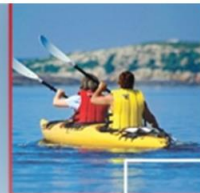


Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord

Québec



Portrait de santé et de bien-être de la population nord-côtière

Septembre 2018

Coordination du projet

Stéphane Trépanier, m.d., directeur de santé publique de la Côte-Nord

Recherche, analyse des données, conception des figures, rédaction

Yves Therriault, Ph. D., agent de planification, de programmation et de recherche, direction de santé publique

Révision du contenu

Stéphane Trépanier, m.d., directeur de santé publique

Nicole Boudreau, adjointe au directeur de santé publique

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes suivantes pour leur précieuse contribution à la révision de certaines fiches et à la rédaction du contenu des sections « Pistes pour l'action » :**Direction de santé publique**

Karine Bujold, agente de planification, de programmation et de recherche : Fiches 4.4, 4.5, 11.1 à 11.4, 12.2

Raynald Cloutier, m.d., médecin-conseil en santé au travail : Fiches 25.1 à 25.3

Caroline Dignard, ressource intersectorielle, École en santé : Fiches 13.1 à 13.3, 15.2, 15.3, 15.5, 16.1 à 16.4, 17.1 à 17.5

Véronique Lanoue, conseillère en soins infirmiers, prévention et promotion de la santé : Fiches 4.3, 15.4

Stéphanie Morneau, dmd., dentiste-conseil, Fiches 19.1 à 19.3

Danielle Pedneault, conseillère en soins infirmiers, santé au travail : Fiches 25.1 à 25.3

Stéphane Talbot, agent de planification, de programmation et de recherche : Fiches 4.1, 15.1

Ellen Ward, agente de planification, de programmation et de recherche : Fiches 4.2, 4.3, 9.5, 9.6, 15.6, 15.7

Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux

Johanne Dion, psychologue : Fiches 11.1 à 11.4, 12.2

Production et diffusion

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Direction de santé publique

835, boul. Jolliet

Baie-Comeau (Québec) G5C 1P5

Mise en page et conception graphique

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Direction de santé publique

Baie-Comeau (Québec)

Note au lecteur

Le genre masculin est employé indifféremment dans ce document pour désigner à la fois les hommes et les femmes et n'a d'autre but que d'alléger le texte.

Référence suggérée : Yves THERRIAULT et collaborateurs (2018). *Portrait de santé et de bien-être de la population nord-côtière*, Baie-Comeau, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, Direction de santé publique, 200 p.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

La reproduction totale ou partielle est autorisée à des fins non commerciales seulement, mais à la condition de mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-82294-3 [PDF]

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Suivre de façon continue l'état de santé et de bien-être de la population de sa région ainsi que les principaux facteurs qui l'influencent constituent l'un des mandats confiés par la *Loi sur la santé publique* au directeur de santé publique. En vertu de ce mandat, il lui incombe d'informer régulièrement sa population au moyen d'un ensemble d'indicateurs utilisés par les directions régionales de santé publique et par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document s'inscrit dans ce mandat. Constitué de 105 fiches, qui se basent sur les sources de données les plus récentes possible au moment de leur production, il dresse un vaste portrait synthétique de l'état de santé et de bien-être de la population nord-côtière et des conditions qui le déterminent. Il s'adresse à la fois à la population de la Côte-Nord, aux gestionnaires, aux divers professionnels et intervenants du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux. Il se veut également un outil pour soutenir la planification et la programmation des services à la population, notamment la détermination de priorités pour une population en santé. Il est aussi destiné aux partenaires du réseau, élus, organismes et ministères qui contribuent, à des degrés divers, au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population nord-côtière. Tous devraient trouver matière à les appuyer dans leur travail.

Ce document constitue la source principale des données présentées dans la publication *Rapport du directeur de santé publique sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord*, paru en juin 2018.

C'est avec plaisir que je vous présente ce portrait de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord.

Bonne lecture!

Le directeur de santé publique,



Stéphane Trépanier, m.d.

AVERTISSEMENT

- Afin de faciliter la lecture, les proportions égales ou supérieures à 5 % sont généralement arrondies à l'unité dans le texte, mais à une décimale dans les figures.
- En raison de l'arrondissement des données, un total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.
- Lorsqu'elles proviennent d'enquêtes auprès de la population, les estimations relatives au nombre de personnes sont arrondies à la centaine la plus près. Elles ne sont toutefois pas corrigées, le cas échéant, pour tenir compte de la non-réponse partielle (le fait de ne pas répondre à certaines questions). Par contre, les proportions excluent la non-réponse partielle.
- Lorsque l'on mentionne qu'il existe une association significative entre deux variables, on ne peut nécessairement en déduire une relation de cause à effet.
- À moins d'indications contraires, les différences présentées sont significatives au seuil de 5 % ou 1 %, selon la nature de l'indicateur. Lorsqu'un écart n'est pas significatif, il peut parfois être présenté s'il suit une tendance similaire à celle du Québec. La différence est alors présentée comme une tendance.
- Dans de nombreuses figures, les valeurs de la Haute-Côte-Nord et de la Manicouagan sont présentées séparément même si les deux territoires ne forment qu'un seul RLS, soit le RLS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan. Les données issues du SISMACQ concernent toutefois l'ensemble des deux territoires.
- Il ne faut pas confondre le RLS de Caniapiscau et la MRC du même nom. La MRC de Caniapiscau comprend deux territoires de RLS : RLS de Caniapiscau et le RLS de Kawawachikamach (CLSC Naskapi). Le RLS de Caniapiscau comprend les municipalités de Fermont et de Schefferville ainsi que la communauté Innue Matimekush-Lac-John.

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AÉS	Approche École en santé
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCI	Classification canadienne des interventions en santé
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CIM-9	Classification internationale des maladies (neuvième révision)
CIM-10	Classification internationale des maladies (dixième révision)
CIM-O-3	Classification internationale des maladies en oncologie (troisième révision)
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CLSC	Centre local de services communautaires
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
DSPublique	Direction de santé publique
EHDAA	Élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage
EQES	Enquête québécoise sur l'expérience de soins
EQLAV	Enquête québécoise sur les limitations d'activité, les maladies chroniques et le vieillissement
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées (RAMQ)
FiTQ	Fichier des tumeurs du Québec
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JMST	Journée mondiale sans tabac
MED-ÉCHO	Système Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière (fichier des admissions hospitalières)
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PAT	Plan d'action thématique
PNS	Plan national de surveillance
PNSP	Programme national de santé publique
PQAT	Plan québécois d'abandon du tabagisme
PQLT	Plan québécois de lutte contre le tabagisme
PQPT	Plan québécois de la prévention du tabagisme
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RQC	Registre québécois du cancer
RSEQ	Réseau du sport étudiant du Québec
RSS	Région sociosanitaire
RTS	Réseau territorial de services
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
TMS	Trouble musculo-squelettique

SIGNES CONVENTIONNELS

(-) ou (+)	Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec, au seuil de 5 %.
(- -) ou (++)	Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec, au seuil de 1 %.
↓ ou ↑	Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste de la Côte-Nord, au seuil de 5 %.
↓↓ ou ↑↑	Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.
— ou +	Données sur les nouveaux cas de cancer (incidence) : Valeur de 2006-2010 significativement inférieure ou supérieure à celle de 1986-1990, au seuil de 1 %. Données sur la mortalité : Valeur de 1995-1999 significativement inférieure ou supérieure à celle de 1985-1989, au seuil de 1 %. Valeur de 2008-2012 significativement inférieure ou supérieure à celle de 2003-2007, au seuil de 1 %.
*	Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
**	Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur est imprécise et n'est présentée qu'à titre indicatif seulement.
n.p. ou X	Donnée confidentielle.
**n.p.	Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur est imprécise et n'est pas présentée.
†	Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence (barème retenu par l'Institut de la statistique du Québec – ISQ – pour les enquêtes provinciales comme l'Enquête québécoise sur la santé de la population – EQSP).
††	Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur est imprécise et n'est présentée qu'à titre indicatif seulement (barème retenu par l'Institut de la statistique du Québec – ISQ – pour les enquêtes provinciales comme l'Enquête québécoise sur la santé de la population – EQSP).
« ou »	Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.
< ou >	Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE	3
AVERTISSEMENT	5
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	7
SIGNES CONVENTIONNELS	9
INFORMATIONS MÉTHODOLOGIQUES	15
1 LES ENQUÊTES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	23
1.1 <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011</i>	<i>23</i>
1.2 <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015</i>	<i>24</i>
1.3 <i>Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV), 2010-2011</i>	<i>25</i>
1.4 <i>Enquête Santé-Côte-Nord 2010</i>	<i>25</i>
2 LES FICHIERS ADMINISTRATIFS	26
2.1 <i>Fichier des décès</i>	<i>26</i>
2.2 <i>Fichier des naissances vivantes</i>	<i>26</i>
2.3 <i>Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO</i>	<i>26</i>
2.4 <i>Fichier des tumeurs du Québec</i>	<i>27</i>
2.5 <i>Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)</i>	<i>27</i>
3 LES ANALYSES DE DONNÉES	27
3.1 <i>Les proportions et les taux</i>	<i>27</i>
3.2 <i>L'ajustement des taux et de proportions</i>	<i>28</i>
3.3 <i>La précision statistique</i>	<i>28</i>
3.3.1 <i>Les tests statistiques</i>	<i>29</i>
3.3.2 <i>Regroupement des années en périodes de trois ans (triennales) ou de cinq ans (quinquennales)</i>	<i>30</i>
INTRODUCTION	31
SECTION I - LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	33
FICHE 1.1 Population selon le groupe d'âge quinquennal et le sexe	35
FICHE 1.2 Répartition de la population selon le groupe d'âge et le sexe (2001, 2016, 2031)	36
FICHE 1.3 Accroissement naturel de la population 1982 à 2012	37
FICHE 1.4 Âge médian de la population 1981-1985 à 2031-2035	38
FICHE 1.5 Indice de vieillissement de la population	39
FICHE 1.6 Solde migratoire de la population nord-côtère	40
FICHE 1.7 Solde migratoire de la population des MRC de la Côte-Nord	41
FICHE 2.1 Langue maternelle	42
FICHE 2.2 Population ayant une identité (origine) autochtone	43
FICHE 2.3 Population de 65 ans et plus vivant seule	44
FICHE 3.1 Scolarité (population âgée de 15 ans et plus)	45
FICHE 3.2 Revenu disponible par habitant	46
FICHE 3.3 Revenu d'emploi médian	47
FICHE 3.4 Transferts gouvernementaux reçus par la population	48
FICHE 4.1 Activité physique (loisir, transport, loisir et transport)	49
FICHE 4.2 Consommation de boissons sucrées	51
FICHE 4.3 Tabagisme	53
FICHE 4.4 Consommation de drogues	55
FICHE 4.5 Consommation élevée d'alcool	57

SECTION II – ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	59
FICHE 5.1	Espérance de vie à la naissance..... 61
FICHE 5.2	Espérance de vie sans incapacité (hors institution)..... 62
FICHE 5.3	Perception passable ou mauvaise de son état de santé 63
FICHE 6.1	Mortalité (Ensemble des causes)..... 64
FICHE 6.2	Mortalité (Maladies de l'appareil circulatoire) 65
FICHE 6.3	Mortalité (Maladies de l'appareil respiratoire) 66
FICHE 6.4	Mortalité (Traumatismes non intentionnels)..... 67
FICHE 6.5	Mortalité (Tumeur maligne – Ensemble des sièges)..... 68
FICHE 6.6	Mortalité (Tumeur maligne du poumon)..... 69
FICHE 6.7	Mortalité (Tumeur maligne colorectale) 70
FICHE 6.8	Mortalité (Tumeur maligne du sein chez la femme) 71
FICHE 6.9	Mortalité (Tumeur maligne de la prostate)..... 72
FICHE 7.1	Hospitalisations – Ensemble des causes 73
FICHE 7.2	Hospitalisations – Tumeur maligne..... 74
FICHE 7.3	Hospitalisations – Maladies de l'appareil circulatoire 75
FICHE 7.4	Hospitalisations – Cardiopathie ischémique..... 76
FICHE 7.5	Hospitalisations – Maladies de l'appareil respiratoire..... 77
FICHE 7.6	Hospitalisations – Maladies de l'appareil digestif..... 78
FICHE 7.7	Hospitalisations – Diabète..... 79
FICHE 7.8	Hospitalisations – Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) 80
FICHE 7.9	Hospitalisations – Traumatismes non intentionnels 81
FICHE 8.1	Incidence du cancer – Ensemble des causes (nouveaux cas) 82
FICHE 8.2	Incidence du cancer du poumon (nouveaux cas) 83
FICHE 8.3	Incidence du cancer colorectal (nouveaux cas)..... 84
FICHE 8.4	Incidence du cancer du sein chez la femme (nouveaux cas) 85
FICHE 8.5	Incidence du cancer de la prostate (nouveaux cas) 86
FICHE 9.1	Diabète – Prévalence (personnes atteintes dans la population) 87
FICHE 9.2	Hypertension – Prévalence (personnes atteintes dans la population) 89
FICHE 9.3	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) – Prévalence (personnes atteintes dans la population)..... 91
FICHE 9.4	Cardiopathie ischémique – Prévalence (personnes atteintes dans la population) 93
FICHE 9.5	Statut pondéral (surplus de poids)..... 95
FICHE 9.6	Statut pondéral (obésité)..... 97
FICHE 10.1	Taux d'incapacité (population âgée de 15 ans et plus) 99
FICHE 10.2	Taux d'incapacité selon la gravité (population âgée de 15 ans et plus) 100
FICHE 10.3	Taux d'incapacité selon le type d'incapacité (population âgée de 15 ans et plus)..... 101
SECTION III – ÉTAT DE SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE	103
FICHE 11.1	Les troubles mentaux 105
FICHE 11.2	Les troubles anxio-dépressifs 107
FICHE 11.3	Idées suicidaires 109
FICHE 11.4	Détresse psychologique..... 111
FICHE 12.1	Conciliation travail-famille 113
FICHE 12.2	Satisfaction à l'égard de sa vie sociale..... 114
FICHE 12.3	Sentiment d'appartenance à sa communauté locale..... 115
SECTION IV – SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES.....	117
FICHE 13.1	Niveau élevé de soutien social dans l'environnement familial 119
FICHE 13.2	Niveau élevé de soutien social dans l'environnement scolaire..... 121
FICHE 13.3	Niveau élevé de soutien social de la part des amis 123
FICHE 13.4	Décrochage scolaire 125
FICHE 14.1	Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage 126
FICHE 14.2	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité 127
FICHE 15.1	Activité physique de loisir (sédentarité) 128

FICHE 15.2	Consommation d'alcool.....	129
FICHE 15.3	Consommation excessive d'alcool.....	131
FICHE 15.4	Fumeurs actuels.....	133
FICHE 15.5	Consommation de cannabis	135
FICHE 15.6	Obésité	137
FICHE 15.7	Surplus de poids	139
FICHE 16.1	Détresse psychologique chez les jeunes du secondaire	141
FICHE 16.2	Diagnostic médical de dépression, d'anxiété ou de trouble de l'alimentation chez les jeunes du secondaire	143
FICHE 16.3	Estime de soi des jeunes du secondaire	145
FICHE 16.4	Confiance en soi des jeunes du secondaire.....	147
FICHE 17.1	Comportement d'agressivité directe	149
FICHE 17.2	Comportement d'agressivité indirecte.....	151
FICHE 17.3	Conduites imprudentes ou rebelles	153
FICHE 17.4	Conduites délinquantes.....	155
FICHE 17.5	Violence à l'école ou sur le chemin de l'école	157
FICHE 17.6	Nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse	159
FICHE 18.1	Infection génitale à <i>chlamydia tracomatis</i>	160
FICHE 18.2	Taux de grossesse à l'adolescence	161
FICHE 19.1	Fréquence quotidienne de brossage des dents.....	162
FICHE 19.2	Utilisation de la soie dentaire.....	163
FICHE 19.3	Santé buccodentaire des élèves québécois du primaire	164
SECTION V – SANTÉ DES AÎNÉS		165
FICHE 20.1	Espérance de vie à 65 ans.....	167
FICHE 20.2	Perception passable ou mauvaise de son état de santé chez les aînés.....	168
FICHE 21.1	Taux d'incapacité (population âgée de 65 ans et plus)	169
FICHE 21.2	Taux d'incapacité selon la gravité (population âgée de 65 ans et plus)	170
FICHE 21.3	Taux d'incapacité selon le type d'incapacité (population âgée de 65 ans et plus).....	171
FICHE 21.4	Prévalence de certaines maladies chroniques (population âgée de 65 ans et plus).....	172
FICHE 21.5	La maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	173
FICHE 22.1	Blessures causées par une chute à domicile (population âgée de 65 ans et plus).....	174
SECTION VI – SANTÉ DES TRAVAILLEURS		175
FICHE 23.1	Détresse psychologique liée au travail	177
FICHE 23.2	Harcèlement psychologique au travail.....	179
FICHE 24.1	Tension au travail.....	181
FICHE 24.2	Reconnaissance au travail	183
FICHE 24.3	Soutien au travail	185
FICHE 25.1	Contraintes physiques en milieu de travail	187
FICHE 25.2	Surdité attribuable au travail.....	189
FICHE 25.3	Troubles musculo-squelettiques	191
CONCLUSION GÉNÉRALE.....		193
RÉFÉRENCES PRINCIPALES		195

INFORMATIONS MÉTHODOLOGIQUES

De nombreuses sources ont été utilisées pour produire les 105 fiches-indicateurs de ce portrait de santé et de bien-être de la population nord-côtière. Autant que possible, nous avons diffusé les données les plus récentes disponibles au moment de la production d'une fiche et des figures. La source dépend de la nature de l'indicateur. Les sources sont mentionnées sous les figures.

Pour la majorité des fiches, l'information a été obtenue au moyen de requêtes paramétrables sur le Portail de l'Infocentre de santé publique du Québec. Ce portail relève de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il est accessible à certains utilisateurs autorisés du réseau de la santé et des services sociaux, selon divers niveaux d'accès, et ce, uniquement à partir d'un ordinateur relié au réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS). Afin d'enrichir l'analyse et de présenter les données sous différents angles, plus de 1 000 requêtes paramétrables ont été effectuées sur ce portail, notamment pour réaliser des tests statistiques indisponibles sur le portail.

Le tableau 1 présente les sources de données pour chacun des indicateurs.

TABLEAU 1 SOURCES DES DONNÉES DES INDICATEURS

I	DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	Sources des données
1	CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES	
1.1	Répartition de la population selon le groupe d'âge quinquennal et le sexe, Côte-Nord, 2017 et 2031	MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014 MSSS, Fichier des naissances (produit électronique) MSSS, Fichier des décès (produit électronique)
1.2	Répartition de la population selon le groupe d'âge (3 groupes) et le sexe, Côte-Nord, 2001, 2016 et 2031	
1.3	Accroissement naturel de la population, Côte-Nord et Québec, 1982 à 2012	
1.4	Âge médian de la population, Côte-Nord et Québec, 1981-1985 à 2031-2035	
1.5	Indice de vieillissement de la population, Côte-Nord et Québec, 1981 à 2015	
1.6	Solde migratoire, Côte-Nord, 2001-2002 à 2015-2016	a) Institut de la statistique du Québec. <i>Solde migratoire et taux net de migration interrégionale, régions administratives du Québec, 2001-2002 à 2015-2016</i> ; b) Institut de la statistique du Québec. <i>Solde migratoire et taux net de migration interrégionale selon le groupe d'âge, Côte-Nord, 2001-2002 à 2015-2016</i> . Exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Diffusion : 23 février 2017
1.7	Solde migratoire, MRC de la Côte-Nord, 2013-2014 à 2015-2016	a) Institut de la statistique du Québec. <i>Solde migratoire interne, MRC du Québec (classées par région administrative), 2001-2002 à 2015-2016</i> ; b) Institut de la statistique du Québec (ISQ). <i>Solde migratoire des MRC avec chaque région administrative</i> . Exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Diffusion : 23 février 2017
2	CONDITIONS SOCIOCULTURELLES	
2.1	Répartition de la population selon la langue maternelle, RLS de résidence, Côte-Nord et Québec, 2011	Statistique Canada, Recensement de 2011. <i>Tableau de données géocodées 02 pour le Québec, les RSS, les RLS et les CLSC: Population totale selon le sexe (3), le groupe d'âge (20), l'état matrimonial (8), le type de ménage (6) montrant la langue parlée le plus souvent à la maison (10) et la langue maternelle (10) - Données intégrales (100 %), novembre 2013</i>

	DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (suite)	Sources des données
CONDITIONS SOCIOCULTURELLES (suite)		
2.2	Population ayant une identité autochtone selon le sexe et le RLS de résidence, Côte-Nord, 2017	(Numérateurs) : Statistique Canada. Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011. Profil semi-personnalisé, pour le Québec, les RSS (20), RTS (10), RLS (98), regroupements de CLSC (15) et CLSC (166). Tableau 2011DATAB2020_CO-1618_PSP.IVT. Dénominateurs : Institut de la statistique du Québec (ISQ), <i>Estimations et projections de population comparables, selon le territoire, le sexe et les groupes d'âge spécifiques, au 1er juillet, 1996 à 2036</i> ; Diffusion : MSSS, (DGI), 3 décembre 2014
2.3	Population de 65 ans et plus vivant seule selon le sexe et le RLS de résidence, Côte-Nord et Québec, 2011	Statistique Canada, Recensement de 2011. <i>Tableau de données géocodées 04 pour le Québec, les RSS, les RLS et les CLSC : Population totale selon le sexe (3), les groupes d'âge (20) et la modalité de vie (19) - Données intégrales (100 %)</i> , novembre 2013
3 CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES		
3.1	Scolarité selon le RLS de résidence, Côte-Nord et Québec, 2011	Statistique Canada (Enquête nationale auprès des ménages - ENM) 2011. <i>Profil semi-personnalisé, pour le Québec, les RSS (20), RTS (10), RLS (98), regroupements de CLSC (15) et CLSC (166)</i> . Tableau 2011DATAB2020_CO-1618_PSP.IVT
3.2	Revenu disponible par habitant, en dollars courants, selon la MRC de résidence, Côte-Nord et Québec, 2012 à 2014	a) Institut de la statistique du Québec. <i>Revenu disponible par habitant, régions administratives et ensemble du Québec, 2002-2015</i> ; b) Institut de la statistique du Québec, <i>Revenu disponible par habitant, MRC et ensemble du Québec, 2002-2015</i>
3.3	Revenu d'emploi médian selon le sexe et la MRC de résidence, travailleurs âgés de 25 à 64 ans, Côte-Nord et Québec, 2014	a) Institut de la statistique du Québec. <i>Revenu d'emploi médian, 25-64 ans, selon le sexe, MRC de la Côte-Nord, 2002-2015</i> ; b) Institut de la statistique du Québec. <i>Revenu d'emploi médian des travailleurs, 25-64 ans, selon le sexe, régions administratives, 2002-2015</i> (compilation spéciale transmise par l'ISQ à la DSP de la Côte-Nord)
3.4	Transferts gouvernementaux reçus par la population selon la MRC de résidence, Côte-Nord et Québec, 2014	a) Institut de la statistique du Québec. <i>Revenu disponible et ses composantes, par habitant, MRC de la Côte-Nord, 2002-2015</i> ; b) Institut de la statistique du Québec. <i>Revenu disponible et ses composantes, par habitant, régions administratives et ensemble du Québec, 2002-2015</i> ; c) Institut de la statistique du Québec. <i>Revenu disponible et ses composantes, régions administratives et ensemble du Québec, 2002-2015</i>
4 HABITUDES DE VIE (POPULATION DE 15 ANS ET PLUS)		
4.1	Sédentarité au regard des activités physiques (de loisir, de transport, de loisir et transport), 2014-2015	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2014-2015
4.2	Consommation quotidienne de différents types de boissons sucrées, 2014-2014	
4.3	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes, 2008 et 2014-2015, Côte-Nord et Québec, et 2014-2015 pour les RLS de la Côte-Nord	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2008 et 2014-2015
4.4	Consommation de drogues, 2008 et 2014-2015, Côte-Nord et Québec, et 2014-2015 pour les RLS de la Côte-Nord	
4.5	Consommation élevée d'alcool (Population de 18 ans et plus), 2010	<i>Enquête Santé Côte-Nord 2010</i> (Direction de santé publique de la Côte-Nord)

II	ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	Sources des données
5	ESPÉRANCE DE VIE ET PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ	
5.1	Espérance de vie à la naissance, 1983-1985 à 2010-2012, Côte-Nord et Québec, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014
5.2	Espérance de vie sans incapacité (hors institution)	a) MSSS, Fichier des décès et Fichier des naissances (produits électronique); b) Statistique Canada, Taux d'institutionnalisation et d'incapacité selon les recensements de 2001 et de 2006
5.3	Population ne se percevant pas en bonne santé, population âgée de 15 ans et plus, 2008 et 2014-2015	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2008 et 2014-2015
6	MORTALITÉ	
6.1	Taux ajusté de mortalité (ensemble des causes), 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012, Côte-Nord, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014
6.2	Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012, Côte-Nord, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	
6.3	Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012, Côte-Nord, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	
6.4	Taux ajusté de mortalité par traumatisme non intentionnel, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012, Côte-Nord, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	
6.5	Taux ajusté de mortalité par cancer (ensemble des sièges), 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012, Côte-Nord, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	
6.6	Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012, Côte-Nord, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	
6.7	Taux ajusté de mortalité par cancer colorectal, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012, Côte-Nord, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	
6.8	Taux ajusté de mortalité par cancer du sein chez la femme, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012, Côte-Nord, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	
6.9	Taux ajusté de mortalité par cancer de la prostate, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012, Côte-Nord, et 2008-2012 pour les RLS de la Côte-Nord	

ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE (suite)		Sources des données
7	HOSPITALISATIONS	
7.1	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (ensemble des diagnostics), avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016, Côte-Nord, et avril 2013 à mars 2016 pour les RLS de la Côte-Nord	a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014
7.2	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (tumeurs malignes), avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016, Côte-Nord, et avril 2013 à mars 2016 pour les RLS de la Côte-Nord	
7.3	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (maladies de l'appareil circulatoire), avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016, Côte-Nord, et avril 2013 à mars 2016 pour les RLS de la Côte-Nord	
7.4	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (cardiopathie ischémique), avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016, Côte-Nord, et avril 2013 à mars 2016 pour les RLS de la Côte-Nord	
7.5	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (maladies de l'appareil respiratoire), avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016, Côte-Nord, et avril 2013 à mars 2016 pour les RLS de la Côte-Nord	
7.6	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (maladies de l'appareil digestif), avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016, Côte-Nord, et avril 2013 à mars 2016 pour les RLS de la Côte-Nord	
7.7	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (diabète), avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016, Côte-Nord, et avril 2013 à mars 2016 pour les RLS de la Côte-Nord	
7.8	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (maladie pulmonaire obstructive chronique -MPOC), avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016, Côte-Nord, et avril 2013 à mars 2016 pour les RLS de la Côte-Nord	
7.9	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (traumatismes non intentionnels), avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016, Côte-Nord, et avril 2013 à mars 2016 pour les RLS de la Côte-Nord	
8	INCIDENCE DU CANCER	
8.1	Taux ajusté d'incidence (nouveaux cas) de cancer (ensemble des sièges), 1986-1990 à 2006-2010, Côte-Nord, et 2006-2010 pour les RLS de la Côte-Nord	a) Numérateur : MSSS, Fichier des Tumeurs (version de juin 2013); Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014
8.2	Taux ajusté d'incidence (nouveaux cas) du cancer du poumon, 1986-1990 à 2006-2010, Côte-Nord, et 2006-2010 pour les RLS de la Côte-Nord	
8.3	Taux ajusté d'incidence (nouveaux cas) du cancer colorectal, 1986-1990 à 2006-2010, Côte-Nord, et 2006-2010 pour les RLS de la Côte-Nord	
8.4	Taux ajusté d'incidence (nouveaux cas) du cancer du sein chez la femme, 1986-1990 à 2006-2010, Côte-Nord, et 2006-2010 pour les RLS de la Côte-Nord	
8.5	Taux ajusté d'incidence (nouveaux cas) du cancer de la prostate, 1986-1990 à 2006-2010, Côte-Nord, et 2006-2010 pour les RLS de la Côte-Nord	

ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE (suite)		Sources des données
9	PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES	
9.1	Proportion ajustée de personnes atteintes de diabète, avril 2014 à mars 2015, population âgée de 20 ans et plus	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
9.2	Proportion ajustée de personnes atteintes d'hypertension artérielle, avril 2014 à mars 2015, population âgée de 20 ans et plus	
9.3	Proportion ajustée de personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), avril 2014 à mars 2015, population âgée de 35 ans et plus	
9.4	Proportion ajustée de personnes atteintes de cardiopathie ischémique, avril 2014 à mars 2015, population âgée de 20 ans et plus	
9.5	Surplus de poids, population âgée de 18 ans et plus, 2008 et 2014-2015, Côte-Nord et Québec, et 2014-2015 pour les RLS de la Côte-Nord	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2008 et 2014-2015
9.6	Obésité, population âgée de 18 ans et plus, 2008 et 2014-2015, Côte-Nord et Québec, et 2014-2015 pour les RLS de la Côte-Nord	
10	INCAPACITÉS	
10.1	Taux d'incapacité, population âgée de 15 ans et plus, 2010-2011	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)</i> , 2010-2011
10.2	Taux d'incapacité selon la gravité, population âgée de 15 ans et plus, 2010-2011	
10.3	Taux d'incapacité selon le type d'incapacité, population âgée de 15 ans et plus, 2010-2011	
III	ÉTAT DE SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE	Sources des données
11	TROUBLES MENTAUX ET IDÉES SUICIDAIRES	
11.1	Proportion ajustée de personnes atteintes de troubles mentaux, population âgée de un an et plus	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
11.2	Proportion ajustée de personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs, population âgée de un an et plus, avril 2014 à mars 2015	
11.3	Idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois, population âgée de 15 ans et plus, 2014-2015	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2014-2015
11.4	Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, population âgée de 15 ans et plus, 2014-2015	
12	FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION DE LA SANTÉ MENTALE	
12.1	Proportion des travailleurs ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux, 2014-2015	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2014-2015
12.2	Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale, population âgée de 15 ans et plus, 2014-2015	
12.3	Sentiment très fort ou fort d'appartenance à sa communauté locale	Statistique Canada. <i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)</i> , 2013-2014

IV	SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES	Sources des données
13	ENVIRONNEMENT SOCIAL	
13.1	Niveau élevé à l'indice de soutien social dans l'environnement familial, 2010-2011	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)</i> , 2010-2011
13.2	Niveau élevé à l'indice de soutien social dans l'environnement scolaire, 2010-2011	
13.3	Niveau élevé à l'indice de soutien social de la part des amis, 2010-2011	
13.4	Taux annuel d'élèves sortants sans diplôme ni qualification au secondaire selon le sexe (décrochage scolaire), Côte-Nord et Québec, 2009-2010 à 2012-2013	Source : Ministère de l'Éducation et de l'enseignement supérieur, Système Charlemagne
14	ÉLÈVES HANDICAPÉS OU EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION OU D'APPRENTISSAGE (EHDA) OU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ	
14.1	Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage	Source : Ministère de l'Éducation et de l'enseignement supérieur, Système Charlemagne
14.2	Enfants de 3 à 14 ans ayant reçu un diagnostic médical de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2008
15	HABITUDES DE VIE DES JEUNES	
15.1	Sédentarité au regard des activités physiques de loisir, 2010-2011	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)</i> , 2010-2011
15.2	Consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois, 2010-2011	
15.3	Consommation excessive d'alcool au cours d'une période de 12 mois, 2010-2011	
15.4	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes, 2010-2011	
15.5	Consommation de cannabis au cours d'une période de 12 mois, 2010-2011	
15.6	Obésité, 2010-2011	
15.7	Surplus de poids, 2010-2011	
16	SANTÉ MENTALE DES JEUNES	
16.1	Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, 2010-2011	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)</i> , 2010-2011
16.2	Diagnostic médical de dépression, d'anxiété ou de trouble de l'alimentation	
16.3	Niveau faible à l'échelle d'estime de soi	
16.4	Niveau élevé à l'échelle de confiance en soi	

SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES (suite)		Sources des données
17	COMPORTEMENT, VIOLENCE, DPJ	
17.1	Comportement d'agressivité directe, 2010-2011	Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011
17.2	Comportement d'agressivité indirecte, 2010-2011	
17.3	Conduites imprudentes ou rebelle, 2010-2011	
17.4	Conduites délinquantes, 2010-2011	
17.5	Violence à l'école ou sur le chemin de l'école, 2010-2011	
17.6	Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse	a) Numérateur : Rapports statistiques annuels des Centres jeunesse; b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014
18	ITSS ET GROSSESSES À L'ADOLESCENCE	
18.1	Nombre total de cas déclarés d'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon l'âge, Côte-Nord, 2010 à 2016	a) Numérateur : Laboratoire de santé publique du Québec, Fichier provincial MADO; b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version du M34-2014
18.2	Taux de grossesse à l'adolescence (filles de 14 à 17 ans), Côte-Nord et Québec, 2010 à 2016	a) Numérateurs : MSSS, Fichier des naissances vivantes (produit électronique), MSSS, Fichier des mortinaissances (produit électronique), Régie de l'assurance-maladie du Québec, Avortements spontanés (fausses couches), Régie de l'assurance maladie du Québec, Services médicaux rémunérés à l'acte, (Données agrégées à partir de 2010); Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017)
19	SANTÉ DENTAIRE	
19.1	Brossage des dents au moins deux fois par jour	Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011
19.2	Utilisation quotidienne de la soie dentaire	
19.3	Nombre d'enfants ayant reçu à l'école au moins un scellant dentaire sur une molaire permanente	Données de la direction de santé publique de la Côte-Nord

V	SANTÉ DES AÎNÉS	Sources des données
20	ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL	
20.1	Espérance de vie à 65 ans, 1983-1985 à 2010-2012	a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014
20.2	Population ne se percevant pas en bonne santé, population âgée de 65 ans et plus, 2014-2015	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2014-2015
21	INCAPACITÉS ET MALADIES CHRONIQUES	
21.1	Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population âgée de 65 ans et plus, 2010-2011	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)</i> , 2010-2011
21.2	Taux d'incapacité selon le sexe et la gravité de l'incapacité, population âgée de 65 ans et plus, 2010-2011	
21.3	Taux d'incapacité selon les cinq types d'incapacité les plus fréquents, population âgée de 65 ans et plus, 2010-2011	
21.4	Prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle et de la MPOC, population âgée de 65 ans et plus, 2014-2015	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
21.5	Proportion ajustée de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles cognitifs majeurs, population âgée de 65 ans et plus, avril 2014 à mars 2015	
22	CHUTES À DOMICILE	
22.1	Population de 65 ans et plus victime de blessure non intentionnelle causée par une chute au cours des 12 derniers mois, 2014-2015	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2014-2015
VI	SANTÉ DES TRAVAILLEURS	Sources des données
23	HARCÈLEMENT, DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	
23.1	Niveau élevé de détresse psychologique liée à l'emploi actuel, 2014-2015	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2014-2015
23.2	Travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois, 2014-2015	
24	TENSION, RECONNAISSANCE, SOUTIEN AU TRAVAIL	
24.1	Travailleurs vivant de la tension au travail, 2014-2015	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2014-2015
24.2	Travailleurs exposés à un niveau faible de reconnaissance au travail, 2014-2015	
24.3	Travailleurs exposés à un niveau faible ou modéré de soutien au travail de la part des collègues, 2014-2015	
25	CONTRAINTES PHYSIQUES ET PROBLÈMES PHYSIQUES DE SANTÉ LIÉS AU TRAVAIL	
25.1	Niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, 2014-2015	Institut de la statistique du Québec. <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)</i> , 2014-2015
25.2	Surdité attribuable au travail, 2014-2015	
25.3	Travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois, 2014-2015	

1 LES ENQUÊTES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

La Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2) adoptée en 2001 par le gouvernement du Québec prescrit :

- la réalisation régulière d'enquêtes sociosanitaires auprès de la population afin d'obtenir, de manière récurrente, les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population (article 39);
- que les enquêtes nationales demandées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, et menées à des fins de surveillance, sont confiées à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), qui les exécute en conformité avec les objectifs établis par le ministre après consultation des directeurs de santé publique (articles 41 et 42);
- que les directeurs régionaux de santé publique peuvent eux-aussi conduire des enquêtes régionales de santé (article 42).

1.1 *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011*

Cette enquête constitue la source de données de tous les indicateurs relatifs à la santé, aux habitudes de vie et au bien-être des jeunes du secondaire. Une autre enquête, l'édition 2015-2016, a été conduite par l'ISQ auprès des jeunes du secondaire. La collecte des données s'est terminée en mai 2017 et la diffusion des résultats est prévue pour novembre 2018.

Population visée par l'enquête 2010-2011 :

- Au Québec : environ 430 000 élèves de la 1^{re} à la 5^e secondaire inscrits au secteur des jeunes, dans les écoles québécoises publiques et privées, francophones et anglophones, à l'automne 2010, à l'exclusion des élèves qui fréquentent :
 - ♦ les centres de formation professionnelle;
 - ♦ les écoles situées dans les régions sociosanitaires des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik;
 - ♦ les écoles de langue d'enseignement autochtone;
 - ♦ les établissements hors-réseau (relevant d'autres ministères ou du gouvernement fédéral);
 - ♦ les écoles composées d'au moins 30 % d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA).

Dans le cas de la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'Île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Les élèves de la Côte-Nord sont répartis dans 12 écoles, sélectionnées au hasard, et dans 148 classes, elles aussi sélectionnées aléatoirement. Deux questionnaires comprenant une majorité de questions communes ont été distribués au hasard, chacun à la moitié des élèves.

Dans l'ensemble du Québec, 63 196 élèves ont répondu au questionnaire dont 3 221 sur la Côte-Nord, pour un taux de réponse pondéré de 88,1 % au Québec et de 89,4 % sur la Côte-Nord. *Il convient de garder à l'esprit que les résultats de cette enquête ne peuvent pas être inférés à l'ensemble des jeunes de 12 à 17 ans.*

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

Il s'agit de la deuxième édition d'une enquête réalisée auprès de la population québécoise âgée de 15 ans et plus. La première édition remonte à 2008. L'édition de 2014-2015 constitue la source de données pour de nombreux indicateurs touchant la santé, les habitudes de vie et le bien-être de la population âgée de 15 ans et plus.

Population visée :

- Ensemble des personnes de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec, à l'exclusion des personnes résidant dans les communautés autochtones ou dans la région sociosanitaire du Nunavik (région 17). La population ciblée comprend donc les personnes vivant en ménage privé et celles qui vivent dans un logement collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personne âgée, couvent, etc.). En 2008, les personnes qui résidaient dans ce type de logement collectif n'étaient pas ciblées par l'enquête de 2008. Les individus résidant dans un logement collectif institutionnel (hôpital, CHSLD, centre jeunesse, centre de réadaptation, prison, etc.) ne font pas partie du champ de l'enquête, tout comme en 2008. En 2014-2015, la région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James (région 18) est intégrée dans l'enquête, contrairement à l'édition de 2008. La population cible de l'édition 2014-2015 est estimée à approximativement 6,87 millions de personnes, soit environ 98,8 % de l'ensemble de la population québécoise de 15 ans et plus.

Le nombre attendu de répondants a été déterminé de façon à produire des estimations à l'échelle de la province, des régions sociosanitaires (sauf la région du Nunavik) et des territoires de réseaux locaux de services (RLS). Ce nombre a été fixé à 45 836. Un échantillon initial d'environ 77 000 personnes a été construit compte tenu des taux de réponse et d'admissibilité attendus. Pour la Côte-Nord, le nombre attendu de répondants a été fixé à 2 971 pour une taille d'échantillon initial de 5 595 personnes.

La collecte des données a eu lieu du 7 mai 2014 au 12 mai 2015. Sur la Côte-Nord, 2 820 personnes ont participé à l'enquête. Le taux de réponse pondéré se chiffre à 57,1 % (ensemble du Québec : 60,5 %). Le taux de réponse pondéré varie selon les territoires de RLS¹ :

- Haute-Côte-Nord 58,2 %
- Manicouagan 58,9 %
- Port-Cartier 55,3 %
- Sept-Îles 58,5 %
- Caniapiscau 52,3 %
- Minganie 54,1 %
- Basse-Côte-Nord 41,0 %

¹ Depuis juin 2013, la Haute-Côte-Nord et la Manicouagan ne forment qu'un seul RLS (Haute-Côte-Nord-Manicouagan). À la demande de la Direction de santé publique de la Côte-Nord, l'ISQ a accepté de scinder le RLS Haute-Côte-Nord-Manicouagan afin de conserver l'ancien découpage territorial (RLS Haute-Côte-Nord et RLS Manicouagan) et de produire des résultats séparément pour ces deux territoires. À noter que le RLS de Kawawachikamach (CLSC Naskapi) ne fait pas partie de la population visée par l'enquête, car il n'est constitué que d'une seule réserve autochtone.

1.3 Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV), 2010-2011

Les données sur les taux d'incapacité (fiches 10.1 à 10.3) sont tirées de cette enquête.

Population visée :

- Tout comme l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 (EQES), à laquelle l'EQLAV est rattachée, la population cible est l'ensemble des personnes de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec, à l'exclusion des personnes résidant dans les communautés autochtones ou dans les régions sociosanitaires du Nunavik (région 17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (région 18). La population ciblée comprend donc les personnes vivant en ménage privé et celles qui vivent dans un logement collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personne âgée, couvent, etc.). Les individus résidant un logement collectif institutionnel (hôpital, CHSLD, centre jeunesse, centre de réadaptation, prison, etc.) ne font pas partie du champ de l'enquête.

Cependant, le questionnaire de l'EQLAV s'adresse aux personnes faisant partie de l'une ou l'autre des trois populations ciblées en fonction des objectifs de cette enquête spécifique :

- Personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité de longue durée (depuis six mois ou plus);
- Personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée (depuis six mois ou plus);
- Personnes âgées de 65 ans et plus (qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée).

Les répondants à l'EQLAV sont sélectionnés à partir des réponses aux questions de sélection incluses dans l'EQES et de l'âge des personnes. Environ 1 470 résidents nord-côtiers ont répondu aux questions de l'EQLAV.

