à renforcer l'action communautaire et à réorienter les services de santé pour améliorer la santé[1]. Ces mesures peuvent s'appliquer pour tous les problèmes et préoccupations.

Au Québec, les blessures sont la principale cause d'hospitalisation chez les jeunes de 10 à 18 ans[2]. Pour les traumatismes subis par les occupants de véhicules à moteur, le taux d'hospitalisation chez les garçons est plus élevé que celui observé chez les filles. Peu d'interventions rejoignent les jeunes de ce groupe d'âge et plus particulièrement les garçons.

La diplomation permet d'avoir accès à un meilleur emploi. D'ailleurs, le revenu des hommes et des femmes dans la région est plus bas que le reste de la population québécoise. Pour le décrochage, différents types d'intervention ont été proposés pour favoriser une meilleure réussite scolaire, plus particulièrement celle des garçons. « Ces actions peuvent être regroupées autour des thèmes suivants : la non-mixité, les approches pédagogiques, la qualité de la relation maître-élève, une plus grande implication des pères, et les activités sportives et parascolaires »[3]. De façon générale, un environnement scolaire stimulant est profitable pour tous les élèves. Cependant, il peut s'avérer judicieux de porter une attention particulière aux réalités que vivent certains garçons[3].

De plus, les garçons de 12 à 17 ans présentent davantage de troubles de comportement. Selon le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), les garçons ont des stratégies d'apprentissage et une perception de leurs capacités différentes que les filles. L'influence du groupe des pairs et les attentes sociales jouent aussi un rôle[3]. D'où l'importance de mieux prendre en compte les difficultés particulières « dans les rapports entre les garçons et l'école »[4].

Dans son document intitulé *Un Québec fou de ses enfants*, le MSSS souhaitait qu'une attention spéciale soit accordée aux futurs et aux nouveaux pères. Les objectifs proposés visent à sensibiliser les pères à l'importance de leurs relations avec les enfants, aider les hommes à s'impliquer davantage dans leur vie de famille et à faciliter le rapprochement père-enfant[5].



L'engagement paternel aurait des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être de l'enfant, de la mère et des pères eux-mêmes. Un bon lien est alors souhaitable. Ainsi, plus le père s'engage après l'accouchement et la période postnatale, plus fort est son lien avec l'enfant[6]. « Il serait donc souhaitable d'intégrer réellement les pères dans les rencontres prénatales, les suivis de grossesse, l'accouchement, les séjours à l'hôpital, le suivi postnatal, etc. »[7]. La *Politique de périnatalité 2008-2018* suggère de donner aux parents de l'information prénatale, sur une base individuelle ou de groupe, par l'entremise d'un personnel formé à cette fin. Cependant, l'efficacité et la pertinence des rencontres de groupe pour transmettre de l'information prénatale ne sont pas encore évaluées[8].

Historiquement, les soins aux jeunes enfants étaient entièrement délégués aux femmes. De plus en plus, les pères assument maintenant des tâches autrefois reconnues culturellement comme féminines. Les intervenants des services de santé et des services sociaux ont donc tendance à privilégier les soins maternels et infantiles et exclure souvent les pères[6]. De plus, « (...) la formation des intervenants [des réseaux institutionnels et communautaires] travaillant auprès de la famille ne s'intéresse pas suffisamment aux pères quand elle ne les ignore pas complètement. »[7]

Recommandations

La promotion de la santé physique et psychosociale et la prévention sont prioritaires, tout comme l'action sur les déterminants de la santé. Les interventions doivent tenir compte des réalités masculines plus particulièrement afin de :

- Promouvoir les saines habitudes de vie et créer des environnements favorables en lien avec l'Approche École en santé qui vise à intervenir en prévention et en promotion à partir de l'école, de manière globale et concertée;
- Prévenir les traumatismes non intentionnels, particulièrement ceux qui surviennent sur la route;
- Favoriser un environnement scolaire stimulant pour tous les élèves en portant une attention particulière aux réalités masculines;
- Restructurer les services pour pouvoir atteindre les deux parents y compris dans les activités cliniques et d'aide et de santé publique;
- Rejoindre les hommes-pères dans les différents programmes afin d'encourager leur engagement.

Continuum de soins et de services pour les garçons âgés de moins de 18 ans de Chaudière-Appalaches

Préoccupations	Promotion	Prévention	Repérage ⁴	Intervention	Suivi
Santé mentale et sociale : Engagement paternel Décrochage scolaire Troubles de comportement Famille en difficulté	Rejoindre les hommes-pères dans les différents services afin d'encourager leur engagement. Renforcer les compétences et les habiletés personnelles et sociales (Lien avec École en santé).	Mieux saisir les difficultés scolaires des garçons et établir des ponts entre les garçons et l'école. Sensibiliser les intervenants(es) avec les normes culturelles associées à la masculinité.	Tenir compte du genre masculin dans le repérage des jeunes de moins de 18 ans ayant : • Des troubles de comportement; • Des difficultés scolaires; • Des difficultés familiales.	<u>1^{re} ligne</u> : Offrir des services adaptés avec les partenaires du <i>RLS</i>. <u>2^e ligne</u> : Offrir des services adaptés aux jeunes ayant des troubles d'apprentissage ou de comportement.	<u>1^{re} ligne</u> : Assurer une mise à jour des intervenants(es) ayant reçu une sensibilisation/formation.
Santé physique Traumatismes non intentionnels	Renforcer les aptitudes individuelles des jeunes. Favoriser l'adoption de comportements sécuritaires. Promouvoir un environnement sain et sécuritaire.	Prévenir les blessures sur la route et dans les milieux de vie.		<u>1^{re} ligne</u> : Offrir des services adaptés avec les partenaires du <i>RLS</i>.	

L. Paré M.D. DSP Chaudière-Appalaches Juin 2011 Mise à jour mars 2013 Inspiré de : Gilles Tremblay et Pierre L'Heureux [3]

⁴ Définition : reconnaître parmi d'autres

Références

1. Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. 1986. *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé*. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, s.p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-charte/index-fra.php>
2. Gagné, M., et autres. 2009. *Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation*. Québec, Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique, 102 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/934_TraumaEnfants.pdf
3. Pelletier, M. 2004. *La réussite des garçons, des constats à mettre en perspective Rapport synthèse*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 26 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/index.asp?page=fiche&id=304>
4. Tremblay, G. et P. L'Heureux. 2011. *Intervenir auprès des hommes en détresse*. Devis de formation. 18 p.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1998. *Un Québec fou de ses enfants*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1994/94-849.pdf>
6. Organisation mondiale de la santé. 2007. « Fatherhood and Health outcomes » dans *Europe*. Danemark, WHO Regional Office for Europe, 30 p. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf
7. Deslauriers, Jean-Martin, et autres. 2010. *Regards sur les hommes et les masculinités Comprendre et intervenir*. Québec, Presses de l'Université Laval, 410 p.
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2008. *Politique de périnatalité 2008-2018 Un projet porteur de vie*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 164 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>

Québec

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
JEUNES GARÇONS ÂGÉS DE 5 ANS ET MOINS – INDICATEURS

Déterminants	Chaudière-Appalaches				Le Québec	
	Hommes			Femmes	Hommes	
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux		taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
femmes CA			hommes Québec			
1. Conditions démographiques						
Population (2011) (nombre et % des 0 à 5 ans parmi l'ensemble de la population)	13 913	6,8	ne	ne	6,6	6,7
Naissances (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 de l'ensemble de la population)	2 192	11,0	■	ns	10,5	11,0
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 des 0 à 5 ans)	-547	-3,9	ne	ne	-3,9	1,7
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 0 à 5 ans)	na	104,5	ne	ne	na	104,6
2. Conditions socioculturelles						
Familles monoparentales avec au moins un enfant de 0 à 5 ans selon le sexe du parent (2006) (nombre et % des familles avec au moins un enfant de 0 à 5 ans)	380	2,2	ne	ne	9,0	2,4
3. Conditions socioéconomiques						
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 0 à 5 ans)	950	7,8	ne	ne	8,3	19,3
4. Environnement physique						
Aucun indicateur disponible						
5. Environnement social et adaptation sociale						
Incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 0 à 4 ans)	39	3,9	ns	●	3,3	5,0
Négligence	36	3,5	ns	●	2,9	4,6
Troubles de comportement	np	np	nc	nc	np	np
Abus physique	< 5	* 0,3	ns	ns	* 0,2	0,3
Abus sexuel	np	np	nc	nc	np	* 0,0
Abandon	np	np	nc	nc	np	0,1
Cas évalués dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 0 à 4 ans)	150	14,9	ns	ns	14,7	14,8
Négligence	126	12,5	ns	ns	12,1	12,1
Troubles de comportement	np	np	nc	nc	np	* 0,0
Abus physique	18	1,8	ns	ns	1,0	2,0
Abus sexuel	5	* 0,5	■	ns	1,4	0,5
Abandon	np	np	ns	●	np	0,2
6. Habitudes de vie et comportements						
Activité physique						
Aucun indicateur disponible						
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Aucun indicateur disponible						
Alimentation et poids corporel						
Aucun indicateur disponible						
Santé buccodentaire						
Aucun indicateur disponible						
Habitudes sexuelles						
Aucun indicateur disponible						
7. Utilisation de services de santé						
Appels pour intoxication au Centre antipoison du Québec (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 0 à 4 ans)	492,8	4 535,8	ns	ns	4 145,9	4 367,9
État de la santé et du bien-être						
8. Santé globale						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 0 à 4 ans)	3 084	2 882,2	■	●	2 408,3	2 262,8
Première cause : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	1 505	1 406,3	■	●	1 220,4	1 188,5
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	622	581,4	■	●	385,1	399,1
Troisième cause : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	264	246,8	■	●	207,2	180,8
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 0 à 4 ans)	11	104,3	ns	ns	122,1	120,4
Première cause : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	6	* 61,0	ns	ns	* 66,2	61,8
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie (toutes causes) (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des moins d'un an)	2 351	10 393,5	■	●	8 721,1	8 321,9
Première cause : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	1 505	6 651,2	■	●	5 799,3	5 619,4
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	259	1 146,1	■	●	680,2	797,5
Troisième cause : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	249	1 098,6	■	●	906,9	792,2
Mortalité infantile (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes)	9	4,3	ns	ns	5,0	4,9
Mortalité périnatale (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes et mortinaissances)	14	6,7	ns	ns	5,7	7,2
Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	146	6,9	ns	●	7,2	8,0
Naissances de faible poids (< 2 500 grammes) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	102	4,7	■	●	5,7	5,2
Naissances prématurées (< 37 semaines de gestation) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	170	7,7	ns	ns	7,0	8,0
Maladies chroniques						
Aucun indicateur disponible						
Maladies liées à l'environnement						
Aucun indicateur disponible						
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Aucun indicateur disponible						
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Aucun indicateur disponible						
Santé mentale des travailleurs						
Aucun indicateur disponible						
Traumatismes non intentionnels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 0 à 4 ans)	51	47,7	■	ns	28,9	42,5
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 0 à 4 ans)	25	22,9	ns	ns	17,6	19,2
Maladies infectieuses						
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 0 à 4 ans)						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter	8	70,0	ns	●	* 55,9	41,4
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose	6	* 58,9	ns	ns	* 40,5	42,9
Maladie évitable par vaccination : Coqueluche	< 5	* 40,5	ns	ns	* 27,0	29,3
10. Santé mentale						
Aucun indicateur disponible						



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
GARÇONS ÂGÉS DE 6 À 17 ANS – INDICATEURS

Déterminants

1. Conditions démographiques

Population (2011) (nombre et % des 6 à 17 ans parmi l'ensemble de la population)	26 304	12,8	ne	ne	12,4	13,0
Population (2011) (nombre et % des 6 à 11 ans parmi l'ensemble de la population)	12 460	6,1	ne	ne	5,9	6,1
Population (2011) (nombre et % des 12 à 17 ans parmi l'ensemble de la population)	13 844	6,7	ne	ne	6,5	6,9
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 des 6 à 17 ans)	1 726	6,6	ne	ne	5,8	7,0
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 des 6 à 11 ans)	1 839	14,8	ne	ne	14,8	16,8
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 des 12 à 17 ans)	-113	-0,8	ne	ne	-2,3	-1,5
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 6 à 17 ans)	na	104,6	ne	ne	na	105,2
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 6 à 11 ans)	na	104,8	ne	ne	na	105,4
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 12 à 17 ans)	na	104,4	ne	ne	na	104,9

2. Conditions socioculturelles

Familles monoparentales avec au moins un enfant de 6 à 17 ans selon le sexe du parent (2006) (nombre et % des familles avec au moins un enfant de 6 à 17 ans)	1 675	6,0	ne	ne	16,3	6,3
---	-------	-----	----	----	------	-----

3. Conditions socioéconomiques

Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 6 à 17 ans)	2 465	8,5	ne	ne	8,3	16,8
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 6 à 14 ans)	1 970	9,3	ne	ne	8,4	17,6
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 15 à 17 ans)	495	6,4	ne	ne	8,0	14,7

4. Environnement physique

Population de non-fumeurs vivant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 à 17 ans)	8 500	* 64,6	ns	ns	* 68,9	57,3
---	-------	--------	----	----	--------	------

5. Environnement social et adaptation sociale

Incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 5 à 11 ans)	64	4,0	ns	●	3,8	5,0
Négligence	53	3,3	ns	●	3,1	3,9
Troubles de comportement	< 5	* 0,2	ns	●	np	0,4
Abus physique	7	* 0,4	ns	ns	* 0,3	0,6
Abus sexuel	np	np	ns	ns	np	0,1
Abandon	np	np	ns	ns	np	0,1
Incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 12 à 17 ans)	101	6,3	ns	ns	6,4	6,8
Négligence	24	1,5	■	●	2,3	2,0
Troubles de comportement	72	4,5	■	ns	3,3	4,2
Abus physique	< 5	* 0,2	ns	ns	* 0,3	0,3
Abus sexuel	np	np	■	ns	* 0,3	0,1
Abandon	np	np	ns	ns	np	0,2
Cas évalués dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 5 à 11 ans)	298	18,6	ns	●	17,1	17,3
Négligence	208	13,0	ns	●	12,0	11,3
Troubles de comportement	21	1,3	■	ns	* 0,5	1,4
Abus physique	51	3,2	■	ns	2,0	3,4
Abus sexuel	17	1,0	■	ns	2,5	1,1
Abandon	np	np	ns	ns	np	0,2
Cas évalués dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 12 à 17 ans)	317	19,8	ns	●	21,0	17,1
Négligence	99	6,2	■	ns	8,2	5,7
Troubles de comportement	186	11,6	■	●	8,3	8,9
Abus physique	20	1,3	ns	●	1,7	1,6
Abus sexuel	9	* 0,5	■	ns	2,7	0,6
Abandon	< 5	* 0,2	ns	●	* 0,2	0,3

6. Habitudes de vie et comportements

Activité physique						
Population atteignant le niveau d'activité physique recommandé ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 à 17 ans)	6 600	* 43,8	ns	ns	np	52,5
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Buveurs actuels ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 à 17 ans)	8 100	* 53,7	ns	ns	* 63,9	50,5
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 17 ans)	3 100	* 35,7	ns	ns	* 40,3	44,9
Alimentation et poids corporel						
Population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 à 19 ans)	9 800	* 47,2	ns	ns	np	41,1
Santé buccodentaire						
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 17 ans)	6 600	74,5	ns	ns	87,0	78,7
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 17 ans)	3 100	* 35,5	ns	ns	np	26,2
Habitudes sexuelles						
Aucun indicateur disponible						
7. Utilisation de services de santé						
Population ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 à 17 ans)	14 500	95,7	nc	ns	99,3	93,1
Population ayant consulté un médecin de famille, pédiatre ou omnipraticien au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 à 17 ans)	5 800	* 38,0	ns	ns	* 61,8	50,2
Population ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 12 à 17 ans)	13 300	87,7	ns	ns	89,8	75,5
Appels pour intoxication au Centre antipoison du Québec (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 5 à 17 ans)	127,4	422,0	ns	ns	325,4	442,2

État de la santé et du bien-être	Chaudière-Appalaches				Femmes	Le Québec	
	Hommes			par rapport aux femmes CA	hommes Québec	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
	nombre	taux, % (ou autres)					
8. Santé globale							
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population des 6 à 14 ans dans les ménages privés)	865	4,1	ne	ne	3,1	6,0	
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population des 15 à 17 ans dans les ménages privés)	270	3,5	ne	ne	3,4	5,0	
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 5 à 11 ans)	373	250,1	ns	●	243,5	207,7	
Première cause : Maladies de l'appareil respiratoire	111	74,0	■	●	57,1	54,6	
Deuxième cause : Maladies de l'appareil digestif	57	37,9	ns	●	37,7	32,2	
Troisième cause : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	49	32,7	ns	ns	25,3	34,1	
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 12 à 17 ans)	326	209,3	ns	●	197,5	186,0	
Première cause : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	86	54,9	■	ns	23,0	55,9	
Deuxième cause : Maladies de l'appareil digestif	83	53,3	ns	●	51,6	39,2	
Troisième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	31	19,9	ns	ns	20,0	17,5	
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 5 à 14 ans)	< 5	* 17,6	ns	ns	* 7,9	13,8	
Première cause : Causes externes de mortalité	< 5	* 11,8	ns	●	np	6,8	
9. Santé physique							
Santé des nouveau-nés							
Aucun indicateur disponible							
Maladies chroniques							
Aucun indicateur disponible							
Maladies liées à l'environnement							
Aucun indicateur disponible							
Maladies ou exposition en milieu de travail							
Aucun indicateur disponible							
Traumatismes non intentionnels liés au travail							
Aucun indicateur disponible							
Santé mentale des travailleurs							
Aucun indicateur disponible							
Traumatismes non intentionnels							
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 5 à 11 ans)	41	18,3	ns	ns	13,7	21,0	
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 12 à 17 ans)	85	63,4	■	ns	20,9	59,3	
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 5 à 11 ans)	< 5	* 1,8	ns	ns	np	1,5	
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 12 à 17 ans)	16	12,1	■	●	* 5,6	8,9	
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 5 à 11 ans)	20	9,1	ns	ns	7,0	9,7	
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 12 à 17 ans)	24	17,9	■	ns	* 7,0	20,4	
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 12 à 17 ans)	< 5	* 21,3	ns	●	np	13,0	
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 12 à 17 ans)	< 5	* 16,3	ns	●	np	8,5	
Maladies infectieuses							
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 5 à 14 ans)							
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter	8	36,1	ns	●	39,6	20,3	
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose	< 5	* 17,1	ns	ns	* 18,8	16,3	
Maladie évitable par vaccination : Coqueluche	< 5	* 13,5	ns	ns	* 26,4	19,5	
10. Santé mentale							
Enfants éprouvant des difficultés socioémotionnelles selon le parent (2008) (nombre et % des 6 à 14 ans)	7 100	35,5	ns	ns	32,6	41,4	
Enfants présentant un niveau de difficultés socioémotionnelles modéré ou sévère (2008) (nombre et % des 6 à 14 ans)	2 400	* 11,9	ns	ns	* 14,8	14,5	
Enfants selon le niveau de comportement prosocial normal (2008) (nombre et % des 6 à 14 ans)	18 400	92,4	ns	ns	98,1	94,1	

■ Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

■ Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

■ Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

● Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, [sur demande](#), dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

1Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

*Valeur à interpréter avec prudence

naNon applicable

ncTest statistique non calculable

neTest statistique pour mesurer les écarts non effectué

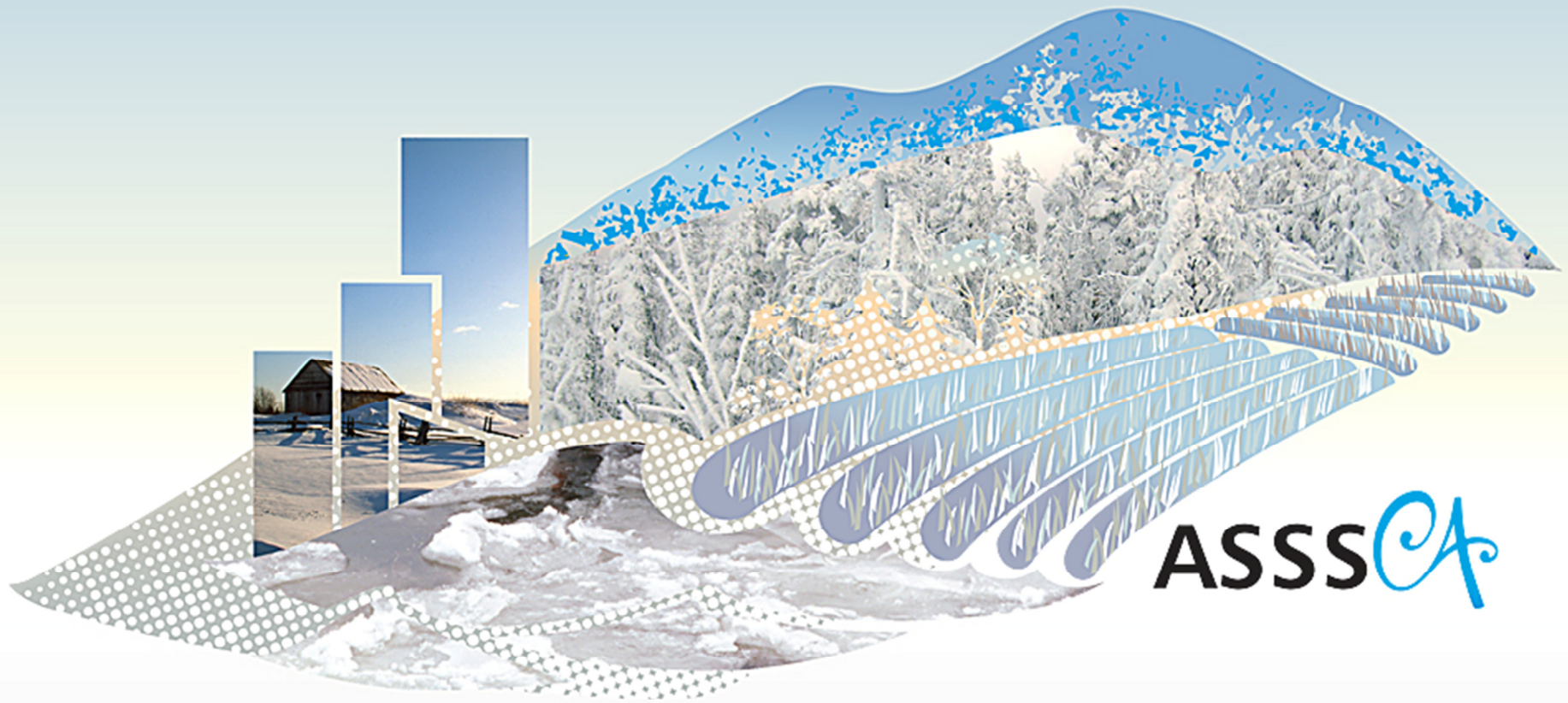
npDonnées non présentées à cause du trop petit nombre de cas

nsÉcart non significatif statistiquement

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013



ASSS *CA*

**POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE
DES HOMMES ÂGÉS DE 18 À 64 ANS**



HOMMES ÂGÉS DE 18 À 24 ANS ANALYSE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans (15 à 24 ans pour certains indicateurs). Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui l'influencent.

En moyenne, près de 18 000 hommes âgés de 18 à 24 ans vivent en Chaudière-Appalaches, soit un nombre un peu plus élevé que le nombre de femmes du même âge. Ces hommes représentent 9 % de la population masculine de la région. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec¹, ce nombre diminuera au cours des 10 prochaines années. La décroissance attendue dans Chaudière-Appalaches est de l'ordre de 19,4 % alors que c'est une décroissance de 13,1 % qui est prévue au Québec.

L'analyse suivante permet d'identifier les écarts entre les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans de la région de ceux du Québec et des jeunes femmes de Chaudière-Appalaches.

¹ Institut de la statistique du Québec. 2009. Projections de la population du Québec, selon le territoire de RLS, le sexe et certains groupes d'âge, au 1 juillet, 2006 à 2031 (diffusion par le MSSS, 2010).

Écarts favorables pour les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans

Par rapport aux jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans du Québec :

- Taux moins élevé de l'incidence de l'infection gonococcique chez les 15 à 24 ans.

Par rapport aux jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans de Chaudière-Appalaches :

- Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics.

Par rapport aux jeunes hommes de 18 à 24 du Québec et aux jeunes femmes de 18 à 24 ans de Chaudière-Appalaches :

- ■ Taux moins élevé de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les 15 à 24 ans.

Écarts défavorables pour les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans

Par rapport aux jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans du Québec :

- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les maladies pour l'ensemble des causes et spécifiquement pour les maladies de l'appareil digestif;
- Taux plus élevé de mortalité par accidents de véhicule à moteur.

Par rapport aux jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans de Chaudière-Appalaches :

- Proportion plus élevée de jeunes hommes présentant un surplus de poids;
- Proportions moins élevées de jeunes hommes se brossant les dents au moins deux fois par jour et utilisant la soie dentaire tous les jours;
- Proportion moins élevée de jeunes hommes dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation avec un médecin généraliste;
- Proportion plus élevée de travailleurs âgés de 15 à 24 ans résidant en Chaudière-Appalaches ayant un niveau élevé de contraintes physiques et étant exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail;
- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les chutes;
- Taux plus élevé de mortalité par suicide.

Par rapport aux jeunes hommes de 18 à 24 ans du Québec et aux jeunes femmes de 18 à 24 ans de Chaudière-Appalaches :

- ■ Taux plus élevé pour l'incidence de l'infection à *Campylobacter* chez les 15 à 24 ans;
- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les lésions traumatiques, empoisonnements et certaines conséquences de causes externe, les traumatismes non intentionnels et les accidents de véhicule à moteur;
- ■ Proportion plus élevée de travailleurs âgés de 15 à 24 ans vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail;
- ■ Taux de mortalité pour l'ensemble des causes, les causes externes de mortalité et les traumatismes non intentionnels.

Faits marquants :

Les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans sont parfois favorisés et parfois défavorisés par rapport à ceux du Québec et aux jeunes femmes du même âge de la région.

En Chaudière-Appalaches, les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans sont moins souvent hospitalisés que les jeunes femmes du même âge. De plus, les jeunes hommes de la région ont moins d'infection à *Chlamydia trachomatis* que les Québécois et les jeunes femmes du même âge.

Au niveau des écarts défavorables identifiés, les travailleurs âgés de 15 à 24 ans résidant en Chaudière-Appalaches semblent plus exposés que leurs confrères québécois à des vibrations. En comparaison avec les jeunes femmes de Chaudière-Appalaches, ils sont aussi plus exposés à des vibrations et ils ont des tâches dans leur milieu de travail engendrant des contraintes physiques et des manipulations de charges lourdes.



Les jeunes hommes de Chaudière-Appalaches sont plus souvent hospitalisés pour une chute que les jeunes femmes de leur âge. Ils ont de moins bonnes habitudes de vie concernant leur santé buccodentaire et présente en plus grande proportion un surplus de poids. Le taux de mortalité par suicide est aussi plus important que chez les femmes.

Enfin, que ce soit par rapport aux jeunes hommes du Québec ou aux femmes de la région, les hospitalisations et les décès reliés aux traumatismes non intentionnels caractérisent ce groupe d'âge.

Par ailleurs, on note toutefois des écarts parfois considérables entre les hommes du Québec et ceux de la région particulièrement à la scolarité, les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans de la région détenant en plus forte proportion un diplôme d'études post secondaires. Le taux d'emploi des jeunes hommes est particulièrement plus élevé dans Chaudière-Appalaches que dans la province. Cependant, les écarts entre les groupes de population n'ont pas été effectués pour certains autres indicateurs.

Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès de la clientèle « Adultes » à porter une attention particulière aux traumatismes non intentionnels pour lesquels les jeunes hommes sont visiblement plus vulnérables. Certaines expositions en milieu de travail sont également à considérer.



HOMMES ÂGÉS DE 25 À 44 ANS ANALYSE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des hommes âgés de 25 à 44 ans. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui l'influencent.

En moyenne, plus de 52 700 hommes âgés de 25 à 44 ans vivent en Chaudière-Appalaches, soit un nombre un peu plus élevé que le nombre de femmes du même âge. Ces hommes représentent 26 % de la population masculine de la région. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec², ce nombre restera sensiblement le même au cours des 10 prochaines années. La croissance attendue dans Chaudière-Appalaches est de l'ordre de 0,7 % alors que c'est une croissance de 4,8 % qui est prévue au Québec.

L'analyse permet d'identifier les écarts entre les hommes âgés de 25 à 44 ans de la région de ceux du Québec et des femmes de Chaudière-Appalaches.

² Institut de la statistique du Québec. 2009. Projections de la population du Québec, selon le territoire de RLS, le sexe et certains groupes d'âge, au 1 juillet, 2006 à 2031 (diffusion par le MSSS, 2010).