1.4 Enquête Santé-Côte-Nord 2010

L'Enquête Santé Côte-Nord (ESCN) 2010 constitue la quatrième édition d'une enquête régionale de santé réalisée depuis 1995 auprès des résidents de la Côte-Nord âgés de 18 ans et plus. Lors des trois éditions précédentes, les personnes de 75 ans et plus ne faisaient pas partie du champ de l'enquête et, en 1995, les 18 à 29 ans ne faisaient pas non plus partie de la population cible.

Population visée :

- Ensemble des résidents de la Côte-Nord âgés de 18 ans et plus, vivant en ménage privé, capables de s'exprimer en français ou en anglais et pouvant être joints par téléphone, à l'exception de la population vivant dans les communautés autochtones. Les résultats de l'enquête ne peuvent donc pas être inférés aux autochtones nord-côtiers habitant dans les réserves. Cette particularité de l'échantillon peut produire une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé à l'étude. Les autochtones vivant hors réserve font, par contre, partie de la population cible. Le plan de sondage de l'enquête a été fait de manière à pouvoir obtenir des données avec une précision acceptable à l'échelle des territoires de réseaux locaux de services (RLS).

Le questionnaire, conçu par la Direction de santé publique de la Côte-Nord, aborde certains thèmes comme l'état de santé en général, les habitudes de vie et les comportements préventifs, les problèmes de santé chroniques, la santé environnementale, la santé au travail, la violence conjugale, les agressions sexuelles et certaines informations sociodémographiques de base. Dans l'ensemble de la région, 3 718 personnes ont répondu au questionnaire. Le sondage a été réalisé par la firme Léger Marketing à la suite d'un appel d'offres public. Le taux de réponse pour l'ensemble de la région se chiffre à 44 %.

2 LES FICHIERS ADMINISTRATIFS

2.1 Fichier des décès

Ce fichier comprend uniquement les données relatives aux décès des résidents du Québec. Il comprend aussi les décès des résidents québécois survenus à l'extérieur du Québec. Au moment de la rédaction du présent portrait, la dernière année disponible au fichier fermé se rapporte à 2012. Les données des années 2013 à 2015 ne sont pas retenues puisque la version du fichier disponible au ministère de la Santé et des Services sociaux pour ces années ne comprend pas encore les décès des Québécois survenus à l'extérieur du Québec. Les informations concernant l'année 2016 sont encore provisoires.

Les statistiques reposent sur la cause initiale de décès. Les causes secondaires ne sont pas prises en compte. Les données jusqu'en 1999 sont codées selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) tandis que, depuis 2010, elles le sont selon la dixième révision (CIM-10). La dixième classification est suffisamment différente de la précédente pour entraîner une brisure dans l'analyse temporelle des données de nombreuses causes de décès. Conséquemment, il peut être hasardeux de comparer la mortalité survenue à partir de l'an 2000 à celle survenue précédemment. Sous ces conditions, il vaut mieux analyser séparément l'évolution de la mortalité de chacune des périodes. Dans les figures, une ligne verticale distingue les deux classifications.

Il convient de préciser qu'il peut parfois être malaisé de définir une cause précise de décès, surtout aux âges plus avancés. Certaines maladies, comme le cancer, sont moins difficiles à retenir comme cause principale de mortalité. Par contre, d'autres maladies, comme le diabète par exemple, sont plus souvent inscrites dans les causes secondaires que comme cause initiale de décès. Il peut s'ensuivre une sous-estimation de leur importance comme cause de décès.

2.2 Fichier des naissances vivantes

Ce fichier contient les informations sur les naissances vivantes chez les résidentes du Québec, qu'elles soient survenues au Québec ou à l'extérieur de la province. Avant 1988, les naissances de poids inférieur à 500 grammes ne figuraient pas au fichier.

2.3 Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO

Ce fichier se rapporte aux hospitalisations des résidents québécois, survenues au Québec ou hors Québec au cours d'une année financière, soit du 1^{er} avril au 31 mars. Les données représentent des événements, c'est-à-dire des hospitalisations, et non des individus, puisqu'une personne peut être hospitalisée plus d'une fois au cours d'une même période. Le fichier comprend aussi les données relatives aux chirurgies d'un jour. Pour les fins de ce portrait, les informations touchent les soins physiques de courte durée seulement. L'algorithme de l'Infocentre de santé publique ne retient que les hospitalisations faites dans les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Les établissements hospitaliers dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation, l'hébergement ou les soins de longue durée sont exclus.

Sont aussi exclues les hospitalisations pour troubles mentaux, les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé, les soins infirmiers d'un jour (chirurgies d'un jour depuis 1995), les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile », les hospitalisations des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Depuis 2006-2007, les hospitalisations sont codées selon la CIM-10. Avant cette période, les hospitalisations figurant au fichier MED-ÉCHO sont codées d'après la CIM-9. Dans ce portrait, les causes d'hospitalisation sont identifiées à la variable relative au diagnostic principal. Les diagnostics secondaires ne sont pas retenus.

Tout comme pour les décès, ce passage de la CIM-9 à la CIM-10 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des données. La CIM-10 aurait permis cependant d'améliorer la précision des diagnostics tout comme celle des causes de décès. Le fichier MED-ÉCHO comprend aussi les informations relatives aux actes chirurgicaux. Ils sont codés selon la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Les figures relatives aux hospitalisations renferment une ligne verticale pour départager les deux classifications.

2.4 Fichier des tumeurs du Québec

Les données sur les nouveaux cas de cancer (incidence) dans la population québécoise sont issues du Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ). En raison de l'implantation du Registre québécois du cancer (RQC) le FiTQ n'est plus actualisé, de sorte que 2010 est la dernière année pour laquelle il est actuellement possible d'obtenir des données sur les nouveaux cas de cancer. Ce fichier remonte à juin 2013. Les informations du RQC ne sont pas encore disponibles.

Notons que les données se rapportent à des cas de cancer et non à des individus, car une personne peut avoir eu plus d'un diagnostic de cancer durant une même période. Le FiTQ repose essentiellement sur les hospitalisations ou les chirurgies figurant au fichier MED-ÉCHO. Par conséquent, le nombre de certains types de cancers peut être sous-estimé. C'est le cas de ceux diagnostiqués en externe (en cabinet de médecin par exemple) et pour lesquels les personnes atteintes ont été traitées sans jamais être hospitalisées ou avoir passé par la chirurgie d'un jour. Les cancers les plus sous-déclarés seraient celui de la prostate, le mélanome (tumeur maligne de la peau) et le cancer de la vessie.

Jusqu'en 2006, les cas de cancer étaient codés selon la CIM-9. Depuis 2007, la troisième révision de la Classification internationale des maladies en oncologie (CIM-O-3) est employée pour leur codification. Elle est spécifique à la problématique du cancer et, ainsi, mieux adaptée que la CIM-9. La CIM-O-3 est généralement utilisée par les registres nationaux du cancer. En vertu de cette nouvelle classification, certaines tumeurs qui n'étaient pas considérées comme malignes selon la CIM-9 le sont devenues avec la CIM-O-3. L'inverse est aussi vrai. Toutefois, l'ensemble du FiTQ a été converti vers la CIM-O-3. Pour ce faire, les personnes chargées de la conversion ont utilisé un tableau fourni par le Registre canadien du cancer. Il peut arriver que deux tumeurs soient diagnostiquées en même temps ou dans un intervalle de temps chez la même personne. On applique alors les règles des tumeurs primaires multiples du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer si une ou deux tumeurs doivent être déclarées.

2.5 Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)

Il résulte essentiellement du jumelage de cinq banques de données médico-administratives dans le but d'effectuer une surveillance populationnelle des principales maladies chroniques du Québec (diabète, troubles mentaux, maladies cardiovasculaires, respiratoires et ostéoarticulaires ainsi que la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées)². Ce mandat a été confié par le MSSS à l'INSPQ. Ces fichiers appartiennent à la RAMQ et au MSSS. Ils sont jumelés par l'INSPQ à l'aide d'un identifiant unique encrypté. Les banques jumelées sont les suivantes :

- Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA);
- Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte;
- Fichier des services pharmaceutiques;
- Fichier des admissions hospitalières (MED-ÉCHO);
- Fichier des décès³

Les critères d'inclusion des cas varient selon la maladie chronique. Seules les variables pertinentes à l'exercice de surveillance des maladies chroniques sont autorisées à être intégrées au SISMACQ.

3 LES ANALYSES DE DONNÉES

3.1 Les proportions et les taux

La majorité des données de ce portrait sont présentées sous la forme de proportions ou de taux. Une proportion constitue un rapport de deux quantités d'un même ensemble et pour lequel le numérateur est compris au dénominateur (ex. : nombre d'usagers quotidiens ou occasionnels de la cigarette parmi l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus résidant sur un territoire donné). Ce rapport est exprimé en pourcentage.

2 GAGNON, Roxanne, Louis ROCHETTE, Céline PLANTE (2017). Cadre de qualité des données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec. Rapport méthodologique. Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2^e trimestre 2017, p. 1 et 5. [en ligne] <https://www.inspq.qc.ca/publications/2241>, document consulté le 11 décembre 2017. Pour connaître certaines des limites inhérentes au SISMACQ et pour plus d'informations relatives aux diverses facettes de la qualité des données, le lecteur est invité à consulter cette publication.

3 Ibid., p. 2.

Un taux constitue une forme particulière d'un rapport de deux quantités : le nombre d'événements observés au cours d'une période parmi la population soumise à ces événements au cours de la même période. Les taux peuvent être exprimés sur la base de 1 000, 10 000 ou 100 000 personnes⁴. Plus rarement, ils le sont sur la base de 100 personnes. Dans ce portrait, presque tous les taux sont rapportés pour 100 000 personnes. Quelques-uns le sont la base de 10 000 personnes, comme les taux d'hospitalisation, ou sur la base de 1 000 personnes, comme l'incidence (nouveaux cas) de certaines maladies chroniques. Dans le cas des taux, les numérateurs et les dénominateurs ne proviennent pas nécessairement de la même source de données. Ces sources sont mentionnées sous les figures.

3.2 L'ajustement des taux et de proportions

La majorité des taux présentés dans ce rapport ont été ajustés (ou standardisés) pour l'âge. La standardisation permet de limiter ou de contrecarrer l'effet induit par des différences dans les structures d'âge des populations comparées ou par des modifications dans la structure d'âge d'une même population au fil du temps. Les taux ajustés reflètent en fait les taux bruts qui auraient été observés au sein des populations étudiées si ces dernières avaient eu une structure d'âge identique à celle d'une population de référence.

Cet ajustement, fait selon la méthode directe, consiste à appliquer les taux par âge observés au sein d'une population, au cours d'une période donnée, à la structure d'âge d'une population de référence. Généralement, la population de référence est celle du Québec, sexes réunis, de 2011. Les groupes d'âge utilisés pour la standardisation peuvent varier selon la nature de l'indicateur. Le cas échéant, les fiches-indicateurs les précisent dans une note de bas de page. L'âge est employé comme facteur d'ajustement puisqu'il est un important déterminant de l'état de santé. Les taux ajustés ne sont utilisés qu'à des fins de comparaisons seulement. Ils ne représentent donc pas le fardeau réel supporté par ces populations au regard d'une maladie ou d'un phénomène (ex. : nouveaux cas de cancer, décès par cancer, etc.), contrairement aux taux bruts.

Quant aux proportions, en général, elles ne sont pas ajustées pour l'âge, sauf celles qui se rapportent à certains problèmes de santé (ex. : diabète, hypertension, etc.) dont les informations proviennent du SISMACQ. Les proportions brutes reflètent une situation réelle au sein d'une population quelconque.

3.3 La précision statistique

De nombreux indicateurs de ce portrait constituent en fait des estimations provenant d'enquêtes sociosanitaires. De ce fait, elles comportent une certaine imprécision résultant du fait qu'un échantillon de répondants a été interrogé et non toute la population visée par les enquêtes. Le degré d'imprécision dépend d'un ensemble de facteurs. Cette imprécision rend hasardeux le fait de comparer directement deux valeurs même si, en apparence, il peut sembler exister un écart relativement important entre elles⁵.

Dans ce portrait, la mesure de précision employée est principalement le coefficient de variation. Celui-ci se définit comme le rapport de l'erreur-type⁶ de l'estimation (taux ou proportion) sur l'estimation elle-même. Ce rapport est exprimé en pourcentage. Pour les fichiers administratifs, un coefficient variant entre 16,66 % et 33,33 % commande une utilisation prudente. Un coefficient de variation supérieur à 33,33 % indique une mesure trop imprécise pour être publiée ou une estimation fournie à titre indicatif seulement. Au regard des données tirées d'enquêtes, ces seuils sont fixés respectivement à 15 % et 25 %⁷. Dans les figures, des symboles particuliers⁸ sont utilisés lorsqu'une donnée comporte une imprécision au-dessus des seuils retenus.

4 En principe, on parle d'une base de 100 000 personnes-années. Cependant, pour alléger et simplifier le texte, la mention « pour 100 000 personnes » ou « pour 100 000 p » est adoptée. Ce même principe est appliqué lorsqu'un taux est exprimé sur une autre base.

5 Un faible écart entre deux taux ou deux proportions n'implique pas nécessairement qu'il n'est pas significatif au plan statistique. Par exemple, si une estimation est basée sur un très grand nombre de personnes, un écart, même très faible, peut s'avérer tout de même statistiquement significatif.

6 C'est-à-dire la racine carrée de la variance. Cette dernière indique le degré de dispersion des données autour de l'estimation. Plus l'erreur-type est petite, plus l'estimation est précise. Le calcul de l'erreur-type varie selon le type de statistique et peut devenir très complexe, notamment dans le cas de données provenant d'enquêtes sociosanitaires. Ce calcul nécessite alors l'emploi de logiciels spécialisés qui tiennent compte des spécificités du plan de sondage des enquêtes. À noter que pour une proportion ou un taux identiques, la valeur de l'erreur-type est d'autant plus petite que la taille de la population est grande.

7 Pour l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 où ces seuils se chiffrent à 16,66 % et 33,33 %.

8 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9 pour connaître la signification des symboles.

Dans les figures, l'imprécision d'une statistique est aussi habituellement illustrée par un trait vertical qui représente son intervalle de confiance. La plupart des intervalles comportent un niveau de confiance de 95 % et sont représentés par la couleur noire. Les intervalles en rouge ont un niveau de confiance de 99 % et s'appliquent surtout aux taux d'hospitalisation ou aux données extraites du SISMACQ. Un intervalle de confiance constitue une plage de valeurs susceptible de renfermer, à un niveau de confiance de 95 % ou 99 % selon le cas, la vraie valeur existant dans la population. Règle générale, les intervalles de confiance sont calculés à partir de l'estimation et de son erreur-type. Pour un même niveau de confiance (ex. : 95 %), plus l'erreur-type d'une estimation est petite, plus la longueur de l'intervalle est étroite. Un long intervalle de confiance dénote donc que la valeur de la proportion ou du taux estimé est imprécise. Le lecteur pourra parfois le constater, par exemple, pour les statistiques associées aux territoires de RLS en regard de phénomènes relativement peu fréquents.

3.3.1 Les tests statistiques

Pour les données tirées d'enquêtes auprès de la population, deux tests sont généralement utilisés dans ce rapport : le test du khi-deux (χ^2) et le test de comparaisons de proportions. Le test du χ^2 sert à déterminer s'il existe ou non une association significative entre une variable d'analyse (ex. : le tabagisme) et une variable de croisement (ex. : les groupes d'âge). Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 % dans la plupart des cas. Les tests statistiques tiennent toujours compte du plan de sondage. Lorsque les deux variables ne comportent que deux catégories, une probabilité « p » inférieure à 0,05 indique une différence significative du domaine d'intérêt entre les catégories d'une variable de croisement (ex. : proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels chez les hommes versus celle observée chez les femmes). Dans ces situations, il n'est pas nécessaire de procéder à des tests de différences de proportions.

Lorsque la variable d'analyse ou la variable de croisement avaient plus de deux catégories et en présence d'un χ^2 significatif, des tests de différence de proportions ont été effectués pour trouver la ou les sources de cette différence. Des tests s'avèrent donc nécessaires pour conclure à l'existence ou non d'un écart statistique entre différents groupes de la population (ex. : un territoire de RLS versus le reste de la Côte-Nord, un groupe d'âge spécifique versus un autre groupe d'âge, etc.). Mentionnons que le seuil de signification du test a dû être abaissé lorsqu'une variable d'analyse ou de croisement comportait plus de deux catégories afin de tenir compte des comparaisons multiples (ex. : lorsqu'on compare plusieurs groupes d'âge entre eux)⁹. Cette correction, en l'occurrence celle de Bonferroni, permet de réduire le risque de trouver par coïncidence une différence significative. Si l'on trouve au moins un écart au seuil de comparaisons multiples, le test global s'avère donc significatif et on peut ensuite procéder aux autres tests statistiques au seuil usuel de 5 %. Le portail de l'Infocentre de santé publique offre la possibilité de générer ces tests pour de nombreux indicateurs. Dans les situations où le portail ne le permettait pas, l'auteur de ce document a réalisé les calculs requis en utilisant les formules mathématiques appropriées¹⁰ après avoir exporté, dans des fichiers Excel, les tableaux générés lors des requêtes faites à l'Infocentre.

On pourrait croire, à première vue, que des données provenant de banques administratives n'ont pas besoin de faire l'objet de tests statistiques puisqu'elles ne sont pas issues d'un échantillon, mais de l'ensemble d'une population (ex. : Québec ou Côte-Nord). Or, il faut aussi recourir à des tests statistiques si l'on considère une population particulière comme un échantillon d'une « superpopulation ». En effet, comme les événements (hospitalisations, décès, etc.) peuvent être considérés comme des phénomènes aléatoires variant dans l'espace et le temps, il s'avère alors approprié de voir une population comme un échantillon d'une « superpopulation théorique ». Les variations en question sont plus importantes lorsqu'elles concernent des populations plus petites. Des tests statistiques ont donc aussi été réalisés pour des données provenant de banques de données comme MED-ÉCHO, le FiTQ, le fichier des décès, le SISMACQ, etc.).

9 Dans les faits, il s'agit alors de faire un test global d'indépendance pour vérifier s'il existe une différence statistiquement significative entre les proportions de plusieurs groupes d'âge. Pour quatre groupes d'âge (ex. : 15 à 29 ans, 30 à 44 ans, 45 à 64 ans, 65 ans et plus), on obtient six différentes paires possibles à comparer. Si l'on trouve alors au moins une différence significative inférieure au seuil corrigé de comparaisons multiples pour un test bilatéral (ex. p. < 0,05/6/2, donc p. < 0,004), on peut par la suite effectuer toutes les comparaisons entre les catégories de la variable âge sans ajuster le seuil de comparaisons (ex. p < 0,05). Dans le cas contraire, on ne peut pas les comparer.

10 Ces formules nécessitent l'erreur-type de chaque valeur comparée. L'erreur-type est fournie dans les requêtes produites par l'Infocentre.

Il a été nécessaire de faire des tests spécifiques lorsque, par exemple, lors de comparaisons des taux ajustés d'hospitalisation, de décès ou d'incidence du cancer entre deux périodes¹¹. Ce genre de test statistique est encore indisponible sur ce portail pour les données extraites de banques administratives.

Des calculs ont aussi été requis pour vérifier s'il existait une différence significative entre les hommes et les femmes. En revanche, ils sont fournis par le portail pour statuer sur l'existence ou non d'un écart statistique entre la Côte-Nord et le reste du Québec¹², de même qu'entre un territoire de RLS et le reste du Québec ou de la Côte-Nord. Dans les figures, certains symboles indiquent la présence de différences significatives¹³. En ce qui a trait aux données provenant de l'EQSJS 2010-2011, des lettres en exposant accolées à des proportions servent aussi à présenter des écarts significatifs entre des catégories d'une même variable (ex. : les groupes d'âge, les niveaux scolaires). La même démarche est utilisée pour certaines données de l'EQSP 2014-2015. Lorsque deux catégories partagent au moins une même lettre en commun, cela traduit que l'écart entre les deux groupes est significatif au seuil statistique retenu. La différence n'est pas statistiquement significative lorsque deux catégories d'une même variable n'ont aucune lettre en commun. Les lettres sont en minuscules pour la Côte-Nord et en majuscules pour l'ensemble du Québec.

La majorité des tests ont été faits au seuil de signification de 5 %. Le seuil de quelques tests a été établi à 1 %, notamment au regard des taux d'hospitalisation et des données issues du SISMACQ en raison de la fréquence élevée des événements observés, ce qui accroît la puissance statistique des tests. Lorsque l'on mentionne que la différence entre deux groupes s'avère significative au seuil de 5 % par exemple, cela implique un risque inférieur à 5 % (1 fois sur 20) d'avoir conclu à une différence statistique alors qu'il n'y en a pas en réalité. En termes statistiques, on dit qu'il y a alors moins de 5 % de risque d'avoir commis une erreur de type 1, c'est-à-dire d'avoir rejeté l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie en réalité. Précisons qu'il n'est pas d'usage courant d'effectuer des tests statistiques pour certaines données, comme celles tirées du recensement. Elles n'en ont donc pas fait l'objet.

3.3.2 Regroupement des années en périodes de trois ans (triennales) ou de cinq ans (quinquennales)

En ce qui a trait à certaines données (nouveaux cas de cancer, décès, hospitalisations), nous avons regroupé les années en périodes afin d'atténuer les variations aléatoires que l'on peut observer d'une année à l'autre. Les données d'hospitalisations ont été agrégées en périodes de trois ans tandis que des périodes de cinq ans servent au regroupement des données relatives à l'incidence du cancer ou aux décès. L'année civile (1^{er} janvier au 31 décembre) est utilisée sur les nouveaux cas de cancer ou les décès) tandis que les informations relatives aux hospitalisations, tirées du fichier MED-ÉCHO, ou celles extraites du SISMACQ sont présentées selon l'année financière (1^{er} avril au 31 mars).

11 Pour le lecteur intéressé, il s'agit habituellement de la valeur Z de la différence de deux taux ajustés, en utilisant la méthode du logarithme népérien des taux. Une fois la valeur Z calculée, il est possible de connaître la probabilité associée en employant la formule suivante dans le logiciel Excel : =2*(1-LOI.NORMALE.STANDARD(ABS(Valeur de Z))). Le calcul de tests statistiques a été privilégié puisqu'il s'agit d'une méthode plus puissante que la comparaison des intervalles de confiance qui s'avère plutôt conservatrice. Il peut en effet arriver que les intervalles de confiance de deux estimations se chevauchent légèrement, mais que ces dernières soient tout de même différentes au plan statistique. Des calculs permettent de détecter de telles situations alors que la simple comparaison de ces intervalles n'aurait pas autorisé de tirer une conclusion. Si les intervalles ne se recoupent pas, on peut affirmer que l'écart est significatif. Il est alors inutile de procéder à ces calculs. Évidemment, il ne faut pas comparer des intervalles construits avec des niveaux de confiance qui ne sont pas identiques.

12 Le cas échéant, même si les figures illustrent les données de l'ensemble du Québec, les tests statistiques sont faits rapport au reste du Québec, c'est-à-dire le Québec excluant la Côte-Nord. Pour un territoire de RLS, le reste du Québec comprend aussi la Côte-Nord sauf le territoire de RLS en question.

13 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9.

INTRODUCTION

Ce document se décline en six parties. La première porte sur les déterminants de l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord. Plus spécifiquement, on parle des conditions démographiques, des conditions socioculturelles, des conditions économiques et des habitudes de vie.

La deuxième section traite de la santé et du bien-être de la population régionale. On y traite entre autres de l'espérance de vie, des différentes causes de mortalité, des principales causes d'hospitalisation, de l'incidence du cancer, de la prévalence des maladies chroniques.

La troisième partie porte sur la santé mentale et psychosociale. La quatrième se consacre à la santé et au bien-être des enfants et des jeunes. Il est question notamment de leur environnement social, de leurs habitudes de vie, de leur santé mentale, des troubles de comportement et de la conduite, des ITSS et grossesses à l'adolescence. La cinquième section s'intéresse à la santé des aînés, c'est-à-dire des personnes âgées de 65 ans et plus. Finalement, la sixième et dernière partie porte sur la santé des travailleurs.

Chacune des fiches a été conçue en vue de synthétiser l'information disponible au regard d'un indicateur. Règle générale, les fiches comportent deux figures. Lorsque des tests statistiques ont été réalisés, des symboles associés aux valeurs affichées dans les figures montrent rapidement s'il existe ou non un écart significatif entre la valeur nord-côtière et le reste du Québec, ou entre la valeur associée à un RLS et celle du reste du Québec ou de la Côte-Nord, et parfois, entre des sous-groupes de la population nord-côtière ou québécoise.

Les données sont analysées de façon succincte en faisant ressortir les éléments essentiels afin de faciliter leur interprétation. C'est pourquoi nous avons minimisé les longs développements. Le cas échéant, des notes de bas de page assez élaborées ont été ajoutées afin que le lecteur puisse avoir une idée plus précise de la nature d'un indicateur et, parfois, de ses limites. Ces notes permettent une interprétation adéquate de l'indicateur. Dans plusieurs fiches, les analyses occupent à peu près le premier tiers de l'espace. Le deuxième tiers présente l'importance du phénomène sous-tendu par un indicateur et certains enjeux en termes de santé publique. Enfin, la dernière partie fait état de certaines pistes d'actions au regard de la prévention lorsqu'il est possible pour la santé publique d'agir sur ce problème ou ce déterminant.

SECTION I - LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

L'état de santé ou de bien-être peut être influencé ou déterminé par diverses conditions et facteurs externes aux personnes. On pense par exemple aux conditions socioéconomiques ou démographiques des milieux dans lesquelles elles vivent. D'autres caractéristiques, individuelles cette fois, peuvent aussi exercer une influence sur l'état de santé et de bien-être.

Il importe toutefois de garder à l'esprit que certaines conditions ou facteurs, considérés dans cette première section comme des déterminants de la santé peuvent aussi être tributaires d'un mauvais état de santé. Par exemple, il est reconnu par la littérature scientifique que la sédentarité accroît les risques de survenue de divers problèmes de santé comme le diabète. De même, la sédentarité augmente les probabilités de développer de l'obésité. Ces deux derniers problèmes de santé peuvent, à leur tour, exercer par exemple une influence sur les habitudes de vie, notamment au regard de la pratique d'activités physiques de loisirs. Pareillement, il est aussi reconnu que les conditions socioéconomiques difficiles agissent comme un déterminant de l'état de santé. À l'inverse, un mauvais état de santé peut entraîner des conditions économiques précaires chez une personne. Cela peut se produire notamment lorsqu'elle est incapable d'occuper un emploi en raison de cet état de santé.

FICHE 1.1 POPULATION SELON LE GROUPE D'ÂGE QUINQUENNAL ET LE SEXE

Figure 1.1a : Répartition de la population selon le groupe d'âge quinquennal et le sexe, Côte-Nord, 1981, 2001, 2017p et 2031p

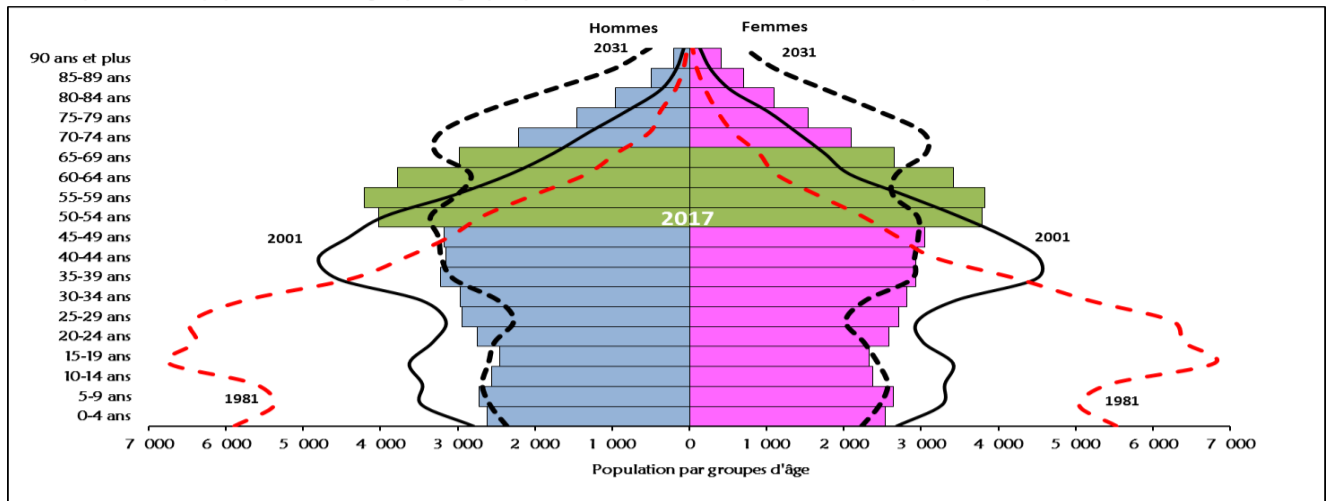
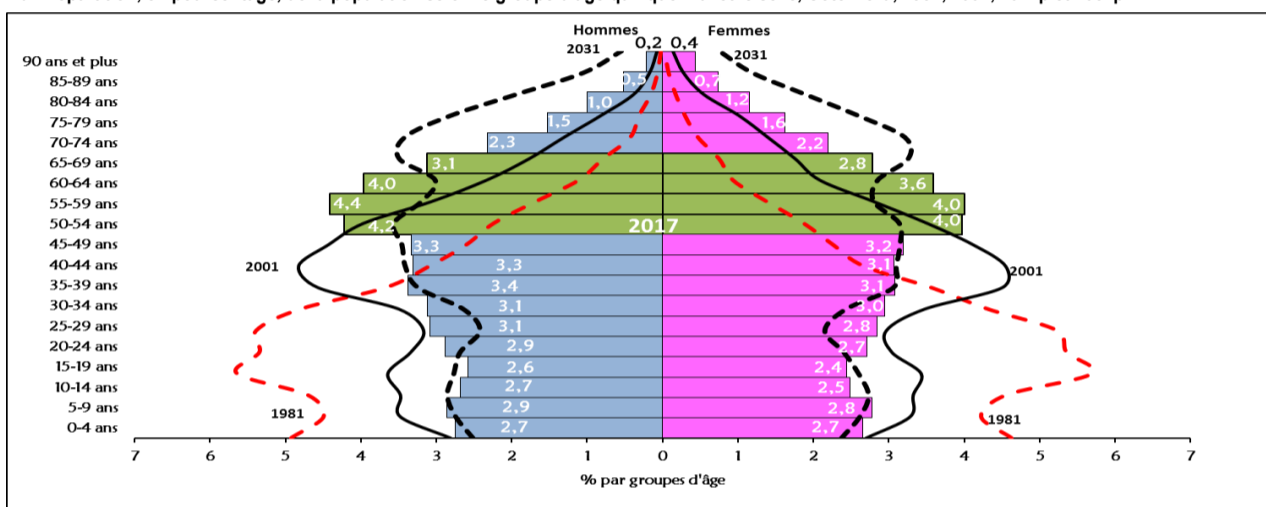


Figure 1.1b : Répartition, en pourcentage, de la population selon le groupe d'âge quinquennal et le sexe, Côte-Nord, 1981, 2001, 2017p et 2031p



Source : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.
p : Les effectifs de populations sont des projections faites par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) d'après les données corrigées du recensement de 2011.
NOTE : En raison de l'arrondissement des valeurs à une décimale, il se peut que, pour chacun des sexes, la somme des pourcentages affichés ne donne pas exactement 100 %.

Les figures 1.1a (nombres) et 1.1b (pourcentages) illustrent les changements de la structure d'âge de la population nord-côtère entre 1981 et 2017 et ceux anticipés en 2031 selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). On note un rétrécissement progressif de la base la pyramide en raison, entre autres, de la diminution du nombre de résidents âgés de moins de 40 ans et, surtout, de ceux âgés de 15 à 35 ans. Les enfants de moins de cinq ans comptaient pour près de 10 % de la population régionale en 1981 (figure 1.1b). Le poids démographique de ces derniers diminuera de moitié pour atteindre environ 5 % en 2031.

À l'inverse, le haut de la pyramide s'élargit puisque les effectifs des personnes âgées de 65 ans et plus augmentent constamment tout au long de la période (figure 1.1a). En 1981, environ 3,6 % des résidents de la Côte-Nord étaient âgés de 65 ans et plus. En 2031, plus du quart de la population nord-côtère (26 %) aura atteint ce groupe d'âge (figure 1.1b). Pour leur part, le nombre de personnes âgées de 90 ans et plus est passé de 71, en 1981, à 620 en 2017; il devrait doubler ou presque en 2031 pour atteindre aux environs de 1 220 personnes.

Les zones colorées en vert représentent la quasi-totalité de la cohorte des baby-boomers en 2017. Au Québec, elle est composée des personnes qui, selon les démographes de l'ISQ, sont nées entre 1946 et 1966. Elles ont donc entre 51 et 71 ans. Les boomers les plus jeunes auront atteint l'âge de la retraite en 2031, soit 65 ans. Les plus vieux auront alors 85 ans.

Entre 2017 et 2031

- ↓ anticipée de 1,4 % de la population nord-côtère (95 265 à 93 978) (données non illustrées).
↓ prévue de l'ordre de 0,5 % chez les hommes (48 848 à 48 613) et de 2,3 % chez les femmes (46 417 à 45 365).
- Pour sa part, la population du Québec devrait croître d'environ 9 % (hommes : 10 %; femmes : 9 %) (données non illustrées).
- Jusqu'à 65 ans, presque tous les groupes d'âges quinquennaux sur la Côte-Nord verront leur population diminuer, et ce, à la fois chez les hommes et les femmes. Font exception, les 10 à 19 ans chez les hommes et les femmes, ainsi que les 40 à 49 ans chez les hommes où l'ISQ prévoit une légère croissance.
- Les deux figures illustrent que les pertes les plus importantes toucheront les tranches d'âges de 25 à 34 ans et de 50 à 64 ans.
- Tous les groupes d'âge de la population active (15 à 64 ans) verront décroître leurs effectifs, sauf les 15 à 19 ans pour lesquels l'ISQ anticipe une croissance de 5 % environ et les 40 à 44 ans chez les hommes où l'ISQ prévoit une très légère hausse.
 - ♦ Globalement, les diminutions prévues atteignent 24 % chez les 25 à 29 ans et environ 23 % pour les 60 à 64 ans; elles culminent à environ 30 % chez les 55 à 59 ans (données non illustrées).
- À l'inverse, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus s'accroîtra de façon substantielle dans tous les sous-groupes d'âge, et ce, autant dans le cas des hommes que des femmes.
 - ♦ ↑ prévue d'environ 13 % chez les 65 à 69 ans (5 627 à 6 340, mais croissance de 97 % chez les 90 ans et plus (620 à 1 223) (données non illustrées).
 - ♦ Les hommes de 90 ans et plus représenteront environ 0,5 % de la population régionale en 2031 comparativement à 0,2 % en 2017 (figure 1.1b).
 - ♦ Les femmes de ce groupe d'âge devraient compter pour environ 0,8 % de la population nord-côtère en 2031 en regard de 0,4 % en 2017 (figure 1.1b).
- En 2017, les hommes sont plus nombreux que les femmes jusqu'à l'âge de 70 à 74 ans.
 - ♦ À partir de 75 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes.
 - ♦ Le groupe de personnes âgées de 90 ans et plus comprend 204 hommes comparativement à 416 femmes.
- En 2031, d'après les projections de l'ISQ, la supériorité numérique des hommes sur la Côte-Nord persistera jusqu'à l'âge de 80 à 84 ans.

Entre 1981 et 2017

- ↓ d'environ 20 % de la population nord-côtère (119 591 à 95 265) : 21 % hommes (61 600 à 48 848) et 20 % femmes (57 991 à 46 417);
- ↓ de près de 29 % de la population québécoise : hommes 29 % environ et femmes 29 % environ.

FICHE 1.2 RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE (2001, 2016, 2031)

Figure 1.2a : Évolution de la répartition de la population selon le groupe d'âge et le sexe, Côte-Nord, 2001, 2016p et 2031p

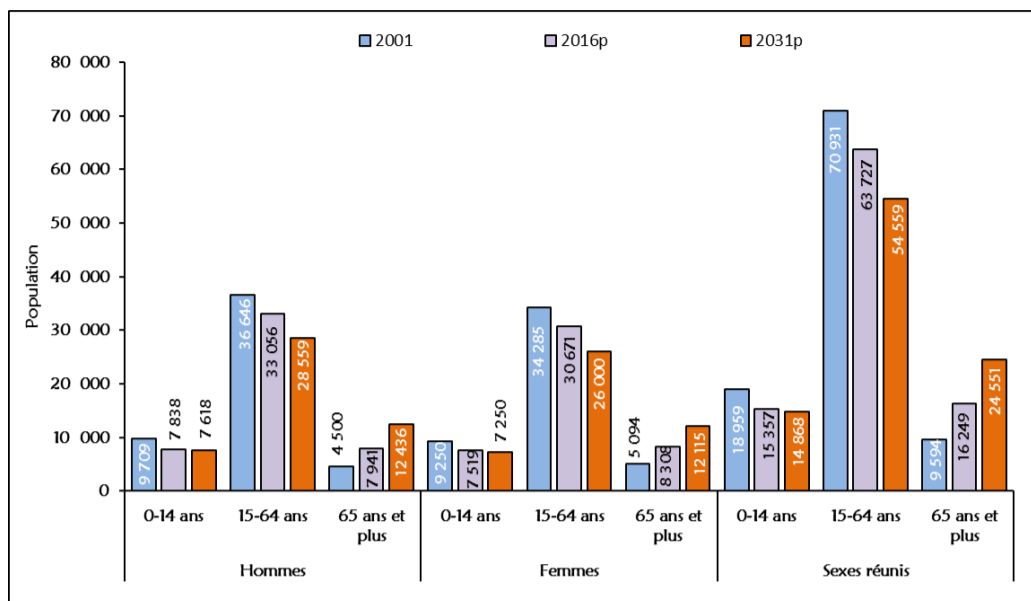
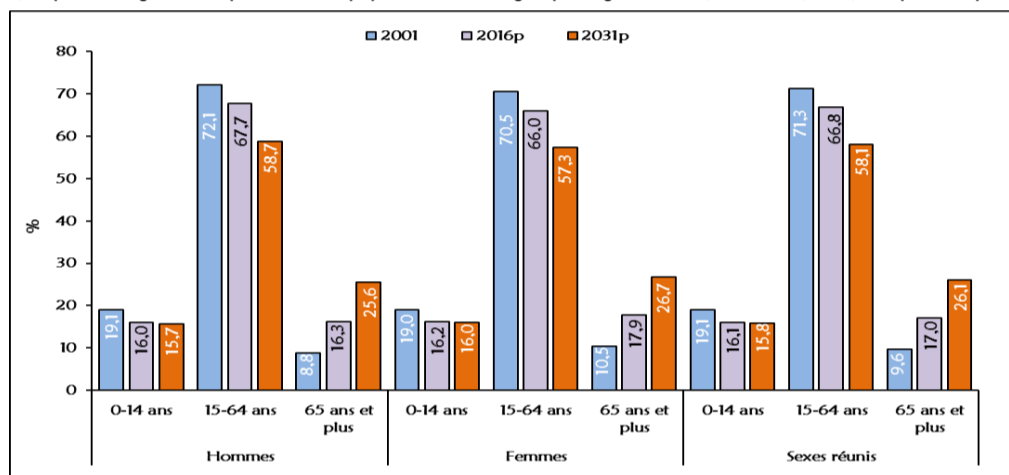


Figure 1.2b : Évolution, en pourcentage, de la répartition de la population selon le groupe d'âge et le sexe, Côte-Nord, 2001, 2016p et 2031p



Source : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.
p : Les effectifs de populations sont des projections faites par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).
NOTE : En raison de l'arrondissement des valeurs à une décimale, il se peut que la somme des pourcentages affichés ne donne pas exactement 100 %.

Entre 2001 et 2016

- Selon des données de l'ISQ : ↓ de 4 % de la population nord-côtière (99 484 à 95 333) : Hommes (50 855 à 48 835), Femmes : (48 629 à 46 498) (données non illustrées).
- Pour sa part la population du Québec a connu une ↑ de 13 % (hommes : 14 %; femmes : 12 %) (données non illustrées).
- Les jeunes de moins de 15 ans ont vu leurs effectifs chuter de 19 % (18 959 à 15 357) (figure 1.2a) et leur proportion, sur la population globale, est passée de 19 % à 16 % (figure 1.2b).
- Mais, en termes relatifs, le recul est un peu moins marqué (10 %) au sein de la population active, soit chez les 15 à 64 ans (70 931 à 63 727) (figure 1.2a).
 - Le pourcentage de la population active sur l'ensemble de la population régionale est passé de 71 % à 67 % (figure 1.2b).
- À l'inverse, ↑ de 69 % du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus (9 594 à 16 249);
 - ↑ de 76 % chez les hommes (4 500 à 7 941) et de 63 % chez les femmes (5 094 à 8 308) (figure 1.2a).
- La proportion de personnes âgées est passée d'environ 10 % à 17 % (figure 1.2b).
 - Au Québec, en 2016, les 65 ans et plus représentent environ 18 % de la population comparativement à 13 % en 2001 (données non illustrées).

Entre 2016 et 2031

- ↓ anticipée de 1,4 % de la population nord-côtière (95 333 à 93 978).
 - ↓ prévue de 0,5 % chez les hommes (48 835 à 48 613) et de 2,4 % chez les femmes (46 498 à 45 365) (données non illustrées).
- La population québécoise devrait croître d'environ 10 % (hommes : 11 %; femmes : 10 %) (données non illustrées).
- Sur la Côte-Nord, l'ISQ projette une légère diminution (3 %) chez les moins de 15 ans (15 357 à 14 868), mais un recul plus net (14 %) au sein de la population active (63 727 à 54 559) (figure 1.2a).
 - En 2031, ce groupe représentera 58 % de la population nord-côtière comparativement à 67 % en 2016 (figure 1.2b).
- Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus va s'accroître de façon substantielle (51 %; de 16 249 à 24 551), et ce, autant chez les hommes (57 %, de 7 941 à 12 436) que chez les femmes (46 %; 8 308 à 12 115) (figure 1.2a).
- La proportion de personnes âgées passera de 17 % à environ 26 % (figure 1.2b).
 - Au Québec, les 65 ans et plus devraient représenter 25 % de la population en 2031 comparativement à 18 % environ en 2016 (données non illustrées).

FICHE 1.3 ACCROISSEMENT NATUREL¹ DE LA POPULATION 1982 À 2012

Figure 1.3a : Naissances, décès et accroissement naturel de la population, Côte-Nord, 1982 à 2012

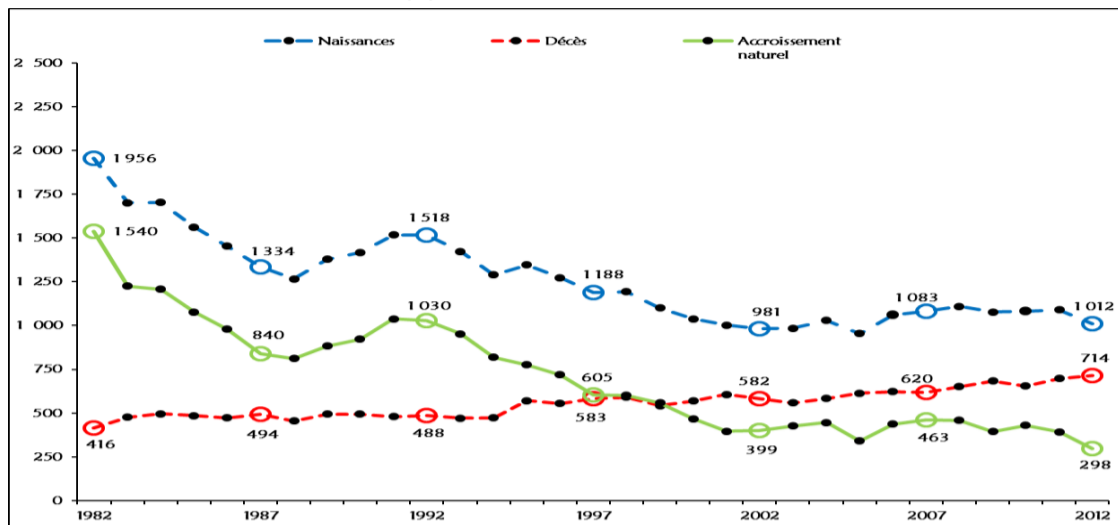
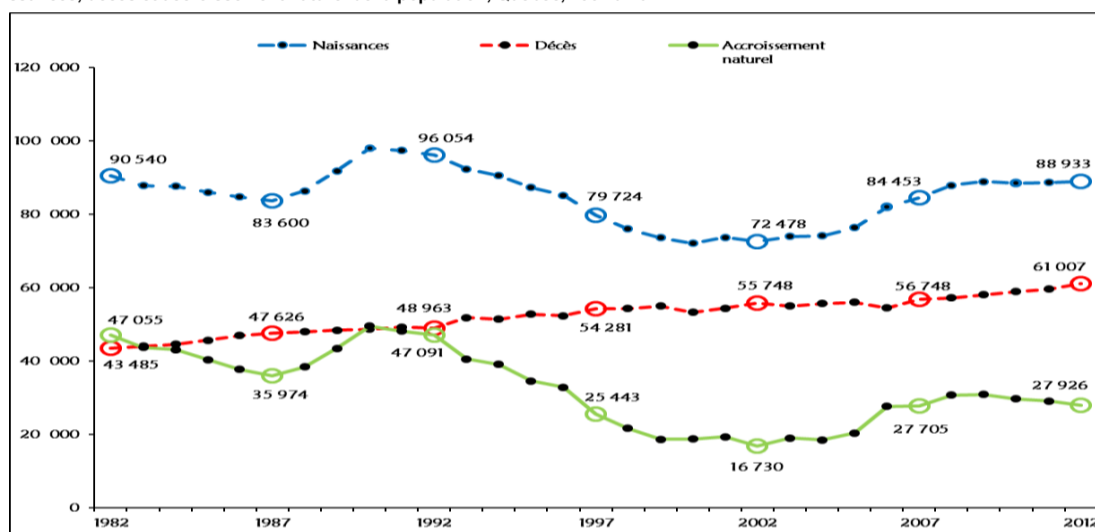


Figure 1.3b : Naissances, décès et accroissement naturel de la population, Québec, 1982 à 2012



Sources : MSSS, Fichier des naissances (produit électronique); MSSS, Fichier des décès (produit électronique); actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015. Rapports de l'onglet Plan national de surveillance produits par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1982 et 2012

- De 1982 à 1987, on assiste à une baisse de l'accroissement naturel sur la Côte-Nord (1 540 à 840) en raison de la hausse du nombre de décès (416 à 494), mais, surtout, de la chute importante du nombre de naissances (1 956 à 1 334) (figure 1.3a).
 - La baisse est beaucoup moins marquée en 1988 (811).
- Par la suite, jusqu'en 1992 environ, on note une hausse graduelle de l'accroissement naturel qui s'explique essentiellement par la hausse du nombre de naissances et une stabilité du nombre de décès.
- De 1993 à 2012, l'accroissement naturel suit une tendance à la baisse, ponctuée parfois d'une remontée sporadique.
- Le nombre le plus faible est atteint en 2012 où on a dénombré que 298 naissances de plus que celui des décès (1 012 c. 714) (figure 1.3a).
- Dès 2000 environ, le nombre de décès est supérieur à l'accroissement naturel. On remarque, en effet, que la courbe des décès (en rouge) se rapproche de plus en plus de celle des naissances (en bleu).
- La Côte-Nord n'a pas encore atteint le point où l'accroissement naturel deviendrait négatif, c'est-à-dire la situation où le nombre de décès surpasserait celui des naissances. Dans un tel cas, la courbe verte descendrait sous la valeur 0.
- Des données provisoires de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) montrent une légère remontée de l'accroissement naturel en 2013 et 2014 (310 et 316) sur la Côte-Nord, suivie par une chute abrupte en 2015 (186) (données non illustrées).

Dans les territoires de RLS (données non illustrées)

- En raison des petits nombres, l'analyse n'a pas été appliquée au CLSC Naskapi.
- Tous les territoires de la région affichent un recul de l'accroissement naturel.
- Contrairement à l'ensemble de la Côte-Nord, deux territoires ont connu, lors de certaines années, un accroissement naturel négatif de leur population dans la mesure où ils ont enregistré un nombre de décès supérieur à celui des naissances :
 - Haute-Côte-Nord en 2001, 2005, 2007, 2008, 2010 et 2012.
 - Minganie en 2005.

Entre 1982 et 2017 au Québec

- De façon générale, les tendances dégagées pour la Côte-Nord s'appliquent aussi au Québec.
- Toutefois, l'accroissement le plus faible (16 730) a été observé vers 2002 comparativement à 2012 pour la Côte-Nord.
- Par ailleurs, c'est vers 1992, soit huit ans avant la Côte-Nord, que le nombre de décès a commencé à surpasser celui correspondant à l'accroissement naturel (figure 1.3b).

¹ L'accroissement naturel représente la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès. L'accroissement total, non rapporté dans cette fiche, tient aussi compte des mouvements migratoires (les départs et les arrivées), sauf ceux des résidents non permanents. Ces derniers sont des personnes titulaires d'un permis de travail ou d'étude, ou des individus qui revendiquent le statut de réfugié au Canada (Voir : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3901).

FICHE 1.4 ÂGE MÉDIAN DE LA POPULATION¹ 1981-1985 À 2031-2035

Figure 1.4a : Âge médian de la population, sexes réunis, Côte-Nord et Québec, 1981-1985 à 2011-2035, 2031-2035

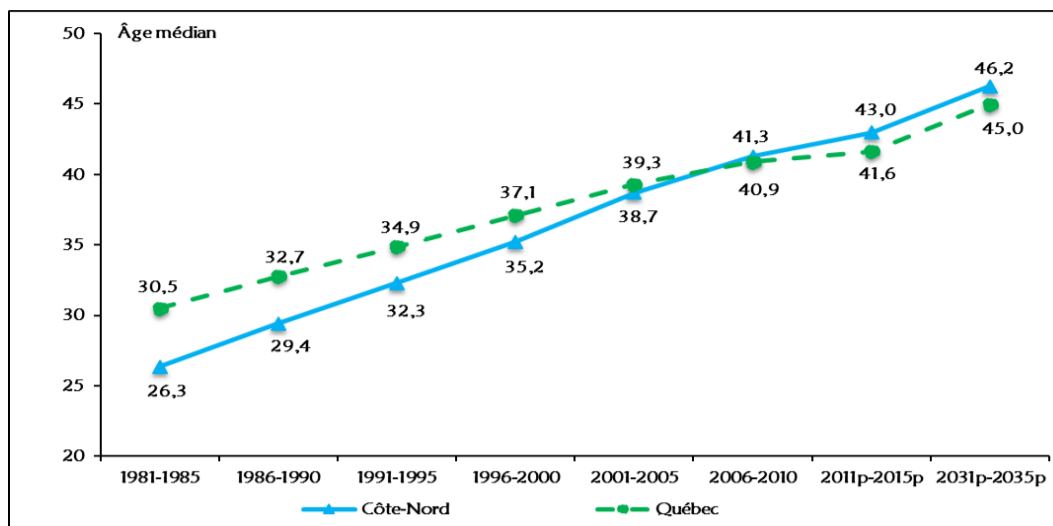
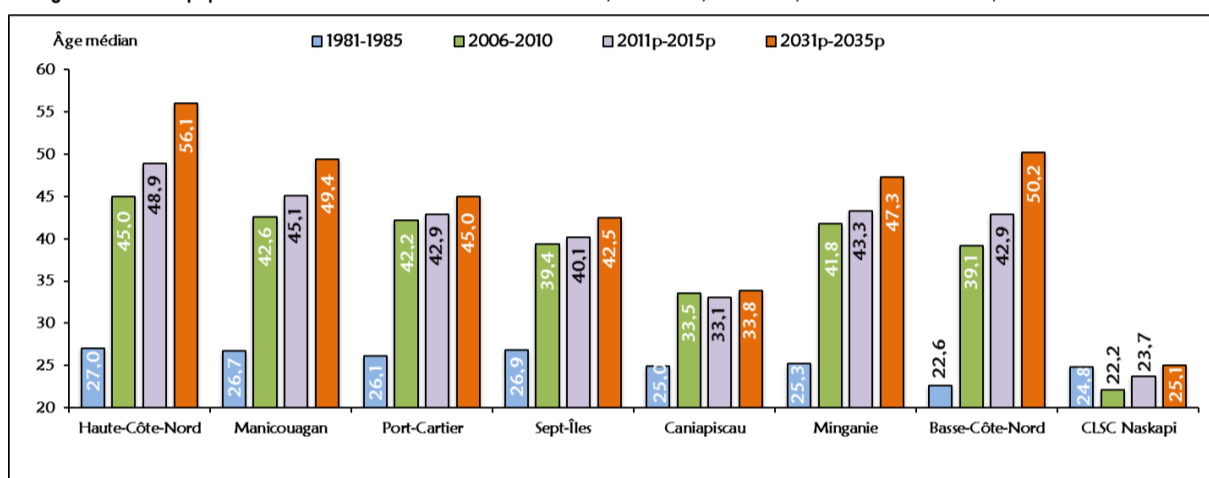


Figure 1.4b : Âge médian de la population selon le territoire de RLS de résidence², Côte-Nord, 1981-1985, 2006-2010 à 2011-2015, 2031-2035



Source : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.
p : Les effectifs de populations sont des projections faites par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)

Entre 1981-1985 et 2006-2010

- Jusqu'en 2001-2005, l'âge médian de la population nord-côtière est inférieur à celui de la population québécoise (figure 1.4a).
- En 1981-1985, la moitié des Nord-Côtiers ont moins de 26,3 ans comparativement à 30 ans pour l'ensemble des Québécois.
- Par la suite, l'âge médian des Nord-Côtiers se rapproche de celui des Québécois et il le dépasse en 2006-2010 (41,3 ans c. 40,9 ans).

Entre 2011-2015 et 2031-2035

- À l'instar du Québec, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) prévoit que l'âge médian de la population nord-côtière continuera de croître : il passera de 43 ans en 2011-2015 à 46,3 ans en 2031-2035.
- L'âge médian nord-côtière continue de dépasser celui du Québec (figure 1.4a).

Analyse différenciée selon le sexe

- Jusqu'en 1991-1995, la population masculine nord-côtière a un âge médian qui dépasse très légèrement celui des femmes.
- Cet âge est le même pour les deux sexes en 1996-2000 (35,2 ans).
- Par la suite, l'âge médian de la population féminine dépasse légèrement celui chez des hommes jusqu'en 2011-2015 et, selon l'ISQ, le demeurera par la suite (données non illustrées).

Dans les territoires de RLS

Entre 1981-1985 et 2006-2010

- L'âge médian augmente dans tous les territoires, sauf pour le CLSC Naskapi où l'on observe même une baisse.
- Comme en 1981-1985, la Haute-Côte-Nord affiche, en 2006-2010, l'âge médian le plus élevé (45 ans) de la région et le CLSC Naskapi, celui le plus bas (22,2 ans) (figure 1.4b).

Entre 2011-2015 et 2031-2035

- D'après les prévisions de l'ISQ, l'âge médian s'accroîtra encore, sauf dans la Caniapiscau où l'on devrait observer une relative stabilité.
- Si la tendance projetée par l'ISQ se confirme, la moitié de la population de la Haute-Côte-Nord devrait avoir au-dessus de 56,1 ans en 2031-2035. Il s'agit de l'âge médian le plus élevé de la Côte-Nord.
- La Basse-Côte-Nord constitue l'autre territoire où l'âge médian devrait atteindre au moins 50 ans, suivi de près par la Manicouagan (49,4 ans).
- En 2031-2035, avec un âge médian de 25,1 ans, la population naskapie sera la toujours la plus jeune de la région (figure 1.4b).

¹ L'âge médian est celui où l'on retrouve de part et d'autre 50 % de la population.

² Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 1.5 INDICE DE VIEILLESSEMENT¹ DE LA POPULATION

Figure 1.5a : Indice de vieillissement de la population, Côte-Nord et Québec, 1981, 1986, 1991, 1996, 2001, 2006 et 2011 à 2015

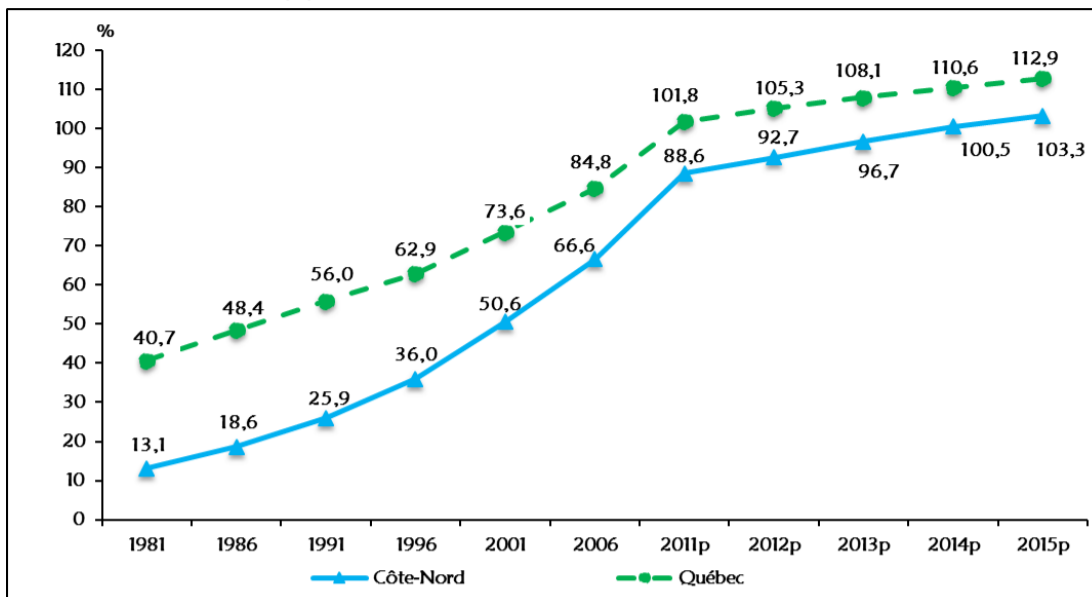
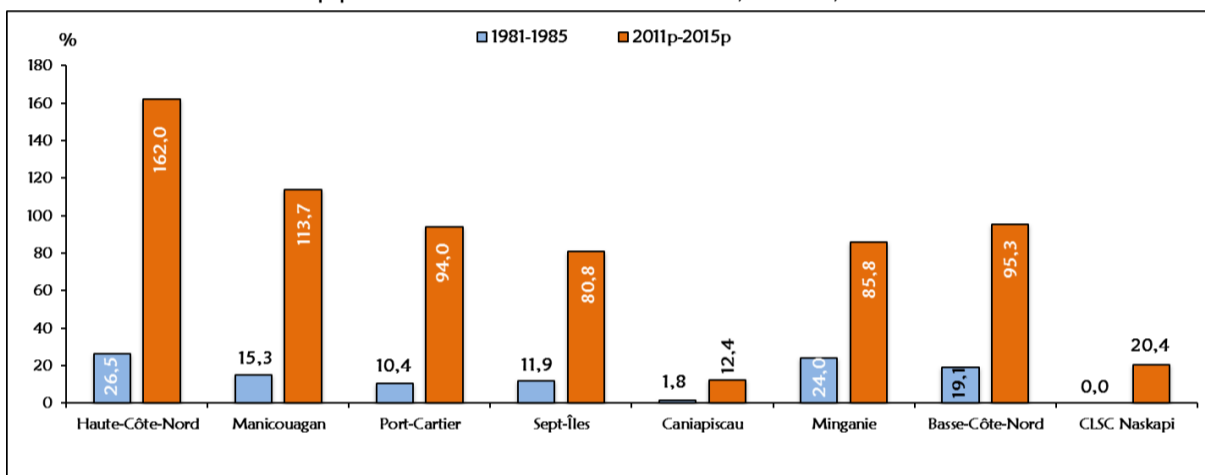


Figure 1.5b : Indice de vieillissement de la population selon le territoire de RLS de résidence², Côte-Nord, 1981-1985 et 2011-2015



Source : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.
p : Les effectifs de populations sont des projections faites par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)

Entre 1981 et 2006

- En 1981, la population nord-côtière âgée de 65 ans et plus représente environ 13 % de celle des jeunes de 0 à 14 ans (figure 1.5a).
 - En d'autres termes, on dénombre, alors un peu moins de 8 jeunes de 0 à 14 ans pour une personne âgée de 65 ans et plus (32 912 c. 4 309) (donnée non illustrée).
 - L'ensemble du Québec compte un peu plus de 2 jeunes de moins de 15 ans pour chaque personne âgée.
- Tout au long de la période, on assiste à une croissance continue de l'indice de vieillissement.
 - Sur la Côte-Nord, celui passe de 13,1 % en 1981 à 66,6 % en 2006.
 - Au Québec, il passe de 40,7 % à 84,8 %.

De 2011 à 2015

- L'indice augmente toujours, mais de façon moins prononcée, et ce, à la fois sur la Côte-Nord et dans l'ensemble du Québec.
- Fait à noter, pour la première fois, l'indice dépasse 100 % en 2011 au Québec et en 2014 sur la Côte-Nord.

De 1981-1985 à 2011-2015

- L'indice de vieillissement augmente dans tous les territoires.
- La Haute-Côte-Nord et la Manicouagan sont toutefois les seuls territoires de la Côte-Nord à présenter, en 2011-2015, un indice supérieur à 100 % (respectivement 162 % et 114 % environ) (figure 1.5b).
 - Pour la période 2011-2015, en Haute-Côte-Nord, on dénombre une moyenne annuelle de 2 340 personnes de 65 ans et plus en regard de 1 444 jeunes de moins de 15 ans.
 - Dans la Manicouagan, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus s'établit à 5 321 en moyenne par année entre 2011 et 2015 comparativement à 4 680 jeunes de 0 à 14 ans (données non illustrées).
 - Le territoire du CLSC Naskapi affiche l'indice de vieillissement le plus faible de la région en 2011-2015 (20,4 %) : on y retrouve presque 5 jeunes de moins de 15 ans pour chaque personne de 65 ans et plus (figure 1.5b).

1 Rapport de la population de 65 ans et plus à celle de moins de 15 ans. Ce rapport est exprimé en pourcentage. Un ratio inférieur à 100 signifie que la taille de la population de 65 ans et plus est inférieure à celle de moins de 15 ans.

2 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 1.6 SOLDE MIGRATOIRE¹ DE LA POPULATION NORD-CÔTIÈRE

Figure 1.6a : Solde migratoire annuel net (nombre et taux), Côte-Nord, 2001-2002 à 2015-2016

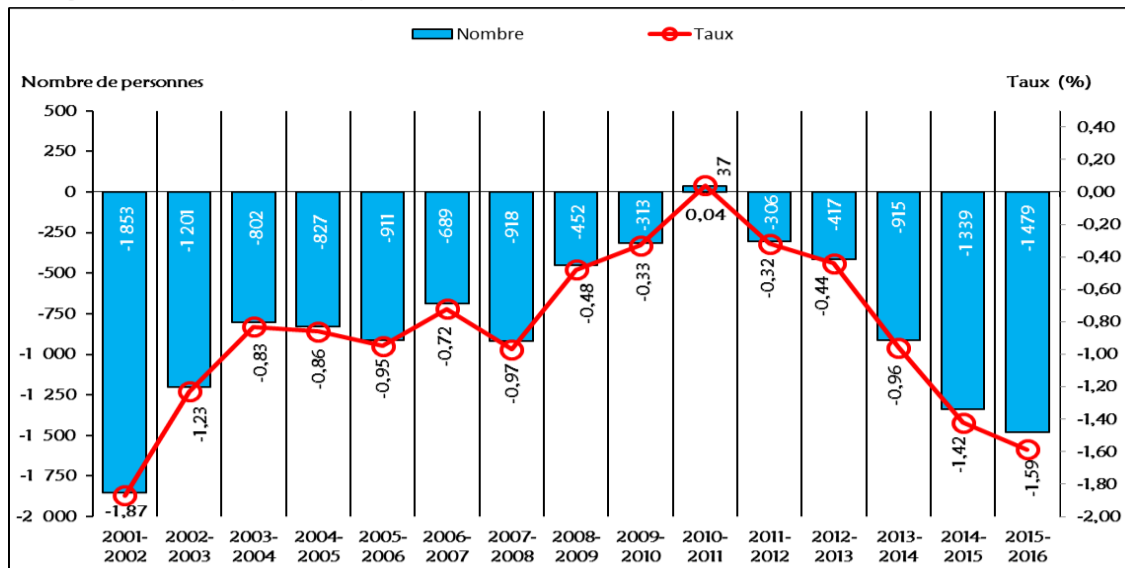
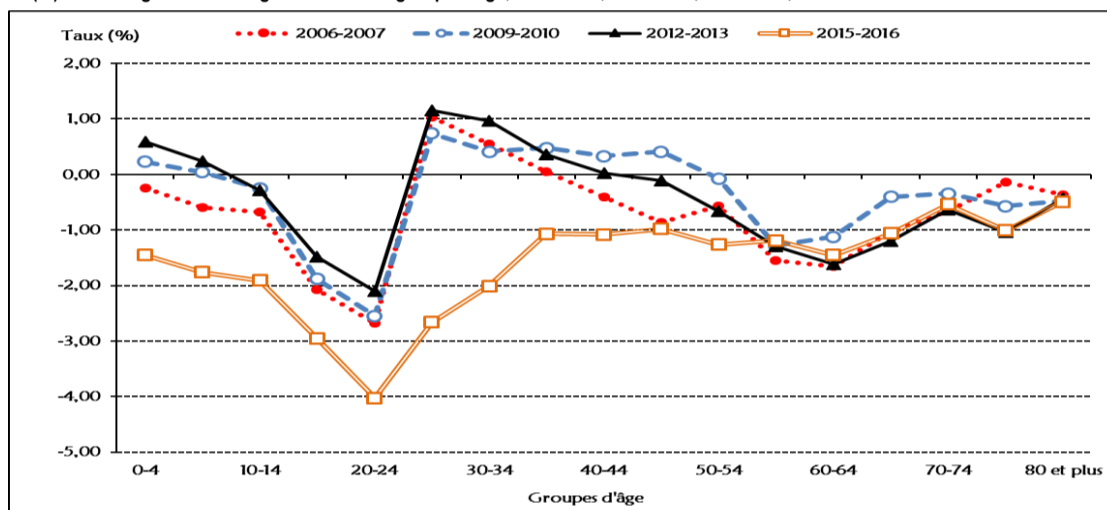


Figure 1.6b : Taux (%) net de migration interrégionale selon le groupe d'âge, Côte-Nord, 2006-2007, 2009-2010, 2012-2013 et 2015-2016



Source : a) Institut de la statistique du Québec. Solde migratoire et taux net de migration interrégionale, régions administratives du Québec, 2001-2002 à 2015-2016; b) Solde migratoire et taux net de migration interrégionale selon le groupe d'âge, Côte-Nord, 2001-2002 à 2015-2016. Exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Diffusion : 23 février 2017.

Entre 2001-2002 et 2015-2016

- Sauf en 2010-2011, la région nord-côtère affiche toujours un bilan négatif en regard des échanges migratoires avec les autres régions québécoises.
 - La période 2010-2011 est la seule, depuis le début du millénaire, où la Côte-Nord présente un solde positif. Celui-ci s'élève à 37 personnes (figure 1.6a); la région a en effet accueilli 2 629 nouveaux résidents tandis que 2 592 Nord-Côtiers sont partis s'établir ailleurs au Québec (données non illustrées).
- Par la suite, les pertes se sont accentuées à chaque année.
 - Ce solde négatif est principalement redevable à une diminution marquée des nouveaux arrivants tandis que le nombre de personnes sortantes s'est maintenu autour de 2 800 à 3 000 par année environ depuis 2011-2012 (données non illustrées).
- En 2015-2016, 1 528 personnes en provenance des autres régions québécoises sont venues s'établir sur la Côte-Nord, mais 3 007 Nord-Côtiers l'ont quittée vers d'autres régions, ce qui se traduit par une perte nette de 1 479 résidents, soit environ 1,6 % de la population régionale.
 - Cette perte relative importante suit celle de 2014-2015 où la région a enregistré une diminution de 1,4 % de ses effectifs (figure 1.6a).
 - À l'échelle québécoise, la Côte-Nord s'avère la région où, toutes proportions gardées, le recul est le plus important en 2015-2016. Le même phénomène s'est produit en 2014-2015 (données non illustrées).
 - Au cours de la même période, la Côte-Nord connaît un solde migratoire négatif avec chacune des autres régions administratives du Québec (donnée non illustrée).

Solde migratoire selon l'âge

- De façon générale, les pertes relatives les plus importantes se produisent chez les 15 à 24 ans, phénomène probablement attribuable, en partie du moins, à la poursuite des études à l'extérieur de la région (figure 1.6b).
 - En 2015-2016, les 15 à 19 ans subissent une perte nette d'environ 3 % de leur population (150 personnes; donnée non illustrée). Du côté des 20 à 24 ans, la diminution se chiffre à 4 % (figure 1.6b), soit 208 personnes (donnée non illustrée). Tous les groupes d'âge ont connu une diminution de leurs effectifs au profit des autres régions du Québec.
 - En proportion, le recul observé chez les 20 à 24 ans est aussi important que celui observé en 2014-2015 (4,0 %) environ, mais demeure encore loin de la chute de 7,1 % enregistrée en 2001-2002 (données non illustrées).

Trois principales régions de destination et de provenance (données non illustrées)

- En 2015-2016, la région de Québec s'avère, et de loin, la principale région de destination (environ 33 %) des 3 007 Nord-Côtiers qui ont quitté la région, suivie du Saguenay-Lac Saint-Jean (10 %) et du Bas-Saint-Laurent (près de 10 %)².
- Au cours de la même période, la région de Québec est aussi celle qui fournit le plus grand nombre de nouveaux Nord-Côtiers (26 %), suivie du Saguenay-Lac-Saint-Jean (12 %) et de la Montérégie (11 %)³.

1 Le solde migratoire net représente la différence entre le nombre de personnes venues s'installer dans un territoire (entrants), entre le 1^{er} juillet d'une année donnée et le 1^{er} juillet de l'année suivante, et le nombre de personnes qui ont quitté le même territoire (sortants) au cours de la même période. Un solde négatif signifie que le nombre de sortants dépasse celui des entrants.

2 Répartition des sortants selon les trois principales régions de destination, régions administratives et ensemble du Québec, 2015-2016. Source : Exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Fichier Excel diffusé le 23 février 2017.

3 Répartition des entrants selon les trois principales régions d'origine, régions administratives et ensemble du Québec, 2015-2016. Source : Exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Fichier Excel diffusé le 23 février 2017.

FICHE 1.7 SOLDE MIGRATOIRE¹ DE LA POPULATION DES MRC DE LA CÔTE-NORD

Figure 1.7a : Solde migratoire des MRC de la Côte-Nord, en nombre de personnes, 2013-2014 à 2015-2016

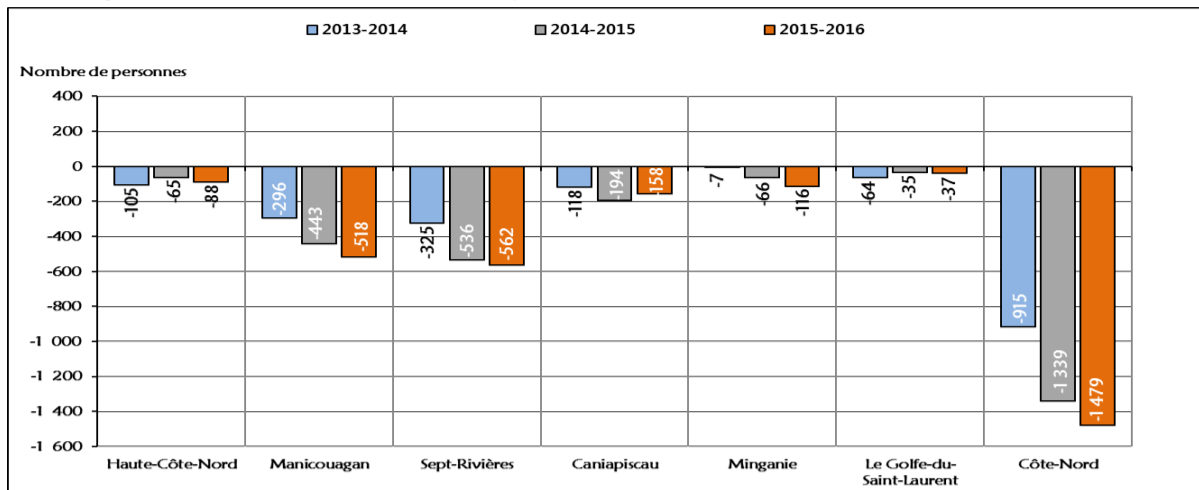
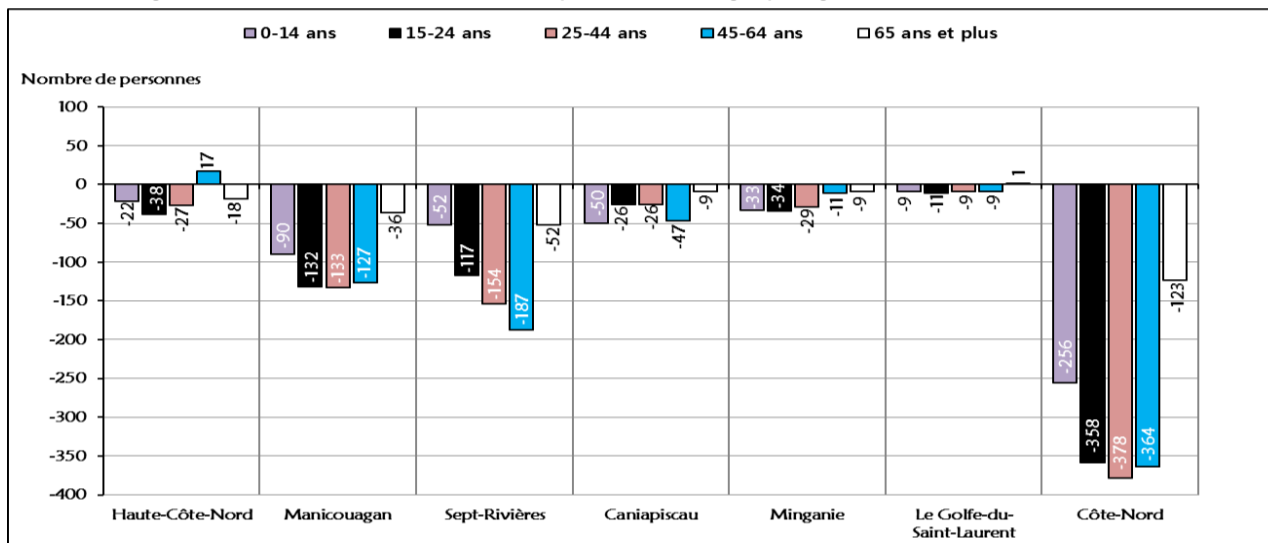


Figure : 1.7b : Solde migratoire des MRC de la Côte-Nord, en nombre de personnes, selon le groupe d'âge, 2015-2016



Source : a) Institut de la statistique du Québec. Solde migratoire interne, MRC du Québec (classées par région administrative), 2001-2002 à 2015-2016; b) Solde migratoire des MRC avec chaque région administrative. (Onglets Excel classés selon le groupe d'âge). Exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Diffusion : 23 février 2017.

Entre 2013-2014 et 2015-2016

- Toutes les MRC de la Côte-Nord affichent un solde migratoire négatif pour chacune des trois années de la période.
- En comparaison de 2014-2015, presque toutes les MRC ont vu leur déficit migratoire s'accroître (figure 1.7a).
- En termes relatifs, la MRC de Caniapiscou subit la perte nette la plus importante (près de 4,0 %), suivies par celles de la Minganie (1,7 %), de Manicouagan (1,7 %) et de Sept-Rivières (1,6 %).
 - Ces quatre MRC figurent parmi les cinq au Québec qui ont connu les pertes relatives les plus importantes en 2015-2016; l'autre étant la Jamésie (région Nord-du-Québec).
 - Le solde négatif des MRC de la Haute-Côte-Nord et du Golfe-du-Saint-Laurent (Basse-Côte-Nord) se chiffre à moins de 1 % (données non illustrées).
- En 2015-2016, au jeu des échanges migratoires avec les autres MRC de la Côte-Nord, la MRC de Manicouagan et la MRC de Sept-Rivières affichent un bilan positif (respectivement 30 et 63 personnes) tandis que toutes les autres ont un déficit.
 - La MRC de Caniapiscou s'avère celle ayant perdu le plus d'habitants (environ 43) au profit du reste de la région (données non illustrées).

Solde migratoire selon l'âge en 2015-2016

- Presque toutes les MRC subissent un déficit migratoire dans chacun des grands groupes d'âge.
 - Font exception, la Haute-Côte-Nord qui enregistre un gain de 17 personnes chez les 45 à 64 ans et Le Golfe-du-Saint-Laurent où les effectifs chez les 65 ans et plus demeurent stables (figure 1.7b).

Solde migratoire selon la région de destination (données non illustrées)

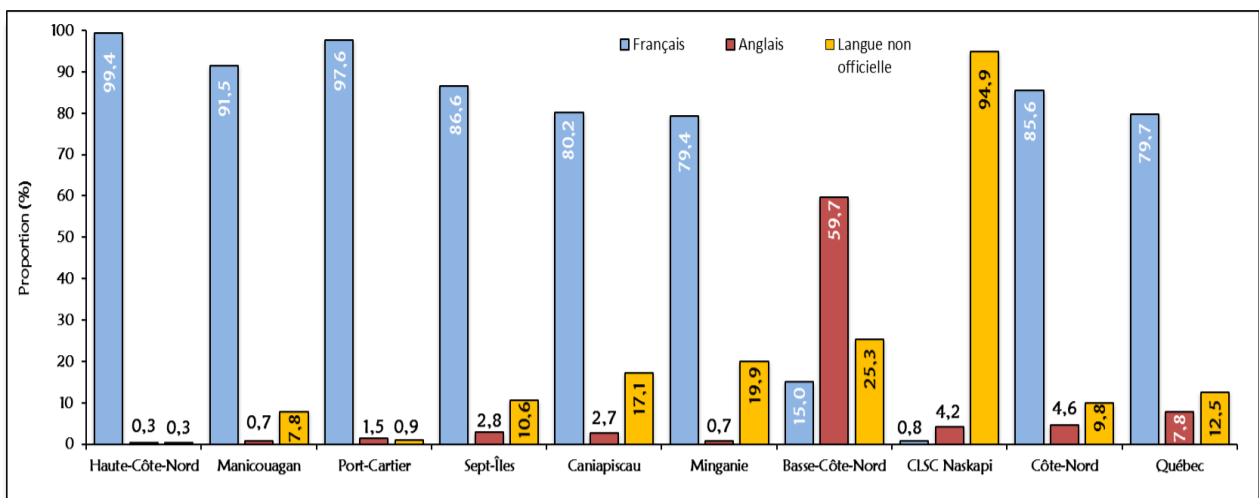
- En 2015-2016, la Côte-Nord affiche une perte nette de 1 479 personnes (figure 1.7a). La région de Québec s'avère, et de loin, la région envers laquelle la Côte-Nord affiche la plus importante perte nette, soit 609 ou 41 % de son solde négatif². Viennent ensuite le Bas-Saint-Laurent (157 personnes, plus de 10 % des pertes nord-côtières) et le Saguenay-Lac-Saint-Jean (120 personnes ou environ 8 % du solde négatif nord-côtier). La Côte-Nord ne présente aucun gain net par rapport à une autre région du Québec.
 - MRC de la Haute-Côte-Nord : perte nette de 88 personnes avec les autres régions québécoises, au profit principalement du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la région de Québec (respectivement 38 et 29 personnes). Cependant, elle a un solde positif avec l'Estrie, Montréal et trois autres régions.
 - Manicouagan : solde négatif de 518 résidents au profit, surtout, de la région de Québec (250 personnes ou 48 % de la perte nette) et de Chaudière-Appalaches (64 personnes). Gain net avec une seule autre région.
 - MRC de Sept-Rivières : perte nette de 562 personnes dont 267 (environ 47 %) au profit de Québec. Au deuxième rang, on retrouve la Montérégie (48 personnes); le Bas-Saint-Laurent occupe le troisième rang (46 personnes). Elle présente un solde positif au regard d'une seule autre région.
 - MRC de Caniapiscou : solde négatif de 158 personnes dont 34 avec le Bas-Saint-Laurent. Si on ne considère que la migration intra-régionale, aucun résident nord-côtier n'est allé s'installer dans la Caniapiscou tandis que 43 de ses résidents sont partis ailleurs sur la Côte-Nord. Elle a toutefois un solde positif avec quatre régions.
 - MRC de la Minganie : perte nette de 116 résidents (30 avec le Bas-Saint-Laurent et 25 avec Québec). Gain net aux dépens de quatre autres régions.
 - MRC Côte-Nord-du-Golfe-Saint-Laurent : solde négatif de 37 résidents (20 avec Québec). Légers gains par rapport à quatre autres régions.

1 Le solde migratoire net représente la différence entre le nombre de personnes venues s'installer dans un territoire (entrants), entre le 1^{er} juillet d'une année donnée et le 1^{er} juillet de l'année suivante, et le nombre de personnes qui ont quitté le même territoire (sortants) au cours de la même période. Un solde négatif signifie que le nombre de sortants dépasse celui des entrants. Il faut noter que, dans le cas des MRC d'une région, les échanges migratoires peuvent se faire avec les autres MRC de la même région. Il en résulte des soldes négatifs pour certaines MRC et positifs pour d'autres. Par conséquent, pour une région donnée, la somme des soldes migratoires des MRC avec les autres MRC de cette région est forcément égale à 0.

2 Soldes migratoires des MRC avec chaque région administrative, tous âges, Québec, 2015-2016. Source : Exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Fichier Excel diffusé le 23 février 2017.

FICHE 2.1 LANGUE MATERNELLE

Figure 2.1 Répartition de la population selon la langue maternelle et le RLS de résidence¹, Côte-Nord et Québec, 2011



Source : Statistique Canada, Recensement de 2011, Tableau de données géocodées 02 pour le Québec, les RSS, les RLS et les CLSC. Population totale selon le sexe (3), le groupe d'âge (20), l'état matrimonial (8), le type de ménage (6) montrant la langue parlée le plus souvent à la maison (10) et la langue maternelle (10) - Données intégrales (100 %), novembre 2013. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2011

- D'après le recensement de 2011, sur la Côte-Nord, plus de neuf personnes sur dix (95 %) déclarent le français comme langue maternelle; environ 4,6 % sont de langue maternelle anglaise tandis qu'environ une sur dix (10 %) a une autre langue maternelle que le français ou l'anglais. Vraisemblablement, il s'agit, dans la grande majorité des cas, de Nord-Côtiers de langue innue ou naskapie.
- En Basse-Côte-Nord, l'anglais est la langue maternelle d'environ 60 % de la population en comparaison de 15 % dans le cas du français. Environ 25 % des résidents de ce territoire parlent une autre langue que le français ou l'anglais en regard de 10 % pour l'ensemble de la Côte-Nord et d'environ 12 % au Québec. Dans le territoire du CLSC Naskapi, presque la totalité des résidents (95 %) sont de langue maternelle non officielle.