Écarts favorables pour les hommes âgés de 25 à 44 ans

Par rapport aux hommes âgés de 25 à 44 ans du Québec :

- Proportion moins élevée de travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail;
- Taux moins élevés d'incidence et de prévalence du diabète chez les 20 à 44 ans;
- Taux moins élevé de l'incidence de certaines maladies à déclarations obligatoires soit l'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis*, des infections gonococciques, de l'ensemble des infections à syphilis et de l'ensemble des hépatites C;
- Proportion moins élevée d'hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois et ayant 5 partenaires et plus.

Par rapport aux femmes âgées de 25 à 44 ans de Chaudière-Appalaches :

- Taux moins élevé de l'incidence de l'ensemble des cancers;
- Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics ainsi que pour les maladies de l'appareil digestif.

Écarts défavorables pour les hommes âgés de 25 à 44 ans

Par rapport aux hommes âgés de 25 à 44 ans du Québec :

- Taux plus élevé de l'incidence des infections à *Campylobacter*;
- Taux plus élevé d'incidence des cancers de l'œil, de l'encéphale et d'autres parties du système nerveux central;
- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics.

Par rapport aux femmes âgées de 25 à 44 ans de Chaudière-Appalaches :

- Proportion plus élevée d'hommes ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois;
- Proportion plus élevée d'hommes présentant un surplus de poids;
- Proportions moins élevées d'hommes se brossant les dents au moins deux fois par jour et utilisant la soie dentaire tous les jours;
- Proportions plus élevées de travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un niveau élevé de contraintes physiques, exposés à du bruit intense, exposés à des poussières de bois et exposés à des vibrations des mains ou des bras;
- Taux plus élevé de l'incidence de l'infection gonococcique;
- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes ainsi que pour chutes;
- Taux plus élevés de mortalité pour l'ensemble des causes et pour des maladies de l'appareil circulatoire.

Par rapport aux hommes âgés de 25 à 44 ans du Québec et aux femmes âgées de 25 à 44 ans de Chaudière-Appalaches :

- ■ Proportion plus élevée d'hommes prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine;
- ■ Proportion moins élevée d'hommes dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation avec un médecin généraliste;
- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les maladies de l'appareil circulatoire;
- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée et de décès pour traumatismes non intentionnels et spécifiquement pour accidents de véhicule à moteur;
- ■ Taux plus élevé de mortalité par tumeurs malignes de l'œil, du cerveau et d'autres parties du système nerveux central;
- ■ Taux plus élevé de mortalité par causes externes et spécifiquement par suicide.

Faits marquants :

Les hommes âgés de 25 à 44 ans sont parfois favorisés et parfois défavorisés par rapport à ceux du Québec et aux jeunes femmes du même âge de la région.

Certaines maladies à déclaration obligatoire sont moins souvent diagnostiquées chez les hommes âgés de 25 à 44 ans de Chaudière-Appalaches que chez les Québécois du même âge. C'est le cas pour la *Chlamydia trachomatis*, les infections gonococciques, l'ensemble des infections à syphilis et l'ensemble des hépatites C.

Les hommes âgés de 25 à 44 ans de la région sont exposés à plusieurs risques pour leur santé. Ils sont plus à risque que les femmes de leur âge à être exposés à diverses contraintes en milieu de travail (bruit, contraintes, vibrations, poussières de bois). Ils sont plus nombreux que les femmes à prendre de la drogue et à négliger leur hygiène dentaire (brossage des dents, passage de la soie dentaire). Ils présentent aussi plus souvent que les femmes un surplus de poids et des infections gonococciques. Comparativement aux femmes et



aux Québécois du même âge, ils consomment davantage de l'alcool et sont moins nombreux à avoir eu une mesure de leur tension artérielle lors de leur dernière consultation médicale.

Comparativement aux femmes du même âge de la région, les données sur l'état de santé montrent que les hommes âgés de 25 à 44 ans de Chaudière-Appalaches ont des taux de décès plus élevés et, spécifiquement qu'ils décèdent en plus forte proportion de causes externes de mortalité et de maladies de l'appareil circulatoire. Ils sont plus souvent hospitalisés pour une chute.

Les hommes âgés de 25 à 44 ans de la région sont, à certains égards, moins favorisés que les Québécois. Tous diagnostics confondus, ils sont plus souvent hospitalisés, ils souffrent davantage de cancers de l'œil, du cerveau et autres maladies du système nerveux central et d'infections à *Campylobacter*.

Ils sont comparés aux femmes de la région ou aux Québécois, les hommes de la région âgés de 25 à 44 ans sont hospitalisés et meurent davantage suite à des traumatismes non intentionnels (ensemble des causes, accidents de véhicules moteurs) et du suicide. Ces hommes sont aussi plus fréquemment hospitalisés pour les maladies de l'appareil circulatoire, les lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes, les traumatismes non intentionnels, l'ensemble des accidents de véhicule moteur et les chutes.

Par rapport aux Québécois du même âge, les hommes de la région sont relativement plus nombreux à vivre en union libre et à occuper un emploi; une grande proportion d'entre eux travaillent dans le secteur manufacturier. Ils sont moins nombreux à vivre sous le seuil de faible revenu ou à détenir un diplôme universitaire.

Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès de la clientèle « Adultes » à porter une attention particulière sur l'adoption de saines habitudes de vie comme la diminution de la consommation d'alcool et de drogue, l'hygiène buccodentaire ou encore celle contribuant à une diminution du surplus de poids. Certaines expositions en milieu de travail sont également à considérer ainsi que les traumatismes intentionnels dont les suicides et non intentionnels pour lesquels les hommes âgés de 25 à 44 ans sont visiblement plus vulnérables.



HOMMES ÂGÉS DE 45 À 64 ANS ANALYSE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des hommes âgés de 45 à 64 ans. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui l'influencent.

En moyenne, plus de 64 000 hommes âgés de 45 à 64 ans vivent en Chaudière-Appalaches, soit un nombre un peu plus élevé que le nombre de femmes du même âge. Ces hommes représentent 31 % de la population masculine de la région. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec³, ce nombre diminuera au cours des dix prochaines années. La décroissance attendue dans Chaudière-Appalaches est de l'ordre de 7 % alors que c'est une décroissance de 1,5 % qui est prévue au Québec.

L'analyse permet d'identifier les écarts entre les hommes âgés de 45 à 64 ans de la région de ceux du Québec et des femmes de Chaudière-Appalaches.

³ Institut de la statistique du Québec. 2009. Projections de la population du Québec, selon le territoire de RLS, le sexe et certains groupes d'âge, au 1 juillet, 2006 à 2031 (diffusion par le MSSS, 2010).

Écarts favorables pour les hommes âgés de 45 à 64 ans

Par rapport aux hommes âgés de 45 à 64 ans du Québec :

- Taux moins élevés de l'incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire dont les infections à *Chlamydia trachomatis*, l'ensemble des syphilis et l'ensemble des hépatites C;
- Proportions moins élevées d'incidence et de prévalence du diabète;
- Taux moins élevés de mortalité pour l'ensemble des causes et pour maladies de l'appareil circulatoire.

Par rapport aux femmes âgées de 45 à 64 ans de Chaudière-Appalaches :

- Proportion moins élevée d'hommes n'ayant aucune dent naturelle;
- Proportion moins élevée d'hommes consommant au moins trois médicaments différents au cours d'une période de deux jours;
- Proportion moins élevée de travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail;
- Proportion moins élevée d'hommes victimes de blessures attribuables à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois.

Par rapport aux hommes de 45 à 64 du Québec et aux femmes de 45 à 64 ans de Chaudière-Appalaches :

- ■ Proportion moins élevée d'hommes ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique;
- ■ Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour cancers.

Écarts défavorables pour les hommes âgés de 45 à 64 ans

Par rapport aux hommes âgés de 45 à 64 ans du Québec :

- Proportion moins élevée d'hommes atteignant le niveau d'activité physique recommandé;
- Proportion moins élevée d'hommes dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste;
- Proportion plus élevée de travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant eu des troubles musculo-squelettiques liés à l'emploi principal actuel à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois;
- Proportion plus élevée d'hommes ayant un niveau élevé de détresse psychologique.

Par rapport aux femmes âgées de 45 à 64 ans de Chaudière-Appalaches :

- Proportion plus élevée d'hommes présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année;
- Proportion plus élevée d'hommes ayant consommé de la drogue au cours de la vie;
- Proportion plus élevée d'hommes présentant un surplus de poids;
- Proportion plus élevée d'hommes ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire;
- Proportion moins élevée d'hommes se brossant les dents au moins deux fois par jour;
- Proportion moins élevée d'hommes qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires;
- Taux plus élevés de l'incidence des infections à syphilis et de l'ensemble des hépatites C;
- Proportion plus élevées de travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un niveau élevé de contraintes physiques, exposés à du bruit intense, exposés à des poussières de bois, exposés à des vapeurs de solvants et exposés à des vibrations des mains ou des bras;
- Proportions plus élevées d'incidence et de prévalence du diabète;
- Taux plus élevés d'incidence du cancer du poumon et du cancer colorectal;

- Taux plus élevés de mortalité pour l'ensemble des causes, pour tumeurs, dont le cancer du poumon, pour des maladies de l'appareil circulatoire, et pour traumatismes non intentionnels, dont les chutes.

Par rapport aux hommes âgés de 45 à 64 ans du Québec et aux femmes âgées de 45 à 64 ans de Chaudière-Appalaches :

- ■ Proportion plus élevée d'hommes prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine;
- ■ Proportion moins élevée d'hommes qui utilisent la soie dentaire tous les jours;
- ■ Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics, pour les maladies de l'appareil circulatoire et pour les maladies de l'appareil digestif;
- ■ Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels et spécifiquement pour accidents de véhicule à moteur;
- ■ Taux plus élevés de mortalité par causes externes et spécifiquement par suicide.

Faits marquants :

Les hommes âgés de 45 à 64 ans sont parfois favorisés et parfois défavorisés par rapport à ceux du Québec et aux jeunes femmes du même âge de la région.

Ces hommes sont moins souvent hospitalisés pour tumeurs, reçoivent moins de diagnostic de rhinite allergique et souffrent moins de traumatismes dus aux mouvements répétitifs des mains et des bras, problème pour lequel ils sont d'ailleurs moins exposés. Les hommes âgés de 45 à 64 ans consomment moins de médicaments et sont moins nombreux à n'avoir aucune dent naturelle.

Ils restent néanmoins désavantagés pour un grand nombre de problèmes de santé. Ils décèdent ainsi plus souvent pour l'ensemble des causes, les causes externes, les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer du poumon, l'ensemble des traumatismes non



intentionnels, les chutes et le suicide. Ils sont aussi plus souvent hospitalisés que les femmes pour l'ensemble des diagnostics et plus spécifiquement pour des maladies de l'appareil circulatoire, des maladies de l'appareil digestif, des traumatismes non intentionnels et des accidents de véhicule moteur. Ils présentent enfin davantage de problème de poids, de diabète, de nouveaux cas de cancer du poumon, du cancer colorectal, d'infections à syphilis et d'hépatite C.

Les hommes âgés de 45 à 64 ans offrent aussi une situation désavantageuse pour plusieurs déterminants. Par rapport aux femmes, ils sont plus nombreux à consommer de l'alcool de façon fréquente ou excessive, à consommer de la drogue, à négliger leur hygiène dentaire (brossage des dents, soie dentaire). Ils sont également moins nombreux que les femmes à consulter un professionnel de la santé ou contacter une ligne téléphonique suite à une pensée suicidaire. Ils sont enfin plus nombreux que les femmes à être exposés à différentes contraintes en milieu de travail comme les vapeurs de solvant, le bruit intense, la poussière de bois ainsi que les vibrations aux mains et aux bras.

Plusieurs écarts sont aussi observés entre les hommes de Chaudière-Appalaches et ceux du Québec. Ceux de la région meurent davantage de causes externes et de suicide. Ils sont aussi plus fréquemment hospitalisés en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil digestif, l'ensemble des traumatismes non intentionnels, les accidents de véhicules à moteur. Ils présentent également plus de problèmes musculo-squelettiques et de détresse psychologique. Ils sont aussi désavantagés au regard de la faible scolarité, de la consommation d'alcool, l'activité physique et l'hygiène dentaire (passage de la soie dentaire) et la prise de la tension artérielle lors de la visite chez le médecin.

En contrepartie, les hommes de 45-64 ans décèdent moins fréquemment que les Québécois du même âge suite à l'ensemble des causes, les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs de l'appareil digestif et sont moins hospitalisés en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des tumeurs. Ils souffrent en moins forte proportion que les Québécois de diabète, de rhinite allergique et de différentes infections comme la chlamydia, la syphilis et Hépatite C. Ils sont enfin moins influencés par le faible revenu.

Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès de la clientèle « Adultes » à porter une attention particulière à la prévention de suicide puisque les hommes de 45 à 64 sont particulièrement vulnérables à cette problématique. De plus, les mesures



visant l'adoption de saines habitudes de vie sont à privilégier afin d'agir sur la consommation d'alcool et de drogue, le surplus de poids et l'hygiène buccodentaire. Certaines expositions en milieu de travail sont également à considérer ainsi que les traumatismes non intentionnels.



HOMMES ÂGÉS DE 18 À 64 ANS ANALYSE DE LEURS SERVICES

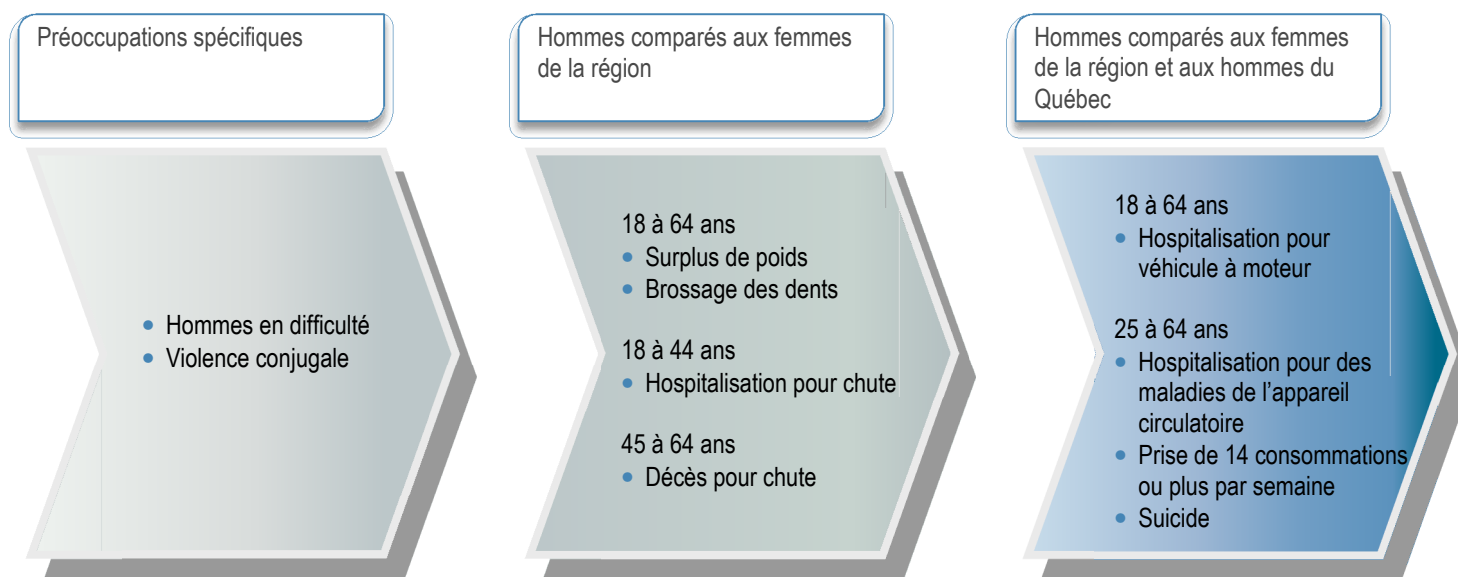
Ce bref portrait présente des informations particulières sur certains services qui sont dédiés aux hommes âgés de 18 à 64 ans. Il résulte des consultations réalisées dans le cadre de la démarche portant sur *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches*. Ce texte est divisé en cinq sections spécifiques :

- Synthèse des préoccupations ou problèmes;
- Situation régionale en regard de certains services;
- Opinions d'experts externes;
- Recommandations;
- Continuum de soins et de services pour les hommes âgés de 18 à 64 ans.

La consultation portait aussi sur la concertation et sur les besoins, autant ceux des hommes eux-mêmes que ceux des organismes communautaires et des CSSS. Les résultats sont présentés dans la section « À tout âge » ainsi que les noms des différents organismes qui ont participé à ces travaux spécifiques.

Synthèse des préoccupations ou problèmes

Ces préoccupations de santé et de bien-être sont tirées de la section *Analyse régionale de leur santé et bien-être*. Les problèmes de santé et de bien-être chez les hommes de Chaudière-Appalaches varient selon qu'ils appartiennent au groupe des hommes âgés de 18 à 24 ans, de 25 à 44 ans ou de 45 à 64 ans.



Une problématique se démarque chez les hommes de tous ces groupes d'âge par rapport aux femmes de la région et aux Québécois du même âge. En effet, ils ont un taux plus élevé d'hospitalisation pour accidents de véhicules à moteur. Pour les hommes âgés entre 25 et 64 ans, leurs principaux problèmes sont les hospitalisations pour des maladies de l'appareil circulatoire, la prise de 14 consommations ou plus par semaine et le suicide. En comparaison avec les femmes de la région seulement, les hommes de tous les groupes d'âge ont un problème de surplus de poids et se brossent moins souvent les dents. Les hospitalisations pour une chute sont plus fréquentes chez

les hommes âgés de 18 à 44, tandis que les décès suite à une chute surviennent plus souvent chez les hommes âgés de 45 à 64 ans. Enfin, deux autres préoccupations méritent qu'on leur accorde une attention particulière. Il s'agit des hommes en difficulté et de la violence conjugale.

Situation régionale en regard de certains services

Certains services donnés par les CSSS de la région de la Chaudière-Appalaches et les organismes communautaires (OC), dédiés aux hommes, sont décrits. Par la suite, une courte analyse est présentée sur le partenariat. Les points forts et les points faibles sont soulignés pour les deux thèmes.

Les données de cette section découlent d'une consultation réalisée auprès des représentants de dix organismes communautaires et de CSSS. Elles sont intégrées de façon non nominative, de façon à conserver la confidentialité des individus et organismes concernés.

Les services

Points forts

- Accessibles à tous pour les problématiques de santé physique et psychosociale;
- Accessibles pour les hommes aux prises avec des comportements violents.

Points faibles

- Repérage des hommes présentant de l'impulsivité, de la violence ou des dépendances (CSSS);
- Prise en charge pour les hommes présentant de la comorbidité (CSSS et organismes communautaires);
- Accessibilité pour les hommes en difficulté sur un territoire;
- Bris de services sur certains territoires et/ou certaines périodes de l'année (organismes communautaires);
- Roulement du personnel (organismes communautaires);
- Chevauchement des services pour les hommes en difficultés (organismes communautaires).



Pour les soins de santé physique, les hommes et les femmes âgés de 18 à 64 ans ont accès aux soins dispensés par le personnel de la santé et des services sociaux partout en Chaudière-Appalaches. Les hommes âgés de 18 à 64 ans sont souvent hospitalisés pour des blessures survenues sur les routes. Dans le cadre de leur responsabilité en prévention des traumatismes non intentionnels, trois CSSS se sont regroupés, avec des partenaires, pour former des regroupements intersectoriels dédiés à la prévention de l'alcool au volant. Cette collaboration intersectorielle produit des résultats encourageants[1].

Le réseau public offre aussi des soins et des services en lien avec des problématiques de santé mentale ou sociale. Aux CSSS, un service d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AEO) est offert par une équipe de professionnels œuvrant auprès des personnes qui font face à différentes situations difficiles comme la dépression, la détresse psychologique, les séparations, les décès, etc. Un service de suivi psychosocial est également offert. Enfin, les intervenants d'*Urgence-Détresse* sont accessibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. De plus, les CSSS ont un programme de prévention des problèmes psychosociaux incluant le suicide. Il y a des interventions de groupe en lien avec les problèmes de consommation d'alcool et les troubles anxieux et dépressifs. Les hommes participent peu à ces activités.

Depuis quelques années, tous les CSSS de la région ont apporté des ajustements pour adapter leurs pratiques aux réalités masculines. Ainsi, une formation a été donnée à différents professionnels pour mieux aider les hommes en détresse. Suite à cette action, plusieurs intervenants du service AEO accueillent plus rapidement les hommes qui ont décidé de consulter, afin de les retenir dans les services.

Dans la région, trois organismes communautaires offrent des services aux hommes aux prises avec des comportements violents dans leurs relations avec leur conjointe ou leur famille. Ces hommes sont habituellement référés par un CSSS, par l'entourage, par le système judiciaire ou la direction de la protection de la jeunesse. Dans quelques cas, ils consultent par eux-mêmes pour demander des services. Les intervenants des organismes communautaires rencontrent les hommes individuellement pour une évaluation et une orientation. Ces entrevues individuelles aident la personne à reconnaître son problème. Les hommes sont ensuite dirigés vers les séances de groupe de l'organisme ou poursuivre en individuel.



Du côté des organismes communautaires, on remarque que les CSSS réfèrent des hommes excédés par leur situation, impulsifs ou agressifs et qui n'ont aucun comportement violent. Les intervenants éprouvent parfois des difficultés à repérer les clients violents quand ceux-ci omettent de préciser leur comportement et invoquent plutôt des difficultés relationnelles. Il est à noter que les organismes ont parfois des difficultés à organiser un groupe en territoire à caractère rural. De plus, certains n'offrent pas de séances de groupe durant l'été. Des organismes éprouvent des difficultés avec le roulement du personnel, ce qui fragilise leurs services.

Pour les hommes en difficulté, des organismes communautaires répondent à leurs besoins. Un organisme a une mission très large sans avoir ciblé une problématique spécifique. Il a reçu des mandats régionaux pour aider les hommes victimes d'agression sexuelle et animer des groupes d'hommes en rupture amoureuse. Deux organismes offrent à la fois un service d'aide s'adressant aux hommes en difficulté et à ceux aux prises avec un comportement violent dans leur RLS. Cette situation provoque un chevauchement des services dans ces territoires et crée de la confusion pour les intervenants et la population.

Enfin, tous les organismes communautaires rencontrés constatent une augmentation des troubles de santé mentale, de dépendance, de violence, d'idées suicidaires, d'itinérance, etc. Ces nombreuses problématiques complexifient et surchargent leur travail. Du côté des CSSS, ces problèmes compliquent parfois la référence de ces hommes.

Le partenariat

Points forts

- Bons liens en majorité entre les organismes communautaires et les CSSS.

Points faibles

- Absence de fonctionnement en réseau;
- Concurrence entre les organismes communautaires dédiée aux hommes;
- Chevauchement des services pour les hommes en difficulté dans certains territoires.

En majorité, les CSSS constatent que le lien est bon avec les organismes communautaires. Deux de ces organismes communautaires s'entraident mutuellement. Le partenariat est inexistant entre les organismes communautaires œuvrant en violence et celui dédié aux hommes en difficulté, probablement dû à la concurrence.

Opinions d'experts externes

Pour promouvoir la santé et le bien-être, la Charte d'Ottawa propose des actions visant à renforcer les aptitudes individuelles, à élaborer une politique publique saine, à créer des milieux de vie favorables, à renforcer l'action communautaire et à réorienter les services de santé pour améliorer la santé[2]. Ces mesures peuvent s'appliquer notamment pour diminuer les problèmes reliés au surplus de poids et aux maladies de l'appareil circulatoire.

Chez les hommes, l'expression de leur détresse s'exprime parfois en agressivité, ce qui rend plus difficile l'évaluation et l'orientation de ces hommes[3]. Pour ceux aux prises avec un comportement violent, il semble « que près d'un homme sur deux qui intègre un programme en groupe complète sa démarche »[4].

Les hommes en détresse souffrent de solitude. Ils sont souvent en rupture conjugale, séparés de leurs enfants, sous soutien social ou sans emploi. Des groupes pour les hommes séparés dans les communautés pourraient les soutenir et prévenir le suicide[5].

Les hommes ont tendance à ne pas consulter. Une campagne de communication visant à valoriser la demande d'aide serait essentielle. De plus, ils devraient aussi bénéficier de services d'aide psychosociale et médicale dispensés par des professionnels formés à l'intervention auprès des clientèles masculines[5].

Recommandations

La promotion de la santé physique et psychosociale et la prévention sont prioritaires tout comme l'action sur les déterminants de la santé. Les interventions doivent tenir compte des réalités masculines plus particulièrement afin de :

- Promouvoir les saines habitudes de vie et créer des environnements favorables;
- Prévenir les traumatismes non intentionnels, particulièrement ceux qui surviennent sur la route. Ce problème de santé demeure un défi régional. Des recherches devraient être entreprises pour mieux comprendre les chutes qui affectent les hommes de 18 à 64 ans;
- Intensifier les efforts afin de rejoindre les hommes âgés de 35 à 64 ans, plus particulièrement lors de situations difficiles comme la perte d'un emploi ou une rupture amoureuse, et intervenir afin de prévenir le suicide;
- Implanter des réseaux de pairs aidant ou créer des groupes de soutien pour les hommes séparés;
- Améliorer le repérage de certaines problématiques (violence, dépendance, agressivité, etc.);
- Former les intervenants afin d'offrir des services adaptés d'aide psychosociale et médicale.

Continuum de soins et de services pour les hommes âgés de 18 à 64 ans de Chaudière-Appalaches

Préoccupations	Promotion	Prévention	Repérage ⁴	Intervention	Suivi
Santé mentale et sociale	Rejoindre les hommes (en difficulté ou non) afin qu'ils puissent mieux se connaître et renforcer leurs aptitudes individuelles par des programmes visant la résolution de problèmes et les habiletés sociales. Favoriser la création de groupes de soutien pour les hommes séparés.	Aider un homme à se reconstruire à la suite d'une perte amoureuse ou d'une rupture. Prévenir le stress et la détresse suite à une fermeture ou une perte d'emploi.	Tenir compte du genre masculin dans le repérage des problèmes suivants : • Idées suicidaires/dépression; • Comportements violents; • Troubles de santé mentale; • Dépendances; • Abus sexuels dans l'enfance.	<u>1^{re} ligne</u> : Offrir des services adaptés pour les hommes en difficulté avec tous les partenaires du RLS. Former les nouveaux intervenants(es) aux réalités masculines. <u>2^e ligne</u> : Offrir des services aux conjoints violents, aux agresseurs sexuels, aux hommes victimes de violence et aux hommes ayant vécu un abus sexuel dans l'enfance.	<u>1^{re} ligne</u> : Assurer le suivi des intervenants(es) ayant reçu de la formation. Assurer la formation des superviseurs cliniques. Pour une intervention rapide dans un milieu adapté aux hommes.
Santé physique	Développer des approches adaptées à la réalité masculine pour promouvoir les saines habitudes de vie et créer des environnements favorables.	Prévenir les blessures sur la route et dans les milieux de vie. Intervenir auprès des communautés afin de diminuer la conduite en état d'ébriété. Rendre les milieux de travail plus sains et sécuritaires.	Tenir compte du genre masculin dans le repérage des problèmes suivants : • Surplus de poids; • Hypertension artérielle; • Cancer colorectal (voir rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer)	<u>1^{re} ligne</u> : Offrir des services adaptés aux réalités masculines en respectant le cadre des <i>Pratiques cliniques préventives (PCP)</i>. S'assurer de la collaboration de tous les partenaires du RLS.	