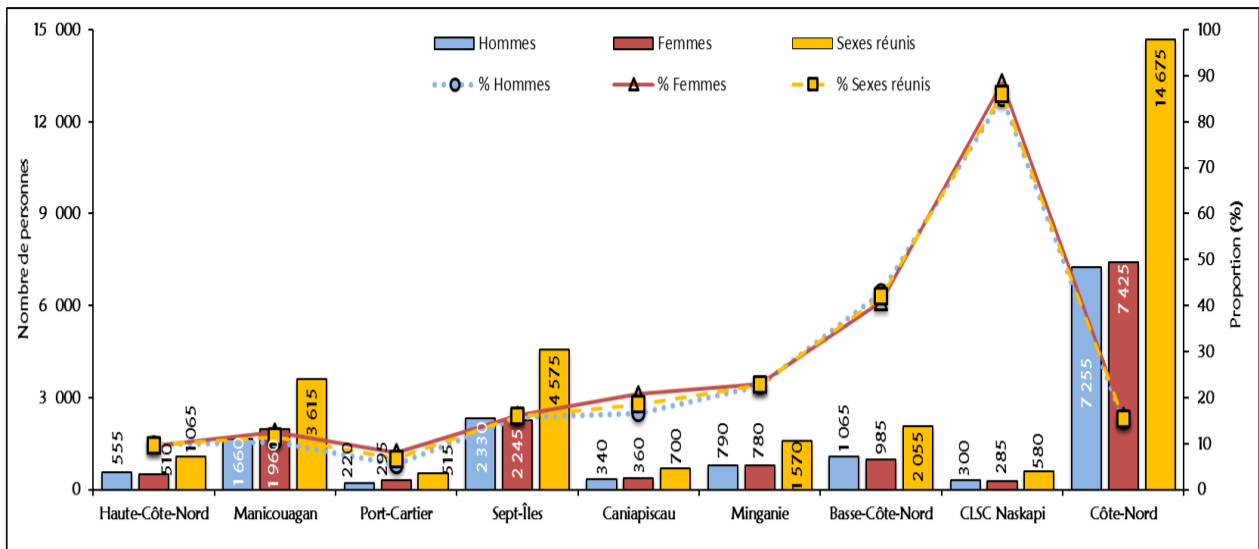
La langue maternelle selon l'âge (données non illustrées)

- La proportion la plus élevée de Nord-Côtiers qui déclarent le français comme langue maternelle est enregistrée chez les 55 à 64 ans (90 %). La plus faible, soit environ 80 %, se situe chez les moins de 15 ans.
- C'est d'ailleurs chez les moins de 15 ans où l'on observe le pourcentage le plus élevé (16 %) de la population qui affirment avoir comme langue maternelle une langue non officielle. Il se chiffre à 15 % chez les 15 à 24 ans. Cette proportion diminue constamment par la suite pour atteindre 3,9 % chez les 75 ans et plus.
- La proportion la plus faible de Nord-Côtiers de langue maternelle anglaise est observée chez les 25 à 34 ans (3,4 %), tout juste derrière celle enregistrée parmi les moins de 15 ans (3,8 %).

¹ Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 2.2 POPULATION AYANT UNE IDENTITÉ (ORIGINE) AUTOCHTONE

Figure 2.2 Population déclarant une identité (origine) autochtone (nombre et % de la population) selon le sexe et le RLS de résidence¹, Côte-Nord 2017



Source : (numérateurs) : Statistique Canada. Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011. Profil semi-personnalisé, pour le Québec, les RSS (20), RTS (10), RLS (98), regroupements de CLSC (15) et CLSC (166). Tableau 2011DATAB2020_CO-1618_PSP.IVT.
Dénominateurs : Institut de la statistique du Québec (ISQ), Estimations et projections de population comparables, selon le territoire, le sexe et les groupes d'âge spécifiques, au 1^{er} juillet, 1996 à 2036; Diffusion : MSSS, (DGI), 3 décembre 2014.

NOTE : En raison de l'arrondissement aléatoire des données par Statistique Canada, il se peut qu'un nombre, pour les sexes réunis, n'égal pas la somme des hommes et des femmes et que la somme des territoires ne corresponde pas exactement à l'ensemble de la Côte-Nord.

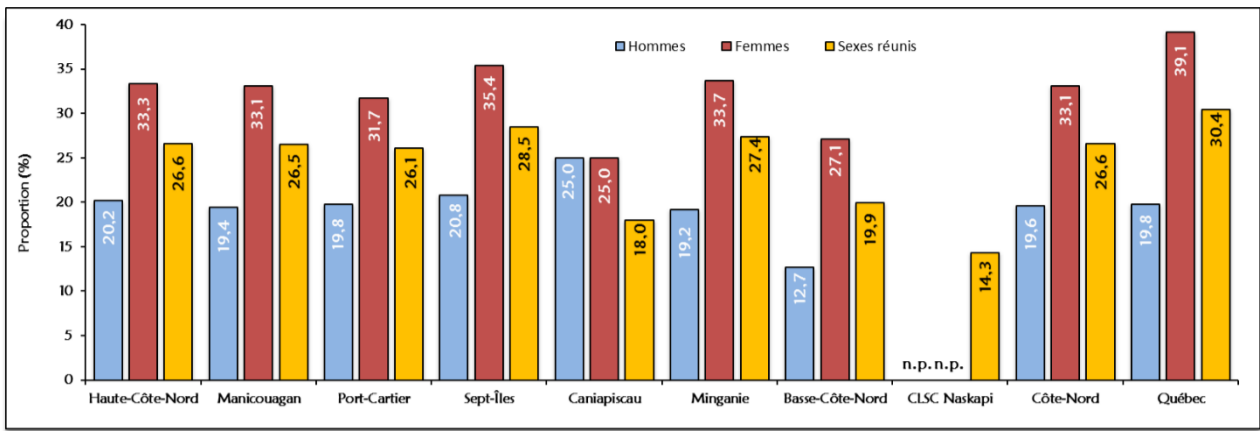
En 2017

- D'après les données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011 de Statistique Canada, sur la Côte-Nord, en 2017, un peu plus de 15 % des résidents nord-côtiers, soit environ 14 700 personnes déclarent avoir une identité autochtone. Ce nombre comprend ceux qui vivent aussi hors réserve. Ces derniers représentent environ 35 % des autochtones nord-côtiers (données non illustrées).
- Sans surprise, c'est dans le territoire du CLSC Naskapi où l'on retrouve la plus forte proportion de personnes qui déclarent une origine autochtone (86 %). Au second rang, on retrouve la Basse-Côte-Nord avec un peu plus de quatre personnes sur dix (42 %) qui s'identifient comme autochtone. Le RLS de la Minganie se situe au troisième rang (environ 23 %).
- Le territoire de RLS de Sept-Îles enregistre le nombre le plus élevé de résidents qui déclarent une identité autochtone (environ 4 600 personnes). Il est suivi par la Manicouagan (environ 3 600 personnes).
- Un peu moins du tiers (environ 31 %) de tous les autochtones de la Côte-Nord vivent dans le territoire de RLS de Sept-Îles et près 25 % résident dans la Manicouagan.

¹ Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 2.3 POPULATION DE 65 ANS ET PLUS VIVANT SEULE

Figure 2.3 Population de 65 ans et plus vivant seule selon le sexe et le RLS de résidence¹, Côte-Nord et Québec, 2011



Source : Statistique Canada, Recensement de 2011, Tableau de données géocodées 04 pour le Québec, les RSS, les RLS et les CLSC : Population totale selon le sexe (3), les groupes d'âge (20) et la modalité de vie (19) - Données intégrales (100 %), novembre 2013. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

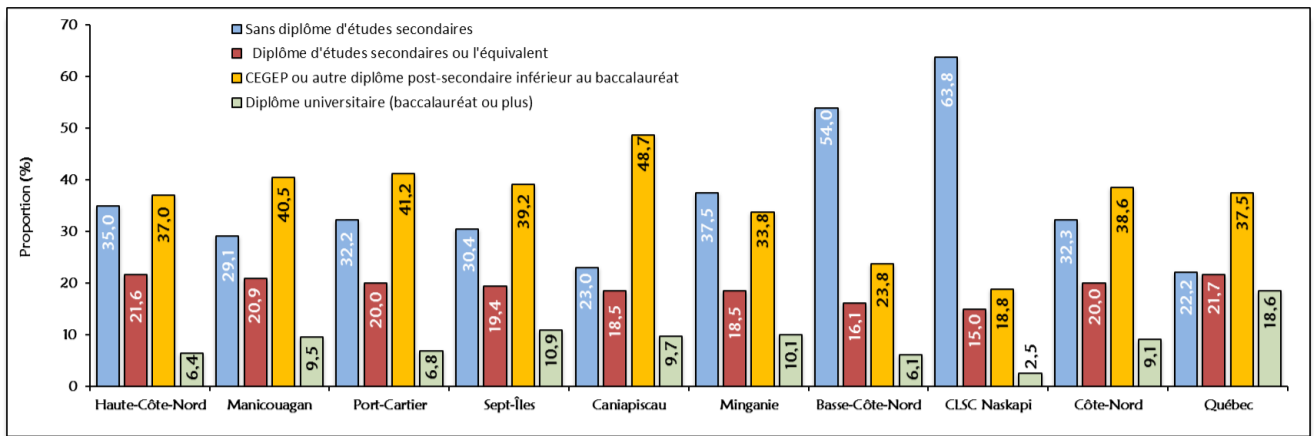
En 2011

- D'après le recensement de 2011, sur la Côte-Nord, un peu plus du quart (27 %) de la population âgée de 65 ans et plus vit seule. Au Québec, cette proportion se chiffre à 30 %.
- À l'instar du Québec, on retrouve proportionnellement davantage de femmes que d'hommes de ce groupe d'âge qui vivent seuls (Côte-Nord : 33 % c. 20 %; Québec : 39 % c. 20 %). Le même phénomène se produit dans les territoires nord-côtiers, sauf dans celui du RLS de Canisapicau où l'on ne remarque pas de différence entre les sexes chez les personnes âgées.

¹ Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 3.1 SCOLARITÉ (POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS)

Figure 3.1 Population totale âgée de 15 ans et plus selon le plus haut certificat, diplôme ou grade obtenu selon le RLS de résidence¹, Côte-Nord et Québec, 2011



Source : Statistique Canada (Enquête nationale auprès des ménages - ENM) 2011. Profil semi-personnalisé, pour le Québec, les RSS (20), RTS (10), RLS (98), regroupements de CLSC (15) et CLSC (166). Tableau 2011DATAB2020_CO-1618_PSP.ivt.

NOTE : En raison de l'arrondissement des données par Statistique Canada, il se peut que le total des pourcentages dans un territoire n'égalise pas exactement 100 %.

En 2011

- D'après l'Enquête nationale auprès des ménages réalisée par Statistique Canada en 2011, sur la Côte-Nord, un peu moins du tiers (32 %) de la population de 15 ans et plus n'a pas complété d'études secondaires. Au Québec, cette proportion se chiffre à 22 %.
- Dans la région, moins d'une personne sur dix (9 %) détient un grade universitaire équivalent à un baccalauréat ou à un diplôme supérieur au baccalauréat (maîtrise ou doctorat) en comparaison de près de 19 % au Québec.
- Le RLS de Sept-Îles affiche la proportion la plus forte de détenteurs d'un diplôme égal ou supérieur au baccalauréat (environ 11 %) suivi par le RLS de la Minganie (10 % environ).

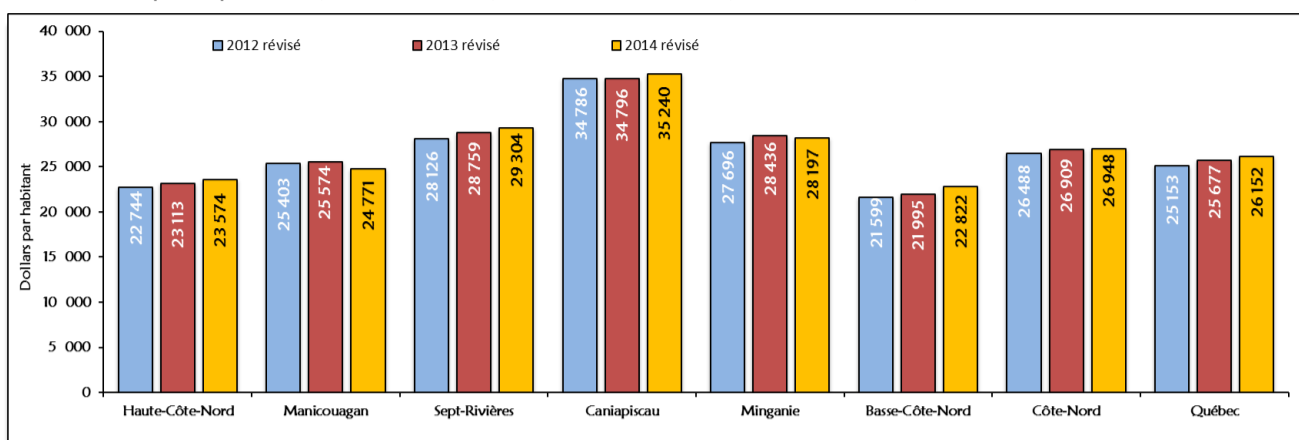
La scolarité selon le sexe (données non illustrées)

- En 2011, la proportion de la population n'ayant aucun diplôme tend à être légèrement moins élevée chez les hommes que chez les femmes (32 % c. 33 %). Au Québec, on observe l'inverse (hommes : 23 % c. 22 % pour les femmes).
- Les détenteurs d'un diplôme collégial ou d'un autre diplôme d'études post-secondaires inférieur au baccalauréat sont plus nombreux, en proportion, chez les hommes que chez les femmes (Côte-Nord : 42 % c. 35 %; Québec : 39 % c. 36 %).
- Par contre, on dénombre proportionnellement un peu moins de personnes qui ont acquis un baccalauréat ou un diplôme universitaire supérieur à ce niveau d'études chez les hommes que chez les femmes (Côte-Nord : 8 % c. 11 %; Québec : 18 % c. 19 %).
- Dans le RLS de Caniapiscau, environ 6 % des hommes et 14 % des femmes ont acquis au moins un baccalauréat. Il s'agit du territoire nord-côtier où la différence entre les sexes s'avère la plus prononcée. En contrepartie, on retrouve l'écart le plus faible dans le RLS de Port-Cartier (6 % c. 7 % environ).

¹ Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 3.2 REVENU DISPONIBLE PAR HABITANT¹

Figure 3.2 Revenu disponible par habitant, en dollars courants, selon la MRC de résidence², Côte-Nord et Québec, 2012 à 2014³



Source : Institut de la statistique du Québec, Revenu disponible par habitant, régions administratives et ensemble du Québec, 2002-2015; http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/revenu-menage/rp_ra-hab03-13.htm, page consultée le 26 septembre 2017; Revenu disponible par habitant, MRC et ensemble du Québec, 2002-2015; http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/revenu-menage/rp_mrc-hab.htm, page consultée le 26 septembre 2017. Les sources spécifiques utilisées par l'ISQ sont mentionnées sur les pages Web.

En 2014

- Le revenu disponible par habitant sur la Côte-Nord se situe à 26 948 \$ comparativement à 26 152 \$ pour l'ensemble du Québec, soit un écart favorable pour la région d'environ 3 %.
- Avec 35 240 \$, la MRC de Caniapiscou affiche le revenu disponible le plus élevé de la Côte-Nord. Ce territoire se situe aussi au premier rang de toutes les MRC québécoises. Ce revenu dépasse d'environ 35 % celui de l'ensemble du Québec.
- Comptant sur un revenu disponible par habitant de 29 304 \$ en 2014, la MRC de Sept-Rivières figure aussi parmi les 15 premières MRC québécoises à ce chapitre.
- C'est en Basse-Côte-Nord (MRC Le Golfe-du-Saint-Laurent) que l'on retrouve le revenu disponible le plus faible dans la région, soit 22 822 \$ et l'un des plus faibles de toutes les MRC du Québec.
- En dollars courants (en dollars qui ne tiennent pas compte de l'inflation), le revenu disponible a progressé seulement de 0,1 % dans la région en 2014 comparativement à celui de 2013 (26 909 \$). Au cours de la même période, celui du Québec a connu une hausse de 1,9 % (25 677 \$ à 26 152 \$).
- Les résidents de la Basse-Côte-Nord ont vu leur revenu disponible croître d'environ 3,8 % de 2013 à 2014. Il s'agit de la hausse la plus prononcée de toute la région.
- À l'inverse, la baisse la plus marquée (3,1 %) est observée dans la MRC de Manicouagan (de 25 574 \$ à 24 771 \$).
- La région nord-côtère connaît une disparité de revenus assez marquée. L'écart de revenus le plus grand entre les MRC est celui existant entre Caniapiscou et la Basse-Côte-Nord. En 2014, celui-ci s'élève à 12 418 \$ en faveur de la MRC de Caniapiscou. Cette différence se chiffrait toutefois à 13 186 \$ en 2012 et à 12 801 \$ en 2013.

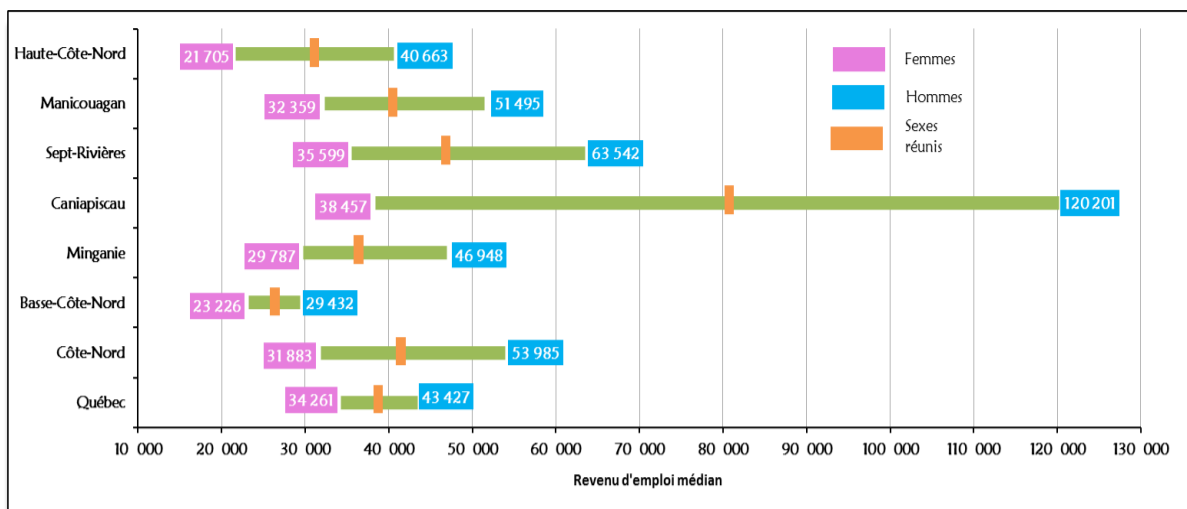
1 En simplifiant, on peut définir le revenu disponible comme le revenu personnel après impôts et paiements des cotisations aux régimes d'assurance-sociale ainsi qu'aux régimes de retraite à prestation et cotisations déterminées. C'est donc le montant qui reste à la disposition d'un ménage ou d'une personne aux fins de la consommation de biens et de services et pour l'épargne. « Il importe de préciser que les statistiques portant sur le revenu disponible [présentées ici] ne peuvent être comparées conceptuellement avec les statistiques fiscales des particuliers publiées annuellement par le ministère des Finances du Québec (MFQ) et ne visent pas les mêmes objectifs. Les indicateurs sur le revenu disponible produits par l'Institut mesurent des dimensions particulières de l'économie en conformité avec les standards et pratiques adoptés par les agences statistiques nationales et internationales, tandis que les statistiques fiscales publiées par le MFQ visent à présenter une vue d'ensemble du régime québécois d'imposition sur le revenu des particuliers. » Voir : Institut de la statistique du Québec (ISQ), Revenu disponible par habitant, régions administratives et ensemble du Québec, 2002-2015, http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/revenu-menage/rp_ra-hab.htm, page consultée le 27 septembre 2017.

2 La MRC de Sept-Rivières comprend le RLS de Port-Cartier et le RLS de Sept-Îles. La MRC de Caniapiscou comprend le RLS de Caniapiscou et le RLS de Kawawachikamach (CLSC Naskapi). La Basse-Côte-Nord correspond à la MRC Le Golfe-du-Saint-Laurent. L'ISQ ne diffuse pas de données économiques selon le découpage territorial du réseau de la santé et des services sociaux.

3 Nous n'avons pas retenu les données de l'année 2015 car elles sont provisoires et sujettes à des modifications plus ou moins importantes. Par exemple, pour la MRC de Caniapiscou, l'estimation provisoire du revenu disponible en 2014 se chiffrait à 34 725 \$ en regard de 35 240 \$ pour l'estimation révisée, soit un écart d'environ 1,5 %. Voir : LADOUCEUR, Stéphane, Pierre CAUCHON et coll. Revenu disponible : Bulletin Flash (Édition 2015), Québec, Institut de la statistique du Québec, 1^{er} trimestre 2016, Tableau 6, page 8 et LADOUCEUR, Stéphane, Pierre CAUCHON et coll. Revenu disponible : Bulletin Flash (Mars 2017), Québec, Institut de la statistique du Québec, 1^{er} trimestre 2017, Tableau 7, page 10.

FICHE 3.3 REVENU D'EMPLOI MÉDIAN¹

Figure 3.3 Revenu d'emploi médian, travailleurs âgés de 25 à 64 ans, selon le sexe et la MRC de résidence², Côte-Nord et Québec, 2014



Source : Institut de la statistique du Québec, Revenu d'emploi médian, 25-64 ans, selon le sexe, MRC de la Côte-Nord, 2002-2015; http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil09/societe/marche_trav/indicateur_rev_trav_sexe_mrc09.htm, page consultée le 29 septembre 2017. Les sources spécifiques utilisées par l'ISQ sont mentionnées sur les pages Web.
Revenu d'emploi médian des travailleurs, 25-64 ans, selon le sexe, régions administratives, 2002-2015 (compilation spéciale transmise par l'ISQ à la DSPublique de la Côte-Nord).
NOTE : Dans le texte, le revenu est généralement arrondi à la dizaine la plus près et les pourcentages sont arrondis à l'unité.

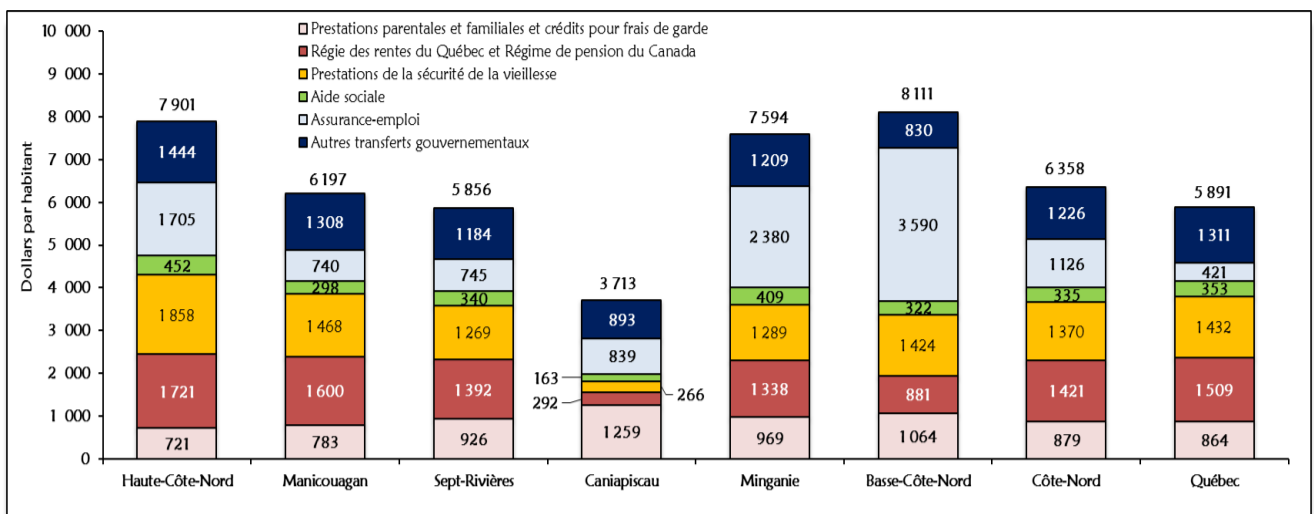
En 2014

- En 2014, le revenu d'emploi médian, en dollars courants³, chez les travailleurs de la Côte-Nord âgés de 25 à 64 ans se chiffre à 41 280 \$. Il s'établit à 53 990 \$ chez les hommes et à 31 880 \$ chez les femmes.
- Les Nord-Côtières déclarent un revenu d'emploi médian supérieur à celui de l'ensemble des Québécoises (41 280 \$ c. 38 560 \$). C'est aussi le cas des hommes (53 990 \$ c. 43 430 \$). Toutefois, les travailleuses nord-côtières gagnent moins que l'ensemble des Québécoises (31 880 \$ c. 34 260 \$).
- Avec un revenu d'emploi médian d'environ 80 940 \$, la MRC de Caniapiscou devance chacune des autres MRC de la Côte-Nord.
- À ce chapitre, la MRC de Caniapiscou se classe largement en tête des 104 MRC québécoises. Pour sa part, la MRC de Sept-Rivières figure parmi les 10 MRC du Québec où le revenu d'emploi médian est le plus élevé en 2014 (données non illustrées).
- Le revenu médian des hommes de la MRC de Caniapiscou s'élève à 120 200 \$, le plus élevé à la fois sur la Côte-Nord, mais aussi de toutes les MRC québécoises (données non illustrées).
- Avec un revenu d'emploi médian de 63 540 \$, les hommes de la MRC de Sept-Rivières se classent au second rang dans la région, tout comme les femmes d'ailleurs (35 600 \$).
- À l'exception des hommes de la MRC de la Haute-Côte-Nord et du territoire de la Basse-Côte-Nord (MRC Le Golfe-du-Saint-Laurent), ceux résidant dans les autres MRC affichent un revenu d'emploi médian supérieur de leurs homologues de l'ensemble du Québec.
- Les barres horizontales vertes illustrent l'écart entre le revenu d'emploi médian des hommes et celui des femmes. On remarque que la différence la plus prononcée, et de loin, se situe dans la MRC Caniapiscou (81 740 \$ environ, soit un écart relatif⁴ de 68 %). En d'autres termes, le revenu médian des femmes de ce territoire équivaut à peu près au tiers (32 %) de celui des hommes (38 460 \$ c. 120 200 \$). Cette disparité s'expliquerait essentiellement par la forte rémunération des hommes travaillant dans le secteur minier. Malgré tout, les femmes de la MRC de Caniapiscou gagnent davantage que celles des autres MRC de la Côte-Nord et que celles du Québec.
- Pour toute la Côte-Nord, l'écart de revenus s'élève à 22 100 \$ en faveur des hommes (écart relatif de 41 %) en comparaison de 9 170 \$ environ pour l'ensemble du Québec (écart relatif de 21 %).
- À l'exception de la Basse-Côte-Nord, qui affiche la plus faible différence de rémunération (21 %), l'écart relatif de revenus entre les hommes et les femmes dans les autres MRC dépasse celui observé dans l'ensemble du Québec (variation de 37 % à 68 %).
- Les disparités observées dans les MRC de Caniapiscou (68 %), de la Haute-Côte-Nord (47 %) et de Sept-Rivières (44 %) surpassent le seuil représentant la différence enregistrée pour la Côte-Nord (41 %).

1 Le revenu médian est la valeur centrale, exprimée en dollars, séparant en deux parties égales un groupe donné de déclarants ayant des revenus d'emploi; la première partie regroupe les déclarants ayant un revenu inférieur à la médiane, et la seconde, les déclarants ayant un revenu supérieur à la médiane. « Il importe de préciser que, même si elles proviennent de la même source d'information, les statistiques portant sur le revenu d'emploi [présentées ici] ne peuvent être comparées conceptuellement avec les statistiques fiscales des particuliers publiées annuellement par le ministère des Finances du Québec (MFQ) et ne visent pas les mêmes objectifs. Les indicateurs élaborés par l'Institut à partir des données fiscales des particuliers mesurent des dimensions particulières du marché du travail en conformité avec certains standards et pratiques adoptés par les agences statistiques nationales et internationales, tandis que les statistiques fiscales publiées par le MFQ visent à présenter une vue d'ensemble du régime québécois d'imposition sur le revenu des particuliers. » Par ailleurs, la définition de revenu d'emploi de l'ISQ diffère de celle du MFQ.
2 La MRC de Sept-Rivières comprend le RLS de Port-Cartier et le RLS de Sept-Îles. La MRC de Caniapiscou comprend le RLS de Caniapiscou et le RLS de Kawawachikamach (CLSC Naskapi). La Basse-Côte-Nord correspond à la MRC Le Golfe-du-Saint-Laurent. L'ISQ ne diffuse pas de données économiques selon le découpage territorial du réseau de la santé et des services sociaux.
3 En dollars de l'année 2014, donc non ajustés pour l'inflation.
4 Soit la différence entre le revenu d'emploi médian des hommes et le revenu d'emploi médian des femmes, divisée par le revenu d'emploi médian des hommes. L'écart est exprimé en pourcentage. Le calcul est effectué sur les valeurs non arrondies.

FICHE 3.4 TRANSFERTS GOUVERNEMENTAUX REÇUS PAR LA POPULATION¹

Figure 3.4 Transferts gouvernementaux reçus par habitant selon la MRC de résidence², Côte-Nord et Québec, 2014



Source : Institut de la statistique du Québec, Revenu disponible et ses composantes, par habitant, MRC de la Côte-Nord, 2002-2015;

http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil09/econo_fin/cons_econo/rev09_mrc.htm, page consultée le 27 septembre 2017; Revenu disponible et ses composantes, par habitant, régions administratives et ensemble du Québec, 2002-2015; http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/revenu-menage/rp_ra-hab.htm, page consultée le 27 septembre 2017; Revenu disponible et ses composantes, régions administratives et ensemble du Québec, 2002-2015; http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/revenu-menage/rp_ra-comp.htm, page consultée le 28 septembre 2017. Les sources spécifiques utilisées par l'ISQ sont mentionnées sur les pages Web.

NOTE : En raison de l'arrondissement de valeurs au dollar le plus près dans l'affichage, la somme des valeurs montrées peut ne pas évaluer tout à fait le total indiqué. Dans le texte, les données sont arrondies à la dizaine la plus près.

En 2014

- Les administrations publiques ont versé plus de 604 millions \$ aux Nord-Côtiers en 2014³ (données non illustrées). Ce montant représente environ 6 360 \$ par habitant⁴ (voir la figure). Il s'agit de la deuxième source de revenus la plus importante de la population après celle relative aux salaires (près de 2,8 milliards \$³ ou environ 29 280 \$ par habitant⁴) (données non illustrées).
- En contrepartie, globalement, les Nord-Côtiers ont versé près de 946 millions \$ aux administrations publiques dans la même année, dont environ 634 millions \$ en impôt direct des particuliers³. Par résident nord-côtier, on parle donc d'une moyenne de 9 950 \$ versés aux administrations publiques dont environ 6 680 \$ en impôt direct des particuliers. La moyenne québécoise se situe à environ 9 220 \$ pour les paiements effectués aux différents ordres de gouvernement dont 6 060 \$ environ pour l'impôt direct des particuliers⁴ (données non illustrées).
- En moyenne, les Nord-Côtiers ont reçu environ 470 \$ de plus, par habitant, en transferts courants que les Québécois (6 360 \$ c. 5 890 \$). Cet écart s'explique surtout par le fait que les résidents nord-côtiers ont davantage recours aux paiements d'assurance-emploi (environ 1 130 \$ c. 420 \$).
- En contrepartie, les Nord-Côtiers reçoivent moins d'argent que les Québécois de la Régie des rentes du Québec (RRQ) ou du Régime de pension du Canada (RPC) (1 420 \$ c. 1 510 \$), de la sécurité de la vieillesse (1 370 \$ c. 1 430 \$), de l'aide sociale (330 \$ c. 350 \$) ou d'autres transferts gouvernementaux (1 230 \$ c. 1 310 \$).
- À l'échelle régionale, on s'aperçoit que ce sont les résidents de la Basse-Côte-Nord qui reçoivent, en moyenne, le plus d'argent des administrations publiques (8 110 \$). La Haute-Côte-Nord arrive au deuxième rang avec 7 900 \$ et la Minganie se classe en troisième place (7 590 \$ environ).
- La figure montre que la part représentée par les paiements d'assurance-emploi sur le montant total reçu en transferts gouvernementaux s'avère plus importante en Basse-Côte-Nord que dans les autres MRC (3 590 \$ sur 8 110 \$, soit approximativement 44 %). Il s'agit du pourcentage le plus élevé de la région. En Minganie, l'assurance-emploi s'avère également la première source de revenu versé par les gouvernements à titre de paiements de transferts (2 380 \$ sur 7 590 \$, soit 31 % environ).
- En Haute-Côte-Nord, ce sont les prestations de la sécurité de la vieillesse qui constituent la première source de revenu en paiements de transferts gouvernementaux (1 860 \$ sur 7 900 \$, soit environ 24 %).
- Sur la Côte-Nord, la MRC de Caniapiscou est celle qui reçoit le moins d'argent de la part des administrations publiques (3 710 \$ par habitant). Environ 34 % de cette somme (1 260 \$) provient des prestations parentales et familiales ainsi que des crédits d'impôt pour frais de garde.

1 Les transferts gouvernementaux reçus réfèrent à un ensemble de paiements faits par l'administration publique fédérale et celle du Québec aux ménages ou aux individus. Dans la figure, la catégorie «Autres transferts gouvernementaux» comprend certaines sommes, non précisées par l'ISQ, versées par le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec, ainsi que les indemnités d'accidents du travail versées par le gouvernement du Québec. Cette catégorie inclut aussi les sommes versées aux individus et aux ménages par les administrations autochtones.

2 La MRC de Sept-Rivières comprend le RLS de Port-Cartier et le RLS de Sept-Îles. La MRC de Caniapiscou comprend le RLS de Caniapiscou et le RLS de Kawachikamach (CLSC Naskapi). La Basse-Côte-Nord correspond à la MRC Le Golfe-du-Saint-Laurent. L'ISQ ne diffuse pas de données économiques selon le découpage territorial du réseau de la santé et des services sociaux.

3 http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/revenu-menage/rp_ra-comp.htm, page consultée le 28 septembre 2017.

4 http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/revenu-menage/rp_ra-hab.htm, page consultée le 28 septembre 2017.

FICHE 4.1 ACTIVITÉ PHYSIQUE (LOISIR, TRANSPORT, LOISIR ET TRANSPORT¹)

Figure 4.1a : Sédentarité au regard des activités physiques de loisir, de transport, de loisir et transport au cours des quatre dernières semaines selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

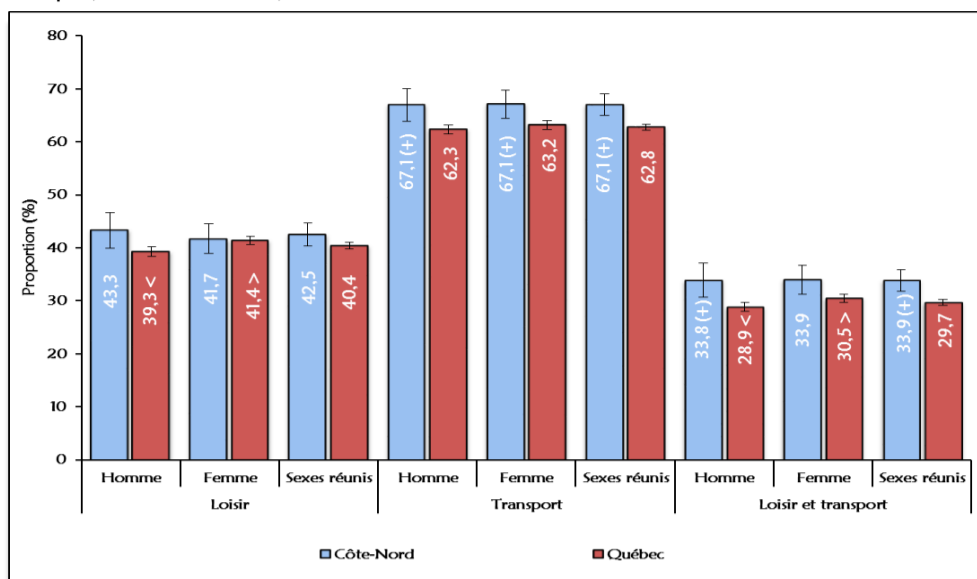
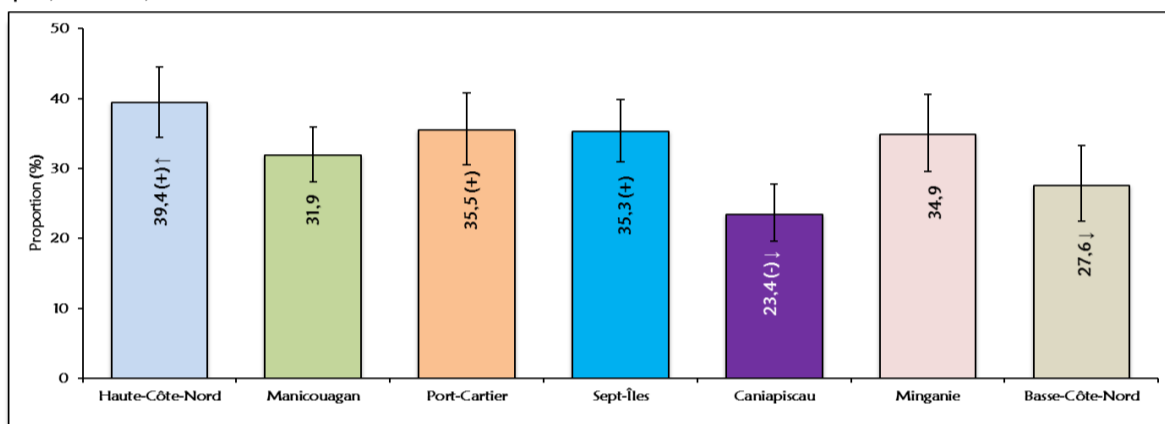


Figure 4.1b : Sédentarité au regard des activités physiques de loisir et transport au cours des quatre dernières semaines selon le RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Dans les quatre semaines précédant l'EQSP 2014-2015, près de 43 % de la population nord-côtère de 15 ans et plus peut être considérée comme sédentaire au regard des activités physiques de loisir. La proportion régionale ne se différencie pas statistiquement de celle du reste du Québec (figure 4.1a). La proportion nord-côtère correspond à environ 30 300 personnes (donnée non illustrée).
- Quant aux activités physiques de transport, la sédentarité caractérise 67 % de la population régionale, soit une proportion supérieure à celle du reste du Québec (environ 63 %). En regroupant les deux domaines (activités de loisir et de transport), on remarque que 34 % des résidents nord-côtiers sont demeurés sédentaires durant la période de référence. Cette proportion surpasse celle du reste du Québec (environ 30 %) (figure 4.1a).
- Sur la Côte-Nord, l'enquête ne détecte pas de différences significatives entre les hommes et les femmes au regard de chacun des types d'activités. Au Québec, les personnes sédentaires sont proportionnellement un peu plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes en ce qui a trait aux activités physiques de loisir et au domaine combiné des activités physiques de loisir et de transport (figure 4.1a).
- La proportion des sédentaires nord-côtiers au regard des activités physiques de loisir et de transport augmente de concert avec l'avancée en âge. Sur la Côte-Nord, elle passe de 21 %, chez les 18 à 24 ans, à 29 % chez les 25 à 44 ans, à 36 % parmi les 45 à 64 ans et culmine à 46 % chez les 65 à 74 ans (données non illustrées).
- Fait intéressant, les personnes qui fument la cigarette à chaque jour sont davantage sédentaires quant aux activités de loisir et de transport que les individus qui ne fument pas (Côte-Nord : 47 % c. 28 %; Québec 42 % c. 27 %). Sur la Côte-Nord, les personnes qui font de l'obésité tendent à être davantage sédentaires que celles ayant un poids normal (41 % c. 28 %). Il en est de même au Québec (41 % c. 25 %), mais la différence est significative au plan statistique contrairement à la Côte-Nord où elle ne l'est pas (données non illustrées).
- Toujours en ce qui a trait aux activités physiques de loisir et de transport, en comparaison au reste du Québec, on dénombre proportionnellement davantage de personnes sédentaires en Haute-Côte-Nord, dans le RLS de Port-Cartier et dans le RLS de Sept-Îles. Dans celui de Caniapiscou, elle est à la fois plus faible que dans le reste du Québec et de la Côte-Nord. La Basse-Côte-Nord affiche une proportion plus faible de personnes sédentaires que le reste de la région. En proportion, on dénombre davantage d'individus sédentaires en Haute-Côte-Nord que dans le reste de la région (figure 4.1b).

Évolution depuis 2008

- Comme ce thème est abordé pour la première fois dans l'édition 2014-2015 de l'enquête, aucune comparaison n'est possible avec l'EQSP 2008.

1 Voir : CAMIRAND, Hélène, ISSOUF TRAORÉ et JIMMY BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 2 : Activité physique de loisir et de transport », p. 37-42. « L'indicateur du niveau d'activité physique de loisir, mesuré dans l'EQSP, est construit à partir de cinq questions (...) qui portent sur la pratique globale d'activités, telles que le sport, le plein air, les activités de conditionnement physique, la danse ou simplement la marche, qu'elle soit pratiquée dans son quartier, dans un parc ou à tout autre endroit. L'indicateur du niveau d'activité physique de transport est construit à partir de cinq questions (...) portant sur les modes de transport actif, comme la marche, la bicyclette, le patin à roues alignées ou tout autre moyen actif, utilisés pour se rendre au travail, à l'école, au magasin ou à tout autre endroit. Finalement, l'indicateur du niveau d'activité physique de loisir et de transport est calculé en combinant l'activité physique de loisir et celle de transport. Chaque indicateur se divise en quatre catégories (niveaux) : « actif », « moyennement actif », « un peu actif » et « sédentaire » (...) [L]e niveau « sédentaire » correspond à une pratique inférieure à une fois par semaine au cours des quatre dernières semaines, soit : aucune activité ou ne pas faire de l'activité physique chaque semaine. » Mentionnons que les activités physiques reliées au travail, à l'occupation ou au travail domestique de ne sont pas abordées dans l'enquête de sorte que le niveau réel d'activité physique au cours des 4 semaines précédant l'enquête est sous-estimé tandis que la sédentarité est surestimée.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

Importance et enjeux

- L'adoption de saines habitudes de vie, dont la pratique régulière d'activités physiques, contribue à améliorer la qualité de vie et à réduire le risque de survenue des cardiovasculaires, de faire de l'obésité, de l'hypertension ou de développer un diabète de type 2. Il est aussi reconnu que l'activité physique diminue le risque de certains types de cancer. À l'inverse, la sédentarité constitue un déterminant important dans la genèse des problèmes de santé.
- Par exemple, au regard du diabète, l'activité physique favorise un meilleur contrôle de la glycémie et diminue la résistance à l'insuline, et ce, peu importe le poids corporel. Il est aussi démontré que l'adoption de saines habitudes de vie, dont la pratique régulière d'activités physiques par les personnes faisant du prédiabète, peut contribuer à diminuer les risques que cette condition évolue vers le diabète. Sur une période de quelques années, l'incidence du diabète diminuerait d'environ 40 % à 60 % dans le cas des personnes qui font du prédiabète et qui décident de modifier leurs habitudes de vie en faisant, entre autres, de l'activité physique et en contrôlant leur poids. Par ailleurs, on estime que l'exercice physique régulier aurait un impact favorable sur environ 23 conditions liées à la santé.
- Des analyses statistiques réalisées sur les données de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 montrent que les adultes sédentaires étaient plus susceptibles de faire du diabète que les personnes actives, et ce, même en tenant compte de caractéristiques comme l'âge, le poids corporel, la consommation élevée d'alcool⁴ et le type de municipalité de résidence⁵. Par ailleurs, des analyses sur les données québécoises de l'ESCC 2011-2012 montrent que la sédentarité est associée à un risque significativement plus élevé d'avoir reçu un diagnostic de diabète même chez les gens de poids normal.
- Des bénéfices sur la santé et une diminution des conditions associées à la sédentarité seront observés peu importe l'âge de l'adoption d'un mode de vie physiquement actif.
- La condition physique des jeunes de niveau primaire et secondaire se dégrade depuis une décennie tandis que les maladies cardiovasculaires font leur apparition de plus en plus précocement chez la population.

PISTES POUR L'ACTION⁶

- Un mode de vie physiquement actif intègre la pratique de diverses activités physiques, de fréquence, de durée et d'intensité variables, pour les bienfaits qui s'y rapportent.
- Pour les adultes, il est recommandé de faire un minimum de 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine.
- Pour leur part, les enfants et jeunes de 5 à 17 ans devraient s'adonner quotidiennement à un minimum de 60 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée.
- Aménager des milieux de vie des secteurs ruraux et urbains afin d'augmenter le potentiel lié aux déplacements actifs et sécuritaire tout en rendant le milieu favorable à la pratique d'activités physiques et de loisirs.
- Miser sur un encadrement approprié pour les jeunes (et moins jeunes!) afin d'apporter un niveau de motivation et d'encouragement nécessaire à l'adhésion ou la poursuite du mode de vie physiquement actif tout au long de sa vie.

4 Dans l'ESCN 2010, on définit une consommation élevée comme le fait d'avoir pris cinq consommations ou plus d'alcool, en une même occasion, au moins une fois par mois dans l'année précédant l'enquête.

5 Municipalité urbaine ou rurale. Pour les fins de l'enquête, Baie-Comeau, Port-Cartier et Sept-Îles sont catégorisées parmi les municipalités urbaines. Toutes les autres municipalités nord-côtières ont été classées comme rurales, et ce, peu importe leur statut juridique.

6 Voir, entre autres, DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD. PAR ici la santé : Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 Côte-Nord, Baie-Comeau, 3^e trimestre 2016, p. 40-41.

FICHE 4.2 CONSOMMATION DE BOISSONS SUCRÉES¹

Figure 4.2a : Consommation quotidienne de différents types de boissons sucrées¹ selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

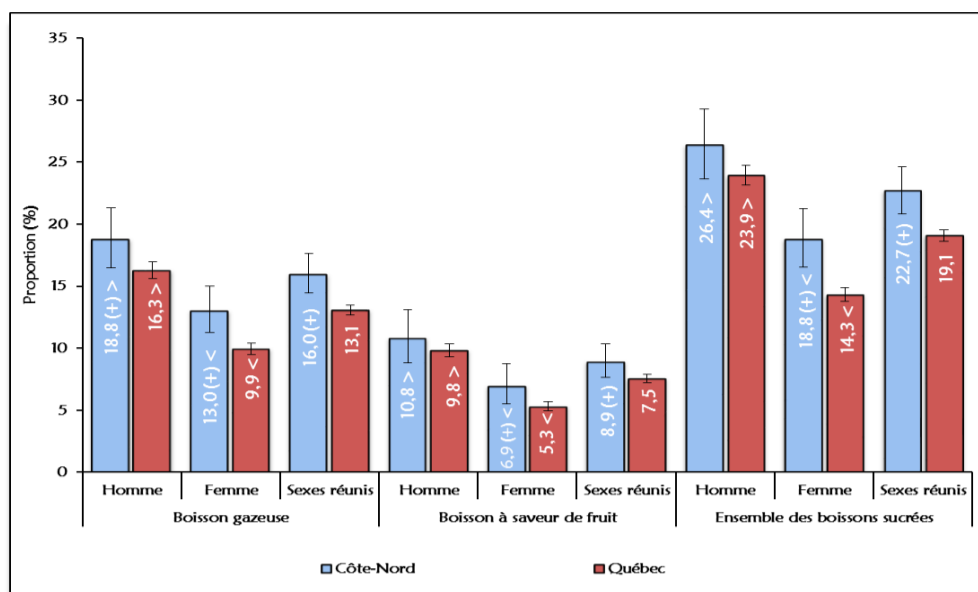
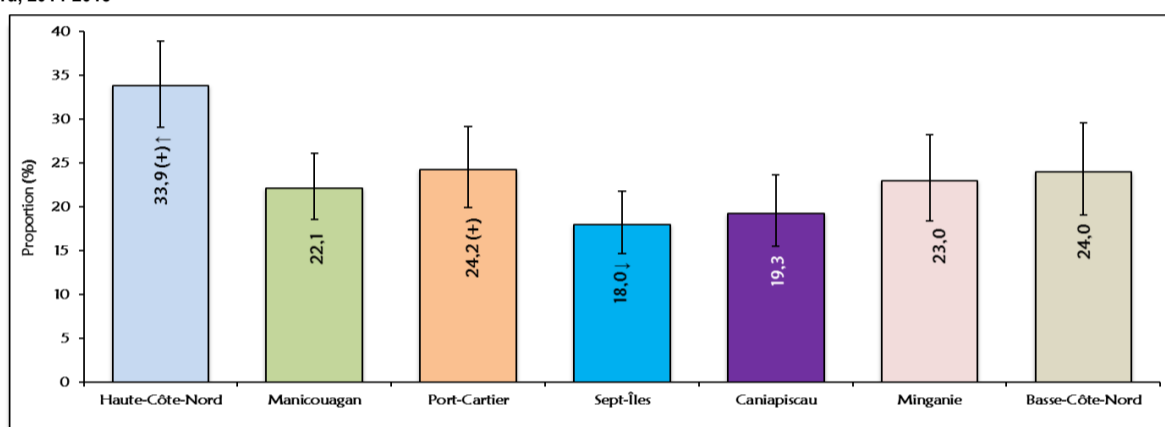


Figure 4.2b : Consommation quotidienne de différents types de boissons sucrées¹ selon le RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Sur la Côte-Nord, près de 23 % de la population nord-côtière de 15 ans et plus consomment des boissons sucrées au moins une fois par jour; la proportion régionale surpasse celle du reste du Québec (19 %) de manière significative. Les femmes nord-côtières sont aussi plus nombreuses à le faire que les autres Québécoises (19 % c. 14 %). On note une tendance similaire chez les hommes, mais l'écart n'est pas significatif (26 % c. 24 %) (figure 4.2a). La proportion nord-côtière, sexes réunis, correspond à environ 16 400 personnes (donnée non illustrée).
- Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer des boissons sucrées quotidiennement (Côte-Nord : 26 % c. 19 %; Québec : 24 % c. 14 %) (figure 4.2a). Ce comportement est aussi plus fréquent sur la Côte-Nord que dans le reste du Québec chez les 25 à 44 ans (25 % c. 18 %) et les 45 à 64 ans (23 % c. 19 %) (données non illustrées). L'EQSP ne détecte pas de variations significatives selon l'âge sur la Côte-Nord (donnée non illustrée).
- Les boissons gazeuses (16 %) et celles à saveur de fruits (9 %) sont les boissons sucrées préférées par la population nord-côtière. Le même phénomène est observé au Québec. Les hommes et les femmes de la région sont, en proportion, plus nombreux à consommer des boissons gazeuses que les autres résidents québécois. Quant aux boissons à saveur de fruits, seules les femmes nord-côtières se différencient significativement du reste de la population féminine québécoise (7 % c. 5 %). On ne remarque pas un écart statistique chez les hommes (figure 4.2a).
- Les jeunes Nord-Côtières de 15 à 24 ans privilégient davantage l'usage journalier de boissons à saveur de fruits (16 %) que les boissons gazeuses (19 %). Dans ce groupe d'âge, près de 23 % prennent une boisson sucrée à chaque jour (données non illustrées).
- En Haute-Côte-Nord, la consommation de boissons sucrées est plus répandue que dans le reste du Québec et dans le reste de la région nord-côtière. Le RLS de Sept-Îles ne se différencie pas du reste du Québec, mais affiche une proportion inférieure au reste de la Côte-Nord (figure 4.2b).

Évolution depuis 2008

- Comme ce thème est abordé pour la première fois dans l'édition 2014-2015 de l'enquête, aucune comparaison n'est possible avec l'EQSP 2008.

Importance et enjeux

- Les évidences scientifiques ont clairement démontré une association entre la consommation de ces boissons et certains problèmes de santé comme le surpoids, le diabète de type 2 et la carie dentaire.
- Il est fort probable que la consommation de sucre et de boissons sucrées soit également associée à l'hypertension, à la dyslipidémie, aux maladies coronariennes et aux maladies rénales chroniques.

1 Voir : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 4 : Consommation de boissons sucrées et énergisantes », p. 53-59. L'indicateur de la consommation quotidienne de boissons sucrées est construit à partir de la fréquence de consommation de quatre types de boissons sucrées (...) : boissons gazeuses (Coke, Coke diète, 7 Up, Pepsi, etc.); boissons à saveur de fruits (punch aux fruits, Slush, Fruitopia, Déli-Cinq, Snapple, etc.) (les jus de fruits purs à 100 % et les jus concentrés congelés ne sont pas considérés comme des boissons à saveur de fruits); boissons pour sportifs (Gatorade, G2, Powerade, etc.); boissons énergisantes (Red Bull, Monster, Red Rave, Energy, Rock Star, etc.). La consommation quotidienne de boissons sucrées réfère à la consommation d'au moins un des quatre types de boissons sucrées selon une fréquence minimale de 1 fois par jour. En raison des très faibles pourcentages, la consommation quotidienne de boissons pour sportifs (11,0 %) et de boissons énergisantes (10,5 %), pour la Côte-Nord, ne sont pas illustrées dans la figure 1. Cependant, la catégorie « Ensemble des boissons sucrées » comprend ces deux dernières.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

PISTES POUR L'ACTION

- Le *Plan d'action de santé publique sur les boissons sucrées (2015-2020)*⁴ vise la création d'environnements favorables à la réduction de la consommation de boissons sucrées et à l'augmentation de la consommation de boissons saine. Pour ce faire, le Plan de mise en œuvre des actions de santé publique sur les boissons sucrées (2017-2022) définit des moyens qui interpellent une diversité d'acteurs et de milieux de vie pour agir autant sur les croyances et attitudes que sur les environnements qui influencent les habitudes de consommation. Ces actions visent entre autres à :
 - Appuyer la mise en œuvre des politiques alimentaires dans les services de garde éducatifs et à l'enfance, les établissements scolaires et du réseau de la santé et des services sociaux, en portant une attention particulière aux boissons sucrées et à l'eau.
 - Soutenir les municipalités afin qu'elles agissent pour réduire la consommation de boissons sucrées et augmenter la consommation d'eau.
 - Soutenir les milieux de travail afin qu'ils agissent pour réduire la consommation de boissons sucrées et augmenter la consommation d'eau.
 - Inclure, au sein des services dentaires préventifs offerts dans le réseau public et privé, des activités de counseling pour diminuer la consommation de boissons sucrées.

⁴ Groupe de travail sur les boissons sucrées. (2015). *Plan d'action de santé publique sur les boissons sucrées (2015-2020)*. Document inédit.

FICHE 4.3 TABAGISME

Figure 4.3a : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2008 et 2014-2015¹

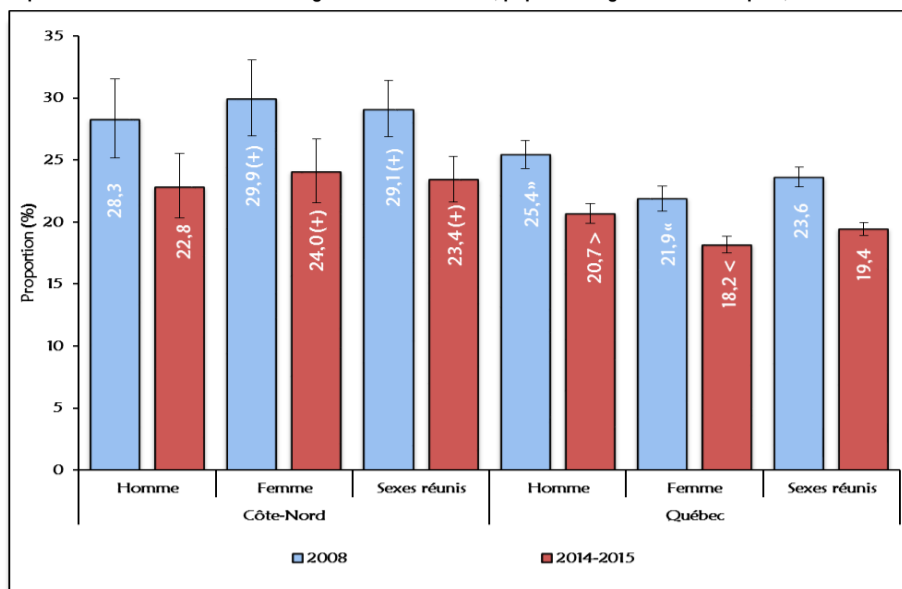
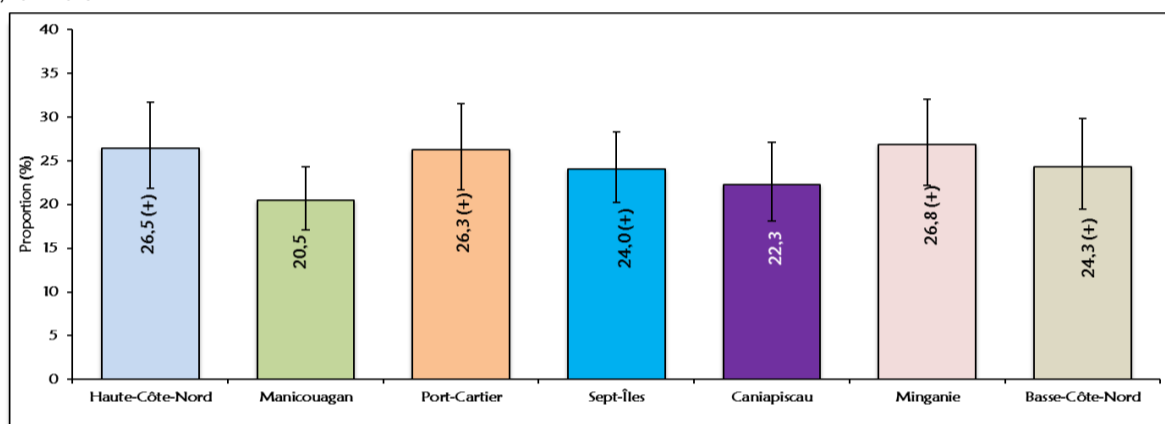


Figure 4.3b : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le territoire de RLS de résidence², population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015¹



Source : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008 et 2014-2015. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Un peu moins du quart (23 %) de la population nord-côtère de 15 ans et plus fume la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle. Au Québec, cette proportion se situe à 19 % et s'avère significativement moins élevée que celle de la Côte-Nord (figure 4.3a).
- La proportion nord-côtère correspond à un peu moins de 17 000 personnes (donnée non illustrée).
- Toutes proportions gardées, l'usage plus répandu du tabac sur la Côte-Nord par rapport au reste du Québec se manifeste aussi chez les femmes (24 % c. 18 %). Par contre, chez les hommes nord-côtiers, le taux de tabagisme se compare au plan statistique à celui des hommes du reste du Québec (23 % c. 21 %) (figure 4.3a).
- Sur la Côte-Nord, les personnes de 25 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses à fumer que les autres Québécois du même âge (29 % c. 22 %). La même tendance se dessine dans les autres groupes d'âge (15 à 24 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus), mais les écarts ne sont pas significatifs (données non illustrées).
- L'écart entre les sexes n'est pas significatif sur la Côte-Nord. Au Québec, les hommes sont un peu plus nombreux, en proportion, que les femmes à fumer à chaque jour ou à l'occasion (21 % c. 18 %) (figure 4.3a).
- Le tabagisme est moins fréquent chez les 65 ans et plus (12 %) que dans les autres groupes d'âge (donnée non illustrée).
- En comparaison du reste du Québec, le tabagisme est une habitude également plus présente dans la plupart des territoires; sauf dans la Manicouagan et le RLS de Caniapiscau. Ces deux territoires se révèlent donc similaires au reste du Québec (figure 4.3b). Aucun territoire nord-côtier ne se démarque significativement du reste de la Côte-Nord.

Évolution depuis 2008

- Population régionale : ↓ significative (de 29 % à 23 %).
 - Hommes : ↓ significative (de 28 % à 23 %).
 - Femmes : ↓ significative (de 30 % à 24 %) (figure 4.3a).
- Pour 2008, les données nord-côtères de l'EQSP sont indisponibles à l'échelle des territoires de RLS.
- Le taux de tabagisme au Québec a aussi fléchi significativement dans chacun de ces groupes.

¹ Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

² Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

Importance et enjeux

- Le tabagisme représente l'une des plus importantes causes de décès et de maladies évitables. Au Québec seulement, on lui attribue annuellement de 10 000 à 13 000 morts prématurées. Chez les personnes ayant fumé une grande partie de leur vie, environ une sur deux connaîtra une mort prématurée ou décèdera d'une maladie causée par l'usage du tabac.
- Le tabagisme est lié à plusieurs types de cancer, mais principalement à celui du poumon (85 % à 90 % des cas). Il serait aussi lié à 69 % des cancers de l'œsophage et à 67 % des cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx.
- Le tabagisme est aussi un facteur de risque de problèmes de santé de maladies comme les maladies cardiovasculaires et les accidents cérébrovasculaires (AVC) ainsi que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) comme la bronchite chronique et l'emphysème :
 - 52 % des maladies cardiovasculaires survenues avant l'âge de 45 ans chez les hommes comparativement à 45 % chez les femmes.
 - 39 % des maladies cérébrovasculaires survenues avant 65 ans chez les hommes (35 % chez les femmes).
 - 83 % des cas de MPOC chez les hommes en regard de 75 % chez les femmes, et ce, tous les âges confondus³.
- Au-delà des méfaits du tabagisme sur la santé, celui-ci entraîne aussi des coûts économiques et sociaux importants.
- Le tabagisme des femmes enceintes constitue une préoccupation constante puisqu'il augmente les risques d'une issue défavorable pour le bébé (prématurité, petit poids; etc.). Selon les résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010, environ 14 % des Nord-Côtières, enceintes au moment de l'enquête ou qui l'ont été dans les cinq années antérieures, rapportent avoir fait usage de tabac durant leur dernière grossesse.

PISTES POUR L'ACTION

- **Les bienfaits rattachés à l'abandon du tabac sont reconnus :**
 - Un an après avoir arrêté de fumer : diminution de 50 % du risque de mourir d'une maladie de cœur associée au tabagisme.
 - Après 15 ans : les risques de maladies coronariennes seraient quasiment les mêmes que ceux d'une personne n'ayant jamais fumé et l'espérance de vie rejoindrait celle des individus qui n'ont jamais fumé.
 - Après 10 ans, le risque du cancer du poumon diminue de 50 % à 70 %.
 - Après 5 ans, le risque de cancer de l'œsophage et celui de la cavité buccale sont réduits de moitié.
 - Cesser de fumer ajouterait de 6 à 7 années d'espérance de vie chez les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
- Le Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT) balise l'intervention de la lutte au tabagisme sous trois objectifs généraux :
 - Prévenir l'initiation au tabagisme. Pour sa part, le Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes (PQPT) définit des actions qui ciblent spécifiquement cette population⁴.
 - Encourager et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques.
 - Assurer la protection des non-fumeurs contre la fumée de tabac dans l'environnement.
 - Cette intervention s'actualise selon trois axes 1) politiques et législation 2) information, sensibilisation, éducation et soutien 3) mobilisation.
- Dans la région, le déploiement du PQLT passe par les activités de sept centres d'abandon du tabagisme situés dans les installations du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord :
 - Information et documentation.
 - Intervention brève.
 - Intervention intensive.
 - Référence vers des services.
 - Aides pharmacologiques.
- Plusieurs campagnes promotionnelles sont également déployées sur le territoire, principalement :
 - Semaine pour un Québec sans tabac.
 - Défi j'arrête, j'y gagne.
 - Famille sans fumée.
 - Journée mondiale sans tabac (JMST).
 - Campagne des 11 à 14 ans.
- À chaque année, des projets de prévention du tabagisme chez les jeunes sont animés en milieu scolaire et dans les maisons de jeunes, en collaboration avec le Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ) et le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS). Un financement est possible par la direction de santé publique.
- Toutes ces actions se font en complémentarité à certaines politiques publiques comme les taxes sur les cigarettes, l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, les règles concernant l'affichage et la disponibilité du produit dans les points de vente, l'interdiction de fumer dans les endroits publics, etc.

3 BALIUNAS, Dolly, Jayadeep PATRA, Jürgen REHM et autres (2007). « Maladies et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques », dans *Maladies chroniques au Canada*, Vol. 27, N° 4, p. 168-177.

4 Voir Fiche 15.4 Fumeurs actuels (jeunes du secondaire).

FICHE 4.4 CONSOMMATION DE DROGUES

Figure 4.4a : Consommation de drogues selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2008 et 2014-2015¹

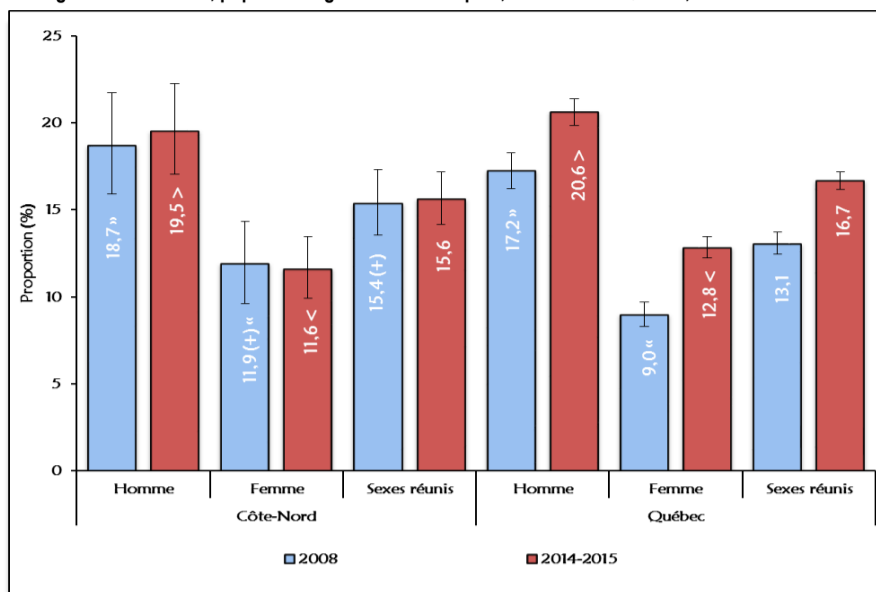
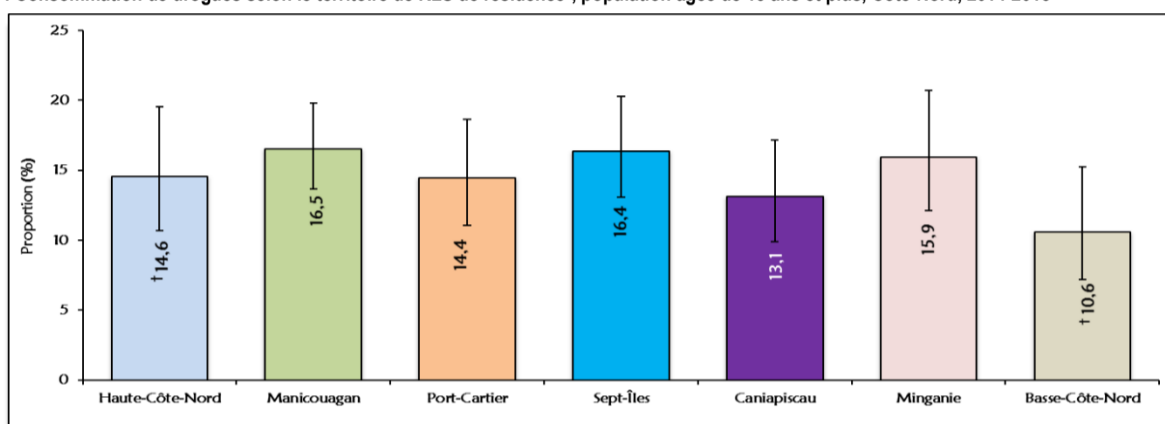


Figure 4.4b : Consommation de drogues selon le territoire de RLS de résidence², population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015¹



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008 et 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Dans l'EQSP 2014-2015, dix questions portent sur la consommation de dix drogues différentes. Ainsi, on demandait aux répondant si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient pris ou essayé les drogues suivantes : a) marijuana (cannabis, pot, haschich), b) cocaïne (crack, coke, free base ou haschich), c) amphétamines (ou speed), d) ecstasy (ou MDMA, E, XTC, X, pilule, extase, dove, love drogue), e) hallucinogènes (ou PCP, LSD, acide, buvard, champignons), f) héroïne (ou smack), g) crystal meth (métamphétamines ou ice), h) kétamine (special K), i) médicaments non prescrits³, j) inhalation de colle (essence ou autres solvants). Une question porte spécifiquement sur la fréquence de consommation du cannabis (moins d'une fois par mois, une à trois fois par mois, une fois par semaine, plus d'une fois par semaine, tous les jours). Une dernière question porte sur l'usage de drogues injectables au cours de la vie. Celle-ci a été posée à tous les répondants, qu'ils aient pris ou non des drogues au cours des 12 derniers mois.

En 2014-2015

- Près de 16 % de la population nord-côtière de 15 ans et plus a consommé de la drogue (toutes drogues confondues) dans les 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion s'apparente à celle du reste du Québec (environ 17 %). L'enquête ne détecte pas non plus d'écarts significatifs entre la Côte-Nord et le reste du Québec chez les hommes ou chez les femmes (figure 4.4a).
- Les hommes nord-côtiers sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer de la drogue (20 % c. 12 %). Il en est de même au Québec (21 % c. 13 %) (figure 4.4a).
- La consommation de drogues au cours des 12 derniers mois diminue significativement avec l'avancée en âge. Sur la Côte-Nord, elle passe de 43 % chez les 15 à 24 ans, à 22 % chez les 25 à 44 ans, à 9 % chez les 45 à 64 ans et à 10,6 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus (données non illustrées).
- Aucun des territoires nord-côtiers ne se démarque significativement du reste du Québec ou de la Côte-Nord (figure 4.4b).
- Parmi les résidents nord-côtiers ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois, environ 71 % ont fait usage de cannabis seulement tandis que 29 % ont pris d'autres drogues (avec ou sans cannabis). La situation au Québec est comparable (72 % et 28 %). Rapportés à l'ensemble de la population de 15 ans et plus, ces chiffres nous apprennent que 11 % des résidents nord-côtiers ont pris du cannabis seulement et 4,6 % ont aussi consommé d'autres drogues (avec ou sans cannabis).
- Le cannabis est de loin la drogue la plus consommée sur la Côte-Nord comme au Québec. Dans les 12 mois précédant l'enquête, près de 14 % la population en avait pris au moins une fois (environ 10 100 personnes). Au Québec, la proportion est comparable au plan statistique (15 %).
- En proportion, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir fait usage de cannabis au cours des 12 derniers mois (Côte-Nord : 17 % c. 10 %; Québec : 19 % c. 11 %) (données non illustrées).

Évolution de la consommation (toutes drogues confondues) depuis 2008

- Population régionale : ↑ non significative (de 15 % à 16 %).
 - Hommes : ↑ (non significative) (de 19 % à 20 %).
 - Femmes : stable (environ 12 %) (figure 4.4a).
- Population québécoise : ↑ significative (de 13 % à 17 %).
 - Hommes : ↑ significative (de 17 % à 21 %).
 - Femmes : ↑ significative (de 9 % à 13 %) (figure 4.4a).
- Pour 2008, les données nord-côtiers de l'EQSP sont indisponibles à l'échelle des territoires de RLS.

1 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

2 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

3 Substances habituellement obtenues avec prescription, mais consommées sans prescription dans le but d'avoir un effet similaire à celui des drogues, par exemple du Dilaudid ou des benzodiazépines comme Valium, Ativan, etc. (Librium, Dalmane, Halcion, Ritalin, morphine et codéine sont d'autres exemples). Voir : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 7 : Consommation de drogues », p. 87.

Importance et enjeux

- Toutes les substances psychoactives agissent sur le cerveau en modifiant le psychisme des individus, qu'ils s'agissent de drogues illicites, d'alcool, de caféine, de tabac ou de médicaments psychothérapeutiques.
- Les pratiques de consommation de ces substances sont en continuelles transformations, notamment chez les jeunes :
 - ✦ Banalisation du cannabis.
 - ✦ Augmentation des états d'ivresses répétées.
 - ✦ Abus de boissons énergisantes contenant de la caféine.
 - ✦ Consommation de tabac.
 - ✦ Percée des drogues de synthèse.
 - ✦ Prise de conscience du phénomène de dopage.
 - ✦ Recours de plus en plus fréquent aux médicaments psychothérapeutiques dont l'utilisation est parfois inappropriée.
 - ✦ Association régulière de plusieurs produits licites ou illicites consommés en même temps ou successivement.
- L'immensité de la région pose un défi constant dans la dispensation des services de santé et des services sociaux, notamment du fait que certaines municipalités en milieu isolé ne sont pas reliées par la route. Le financement limité en prévention constitue un défi supplémentaire.
- Accidents de la route :
 - ✦ Plusieurs efforts régionaux afin de diminuer les accidents sur nos routes 138 et 389. Un total de 11 décès et 32 blessés graves en 2016, une augmentation de 146 % sur l'année précédente.
- Consommation importante par les jeunes du secondaire et initiation précoce :
 - ✦ Une consommation élevée tant chez les filles que les garçons. Selon l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJ) 2010-2011 environ 3 élèves nord-côtiers sur 10 (32 %) ont pris de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête. Environ 32 % des élèves nord-côtiers ont consommé du cannabis au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion surpasse celle du reste du Québec (25 %). Ce phénomène existe à la fois chez les garçons (33 % c. 26 %) et chez les filles (31 % c. 24 %).

PISTES POUR L'ACTION

- Habilitier la population à faire des choix éclairés en matière de consommation (alcool, drogues, autres substances psychoactives) et de jeux de hasard et d'argent
 - ✦ Campagne promotionnelle (prévention de la conduite avec faculté affaiblie, semaine de prévention des dépendances).
 - ✦ Actions ciblées auprès des jeunes et des adultes qui ont une consommation de substances psychoactives jugée à risque, dont les opioïdes.
 - ✦ Planification d'interventions brèves pour les consommateurs à risque.
 - ✦ Déploiement de l'Approche École en santé dans les écoles de la Côte-Nord.
 - ✦ Mise en œuvre de service de type clinique jeunesse.
- Agir sur les facteurs de protection qui peuvent réduire le risque de développer une dépendance :
 - ✦ Éducation.
 - ✦ Emploi.
 - ✦ Sécurité alimentaire.
 - ✦ Logement.
 - ✦ Estime de soi.
 - ✦ Compétences sociales.
 - ✦ Réseau social et environnement favorable.
- La légalisation du cannabis, prévue pour le 17 octobre 2018, constitue un nouveau contexte permettant d'atteindre plusieurs objectifs de santé publique :
 - ✦ Rejoindre plus facilement la clientèle avec les programmes de prévention et sensibilisation et, ainsi, réduire les méfaits liés à la consommation du cannabis.
 - ✦ Améliorer l'accès aux services de soutien à la dépendance.
 - ✦ Réduire les risques à la santé et à la sécurité par des producteurs autorisés un produit contrôlé.
 - ✦ Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles de consommation du cannabis.
- Les opioïdes ont fait des milliers de décès dans les dernières années au Canada. Le réseau de la santé nord-côtière et ses partenaires sont prêts et concertés advenant une arrivée importante de ce produit dans la région.
- Il est possible d'échanger les seringues usagées pour des seringues stériles dans certaines pharmacies afin d'éviter des maladies infectieuses telles l'hépatite C ou le VIH.

FICHE 4.5 CONSOMMATION ÉLEVÉE D'ALCOOL¹

Figure 4.5a : Consommation élevée d'alcool, dans les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010²

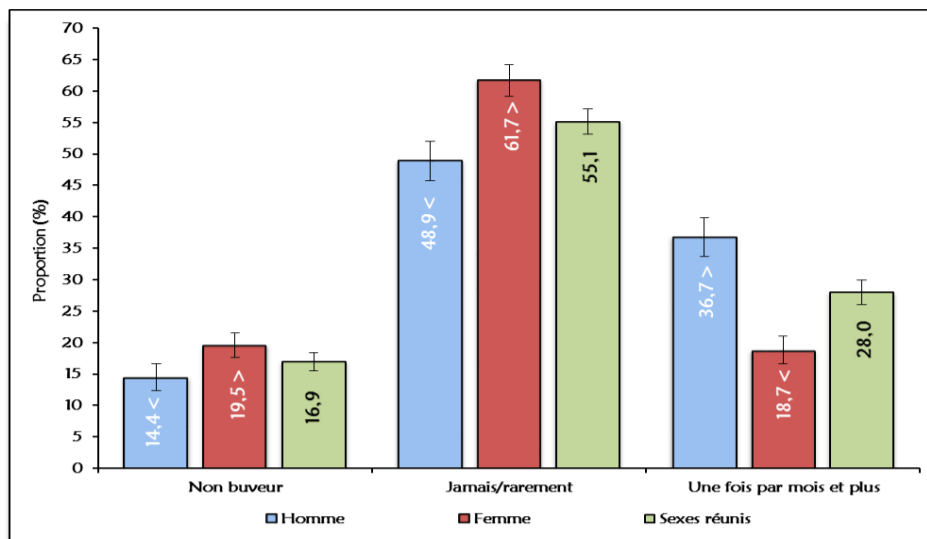
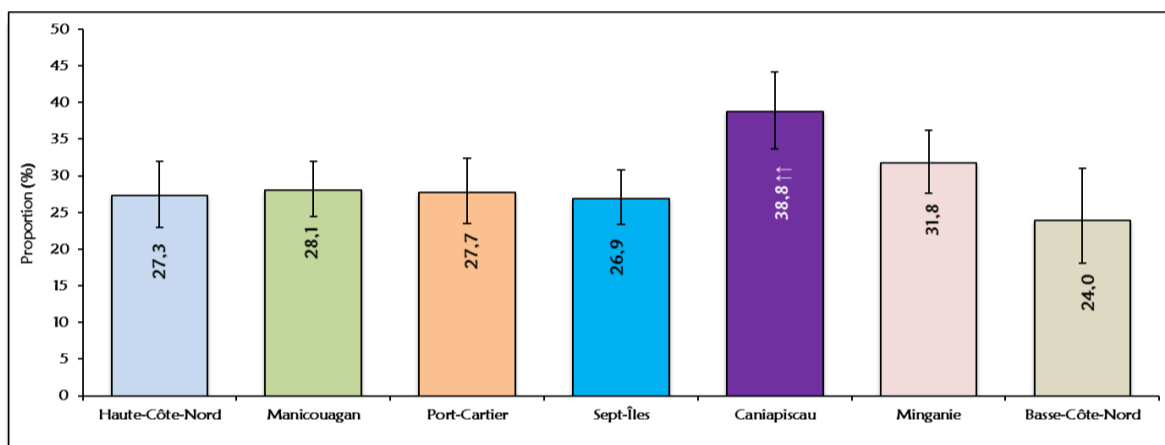


Figure 4.5b : Consommation élevée d'alcool, dans les 12 mois précédant l'enquête, selon le territoire de RLS de résidence³, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010²



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010 (Direction de santé publique de la Côte-Nord). Compilation : Yves Theriault, Ph. D.

L'EQSP 2014-2015 n'aborde pas le thème de la consommation d'alcool. Les données les plus récentes disponibles pour la Côte-Nord et ses territoires proviennent de l'ESCN 2010.

En 2010

- Plus du quart (28 %) de la population adulte nord-côtière affiche une consommation élevée d'alcool (figure 4.5a). La proportion nord-côtière correspond à environ 19 500 personnes (donnée non illustrée).
- Cette habitude s'avère significativement plus répandue chez les hommes (37 %) que chez les femmes (19 %). C'est aussi le cas dans tous les territoires de RLS de la région (donnée non illustrée). En contrepartie, environ 17 % de la population nord-côtière n'a pas consommé d'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête (non buveur : figure 4.5a).
- Le taux de consommation excessive d'alcool diminue avec l'avancée en âge. Ainsi, près d'une personne sur deux chez les 18 à 29 ans (47 %) déclare un tel niveau de consommation, comparativement à 32 % chez les 30 à 44 ans, à 25 % du côté des personnes de 45 à 64 ans et à 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus (données non illustrées).
- Pour leur part, les diplômés universitaires sont proportionnellement moins nombreux à présenter ce profil de consommation (23 %) que les détenteurs d'un diplôme collégial (32 %) ou d'études secondaires (31 %). Ils ne se démarquent pas toutefois des personnes qui n'ont pas complété leurs études secondaires (22 %) (données non illustrées).
- Les résultats montrent que, toutes proportions gardées, l'on retrouve davantage de personnes situées au niveau élevé de consommation d'alcool chez les fumeurs réguliers ou occasionnels (34 %) que chez les non fumeurs (26 %).
- Dans les territoires de réseaux locaux de services (RLS), le pourcentage de la population adulte ayant une consommation élevée d'alcool varie de 24 % (RLS de la Basse-Côte-Nord) à 39 % (RLS de Caniapiscau). L'enquête révèle que le RLS de Caniapiscau est le seul à afficher une consommation élevée d'alcool significativement supérieure au reste de la Côte-Nord. Les autres territoires ne se démarquent pas significativement du reste de la région (figure 4.5b).

Importance et enjeux⁴

- La consommation élevée ou excessive d'alcool constitue un important problème de santé publique puisqu'elle engendre d'importants problèmes sociaux et de santé, surtout si cette habitude perdure sur des années. Une faible consommation présente aussi des risques pour la santé. C'est le cas, notamment, de certains cancers (bouche et oropharynx, œsophage, foie, larynx, entre autres).
- On relève aussi une association avec des maladies non cancéreuses :
 - Cirrhose du foie.
 - Pancréatite chronique.
- L'absorption régulière de grandes quantités d'alcool augmente le risque d'avoir un accident vasculaire cérébral (AVC).
- La consommation de plus de cinq verres, lors d'une même occasion, est associée à un risque plus élevé de blessures, notamment celles liées aux accidents de la route et à des actes de violence.
- Étant une substance psychotrope, l'alcool peut entraîner une dépendance et provoquer aussi des problèmes de santé mentale et des problèmes sociaux. On estime qu'il arriverait au troisième rang des facteurs ayant le plus fort impact sur la mortalité et la morbidité (maladie), après le tabac et l'hypertension artérielle. En Amérique du Nord, ce produit serait responsable d'environ 14 % du fardeau de la maladie chez les hommes et de 3,4 % chez les femmes.

¹ Dans l'ESCN 2010, avoir pris cinq consommations ou plus d'alcool, en une même occasion, au moins une fois par mois dans l'année précédant l'enquête correspond à un niveau élevé de consommation d'alcool. Cette définition correspond à l'une de celles alors en vigueur chez Statistique Canada, à la fois pour les hommes et les femmes. **La population visée par l'ESCN 2010 est âgée de 18 ans et plus.**

² Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

³ Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

⁴ Cette section reprend les grandes lignes de : APRIL, Nicole, Claude BÉGIN, Réal MORIN et coll. (2010). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*, Institut national de santé publique du Québec (Direction du développement des individus et des communautés), publication n° 1087, 102 p.

PISTES POUR L'ACTION

- Habilitier la population à faire des choix éclairés en matière de consommation (alcool, drogues, autres substances psychoactives) et de jeux de hasard et d'argent :
 - ✦ Campagne promotionnelle (prévention de la conduite avec facultés affaiblies, semaine de prévention des dépendances).
 - ✦ Actions ciblées auprès des jeunes et des adultes qui ont une consommation de substances psychoactives jugée à risque, dont les opioïdes.
 - ✦ Planification d'interventions brèves pour les consommateurs à risque de type Alcochoix +.
 - ✦ Déploiement de l'approche École en santé dans les écoles de la Côte-Nord.
 - ✦ Mise en œuvre de service de type clinique jeunesse.
- Agir sur les facteurs de protection qui peuvent réduire le risque de développer une dépendance :
 - ✦ Éducation.
 - ✦ Emploi.
 - ✦ Sécurité alimentaire.
 - ✦ Logement.
 - ✦ Estime de soi.
 - ✦ Compétences sociales.
 - ✦ Réseau social et environnement favorable.

SECTION II – ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

L'analyse des données sur l'état de santé et de bien-être de la population permet de le suivre au fil du temps, d'identifier de nouveaux problèmes et, au besoin, de porter une attention plus particulière sur des aspects précis en raison de leur importance ou de leurs enjeux. Ces informations sont utiles à la prise de décision, à la planification et à la mise en œuvre de l'offre de services.