L. Paré M.D. DSP Chaudière-Appalaches Juin 2011 Mise à jour mars 2013 Inspiré de : Gilles Tremblay et Pierre L'Heureux [3]

⁴ Définition : reconnaître parmi d'autres

Références

1. Roy, L. et D. Astell. 2008. *Alcool au volant : certaines améliorations, mais une situation préoccupante en Chaudière-Appalaches*. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 4 p. Feuillet.
2. Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. 1986. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, s.p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php>
3. Tremblay, G. et P. L'Heureux. 2011. Intervenir auprès des hommes en détresse. Devis de formation. 18 p.
4. Deslauriers, Jean-Martin, et autres. 2010. Regards sur les hommes et les masculinités Comprendre et intervenir. Québec, Presses de l'Université Laval, 410 p.
5. Houle, J. 2005. La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide. Montréal, Université du Québec à Montréal, 273 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://rvpaternite.org/fr/paternite/documents/these.pdf>



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

JEUNES HOMMES ÂGÉS DE 18    24 ANS – INDICATEURS

Déterminants

1. Conditions démographiques

Population (2011) (nombre et % des 18 à 24 ans parmi l'ensemble de la population)	17 923	8,7	ne	ne	8,2	9,2
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (��cart en nombre et taux brut par 100 des 18 à 24 ans)	-3 481	-19,4	ne	ne	-19,7	-13,1
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 18 à 24 ans)	na	108,5	ne	ne	na	104,2

2. Conditions socioculturelles

Population vivant seule (2006) (nombre et % des 18 à 24 ans)	950	5,4	ne	ne	3,8	6,9
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 18 à 24 ans)	17 590	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	15 675	89,1	ne	ne	75,6	88,1
Actuellement marié(e)	175	1,0	ne	ne	2,3	1,5
Partenaire en union libre	1 695	9,6	ne	ne	21,9	10,1
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	35	0,2	ne	ne	0,2	0,2
Veuf(ve) et non remarié(e)	5	0,0	ne	ne	0,1	0,1

3. Conditions socioéconomiques

Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 15 à 24 ans)	25 265	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	9 515	37,7	ne	ne	32,0	40,4
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	6 990	27,7	ne	ne	27,7	28,6
Post secondaires	8 070	31,9	ne	ne	35,3	27,1
Grade universitaire	685	2,7	ne	ne	5,0	4,0
Emploi (2006) (nombre et % des 15 à 24 ans)	16 080	63,7	ne	ne	61,2	55,0
Chômage (2006) (nombre et % des 15 à 24 ans)	1 355	7,8	ne	ne	6,8	13,2
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 18 à 24 ans)	1 660	9,5	ne	ne	10,8	20,1
Population active occupée selon les trois principaux types d'industrie (2006) (nombre et % des 15 à 29 ans)						
Secteur manufacturier (fabrication)	9 080	40,0	ne	ne	14,1	18,8
Commerce	3 965	17,5	ne	ne	24,0	24,5
Secteur primaire	1 725	7,6	ne	ne	3,0	3,3

4. Environnement physique

Aucun indicateur disponible						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

5. Environnement social et adaptation sociale

Aucun indicateur disponible						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

6. Habitudes de vie et comportements

Activité physique						
Population atteignant le niveau d'activité physique recommandé ¹ (2007-2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	10 700	* 54,4	ns	ns	np	57,4
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Buveurs actuels ¹ (2007-2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	18 200	92,7	ns	ns	97,3	91,9
Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année ¹ (2007-2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	8 200	* 41,6	ns	ns	np	47,1
Population ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)	8 900	34,6	ns	ns	* 26,2	39,8
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	11 600	68,5	ns	ns	63,4	69,5
Alimentation et poids corporel						
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	6 300	* 37,1	à	ns	* 18,8	34,2
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)	3 000	* 11,8	ns	ns	np	11,9
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	12 200	71,9	à	ns	87,5	74,5
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	np	np	à	ns	* 30,2	20,4
Habitudes sexuelles						
Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
1 partenaire	12 100	69,8	ns	ns	79,0	61,5
2 �� 4 partenaires	3 700	* 21,3	ns	ns	np	29,8
5 partenaires et plus	np	np	ns	ns	np	* 8,7
7. Utilisation de services de santé						
Population ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	15 600	79,1	ns	ns	94,6	88,3
Population ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	11 200	* 56,9	ns	ns	63,6	65,1
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 18 à 24 ans)	7 800	45,8	à	ns	73,0	59,5

État de la santé et du bien-être

8. Santé globale						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 18 à 24 ans)						
Première cause : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	314	172,3	■	●	673,6	159,0
Deuxième cause : Maladies de l'appareil digestif	110	60,2	■	●	26,5	54,5
Troisième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	86	47,3	ns	●	56,3	38,6
	24	12,9	ns	ns	12,7	13,3
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 18 à 24 ans)						
Première cause : Causes externes de mortalité	20	102,4	■	●	* 39,8	82,6
	17	89,9	■	●	* 26,9	67,8
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Aucun indicateur disponible						
Maladies chroniques						
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 à 24 ans)						
Première cause : Incidence des lymphomes	8	29,1	ns	ns	* 24,0	27,7
Deuxième cause : Incidence du cancer du testicule	< 5	* 10,2	ns	ns	np	8,5
	< 5	* 8,7	na	ns	na	6,8
Maladies liées à l'environnement						
Population ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	3 300	* 12,9	ns	ns	np	16,4
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	10 200	55,6	■	ns	* 31,5	46,1
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	8 700	47,2	ns	ns	* 38,7	44,7
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	6 500	* 35,6	■	ns	* 19,3	27,6
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	3 100	* 17,0	ns	ns	np	12,1
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	4 500	* 24,5	■	●	np	12,5
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Aucun indicateur disponible						
Santé mentale des travailleurs						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un faible soutien social au travail ¹ (2005) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	10 600	48,2	ns	ns	* 29,4	42,0
Traumatismes non intentionnels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 18 à 24 ans)						
	97	74,4	■	●	24,8	61,3
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 18 à 24 ans)						
	35	27,0	■	●	11,4	16,2
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 18 à 24 ans)						
	15	11,6	■	ns	* 5,4	13,6
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 18 à 24 ans)						
	10	52,2	■	●	* 22,2	37,6
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 18 à 24 ans)						
	8	40,7	ns	●	* 19,9	27,0
Population victime de blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	2 900	* 11,2	ns	ns	np	10,6
Population victime de blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	5 900	* 22,7	ns	ns	* 17,7	22,5
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	5 900	* 23,0	ns	ns	* 29,3	17,2
Maladies infectieuses						
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 à 24 ans)						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter	18	69,4	■	●	42,3	46,0
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose	6	* 22,1	ns	ns	* 10,8	14,2
ITSS : Incidence des infections à Chlamydia trachomatis	66	253,3	■	●	821,5	452,5
ITSS : Incidence des infections gonococciques	< 5	* 16,0	ns	●	* 11,6	71,1
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 15 à 24 ans)						
	4 900	* 19,1	ns	ns	* 27,4	19,0
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 18 à 24 ans)						
	7	* 34,5	■	ns	np	25,6

Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, sur demande, dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

1

*

na

nc

ne

np

ns

Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

Valeur à interpréter avec prudence

Non applicable

Test statistique non calculable

Test statistique pour mesurer les écarts non effectué

Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas

Écart non significatif statistiquement

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

HOMMES ÂGÉS DE 25 À 44 ANS – INDICATEURS

Déterminants

1. Conditions démographiques

Population (2011) (nombre et % des 25 à 44 ans parmi l'ensemble de la population)	52 723	25,7	ne	ne	23,8	27,5
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 des 25 à 44 ans)	347	0,7	ne	ne	2,2	4,8
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 25 à 44 ans)	na	109,1	ne	ne	na	104,7

2. Conditions socioculturelles

Population vivant seule (2006) (nombre et % des 25 à 44 ans)	7 070	13,6	ne	ne	6,9	15,7
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 25 à 44 ans)	52 150	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	15 540	29,8	ne	ne	19,2	33,4
Actuellement marié(e)	13 015	25,0	ne	ne	31,9	28,8
Partenaire en union libre	21 810	41,8	ne	ne	43,6	33,7
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	1 715	3,3	ne	ne	4,9	4,0
Veuf(ve) et non remarié(e)	70	0,1	ne	ne	0,4	0,1

3. Conditions socioéconomiques

Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 25 à 44 ans)	52 020	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	8 365	16,1	ne	ne	10,7	14,6
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	8 855	17,0	ne	ne	16,0	17,4
Post secondaires	27 730	53,3	ne	ne	52,9	45,3
Grade universitaire	7 070	13,6	ne	ne	20,4	22,6
Emploi (2006) (nombre et % des 25 à 44 ans)	47 155	90,6	ne	ne	83,5	85,2
Chômage (2006) (nombre et % des 25 à 44 ans)	1 965	4,0	ne	ne	3,2	6,7
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 25 à 44 ans)	3 710	7,1	ne	ne	9,0	15,8
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	5 200	* 9,7	ns	ns	* 7,9	11,5
Population active occupée selon les trois principaux types d'industrie (2006) (nombre et % des 30 à 39 ans)						
Secteur manufacturier (fabrication)	7 295	42,3	ne	ne	19,5	23,4
Commerce	2 265	13,1	ne	ne	12,5	15,7
Finance, assurances, services immobiliers, gestion et administrations	1 110	6,4	ne	ne	10,6	7,9
Population active occupée selon les trois principaux types d'industrie (2006) (nombre et % des 40 à 49 ans)						
Secteur primaire	9 110	39,3	ne	ne	18,2	3,8
Secteur manufacturier (fabrication)	3 085	13,3	ne	ne	13,3	24,6
Construction	2 040	8,8	ne	ne	4,3	4,8

4. Environnement physique

Population de non-fumeurs vivant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	23 700	59,8	ns	ns	61,5	68,8
---	--------	------	----	----	------	------

5. Environnement social et adaptation sociale

Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	10 100	* 18,9	ns	ns	* 15,8	12,8
Population insatisfaite de sa vie sociale ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	2 700	* 5,0	ns	ns	np	6,9

6. Habitudes de vie et comportements

Activité physique						
Population atteignant le niveau d'activité physique recommandé ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	16 400	* 30,8	ns	ns	32,3	38,3
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Fumeurs (réguliers et occasionnels) ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	13 600	* 25,6	ns	ns	* 27,5	32,7
Buveurs actuels ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	49 000	91,9	ns	ns	89,2	89,2
Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	16 300	* 30,6	ns	ns	* 15,8	31,1
Population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine ¹ (2005) (nombre et % des 25 à 44 ans)	11 400	* 19,3	■	●	np	11,9
Population ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	12 100	22,6	■	ns	* 8,0	22,4
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	35 500	66,1	ns	ns	58,3	63,6
Alimentation et poids corporel						
Population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	28 500	53,5	ns	ns	40,0	55,4
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	32 100	59,8	■	ns	31,8	62,5
Population présentant de l'obésité ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	7 000	13,0	ns	ns	* 11,2	16,2
Population se percevant avec un excès de poids ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	18 700	34,8	ns	ns	37,9	35,4
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	7 000	* 13,0	ns	ns	* 8,3	12,2
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	39 000	72,5	■	ns	87,8	75,2
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	11 000	20,7	■	ns	32,5	21,7
Habitudes sexuelles						
Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)						
1 partenaire	46 300	90,1	ns	ns	93,9	85,9
2 à 4 partenaires	4 600	* 8,9	ns	ns	* 5,2	10,8
5 partenaires et plus	np	np	ns	●	np	* 3,3

7. Utilisation de services de santé

Population ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	50 700	95,0	ns	●	98,1	86,1
Population ayant consulté un médecin de famille, pédiatre ou omnipraticien au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	35 800	67,1	ns	●	79,7	55,5
Population ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	32 400	60,7	ns	ns	75,3	59,9
Population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans parmi la population ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie)	2 900	* 40,4	ns	ns	60,4	42,1
Population ayant consommé un type de médicament donné (les principaux) au cours d'une période de deux jours ¹ (2003) (nombre et % des 25 à 44 ans)						
Analgésiques (médicaments contre la douleur)	8 600	* 14,9	ns	ns	* 23,0	16,2
Vitamines ou minéraux	13 500	* 23,4	ns	ns	* 29,1	20,7
Appels pour intoxication au Centre antipoison du Québec (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 pour les 18 à 44 ans)	282,2	390,6	ns	ns	377,5	376,1
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	34 400	64,0	■	●	73,2	74,6

État de la santé et du bien-être	Chaudière-Appalaches				Le Québec	
	Hommes			Femmes	Hommes	
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes CA	hommes Québec	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
8. Santé globale						
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	2 600	* 4,8	ns	ns	np	* 5,7
Population ayant souffert d'incapacité au cours d'une période de deux semaines ¹ (2005) (nombre et % des 25 à 44 ans)	7 500	* 12,7	ns	ns	* 14,4	12,7
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 25 à 44 ans)	1 204	221,6	■	●	1 055,9	208,1
Première cause : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	256	47,2	■	ns	28,1	45,0
Deuxième cause : Maladies de l'appareil digestif	251	46,2	■	ns	61,3	47,0
Troisième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	145	26,7	■	●	16,2	22,2
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 25 à 44 ans)	67	119,9	■	ns	61,3	118,0
Première cause : Causes externes de mortalité	41	74,1	■	●	24,7	64,2
Deuxième cause : Tumeurs	11	19,3	ns	ns	22,0	17,5
Troisième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	7	* 12,2	■	ns	* 3,9	14,9
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Aucun indicateur disponible						
Maladies chroniques						
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 1 000 des 20 à 44 ans)	96	1,5	ns	●	1,6	2,0
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 100 des 20 à 44 ans)	932	1,4	ns	●	1,4	1,5
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 25 à 44 ans)	42	74,1	■	ns	156,5	71,3
Première cause : Incidence des lymphomes	7	12,8	ns	ns	* 9,5	12,9
Deuxième cause : Incidence du cancer du testicule	< 5	* 7,8	na	ns	na	9,9
Troisième cause : Incidence des cancers de l'oeil, de l'encéphale et du système nerveux central	< 5	* 7,4	ns	●	* 5,3	4,9
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 25 à 44 ans)	10	17,9	ns	ns	21,6	17,1
Première cause : Tumeurs malignes de l'oeil, du cerveau et d'autres parties du système nerveux central	< 5	* 4,3	■	●	np	2,4
Deuxième cause : Mortalité par cancer du poumon	< 5	* 3,2	ns	ns	* 6,6	2,7
Maladies liées à l'environnement						
Population ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	9 200	17,2	ns	ns	16,7	19,1
Population ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	7 700	* 14,2	ns	ns	19,3	17,4
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	18 100	36,7	■	ns	13,3	29,6
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à du bruit intense en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	6 000	* 12,1	■	ns	* 4,7	12,9
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 24 à 44 ans)	14 400	29,1	ns	●	36,8	35,0
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	9 900	20,1	ns	ns	* 14,4	18,2
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des poussières de bois en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	5 500	* 11,2	■	ns	np	9,4
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	5 500	* 11,1	ns	ns	* 8,4	10,0
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	7 900	15,9	■	ns	np	13,1
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant eu des troubles musculo-squelettiques liés à l'emploi principal actuel à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	6 900	14,0	ns	ns	17,3	16,8
Santé mentale des travailleurs						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un faible soutien social au travail ¹ (2005) (nombre et % des travailleurs des 25 à 44 ans)	29 600	51,8	ns	ns	51,6	52,7
Traumatismes non intentionels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 25 à 44 ans)	240	44,1	■	●	15,4	37,9
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 25 à 44 ans)	47	8,6	■	●	3,4	6,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 25 à 44 ans)	52	9,5	■	ns	5,9	10,1
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 25 à 44 ans)	19	34,0	■	●	* 10,0	27,0
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 25 à 44 ans)	10	18,6	■	●	* 6,9	12,9
Population victime de blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	5 800	* 10,8	ns	ns	* 7,8	14,7
Population victime de blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	5 800	* 10,7	ns	ns	* 7,5	14,4
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	11 700	21,8	ns	ns	28,7	23,8
Maladies infectieuses						
Population ayant déjà eu des relations sexuelles qui a eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	5 500	* 10,3	ns	ns	* 11,9	9,3
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 25 à 44 ans)						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter	25	45,9	ns	●	35,7	31,8
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose	9	15,9	ns	ns	17,6	10,8
ITSS : Incidence des infections à Chlamydia trachomatis	68	126,2	ns	●	142,4	184,2
ITSS : Incidence des infections gonococciques	7	* 12,6	■	●	np	52,7
ITSS : Incidence pour l'ensemble des infections à syphilis	< 5	* 3,7	ns	●	np	24,4
Hépatite : Incidence de l'ensemble des hépatites C	10	18,9	ns	●	* 14,0	47,3
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 25 à 44 ans)	9 900	18,4	ns	ns	22,3	21,4
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 25 à 44 ans)	22	39,4	■	●	* 13,1	32,5

■ Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

■ Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

■ Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

● Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

1 Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

* Valeur à interpréter avec prudence

na Non applicable

nc Test statistique non calculable

ne Test statistique pour mesurer les écarts non effectué

np Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas

ns Écart non significatif statistiquement

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, [sur demande](#), dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
HOMMES ÂGÉS DE 45 À 64 ANS – INDICATEURS

Déterminants

1. Conditions démographiques

Population (2011) (nombre et % des 45 à 64 ans parmi l'ensemble de la population)	63 855	31,1	ne	ne	30,8	29,6
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 des 45 à 64 ans)	-4 445	-7,0	ne	ne	-9,9	-1,5
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 45 à 64 ans)	na	102,2	ne	ne	na	99,0

2. Conditions socioculturelles

Population vivant seule (2006) (nombre et % des 45 à 64 ans)	8 920	15,1	ne	ne	14,4	16,6
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 45 à 64 ans)	59 605	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	7 405	12,4	ne	ne	9,0	13,9
Actuellement marié(e)	34 700	58,2	ne	ne	58,9	53,9
Partenaire en union libre	10 500	17,6	ne	ne	15,1	18,7
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	6 305	10,6	ne	ne	12,5	12,3
Veuf(ve) et non remarié(e)	715	1,2	ne	ne	4,4	1,2

3. Conditions socioéconomiques

Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 45 à 64 ans)	59 115	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	14 705	24,9	ne	ne	24,5	20,8
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	12 400	21,0	ne	ne	29,2	21,8
Post secondaires	24 420	41,3	ne	ne	37,2	39,2
Grade universitaire	7 590	12,8	ne	ne	9,1	18,2
Emploi (2006) (nombre et % des 45 à 64 ans)	44 970	76,1	ne	ne	62,2	73,1
Chômage (2006) (nombre et % des 45 à 64 ans)	2 185	4,6	ne	ne	3,6	6,1
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 45 à 64 ans)	6 200	10,5	ne	ne	12,2	13,9
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	7 200	11,8	ns	ns	14,7	10,0
Population active occupée selon les trois principaux types d'industrie (2006) (nombre et % des 50 ans et plus)						
Secteur manufacturier (fabrication)	7 040	27,4	ne	ne	13,0	19,8
Commerce	3 385	13,2	ne	ne	14,3	14,8
Secteur primaire	3 170	12,4	ne	ne	5,2	4,6

4. Environnement physique

Population de non-fumeurs vivant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	27 200	57,4	ns	ns	53,6	63,1
---	--------	------	----	----	------	------

5. Environnement social et adaptation sociale

Population n'ayant pas un niveau élevé de soutien social ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	12 700	* 20,9	ns	ns	* 13,0	18,2
Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	9 000	* 14,9	ns	ns	* 18,4	11,3
Population insatisfaite de sa vie sociale ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	3 600	* 5,9	ns	ns	* 5,8	6,7

6. Habitudes de vie et comportements

Activité physique						
Population atteignant le niveau d'activité physique recommandé ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	14 700	* 24,2	ns	●	* 21,6	32,9
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Fumeurs (réguliers et occasionnels) ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	13 200	* 21,8	ns	ns	26,0	27,4
Buveurs actuels ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	54 300	89,6	ns	ns	84,5	86,9
Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	15 300	* 25,1	■	ns	np	23,5
Population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine ¹ (2005) (nombre et % des 45 à 64 ans)	10 900	* 18,8	■	●	np	12,6
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	28 500	46,8	■	ns	27,5	51,2
Alimentation et poids corporel						
Population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	37 200	61,4	ns	ns	46,6	60,8
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	40 900	67,1	■	ns	44,9	69,6
Population présentant de l'obésité ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	11 000	18,1	ns	ns	14,3	20,5
Population se percevant avec un excès de poids ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	27 100	44,4	ns	ns	47,9	47,4
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	7 600	12,4	■	ns	* 6,8	14,4
Population n'ayant aucune dent naturelle ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	8 200	13,4	■	ns	21,0	10,5
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	38 800	63,5	■	ns	89,1	65,0
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	11 600	21,9	■	●	42,2	29,0
Habitudes sexuelles						
Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)						
1 partenaire	50 200	93,9	ns	ns	98,0	93,3
2 à 4 partenaires	2 700	* 5,0	ns	ns	np	5,5
5 partenaires et plus	np	np	ns	ns	np	* 1,1
7. Utilisation de services de santé						
Population ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	54 900	90,7	ns	ns	96,6	90,1
Population ayant consulté un médecin de famille, pédiatre ou omnipraticien au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	43 300	71,5	ns	ns	82,6	69,5
Population ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	30 000	49,5	ns	ns	61,2	53,7
Population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans parmi la population ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie)	4 500	* 41,0	■	ns	60,6	48,2
Population ayant consommé au moins trois médicaments différents au cours d'une période de deux jours ¹ (2003) (nombre et % des 45 à 64 ans)	9 700	* 17,5	■	ns	41,8	22,0
Population ayant consommé un type de médicament donné (les principaux) au cours d'une période de deux jours ¹ (2003) (nombre et % des 45 à 64 ans)						
Analgésiques (médicaments contre la douleur)	10 900	* 19,8	ns	ns	* 27,9	21,4
Vitamines ou minéraux	13 600	* 24,6	■	ns	57,2	24,9
Appels pour intoxication au Centre antipoison du Québec (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 pour les 45 ans et plus)	173,2	195,9	ns	ns	223,0	203,5
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	52 300	85,6	ns	●	81,5	89,8

	Chaudière-Appalaches				Le Québec	
État de la santé et du bien-être	Hommes				Femmes	Hommes
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes CA	hommes Québec	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
8. Santé globale						
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	6 200	10,1	ns	ns	10,7	12,1
Population ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ¹ (2005) (nombre et % des 45 à 64 ans)	7 300	* 12,7	ns	ns	* 13,7	9,0
Population ayant des problèmes de santé fonctionnelle ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45-64 ans)	11 900	* 19,7	ns	ns	* 12,1	15,1
Population ayant souffert d'incapacité au cours d'une période de deux semaines ¹ (2005) (nombre et % des 45 à 64 ans)	9 900	* 17,0	ns	ns	np	13,6
Population ayant une limitation d'activités ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	13 800	* 22,9	ns	ns	* 22,0	19,3
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 45 à 64 ans)	4 126	674,0	■	●	540,7	648,5
Première cause : Maladies de l'appareil circulatoire	1 223	199,8	■	●	79,2	182,9
Deuxième cause : Maladies de l'appareil digestif	586	95,6	■	●	79,0	91,7
Troisième cause : Tumeurs	513	83,8	■	●	104,7	88,2
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 45 à 64 ans)	299	515,5	■	●	318,6	569,1
Première cause : Tumeurs	134	231,7	■	ns	188,8	239,4
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	69	119,0	■	●	37,9	143,6
Troisième cause : Causes externes de mortalité	48	82,4	■	●	29,8	67,3
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Aucun indicateur disponible						
Maladies chroniques						
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 1 000 des 45 à 64 ans)	284	10,1	■	●	7,2	11,4
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 100 des 45 à 64 ans)	5 631	9,1	■	●	6,3	10,4
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 45 à 64 ans)	373	660,1	ns	ns	620,3	637,1
Première cause : Incidence du cancer de la prostate	91	160,6	na	ns	na	146,9
Deuxième cause : Incidence du cancer du poumon	72	126,6	■	ns	90,1	119,6
Troisième cause : Incidence du cancer colorectal	48	84,9	■	ns	61,3	86,0
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 45 à 64 ans)	134	230,7	■	ns	188,1	237,5
Première cause : Mortalité par cancer du poumon	53	90,7	■	ns	62,1	89,8
Troisième cause : Mortalité par cancer de la prostate	< 5	* 5,2	na	ns	na	5,9
Deuxième cause : Mortalité par cancer colorectal	13	22,8	ns	ns	17,5	28,0
Prévalence des 2 principaux problèmes de santé chroniques ¹ (2007-2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	13 800	* 22,7	ns	ns	* 20,5	20,4
Premier problème : Maux de dos autre que la fibromyalgie et l'arthrite	8 100	* 33,2	ns	ns	* 34,9	27,3
Deuxième problème : Arthrite						
Maladies liées à l'environnement						
Population ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	4 600	* 7,5	■	●	13,6	13,7
Population ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	8 300	13,6	ns	ns	16,5	13,5
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	15 500	32,8	■	ns	20,1	26,9
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à du bruit intense en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	4 600	* 9,8	■	ns	np	10,1
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	15 600	33,0	■	ns	46,0	35,5
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	7 100	14,9	ns	ns	* 11,2	14,1
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des poussières de bois en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	4 600	* 9,7	■	ns	np	7,0
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	4 000	* 8,5	■	ns	np	8,2
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	5 700	* 12,1	■	ns	np	10,0
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant eu des troubles musculo-squelettiques liés à l'emploi principal actuel à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	11 000	22,8	ns	●	26,7	17,9
Santé mentale des travailleurs						
Travailleurs vivant en Chaudière-Appalaches ayant un faible soutien social au travail ¹ (2005) (nombre et % des 45 à 74 ans)	26 300	56,1	ns	ns	54,6	56,1
Traumatismes non intentionels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 45 à 64 ans)	347	56,7	■	●	31,5	48,8
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 45 à 64 ans)	45	7,3	■	●	4,6	6,0
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 45 à 64 ans)	133	21,7	ns	ns	19,2	20,7
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 45 à 64 ans)	21	36,2	■	ns	14,4	30,3
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 45 à 64 ans)	8	13,4	ns	ns	* 9,1	10,4
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 45 à 64 ans)	< 5	* 4,8	■	ns	np	3,9
Population victime de blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	6 000	* 9,8	■	ns	15,6	13,2
Population victime de blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	6 800	* 11,1	ns	ns	* 9,8	9,9
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	20 400	33,4	ns	ns	37,4	29,5
Maladies infectieuses						
Population ayant déjà eu des relations sexuelles qui a eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	4 000	* 6,7	ns	ns	* 6,0	8,0
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 45 à 64 ans)						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter	21	33,4	ns	ns	24,7	28,5
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose	9	14,9	ns	ns	16,2	11,2
ITSS : Incidence des infections à Chlamydia trachomatis	6	* 10,4	ns	●	* 6,3	21,1
ITSS : Incidence pour l'ensemble des infections à syphilis	< 5	* 5,5	■	●	np	17,6
Hépatite : Incidence de l'ensemble des hépatites C	15	24,3	■	●	np	53,3
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	12 100	19,8	ns	●	20,0	15,8
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 45 à 64 ans)	25	42,8	■	●	14,0	33,6
Population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie ¹ (2008) (nombre et % des 45 à 64 ans)	2 400	* 3,9	ns	ns	* 4,9	3,9

■ Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

■ Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

■ Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

● Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, sur demande, dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

1 Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

* Valeur à interpréter avec prudence

na Non applicable

nc Test statistique non calculable

ne Test statistique pour mesurer les écarts non effectué

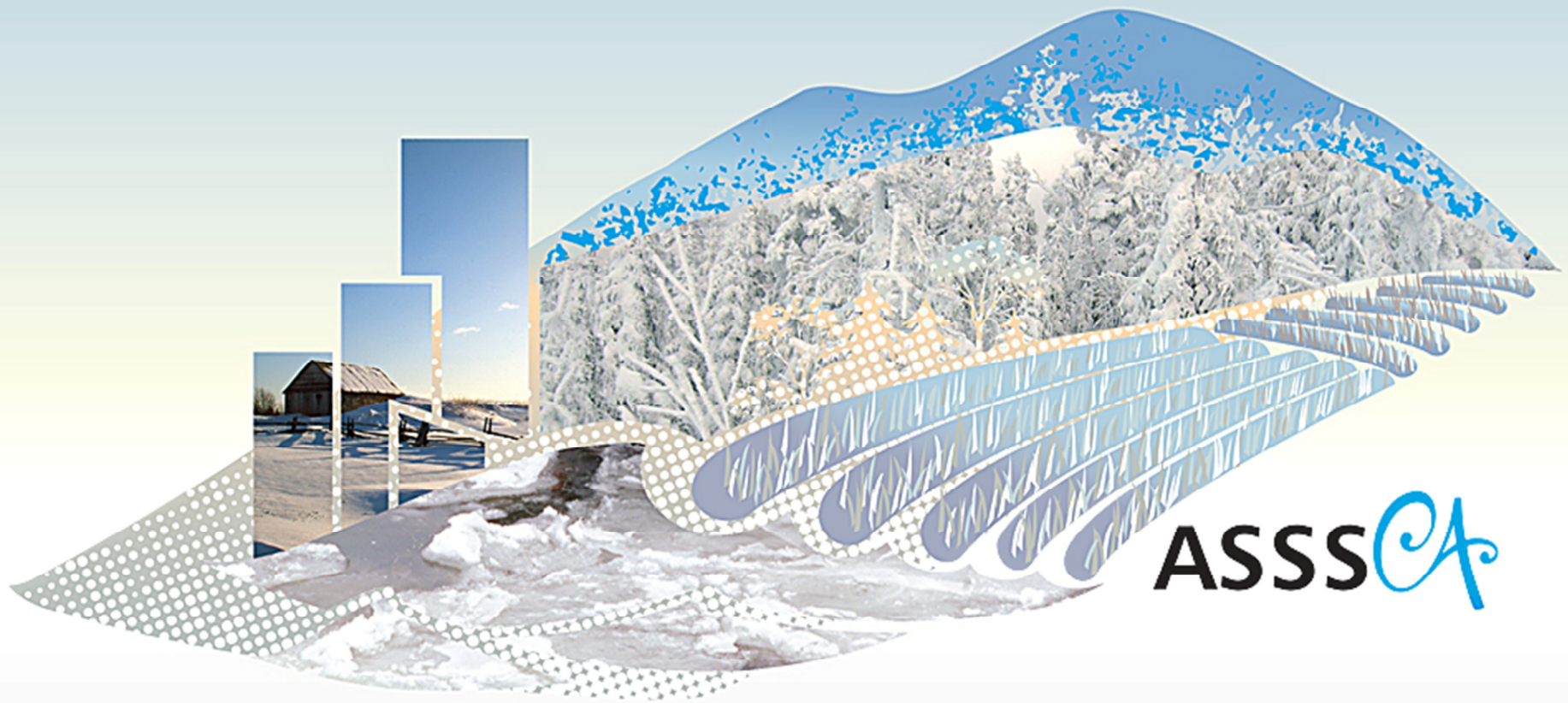
np Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas

ns Écart non significatif statistiquement

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013



ASSS *CA*

**POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE
DES HOMMES ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS**



HOMMES ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS ANALYSE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des aînés. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui l'influencent.