FICHE 5.1 ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE¹

Figure 5.1a : Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Côte-Nord et Québec, 1983-1985 à 2010-2012²

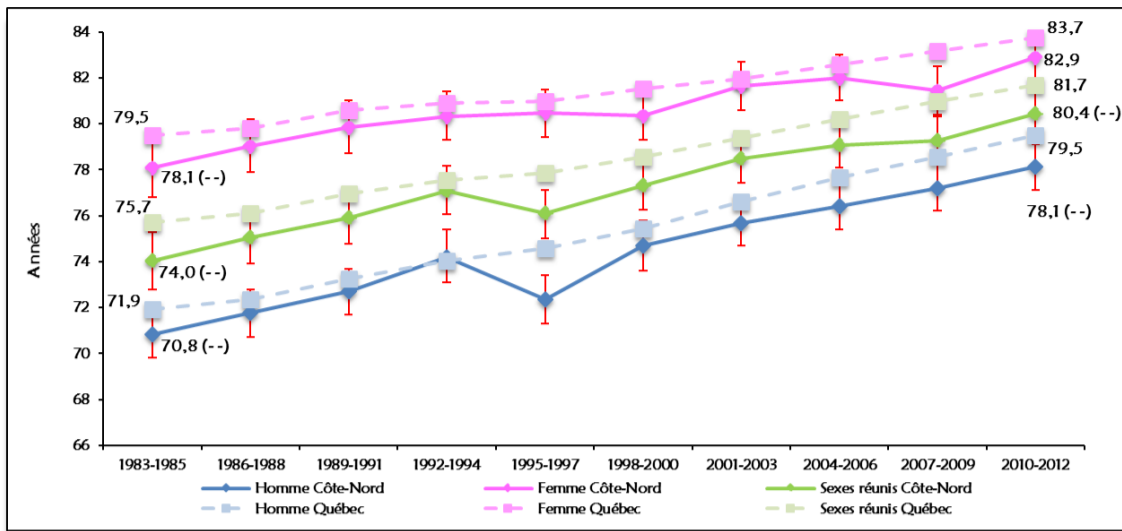
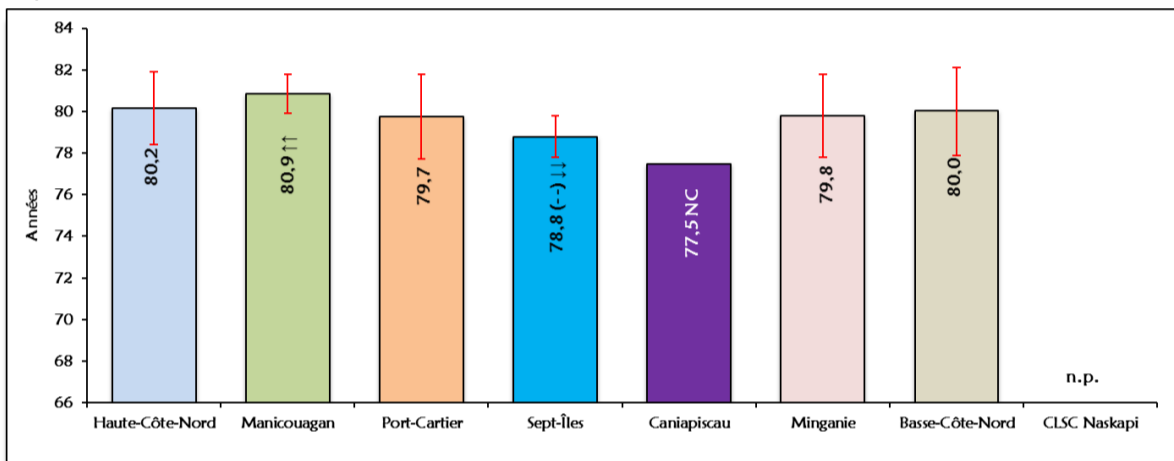


Figure 5.1b : Espérance de vie à la naissance selon le territoire de RLS de résidence³, Côte-Nord, 2008-2012^{2,4}



Source : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

De 1983-1985 à 2010-2012

- ↑ de 6,4 ans de l'espérance de vie à la naissance de l'ensemble de la population nord-côtière (74,0 ans à 80,4 ans) (figure 5.1a);
 - ↑ de 6 années au Québec (75,7 ans à 81,7 ans).
- Sur la Côte-Nord : ↑ de 7,3 années chez les hommes (70,8 ans à 78,1 ans) et de 4,8 ans chez les femmes (78,1 ans à 82,9 ans).
- À l'exception de la période 1992-1994, l'espérance de vie de l'ensemble de la population nord-côtière s'avère inférieure à celle du reste du Québec.
 - L'examen des données selon le sexe révèle qu'à certaines périodes, l'espérance de vie de la population nord-côtière ne diffère pas significativement de celle du reste du Québec.
- Peu importe la période triennale, les femmes nord-côtières ont une espérance de vie à la naissance plus longue que celle des hommes. Ce constat est conforme à ce que l'on observe tant au Québec (figure 5.1a) que dans les autres sociétés développées (données non illustrées).

Dans les territoires de RLS (2008-2012)

- Pour les territoires de RLS, les données par période ne sont fournies que sur une base quinquennale.
- L'espérance de vie varie de 77,5 ans dans le RLS de Caniapiscou à 80,9 ans dans la Manicouagan.
- Les résidents du RLS de Sept-Îles affichent une espérance de vie inférieure à celle du reste du Québec et de la Côte-Nord. Ceux du secteur Manicouagan ont une plus longue espérance de vie que les autres Nord-Côtières (figure 5.1b).

1 L'espérance de vie est le nombre moyen d'années qu'un groupe de la population pourrait s'attendre à vivre si, tout au long de sa vie, il était soumis aux conditions de mortalité d'une année ou d'une période donnée. L'espérance de vie mesure la quantité et non la qualité de vie. L'espérance de vie à la naissance se calcule en faisant parcourir tous les âges de la vie à un groupe fictif de nouveau-nés, en lui faisant subir, à ces divers âges, les probabilités de décéder observées au cours d'une période donnée. Un allongement de l'espérance de vie à la naissance ne s'accompagne pas nécessairement d'une plus longue espérance de vie en bonne santé.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 n.p. La valeur du CLSC Naskapi n'est pas présentée, car la population est inférieure à 5 000 personnes. NC : Étant donné les faibles effectifs chez les 90 ans et plus dans le RLS de Caniapiscou, la valeur du taux de la région est imputée à cette catégorie d'âge dans le calcul des tables de mortalité de l'espérance de vie. Le coefficient de variation, l'erreur-type et l'intervalle de confiance ne sont donc présentés qu'à titre indicatif par l'Infocentre de santé publique. C'est pourquoi l'intervalle de confiance n'est pas illustré dans la figure 5.1b. Le test statistique permettant d'établir s'il existe ou non une différence significative avec le reste du Québec ou de la Côte-Nord n'a, par conséquent, pas été fait par l'Infocentre pour ce territoire.

FICHE 5.2 ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ (HORS INSTITUTION)¹

Figure 5.2a : Espérance de vie sans incapacité (hors institution) selon le sexe, Côte-Nord, 2001² et 2006³ 4

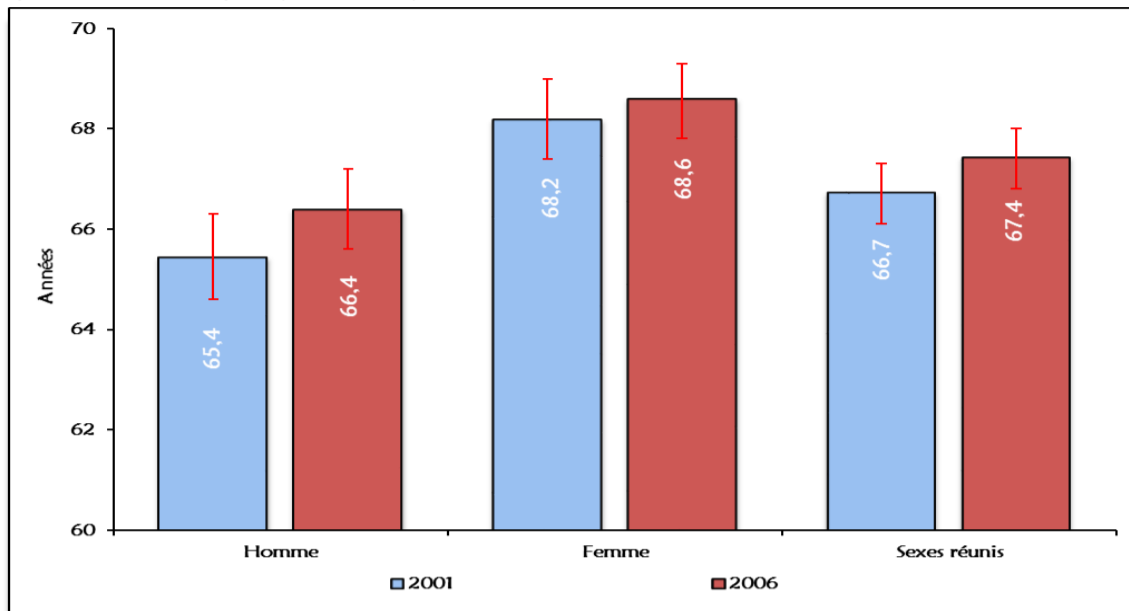
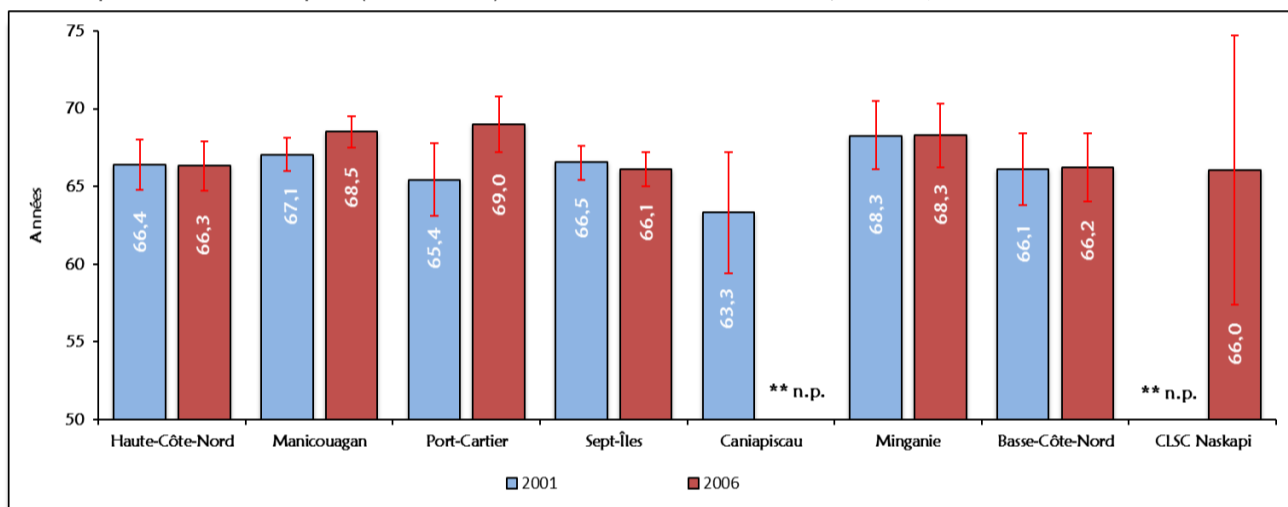


Figure 5.2b : Espérance de vie sans incapacité (hors institution) selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2001² et 2006^{3,4}



Source : a) MSSS, Fichier des décès et Fichier des naissances (produits électronique); b) Statistique Canada, Taux d'institutionnalisation et d'incapacité selon les recensements de 2001 et de 2006. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

De 2001 à 2006

- Légère ↑ du nombre d'années pendant lesquelles un résident de la Côte-Nord pouvait espérer vivre en bonne santé (66,7 ans à 67,4 ans) (figure 5.2a).
 - ↑ de 1 an chez les hommes et de 0,4 ans chez les femmes.
- Les femmes ont une espérance de vie en bonne santé significativement plus longue que les hommes.
 - 2006 : 68,6 ans c. 66,4 ans.
 - 2001 : 68,2 ans c. 65,4 ans.
- En 2006
 - Pas de différences significatives entre la Côte-Nord et le Québec, et ce, que ce soit dans l'ensemble de la population (67,4 ans c. 67,3 ans), chez les hommes (66,4 ans dans les deux cas) ou chez les femmes (68,6 ans c. 68,2 ans) (données non illustrées).
- En 2001
 - Situation nord-côtière similaire à celle du Québec (données non illustrées).

Dans les territoires de RLS

- Relative stabilité de l'espérance de vie en bonne santé durant les deux périodes.
- Fait exception : le RLS de Port-Cartier où l'on remarque un gain assez important (3,6 ans) (figure 5.2b).
 - ↑ de 6,4 ans chez les femmes et de 2,5 ans chez les hommes.
 - Dans la Manicouagan : ↑ plus importante chez les hommes (2,6 ans) que chez les femmes (0,5 ans) (données non illustrées).

1 On définit ici l'espérance de vie sans incapacité comme le nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé si les profils actuels de mortalité et d'incapacité continuent de s'appliquer. L'incapacité réfère aux difficultés d'accomplir les activités de la vie quotidienne ou à la réduction des activités pouvant être faites à la maison, au travail ou à l'école, et ce, qu'elle soit « parfois » ou « souvent ». Il faut comprendre que cet indicateur ne mesure pas l'âge qui sera atteint avant de vivre une incapacité étant donné que les années en mauvaise santé ne se situent pas toujours à la fin de son existence. La fiche-indicateur de l'Infocentre de santé publique précise que les recensements de 2001 et de 2006 amalgament deux concepts, soit l'incapacité et la limitation d'activités. Les données touchant l'incapacité combinent les réponses à la question sur l'incapacité comme telle et à la question portant sur les limitations d'activités. Ces questions font référence à des états physiques ou mentaux et à des problèmes de santé qui ont duré ou pourraient durer six mois ou plus. Ces questions s'adressent aux personnes vivant en ménage privé. Par conséquent, le recensement canadien considère que les personnes vivant en institution ont toutes une incapacité.

2 Les données de 2001 sont calculées à partir des tables de mortalité de la période 1999-2003 et des taux d'institutionnalisation et d'incapacité du recensement de 2001.

3 Les données de 2006 sont calculées sur la base des tables de mortalité de la période 2004-2008 et des taux d'institutionnalisation et d'incapacité du recensement de 2006.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 5.3 PERCEPTION PASSABLE OU MAUVAISE DE SON ÉTAT DE SANTÉ¹

Figure 5.3a : Population ne se percevant pas en bonne santé selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2008 et 2014-2015²

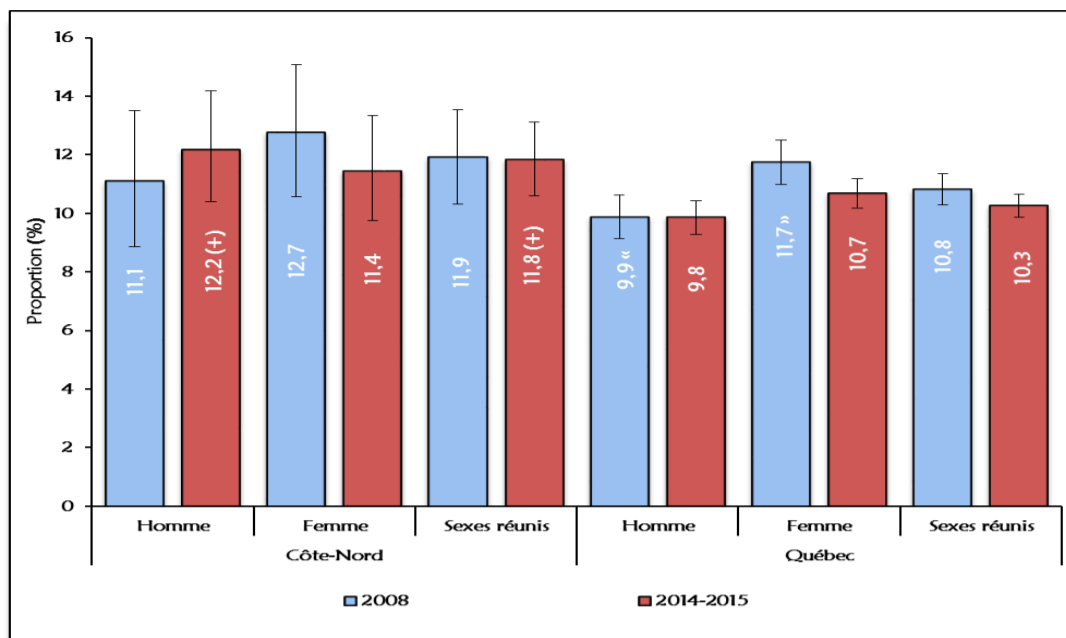
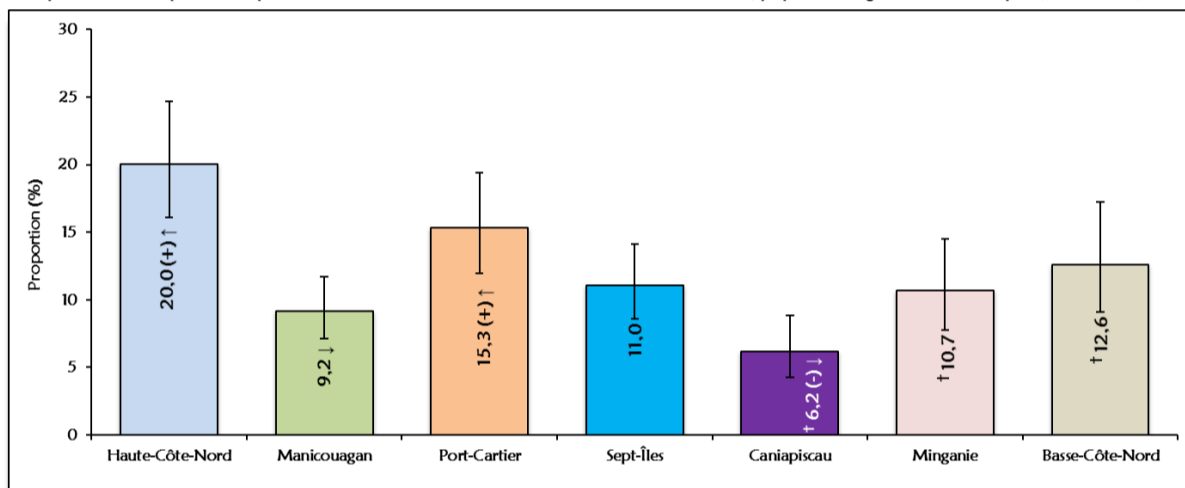


Figure 5.3b : Population ne se percevant pas en bonne santé selon le territoire de RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008 et 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Près 12 % de la population nord-côtère de 15 ans et plus perçoit sa santé comme « passable » ou « mauvaise ». Cette proportion surpasse celle du reste du Québec (environ 10 %). Les hommes nord-côtiers sont, en proportion, un peu plus nombreux que ceux du reste du Québec à percevoir leur santé défavorablement (12 % c. 10 %) (figure 5.3a).
- L'EQSP ne détecte pas d'écarts significatifs entre les hommes et les femmes sur la Côte-Nord (12 % c. 11 %) ou au Québec (10 % c. 11 %) (figure 5.3a).
- Cette perception varie selon l'âge. Les résidents nord-côtiers de 65 ans et plus sont plus susceptibles de s'estimer en mauvaise santé (24 %) que les moins de 65 ans (15 à 24 ans : †4,1 %; 25 à 44 ans : †6 % et 45 à 64 ans : 13 %) (données non illustrées).
- Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la région nord-côtère affiche une proportion plus élevée que le reste du Québec de gens qui estiment leur santé comme « passable » ou « mauvaise » (24 % c. 19 %) (données non illustrées).
- Cette perception se révèle aussi plus répandue chez les personnes souffrant d'obésité (20 %) que chez celles qui font de l'embonpoint (10 %) ou celles présentant un poids normal (7 %) (données non illustrées).
- Toutes proportions gardées, les non-fumeurs sont moins nombreux à déclarer avoir une santé passable ou mauvaise (†6 %) que les personnes qui fument à chaque jour (19 %) ou les anciens fumeurs (13 %). Ces derniers sont à leur tour moins susceptibles de percevoir défavorablement leur santé que les fumeurs quotidiens (données non illustrées).
- Les résidents de la Haute-Côte-Nord et du RLS de Port-Cartier sont plus nombreux, en proportion, à exprimer une perception défavorable de leur état de santé que le reste du Québec ou de la Côte-Nord. Cette vision est significativement moins répandue dans le RLS de Caniapiscau que chez les autres Nord-Côtiers ou le reste de la population québécoise. La population de la Manicouagan ne se différencie pas du reste du Québec. Cependant, elle est moins portée que le reste de la Côte-Nord à voir sa santé comme « passable » ou « mauvaise » (figure 5.3b).

Évolution de la situation depuis 2008

- Pas d'écarts significatifs entre les deux enquêtes, et ce, que ce soit sur la Côte-Nord ou au Québec.
- Pour 2008, les données nord-côtères de l'EQSP sont indisponibles à l'échelle des territoires de RLS.

1 Voir : CAMIRAND, Héléne, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 12 Perception de l'état de santé », p. 129-134. Dans l'EQSP, la perception qu'a une personne de son état de santé est mesurée à l'aide de la question suivante : En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? Un indicateur à trois catégories a été construit : a) « Excellente » ou Très bonne » b) « Bonne » c) « Passable ou Mauvaise ». « Cette mesure de l'état de santé est considérée comme un indicateur fiable et valide en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs représentant des dimensions spécifiques de la santé établies par de nombreuses études (...). Il existe une bonne concordance entre cet indicateur de santé subjective et des indicateurs de santé objective comme les problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle, la limitation des activités et, dans une moindre mesure, l'état de santé mentale et sociale. » Voir : BEAUVAIS, Brigitte, Renée DUFOUR, Maude DUMONT et coll. « Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé (EQSP) », Fiche descriptive de l'indicateur, Institut national de santé publique du Québec (portail de l'Infocentre de santé publique), version septembre 2016, p. 1. Notre analyse porte sur la proportion de la population qui perçoit sa santé comme « passable » ou « mauvaise ».

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 6.1 MORTALITÉ (ENSEMBLE DES CAUSES)¹

Figure 6.1a : Taux ajusté² de mortalité, ensemble des causes, selon le sexe et la période quinquennale³, Côte-Nord, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012⁴

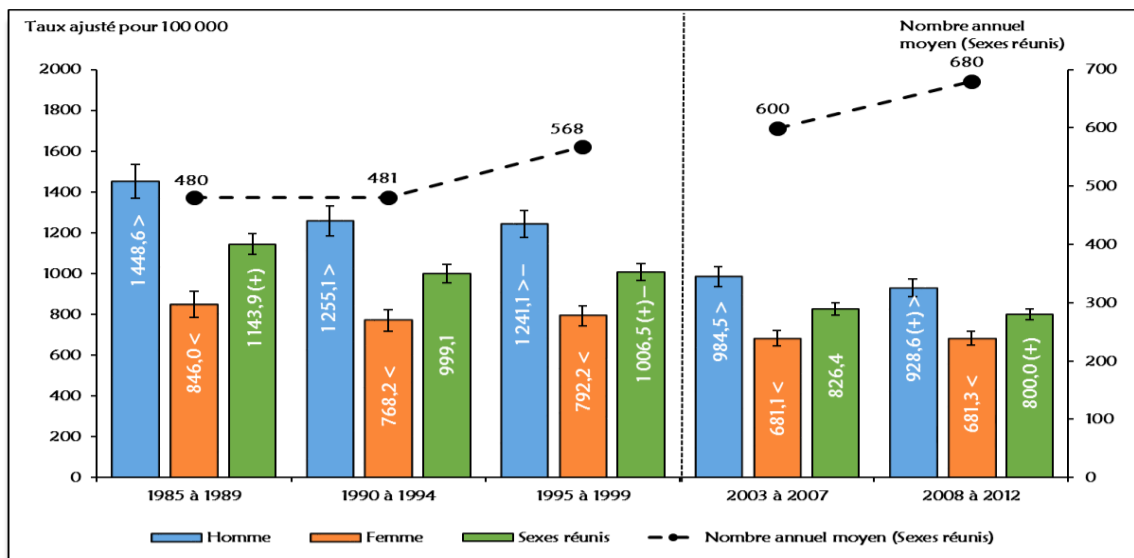
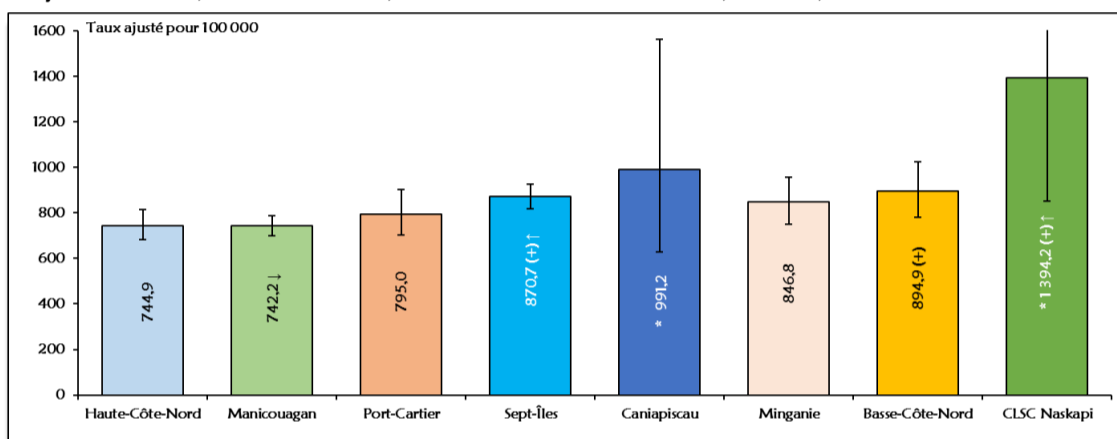


Figure 6.1b : Taux ajusté² de mortalité, ensemble des causes, selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2008-2012⁴



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1985-1989 et 1995-1999

- ↑ de 18 % environ du nombre annuel moyen de décès (480 à 568) (figure 7.5a).
 - ♣ Hommes : ↑ d'environ 10 % (314 à 344) Femmes : ↑ 34 % (167 à 224) (données non illustrées).
 - ♣ ↓ significative du taux ajusté de mortalité (1144 à 1006 pour 100 000 personnes) dans l'ensemble de la population et chez les hommes (1449 à 1241 pour 100 000 p.).
 - ♣ Pas de différence significative chez les femmes (846 à 792 pour 100 000 p.) (figure 6.1a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives des taux chez les hommes (1435 à 1217 pour 100 000 p.), chez les femmes (829 à 774 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (1083 à 959 pour 100 000 p.).
 - ♣ ↓ de 13 % du nombre annuel moyen de décès (hommes : 6 %; femmes : 23 %) (données non illustrées).

Entre 2003-2007 et 2008-2012

- ↑ d'environ 13 % du nombre annuel moyen de décès (600 à 680) (figure 6.1a).
 - ♣ Hommes : ↑ d'environ 9 % (343 à 375) Femmes : ↑ 19 % (257 à 305) (données non illustrées).
 - ♣ Pas de variations significatives du taux ajusté de mortalité que ce soit dans l'ensemble de la population, chez les hommes ou chez les femmes (figure 6.1a).
- Ensemble du Québec : fléchissement significatif du taux de mortalité chez les hommes (966 à 871 pour 100 000 p.), chez les femmes (697 à 660 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (815 à 754 pour 100 000 p.).
 - ♣ ↑ de 6 % environ du nombre annuel moyen de décès par année (hommes : 5 %; femmes : 7 %) (données non illustrées).

Périodes quinquennales

- Taux ajusté de mortalité chez les femmes significativement plus faible que celui enregistré chez les hommes, et ce, à chacune des périodes quinquennales (figure 6.1a).
 - ♣ Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Hommes nord-côtiers ont des taux de mortalité comparables à ceux du reste du Québec, sauf en 2008-2010 où le taux nord-côtier surpasse celui des autres hommes québécois.
 - ♣ Les femmes de la Côte-Nord affichent une mortalité comparable à celle des autres Québécoises (figure 6.1a).

Période 2008-2012 dans les territoires de RLS (figure 6.1b)

- Taux ajusté de mortalité significativement plus élevé que le reste du Québec : RLS de Sept-Îles, RLS de la Basse-Côte-Nord, CLSC Naskapi.
 - ♣ Taux de mortalité supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Sept-Îles et CLSC Naskapi.
 - ♣ Taux inférieur au reste de la Côte-Nord : Manicouagan.
- Taux de mortalité chez les hommes plus élevé que celui des femmes : tous les territoires, sauf RLS de Caniapiscau, RLS de la Basse-Côte-Nord et CLSC Naskapi où l'écart n'est pas statistiquement significatif (données non illustrées).
- En regard des taux de la période 2003-2007 (non illustrés) :
 - ♣ Pas de variations significatives dans les territoires nord-côtiers.

1 Ensemble des causes (CIM-9 = 000-999 et E800-E999; CIM-10 = A00-R99 et V01-Y98).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 L'adoption, en 2000, de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 6.2 MORTALITÉ (MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE)¹

Figure 6.2a : Taux ajusté² de mortalité, maladies de l'appareil circulatoire, selon le sexe et la période quinquennale³, Côte-Nord, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012⁴

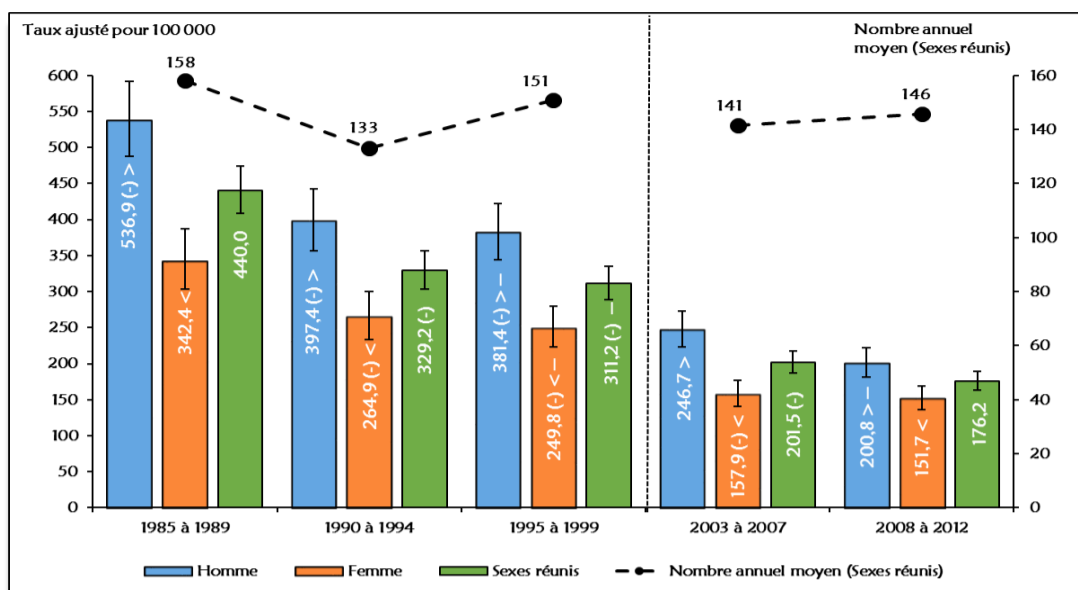
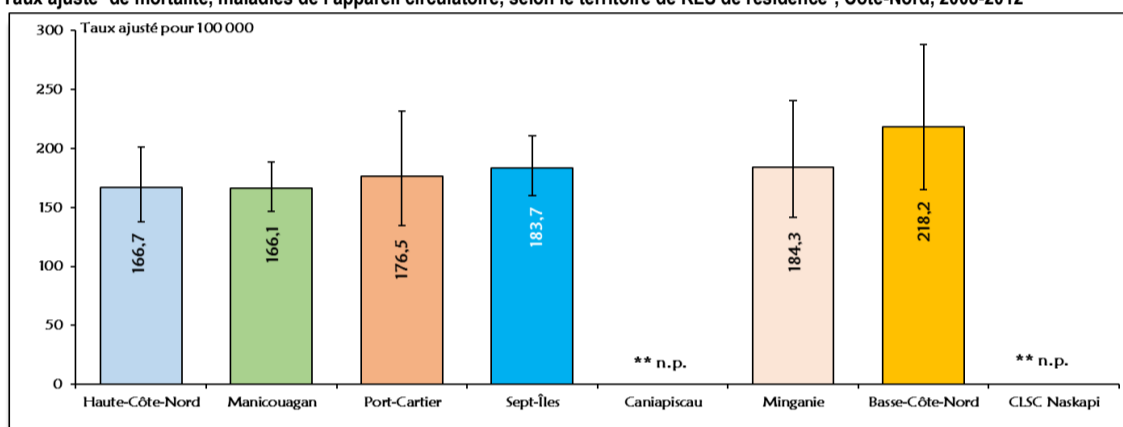


Figure 6.2b : Taux ajusté² de mortalité, maladies de l'appareil circulatoire, selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2008-2012⁴



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1985-1989 et 1995-1999

- Après une ↓ de 16 % environ entre 1985-1989 et 1990-1994 (158 à 133), le nombre annuel moyen de décès par maladie de l'appareil circulatoire a ensuite augmenté de 14 % entre 1990-1994 et 1995-1999 (133 à 151) (figure 6.2a).
 - Hommes : ↓ d'environ 12 % (100 à 88) dans l'ensemble de la période, mais ↑ de 11 % (57 à 63) chez les femmes (données non illustrées).
 - ↓ significative du taux ajusté de mortalité, et ce, que ce soit dans l'ensemble de la population (440 à 311 pour 100 000 personnes), chez les hommes (537 à 381 pour 100 000 p.) et chez les femmes (342 à 250 pour 100 000 p.) (figure 6.2a). Chez les femmes, le taux ajusté a diminué significativement malgré une hausse du nombre annuel moyen de décès.
- Ensemble du Québec : recul significatif des taux chez les hommes (595 à 429 pour 100 000 p.), chez les femmes (369 à 281 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (465 à 344 pour 100 000 p.).
 - ↓ de 3 % du nombre annuel moyen de décès (hommes : 8 %; femmes : 2,7 %) (données non illustrées).

Entre 2003-2007 et 2008-2012

- ↑ d'environ 3 % du nombre annuel moyen de décès par maladie de l'appareil circulatoire (141 à 146) (figure 6.2a)
 - Hommes : ↓ d'environ 6 % (84 à 79), mais ↑ de 17 % environ chez les femmes (57 à 67) (données non illustrées).
 - ↓ significative du taux ajusté de mortalité chez les hommes (247 à 201 pour 100 000 p.); tendance à la baisse, mais non significative au seuil de 1 %, dans l'ensemble de la population (201 à 176 pour 100 000 p.).
 - Pas d'écart significatif chez les femmes (158 à 152 pour 100 000 p.) (figure 6.2a).
- Ensemble du Québec : fléchissement significatif du taux de mortalité chez les hommes (269 à 220 pour 100 000 p.), chez les femmes (190 à 162 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (226 à 189 pour 100 000 p.).
 - ↓ de 4 % environ du nombre annuel moyen de décès (hommes : 4 %; femmes : 3 %) (données non illustrées).

Périodes quinquennales

- Taux ajusté de mortalité chez les hommes significativement plus élevé que celui enregistré chez les femmes, et ce, à chacune des périodes quinquennales (figure 6.2a).
 - Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Hommes nord-côtiers connaissent un taux de mortalité plus faible que le reste de la population masculine québécoise, sauf en 2003-2007 et 2008-2012 où il s'avère comparable au plan statistique.
 - Sauf pour les périodes 1985-1989 et 2008-2012, les femmes de la Côte-Nord affichent une mortalité par maladies de l'appareil circulatoire plus faible que les autres Québécoises (figure 6.2a).

Période 2008-2012 dans les territoires de RLS (figure 6.2b)

- Aucun territoire ne se différencie de manière significative du reste du Québec.
 - Aucun territoire ne se distingue significativement du reste de la Côte-Nord.
- Taux de mortalité chez les hommes plus élevé que celui des femmes : Manicouagan (206 c. 130 pour 100 000 p.). Pas d'écarts significatifs, au seuil de 1 %, dans les autres territoires.
- En regard des taux de la période 2003-2007 (données non illustrées) :
 - Pas de variations significatives dans les territoires nord-côtiers.

1 Maladies de l'appareil circulatoire (CIM-9 = 390-459; CIM-10 = I00-I99).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 L'adoption, en 2000, de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 6.3 MORTALITÉ (MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE)¹

Figure 6.3a : Taux ajusté² de mortalité, maladies de l'appareil respiratoire, selon le sexe et la période quinquennale³, Côte-Nord, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012⁴

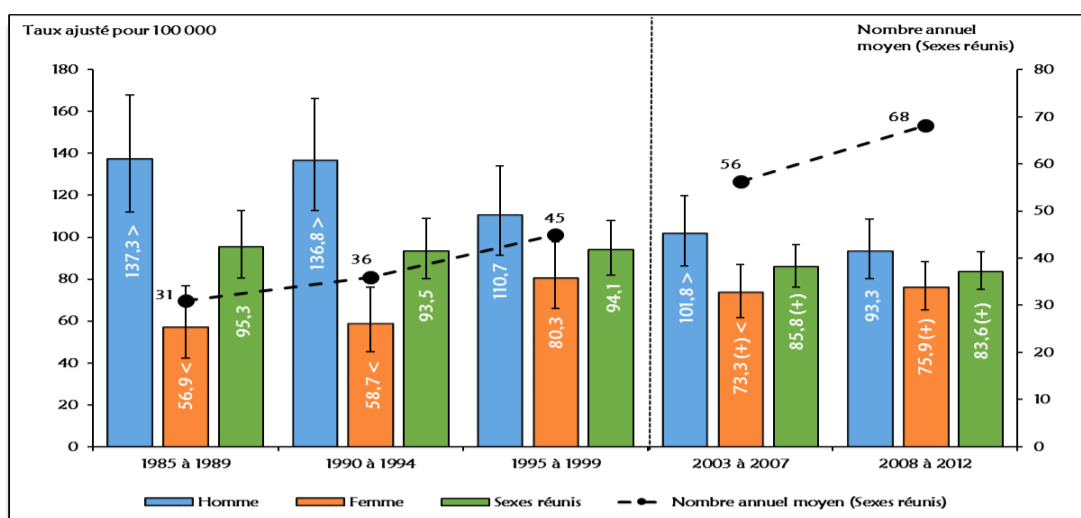
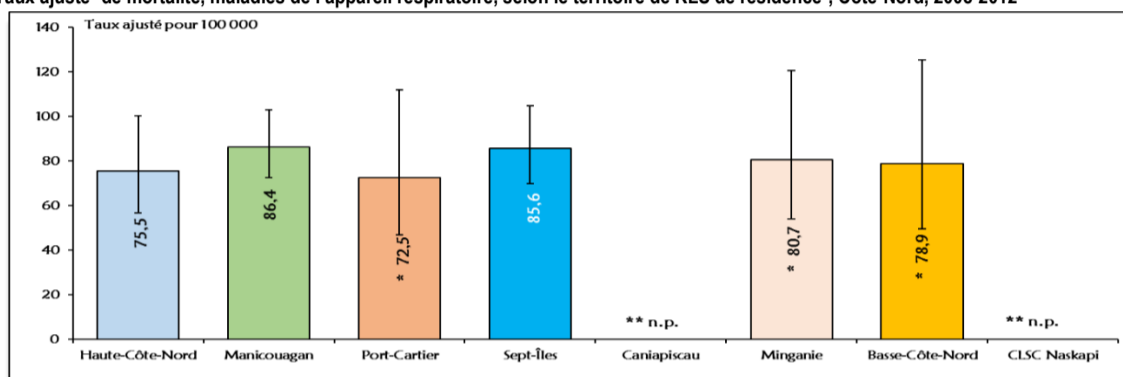


Figure 6.3b : Taux ajusté² de mortalité, maladies de l'appareil respiratoire, selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2008-2012⁴



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1985-1989 et 1995-1999

- ↑ de 45 % environ du nombre annuel moyen de décès par maladie de l'appareil respiratoire (31 à 45) (figure 6.3a).
 - * Hommes : ↑ d'environ 19 % Femmes : ↑ de 133 % (données non illustrées).
 - * Stabilité du taux ajusté de mortalité dans l'ensemble de la population (95 à 94 pour 100 000 personnes).
 - * Pas de variation significative chez les hommes (137 à 111 pour 100 000 p.) et tendance à la hausse chez femmes (57 à 80 pour 100 000 p.) (figure 6.3a).
- Ensemble du Québec : ↓ significative du taux ajusté de mortalité chez les hommes (141 à 133 pour 100 000 p.), mais ↑ significatives chez les femmes (56 à 69 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (89 à 93 pour 100 000 p.).
 - * ↑ de 38 % du nombre annuel moyen de décès (hommes : 21 %; femmes : 65 %) (données non illustrées).

Entre 2003-2007 et 2008-2012

- ↑ d'environ 21 % du nombre annuel moyen de décès par maladie de l'appareil respiratoire (56 à 68) (figure 6.3a)
 - * Hommes : ↑ d'environ 15 % (30 à 35) Femmes : ↑ d'environ 28 % (26 à 34) (données non illustrées).
 - * Pas de variations significatives du taux ajusté de mortalité, ni chez les hommes (102 à 93 pour 100 000 p.), chez les femmes (73 à 76 pour 100 000 p.) ou dans l'ensemble de la population (86 à 84 pour 100 000 p.) (figure 6.3a).
- Ensemble du Québec : fléchissement significatif du taux de mortalité chez les hommes (93 à 84 pour 100 000 p.) et légère baisse, mais significative, dans l'ensemble de la population (72 à 70 pour 100 000 p.).
 - * Légère tendance à la hausse, mais non significative au seuil de 1 %, chez les femmes (59 à 61 pour 100 000 p.).
 - * ↑ de 13 % environ du nombre annuel moyen de décès (hommes : 9 %; femmes : 17 %) (données non illustrées).