En moyenne, près de 30 500 hommes âgés de 65 ans et plus qui vivent en Chaudière-Appalaches, soit un nombre moins élevé que le nombre de femmes du même âge. Ces hommes représentent 15 % de la population masculine de la région. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec¹, ce nombre sera 1,5 fois plus grand dans 10 ans. La croissance attendue dans Chaudière-Appalaches est de l'ordre de 51,5 % alors que c'est une croissance de 44,1 % qui est prévue au Québec. Actuellement (2011), ce sont les adultes âgés entre 45 et 64 ans, soit les baby-boomers, qui occupent la plus grande part de la population masculine. Dans la prochaine décennie, cette cohorte contribuera fortement au vieillissement de la population.

L'analyse suivante permet d'identifier les écarts entre les aînés de la région de ceux du Québec et des femmes du même âge de Chaudière-Appalaches.

¹ Institut de la statistique du Québec. 2009. Projections de la population du Québec, selon le territoire de RLS, le sexe et certains groupes d'âge, au 1 juillet, 2006 à 2031 (diffusion par le MSSS, 2010).

Écarts favorables pour les jeunes hommes âgés 65 ans et plus

Par rapport aux hommes âgés de 65 ans et plus du Québec :

- Espérance de vie à 65 ans plus grande;
- Proportions moins élevées de prévalence du diabète;
- Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les cancers;
- Taux moins élevé de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire et pour le cancer colorectal (65 ans et plus);
- Taux moins élevé de mortalité pour toutes causes confondues et les maladies de l'appareil circulatoire pour les personnes âgées de 65 à 74 ans;
- Taux moins élevé de mortalité pour le cancer colorectal spécifiquement pour les 75 ans et plus.

Par rapport aux femmes âgées de 65 ans et plus de Chaudière-Appalaches :

- Proportion moins élevée de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique;
- Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des traumatismes non intentionnels et les chutes, pour les 65 ans et plus et différents sous-groupes d'âge;
- Proportion moins élevée d'hommes n'ayant aucune dent naturelle.

Écarts défavorables pour les hommes âgés de 65 ans et plus

Par rapport aux hommes âgés de 65 ans et plus du Québec :

- Proportion plus élevée d'hommes se percevant pauvre ou très pauvre pour les 65 ans et plus et spécifiquement pour les 75 ans et plus;
- Taux plus élevé d'incidence pour le cancer de la prostate pour les hommes âgés 65 ans et plus et spécifiquement pour les hommes âgés de 75 ans et plus;
- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les traumatismes non intentionnels et les chutes chez les hommes âgés de 65 ans et plus et différents sous-groupes d'âges;
- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les accidents de véhicules à moteur pour les hommes âgés de 65 à 74 ans;
- Taux plus élevé de mortalité pour les accidents de véhicules à moteur pour les hommes âgés de 65 à 74 ans et de 75 à 84 ans.

Par rapport aux femmes âgées de 65 ans et plus de Chaudière-Appalaches :

- Proportion plus élevée d'hommes présentant un surplus de poids;
- Proportion moins élevée d'hommes se brossant les dents au moins deux fois par jour;
- Espérance de vie à 65 ans moins élevée;
- Taux plus élevé d'incidence et de prévalence du diabète pour certains groupes d'âge;
- Taux plus élevé d'incidence des cancers pour l'ensemble des cancers, le cancer du poumon et le cancer colorectal;
- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les tumeurs;
- Taux plus élevé de mortalité pour l'ensemble des causes, les cancers, dont le cancer du poumon et le cancer colorectal, et pour les maladies de l'appareil respiratoire, pour les hommes âgés de 65 ans et plus;

Par rapport aux hommes âgés de 65 ans et plus du Québec et aux femmes âgées de 65 ans et plus de Chaudière-Appalaches :

- ■ Proportion moins élevée d'hommes utilisant la soie dentaire tous les jours;
- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics, les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire;
- ■ Taux plus élevée de mortalité pour les maladies de l'appareil respiratoire, les traumatismes non intentionnels et les accidents de véhicules à moteur;
- ■ Taux plus élevé de mortalité par suicide;
- ■ Taux plus élevé d'incidence des cancers pour l'ensemble des cancers pour les hommes âgés de 75 ans et plus.

Faits marquants :

Les hommes âgés de 65 ans et plus sont parfois favorisés et parfois défavorisés par rapport à ceux du Québec et aux femmes du même âge de la région.

Les hommes aînés de Chaudière-Appalaches ont une meilleure espérance de vie que les Québécois du même âge. Ils sont aussi relativement moins nombreux à souffrir du diabète et à être hospitalisés pour des tumeurs. Ils décèdent aussi moins souvent que leurs confrères québécois en raison de maladies de l'appareil circulatoire ainsi que pour le cancer colorectal. Les hommes de Chaudière-Appalaches sont moins nombreux que les femmes de la région à être hospitalisés pour traumatismes non intentionnels, notamment les chutes.



Concernant les habitudes de vie, il n'existe pas d'écarts notables au chapitre des habitudes de vie à l'exception du passage de la soie dentaire, qui est moins fréquent ici qu'au Québec. Les aînés de la région sont plus nombreux que les femmes âgées de 65 ans et plus à souffrir de maladies chroniques. Ils présentent davantage de surplus de poids, de diabète, de cancer du poumon et de cancer colorectal. Ils meurent enfin plus souvent de ces deux dernières maladies.

Par rapport aux aînés du Québec et aux femmes de Chaudière-Appalaches, les hommes de la région sont malheureusement plus nombreux à mourir par suicide, accidents de véhicule à moteur et de maladies de l'appareil respiratoire.

Ces faits sont révélateurs dans une perspective où l'accroissement des effectifs masculins est supérieur à celui des femmes, surtout parmi les groupes plus âgés. Ces observations donc incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès de la clientèle « Aînés » à porter une attention particulière sur l'adoption de saines habitudes de vie et d'environnement favorables pour faciliter un vieillissement en santé et une réponse adéquate aux problèmes de santé chroniques vécus. Par ailleurs, des recherches devraient être entreprises afin de mieux connaître les causes et circonstances des nombreux décès dans cette population que ce soit par suicide ou par accidents de véhicules à moteur afin d'instaurer des mesures préventives adéquates.



HOMMES ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS ANALYSE DE LEURS SERVICES

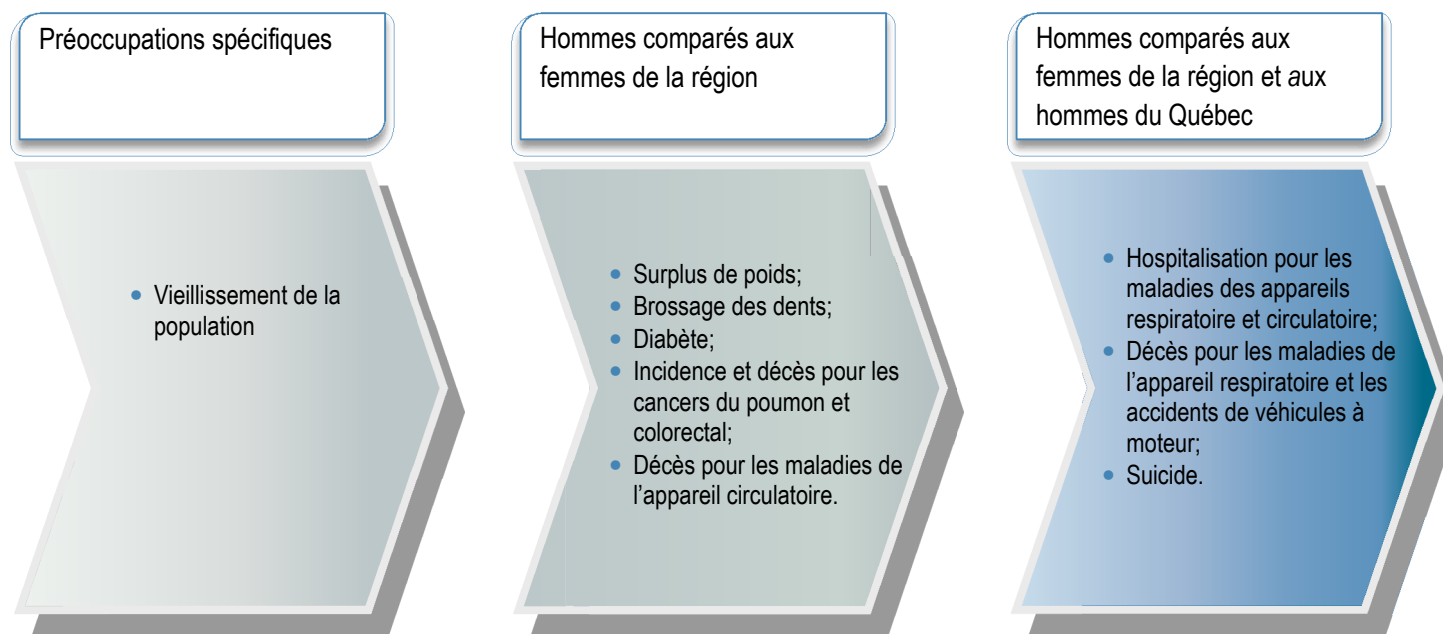
Ce bref portrait présente des informations particulières sur certains services qui sont dédiés aux hommes âgés de 65 ans et plus. Il résulte des consultations réalisées dans le cadre de la démarche portant sur *La santé et le bien-être des hommes de Chaudière-Appalaches*. Ce texte est divisé en cinq sections spécifiques :

- Synthèse des préoccupations ou problèmes;
- Situation régionale en regard de certains services;
- Opinions d'experts externes;
- Recommandations;
- Continuum de soins et de services pour les hommes âgés de 65 ans et plus.

La consultation portait aussi sur la concertation et sur les besoins, autant ceux des hommes eux-mêmes que ceux des organismes communautaires et des CSSS. Les résultats sont présentés dans la section « À tout âge » ainsi que les noms des différents organismes qui ont participé à ces travaux spécifiques.

Synthèse des préoccupations ou problèmes

Ces préoccupations de santé et de bien-être sont tirées de la section *Analyse régionale*.



En Chaudière-Appalaches, les hommes âgés de 65 ans et plus ont plus de problèmes de santé et de bien-être que les femmes du même âge. Les principaux problèmes de santé sont des maladies chroniques dont les maladies respiratoires, incluant le cancer du poumon, ainsi que les problèmes de santé reliés aux habitudes de vie comme le surplus de poids, le diabète, le cancer colorectal et les maladies de l'appareil circulatoire. Une autre problématique, la négligence de l'hygiène buccale amène parfois des problèmes de dentition et de nutrition.



L'ampleur du suicide et des blessures reliés aux accidents de véhicules à moteur chez les aînés de Chaudière-Appalaches mérite une attention particulière puisque les taux de décès dépassent celui des femmes de la région et des hommes du Québec ayant le même âge.

Deux autres préoccupations à caractère social se démarquent. En effet, l'accroissement prévu du nombre d'hommes âgés de 65 et plus transformera les communautés. Dans certains RLS, le faible revenu, la faible scolarisation et le réseau de soutien social de la population masculine sont des déterminants sociaux qui auront un impact sur la santé et le bien-être des hommes âgés de 65 ans et plus de la région.

Situation régionale en regard de certains services

Certains services donnés par les CSSS de la région de la Chaudière-Appalaches et les organismes communautaires, dédiés aux hommes, sont maintenant décrits en précisant les points forts et les points faibles. Quelques résultats sur le partenariat sont aussi présentés.

Les données de cette section découlent d'une consultation réalisée auprès des représentants de dix organismes communautaires et de CSSS. Elles sont intégrées de façon non nominative, de façon à conserver la confidentialité des individus et organismes concernés.

Les services et le partenariat

Points forts

- Accessibles à tous pour les problématiques de santé physique et psychosociale.

Points faibles

- Réseau de la santé et des services sociaux offrant peu de services adaptés aux aînés;
- Peu ou pas de demande d'aide de la part des aînés entraînant une faible utilisation des services offerts par les organismes communautaires dédiés aux hommes.

Les aînés ont accès aux soins dispensés par le réseau de la santé et des services sociaux. Celui-ci offre relativement peu de services particuliers adaptés aux hommes âgés de 65 ans et plus. Ces hommes peuvent utiliser les centres de jour au même titre que leurs consœurs. Les centres de jour offrent des services aux personnes âgées vivant à domicile et présentant des incapacités physiques, mentales ou sociales. Tous les territoires de RLS possèdent au moins un centre de jour. Un centre offre des services particuliers aux



aînés veufs ou seuls dans la région. Ces activités tiennent compte de la réalité masculine en offrant des ateliers de cuisine, des jeux sportifs, des activités motrices ou manuelles réalisées avec des boulons ou des pièces de bois, par exemple.

Par leur projet « Vieillissement en santé »[1], certains CSSS visent agir en amont sur les conditions de vie afin de favoriser la santé et le bien-être des personnes âgées de 65 ans et plus. Ces projets les rejoignent dans l'application de leur responsabilité populationnelle.

Enfin, il semble que les aînés fréquentent peu les organismes communautaires dédiés aux hommes violents ou en difficulté. Ils consultent peu pour des problèmes conjugaux, d'estime de soi, d'agression passée ou de solitude. Selon les représentants consultés, les aînés seraient plus des hommes ayant un modèle traditionnel. En effet, ils reconnaissent peu leurs difficultés et demandent peu d'aide.

Opinions d'experts externes

Pour promouvoir la santé et le bien-être, la Charte d'Ottawa propose des actions visant à renforcer les aptitudes individuelles, à élaborer une politique publique saine, à créer des milieux de vie favorables, à renforcer l'action communautaire et à réorienter les services de santé pour améliorer la santé[2]. Ces mesures peuvent s'appliquer pour diminuer les problèmes reliés au surplus de poids, aux cancers, aux maladies de l'appareil circulatoire, etc.

La majorité des personnes âgées est relativement en bonne santé. Ces personnes jouent un rôle important dans leur communauté. D'autres ont des besoins, notamment en soins et services. « Sans nier les réalités inhérentes aux personnes qui avancent en âge, une majorité de documents traitent de l'inadaptation persistante des soins et des services qui sont offerts à ces personnes. Ils montrent que lorsque les malaises sont associés à l'âge, ils sont traités avec une certaine négligence. »[3] Il semble que le réseau de la santé et des services sociaux nécessite des ajustements, voire des changements, pour améliorer les soins et les services aux personnes âgées. Il est proposé d'améliorer les compétences et la formation, de changer les attitudes, les politiques et les services. Ces changements seraient souhaités par les personnes âgées et les intervenants[3].

« Se préoccuper des hommes âgés demeure un phénomène relativement récent. Comme les femmes constituent la large majorité de la clientèle chez les personnes âgées, la plupart des programmes se sont adaptés à leurs besoins. Cependant, les hommes meurent aussi de plus en plus vieux et nécessitent des soins divers à la suite d'une perte d'autonomie, d'une hospitalisation, ou encore en fin de vie. »[4]

Recommandations

La promotion de la santé physique et psychosociale et la prévention sont prioritaires, tout comme l'action sur les déterminants de la santé. Les interventions doivent tenir compte des réalités masculines plus particulièrement afin de :

- Promouvoir les saines habitudes de vie et créer des environnements favorables;
- Prévenir les traumatismes intentionnels et non intentionnels;
- Rejoindre les hommes dans leurs activités;
- Promouvoir la demande d'aide par des campagnes sociétales;
- Répertorier les actions (meilleures pratiques) qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé;
- D'ajuster les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux auprès des hommes en difficulté ou en perte d'autonomie, notamment au niveau des compétences et de la formation du personnel.

Continuum de soins et de services pour les hommes âgés de 65 ans et plus

Préoccupations	Promotion	Prévention	Repérage ²	Soins	Suivi
Santé mentale et sociale : Suicide Isolement	Rejoindre les hommes dans des activités qui tiennent compte des réalités masculines.	Aider un homme âgé à se reconstruire à la suite d'une perte significative. Répertorier les actions (meilleures pratiques) afin de diminuer l'isolement social³ et prévenir la dépendance et la dépression.	Tenir compte du genre masculin dans l'intervention auprès de ces hommes âgés : • En perte d'autonomie psychique ou sociale; • Ayant des idées suicidaires/dépression; • Ayant des comportements violents; • Ayant un trouble de santé mentale; • Aux prises avec des dépendances; • Ayant vécu un abus sexuel dans l'enfance.	<u>1^{re} ligne</u> : Offrir des services adaptés pour les hommes âgés en difficultés avec les partenaires du RLS <u>2^e ligne</u> : Offrir des services aux conjoints violents, aux agresseurs sexuels, aux hommes victimes de violence et aux hommes ayant vécu un abus sexuel dans l'enfance.	<u>1^{re} ligne</u> : Assurer le suivi des intervenants (es) ayant reçu de la formation. Assurer la formation des superviseurs cliniques.
Santé physique : Surplus de poids; Cancer du poumon; Cancer colorectal; Maladies des appareils respiratoire et circulatoire; Chute; Traumatismes routiers.	Promouvoir des saines habitudes de vie, y compris l'hygiène buccodentaire. Création d'environnements favorables. S'inspirer des travaux en cours dans certains CSSS sur le <i>Vieillessement en santé</i> (IPCDC).	Prévenir les blessures sur la route et dans les milieux de vie.	Tenir compte du genre masculin dans le repérage des problèmes suivants : • Perte d'autonomie physique; • Surplus de poids; • Hypertension artérielle; • Cancer colorectal (voir rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer).	<u>1^{re} ligne</u> : Offrir des services respectant le cadre des <i>Pratiques cliniques préventives (PCP)</i> (À venir). S'assurer de la collaboration de tous les partenaires du RLS.	

L. Paré M.D. DSP Chaudière-Appalaches Juin 2011 Mise à jour mars 2013 Inspiré de : Gilles Tremblay et Pierre L'Heureux [4]

² Définition : *Reconnaître parmi d'autres*

³ Lettre d'intention pour projet de recherche déposée à l'ASSS-CA en juin 2011

Références

1. Cardinal, L., et autres. 2008. *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, page 1. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf
2. Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. 1986. *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé*. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, s.p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1999. *Bien vivre avec son âge; Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 115 p. Disponible également par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-246.pdf>
4. Tremblay, G. et P. L'Heureux. 2011. *Intervenir auprès des hommes en détresse*. Devis de formation. 18 p.



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
HOMMES ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS – INDICATEURS

Déterminants

1. Conditions démographiques

Population (2011) (nombre et % des 65 ans et plus parmi l'ensemble de la population)	30 471	14,9	ne	ne	18,2	14,0
Population (2011) (nombre et % des 65 à 74 ans parmi l'ensemble de la population)	18 709	9,1	ne	ne	9,5	8,4
Population (2011) (nombre et % des 75 ans et plus parmi l'ensemble de la population)	11 762	5,7	ne	ne	8,7	5,6
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 des 65 ans et plus)	15 691	51,5	ne	ne	42,5	44,1
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 des 65 à 74 ans)	9 254	49,5	ne	ne	49,6	42,5
Accroissement de la population (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 des 75 ans et plus)	6 437	54,7	ne	ne	34,7	46,5
Indice de vieillesse (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 0 à 14 ans)	na	92,3	ne	ne	117,0	86,8
Indice de dépendance des aînés (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	21,5	ne	ne	27,4	20,0
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 65 ans et plus)	na	82,8	ne	ne	na	78,3
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 65 à 74 ans)	na	97,4	ne	ne	na	90,9
Rapport de masculinité (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes des 75 ans et plus)	na	66,9	ne	ne	na	64,9

2. Conditions socioculturelles

Population vivant seule (2006) (nombre et % des 65 ans et plus)	4 150	18,4	ne	ne	37,6	19,0
Population vivant seule (2006) (nombre et % des 65 à 74 ans)	2 405	17,0	ne	ne	28,2	17,3
Population vivant seule (2006) (nombre et % des 75 ans et plus)	1 745	20,6	ne	ne	49,8	21,7
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 65 ans et plus)	24 565	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	2 050	8,3	ne	ne	8,3	7,4
Actuellement marié(e)	16 765	68,2	ne	ne	41,5	65,4
Partenaire en union libre	1 275	5,2	ne	ne	2,2	6,4
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	1 725	7,0	ne	ne	4,8	9,0
Veuf(ve) et non remarié(e)	2 740	11,2	ne	ne	43,1	11,8
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 65 à 74 ans)	14 555	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	1 185	8,1	ne	ne	7,9	7,3
Actuellement marié(e)	10 300	70,8	ne	ne	56,5	67,5
Partenaire en union libre	990	6,8	ne	ne	3,4	8,1
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	1 255	8,6	ne	ne	7,3	10,9
Veuf(ve) et non remarié(e)	825	5,7	ne	ne	25,0	6,1
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 75 ans et plus)	10 010	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	865	8,6	ne	ne	8,7	7,5
Actuellement marié(e)	6 465	64,6	ne	ne	26,7	62,2
Partenaire en union libre	285	2,8	ne	ne	0,9	4,0
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	470	4,7	ne	ne	2,3	6,2
Veuf(ve) et non remarié(e)	1 915	19,1	ne	ne	61,1	20,1

3. Conditions socioéconomiques

Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 65 ans et plus)	22 575	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	12 175	53,9	ne	ne	59,0	42,3
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	3 330	14,8	ne	ne	21,5	17,8
Post secondaires	5 400	23,9	ne	ne	16,6	27,8
Grade universitaire	1 660	7,4	ne	ne	2,9	12,0
Emploi (2006) (nombre et % des 65 ans et plus)	2 820	12,5	ne	ne	3,7	11,7
Chômage (2006) (nombre et % des 65 ans et plus)	225	7,4	ne	ne	11,5	5,7
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 65 ans et plus)	1 770	7,9	ne	ne	19,0	12,8
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 65 à 74 ans)	1 190	8,4	ne	ne	14,2	13,1
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % des 75 ans et plus)	580	6,9	ne	ne	25,2	12,2
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	4 400	17,9	ns	●	16,1	10,5
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 65 à 74 ans)	2 300	* 15,0	ns	ns	* 13,1	10,9
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 75 ans et plus)	2 100	* 23,5	ns	●	* 20,2	* 9,8
Population selon l'état de sécurité alimentaire du ménage (alimentation non précaire) ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	24 300	99,6	ns	ns	98,3	98,1

4. Environnement physique

Population de non-fumeurs vivant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	13 100	55,5	ns	ns	56,2	59,2
--	--------	------	----	----	------	------

5. Environnement social et adaptation sociale

Population prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2006) (nombre et % des 65 ans et plus)	3 635	15,8	ne	ne	19,7	15,5
---	-------	------	----	----	------	------

6. Habitudes de vie et comportements

Activité physique						
Population atteignant le niveau d'activité physique recommandé ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 et plus)	8 300	* 33,9	ns	ns	* 27,7	34,4
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Buveurs actuels ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	20 100	82,6	ns	ns	68,3	81,4
Alimentation et poids corporel						
Population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	11 300	* 46,3	ns	ns	* 33,9	56,1
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	16 100	66,2	■	ns	49,4	63,8
Population présentant de l'obésité ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	4 100	* 16,9	ns	ns	* 14,3	16,1
Proportion de la population se percevant avec un excès de poids ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	8 800	35,9	ns	ns	37,1	37,2
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	3 800	* 15,4	ns	ns	* 9,3	14,6
Population n'ayant aucune dent naturelle ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	9 400	38,5	■	ns	49,2	33,7
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	13 100	53,9	■	ns	81,8	57,4
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	2 400	* 16,3	■	●	37,0	23,8

Habitudes sexuelles

Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)						
1 partenaire	13 800	97,2	ns	ns	99,0	93,7
2 à 4 partenaires	np	np	ns	ns	np	* 5,7
5 partenaires et plus	np	np	nc	ns	np	np

7. Utilisation de services de santé

Population ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	23 500	96,5	ns	ns	98,2	95,8
Population ayant consulté un médecin de famille, pédiatre ou omnipraticien au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	21 700	89,0	ns	ns	88,6	86,2
Population ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	9 300	* 38,2	ns	ns	* 23,0	37,1
Population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus parmi la population ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie)	900	* 64,5	ns	ns	* 49,1	43,3
Population ayant consommé au moins trois médicaments différents au cours d'une période de deux jours ¹ (2003) (nombre et % des 65 ans et plus)	10 200	49,5	ns	ns	67,2	47,8
Population ayant consommé un type de médicament donné (les principaux) au cours d'une période de deux jours ¹ (2003) (nombre et % des 65 ans et plus)						
Analgsiques (médicaments contre la douleur)	6 700	* 32,3	ns	ns	* 25,9	23,6
Médicaments pour le cœur	6 400	* 31,1	ns	ns	* 22,8	29,1
Médicaments pour la tension artérielle (pression sanguine)	8 100	* 39,1	ns	ns	58,4	44,1
Médicaments contre le cholestérol	6 400	* 31,1	ns	ns	* 29,2	30,7
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	21 900	89,9	ns	ns	88,9	93,9