Périodes quinquennales

- Taux ajusté de mortalité chez les hommes significativement plus élevé, au seuil de 1 %, que celui enregistré chez les femmes, sauf en 1995-1999 où l'écart, significatif au seuil de 5 %, ne l'est pas au seuil de 1 % (prob. = 0,023). Pas d'écart statistique en 2008-2012 (figure 6.3a).
 - * Dans l'ensemble du Québec, les hommes affichent toujours une mortalité par maladie de l'appareil respiratoire plus élevée que les femmes (données non illustrées).
- À chacune des périodes quinquennales, le taux de mortalité des hommes nord-côtiers ne diffère pas statistiquement de celui du reste de la population masculine québécoise.
 - * En 2003-2007 et 2008-2012, les femmes de la Côte-Nord affichent une mortalité par maladie de l'appareil respiratoire plus élevée que les autres Québécoises, mais comparable lors des autres périodes (figure 6.3a).

Période 2008-2012 dans les territoires de RLS (figure 6.3b)

- Aucun territoire ne se différencie de manière significative du reste du Québec.
 - * Aucun territoire ne se démarque significativement du reste de la Côte-Nord.
- Taux de mortalité chez les hommes plus élevé que celui des femmes : RLS de la Minganie. Pas d'écarts significatifs, au seuil de 1 %, dans les autres territoires (données non illustrées).
- En regard des taux de la période 2003-2007 (données non illustrées) :
 - * Pas de variations significatives dans les territoires nord-côtiers.

1 Maladies de l'appareil respiratoire (CIM-9 = 460-519; CIM-10 = J00-J99).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 L'adoption, en 2000, de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 6.4 MORTALITÉ (TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS)¹

Figure 6.4a : Taux ajusté² de mortalité, traumatismes non intentionnels, selon le sexe et la période quinquennale³, Côte-Nord, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012⁴

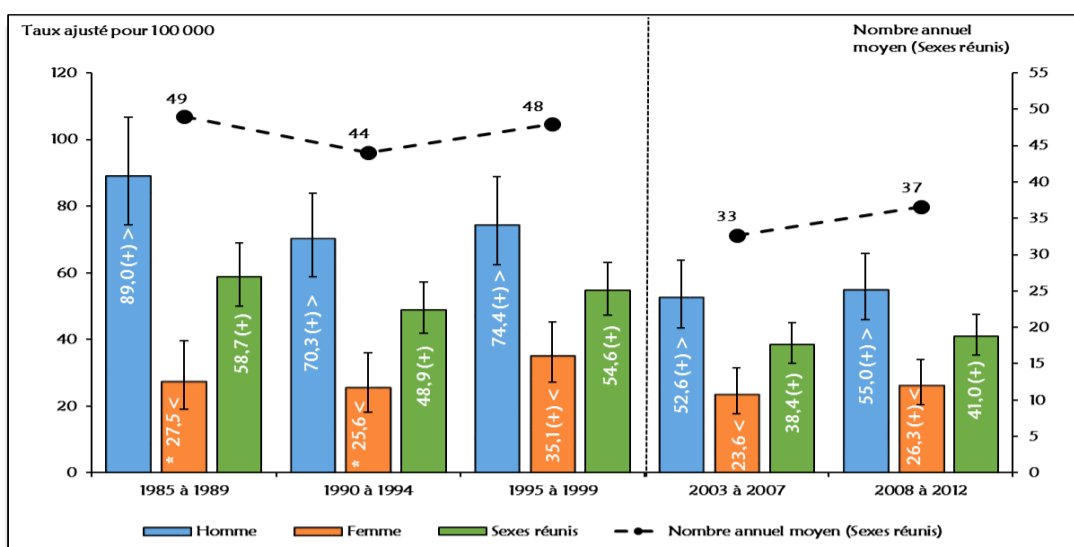
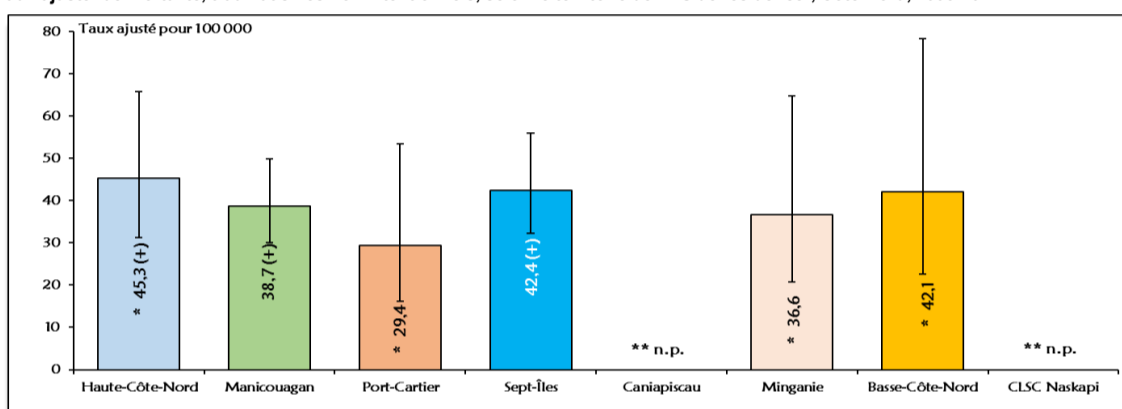


Figure 6.4b : Taux ajusté² de mortalité, traumatismes non intentionnels, selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2008-2012⁴



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1985-1989 et 1995-1999

- Relative stabilité du nombre annuel moyen de décès par traumatisme non intentionnel (49 à 48) (figure 6.4a).
 - * Hommes : ↓ d'environ 15 % (40 à 34) Femmes : ↑ de 56 % (9 à 14) (données non illustrées).
 - * Pas de variations significatives des taux ajustés de mortalité, que ce soit chez les hommes (89 à 74 pour 100 000 personnes), chez les femmes (*28 à 35 pour 100 000 p.) ou dans l'ensemble de la population (59 à 55 pour 100 000 p.) (figure 6.4a).
- Ensemble du Québec : ↓ significative des taux ajustés de mortalité chez les hommes (50 à 41 pour 100 000 personnes) et dans l'ensemble de la population (36 à 31 pour 100 000 p.), mais stabilité du taux chez les femmes (environ 22 pour 100 000 p.).
 - * ↓ de 5 % du nombre annuel moyen de décès (hommes : ↓ de 15 %), mais ↑ de 16 % dans la population féminine (données non illustrées).

Entre 2003-2007 et 2008-2012

- ↑ légère du nombre annuel moyen de décès par maladie traumatisme non intentionnel (33 à 37) dans l'ensemble de la population (figure 6.4a), de même que chez les hommes (23 à 25) et les femmes (10 à 12) (données non illustrées).
 - * Pas de variations significatives du taux ajusté de mortalité, ni chez les hommes (53 à 55 pour 100 000 p.), chez les femmes (24 à 26 pour 100 000 p.) ou dans l'ensemble de la population (38 à 41 pour 100 000 p.) (figure 6.4a).
- Ensemble du Québec : légère baisse, mais significative du taux de mortalité chez les hommes (38 à 35 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (29 à 28 pour 100 000 p.).
 - * Pas d'écart significatif chez les femmes (21 à 20 pour 100 000 p.).
 - * ↑ de 2,7 % du nombre annuel moyen de décès (hommes : ↓ de moins de 1 %) ↓, mais d'environ 8 % chez les femmes (données non illustrées).

Périodes quinquennales :

- Taux ajusté de mortalité chez les hommes significativement plus élevé que celui enregistré chez les femmes, et ce, à chaque période (figure 6.4a).
 - * Même constat dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Hommes nord-côtiers : mortalité par traumatisme non intentionnel toujours supérieure à celle du reste de la population masculine québécoise.
 - * Dans la population globale, le taux de mortalité sur la Côte-Nord surpasse toujours celui du reste du Québec (figure 6.4a).
 - * En 1995-1999 et 2008-2012, les femmes de la Côte-Nord affichent une mortalité par traumatisme non intentionnel plus élevée que les autres Québécoises, mais comparable lors des autres périodes (figure 6.4a).

Période 2008-2012 dans les territoires de RLS (figure 6.4b)

- Taux ajusté de mortalité significativement supérieur au reste du Québec : Haute-Côte-Nord, Manicouagan et RLS de Sept-Îles.
 - * Aucun territoire de ne se différencie significativement du reste de la Côte-Nord.
- Taux de mortalité chez les hommes plus élevé que celui des femmes : RLS de Sept-Îles (65 c. 20 pour 100 000 p.). Pas d'écarts significatifs, au seuil de 1 %, dans les autres territoires.
- En regard des taux de la période 2003-2007 (données non illustrées) :
 - * Pas de variations significatives dans les territoires nord-côtiers.

1 Traumatismes non intentionnels (CIM-9 = E800-E869 et E880-E929; CIM-10 = V01-X59 et Y85-Y86).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<math><1, 1 \text{ à } 4, 5 \text{ à } 9, 10 \text{ à } 14, \dots, 80 \text{ à } 84, 85 \text{ à } 89, 90 \text{ ans et plus}</math>), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 L'adoption, en 2000, de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 6.5 MORTALITÉ (TUMEUR MALIGNE – ENSEMBLE DES SIÈGES¹)

Figure 6.5a : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne, selon le sexe et la période quinquennale³, Côte-Nord, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012⁴

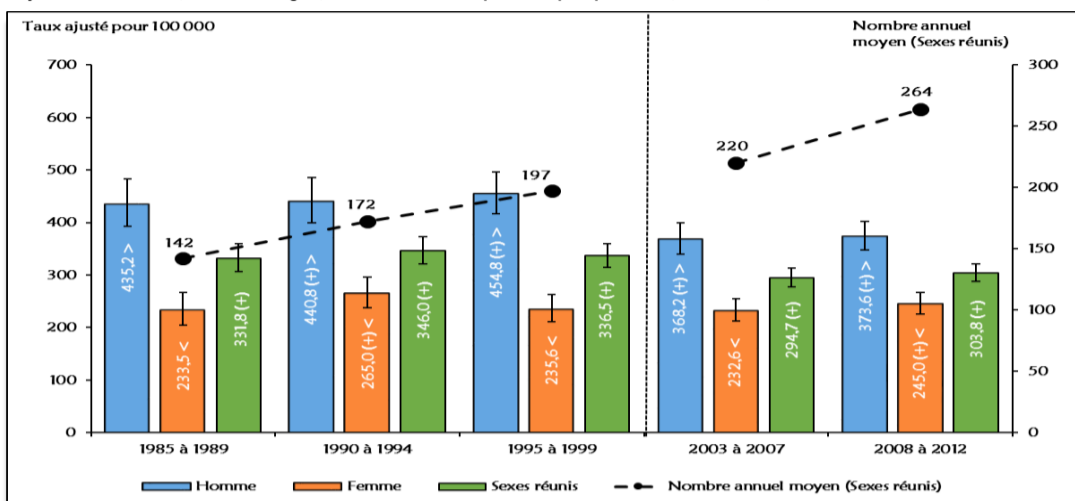
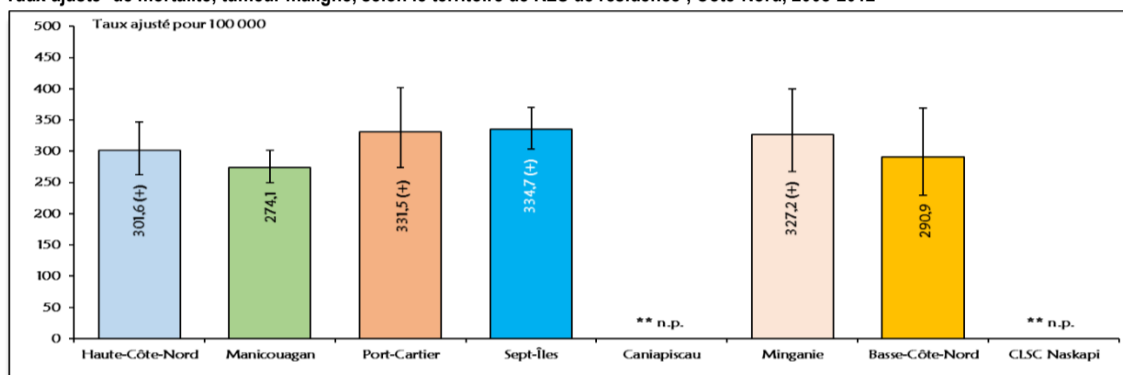


Figure 6.5b : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne, selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2008-2012⁴



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1985-1989 et 1995-1999

- ↑ de 39 % environ du nombre annuel moyen de décès par cancer (142 à 197) (figure 6.5a).
 - ♣ Hommes : ↑ d'environ 38 % (89 à 123) Femmes : ↓ 38 % (53 à 73) (données non illustrées).
 - ♣ Pas de variation significative du taux ajusté de mortalité, et ce, que ce soit dans l'ensemble de la population (332 à 336 pour 100 000 personnes), chez les hommes (435 à 455 pour 100 000 p.) et chez les femmes (233 à 236 pour 100 000 p.) (figure 6.5a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives des taux chez les hommes (406 à 372 pour 100 000 p.) et l'ensemble de la population (297 à 283 pour 100 000 p.).
 - ♣ Stabilité du taux de mortalité chez les femmes (environ 223 pour 100 000 p.).
 - ♣ ↓ de 22 % du nombre annuel moyen de décès par cancer (hommes : 17 %; femmes : 29 %) (données non illustrées).

Entre 2003-2007 et 2008-2012

- ↑ d'environ 20 % du nombre annuel moyen de décès par cancer (220 à 264) (figure 6.5a)
 - ♣ Hommes : ↑ d'environ 19 % (129 à 153) Femmes : ↑ 22 % (91 à 111) (données non illustrées).
 - ♣ Pas de variations significatives du taux ajusté de mortalité que ce soit dans l'ensemble de la population (295 à 304 pour 100 000 p.), chez les hommes (368 à 374 pour 100 000 p.) ou chez les femmes (233 à 245 pour 100 000 p.) (figure 6.5a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives des taux de mortalité chez les hommes (326 à 301 pour 100 000 p.), chez les femmes (221 à 215 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (264 à 250 pour 100 000 p.).
 - ♣ Mais ↑ de 8 % environ du nombre annuel moyen de décès (hommes : 8 %; femmes : 9 %) (données non illustrées).

Période 2008-2012

- Première cause de décès dans la région (39 % de tous les décès) et au Québec (33 %), loin devant les maladies de l'appareil circulatoire au second rang (Côte-Nord : 21 % des décès, Québec : 25 %) (données non illustrées).

Périodes quinquennales

- Taux ajusté de mortalité chez les hommes significativement plus élevé que celui enregistré chez les femmes, et ce, à chacune des périodes quinquennales (figure 6.5a).
 - ♣ Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Hommes nord-côtiers connaissent un taux de mortalité plus élevé que le reste de la population masculine québécoise, sauf en 1985-1989 où il s'avère comparable au plan statistique.
 - ♣ Les femmes de la Côte-Nord affichent une surmortalité en regard des autres Québécoises en 1990-1994 et 2008-2012, mais comparable lors des autres périodes (figure 6.5a).

Période 2008-2012 dans les territoires de RLS (figure 6.5b)

- Taux ajusté de mortalité significativement plus élevé que le reste du Québec : Haute-Côte-Nord, RLS de Port-Cartier, RLS de Sept-Îles et RLS de la Minganie.
 - ♣ Aucun territoire de ne différencie significativement du reste de la Côte-Nord.
- Taux de mortalité chez les hommes plus élevé que celui des femmes : Manicouagan, RLS de Port-Cartier, RLS de Sept-Îles. Pas d'écarts significatifs, au seuil de 1 %, dans les autres territoires (données non illustrées).
- En regard des taux de la période 2003-2007 (données non illustrées) :
 - ♣ Pas de variations significatives dans les territoires nord-côtiers.

1 Tumeur maligne – Ensemble des sièges (CIM-9 = 140-208; CIM-10 = C00-C97).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 L'adoption, en 2000, de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 6.6 MORTALITÉ (TUMEUR MALIGNE DU POUMON¹)

Figure 6.6a : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne du poumon, selon le sexe et la période quinquennale³, Côte-Nord, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012⁴

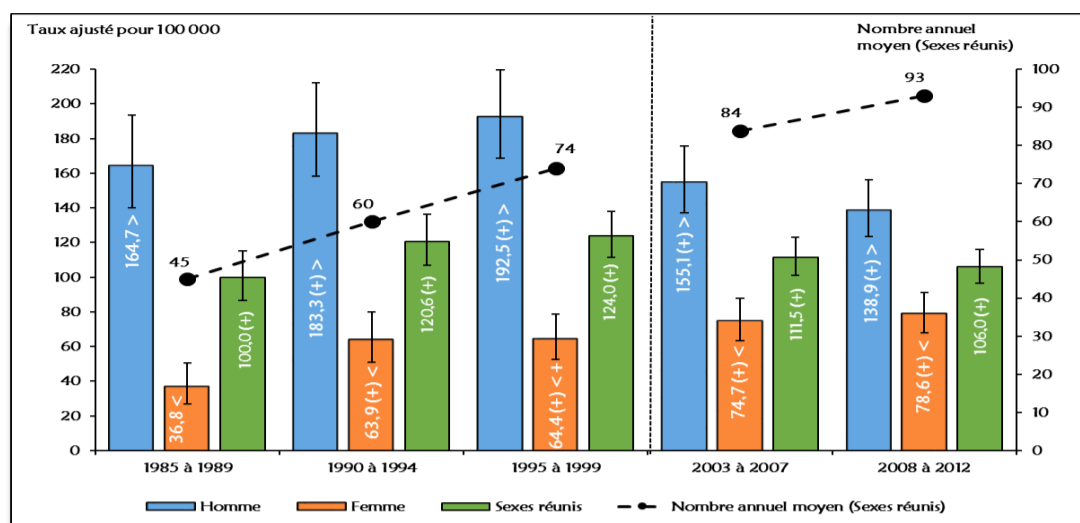
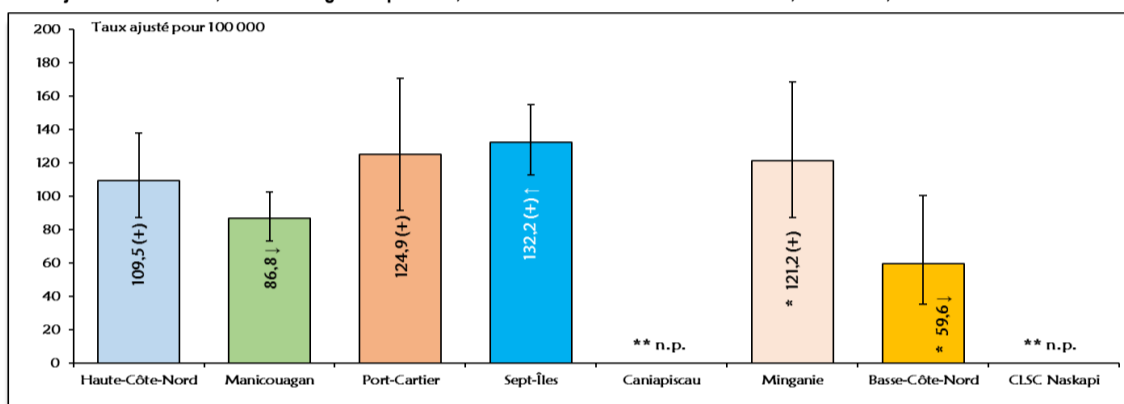


Figure 6.6b : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne du poumon, selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2008-2012⁴



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1985-1989 et 1995-1999

- ↑ de 64 % environ du nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon (45 à 74) (figure 6.6a).
 - ♣ Hommes : ↑ d'environ 50 % (36 à 54) Femmes : ↑ 122 % (9 à 20) (données non illustrées).
 - ♣ Écart non statistiquement significatif, au seuil de 1 %, chez les hommes (165 à 193 pour 100 000 personnes) et dans l'ensemble de la population (100 à 124 pour 100 000 p.). Cependant, ↑ significative du taux ajusté de mortalité chez les femmes (37 à 64 pour 100 000 p.) (figure 6.6a).
- Ensemble du Québec : ↑ de 32 % du nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon (hommes : 16 %; femmes : 80 %).
 - ♣ ↓ significative du taux de mortalité chez les hommes (146 à 134 pour 100 000 p.), mais ↑ significatives chez les femmes (35 à 50 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (82 à 84 pour 100 000 p.) (données non illustrées).

Entre 2003-2007 et 2008-2012

- ↑ d'environ 11 % du nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon (84 à 93) (figure 6.6a)
 - ♣ Hommes : ↑ d'un moins de 6 % (54 à 57) Femmes : ↑ de 20 % environ (30 à 36) (données non illustrées).
 - ♣ Pas de variations significatives du taux ajusté de mortalité, que ce soit dans l'ensemble de la population (111 à 106 pour 100 000 p.), chez les hommes (155 à 139 pour 100 000 p.) ou chez les femmes (75 à 79 pour 100 000 p.) (figure 6.6a).
- Ensemble du Québec : ↓ significative du taux de mortalité chez les hommes (112 à 99 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (81 à 77 pour 100 000 p.) mais ↑ significative chez les femmes (58 à 61 pour 100 000 p.).
 - ♣ ↓ de 9 % environ du nombre annuel moyen de décès (hommes : 3,5 %; femmes : 17 %) (données non illustrées).

Période 2008-2012

- Première cause de décès par cancer dans la région (35 % des décès par cancer) comme au Québec (31 % des décès dus au cancer).
 - ♣ Hommes : (Côte-Nord : 37 %; Québec : 33 %) Femmes : (Côte-Nord : 32 %; Québec : 28 %) (données non illustrées).

Périodes quinquennales

- Taux ajusté de mortalité chez les hommes significativement plus élevé que celui enregistré chez les femmes, et ce, à chacune des périodes quinquennales (figure 6.6a).
 - ♣ Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Hommes nord-côtiers connaissent un taux de mortalité par cancer du poumon plus élevé que le reste de la population masculine québécoise, sauf en 1985-1989 où il s'avère comparable au plan statistique.
 - ♣ Les femmes de la Côte-Nord affichent une surmortalité en regard des autres Québécoises sauf en 1985-1989 (figure 6.6a).

Période 2008-2012 dans les territoires de RLS (figure 6.6b)

- Taux ajusté de mortalité significativement plus élevé que le reste du Québec : Haute-Côte-Nord, RLS de Port-Cartier, RLS de Sept-Îles et RLS de la Minganie.
 - ♣ Taux significativement supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Sept-Îles. Taux inférieur au reste de la région : Manicouagan et RLS de la Basse-Côte-Nord.
- Taux de mortalité chez les hommes plus élevé que celui des femmes : Haute-Côte-Nord, Manicouagan et RLS de la Minganie. Pas d'écarts significatifs, au seuil de 1 %, dans les autres territoires (données non illustrées).
- En regard des taux de la période 2003-2007 (données non illustrées) :
 - ♣ Pas de variations significatives dans les territoires nord-côtiers.

1 Tumeur maligne de la trachée, bronches, poumon (CIM-9 = 162; CIM-10 = C33-C34).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 L'adoption, en 2000, de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 6.7 MORTALITÉ (TUMEUR MALIGNE COLORECTALE¹)

Figure 6.7a : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne colorectale, selon le sexe et la période quinquennale³, Côte-Nord, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012⁴

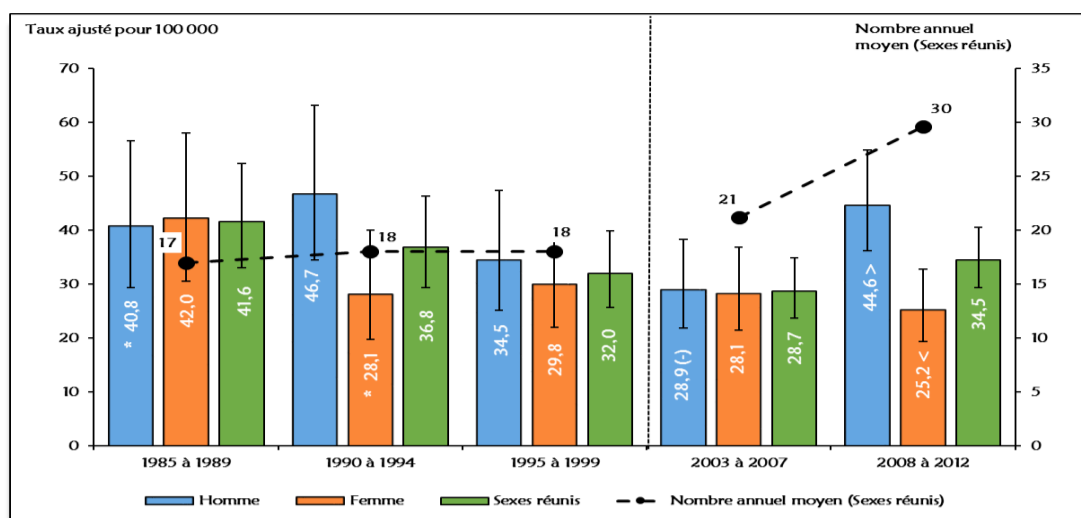
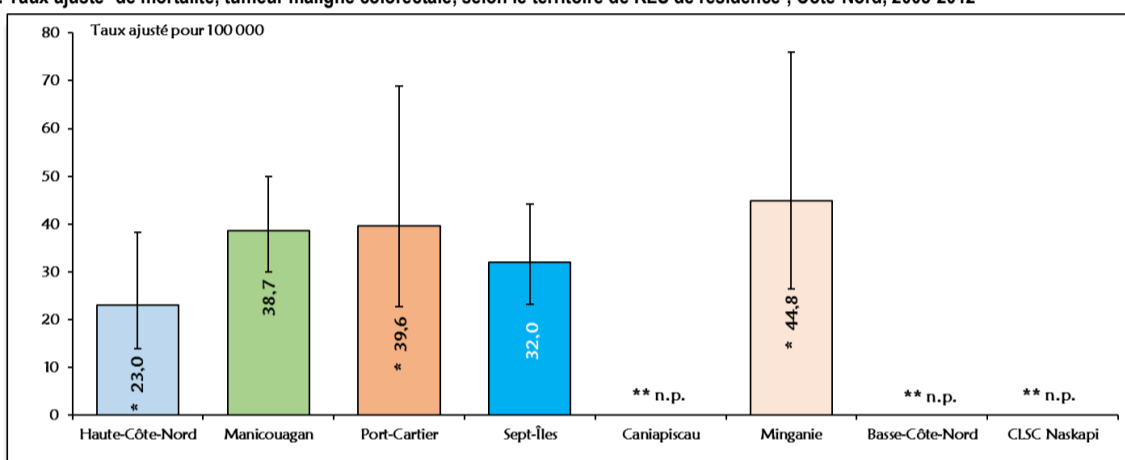


Figure 6.7b : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne colorectale, selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2008-2012⁴



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1985-1989 et 1995-1999

- Stabilité du nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal (17 à 18) (figure 6.7a).
 - Pas de variations significatives du taux ajusté de mortalité, que ce soit dans l'ensemble de la population (42 à 32 pour 100 000 personnes), chez les hommes (*41 à 35 pour 100 000 p.) ou chez les femmes (42 à 30 pour 100 000 p.) (figure 6.7a).
- Ensemble du Québec : ↑ de 19 % du nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal (hommes : 23 %; femmes : 16 %).
 - Mais ↓ significatives des taux de mortalité, et ce, chez les hommes (49 à 46 pour 100 000 p.), chez les femmes (36 à 32 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (41 à 38 pour 100 000 p.) (données non illustrées).

Entre 2003-2007 et 2008-2012

- ↑ d'environ 40 % du nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal (21 à 30) (figure 6.7a)
 - Hommes : ↑ de 74 % (11 à 18) Femmes : stabilité aux environs de 11 décès par année (données non illustrées).
 - Tendance à la hausse, mais non significative au seuil de 1 %, du taux ajusté de mortalité chez les hommes (29 à 45 pour 100 000 p.). Écart non significatif chez les femmes (28 à 25 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (29 à 34 pour 100 000 p.) (figure 6.7a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives des taux de mortalité chez les hommes (41 à 37 pour 100 000 p.), chez les femmes (27 à 25 pour 100 000 p.) et dans l'ensemble de la population (33 à 30 pour 100 000 p.).
 - Mais ↑ de 5 % environ du nombre annuel moyen de décès (hommes : 5 %; femmes : 5 %) (données non illustrées).

Période 2008-2012

- Deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes de la Côte-Nord (18 décès par année, un peu plus de 11 % des décès par cancer) et ceux du Québec (12 % des décès par cancer), derrière le cancer du poumon (Côte-Nord : 37 % des décès par cancer; Québec : 33 %).
 - Femmes nord-côtières : troisième cause de décès par cancer (11 décès par année, environ 10 % des décès dus au cancer), derrière le cancer du poumon au premier rang (36 décès par année, 32 % des décès par cancer), devancée légèrement par le cancer du sein au second rang (12 par année, soit un peu plus de 11 % des décès par cancer) (données non illustrées).
 - Femmes du Québec : troisième cause de mortalité par cancer (un peu moins de 12 % des décès), derrière le cancer du poumon au premier rang (28 %) et le cancer du sein, au second rang (environ 14 %).

Périodes quinquennales

- Taux ajusté de mortalité chez les hommes significativement plus élevé que celui enregistré chez les femmes en 2008-2012 mais comparable lors de chacune des autres périodes quinquennales (figure 6.7a).
 - Au Québec, les hommes affichent toujours une surmortalité en comparaison des femmes (données non illustrées).
- Hommes nord-côtières connaissent un taux de mortalité par cancer colorectal plus faible que celui du reste de la population masculine québécoise en 2008-2012, mais statistiquement comparable lors des autres périodes quinquennales.
 - Les femmes de la Côte-Nord ont une mortalité similaire à celle des autres Québécoises (figure 6.7a).

Période 2008-2012 dans les territoires de RLS (figure 6.7b)

- Aucun territoire de la Côte-Nord ne se démarque de manière significative du reste du Québec ou de la Côte-Nord.
- Taux ajusté de mortalité chez les hommes plus élevé que celui des femmes : Manicouagan (55 c. *24 pour 100 000 p.). Pas d'écarts significatifs entre les sexes, au seuil de 1 %, dans les autres territoires (données non illustrées).
- En regard des taux de la période 2003-2007 (données non illustrées) :
 - Pas de variations significatives dans les territoires nord-côtières.

1 Tumeur maligne colorectale (CIM-9 = 153-154, 159.0; CIM-10 = C18-C20, C26.0).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 L'adoption, en 2000, de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 6.8 MORTALITÉ (TUMEUR MALIGNE DU SEIN CHEZ LA FEMME¹)

Figure 6.8a : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne du sein chez la femme, selon la période quinquennale³, Côte-Nord et Québec, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012⁴

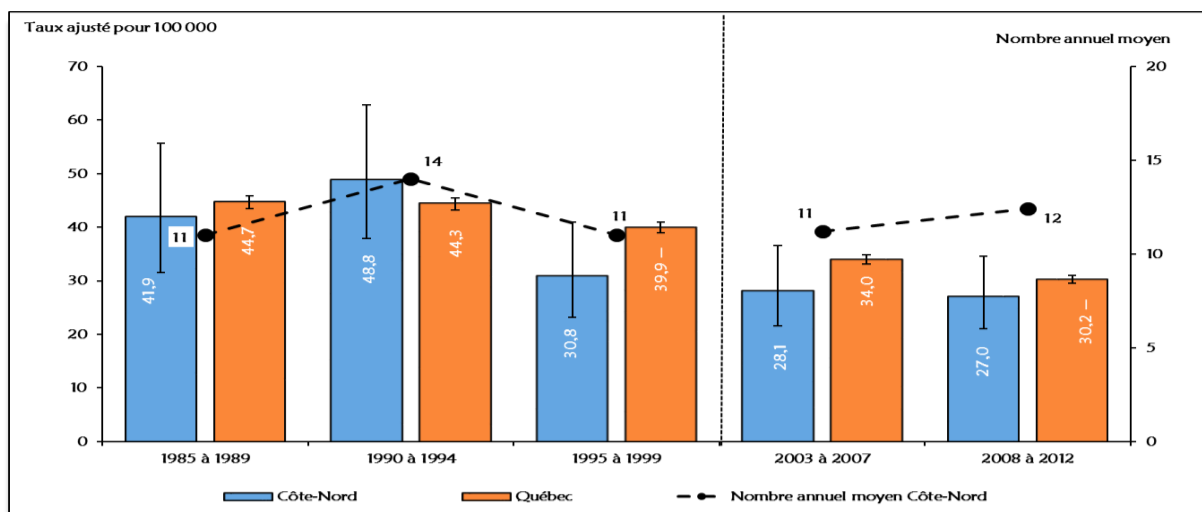
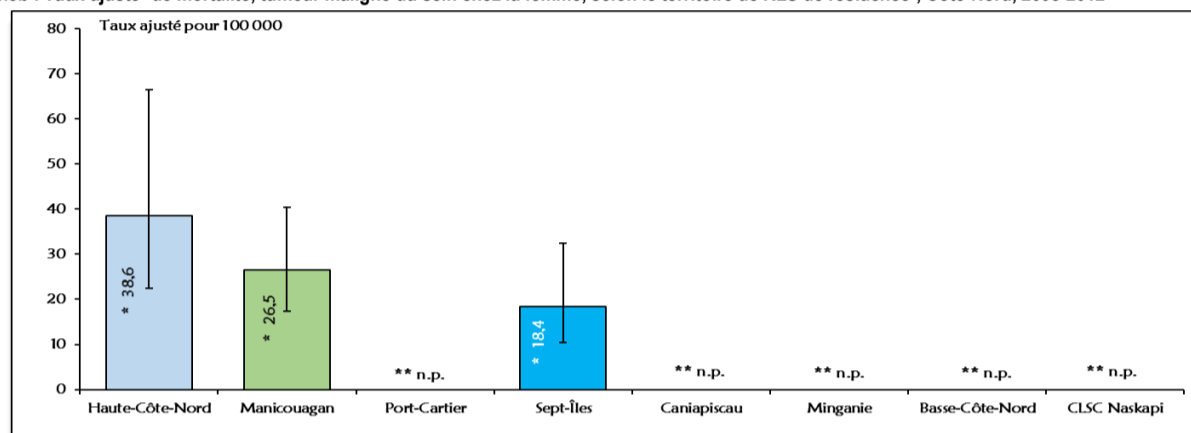


Figure 6.8b : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne du sein chez la femme, selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2008-2012⁴



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1985-1989 et 1995-1999

- Relative stabilité du nombre annuel moyen de décès par cancer du sein (11) avec une pointe de 14 décès par année entre 1990 et 1994.
 - ✦ Pas de variation significative du taux ajusté de mortalité (42 à 31 pour 100 000 personnes) (figure 6.8a).
- Ensemble du Québec : ↑ de 14 % du nombre annuel moyen de décès par cancer du sein (1 141 à 1 298) (donnée non illustrée).
 - ✦ Mais ↓ significative du taux ajusté de mortalité (45 à 40 pour 100 000 p.) (figure 6.8a).

Entre 2003-2007 et 2008-2012

- Stabilité du nombre annuel moyen de décès par cancer du sein (11 à 12) (figure 6.8a)
 - ✦ Pas de variation significative du taux ajusté de mortalité (28 à 27 pour 100 000 p.).
- Ensemble du Québec : ↓ significative du taux de mortalité (34 à 30 pour 100 000 p.) (figure 6.8a).
 - ✦ Stabilité du nombre annuel moyen de décès (1 301 à 1 294) (données non illustrées).

Période 2008-2012

- Deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes de la Côte-Nord (environ 12 par année, soit un peu plus de 11 % des décès par cancer) tout comme au Québec (environ 14 % des décès par cancer).
 - ✦ Au premier rang, on retrouve celui du poumon (36 décès par année, environ 32 % de la mortalité par cancer; Québec : 28 % des décès par cancer).
 - ✦ Le cancer colorectal se situe au troisième rang, à la fois sur la Côte-Nord (environ 11 par année et un peu moins de 10 % des décès par cancer) et au Québec (12 % de la mortalité par cancer) (données non illustrées).

Périodes quinquennales

- Les femmes de la Côte-Nord ne se différencient pas de manière significative des autres Québécoises au regard de la mortalité par cancer du sein (figure 6.8a).

Période 2008-2012 dans les territoires de RLS (figure 6.8b)

- Taux ajusté de mortalité comparable au reste du Québec ou de la Côte-Nord : Haute-Côte-Nord, Manicouagan et RLS de Sept-Îles.
 - ✦ Taux des autres territoires sont trop imprécis pour être présentés.
- En regard des taux de la période 2003-2007 (données non illustrées) :
 - ✦ Pas de variations significatives.

1 Tumeur maligne du sein chez la femme (CIM-9 = 174; CIM-10 = C50).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 L'adoption, en 2000, de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 6.9 MORTALITÉ (TUMEUR MALIGNE DE LA PROSTATE¹)

Figure 6.9a : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne de la prostate, selon la période quinquennale³, Côte-Nord et Québec, 1985-1989 à 1995-1999 et 2003-2007 à 2008-2012⁴

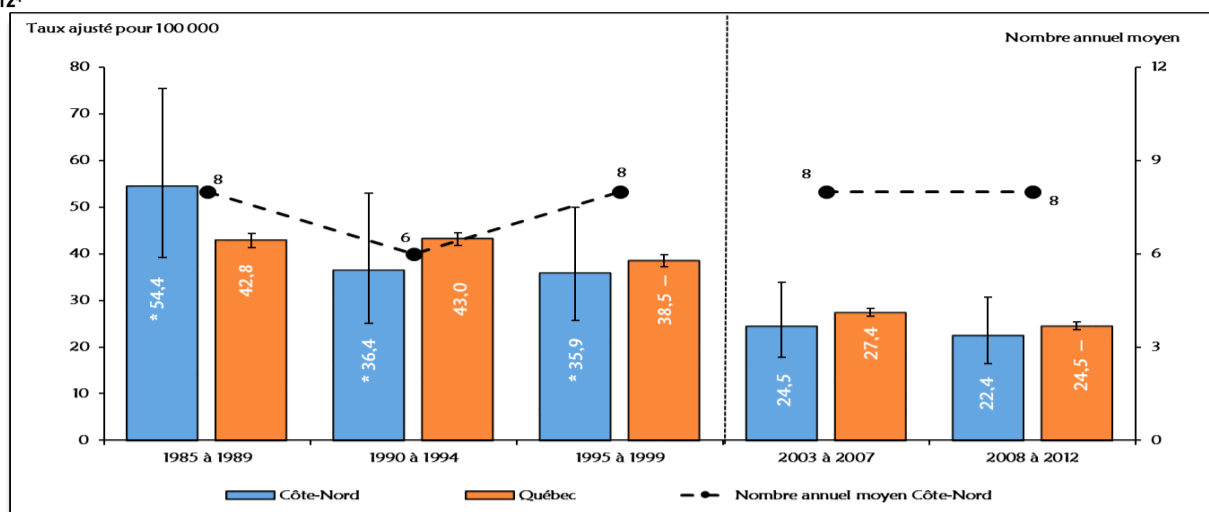
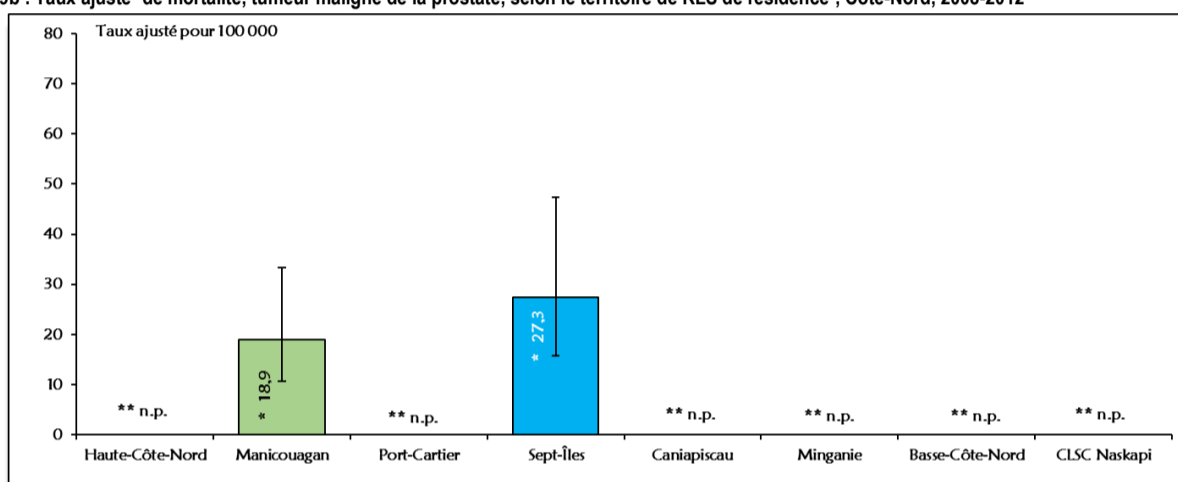


Figure 6.9b : Taux ajusté² de mortalité, tumeur maligne de la prostate, selon le territoire de RLS de résidence⁵, Côte-Nord, 2008-2012⁴



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre 1985-1989 et 1995-1999

- Relative stabilité du nombre annuel moyen de décès par cancer de la prostate (6 à 8 par année).
 - * Pas de variation significative du taux ajusté de mortalité (*54 à *36 pour 100 000 personnes) (figure 6.9a).
- Ensemble du Québec : ↑ de 17 % du nombre annuel moyen de décès par cancer de la prostate (670 à 787) (donnée non illustrée).
 - * Mais ↓ significative du taux ajusté de mortalité (43 à 38 pour 100 000 p.) (figure 6.9a).

Entre 2003-2007 et 2008-2012

- Stabilité du nombre annuel moyen de décès par cancer de la prostate (huit) (figure 6.9a).
 - * Pas de variation significative du taux ajusté de mortalité (24 à 22 pour 100 000 p.).
- Ensemble du Québec : ↓ significative du taux de mortalité (27 à 25 pour 100 000 p.) (figure 6.9a).
 - * Mais ↑ d'un peu moins de 7 % du nombre annuel moyen de décès (733 à 782) (données non illustrées).