	Chaudière-Appalaches				Le Québec	
	Hommes				Femmes	Hommes
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes CA	hommes Québec	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
État de la santé et du bien-être						
8. Santé globale						
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	4 800	19,9	ns	ns	22,7	19,1
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 65 à 74 ans)	3 000	* 19,8	ns	ns	* 16,0	17,8
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 75 ans et plus)	1 800	* 20,0	ns	ns	31,8	21,5
Espérance de vie à 65 ans (2003 à 2007) (nombre moyen en années)	na	17,9	■	●	21,8	17,6
Espérance de vie à 65 ans sans incapacité (hors institution) (2006) (nombre en années)	na	11,5	ne	ne	12,0	10,7
Population ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ¹ (2005) (nombre et % des 65 ans et plus)	6 800	* 30,8	ns	ns	37,7	23,3
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population des 65 à 74 ans dans les ménages privés)	3 185	22,8	ne	ne	23,4	26,1
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population des 75 ans et plus dans les ménages privés)	3 405	41,8	ne	ne	49,3	46,6
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 65 ans et plus)	6 229	2 382,8	■	●	1 947,6	2 228,3
Première cause : Maladies de l'appareil circulatoire	1 868	714,6	■	●	507,9	651,7
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	1 009	386,0	■	●	246,3	299,9
Troisième cause : Tumeurs	759	290,4	■	●	191,2	311,2
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 ans et plus)	1 049	4 422,4	■	ns	3 577,0	4 493,1
Première cause : Tumeurs	365	1 539,0	■	ns	922,6	1 549,9
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	294	1 237,3	■	●	1 122,6	1 320,1
Troisième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	136	574,0	■	●	333,6	502,8
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 à 74 ans)	293	2 086,5	■	●	1 084,8	2 303,2
Première cause : Tumeurs	138	982,0	■	ns	530,7	1 053,9
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	69	493,1	■	●	230,2	606,1
Troisième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	27	191,0	■	ns	94,9	172,7
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 75 ans et plus)	757	7 803,2	■	ns	6 078,6	7 793,1
Première cause : Tumeurs	227	2 345,3	■	ns	1 316,0	2 297,5
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	224	2 314,4	■	ns	2 018,4	2 396,0
Troisième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	109	1 128,3	■	●	573,1	1 000,3
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Aucun indicateur disponible						
Maladies chroniques						
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 1 000 des 65 ans et plus)	458	22,0	■	ns	17,5	22,0
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 1 000 des 65 à 74 ans)	245	19,1	ns	ns	14,8	21,7
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 1 000 des 75 ans et plus)	213	26,4	ns	ns	20,5	22,4
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 100 des 65 ans et plus)	6 239	23,4	■	●	20,6	25,6
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 100 des 65 à 74 ans)	3 342	21,0	■	●	16,2	24,2
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux brut par 100 des 75 ans et plus)	2 897	27,0	■	ns	24,9	27,7
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 à 74 ans)	297	2 186,9	■	ns	1 262,4	2 245,7
Première cause : Incidence du cancer de la prostate	69	510,7	na	ns	na	534,3
Deuxième cause : Incidence du cancer du poumon	66	484,2	■	ns	168,1	504,6
Troisième cause : Incidence du cancer colorectal	45	334,1	■	ns	207,6	335,2
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 75 ans et plus)	329	3 515,0	■	●	1 822,7	3 326,9
Première cause : Incidence du cancer de la prostate	74	786,3	na	●	na	641,8
Deuxième cause : Incidence du cancer du poumon	73	779,9	■	ns	189,9	745,2
Troisième cause : Incidence du cancer colorectal	44	472,2	■	ns	307,6	522,6
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 ans et plus)	357	1 503,6	■	ns	898,5	1 516,7
Première cause : Mortalité par cancer du poumon	122	514,1	■	ns	162,9	522,5
Deuxième cause : Mortalité par cancer de la prostate	43	179,5	na	●	na	151,5
Troisième cause : Mortalité par cancer colorectal	40	168,6	■	●	120,5	195,1
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 à 74 ans)	136	967,7	■	ns	528,1	1 039,3
Première cause : Mortalité par cancer du poumon	53	376,3	■	ns	128,8	400,7
Deuxième cause : Mortalité par cancer colorectal	17	118,3	■	ns	* 41,6	129,3
Troisième cause : Mortalité par cancer de la prostate	9	64,1	na	ns	na	60,2
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 75 ans et plus)	221	2 279,3	■	ns	1 270,3	2 236,2
Première cause : Mortalité par cancer du poumon	69	713,7	■	ns	197,1	706,0
Deuxième cause : Mortalité par cancer de la prostate	34	346,5	na	●	na	288,9
Troisième cause : Mortalité par cancer colorectal	23	241,3	ns	●	199,7	294,2
Mortalité par maladies de l'appareil digestif (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 ans et plus)	33	139,1	ns	ns	134,2	153,9
Prévalence des 2 principaux problèmes de santé chroniques ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 ans et plus)						
Premier problème : Hypertension	10 400	* 42,7	ns	ns	53,8	42,2
Deuxième problème : Arthrite	8 100	* 33,2	ns	ns	* 34,9	27,3
Maladies liées à l'environnement						
Aucun indicateur disponible						
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Aucun indicateur disponible						
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Aucun indicateur disponible						
Santé mentale des travailleurs						
Aucun indicateur disponible						
Traumatismes non intentionels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 65 ans et plus)	334	127,6	■	●	190,7	111,7
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 65 à 74 ans)	116	74,5	ns	ns	73,0	68,6
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 75 à 84 ans)	131	156,8	■	●	216,7	138,2
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 85 ans et plus)	87	389,6	■	●	525,0	324,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 65 ans et plus)	21	7,8	ns	ns	6,0	6,5
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 65 à 74 ans)	12	7,4	ns	●	* 4,1	5,6
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 75 à 84 ans)	7	* 7,8	ns	ns	10,3	7,6
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 85 ans et plus)	< 5	* 11,2	■	ns	np	9,2
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 65 ans et plus)	246	94,2	■	●	169,7	86,2
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 65 à 74 ans)	67	43,2	■	ns	59,4	44,6
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 75 à 84 ans)	102	121,8	■	ns	189,0	110,8
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des 85 ans et plus)	78	348,0	■	●	494,6	294,1
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 ans et plus)	34	141,6	■	●	100,3	98,2
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 à 74 ans)	9	64,1	■	●	* 20,8	45,6
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 75 à 84 ans)	14	180,8	■	●	77,9	116,8
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 85 ans et plus)	10	564,4	ns	ns	443,5	454,8
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 ans et plus)	7	* 29,5	■	●	* 12,4	15,7
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 à 74 ans)	< 5	* 21,4	ns	●	np	11,4
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 75 à 84 ans)	< 5	* 40,7	ns	●	np	20,6
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 ans et plus)	6	* 26,1	ns	ns	* 18,2	27,4
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 à 74 ans)	< 5	* 12,8	ns	ns	np	13,2
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 75 à 84 ans)	< 5	* 30,6	ns	ns	np	33,3
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 85 ans et plus)	< 5	* 108,5	ns	ns	* 93,4	119,4
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans plus)	7 700	31,4	ns	ns	36,4	27,9
Maladies infectieuses						
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 ans et plus)						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter	11	41,2	ns	ns	41,0	36,8
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose	6	* 23,9	ns	ns	* 19,9	18,1
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 à 74 ans)						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter	5	* 32,5	ns	ns	* 38,4	33,0
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose	< 5	* 16,3	ns	ns	* 18,0	16,8
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 75 ans et plus)						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter	6	* 54,1	ns	ns	* 43,7	42,2
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose	< 5	* 35,4	ns	ns	* 21,8	20,0
Population ayant reçu le vaccin contre la grippe au cours d'une période de 12 mois ¹ (2007-2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	16 200	66,6	ns	ns	55,2	63,7
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 65 ans et plus)	3 700	* 15,4	■	ns	24,4	15,1
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 65 à 74 ans)	2 300	* 15,0	ns	ns	* 24,3	13,7
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 ans et plus)	10	43,8	■	●	* 7,8	22,7
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 65 à 74 ans)	5	* 35,6	■	●	np	20,6
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 75 ans et plus)	5	* 55,7	■	●	* np	26,0

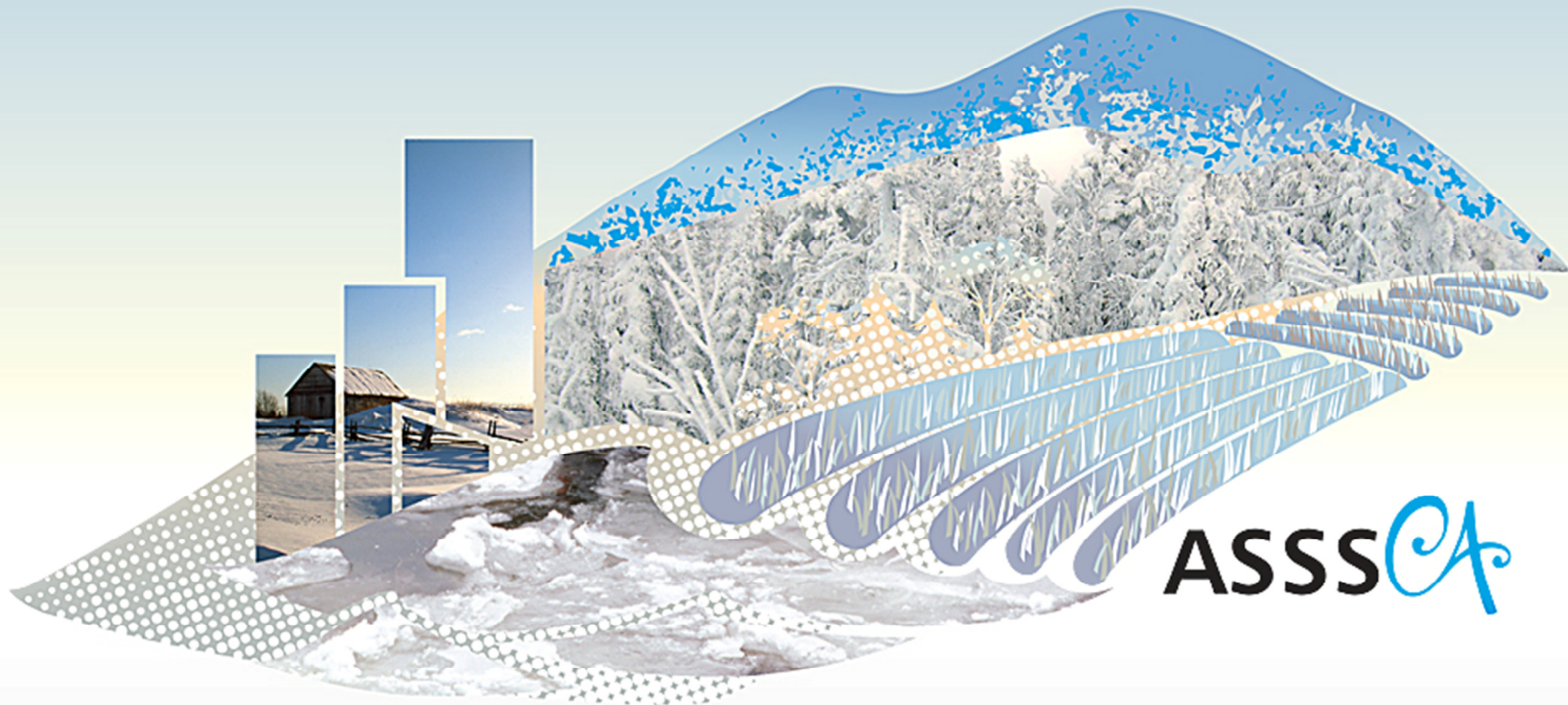
- Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.
- Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.
- Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux femmes de Chaudière-Appalaches, au seuil de 0,05.
- Situation favorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.
- Situation défavorable des hommes de Chaudière-Appalaches par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.
- Situation des hommes de Chaudière-Appalaches qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs au Québec, au seuil de 0,05.

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, [sur demande](#), dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

- 1
- *
- *
- na
- nc
- ne
- np
- ns
- Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes
- Valeur à interpréter avec prudence
- Non applicable
- Test statistique non calculable
- Test statistique pour mesurer les écarts non effectué
- Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas
- Écart non significatif statistiquement





ASSS *CA*

**POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE
DES HOMMES SELON LES RLS**



HOMMES DU RLS ALPHONSE-DESJARDINS ANALYSE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des hommes résidant sur le territoire du RLS Alphonse-Desjardins. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui influencent l'état de santé et de bien-être.

Le RLS Alphonse-Desjardins, avec une population de 118 313 hommes en 2011, regroupe 58 % de la population masculine de la région de la Chaudière-Appalaches. Ce RLS est situé en bordure du fleuve Saint-Laurent. Il est délimité à l'est par le RLS de Montmagny-L'Islet et partage sa frontière, à l'ouest, avec les régions de l'Estrie et Mauricie-Centre-du-Québec. Au sud, il est adjacent aux RLS de la région de Thetford, de Beauce et des Etchemins. D'une superficie de 4 764 km², le RLS Alphonse-Desjardins est découpé en 50 municipalités, dont la principale est Lévis.

Le RLS Alphonse-Desjardins connaîtra dans les prochaines années, si les projections s'avèrent justes, un accroissement de sa population totale, particulièrement pour le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus.

La population masculine est généralement plus scolarisée qu'ailleurs en Chaudière-Appalaches et son revenu est plus élevé. Les hommes y vivent en plus forte proportion en couple que dans l'ensemble des autres RLS de la région.

Écarts favorables pour les hommes du RLS Alphonse-Desjardins

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Taux plus élevé des naissances de garçons;
- Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie pour maladies de l'appareil respiratoire;
- Taux moins élevés d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques et pour négligence;
- Espérance de vie des hommes plus élevée;
- Proportions moins élevées de travailleurs vivant dans le territoire du RLS travaillant en position debout de façon prolongée ou exposés à des poussières de bois et à des vapeurs de solvants;
- Proportion moins élevée de travailleurs vivant dans le territoire du RLS ayant une latitude décisionnelle faible au travail;
- Taux moins élevés de l'incidence des cancers et pour cancer du poumon;
- Taux moins élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour maladies des appareils circulatoire, respiratoire et digestif ainsi que pour traumatismes non intentionnels et spécifiquement pour accidents de véhicule à moteur et pour chutes;
- Taux moins élevés de mortalité pour l'ensemble des causes, pour causes externes, par cancer du poumon, par maladies de l'appareil respiratoire et par suicide;
- Taux moins élevés d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes, pour causes externes de mortalité et pour maladies de l'appareil circulatoire.

Par rapport aux femmes du RLS Alphonse-Desjardins :

- Taux moins élevé de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*;
- Proportion moins élevée de travailleurs vivant dans le territoire du RLS exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras.

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches et aux femmes du RLS Alphonse-Desjardins :

- ■ Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics.

Écarts défavorables pour les hommes du RLS Alphonse-Desjardins

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie pour malformations congénitales et anomalies chromosomiques;
- Taux plus élevé de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

Par rapport aux femmes du RLS Alphonse-Desjardins :

- Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie, pour l'ensemble des causes ainsi que pour certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale et pour maladies de l'appareil respiratoire;
- Espérance de vie des hommes moins élevée;
- Proportion plus élevée d'hommes ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois;
- Proportion plus élevée d'hommes présentant un surplus de poids;

- Proportion plus élevée d'hommes ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire;
- Proportions moins élevées d'hommes se brossant les dents au moins deux fois par jour et utilisant de la soie dentaire tous les jours;
- Proportions plus élevées de travailleurs vivant dans le territoire du RLS ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement, à du bruit intense, à des manipulations de charges lourdes, à des poussières de bois, à des vibrations de tout le corps et à des vibrations des mains ou des bras;
- Taux plus élevés d'incidence et de prévalence du diabète;
- Taux plus élevés de l'incidence et de mortalité de l'ensemble des tumeurs et spécifiquement pour cancer du poumon et pour cancer colorectal;
- Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour maladies des appareils circulatoire, respiratoire et digestif;
- Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée et de mortalité pour traumatismes non intentionnels et spécifiquement pour accidents de véhicule à moteur;
- Taux plus élevés de mortalité pour l'ensemble des causes, par tumeurs, par maladies des appareils circulatoire et de l'appareil respiratoire ainsi que par causes externes et par suicide;
- Taux plus élevés d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes, pour causes externes de mortalité maladies de l'appareil circulatoire et pour les traumatismes non intentionnels.

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches et aux femmes du RLS Alphonse-Desjardins :

- ■ Proportion plus élevée d'hommes ayant consommé de la drogue au cours de la vie;
- ■ Proportion moins élevée d'hommes dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste;
- ■ Proportion plus élevée d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST des travailleurs (selon le RLS de travail);

Faits marquants :

De façon générale, la santé des hommes demeure préoccupante à plusieurs égards puisque les différentes données probantes portent à croire que, pour plusieurs indicateurs de santé et de bien-être, ils sont surreprésentés par rapport aux femmes : suicide, maladies chroniques et traumatismes non intentionnels comme les accidents de la route sont des exemples de problèmes de santé pour lesquels les hommes se démarquent défavorablement. Pour le RLS Alphonse-Desjardins, les hommes du territoire ne font généralement pas exception et sont défavorisés par rapport aux femmes.

Certains indicateurs présentent un portrait favorable des hommes du territoire du RLS Alphonse-Desjardins par rapport à ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Dans ce territoire, le taux de naissances de garçons y est plus élevé. De plus, moins d'épisodes d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire sont enregistrées pour les jeunes garçons au cours de leur première année de vie. Pour les garçons de moins de 18 ans, l'incidence des nouvelles prises en charge pour négligence et pour l'ensemble des problématiques dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse est moindre qu'ailleurs dans la région.

L'espérance de vie des hommes est plus élevée comparativement à celle des autres hommes de Chaudière-Appalaches. Leur taux de mortalité est moins élevé, particulièrement pour les causes externes, les maladies de l'appareil respiratoire et le cancer du poumon. L'incidence du cancer du poumon y est aussi moins élevée. Les hommes de ce RLS sont relativement moins souvent hospitalisés, particulièrement pour des maladies associées aux appareils circulatoire, respiratoire et digestif, ou encore pour des traumatismes non intentionnels dont les accidents de véhicule à moteur et les chutes.

Certains points positifs sont constatés, concernant la santé et le bien-être en milieu de travail. Comparativement aux autres travailleurs résidant en Chaudière-Appalaches, ceux vivant dans le territoire du RLS sont moins à risque de travailler en position debout de façon prolongée ou d'être exposés à des poussières de bois et à des vapeurs de solvants. Ils sont proportionnellement moins nombreux à avoir une faible latitude décisionnelle à leur travail.



Comparativement aux femmes qui habitent le territoire du RLS Alphonse-Desjardins, l'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* est moins grande. Les travailleurs vivant dans le territoire du RLS sont moins exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras que les travailleuses.

Les hommes du RLS Alphonse-Desjardins restent néanmoins désavantagés pour un grand nombre de problèmes de santé comparativement aux femmes du même territoire. Leur espérance de vie est moindre. Le taux de mortalité, toutes causes confondues, est supérieur à celui des femmes. La mortalité attribuable à des causes externes dont le suicide, à des tumeurs dont les cancers du poumon et colorectal, à des maladies de l'appareil circulatoire et à des maladies de l'appareil respiratoire est plus élevée. Ils sont aussi relativement plus souvent hospitalisés que les femmes pour des maladies associées aux appareils circulatoire, respiratoire et digestif, pour des traumatismes non intentionnels et, spécifiquement, des accidents de véhicule moteur. Enfin, ils présentent davantage de problème de poids, de diabète, de nouveaux cas de cancers du poumon et colorectal.

Certains déterminants influencent l'état de santé et pour lesquels les hommes du RLS Alphonse-Desjardins sont, par ailleurs, désavantagés. Par rapport aux femmes, ils sont proportionnellement plus nombreux à consommer de la drogue et à négliger leur hygiène dentaire (brossage des dents et utilisation de la soie dentaire). Ils sont également moins nombreux que les femmes à consulter un professionnel de santé ou contacter une ligne téléphonique suite à une pensée suicidaire. Ils sont plus à risque que les femmes à être exposés à différentes contraintes physiques en milieu de travail ou encore, à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement, à du bruit intense, à des manipulations de charges lourdes, à des poussières de bois, à des vibrations de tout le corps ainsi qu'à des vibrations des mains ou des bras.

Relativement peu d'écarts défavorables sont observés entre les hommes vivant sur le territoire du RLS et ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Plus d'épisodes d'hospitalisation sont enregistrées pour les jeunes garçons au cours de leur première année de vie pour malformations congénitales et anomalies chromosomiques. L'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est plus grande. Une plus grande proportion consomme de la drogue au cours de la vie.



L'accroissement attendu des aînés aura un impact considérable sur les services offerts à la population. De façon générale, les hommes vivant sur le territoire du RLS Alphonse-Desjardins, sont relativement avantagés quant à leur état de santé et de bien-être comparativement à ailleurs en Chaudière-Appalaches. Fondamentalement, ils ne diffèrent toutefois pas des hommes de la région en ce sens que l'écart avec les femmes est notable pour ce qui est de l'état de santé et de bien être et l'adoption de saines habitudes de vie. Spécifiquement, ils se démarquent défavorablement des hommes de la région ainsi que des femmes du RLS par leur consommation de drogue. Lors de leur dernière consultation d'un médecin généraliste, on leur a pris moins souvent leur tension artérielle. De plus, ils sont plus à risque de lésions professionnelles (déclarées et acceptées par la CSST).

Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès des hommes à porter une attention particulière sur l'adoption de saines habitudes de vie comme la diminution de la consommation de psychotrope. Certaines expositions en milieu de travail sont également à considérer ainsi que le suicide et les traumatismes non intentionnels pour lesquels les hommes sont plus vulnérables. Les mesures préventives mises en œuvre doivent tenir compte des réalités masculines.



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES ALPHONSE-DESJARDINS – INDICATEURS

	RLS Alphonse-Desjardins				Chaudière-Appalaches	
	Hommes			Femmes	Hommes	
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS	hommes CA	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
Déterminants						
1. Conditions démographiques						
Population (tous les âges) (2011) (nombre et % de l'ensemble de la population)	118 313	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Population des 0 à 5 ans	8 536	7,2	ne	ne	7,0	6,8
Population des 6 à 11 ans	7 368	6,2	ne	ne	6,1	6,1
Population des 12 à 17 ans	8 287	7,0	ne	ne	6,7	6,7
Population des 18 à 24 ans	10 544	8,9	ne	ne	8,5	8,7
Population des 25 à 44 ans	32 072	27,1	ne	ne	25,6	25,7
Population des 45 à 64 ans	35 958	30,4	ne	ne	30,3	31,1
Population des 65 à 74 ans	9 862	8,3	ne	ne	8,5	9,1
Population des 75 ans et plus	5 686	4,8	ne	ne	7,2	5,7
Naissances (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 de l'ensemble de la population)	1 327	11,8	ns	●	11,4	11,0
Accroissement de la population (tous les âges) (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 de l'ensemble de la population)	9 037	7,6	ne	ne	7,4	4,5
Accroissement de la population des 0 à 5 ans	41	0,5	ne	ne	0,1	1,7
Accroissement de la population des 6 à 11 ans	1 607	21,8	ne	ne	20,4	14,8
Accroissement de la population des 12 à 17 ans	22	0,3	ne	ne	0,9	-0,8
Accroissement de la population des 18 à 24 ans	-1 877	-17,8	ne	ne	-17,5	-19,4
Accroissement de la population des 25 à 44 ans	1 367	4,3	ne	ne	5,7	0,7
Accroissement de la population des 45 à 64 ans	-1 272	-3,5	ne	ne	-6,4	-7,0
Accroissement de la population des 65 à 74 ans	5 371	54,5	ne	ne	58,3	49,5
Accroissement de la population des 75 ans et plus	3 778	66,4	ne	ne	42,3	54,7
Indice de vieillesse (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 0 à 14 ans)	na	78,2	ne	ne	95,5	92,3
Indice de dépendance totale (2011) (% de la population des 0 à 14 ans et des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	42,7	ne	ne	47,2	44,8
Indice de dépendance des aînés (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	18,8	ne	ne	23,1	21,5
Rapport de masculinité (tous les âges) (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes)	na	100,7	ne	ne	na	101,3
Rapport de masculinité des 0 à 5 ans	na	103,1	ne	ne	na	104,5
Rapport de masculinité des 6 à 11 ans	na	102,1	ne	ne	na	104,8
Rapport de masculinité des 12 à 17 ans	na	104,6	ne	ne	na	104,4
Rapport de masculinité des 18 à 24 ans	na	105,8	ne	ne	na	108,5
Rapport de masculinité des 25 à 44 ans	na	106,5	ne	ne	na	109,1
Rapport de masculinité des 45 à 64 ans	na	101,2	ne	ne	na	102,2
Rapport de masculinité des 65 à 74 ans	na	98,6	ne	ne	na	97,4
Rapport de masculinité des 75 ans et plus	na	67,6	ne	ne	na	66,9
2. Conditions socioculturelles						
Population vivant seule (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	10 715	12,1	ne	ne	13,0	13,3
Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans selon le sexe du parent (2006) (nombre et % des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans)	1 270	4,7	ne	ne	13,7	4,9
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 18 ans et plus)	85 470	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	21 910	25,6	ne	ne	19,6	26,4
Actuellement marié(e)	35 025	41,0	ne	ne	39,7	42,0
Partenaire en union libre	21 735	25,4	ne	ne	24,6	22,9
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	5 110	6,0	ne	ne	7,2	6,4
Veuf(ve) et non remarié(e)	1 695	2,0	ne	ne	8,8	2,3
3. Conditions socioéconomiques						
Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 25 à 64 ans)	63 405	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	9 680	15,3	ne	ne	13,1	20,8
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	11 955	18,9	ne	ne	23,0	19,1
Post secondaires	31 095	49,0	ne	ne	46,6	46,9
Grade universitaire	10 685	16,9	ne	ne	17,3	13,2
Emploi (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	64 625	72,8	ne	ne	63,4	69,8
Chômage (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 665	4,0	ne	ne	3,2	4,9
Revenu moyen des particuliers (2005) (en \$) (15 ans et plus)	na	38 812	ne	ne	25 664	35 432
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % de l'ensemble de la population)	9 120	8,4	ne	ne	11,0	8,7
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	8 800	9,4	ns	ns	* 16,1	11,2
4. Environnement physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
5. Environnement social et adaptation sociale						
Population prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	13 820	15,5	ne	ne	21,9	16,0
Population insatisfaite de sa vie sociale (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	4 400	* 4,7	ns	ns	* 4,6	5,0
Incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 0 à 17 ans)	100	4,0	ns	●	3,9	4,9
Négligence	52	2,1	ns	●	2,1	2,7
Troubles de comportement	39	1,6	ns	ns	1,2	1,8
Abus physique	8	* 0,3	ns	ns	* 0,3	0,3
Abus sexuel	np	np	ns	ns	* 0,2	np
Abandon	np	np	ns	ns	np	* 0,1
6. Habitudes de vie et comportements						
Activité physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Population ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	16 500	17,5	■	ns	* 8,6	15,4
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	49 800	53,2	■	●	42,4	49,9
Alimentation et poids corporel						
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	53 900	60,6	■	ns	36,5	61,0
Population présentant de l'obésité ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	12 100	13,6	ns	ns	10,8	14,8
Population se percevant avec un excès de poids ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	34 900	37,3	ns	ns	38,3	34,8
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	11 500	12,3	■	ns	* 6,6	12,9
Population n'ayant aucune dent naturelle ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	9 100	9,7	ns	ns	11,9	10,5
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	64 900	69,3	■	ns	89,5	66,7
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	16 700	19,7	■	ns	36,5	20,7
Habitudes sexuelles						
Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)						
1 partenaire	70 300	88,9	ns	ns	93,0	89,7
2 à 4 partenaires	6 900	* 8,7	ns	ns	* 5,6	8,3
5 partenaires et plus	np	np	ns	ns	np	* 2,1
7. Utilisation de services de santé						
Population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus parmi la population ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie)	4 500	* 37,7	ns	ns	55,8	41,0
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	64 000	72,0	■	●	78,5	74,5

État de la santé et du bien-être	RLS Alphonse-Desjardins				Chaudière-Appalaches	
	Hommes			Femmes	Hommes	
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS hommes CA		taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
8. Santé globale						
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	6 300	* 6,7	ns	ns	* 8,9	8,5
Espérance de vie à la naissance (2003 à 2007) (nombre moyen en années)	na	78,8	■	●	83,8	78,2
Espérance de vie à la naissance sans incapacité (hors institution) (2006) (nombre en années)	na	69,2	ne	ne	71,4	68,3
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population dans les ménages privés)	9 420	8,7	ne	ne	9,2	10,1
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	7 810	726,1	■	●	842,9	792,8
Première cause : Maladies de l'appareil circulatoire	1 646	165,2	■	●	88,2	171,2
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	950	91,2	■	●	62,8	114,0
Troisième cause : Maladies de l'appareil digestif	874	81,2	■	●	74,0	89,8
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	5 675,6	■	●	3 418,6	6 250,7
Première cause : Causes externes de mortalité	na	1 879,1	■	●	514,2	2 131,6
Deuxième cause : Tumeurs	na	1 803,4	ns	ns	1 547,8	1 893,3
Troisième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	na	881,4	■	●	329,6	992,8
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	698	829,6	■	●	591,1	857,1
Première cause : Tumeurs	246	285,1	■	ns	182,7	296,8
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	182	225,3	■	ns	166,1	223,5
Troisième cause : Causes externes de mortalité	76	75,0	■	●	27,1	83,4
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie (toutes causes) (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des moins d'un an)	1 424	10 415,2	■	ns	8 699,4	10 393,5
Première cause : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	907	6 632,5	■	ns	5 563,3	6 651,2
Deuxième cause : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	165	1 207,2	ns	●	1 071,8	1 098,6
Troisième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	144	1 051,8	■	●	603,0	1 146,1
Mortalité infantile (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes)	6	* 4,6	ns	ns	* 5,2	4,3
Mortalité périnatale (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes et mortinaissances)	10	8,0	ns	ns	6,5	6,7
Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	85	6,6	ns	ns	6,6	6,9
Naissances de faible poids (< 2 500 grammes) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	63	4,7	ns	ns	5,5	4,7
Naissances prématurées (< 37 semaines de gestation) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	104	7,8	ns	ns	7,0	7,7
Maladies chroniques						
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 1 000 des 20 ans et plus)	579	7,6	■	ns	5,6	7,9
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 100 des 20 ans et plus)	6 758	7,7	■	ns	6,0	7,7
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	521	583,7	■	●	437,8	605,4
Première cause : Incidence pour le cancer de la prostate	122	137,2	na	ns	na	135,1
Deuxième cause : Incidence pour le cancer du poumon	95	109,0	■	●	48,1	123,6
Troisième cause : Incidence pour le cancer colorectal	74	84,7	■	ns	53,4	80,7
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	242	279,0	■	ns	180,4	290,7
Première cause : Mortalité par cancer du poumon	80	92,0	■	●	40,0	100,9
Deuxième cause : Mortalité par cancer colorectal	29	33,8	■	ns	21,5	31,0
Troisième cause : Mortalité par cancer de la prostate	22	28,9	na	ns	na	28,5
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	63	82,2	■	●	44,5	92,8
Mortalité par maladies de l'appareil digestif (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	20	24,2	ns	ns	18,5	26,9
Maladies liées à l'environnement						
Population ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	11 800	12,6	ns	ns	14,0	11,2
Population ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	12 500	13,2	ns	ns	17,5	12,5
Incidence du mélanome de la peau (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	8	8,0	ns	ns	7,3	7,8
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Travailleurs ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	23 500	34,0	■	ns	18,1	38,1
Travailleurs travaillant en position debout de façon prolongée ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	31 600	45,6	ns	●	49,1	51,2
Incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST, RLS de travail (2006) (nombre et taux brut par 1 000 travailleurs)	3 096	76,2	■	●	27,2	69,9
Travailleurs exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	22 600	32,7	■	ns	16,1	35,0
Travailleurs exposés à du bruit intense en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	7 000	* 10,1	■	ns	np	11,6
Travailleurs exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	21 000	30,4	■	ns	39,0	33,5
Travailleurs exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	12 800	18,4	■	ns	* 11,3	20,4
Travailleurs exposés à des poussières de bois en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	5 700	* 8,3	■	●	np	11,1
Travailleurs exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	5 600	* 8,1	ns	●	* 6,3	10,9
Travailleurs exposés à des vibrations de tout le corps en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	7 300	* 10,5	■	ns	np	11,4
Travailleurs exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	10 700	15,4	■	ns	np	15,7
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques liés à l'emploi principal actuel à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	10 900	15,5	ns	ns	21,6	18,0
Santé mentale des travailleurs						
Travailleurs vivant des tensions au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	6 200	* 9,0	ns	ns	* 12,8	11,7
Travailleurs ayant une latitude décisionnelle faible au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	25 300	36,5	ns	●	44,4	42,1
Travailleurs ayant des exigences psychologiques élevées au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	21 100	30,4	ns	ns	31,5	31,9
Traumatismes non intentionels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	594	54,8	■	●	34,5	61,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	85	7,4	■	●	3,2	8,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	252	24,9	ns	●	24,7	27,7
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	43	44,1	■	ns	18,8	48,3
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	19	17,1	■	ns	* 5,6	19,0
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	6	* 6,2	ns	ns	* 2,8	5,8
Population victime de blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	8 800	* 9,4	ns	ns	11,3	9,4
Population victime de blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	12 000	12,9	ns	ns	10,5	11,9
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans plus)	24 200	25,9	ns	ns	31,1	27,7
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour les traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	1 018,1	■	ns	* 258,8	1 093,8
Maladies infectieuses						
Population ayant déjà eu des relations sexuelles qui a eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	5 800	* 6,5	ns	ns	* 8,6	6,3
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	54	46,8	ns	ns	36,4	44,7
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	21	18,5	ns	ns	16,8	19,9
ITSS : Incidence des infections à Chlamydia trachomatis (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	89	93,7	■	●	183,9	84,1
Hépatite : Incidence de l'ensemble des hépatites C (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	12	12,6	ns	ns	7,8	15,9
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	17 000	18,2	ns	ns	21,7	18,7
Population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	10 100	11,0	ns	ns	11,5	10,5
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	31	29,2	■	●	7,8	33,4

■ Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

■ Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

● Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, [sur demande](#), dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

1 Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

* Valeur à interpréter avec prudence

na Non applicable

nc Test statistique non calculable

ne Test statistique pour mesurer les écarts non effectué

np Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas

ns Écart non significatif statistiquement

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013



HOMMES DU RLS DE BEAUCE ANALYSE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des hommes résidant sur le territoire du RLS de Beauce. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui influencent l'état de santé et de bien-être.

Le RLS de Beauce, avec une population de 35 591 hommes en 2011, regroupe 17 % de la population masculine de la région de la Chaudière-Appalaches. Ce RLS est situé au sud de la région. Il est délimité au nord par le RLS Alphonse-Desjardins, à l'est par le RLS des Etchemins et il est adjacent, à l'ouest, au RLS de la région de Thetford. Au sud, il partage sa frontière avec les États-Unis. D'une superficie de 2 843 km², le RLS de Beauce est découpé en 26 municipalités, dont la principale est Saint-Georges.

Le RLS de Beauce connaîtra dans les prochaines années, si les projections s'avèrent justes, une décroissance de sa population totale et un accroissement du groupe des personnes âgées de 65 ans et plus.

La population masculine est généralement moins scolarisée qu'ailleurs en Chaudière-Appalaches et son revenu est plus faible. Les hommes y vivent en moins forte proportion en couple que dans l'ensemble des autres RLS de la région.

Écarts favorables pour les hommes du RLS de Beauce

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Taux plus élevé des naissances de garçons;
- Proportion moins élevée d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST des travailleurs (selon le RLS de travail).

Par rapport aux femmes du RLS de Beauce :

- Taux moins élevé de faible poids à la naissance;
- Proportion moins élevée d'hommes n'ayant aucune dent naturelle;
- Taux moins élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics et spécifiquement pour les chutes.

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches et aux femmes du RLS de Beauce :

- ■ Proportion moins élevée d'hommes ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique;
- ■ Taux moins élevé de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

Écarts défavorables pour les hommes du RLS de Beauce

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Taux d'hospitalisation plus élevé en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie pour certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale;
- Proportion plus élevée de travailleurs vivant dans le territoire du RLS ayant une latitude décisionnelle faible au travail;
- Taux d'hospitalisation plus élevés en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics et spécifiquement pour les maladies de l'appareil digestif et pour les chutes.

Par rapport aux femmes du RLS de Beauce :

- Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie pour maladies de l'appareil respiratoire;
- Taux plus élevé d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour troubles de comportement;
- Espérance de vie moins élevée;
- Proportion plus élevée d'hommes ayant consommé de la drogue à vie;
- Proportion plus élevée d'hommes présentant un surplus de poids;
- Proportion plus élevée d'hommes ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire;
- Proportions moins élevées d'hommes se brossant les dents au moins deux fois par jour et n'utilisant pas la soie dentaire tous les jours;
- Proportions plus élevées de travailleurs vivant dans le territoire du RLS ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ou exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement et à des poussières de bois;

- Proportion plus élevée d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST des travailleurs (selon le RLS de travail);
- Taux plus élevé de l'incidence de l'ensemble des hépatites C;
- Taux plus élevé de prévalence du diabète;
- Taux plus élevés d'incidence pour l'ensemble des cancers et pour le cancer du poumon;
- Taux plus élevés de mortalité pour l'ensemble des causes, les cancers, dont le cancer du poumon, pour les maladies des appareils circulatoire et respiratoire, pour chutes et pour le suicide;
- Taux plus élevés d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes, pour causes externes de mortalité maladies de l'appareil circulatoire et pour les traumatismes non intentionnels.

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches et aux femmes du RLS de Beauce :

- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie;
- ■ Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour les maladies des appareils circulatoire et respiratoire ainsi que pour les traumatismes non intentionnels et spécifiquement pour des accidents de véhicules à moteur;
- ■ Taux plus élevé de mortalité pour causes externes et plus spécifiquement les TNI.

Faits marquants :

De façon générale, la santé des hommes demeure préoccupante à plusieurs égards puisque les différentes données probantes portent à croire que, pour plusieurs indicateurs de santé et de bien-être, ils sont surreprésentés par rapport aux femmes : suicide, maladies chroniques et traumatismes non intentionnels comme les accidents de la route sont des exemples de problèmes de santé pour lesquels les hommes se démarquent défavorablement. Pour le RLS de Beauce, les hommes du territoire ne font généralement pas exception et sont défavorisés par rapport aux femmes.

Certains indicateurs présentent un portrait favorable des hommes du territoire du RLS de Beauce par rapport à ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Dans ce territoire, le taux de naissances de garçons y est plus élevé. Les hommes semblent moins présenter de problèmes de rhinite allergique et d'infections à *Chlamydia trachomatis*. On y compte moins de lésions professionnelles en lien avec leur lieu de travail qui sont déclarées et acceptées par la CSST.

Comparativement aux femmes qui habitent le territoire du RLS de Beauce, moins d'hommes n'ont aucune dent naturelle. Ils sont moins hospitalisés, spécifiquement pour des chutes. À leur naissance, moins de garçons présente un faible poids.

Les hommes du RLS de Beauce restent néanmoins désavantagés pour un grand nombre de problèmes de santé comparativement aux femmes du même territoire. Leur espérance de vie est moindre. Le taux de mortalité, toutes causes confondues, est supérieur à celui des femmes. La mortalité attribuable à des causes externes dont le suicide, à des tumeurs dont le cancer du poumon, à des maladies de l'appareil circulatoire et à des chutes est plus élevée. Ils sont aussi relativement plus souvent hospitalisés que les femmes pour des maladies des appareils circulatoire et respiratoire. Enfin, ils présentent davantage de problème de poids, de diabète, de nouveaux cas de cancer, dont le cancer du poumon.

Certains déterminants influencent l'état de santé et pour lesquels les hommes de la Beauce sont, par ailleurs, désavantagés. Par rapport aux femmes, ils sont proportionnellement plus nombreux à consommer de la drogue et à négliger leur hygiène dentaire (brossage des dents et utilisation de la soie dentaire). Ils sont plus à risque que les femmes à être exposés à différentes contraintes physiques en milieu



de travail, à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement ainsi qu'à des poussières de bois. Davantage de lésions professionnelles sont déclarées et acceptées par la CSST, en lien avec leur lieu de travail, chez les hommes que chez les femmes.

Relativement peu d'écarts défavorables sont observés entre les hommes vivant sur le territoire du RLS et ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Plus d'épisodes d'hospitalisation sont enregistrées pour les jeunes garçons au cours de leur première année de vie pour certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale. Pour les adultes, on note plus d'épisodes d'hospitalisation pour l'ensemble des diagnostics. Les taux d'hospitalisations pour des maladies de l'appareil digestif et pour des chutes se démarquent défavorablement. Enfin, les travailleurs vivant dans le territoire du RLS ont une latitude décisionnelle faible dans leur travail.

L'accroissement attendu des aînés aura un impact considérable sur les services offerts à la population. Fondamentalement, les hommes vivant sur le territoire du RLS de Beauce ne diffèrent pas des hommes de la région en ce sens que l'écart avec les femmes est notable en ce qui a trait à l'état de santé et de bien être et l'adoption de saines habitudes de vie. Spécifiquement, ils se démarquent défavorablement des hommes de la région ainsi que des femmes du RLS sur certains aspects. Dès le début de la vie, les taux d'hospitalisation sont plus élevés. Ainsi, pour l'ensemble de la population, même en considérant l'effet de cette population davantage âgée, les taux d'hospitalisation sont élevés pour des maladies des appareils circulatoire et respiratoire ainsi que pour les traumatismes non intentionnels dont les accidents de véhicules à moteur. La mortalité pour causes externes (incluant les suicides) et spécifiquement pour traumatismes non intentionnels (incluant les accidents de véhicules à moteurs) est importante. Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès des hommes à porter une attention particulière à la prévention du suicide en tenant compte des réalités masculines. La prévention des traumatismes non intentionnels est un enjeu majeur dans ce RLS. L'adoption de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables peuvent aussi contribuer grandement à favoriser un vieillissement en santé et offrir les services de santé nécessaires à sa population vieillissante.



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE BEAUCE – INDICATEURS

Déterminants	RLS de Beauce				Chaudière-Appalaches	
	Hommes			Femmes	Hommes	
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS	hommes CA	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
1. Conditions démographiques						
Population (tous les âges) (2011) (nombre et % de l'ensemble de la population)	35 591	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Population des 0 à 5 ans	2 539	7,1	ne	ne	6,9	6,8
Population des 6 à 11 ans	2 251	6,3	ne	ne	6,2	6,1
Population des 12 à 17 ans	2 350	6,6	ne	ne	6,8	6,7
Population des 18 à 24 ans	3 323	9,3	ne	ne	8,8	8,7
Population des 25 à 44 ans	9 448	26,5	ne	ne	23,8	25,7
Population des 45 à 64 ans	10 728	30,1	ne	ne	29,9	31,1
Population des 65 à 74 ans	2 972	8,4	ne	ne	8,9	9,1
Population des 75 ans et plus	1 980	5,6	ne	ne	8,8	5,7
Naissances (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 de l'ensemble de la population)	411	11,7	ns	●	11,2	11,0
Accroissement de la population (tous les âges) (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 de l'ensemble de la population)	854	2,4	ne	ne	2,0	4,5
Accroissement de la population des 0 à 5 ans	-245	-9,6	ne	ne	-9,6	1,7
Accroissement de la population des 6 à 11 ans	221	9,8	ne	ne	7,5	14,8
Accroissement de la population des 12 à 17 ans	83	3,5	ne	ne	-3,6	-0,8
Accroissement de la population des 18 à 24 ans	-726	-21,8	ne	ne	-21,8	-19,4
Accroissement de la population des 25 à 44 ans	-396	-4,2	ne	ne	-1,2	0,7
Accroissement de la population des 45 à 64 ans	-733	-6,8	ne	ne	-9,7	-7,0
Accroissement de la population des 65 à 74 ans	1 609	54,1	ne	ne	50,4	49,5
Accroissement de la population des 75 ans et plus	1 041	52,6	ne	ne	34,3	54,7
Indice de vieillesse (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 0 à 14 ans)	na	83,6	ne	ne	108,9	92,3
Indice de dépendance totale (2011) (% de la population des 0 à 14 ans et des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	44,0	ne	ne	51,2	44,8
Indice de dépendance des aînés (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	20,0	ne	ne	26,7	21,5
Rapport de masculinité (tous les âges) (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes)	na	102,9	ne	ne	na	101,3
Rapport de masculinité des 0 à 5 ans	na	106,7	ne	ne	na	104,5
Rapport de masculinité des 6 à 11 ans	na	105,3	ne	ne	na	104,8
Rapport de masculinité des 12 à 17 ans	na	99,7	ne	ne	na	104,4
Rapport de masculinité des 18 à 24 ans	na	109,7	ne	ne	na	108,5
Rapport de masculinité des 25 à 44 ans	na	114,6	ne	ne	na	109,1
Rapport de masculinité des 45 à 64 ans	na	103,9	ne	ne	na	102,2
Rapport de masculinité des 65 à 74 ans	na	96,7	ne	ne	na	97,4
Rapport de masculinité des 75 ans et plus	na	65,3	ne	ne	na	66,9
2. Conditions socioculturelles						
Population vivant seule (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	4 085	14,7	ne	ne	14,3	13,3
Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans selon le sexe du parent (2006) (nombre et % des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans)	405	5,0	ne	ne	14,2	4,9
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 18 ans et plus)	26 885	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	7 680	28,6	ne	ne	19,3	26,4
Actuellement marié(e)	11 260	41,9	ne	ne	42,0	42,0
Partenaire en union libre	5 480	20,4	ne	ne	20,5	22,9
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	1 845	6,9	ne	ne	7,8	6,4
Veuf(ve) et non remarié(e)	610	2,3	ne	ne	10,5	2,3
3. Conditions socioéconomiques						
Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 25 à 64 ans)	19 205	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	5 520	28,7	ne	ne	25,8	20,8
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	3 955	20,6	ne	ne	22,9	19,1
Post secondaires	7 995	41,6	ne	ne	40,4	46,9
Grade universitaire	1 760	9,2	ne	ne	11,1	13,2
Emploi (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	20 175	72,6	ne	ne	59,5	69,8
Chômage (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	825	3,9	ne	ne	4,0	4,9
Revenu moyen des particuliers (2005) (en \$) (15 ans et plus)	na	33 582	ne	ne	21 877	35 432
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % de l'ensemble de la population)	2 735	8,1	ne	ne	10,4	8,7
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	3 700	* 12,8	ns	ns	11,2	11,2
4. Environnement physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
5. Environnement social et adaptation sociale						
Population prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	4 310	15,4	ne	ne	21,9	16,0
Population insatisfaite de sa vie sociale (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	* 8,5	5,0
Incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 0 à 17 ans)	38	5,0	ns	ns	4,0	4,9
Négligence	21	2,8	ns	ns	2,8	2,7
Troubles de comportement	15	1,9	■	ns	* 1,0	1,8
Abus physique	np	np	ns	ns	np	0,3
Abus sexuel	np	np	ns	ns	np	np
Abandon	np	np	nc	ns	np	* 0,1
6. Habitudes de vie et comportements						
Activité physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Population ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	3 200	* 11,3	ns	ns	np	15,4
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	13 600	47,5	■	ns	33,7	49,9
Alimentation et poids corporel						
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	16 400	61,3	■	ns	39,8	61,0
Population présentant de l'obésité ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	4 000	* 15,1	ns	ns	* 15,8	14,8
Population se percevant avec un excès de poids ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	7 600	26,8	■	●	42,4	34,8
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	5 000	* 17,4	■	ns	* 8,8	12,9
Population n'ayant aucune dent naturelle ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	3 200	* 11,2	■	ns	19,6	10,5
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	18 900	66,3	■	ns	85,0	66,7
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	5 800	* 23,0	■	ns	41,4	20,7
Habitudes sexuelles						
Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)						
1 partenaire	21 300	88,5	ns	ns	95,3	89,7
2 à 4 partenaires	np	np	ns	ns	np	8,3
5 partenaires et plus	np	np	nc	ns	np	* 2,1
7. Utilisation de services de santé						
Population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus parmi la population ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie)	1 600	* 48,0	ns	ns	58,2	41,0
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	18 600	69,4	ns	ns	73,8	74,5

État de la santé et du bien-être	RLS de Beauce					Chaudière-Appalaches
	Hommes				Femmes	Hommes
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS	hommes CA	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
8. Santé globale						
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	3 000	* 10,5	ns	ns	* 8,9	8,5
Espérance de vie à la naissance (2003 à 2007) (nombre moyen en années)	na	77,9	■	ns	83,1	78,2
Espérance de vie à la naissance sans incapacité (hors institution) (2006) (nombre en années)	na	68,0	ne	ne	69,6	68,3
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population dans les ménages privés)	3 420	10,2	ne	ne	11,0	10,1
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	3 226	951,7	■	●	1 086,3	792,8
Première cause : Maladies de l'appareil circulatoire	616	191,2	■	●	109,3	171,2
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	494	149,5	■	●	87,9	114,0
Troisième cause : Maladies de l'appareil digestif	371	110,8	ns	●	103,6	89,8
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	6 641,0	■	ns	4 241,3	6 250,7
Première cause : Causes externes de mortalité	na	2 511,8	■	ns	1 092,9	2 131,6
Deuxième cause : Tumeurs	na	1 819,6	ns	ns	1 613,7	1 893,3
Troisième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	na	1 058,2	■	ns	* 271,3	992,8
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	249	868,0	■	ns	598,4	857,1
Première cause : Tumeurs	81	281,3	■	ns	184,0	296,8
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	59	210,9	■	ns	152,1	223,5
Troisième cause : Causes externes de mortalité	34	105,7	■	●	50,6	83,4
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie (toutes causes) (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des moins d'un an)	502	11 771,3	■	●	10 172,1	10 393,5
Première cause : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	338	7 929,6	ns	●	7 253,0	6 651,2
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	55	1 278,6	■	ns	777,6	1 146,1
Troisième cause : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	48	1 132,0	ns	ns	866,8	1 098,6
Mortalité infantile (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes)	np	np	ns	ns	* 6,0	4,3
Mortalité périnatale (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes et mortinaissances)	< 5	* 4,5	ns	ns	* 4,9	6,7
Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	27	6,8	ns	ns	7,9	6,9
Naissances de faible poids (< 2 500 grammes) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	15	3,7	■	ns	5,7	4,7
Naissances prématurées (< 37 semaines de gestation) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	27	6,6	ns	ns	6,6	7,7
Maladies chroniques						
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 1 000 des 20 ans et plus)	197	8,3	ns	ns	6,4	7,9
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 100 des 20 ans et plus)	2 171	7,9	■	ns	6,9	7,7
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	179	615,8	■	ns	417,2	605,4
Première cause : Incidence pour le cancer de la prostate	40	141,7	na	ns	na	135,1
Deuxième cause : Incidence pour le cancer du poumon	36	127,8	■	ns	54,2	123,6
Troisième cause : Incidence pour le cancer colorectal	24	81,5	ns	ns	60,0	80,7
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	79	273,6	■	ns	178,9	290,7
Première cause : Mortalité par cancer du poumon	30	102,3	■	ns	45,3	100,9
Deuxième cause : Mortalité par cancer colorectal	9	30,3	ns	ns	* 18,0	31,0
Troisième cause : Mortalité par cancer de la prostate	6	* 22,0	na	ns	na	28,5
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	26	96,3	■	ns	53,9	92,8
Mortalité par maladies de l'appareil digestif (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	9	30,6	ns	ns	26,4	26,9
Maladies liées à l'environnement						
Population ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	■	●	* 13,5	11,2
Population ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 900	* 10,1	ns	ns	* 13,5	12,5
Incidence du mélanome de la peau (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	< 5	* 8,1	ns	ns	* 6,5	7,8
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Travailleurs ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	8 700	42,9	■	ns	* 16,2	38,1
Travailleurs travaillant en position debout de façon prolongée ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	11 500	57,2	ns	ns	55,6	51,2
Incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST, RLS de travail (2006) (nombre et taux brut par 1 000 travailleurs)	942	62,0	■	●	21,7	69,9
Travailleurs exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	6 600	32,7	■	ns	* 15,8	35,0
Travailleurs exposés à du bruit intense en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 700	* 13,3	ns	ns	np	11,6
Travailleurs exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	7 700	37,9	ns	ns	38,2	33,5
Travailleurs exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	3 700	* 18,2	ns	ns	* 20,7	20,4
Travailleurs exposés à des poussières de bois en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 900	* 14,4	■	ns	np	11,1
Travailleurs exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 500	* 12,6	ns	ns	np	10,9
Travailleurs exposés à des vibrations de tout le corps en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	11,4
Travailleurs exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	15,7
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques liés à l'emploi principal actuel à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	4 300	* 20,1	ns	ns	* 23,1	18,0
Santé mentale des travailleurs						
Travailleurs vivant des tensions au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	3 100	* 15,5	ns	ns	* 13,9	11,7
Travailleurs ayant une latitude décisionnelle faible au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	10 700	53,2	ns	●	52,7	42,1
Travailleurs ayant des exigences psychologiques élevées au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	6 500	32,2	ns	ns	36,2	31,9
Traumatismes non intentionels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	267	79,9	■	●	63,4	61,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	40	11,4	■	●	6,5	8,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	114	36,4	■	●	43,5	27,7
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	21	66,9	■	●	31,5	48,3
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	8	24,0	ns	ns	* 13,4	19,0
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	< 5	* 8,5	■	ns	np	5,8
Population victime de blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 200	* 7,9	ns	ns	* 6,9	9,4
Population victime de blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 900	* 10,3	ns	ns	* 11,2	11,9
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans plus)	8 400	29,6	ns	ns	34,5	27,7
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour les traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	1 353,7	■	ns	* 614,0	1 093,8
Maladies infectieuses						
Population ayant déjà eu des relations sexuelles qui a eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	6,3
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	12	34,6	ns	ns	33,9	44,7
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	7	* 20,4	ns	ns	25,1	19,9
ITSS : Incidence des infections à Chlamydia trachomatis (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	17	57,9	■	●	118,5	84,1
Hépatite : Incidence de l'ensemble des hépatites C (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	6	* 21,1	■	ns	np	15,9
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	5 900	* 20,7	ns	ns	22,9	18,7
Population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 700	* 9,6	ns	ns	* 12,2	10,5
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	13	37,5	■	ns	* 14,5	33,4

■ Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

■ Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

■ Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

● Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

1 Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

* Valeur à interpréter avec prudence

na Non applicable

nc Test statistique non calculable

ne Test statistique pour mesurer les écarts non effectué

np Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas

ns Écart non significatif statistiquement

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, [sur demande](#), dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013



HOMMES DU RLS DES ETCHEMINS ANALYSE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des hommes résidant sur le territoire du RLS des Etchemins. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui influencent l'état de santé et de bien-être.

Le RLS des Etchemins, avec une population de 8 894 hommes en 2011, regroupe 4 % de la population masculine de la région de la Chaudière-Appalaches. Ce RLS est délimité au nord, par le RLS Alphonse-Desjardins, à l'est par le RLS de Montmagny-L'Islet et il est adjacent, à l'ouest, au RLS de Beauce. Au sud, il partage sa frontière avec les États-Unis. D'une superficie de 1 811 km², le RLS des Etchemins est découpé en 13 municipalités, dont les 2 principales sont Lac-Etchemin et Saint-Prosper.

Le RLS des Etchemins connaîtra dans les prochaines années, si les projections s'avèrent justes, une décroissance de sa population totale et un accroissement du groupe des personnes âgées de 65 ans et plus.

La population masculine est généralement moins scolarisée qu'ailleurs en Chaudière-Appalaches et son revenu est plus faible. Les hommes y vivent en plus forte proportion en couple que dans l'ensemble des autres RLS de la région.

Écarts favorables pour les hommes du RLS des Etchemins

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Proportion moins élevée d'hommes consommant de la drogue au cours de la vie;
- Taux moins élevé d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST;
- Taux moins élevé de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*;
- Taux moins élevé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire.

Par rapport aux femmes du RLS des Etchemins :

- Proportion moins élevée d'hommes ayant eu des troubles musculo-squelettiques à, au moins, une région corporelle au cours des 12 derniers mois;
- Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics;
- Proportion moins élevée d'hommes ayant un niveau élevé de détresse psychologique.

Écarts défavorables pour les hommes du RLS des Etchemins

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Taux moins élevé des naissances de garçons;
- Proportion plus élevée d'hommes n'ayant aucune dent naturelle;
- Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics et pour maladies de l'appareil digestif ainsi que pour traumatismes non intentionnels.

Par rapport aux femmes du RLS des Etchemins :

- Espérance de vie des hommes moins élevée;
- Proportion plus élevée d'hommes présentant un surplus de poids;
- Proportions moins élevées d'hommes se brossant les dents au moins deux fois par jour et utilisant la soie dentaire tous les jours
- Proportions plus élevées de travailleurs vivant sur le territoire du RLS exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement, exposées à des poussières de bois, à des vapeurs de solvants et à des vibrations de tout le corps;
- Taux plus élevé d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST (selon le RLS de travail);
- Taux plus élevés d'incidence de l'ensemble des cancers et pour le cancer du poumon;
- Taux plus élevés de mortalité pour l'ensemble des causes et par cancer;
- Taux plus élevé d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour les causes externes de mortalité.

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches et aux femmes du RLS des Etchemins :

- ■ Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour maladies des appareils circulatoire et respiratoire;
- ■ Taux plus élevé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire.

Faits marquants :

De façon générale, la santé des hommes demeure préoccupante à plusieurs égards puisque les différentes données probantes portent à croire que, pour plusieurs indicateurs de santé et de bien-être, ils sont surreprésentés par rapport aux femmes : suicide, maladies chroniques et traumatismes non intentionnels comme les accidents de la route sont des exemples de problèmes de santé pour lesquels les hommes se démarquent défavorablement. Pour le RLS des Etchemins, les hommes du territoire ne font généralement pas exception et sont défavorisés par rapport aux femmes.

Certains indicateurs présentent un portrait favorable des hommes du territoire du RLS des Etchemins par rapport à ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Dans ce territoire, les hommes consomment en moins forte proportion de la drogue. L'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est moins grande. Des lésions professionnelles en lien avec leur lieu de travail sont, toutes proportions gardées, moins fréquemment déclarées et acceptées par la CSST. Enfin, les décès dus à des maladies de l'appareil circulatoire sont moins fréquents.

Comparativement aux femmes qui habitent le territoire du RLS des Etchemins, moins d'épisodes d'hospitalisation sont enregistrés. Ils souffrent moins de troubles musculo-squelettiques. Une moins forte proportion d'hommes a un niveau élevé de détresse psychologique.

Les hommes du RLS des Etchemins restent néanmoins désavantagés pour un grand nombre de problèmes de santé comparativement aux femmes du même territoire. Leur espérance de vie est moindre. Le taux de mortalité, toutes causes confondues, est supérieur à



celui des femmes. La mortalité attribuable à des cancers est plus élevée. Ils présentent enfin davantage de problème de poids, de nouveaux cas de cancer, dont le cancer du poumon.

Certains déterminants influencent l'état de santé et pour lesquels les hommes du RLS des Etchemins sont, par ailleurs, désavantagés. Par rapport aux femmes, ils sont proportionnellement plus nombreux à négliger leur hygiène dentaire (brossage des dents et utilisation de la soie dentaire). Ils sont plus à risque que les femmes à être exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement ou encore, à des poussières de bois, à des vapeurs de solvants ainsi qu'à des vibrations de tout le corps. Davantage de lésions professionnelles sont déclarées et acceptées par la CSST chez les hommes que chez les femmes.

Quelques écarts défavorables sont observés entre les hommes vivant sur le territoire du RLS et ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Le taux de naissances de garçons y est moins élevé. La part des hommes n'ayant aucune dent naturelle est plus grande. Plus d'épisodes d'hospitalisation sont enregistrés, particulièrement pour des maladies de l'appareil digestif et pour des traumatismes non intentionnels.

L'accroissement attendu des aînés aura un impact considérable sur les services offerts à la population. Fondamentalement, les hommes vivant sur le territoire du RLS des Etchemins ne diffèrent pas des hommes de la région en ce sens que l'écart avec les femmes est notable en ce qui a trait à l'état de santé et de bien-être et l'adoption de saines habitudes de vie. Spécifiquement, ils se démarquent défavorablement des hommes de la région ainsi que des femmes du RLS sur certains aspects. En effet, même en considérant l'effet de cette population davantage âgée, le taux de mortalité attribuable à des maladies de l'appareil respiratoire est plus élevé et les épisodes d'hospitalisation pour ces maladies ainsi que pour les maladies de l'appareil circulatoire sont aussi relativement plus fréquents.

Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès des hommes à porter une attention particulière sur l'adoption de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables en tenant compte des réalités masculines. La prévention des traumatismes non intentionnels et l'amélioration des conditions de travail qui respectent la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur sont aussi des enjeux majeurs dans ce RLS. Toutes ses mesures visent à favoriser un vieillissement en santé et offrir les services de santé nécessaires à sa population vieillissante.



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES ETCHEMINS – INDICATEURS

Déterminants	RLS des Etchemins				Chaudière-Appalaches	
	Hommes			Femmes	Hommes	
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS	hommes CA	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
1. Conditions démographiques						
Population (tous les âges) (2011) (nombre et % de l'ensemble de la population)	8 894	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Population des 0 à 5 ans	494	5,6	ne	ne	5,6	6,8
Population des 6 à 11 ans	492	5,5	ne	ne	5,2	6,1
Population des 12 à 17 ans	596	6,7	ne	ne	6,8	6,7
Population des 18 à 24 ans	708	8,0	ne	ne	7,1	8,7
Population des 25 à 44 ans	1 986	22,3	ne	ne	19,8	25,7
Population des 45 à 64 ans	2 944	33,1	ne	ne	33,1	31,1
Population des 65 à 74 ans	947	10,6	ne	ne	11,1	9,1
Population des 75 ans et plus	727	8,2	ne	ne	11,2	5,7
Naissances (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 de l'ensemble de la population)	75	8,3	ns	●	8,3	11,0
Accroissement de la population (tous les âges) (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 de l'ensemble de la population)	15	0,2	ne	ne	-1,5	4,5
Accroissement de la population des 0 à 5 ans	-56	-11,3	ne	ne	-11,4	1,7
Accroissement de la population des 6 à 11 ans	14	2,8	ne	ne	8,6	14,8
Accroissement de la population des 12 à 17 ans	-52	-8,7	ne	ne	-13,5	-0,8
Accroissement de la population des 18 à 24 ans	-168	-23,7	ne	ne	-24,3	-19,4
Accroissement de la population des 25 à 44 ans	-115	-5,8	ne	ne	-4,0	0,7
Accroissement de la population des 45 à 64 ans	-337	-11,4	ne	ne	-14,7	-7,0
Accroissement de la population des 65 à 74 ans	444	46,9	ne	ne	41,2	49,5
Accroissement de la population des 75 ans et plus	285	39,2	ne	ne	21,5	54,7
Indice de vieillesse (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 0 à 14 ans)	na	133,4	ne	ne	157,4	92,3
Indice de dépendance totale (2011) (% de la population des 0 à 14 ans et des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	49,1	ne	ne	57,2	44,8
Indice de dépendance des aînés (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	28,1	ne	ne	35,0	21,5
Rapport de masculinité (tous les âges) (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes)	na	105,1	ne	ne	na	101,3
Rapport de masculinité des 0 à 5 ans	na	104,2	ne	ne	na	104,5
Rapport de masculinité des 6 à 11 ans	na	111,1	ne	ne	na	104,8
Rapport de masculinité des 12 à 17 ans	na	102,9	ne	ne	na	104,4
Rapport de masculinité des 18 à 24 ans	na	117,6	ne	ne	na	108,5
Rapport de masculinité des 25 à 44 ans	na	118,2	ne	ne	na	109,1
Rapport de masculinité des 45 à 64 ans	na	105,0	ne	ne	na	102,2
Rapport de masculinité des 65 à 74 ans	na	101,1	ne	ne	na	97,4
Rapport de masculinité des 75 ans et plus	na	76,8	ne	ne	na	66,9
2. Conditions socioculturelles						
Population vivant seule (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 020	13,9	ne	ne	15,0	13,3
Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans selon le sexe du parent (2006) (nombre et % des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans)	110	6,1	ne	ne	9,4	4,9
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 18 ans et plus)	7 160	100,1	ne	ne	100,1	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	2 035	28,4	ne	ne	17,0	26,4
Actuellement marié(e)	3 335	46,6	ne	ne	47,1	42,0
Partenaire en union libre	1 180	16,5	ne	ne	16,6	22,9
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	430	6,0	ne	ne	5,6	6,4
Veuf(ve) et non remarié(e)	185	2,6	ne	ne	13,7	2,3
3. Conditions socioéconomiques						
Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 25 à 64 ans)	4 860	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	1 600	32,9	ne	ne	28,5	20,8
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	990	20,4	ne	ne	24,8	19,1
Post secondaires	1 975	40,6	ne	ne	39,0	46,9
Grade universitaire	290	6,0	ne	ne	7,1	13,2
Emploi (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	4 310	59,0	ne	ne	49,6	69,8
Chômage (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	555	11,4	ne	ne	4,4	4,9
Revenu moyen des particuliers (2005) (en \$) (15 ans et plus)	na	28 944	ne	ne	19 117	35 432
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % de l'ensemble de la population)	780	9,0	ne	ne	11,8	8,7
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 300	* 17,6	ns	ns	* 10,8	11,2
4. Environnement physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
5. Environnement social et adaptation sociale						
Population prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 170	15,9	ne	ne	23,4	16,0
Population insatisfaite de sa vie sociale (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	5,0
Incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 0 à 17 ans)	9	5,2	ns	ns	* 4,3	4,9
Négligence	6	* 3,5	ns	ns	* 2,9	2,7
Troubles de comportement	np	np	ns	ns	np	1,8
Abus physique	np	np	nc	ns	np	0,3
Abus sexuel	np	np	ns	ns	np	np
Abandon	np	np	nc	nc	np	* 0,1
6. Habitudes de vie et comportements						
Activité physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Population ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	900	* 12,0	ns	ns	np	15,4
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	3 100	41,7	ns	●	32,3	49,9
Alimentation et poids corporel						
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	4 400	63,4	■	ns	39,5	61,0
Population présentant de l'obésité ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	1 100	* 15,1	ns	ns	* 13,9	14,8
Population se percevant avec un excès de poids ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 700	36,4	ns	ns	38,7	34,8
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	900	* 12,1	ns	ns	* 11,2	12,9
Population n'ayant aucune dent naturelle ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 300	18,3	ns	●	24,2	10,5
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	4 900	67,1	■	ns	81,6	66,7
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 000	* 16,6	■	ns	30,1	20,7
Habitudes sexuelles						
Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)						
1 partenaire	5 200	88,4	ns	ns	93,3	89,7
2 à 4 partenaires	np	np	ns	ns	np	8,3
5 partenaires et plus	np	np	ns	ns	np	* 2,1
7. Utilisation de services de santé						
Population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus parmi la population ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie)	np	np	ns	ns	* 53,7	41,0
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	5 600	80,1	ns	ns	83,7	74,5

État de la santé et du bien-être	RLS des Etchemins					Chaudière-Appalaches
	Hommes				Femmes	Hommes
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS	hommes CA	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
8. Santé globale						
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	900	* 12,3	ns	ns	17,3	8,5
Espérance de vie à la naissance (2003 à 2007) (nombre moyen en années)	na	77,9	■	ns	83,6	78,2
Espérance de vie à la naissance sans incapacité (hors institution) (2006) (nombre en années)	na	66,0	ne	ne	70,0	68,3
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population dans les ménages privés)	1 215	14,1	ne	ne	12,3	10,1
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	816	858,6	■	●	1 011,1	792,8
Première cause : Maladies de l'appareil circulatoire	191	189,2	■	●	116,3	171,2
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	122	129,1	■	●	96,1	114,0
Troisième cause : Maladies de l'appareil digestif	107	112,1	ns	●	91,4	89,8
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	7 009,9	ns	ns	4 451,7	6 250,7
Première cause : Causes externes de mortalité	na	* 2 166,4	■	ns	np	2 131,6
Deuxième cause : Tumeurs	na	1 854,0	ns	ns	1 816,0	1 893,3
Troisième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	na	* 836,9	ns	ns	np	992,8
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	81	870,6	■	ns	581,5	857,1
Première cause : Tumeurs	31	322,9	■	ns	219,1	296,8
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	15	161,6	ns	●	131,2	223,5
Troisième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	14	154,3	■	●	65,3	92,8
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie (toutes causes) (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des moins d'un an)	82	10 250,8	ns	ns	8 516,1	10 393,5
Première cause : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	57	7 116,0	ns	ns	6 290,3	6 651,2
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	8	* 940,4	ns	ns	* 580,6	1 146,1
Troisième cause : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	7	909,1	ns	ns	677,4	1 098,6
Mortalité infantile (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes)	np	np	ns	ns	np	4,3
Mortalité périnatale (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes et mortinaissances)	np	np	ns	ns	np	6,7
Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	7	9,1	ns	ns	* 7,4	6,9
Naissances de faible poids (< 2 500 grammes) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	< 5	* 5,9	ns	ns	* 4,4	4,7
Naissances prématurées (< 37 semaines de gestation) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	8	10,7	ns	ns	* 5,3	7,7
Maladies chroniques						
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 1 000 des 20 ans et plus)	64	9,0	ns	ns	7,1	7,9
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 100 des 20 ans et plus)	607	7,3	ns	ns	6,5	7,7
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	59	624,3	■	ns	481,4	605,4
Première cause : Incidence pour le cancer de la prostate	13	138,0	na	ns	na	135,1
Deuxième cause : Incidence pour le cancer du poumon	10	109,3	■	ns	* 53,2	123,6
Troisième cause : Incidence pour le cancer colorectal	6	* 60,2	ns	ns	67,4	80,7
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	30	316,4	■	ns	211,3	290,7
Première cause : Mortalité par cancer du poumon	8	86,3	ns	ns	* 51,0	100,9
Deuxième cause : Mortalité par cancer de la prostate	< 5	* 42,1	na	ns	na	28,5
Troisième cause : Mortalité par cancer colorectal	np	np	ns	ns	* 24,0	31,0
Mortalité par maladies de l'appareil digestif (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	< 5	* 25,3	ns	ns	* 15,3	26,9
Maladies liées à l'environnement						
Population ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	700	* 9,5	ns	ns	* 9,6	11,2
Population ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	900	* 12,9	ns	ns	* 12,3	12,5
Incidence du mélanome de la peau (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	np	np	ns	ns	np	7,8
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Travailleurs ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 800	40,5	ns	ns	* 22,6	38,1
Travailleurs travaillant en position debout de façon prolongée ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 600	58,6	ns	ns	59,5	51,2
Incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST, RLS de travail (2006) (nombre et taux brut par 1 000 travailleurs)	113	57,9	■	●	24,6	69,9
Travailleurs exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 600	35,4	■	ns	* 19,7	35,0
Travailleurs exposés à du bruit intense en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	11,6
Travailleurs exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 700	36,9	ns	ns	43,8	33,5
Travailleurs exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 200	* 25,6	ns	ns	np	20,4
Travailleurs exposés à des poussières de bois en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	800	* 17,1	■	ns	np	11,1
Travailleurs exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	600	* 14,3	■	ns	np	10,9
Travailleurs exposés à des vibrations de tout le corps en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	600	* 13,5	■	ns	np	11,4
Travailleurs exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	800	* 18,7	ns	ns	np	15,7
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques liés à l'emploi principal actuel à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	800	* 17,0	ns	ns	* 26,5	18,0
Santé mentale des travailleurs						
Travailleurs vivant des tensions au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	800	* 18,2	ns	ns	np	11,7
Travailleurs ayant une latitude décisionnelle faible au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 200	49,5	ns	ns	57,0	42,1
Travailleurs ayant des exigences psychologiques élevées au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 500	34,5	ns	ns	* 26,4	31,9
Traumatismes non intentionnels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	71	75,7	ns	●	61,7	61,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	9	10,4	ns	ns	* 6,8	8,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	28	29,3	ns	ns	40,4	27,7
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	< 5	* 42,5	ns	ns	* 29,2	48,3
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	np	np	ns	ns	np	19,0
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	np	np	nc	nc	np	5,8
Population victime de blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	600	* 8,2	ns	ns	* 13,1	9,4
Population victime de blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	700	* 9,2	ns	ns	* 10,4	11,9
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans plus)	2 000	28,0	■	ns	39,6	27,7
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour les traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	np	ns	ns	np	1 093,8
Maladies infectieuses						
Population ayant déjà eu des relations sexuelles qui a eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	* 9,5	6,3
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	< 5	* 33,6	ns	ns	* 37,4	44,7
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	np	np	ns	ns	* 25,7	19,9
ITSS : Incidence des infections à Chlamydia trachomatis (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	< 5	* 34,2	ns	●	* 79,4	84,1
Hépatite : Incidence de l'ensemble des hépatites C (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	15,9
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 500	20,3	■	ns	29,6	18,7
Population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	900	* 12,9	ns	ns	* 10,4	10,5
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	< 5	* 44,4	ns	ns	np	33,4

■ Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

■ Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

■ Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, [sur demande](#), dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

1 Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

* Valeur à interpréter avec prudence

na Non applicable

nc Test statistique non calculable

ne Test statistique pour mesurer les écarts non effectué

np Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas

ns Écart non significatif statistiquement

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013



HOMMES DU RLS DE MONTMAGNY-L'ISLET ANALYSE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des hommes résidant sur le territoire du RLS de Montmagny-L'Islet. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui influencent l'état de santé et de bien-être.

Le RLS de Montmagny-L'Islet, avec une population de 20 857 hommes en 2011, regroupe 10 % de la population masculine de la région de la Chaudière-Appalaches. Ce RLS est situé au nord de la région, bordant le fleuve Saint-Laurent. Il est délimité à l'est par la région du Bas-Saint-Laurent et est adjacent, à l'ouest, aux RLS Alphonse-Desjardins et des Etchemins. Au sud, il partage sa frontière avec les États-Unis. D'une superficie de 3 805 km², le RLS de Montmagny-L'Islet est découpé en 28 municipalités, dont la principale est Montmagny.

Le RLS de Montmagny-L'Islet connaîtra dans les prochaines années, si les projections s'avèrent justes, une décroissance de sa population totale et un accroissement du groupe des personnes âgées de 65 ans et plus.

La population masculine est généralement moins scolarisée qu'ailleurs en Chaudière-Appalaches et son revenu est plus faible. Les hommes y vivent en moins forte proportion en couple que dans l'ensemble des autres RLS de la région.

Écarts favorables pour les hommes du RLS de Montmagny-L'Islet

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Taux moins élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie et pour certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ainsi que certaines malformations congénitales et anomalies chromosomiques;
- Taux moins élevé d'incidence des nouvelles prises en charges dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour troubles de comportement;
- Proportion plus élevée d'hommes dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste;
- Taux moins élevé de l'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST (selon le RLS de travail);
- Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour maladies de l'appareil circulatoire.

Par rapport aux femmes du RLS de Montmagny-L'Islet :

- Proportion moins élevée de travailleurs vivant dans le territoire du RLS exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail;
- Proportion moins élevée d'hommes n'ayant aucune dent naturelle;
- Taux moins élevé de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches et aux femmes du RLS de Montmagny-L'Islet :

- ■ Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics.

Écarts défavorables pour les hommes du RLS de Montmagny-L'Islet

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Taux moins élevé des naissances de garçons;
- Proportion plus élevée de travailleurs vivant dans le territoire du RLS travaillant en position debout de façon prolongée.

Par rapport aux femmes du RLS de Montmagny-L'Islet :

- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie pour maladies de l'appareil respiratoire et pour malformations congénitales;
- Proportions plus élevées d'hommes ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie;
- Proportion plus élevée d'hommes présentant un surplus de poids;
- Proportion moins élevée d'hommes se brossant les dents au moins deux fois par jour;
- Proportions plus élevées de travailleurs vivant dans le territoire du RLS ayant un niveau élevé de contrainte physiques en milieu de travail, exposés à des efforts en utilisant des outils, à des machines ou de l'équipement, à des poussières de bois, à des vibrations de tout le corps et à des vibrations des mains ou des bras;
- Taux plus élevé d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST (selon le RLS de travail);
- Taux plus élevés de l'incidence de l'ensemble des cancers et spécifiquement pour les cancers du poumon et colorectal;
- Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour maladies des appareils circulatoire et respiratoire ainsi que pour traumatismes non intentionnels;
- Taux plus élevés de mortalité par cancers, par maladies des appareils circulatoire et respiratoire, par traumatismes non intentionnels et par suicide;
- Taux plus élevés d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour causes externes, pour tumeurs et pour maladies de l'appareil circulatoire.

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches et aux femmes du RLS de Montmagny-L'Islet :

- ■ Espérance de vie des hommes moins élevée;
- ■ Taux plus élevés de mortalité pour l'ensemble des causes et pour le cancer du poumon;
- ■ Taux plus élevé d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes.

Faits marquants :

De façon générale, la santé des hommes demeure préoccupante à plusieurs égards puisque les différentes données probantes portent à croire que, pour plusieurs indicateurs de santé et de bien-être, ils sont surreprésentés par rapport aux femmes : suicide, maladies chroniques et traumatismes non intentionnels comme les accidents de la route sont des exemples de problèmes de santé pour lesquels les hommes se démarquent défavorablement. Pour le RLS de Montmagny-L'Islet, les hommes du territoire ne font généralement pas exception et sont défavorisés par rapport aux femmes.

Certains indicateurs présentent un portrait favorable des hommes du territoire du RLS de Montmagny-L'Islet par rapport à ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Dans ce territoire, moins d'épisodes d'hospitalisation sont enregistrés pour les jeunes garçons au cours de leur première année de vie, particulièrement pour certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ainsi que pour certaines malformations congénitales et anomalies chromosomiques. Pour les garçons de moins de 18 ans, l'incidence des nouvelles prises en charge pour troubles de comportement dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse est moindre qu'ailleurs dans la région. Les hommes, quant à eux, ont en plus forte proportion une prise de leur tension artérielle lors de leur consultation auprès d'un médecin généraliste. Ils sont relativement moins hospitalisés pour des maladies associées à l'appareil circulatoire que ceux vivant ailleurs dans la région. Les lésions professionnelles en lien avec leur lieu de travail sont, toutes proportions gardées, moins fréquemment déclarées et acceptées par la CSST.

Comparativement aux femmes qui habitent le territoire du RLS de Montmagny-L'Islet, moins d'hommes n'ont aucune dent naturelle. L'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* est moins grande. Les travailleurs vivant dans ce territoire sont moins à risque d'être exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail.

Les hommes du RLS de Montmagny-L'Islet restent néanmoins désavantagés pour un grand nombre de problèmes de santé comparativement aux femmes du même territoire. Leur espérance de vie est moindre. Le taux de mortalité, toutes causes confondues, est supérieur à celui des femmes. La mortalité attribuable à des cancers, à des maladies des appareils circulatoire et respiratoire, à des traumatismes non intentionnels et au suicide est plus élevée. Ils sont aussi relativement plus souvent hospitalisés que les femmes pour des maladies des appareils circulatoire et respiratoire ainsi que pour traumatismes non intentionnels. Ils présentent enfin davantage de problème de poids, de nouveaux cas de cancer, dont les cancers du poumon et colorectal.

Certains déterminants influencent l'état de santé et pour lesquels les hommes de Montmagny-L'Islet sont, par ailleurs, désavantagés. Par rapport aux femmes, ils sont proportionnellement plus nombreux à consommer de la drogue et à négliger leur hygiène dentaire (brossage des dents, soie dentaire). Ils sont plus à risque que les femmes à être exposés à différentes contraintes physiques en milieu de travail ou encore, à des efforts en utilisant des outils, à des machines ou de l'équipement, à des poussières de bois, à des vibrations de tout le corps ainsi qu'à des vibrations des mains ou des bras. Davantage de lésions professionnelles sont déclarées et acceptées par la CSST, en lien avec leur lieu de travail, chez les hommes que chez les femmes.

Relativement peu d'écarts défavorables sont observés entre les hommes vivant sur le territoire du RLS et ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Le taux de naissance de garçons y est moins élevé. Enfin, les travailleurs vivant dans le territoire du RLS sont plus à risque de travailler debout de façon prolongée.

L'accroissement attendu des aînés aura un impact considérable sur les services offerts à la population. Fondamentalement, les hommes vivant sur le territoire du RLS de Montmagny-L'Islet ne diffèrent pas des hommes de la région en ce sens que l'écart avec les femmes est notable en ce qui a trait à l'état de santé et de bien-être et l'adoption de saines habitudes de vie. Spécifiquement, ils se démarquent défavorablement des hommes de la région ainsi que des femmes du RLS sur certains aspects. En effet, même en considérant l'effet de



cette population davantage âgée, les taux de mortalité sont plus élevés, pour l'ensemble des causes et pour plusieurs maladies chroniques comme le cancer du poumon. L'espérance de vie est moins élevée et un plus grand nombre d'années sont potentiellement perdues prématurément pour la société.

Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès des hommes à porter une attention particulière à la prévention du suicide en tenant compte leur réalité. L'adoption de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables peuvent contribuer grandement à favoriser un vieillissement en santé et offrir les services de santé nécessaires à sa population vieillissante.



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE MONTMAGNY-L'ISLET – INDICATEURS

Déterminants	RLS de Montmagny-L'Islet				Chaudière-Appalaches	
	Hommes			Femmes	Hommes	
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS	hommes CA	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
1. Conditions démographiques						
Population (tous les âges) (2011) (nombre et % de l'ensemble de la population)	20 857	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Population des 0 à 5 ans	1 211	5,8	ne	ne	5,3	6,8
Population des 6 à 11 ans	1 160	5,6	ne	ne	5,2	6,1
Population des 12 à 17 ans	1 338	6,4	ne	ne	6,1	6,7
Population des 18 à 24 ans	1 615	7,7	ne	ne	7,1	8,7
Population des 25 à 44 ans	4 540	21,8	ne	ne	20,3	25,7
Population des 45 à 64 ans	7 076	33,9	ne	ne	32,4	31,1
Population des 65 à 74 ans	2 366	11,3	ne	ne	11,9	9,1
Population des 75 ans et plus	1 551	7,4	ne	ne	11,8	5,7
Naissances (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 de l'ensemble de la population)	192	9,0	ns	●	8,7	11,0
Accroissement de la population (tous les âges) (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 de l'ensemble de la population)	-583	-2,8	ne	ne	-3,4	4,5
Accroissement de la population des 0 à 5 ans	-182	-15,0	ne	ne	-11,3	1,7
Accroissement de la population des 6 à 11 ans	3	0,3	ne	ne	0,7	14,8
Accroissement de la population des 12 à 17 ans	-137	-10,2	ne	ne	-13,0	-0,8
Accroissement de la population des 18 à 24 ans	-338	-20,9	ne	ne	-24,3	-19,4
Accroissement de la population des 25 à 44 ans	-394	-8,7	ne	ne	-9,6	0,7
Accroissement de la population des 45 à 64 ans	-1 004	-14,2	ne	ne	-16,2	-7,0
Accroissement de la population des 65 à 74 ans	857	36,2	ne	ne	32,9	49,5
Accroissement de la population des 75 ans et plus	612	39,5	ne	ne	25,2	54,7
Indice de vieillesse (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 0 à 14 ans)	na	129,5	ne	ne	177,6	92,3
Indice de dépendance totale (2011) (% de la population des 0 à 14 ans et des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	49,9	ne	ne	58,7	44,8
Indice de dépendance des aînés (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	28,1	ne	ne	37,6	21,5
Rapport de masculinité (tous les âges) (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes)	na	101,8	ne	ne	na	101,3
Rapport de masculinité des 0 à 5 ans	na	110,7	ne	ne	na	104,5
Rapport de masculinité des 6 à 11 ans	na	109,1	ne	ne	na	104,8
Rapport de masculinité des 12 à 17 ans	na	107,0	ne	ne	na	104,4
Rapport de masculinité des 18 à 24 ans	na	111,5	ne	ne	na	108,5
Rapport de masculinité des 25 à 44 ans	na	109,4	ne	ne	na	109,1
Rapport de masculinité des 45 à 64 ans	na	106,7	ne	ne	na	102,2
Rapport de masculinité des 65 à 74 ans	na	97,0	ne	ne	na	97,4
Rapport de masculinité des 75 ans et plus	na	64,3	ne	ne	na	66,9
2. Conditions socioculturelles						
Population vivant seule (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 555	14,7	ne	ne	16,0	13,3
Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans selon le sexe du parent (2006) (nombre et % des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans)	200	4,4	ne	ne	12,8	4,9
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 18 ans et plus)	16 965	100,0	ne	ne	100,1	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	4 735	27,9	ne	ne	17,6	26,4
Actuellement marié(e)	6 935	40,9	ne	ne	39,9	42,0
Partenaire en union libre	3 690	21,8	ne	ne	21,6	22,9
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	1 080	6,4	ne	ne	6,7	6,4
Veuf(ve) et non remarié(e)	520	3,1	ne	ne	14,2	2,3
3. Conditions socioéconomiques						
Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 25 à 64 ans)	11 740	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	3 625	30,9	ne	ne	26,4	20,8
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	2 105	17,9	ne	ne	23,6	19,1
Post secondaires	5 245	44,7	ne	ne	40,1	46,9
Grade universitaire	810	6,9	ne	ne	9,7	13,2
Emploi (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	10 940	63,0	ne	ne	48,2	69,8
Chômage (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	840	7,1	ne	ne	7,5	4,9
Revenu moyen des particuliers (2005) (en \$) (15 ans et plus)	na	29 251	ne	ne	20 478	35 432
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % de l'ensemble de la population)	1 875	9,1	ne	ne	11,9	8,7
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 800	* 16,1	ns	ns	10,4	11,2
4. Environnement physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
5. Environnement social et adaptation sociale						
Population prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 775	16,0	ne	ne	24,1	16,0
Population insatisfaite de sa vie sociale (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	5,0
Incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 0 à 17 ans)	19	4,7	ns	ns	4,7	4,9
Négligence	14	3,3	ns	ns	3,2	2,7
Troubles de comportement	5	* 1,1	ns	●	* 0,9	1,8
Abus physique	np	np	ns	ns	np	0,3
Abus sexuel	np	np	nc	nc	np	np
Abandon	np	np	ns	ns	np	* 0,1
6. Habitudes de vie et comportements						
Activité physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Population ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 700	* 15,3	■	ns	np	15,4
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	7 900	45,6	■	ns	29,2	49,9
Alimentation et poids corporel						
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	10 300	61,7	■	ns	42,4	61,0
Population présentant de l'obésité ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	2 400	* 14,3	ns	ns	* 12,2	14,8
Population se percevant avec un excès de poids ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	5 900	34,1	ns	ns	36,3	34,8
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 100	* 12,3	ns	ns	np	12,9
Population n'ayant aucune dent naturelle ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 600	* 9,5	■	ns	22,5	10,5
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	10 000	57,4	■	ns	80,3	66,7
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	3 500	* 22,3	ns	ns	32,1	20,7
Habitudes sexuelles						
Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)						
1 partenaire	13 500	93,3	ns	ns	96,7	89,7
2 à 4 partenaires	np	np	ns	ns	np	8,3
5 partenaires et plus	np	np	nc	ns	np	* 2,1
7. Utilisation de services de santé						
Population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus parmi la population ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie)	1 200	* 46,9	ns	ns	65,0	41,0
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	13 800	82,6	ns	●	89,4	74,5

État de la santé et du bien-être	RLS de Montmagny-L'Islet					Chaudière-Appalaches
	Hommes				Femmes	Hommes
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS	hommes CA	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
8. Santé globale						
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 700	* 9,6	ns	ns	* 12,6	8,5
Espérance de vie à la naissance (2003 à 2007) (nombre moyen en années)	na	77,1	■	●	83,6	78,2
Espérance de vie à la naissance sans incapacité (hors institution) (2006) (nombre en années)	na	67,7	ne	ne	70,8	68,3
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population dans les ménages privés)	2 310	11,3	ne	ne	12,4	10,1
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	1 702	742,8	■	●	955,5	792,8
Première cause : Maladies de l'appareil circulatoire	383	159,1	■	●	98,4	171,2
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	262	117,3	■	ns	76,6	114,0
Troisième cause : Maladies de l'appareil digestif	214	93,4	ns	ns	91,4	89,8
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	7 253,1	■	●	3 456,7	6 250,7
Première cause : Causes externes de mortalité	na	2 635,3	■	ns	* 871,7	2 131,6
Deuxième cause : Tumeurs	na	2 315,3	■	ns	1 202,6	1 893,3
Troisième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	na	1 224,1	■	ns	* 482,0	992,8
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	211	928,5	■	●	588,7	857,1
Première cause : Tumeurs	77	333,4	■	ns	177,2	296,8
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	56	244,9	■	ns	159,4	223,5
Troisième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	22	97,1	■	ns	44,1	92,8
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie (toutes causes) (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des moins d'un an)	168	8 271,6	ns	●	7 029,3	10 393,5
Première cause : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	89	4 395,1	ns	●	4 630,4	6 651,2
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	27	1 308,6	■	ns	795,0	1 146,1
Troisième cause : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	17	839,5	■	●	432,4	1 098,6
Mortalité infantile (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes)	np	np	ns	ns	np	4,3
Mortalité périnatale (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes et mortinaissances)	np	np	ns	ns	np	6,7
Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	15	7,7	ns	ns	8,4	6,9
Naissances de faible poids (< 2 500 grammes) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	10	5,2	ns	ns	6,6	4,7
Naissances prématurées (< 37 semaines de gestation) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	18	9,3	ns	ns	8,5	7,7
Maladies chroniques						
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 1 000 des 20 ans et plus)	150	8,6	ns	ns	8,8	7,9
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 100 des 20 ans et plus)	1 519	7,6	ns	ns	7,0	7,7
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	143	630,5	■	ns	443,2	605,4
Première cause : Incidence pour le cancer du poumon	32	142,7	■	ns	50,5	123,6
Deuxième cause : Incidence pour le cancer de la prostate	32	140,3	na	ns	na	135,1
Troisième cause : Incidence pour le cancer colorectal	18	81,5	■	ns	50,5	80,7
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	76	329,1	■	ns	173,1	290,7
Première cause : Mortalité par cancer du poumon	29	124,3	■	●	32,8	100,9
Deuxième cause : Mortalité par cancer colorectal	9	38,0	ns	ns	* 25,1	31,0
Troisième cause : Mortalité par cancer de la prostate	5	* 22,8	na	ns	na	28,5
Mortalité par maladies de l'appareil digestif (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	7	32,8	ns	ns	* 23,3	26,9
Maladies liées à l'environnement						
Population ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 200	* 12,5	ns	ns	* 12,9	11,2
Population ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 800	* 10,5	ns	ns	* 16,1	12,5
Incidence du mélanome de la peau (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	np	np	ns	ns	np	7,8
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Travailleurs ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleursde 15 ans et plus)	5 700	48,0	■	ns	* 24,4	38,1
Travailleurs travaillant en position debout de façon prolongée ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	7 400	62,7	ns	●	60,0	51,2
Incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST, RLS de travail (2006) (nombre et taux brut par 1 000 travailleurs)	399	51,6	■	●	21,8	69,9
Travailleurs exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	5 500	46,3	■	ns	* 19,4	35,0
Travailleurs exposés à du bruit intense en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 700	* 14,3	ns	ns	np	11,6
Travailleurs exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	4 100	34,9	■	ns	49,6	33,5
Travailleurs exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	3 300	28,2	ns	ns	* 18,8	20,4
Travailleurs exposés à des poussières de bois en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 100	* 17,5	■	ns	np	11,1
Travailleurs exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 500	* 12,6	ns	ns	np	10,9
Travailleurs exposés à des vibrations de tout le corps en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 900	* 15,7	■	ns	np	11,4
Travailleurs exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 500	* 21,2	■	ns	np	15,7
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques liés à l'emploi principal actuel à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	3 400	* 28,2	ns	ns	* 20,6	18,0
Santé mentale des travailleurs						
Travailleurs vivant des tensions au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	11,7
Travailleurs ayant une latitude décisionnelle faible au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	5 300	45,4	ns	ns	42,9	42,1
Travailleurs ayant des exigences psychologiques élevées au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	3 500	29,8	ns	ns	* 30,5	31,9
Traumatismes non intentionels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	126	58,9	■	ns	43,6	61,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	15	7,3	ns	ns	* 4,5	8,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	58	26,5	ns	ns	32,1	27,7
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	11	50,3	■	ns	* 23,9	48,3
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	< 5	* 17,8	ns	ns	np	19,0
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	np	np	ns	ns	np	5,8
Population victime de blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 900	* 10,7	ns	ns	* 10,7	9,4
Population victime de blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 200	* 12,9	ns	ns	np	11,9
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans plus)	5 900	33,7	ns	ns	37,4	27,7
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour les traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	* 1 177,0	ns	ns	np	1 093,8
Maladies infectieuses						
Population ayant déjà eu des relations sexuelles qui a eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	6,3
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	11	51,2	ns	ns	* 28,9	44,7
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	< 5	* 20,8	ns	ns	* 12,5	19,9
ITSS : Incidence des infections à Chlamydia trachomatis (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	13	70,1	■	ns	147,8	84,1
Hépatite : Incidence de l'ensemble des hépatites C (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	15,9
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	3 500	* 20,0	ns	ns	19,5	18,7
Population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 900	* 11,2	ns	ns	* 13,2	10,5
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	9	41,2	■	ns	np	33,4

■ Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

■ Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

■ Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

● Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, [sur demande](#), dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

1 Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

* Valeur à interpréter avec prudence

na Non applicable

nc Test statistique non calculable

ne Test statistique pour mesurer les écarts non effectué

np Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas

ns Écart non significatif statistiquement

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013



HOMMES DU RLS DE LA RÉGION DE THETFORD ANALYSE DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Ce bref portrait rend compte de la santé des hommes résidant sur le territoire du RLS de la région de Thetford. Il offre un aperçu de leur santé globale, physique et mentale, ainsi que des déterminants qui influencent l'état de santé et de bien-être.

Le RLS de la région de Thetford, avec une population de 21 534 hommes en 2011, regroupe 10 % de la population masculine de la région de la Chaudière-Appalaches. Ce RLS est situé au sud-ouest de la région. Il est délimité au nord par le RLS Alphonse-Desjardins, à l'est par le RLS de Beauce et il est adjacent, à l'ouest, à la région Mauricie-Centre-du-Québec. Au sud, il partage sa frontière avec l'Estrie. D'une superficie de 1 906 km², le RLS de la région de Thetford est découpé en 19 municipalités, dont la principale est Thetford Mines.

Le RLS de la région de Thetford connaîtra dans les prochaines années, si les projections s'avèrent justes, une décroissance de sa population totale et un accroissement du groupe des personnes âgées de 65 ans et plus.

La population masculine est généralement moins scolarisée qu'ailleurs en Chaudière-Appalaches et son revenu est plus faible. Les hommes y vivent en plus forte proportion en couple que dans l'ensemble des autres RLS de la région.

Écarts favorables pour les hommes du RLS de la région de Thetford

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Taux moins élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie pour l'ensemble des causes et spécifiquement pour malformations congénitales et anomalies chromosomiques;
- Proportion plus élevée d'hommes dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste.

Par rapport aux femmes du RLS de la région de Thetford :

- Proportion moins élevée d'hommes n'ayant aucune dent naturelle;
- Taux moins élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics;
- Taux moins élevé de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*;
- Proportion moins élevée d'hommes ayant un niveau élevé de détresse psychologique.

Écarts défavorables pour les hommes du RLS de la région de Thetford

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches :

- Taux moins élevé des naissances de garçons;
- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie pour maladies de l'appareil respiratoire;
- Taux plus élevés d'incidence des nouvelles prises en charges dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques et spécifiquement pour troubles de comportement;
- Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics et pour maladies de l'appareil respiratoire;
- Proportions plus élevées de travailleurs vivant dans le territoire du RLS travaillant en position debout de façon prolongée ou exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail.

Par rapport aux femmes du RLS de la région de Thetford :

- Taux plus élevé d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie pour l'ensemble des causes;
- Proportion plus élevée d'hommes ayant consommé de la drogue au cours de leur vie;
- Proportion plus élevée d'hommes présentant un surplus de poids;
- Proportion moins élevée d'hommes se brossant les dents au moins deux fois par jour;
- Proportions plus élevées de travailleurs vivant dans le territoire du RLS ayant un niveau élevé de contrainte physiques en milieu de travail, exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement, à des poussières de bois, à des vibrations de tout le corps ainsi qu'à des vibrations des mains ou des bras;
- Taux plus élevé d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST (selon RLS de travail);

- Proportion plus élevée d'hommes vivant dans le territoire du RLS victimes de blessure au travail attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois;
- Taux plus élevé de prévalence du diabète;
- Taux plus élevé de l'incidence de l'ensemble des cancers;
- Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour maladies de l'appareil circulatoire, pour traumatismes non intentionnels et spécifiquement pour accidents de véhicule à moteur;
- Taux plus élevés de mortalité pour l'ensemble des causes, pour l'ensemble des cancers et spécifiquement du cancer du poumon, par maladies de l'appareil circulatoire, par maladies de l'appareil respiratoire et par suicide;
- Taux plus élevés d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour causes externes.

Par rapport aux hommes vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches et aux femmes du RLS de la région de Thetford :

- ■ Espérance de vie des hommes moins élevée;
- ■ Taux plus élevé de l'incidence du cancer du poumon;
- ■ Taux plus élevés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour maladies de l'appareil respiratoire et pour tumeurs;
- ■ Taux plus élevés d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes et spécifiquement pour maladies de l'appareil circulatoire.

Faits marquants :

De façon générale, la santé des hommes demeure préoccupante à plusieurs égards puisque les différentes données probantes portent à croire que, pour plusieurs indicateurs de santé et de bien-être, ils sont surreprésentés par rapport aux femmes : suicide, maladies chroniques et traumatismes non intentionnels comme les accidents de la route sont des exemples de problèmes de santé pour lesquels les hommes se démarquent défavorablement. Pour le RLS de la région de Thetford, les hommes du territoire ne font généralement pas exception et sont défavorisés par rapport aux femmes.

Certains indicateurs présentent un portrait favorable des hommes du territoire du RLS de la région de Thetford par rapport à ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Dans ce territoire, moins d'épisodes d'hospitalisation sont enregistrées pour les jeunes garçons au cours de leur première année de vie, particulièrement pour certaines malformations congénitales et anomalies chromosomiques. Les hommes, quant à eux, ont en plus forte proportion une prise de leur tension artérielle lors de leur consultation auprès d'un médecin généraliste.

Comparativement à ce qui est observé pour les femmes qui habitent le territoire du RLS de la région de Thetford, moins d'hommes n'ont aucune dent naturelle. L'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* est moins grande. Ils sont moins sujets à être hospitalisés, et ce, pour l'ensemble des diagnostics et vivent en moins grande proportion un niveau élevé de détresse psychologique.

Les hommes du RLS de la région de Thetford restent néanmoins désavantagés pour un grand nombre de problèmes de santé comparativement aux femmes du même territoire. Leur espérance de vie est moindre. Ils décèdent ainsi plus souvent pour l'ensemble des causes, par cancer dont le cancer du poumon, les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire et par suicide. Ils sont aussi plus souvent hospitalisés que les femmes pour des maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire, pour cancer et pour traumatismes non intentionnels dont ceux attribuables aux accidents de véhicules à moteur. Ils présentent enfin davantage de problème de poids, de diabète, de nouveaux cas de cancer, dont le cancer du poumon.



Certains déterminants influencent l'état de santé et pour lesquels les hommes du RLS de la région de Thetford sont, par ailleurs, désavantagés. Par rapport aux femmes, ils sont proportionnellement plus nombreux à consommer de la drogue et à négliger leur hygiène dentaire (brossage des dents). Ils sont plus à risque que les femmes à être exposés à différentes contraintes physiques en milieu de travail ou encore, exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement, à des poussières de bois, à des vibrations de tout le corps ainsi qu'à des vibrations des mains ou des bras. Davantage de lésions professionnelles sont déclarées et acceptées par la CSST, en lien avec leur lieu de travail, chez les hommes que chez les femmes.

Quelques écarts défavorables sont observés entre les hommes vivant sur le territoire du RLS et ceux vivant ailleurs en Chaudière-Appalaches. Le taux des naissances de garçons y est moins élevé. Plus d'épisodes d'hospitalisation sont enregistrées pour les jeunes garçons au cours de leur première année de vie pour des maladies de l'appareil respiratoire. Pour les plus garçons de moins de 18 ans, l'incidence des nouvelles prises en charge pour troubles de comportement et pour l'ensemble des problématiques dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse est plus élevée qu'ailleurs dans la région. Plus d'épisodes d'hospitalisation sont enregistrées, peu importe le diagnostic. Enfin, les travailleurs vivant dans le territoire du RLS sont plus à risque de travailler debout de façon prolongée et d'être exposés à des vapeurs de solvants dans leur milieu de travail.

L'accroissement attendu des aînés aura un impact considérable sur les services offerts à la population. Fondamentalement, les hommes vivant sur le territoire du RLS de la région de Thetford ne diffèrent pas des hommes de la région en ce sens que l'écart avec les femmes est notable en ce qui a trait à l'état de santé et de bien-être et l'adoption de saines habitudes de vie. Spécifiquement, ils se démarquent défavorablement des hommes de la région ainsi que des femmes du RLS sur certains aspects. En effet, même en considérant l'effet de cette population davantage âgée, les taux d'hospitalisation sont élevés, particulièrement pour des maladies de l'appareil respiratoire et pour cancers. Plusieurs hommes reçoivent un nouveau diagnostic de cancer du poumon. L'espérance de vie est moins élevée et un plus grand nombre d'années sont potentiellement perdues prématurément pour la société, en particulier dû aux maladies de l'appareil respiratoire.



Ces observations incitent les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès des hommes à porter une attention particulière à la prévention du suicide en tenant compte leur réalité. La prévention des traumatismes non intentionnels et l'amélioration des conditions de travail qui respectent la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur sont aussi des enjeux majeurs dans ce RLS. L'adoption de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables peuvent aussi contribuer grandement à favoriser un vieillissement en santé et offrir les services de santé nécessaires à sa population vieillissante.



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES HOMMES DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA RÉGION DE THETFORD – INDICATEURS

	RLS de la région de Thetford				Chaudière-Appalaches	
	Hommes			Femmes	Hommes	
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS	hommes CA	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
Déterminants						
1. Conditions démographiques						
Population (tous les âges) (2011) (nombre et % de l'ensemble de la population)	21 534	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Population des 0 à 5 ans	1 133	5,3	ne	ne	5,1	6,8
Population des 6 à 11 ans	1 189	5,5	ne	ne	4,8	6,1
Population des 12 à 17 ans	1 273	5,9	ne	ne	5,4	6,7
Population des 18 à 24 ans	1 733	8,0	ne	ne	6,8	8,7
Population des 25 à 44 ans	4 677	21,7	ne	ne	19,0	25,7
Population des 45 à 64 ans	7 149	33,2	ne	ne	33,2	31,1
Population des 65 à 74 ans	2 562	11,9	ne	ne	12,8	9,1
Population des 75 ans et plus	1 818	8,4	ne	ne	12,9	5,7
Naissances (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 de l'ensemble de la population)	187	8,7	ns	●	7,9	11,0
Accroissement de la population (tous les âges) (entre 2011 et 2021) (écart en nombre et taux brut par 100 de l'ensemble de la population)	-32	-0,1	ne	ne	-1,3	4,5
Accroissement de la population des 0 à 5 ans	-105	-9,3	ne	ne	-10,2	1,7
Accroissement de la population des 6 à 11 ans	-6	-0,5	ne	ne	7,9	14,8
Accroissement de la population des 12 à 17 ans	-29	-2,3	ne	ne	-4,3	-0,8
Accroissement de la population des 18 à 24 ans	-372	-21,5	ne	ne	-23,8	-19,4
Accroissement de la population des 25 à 44 ans	-115	-2,5	ne	ne	-2,7	0,7
Accroissement de la population des 45 à 64 ans	-1 099	-15,4	ne	ne	-19,6	-7,0
Accroissement de la population des 65 à 74 ans	973	38,0	ne	ne	34,9	49,5
Accroissement de la population des 75 ans et plus	721	39,7	ne	ne	25,1	54,7
Indice de vieillesse (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 0 à 14 ans)	na	149,5	ne	ne	209,6	92,3
Indice de dépendance totale (2011) (% de la population des 0 à 14 ans et des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	51,4	ne	ne	61,3	44,8
Indice de dépendance des aînés (2011) (% de la population des 65 ans et plus par rapport à celle des 15 à 64 ans)	na	30,8	ne	ne	41,5	21,5
Rapport de masculinité (tous les âges) (2011) (% de la population des hommes par rapport à celle des femmes)	na	99,7	ne	ne	na	101,3
Rapport de masculinité des 0 à 5 ans	na	103,7	ne	ne	na	104,5
Rapport de masculinité des 6 à 11 ans	na	115,9	ne	ne	na	104,8
Rapport de masculinité des 12 à 17 ans	na	110,1	ne	ne	na	104,4
Rapport de masculinité des 18 à 24 ans	na	117,5	ne	ne	na	108,5
Rapport de masculinité des 25 à 44 ans	na	113,7	ne	ne	na	109,1
Rapport de masculinité des 45 à 64 ans	na	99,6	ne	ne	na	102,2
Rapport de masculinité des 65 à 74 ans	na	92,8	ne	ne	na	97,4
Rapport de masculinité des 75 ans et plus	na	65,0	ne	ne	na	66,9
2. Conditions socioculturelles						
Population vivant seule (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 725	15,4	ne	ne	17,7	13,3
Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans selon le sexe du parent (2006) (nombre et % des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans)	240	5,7	ne	ne	16,1	4,9
Population selon l'état matrimonial de fait (2006) (nombre et % des 18 ans et plus)	17 430	100,1	ne	ne	99,9	100,0
Célibataire (jamais marié(e))	4 310	24,7	ne	ne	17,5	26,4
Actuellement marié(e)	8 100	46,5	ne	ne	43,8	42,0
Partenaire en union libre	3 195	18,3	ne	ne	17,2	22,9
Séparé(e) ou divorcé(e) et non remarié(e)	1 315	7,5	ne	ne	7,6	6,4
Veuf(ve) et non remarié(e)	520	3,0	ne	ne	13,8	2,3
3. Conditions socioéconomiques						
Population selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2006) (nombre et % des 25 à 64 ans)	11 935	100,0	ne	ne	100,0	100,0
Aucun certificat, diplôme ou grade	2 665	22,3	ne	ne	21,6	20,8
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	2 245	18,8	ne	ne	22,7	19,1
Post secondaires	5 885	49,3	ne	ne	45,4	46,9
Grade universitaire	1 140	9,6	ne	ne	10,4	13,2
Emploi (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	10 975	61,9	ne	ne	49,6	69,8
Chômage (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	840	7,1	ne	ne	5,7	4,9
Revenu moyen des particuliers (2005) (en \$) (15 ans et plus)	na	30 255	ne	ne	20 996	35 432
Population vivant sous le seuil de faible revenu (2005) (nombre et % de l'ensemble de la population)	2 245	10,8	ne	ne	14,3	8,7
Population se percevant pauvre ou très pauvre ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 900	* 10,8	ns	ns	* 11,6	11,2
4. Environnement physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
5. Environnement social et adaptation sociale						
Population prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2006) (nombre et % des 15 ans et plus)	3 295	18,4	ne	ne	24,3	16,0
Population insatisfaite de sa vie sociale (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	* 5,0	5,0
Incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'ensemble des problématiques (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 chez les 0 à 17 ans)	26	6,5	ns	●	6,5	4,9
Négligence	11	2,8	ns	ns	3,5	2,7
Troubles de comportement	11	2,8	ns	●	* 2,2	1,8
Abus physique	< 5	* 0,8	ns	ns	np	0,3
Abus sexuel	np	np	ns	ns	np	np
Abandon	np	np	ns	ns	np	* 0,1
6. Habitudes de vie et comportements						
Activité physique						
Aucun indicateur disponible par RLS						
Consommation (tabac, alcool, drogues)						
Population ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 200	* 12,4	ns	ns	np	15,4
Population ayant consommé de la drogue au cours de la vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	7 800	43,4	■	ns	27,8	49,9
Alimentation et poids corporel						
Population présentant un surplus de poids ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	10 300	61,5	■	ns	45,3	61,0
Population présentant de l'obésité ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	3 500	21,1	ns	ns	* 14,9	14,8
Population se percevant avec un excès de poids ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	6 200	34,6	ns	ns	41,2	34,8
Santé buccodentaire						
Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 800	* 9,9	ns	ns	* 10,0	12,9
Population n'ayant aucune dent naturelle ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 000	* 11,2	■	ns	25,5	10,5
Population se brossant les dents (ou les prothèses) au moins 2 fois par jour ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	11 200	62,2	■	ns	87,2	66,7
Population ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire tous les jours ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	3 600	* 22,7	ns	ns	33,2	20,7
Habitudes sexuelles						
Population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)						
1 partenaire	12 600	92,6	ns	ns	93,4	89,7
2 à 4 partenaires	np	np	ns	ns	np	8,3
5 partenaires et plus	np	np	nc	ns	np	* 2,1
7. Utilisation de services de santé						
Population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus parmi la population ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie)	1 200	* 47,5	ns	ns	* 54,3	41,0
Population dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin généraliste ¹ (2008) (nombre et % des 18 ans et plus)	14 400	85,8	ns	●	80,1	74,5

État de la santé et du bien-être	RLS de la région de Thetford					Chaudière-Appalaches
	Hommes				Femmes	Hommes
	nombre	taux, % (ou autres)	par rapport aux femmes RLS	hommes CA	taux, % (ou autres)	taux, % (ou autres)
8. Santé globale						
Population ne se percevant pas en bonne santé ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 200	* 12,3	ns	ns	* 14,6	8,5
Espérance de vie à la naissance (2003 à 2007) (nombre moyen en années)	na	77,3	■	●	83,1	78,2
Espérance de vie à la naissance sans incapacité (hors institution) (2006) (nombre en années)	na	66,0	ne	ne	68,8	68,3
Population ayant une incapacité (2006) (nombre et % de la population dans les ménages privés)	2 895	14,0	ne	ne	14,3	10,1
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	2 102	877,5	■	●	949,4	792,8
Première cause : Maladies de l'appareil circulatoire	461	177,9	■	ns	97,9	171,2
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	351	151,9	■	●	103,8	114,0
Troisième cause : Tumeurs	232	86,2	■	●	65,8	69,8
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour toutes causes (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	7 276,1	■	●	4 031,6	6 250,7
Première cause : Causes externes de mortalité	na	2 400,0	■	ns	* 837,9	2 131,6
Deuxième cause : Tumeurs	na	1 984,0	ns	ns	1 825,7	1 893,3
Troisième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	na	1 288,5	■	●	* 279,6	992,8
Mortalité pour l'ensemble des causes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	215	896,9	■	ns	599,8	857,1
Première cause : Tumeurs	77	314,9	■	ns	191,4	296,8
Deuxième cause : Maladies de l'appareil circulatoire	58	243,7	■	ns	155,9	223,5
Troisième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	23	96,0	■	ns	55,5	92,8
9. Santé physique						
Santé des nouveau-nés						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie (toutes causes) (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 10 000 des moins d'un an)	177	9 451,1	■	●	7 482,5	10 393,5
Première cause : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	114	6 117,8	ns	ns	5 314,7	6 651,2
Deuxième cause : Maladies de l'appareil respiratoire	27	1 445,8	ns	●	965,0	1 146,1
Troisième cause : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	11	589,0	ns	●	349,7	1 098,6
Mortalité infantile (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes)	np	np	ns	ns	np	4,3
Mortalité périnatale (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux brut par 1 000 naissances vivantes et mortinaissances)	np	np	ns	ns	np	6,7
Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	13	7,2	ns	ns	8,3	6,9
Naissances de faible poids (< 2 500 grammes) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	10	5,2	ns	ns	6,6	4,7
Naissances prématurées (< 37 semaines de gestation) (2004 à 2008) (nombre annuel moyen et % des naissances vivantes)	13	6,7	ns	ns	7,1	7,7
Maladies chroniques						
Incidence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 1 000 des 20 ans et plus)	136	7,6	ns	ns	6,4	7,9
Prévalence du diabète (avril 2008 à mars 2009) (nombre et taux ajusté par 100 des 20 ans et plus)	1 747	8,1	■	ns	6,5	7,7
Incidence de l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	153	638,9	■	ns	443,2	605,4
Première cause : Incidence pour le cancer du poupon	38	158,5	■	●	69,8	123,6
Deuxième cause : Incidence pour le cancer de la prostate	26	109,9	na	ns	na	135,1
Troisième cause : Incidence pour le cancer colorectal	18	74,2	ns	ns	56,4	80,7
Mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	76	309,0	■	ns	188,0	290,7
Première cause : Mortalité par cancer du poupon	29	116,8	■	ns	48,9	100,9
Deuxième cause : Mortalité par cancer de la prostate	8	34,8	na	ns	na	28,5
Troisième cause : Mortalité par cancer colorectal	5	* 21,2	ns	ns	* 19,8	31,0
Mortalité par maladies de l'appareil digestif (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	7	* 27,3	ns	ns	25,9	26,9
Maladies liées à l'environnement						
Population ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 200	* 12,4	ns	ns	* 10,5	11,2
Population ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 600	* 14,5	ns	ns	* 17,9	12,5
Incidence du mélanome de la peau (2002 à 2006) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	< 5	* 10,0	ns	ns	np	7,8
Maladies ou exposition en milieu de travail						
Travailleurs ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	5 000	44,0	■	ns	* 22,3	38,1
Travailleurs travaillant en position debout de façon prolongée ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	6 900	60,5	ns	●	63,7	51,2
Incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST, RLS de travail (2006) (nombre et taux brut par 1 000 travailleurs)	488	73,3	■	ns	25,3	69,9
Travailleurs exposés à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	4 700	41,5	■	ns	* 20,3	35,0
Travailleurs exposés à du bruit intense en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 700	* 15,1	ns	ns	np	11,6
Travailleurs exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	4 700	41,6	ns	ns	44,8	33,5
Travailleurs exposés à des manipulations de charges lourdes en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 900	* 25,8	ns	ns	np	20,4
Travailleurs exposés à des poussières de bois en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	1 500	* 13,3	■	ns	np	11,1
Travailleurs exposés à des vapeurs de solvants en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 400	* 21,4	ns	●	np	10,9
Travailleurs exposés à des vibrations de tout le corps en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	np	np	■	ns	np	11,4
Travailleurs exposés à des vibrations des mains ou des bras en milieu de travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 100	* 18,9	■	ns	np	15,7
Traumatismes non intentionnels liés au travail						
Travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques liés à l'emploi principal actuel à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 200	* 18,8	ns	ns	* 21,6	18,0
Santé mentale des travailleurs						
Travailleurs vivant des tensions au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	2 000	* 17,6	ns	ns	np	11,7
Travailleurs ayant une latitude décisionnelle faible au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	5 700	50,2	ns	ns	47,8	42,1
Travailleurs ayant des exigences psychologiques élevées au travail, RLS de résidence ¹ (2008) (nombre et % des travailleurs de 15 ans et plus)	4 700	41,4	ns	ns	* 33,7	31,9
Traumatismes non intentionels						
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	137	62,1	■	ns	45,5	61,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour accidents de véhicule à moteur (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	20	9,4	■	ns	4,9	8,4
Hospitalisation en soins physiques de courte durée pour chutes (avril 2006 à mars 2010) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 10 000 de l'ensemble de la population)	63	27,3	ns	ns	32,3	27,7
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	10	43,5	ns	ns	* 26,1	48,3
Mortalité par accidents de véhicule à moteur (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	5	* 23,4	ns	ns	* 16,8	19,0
Mortalité par chutes (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	np	np	ns	ns	np	5,8
Population victime de blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 900	* 10,5	■	ns	np	9,4
Population victime de blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	1 800	* 10,1	ns	ns	* 9,8	11,9
Population ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans plus)	5 100	28,0	ns	ns	36,6	27,7
Années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour les traumatismes non intentionnels (2003 à 2007) (taux ajusté par 100 000 de la population âgée de moins de 75 ans)	na	* 1 091,2	ns	ns	* 603,8	1 093,8
Maladies infectieuses						
Population ayant déjà eu des relations sexuelles qui a eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	np	6,3
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire						
Maladie entérique : Incidence des infections à Campylobacter (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	9	40,8	ns	ns	* 30,4	44,7
Maladie entérique : Incidence de la salmonellose (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 de l'ensemble de la population)	np	np	ns	ns	* 13,8	19,9
ITSS : Incidence des infections à Chlamydia trachomatis (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	15	80,7	■	ns	133,4	84,1
Hépatite : Incidence de l'ensemble des hépatites C (2006 à 2010) (nombre annuel moyen et taux brut par 100 000 des 15 ans et plus)	< 5	* 25,8	ns	ns	* 10,5	15,9
10. Santé mentale						
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	2 900	* 16,2	■	ns	26,7	18,7
Population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie ¹ (2008) (nombre et % des 15 ans et plus)	np	np	ns	ns	* 10,1	10,5
Mortalité par suicide (2003 à 2007) (nombre annuel moyen et taux ajusté par 100 000 de l'ensemble de la population)	8	37,9	■	ns	np	33,4

■ Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

■ Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

■ Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux femmes du RLS, au seuil de 0,05.

● Situation favorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation défavorable des hommes du RLS par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

● Situation des hommes du RLS qui se distingue par rapport aux hommes d'ailleurs en Chaudière -Appalaches, au seuil de 0,05.

Note : Les sources de données et les méthodes de calculs sont disponibles, [sur demande](#), dans un référentiel.

Production : ASSSCA, DSP, Services en prévention et promotion de la santé et en surveillance, 2013

1 Données auto-déclarées provenant de diverses enquêtes

* Valeur à interpréter avec prudence

na Non applicable

nc Test statistique non calculable

ne Test statistique pour mesurer les écarts non effectué

np Données non présentées à cause du trop petit nombre de cas

ns Écart non significatif statistiquement

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013