Période 2008-2012

- Troisième cause de mortalité par cancer chez les hommes de la Côte-Nord (environ 8 par année, ce qui représente 5,2 % des décès par cancer) sur un pied d'égalité avec le cancer du pancréas (5,1 % des décès). Il représente aussi la troisième cause de décès par cancer chez l'ensemble de la population masculine québécoise (un peu moins de 8 % des décès).
 - * Au premier rang, on retrouve celui du poumon (57 décès par année, environ 37 % de la mortalité par cancer; Québec : 33 % des décès par cancer).
 - * Le cancer colorectal se situe au deuxième rang, à la fois sur la Côte-Nord (environ 18 par année et un peu plus de 11 % des décès par cancer) et au Québec (12 % de la mortalité par cancer) (données non illustrées).

Périodes quinquennales

- Les hommes de la Côte-Nord ne se différencient pas de manière significative des autres Québécois au regard de la mortalité par cancer de la prostate (figure 6.9a).

Période 2008-2012 dans les territoires de RLS (figure 6.9b)

- Taux ajusté de mortalité comparable au reste du Québec ou de la Côte-Nord : Manicouagan et RLS de Sept-Îles.
 - * Taux des autres territoires s'avèrent trop imprécis pour être présentés.
- En regard des taux de la période 2003-2007 (données non illustrées) :
 - * Pas de variations significatives.

1 Tumeur maligne de la prostate (CIM-9 = 185; CIM-10 = C61).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 L'adoption, en 2000, de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 7.1 HOSPITALISATIONS – ENSEMBLE DES CAUSES¹

Figure 7.1a : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, ensemble des diagnostics, selon le sexe et la période triennale⁴, Côte-Nord, avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2016⁵

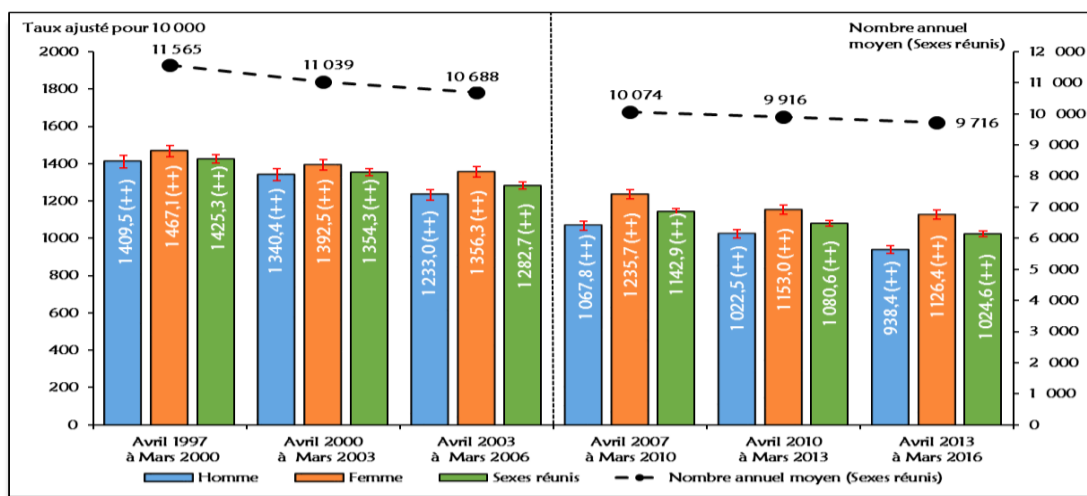
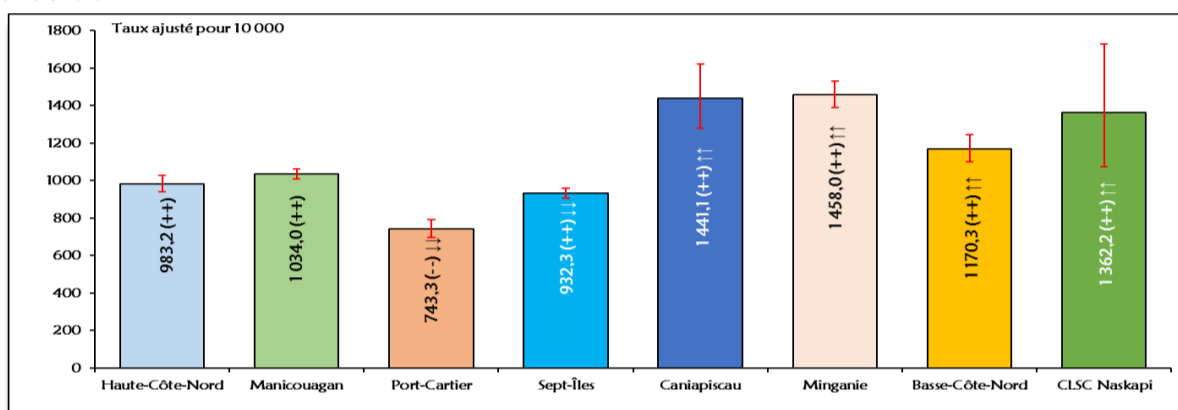


Figure 7.1b : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, ensemble des diagnostics, selon le territoire de RLS de résidence⁶, Côte-Nord, avril 2013 à mars 2016⁵



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre avril 1997 - mars 2000 et avril 2003-mars 2006

- ↓ de 8 % environ du nombre annuel moyen d'hospitalisations (11 565 à 10 688).
 - ↓ significatives du taux ajusté d'hospitalisation (1425 à 1283 pour 10 000 personnes) dans l'ensemble de la population, chez les hommes (1410 à 1233 pour 10 000 p.) et les femmes (1467 à 1356 pour 10 000 p.) (figure 7.1a).
- Ensemble du Québec : recul significatif des taux, chez les hommes (1012 à 853 pour 10 000 p.), les femmes (1070 à 940 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (1022 à 882 pour 10 000 p.).
 - ↓ de 8 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (données non illustrées).

Entre avril 2007 - mars 2010 et avril 2013-mars 2016

- ↓ d'environ 3,6 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (10 074 à 9 716).
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (1143 à 1025 pour 10 000 p.).
 - ↓ significative du taux chez les hommes et les femmes (figure 7.1a).
- Ensemble du Québec : fléchissement significatif chez les hommes (772 à 730 pour 10 000 p.), les femmes (892 à 874 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (820 à 794 pour 10 000 p.).
 - ↓ de 8 % environ du nombre moyen d'hospitalisations par année (données non illustrées).

Périodes triennales

- Taux d'hospitalisation chez les femmes significativement plus élevé que celui enregistré chez les hommes, et ce, à chacune des périodes triennales (figure 7.1a).
 - Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Taux d'hospitalisation nord-côtiers dépassent toujours ceux du reste du Québec, et ce, que ce soit chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population nord-côtère (figure 7.1a).

Période avril 2013 à mars 2016 dans les territoires de RLS (figure 7.1b)

- Taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le reste du Québec dans tous les territoires, sauf dans celui du RLS de Port-Cartier où il s'avère inférieur au taux du reste de la province.
 - Taux d'hospitalisation supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Caniapiscau, RLS de la Minganie, RLS de la Basse-Côte-Nord et CLSC Naskapi.
 - Taux inférieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Port-Cartier et RLS de Sept-Îles.
- En regard des taux de la période d'avril 2007 à mars 2010 (données non illustrées) :
 - ↓ significative en Haute-Côte-Nord, dans la Manicouagan, dans le RLS de Sept-Îles, le RLS de la Minganie et celui de la Basse-Côte-Nord.
 - Pas de variations significatives dans les autres territoires.

1 Ensemble des causes (CIM-9 = 001-289, 320-999; CIM-10 = A00-E90, G00-T98).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes admises puisqu'un même individu peut faire plus d'un séjour à l'hôpital durant une période donnée. Voir la partie : « Informations méthodologiques » pour obtenir plus de renseignements au sujet du fichier MED-ECHO.

4 L'adoption, en 2006, de la CIM-10 pour coder les causes d'hospitalisation entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

5 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

6 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 7.2 HOSPITALISATIONS – TUMEUR MALIGNE¹

Figure 7.2a : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, tumeur maligne, selon le sexe et la période triennale⁴, Côte-Nord, avril 1997 à mars 2006 et avril 2007 à mars 2013 à mars 2016⁵

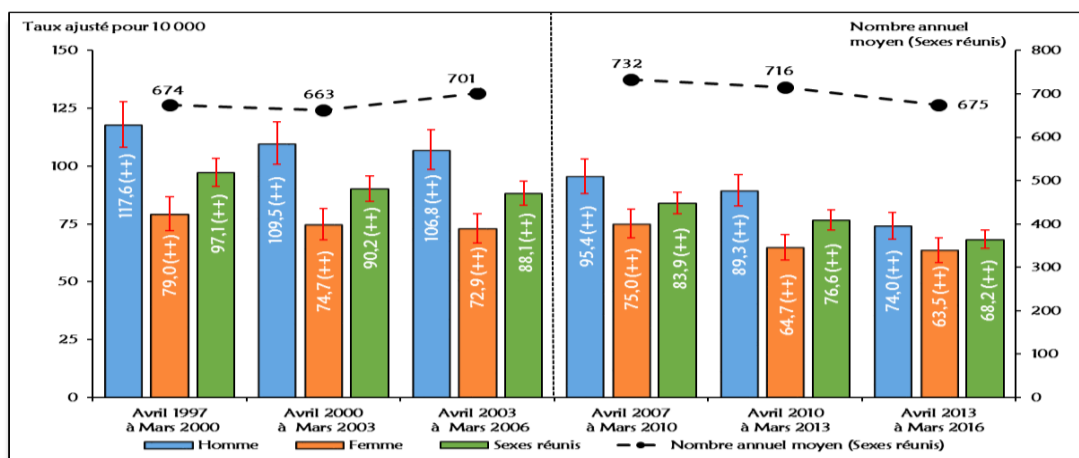
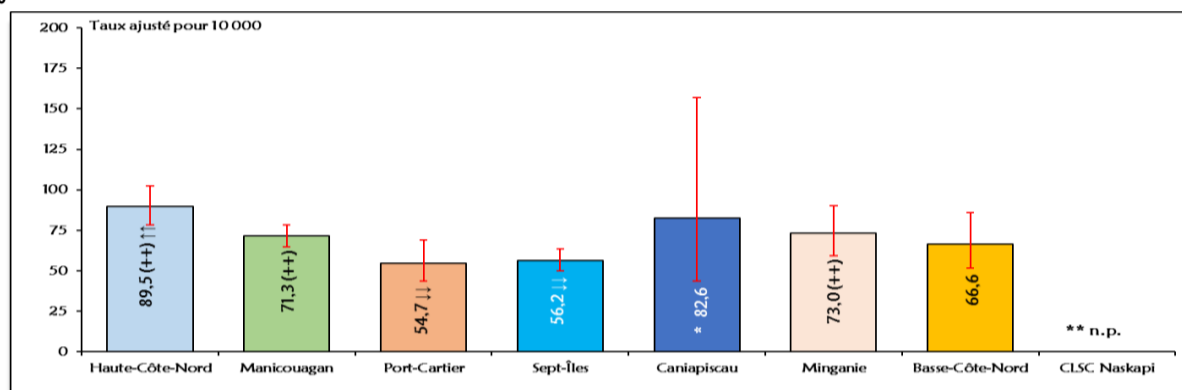


Figure 7.2b : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, tumeur maligne, selon le territoire de RLS de résidence⁶, Côte-Nord, avril 2013 à mars 2016⁵



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre avril 1997 - mars 2000 et avril 2003-mars 2006

- ↑ d'environ 4 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (674 à 701).
 - * Toutefois, ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (97 à 88 pour 10 000 personnes) dans l'ensemble de la population.
 - * Tendence à la baisse, mais non significative au seuil de 1 %, du taux chez les hommes (118 à 107 pour 10 000 p.). Chez les femmes, l'écart n'est pas significatif (79 à 73 pour 10 000 p.) (figure 7.2a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives des taux chez les hommes (96 à 81 pour 10 000 p.), les femmes (70 à 61 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (80 à 69 pour 10 000 p.).
 - * ↓ d'environ 2,7 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations au cours de la période (47 458 à 46 182) (données non illustrées).

Entre avril 2007 - mars 2010 et avril 2013-mars 2016

- ↓ d'environ 8 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (732 à 675).
 - * ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (84 à 68 pour 10 000 p.) dans l'ensemble de la population, chez les hommes (95 à 74 pour 10 000 p.) et chez les femmes (75 à 64 pour 10 000 p.) (figure 7.2a).
- Ensemble du Québec : fléchissement significatif des taux chez les hommes (73 à 61 pour 10 000 p.), les femmes (57 à 52 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (64 à 56 pour 10 000 p.).
 - * ↑ de 1,4 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (47 354 à 48 011) (données non illustrées).

Périodes triennales

- Taux d'hospitalisation chez les hommes significativement plus élevé que celui enregistré chez les femmes, et ce, à chacune des périodes triennales (figure 7.2a).
 - * Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Taux d'hospitalisation nord-côtiers dépassent toujours ceux du reste du Québec, et ce, que ce soit chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population nord-côtière (figure 7.2a).

Période avril 2013 à mars 2016 dans les territoires de RLS (figure 7.2b)

- Taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le reste du Québec : Haute-Côte-Nord, Manicouagan et RLS de la Minganie.
 - * Taux d'hospitalisation supérieur au reste de la Côte-Nord : Haute-Côte-Nord.
 - * Taux inférieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Port-Cartier et RLS de Sept-Îles.
- En regard des taux de la période d'avril 2007 à mars 2010 (données non illustrées) :
 - * ↓ significative dans la Manicouagan et dans le RLS de Sept-Îles.
 - * Tendence à la baisse, mais non significative, dans le RLS de la Minganie.

1 Tumeur maligne (CIM-9 = 140-208; CIM-10 = C00-C97).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes admises puisqu'un même individu peut faire plus d'un séjour à l'hôpital durant une période donnée. Voir la partie : Informations méthodologiques » pour obtenir plus de renseignements au sujet du fichier MED-ECHO.

4 L'adoption, en 2006, de la CIM-10 pour coder les causes d'hospitalisation entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

5 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

6 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 7.3 HOSPITALISATIONS – MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE¹

Figure 7.3a : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, maladies de l'appareil circulatoire, selon le sexe et la période triennale⁴, Côte-Nord, avril 1997 à mars 2006 et avril 2013 à mars 2016⁵

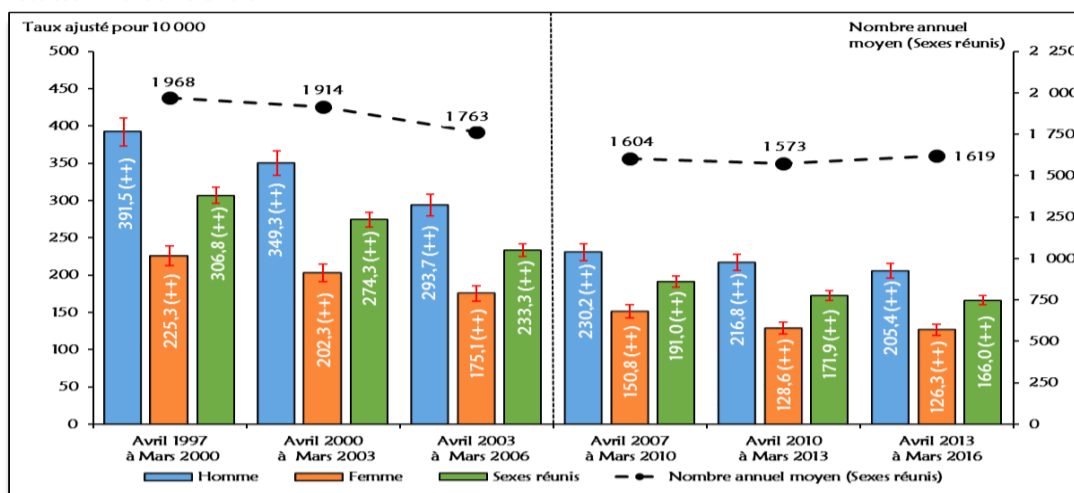
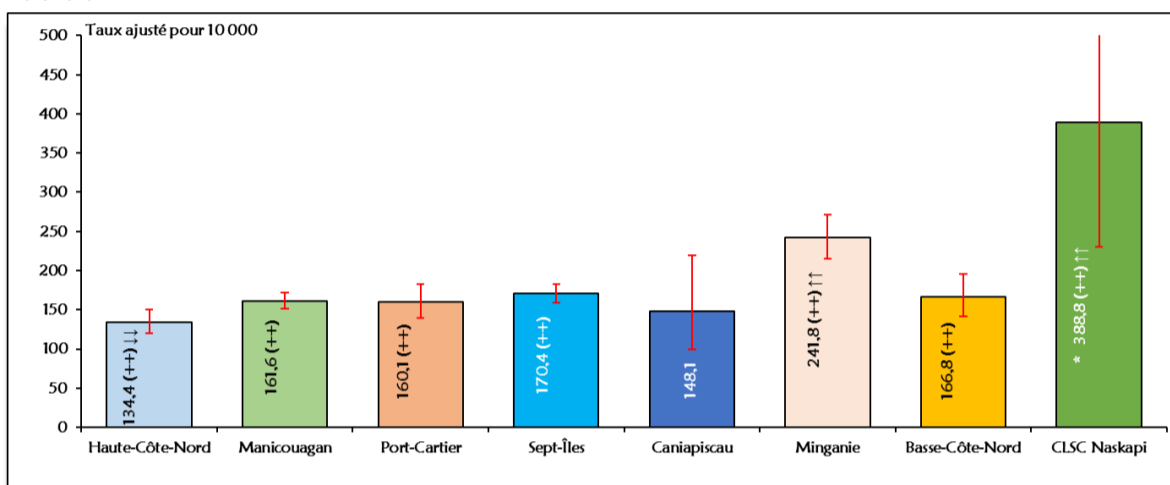


Figure 7.3b : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, maladies de l'appareil circulatoire, selon le territoire de RLS de résidence⁶, Côte-Nord, avril 2013 à mars 2016⁵



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre avril 1997 - mars 2000 et avril 2003-mars 2006

- ↓ d'environ 10 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (1 968 à 1 763).
 - * ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (307 à 233 pour 10 000 personnes) dans l'ensemble de la population.
 - * ↓ significatives du taux chez les hommes (392 à 294 pour 10 000 p.) et les femmes (225 à 175 pour 10 000 p.) (figure 7.3a).
- Ensemble du Québec : recul significatif des taux chez les hommes (255 à 205 pour 10 000 p.), les femmes (144 à 113 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (194 à 154 pour 10 000 p.).
 - * ↓ d'environ 8,6 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations au cours de la période (1 115 96 à 1 011 943) (données non illustrées).

Entre avril 2007 - mars 2010 et avril 2013-mars 2016

- Relative stabilité du nombre annuel moyen d'hospitalisations (1 604 à 1 619).
 - * ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (191 à 166 pour 10 000 p.) dans l'ensemble de la population.
 - * ↓ significative du taux chez les hommes (230 à 205 pour 10 000 p.) et les femmes (151 à 126 pour 10 000 p.) (figure 7.3a).
- Ensemble du Québec : fléchissement significatif des taux chez les hommes (167 à 143 pour 10 000 p.), les femmes (92 à 81 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (126 à 110 pour 10 000 p.).
 - * ↑ de 2,9 % environ du nombre annuel moyen d'hospitalisations (92 732 à 95 406) (données non illustrées).

Périodes triennales

- Taux d'hospitalisation chez les hommes significativement plus élevé que celui enregistré chez les femmes, et ce, à chacune des périodes triennales (figure 7.3a).
 - * Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Taux d'hospitalisation nord-côtiers dépassent toujours ceux du reste du Québec, et ce, que ce soit chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population nord-côtère (figure 7.3a).

Période avril 2013 à mars 2016 dans les territoires de RLS (figure 7.3b)

- Taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le reste du Québec : tous les territoires, sauf le RLS de Caniapiscau.
 - * Taux d'hospitalisation supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de la Minganie et CLSC Naskapi.
 - * Taux inférieur au reste de la Côte-Nord : Haute-Côte-Nord.
- En regard des taux de la période d'avril 2007 à mars 2010 (données non illustrées) :
 - * ↓ significative en Haute-Côte-Nord, dans la Manicouagan et dans le RLS de la Basse-Côte-Nord.
 - * Pas de variations significatives dans les autres territoires.

1 Maladie de l'appareil circulatoire (CIM-9 = 390-459; CIM-10 = I00-I99).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes admises puisqu'un même individu peut faire plus d'un séjour à l'hôpital durant une période donnée. Voir la partie : Informations méthodologiques » pour obtenir plus de renseignements au sujet du fichier MED-ECHO.

4 L'adoption, en 2006, de la CIM-10 pour coder les causes d'hospitalisation entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

5 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

6 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 7.4 HOSPITALISATIONS – CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE¹

Figure 7.4a : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, cardiopathie ischémique, selon le sexe et la période triennale⁴, Côte-Nord, avril 1997 à mars 2006 et avril 2013 à mars 2016⁵

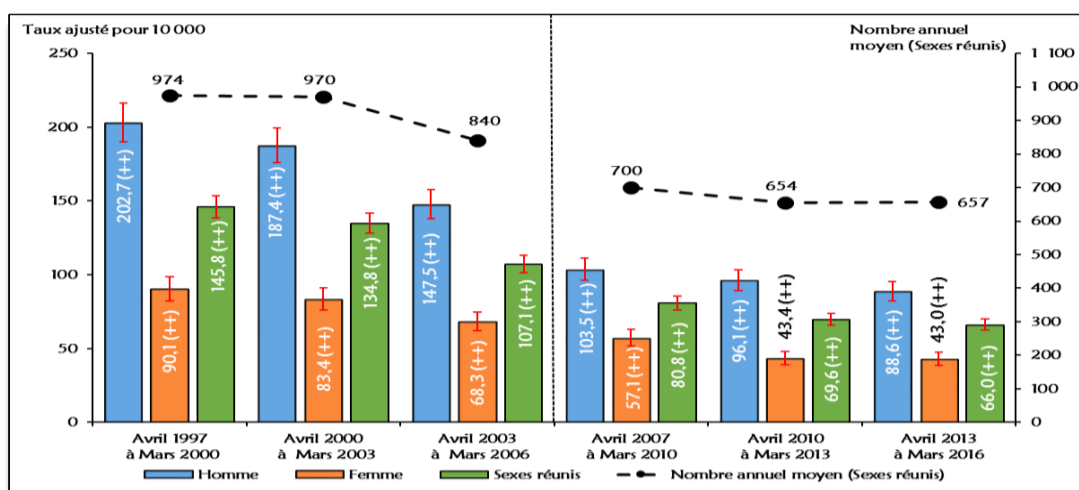
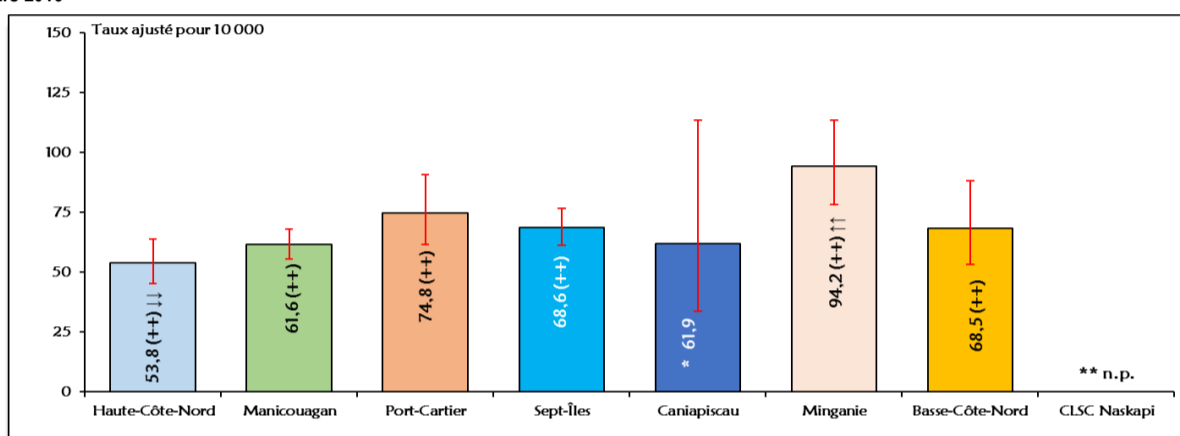


Figure 7.4b : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, cardiopathie ischémique, selon le territoire de RLS de résidence⁶, Côte-Nord, avril 2013 à mars 2016⁵



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre avril 1997 - mars 2000 et avril 2003-mars 2006

- ↓ d'environ 14 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (974 à 840).
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (146 à 107 pour 10 000 personnes) dans l'ensemble de la population.
 - ↓ significatives du taux chez les hommes (203 à 147 pour 10 000 p.) et chez les femmes (90 c. 68 pour 10 000 p.).
- Ensemble du Québec : recul significatif des taux chez les hommes (116 à 97 pour 10 000 p.), les femmes (50 à 39 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (81 à 66 pour 10 000 p.).
 - ↓ d'environ 6 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations au cours de la période (46 756 à 43 964) (données non illustrées).

Entre avril 2007 - mars 2010 et avril 2013-mars 2016

- ↓ de 6 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (700 à 657) dans l'ensemble de la population.
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (81 à 66 pour 10 000 p.).
 - ↓ significative du taux chez les hommes (103 à 89 pour 10 000 p.) et chez les femmes (57 à 43 pour 10 000 p.) (figure 7.4a).
- Ensemble du Québec : fléchissement significatif des taux chez les hommes (73 à 55 pour 10 000 p.), les femmes (28 à 21 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (49 à 37 pour 10 000 p.).
 - ↓ de plus de 10 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (36 110 à 32 309) (données non illustrées).

Périodes triennales

- Taux d'hospitalisation chez les hommes statistiquement plus élevés que ceux enregistrés chez les femmes, et ce, à chacune des périodes triennales (figure 7.4a).
 - Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Taux d'hospitalisation nord-côtiers dépassent toujours ceux du reste du Québec, et ce, que ce soit chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population nord-côtère (figure 7.4a).

Période avril 2013 à mars 2016 dans les territoires de RLS (figure 7.4b)

- Taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le reste du Québec : tous les territoires, sauf le RLS de Caniapiscou.
 - Taux d'hospitalisation supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de la Minganie.
 - Taux inférieur au reste de la Côte-Nord : Haute-Côte-Nord.
- En regard des taux de la période d'avril 2007 à mars 2010 (données non illustrées) :
 - ↓ significatives en Haute-Côte-Nord, dans la Manicouagan, le RLS de la Minganie et celui de la Basse-Côte-Nord.

1 Cardiopathie ischémique (CIM-9 = 410-414; CIM-10 = I20-I25).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes admises puisqu'un même individu peut faire plus d'un séjour à l'hôpital durant une période donnée. Voir la partie : Informations méthodologiques pour obtenir plus de renseignements au sujet du fichier MED-ÉCHO.

4 L'adoption, en 2006, de la CIM-10 pour coder les causes d'hospitalisation entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

5 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

6 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 7.5 HOSPITALISATIONS – MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE¹

Figure 7.5a : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, maladies de l'appareil respiratoire, selon le sexe et la période triennale⁴, Côte-Nord, avril 1997 à mars 2006 et avril 2006 à mars 2016⁵

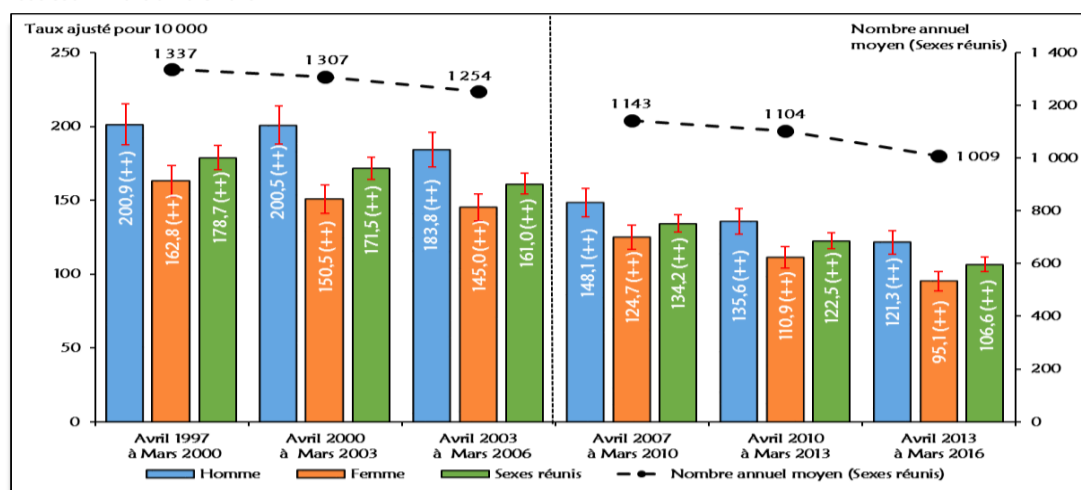
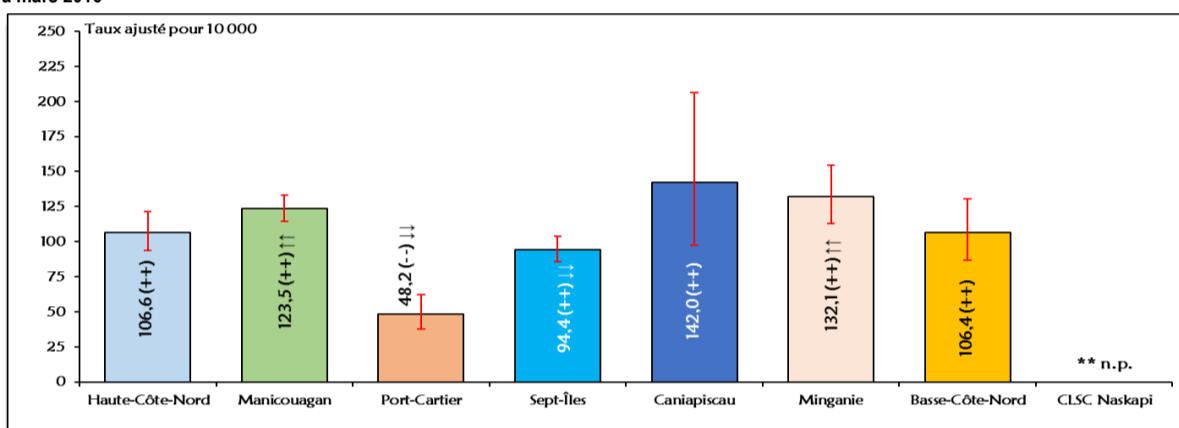


Figure 7.5b : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, maladies de l'appareil respiratoire, selon le territoire de RLS de résidence⁶, Côte-Nord, avril 2013 à mars 2016⁵



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre avril 1997 - mars 2000 et avril 2003-mars 2006

- ↓ d'un peu plus de 6 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (1 337 à 1 254).
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (179 à 161 pour 10 000 personnes) dans l'ensemble de la population.
 - ↓ significative du taux chez les femmes (163 à 145 pour 10 000 p.).
 - Tendance à la baisse, mais non significative au seuil de 1 %, chez les hommes (201 à 184 pour 10 000 p.) (figure 7.5a).
- Ensemble du Québec : recul significatif des taux chez les hommes (137 à 107 pour 10 000 p.), les femmes (95 à 77 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (111 à 89 pour 10 000 p.).
 - ↓ d'environ 14 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations au cours de la période (70 088 à 59 973) (données non illustrées).

Entre avril 2007 - mars 2010 et avril 2013-mars 2016

- ↓ de 12 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (1 143 à 1 009) dans l'ensemble de la population.
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (134 à 107 pour 10 000 p.).
 - ↓ significatives du taux chez les hommes (148 à 121 pour 10 000 p.) et chez les femmes (125 à 95 pour 10 000 p.) (figure 7.5a).
- Ensemble du Québec : stabilité du taux d'hospitalisation dans l'ensemble de la population (environ 81 pour 10 000 p.).
 - ↓ significative chez les hommes (97 à 93 pour 10 000 p.).
 - ↓ minime, mais significative, chez les femmes (72 à 74 pour 10 000 p.).
 - ↑ de 17 % environ du nombre annuel moyen d'hospitalisations (60 119 à 70 178) (données non illustrées).

Périodes triennales

- Taux d'hospitalisation chez les hommes statistiquement plus élevés que ceux enregistrés chez les femmes, et ce, à chacune des périodes triennales (figure 7.5a).
 - Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- Taux d'hospitalisation nord-côtiers dépassent toujours ceux du reste du Québec, et ce, que ce soit chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population nord-côtère (figure 7.5a).

Période avril 2013 à mars 2016 dans les territoires de RLS (figure 7.5b)

- Taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le reste du Québec : tous les territoires, sauf le RLS de Port-Cartier.
 - Taux inférieur au reste du Québec : RLS de Port-Cartier.
 - Taux d'hospitalisation supérieur au reste de la Côte-Nord : Manicouagan et RLS de la Minganie.
 - Taux inférieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Port-Cartier et RLS de Sept-Îles.
- En regard des taux de la période d'avril 2007 à mars 2010 (données non illustrées) :
 - ↓ significatives en Haute-Côte-Nord, dans la Manicouagan, le RLS de Sept-Îles et le RLS de la Basse-Côte-Nord.

1 Maladie de l'appareil respiratoire (CIM-9 = 460-519; CIM-10 = J00-J99).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes admises puisqu'un même individu peut faire plus d'un séjour à l'hôpital durant une période donnée. Voir la partie : Informations méthodologiques » pour obtenir plus de renseignements au sujet du fichier MED-ÉCHO.

4 L'adoption, en 2006, de la CIM-10 pour coder les causes d'hospitalisation entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

5 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

6 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 7.6 HOSPITALISATIONS – MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF¹

Figure 7.6a : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, maladies de l'appareil digestif, selon le sexe et la période triennale⁴, Côte-Nord, avril 1997 à mars 2006 et avril 2013 à mars 2016⁵

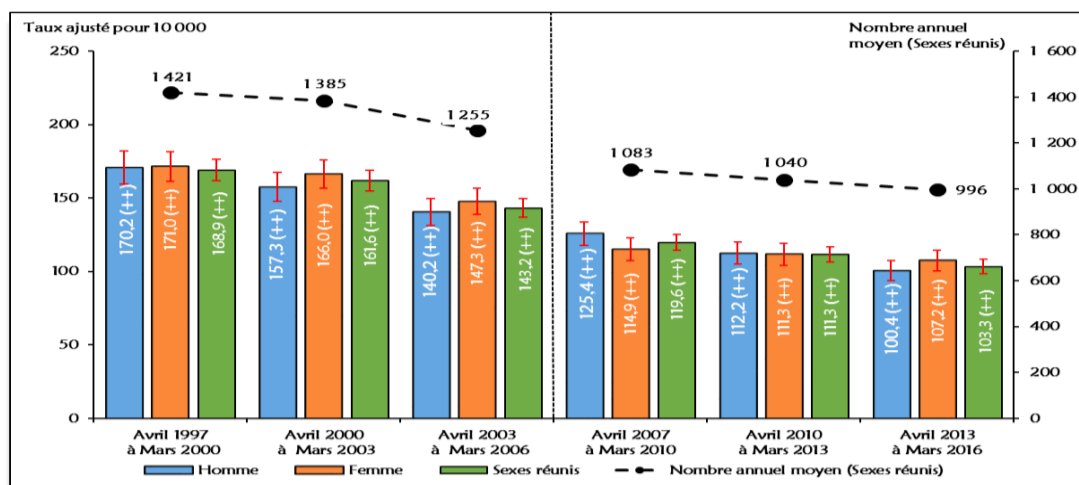
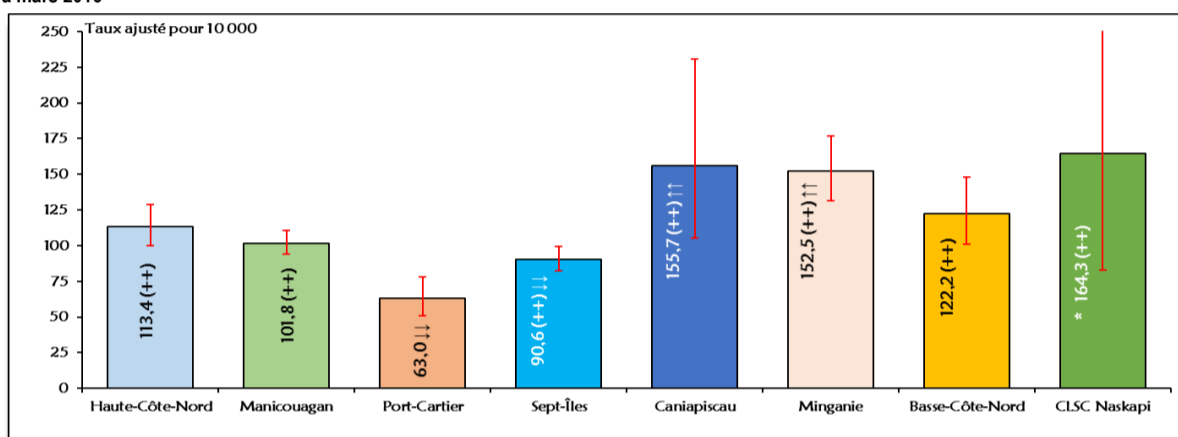


Figure 7.6b : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, maladies de l'appareil digestif, selon le territoire de RLS de résidence⁶, Côte-Nord, avril 2013 à mars 2016⁵



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre avril 1997 - mars 2000 et avril 2003-mars 2006

- ↓ d'environ 12 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (1 421 à 1 255).
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (169 à 143 pour 10 000 personnes) dans l'ensemble de la population.
 - ↓ significatives du taux chez les hommes (170 à 140 pour 10 000 p.) et les femmes (171 à 147 pour 10 000 p.) (figure 7.6a).
- Ensemble du Québec : recul significatif des taux chez les hommes (123 à 97 pour 10 000 p.), les femmes (112 à 90 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (116 à 93 pour 10 000 p.).
 - ↓ d'environ 14 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations au cours de la période (75 616 à 65 303) (données non illustrées).

Entre avril 2007 - mars 2010 et avril 2013-mars 2016

- ↓ de 8 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (1 083 à 996).
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (120 à 103 pour 10 000 p.) dans l'ensemble de la population.
 - ↓ significative du taux chez les hommes (125 à 100 pour 10 000 personnes).
 - Pas d'écart significatif, chez les femmes (115 à 107 pour 10 000 p.) (figure 7.6a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives du taux chez les hommes (88 à 80 pour 10 000 p.), les femmes (80 à 75 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (83 à 77 pour 10 000 p.).
 - ↑ de 3,3 % environ du nombre annuel moyen d'hospitalisations (62 969 à 65 057) (données non illustrées).

Périodes triennales

- Taux d'hospitalisation chez les hommes statistiquement comparables à ceux enregistrés chez les femmes, et ce, à chacune des périodes triennales. On observe d'ailleurs que les intervalles de confiance se chevauchent (figure 7.6a).
 - Dans l'ensemble du Québec, les taux chez les hommes surpassent toujours ceux chez les femmes (données non illustrées).
- Taux d'hospitalisation nord-côtiers dépassent toujours ceux du reste du Québec, et ce, que ce soit chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population nord-côtère (figure 7.6a).

Période avril 2013 à mars 2016 dans les territoires de RLS (figure 7.6b)

- Taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le reste du Québec : tous les territoires, sauf le RLS de Port-Cartier.
 - Taux d'hospitalisation supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de la Minganie et RLS de Caniapiscou.
 - Taux inférieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Port-Cartier et RLS de Sept-Îles.
- En regard des taux de la période d'avril 2007 à mars 2010 (données non illustrées) :
 - ↓ significatives en Haute-Côte-Nord et dans le RLS de la Basse-Côte-Nord.
 - Tendances à la baisse, mais non significatives, au seuil de 1 %, dans la Manicouagan et dans le RLS de la Minganie.

1 Maladie de l'appareil digestif (CIM-9 = 520-579; CIM-10 = K00-K93).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes admises puisqu'un même individu peut faire plus d'un séjour à l'hôpital durant une période donnée. Voir la partie : Informations méthodologiques » pour obtenir plus de renseignements au sujet du fichier MED-ÉCHO.

4 L'adoption, en 2006, de la CIM-10 pour coder les causes d'hospitalisation entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

5 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

6 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 7.7 HOSPITALISATIONS – DIABÈTE¹

Figure 7.7a : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, diabète, selon le sexe et la période triennale⁴, Côte-Nord, avril 1997 à mars 2006 et avril 2013 à mars 2016⁵

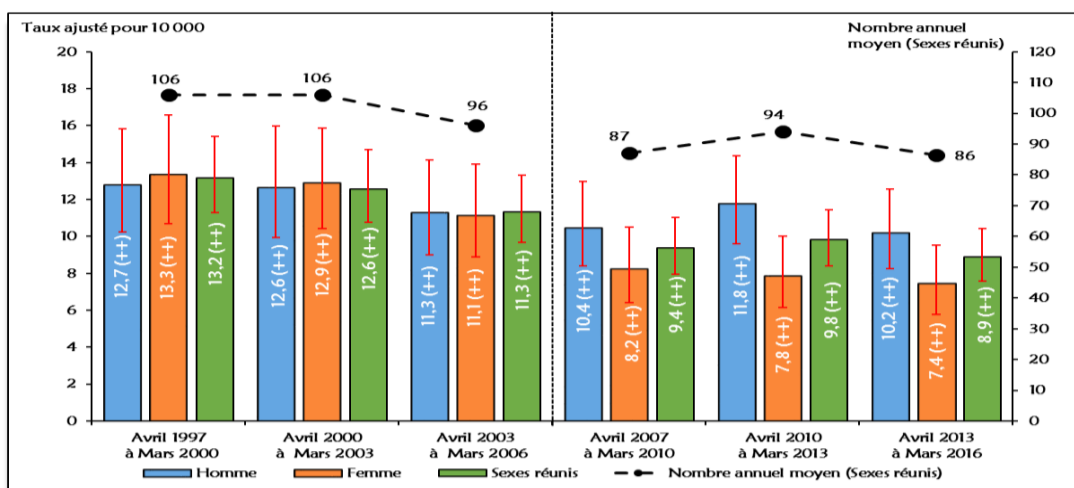
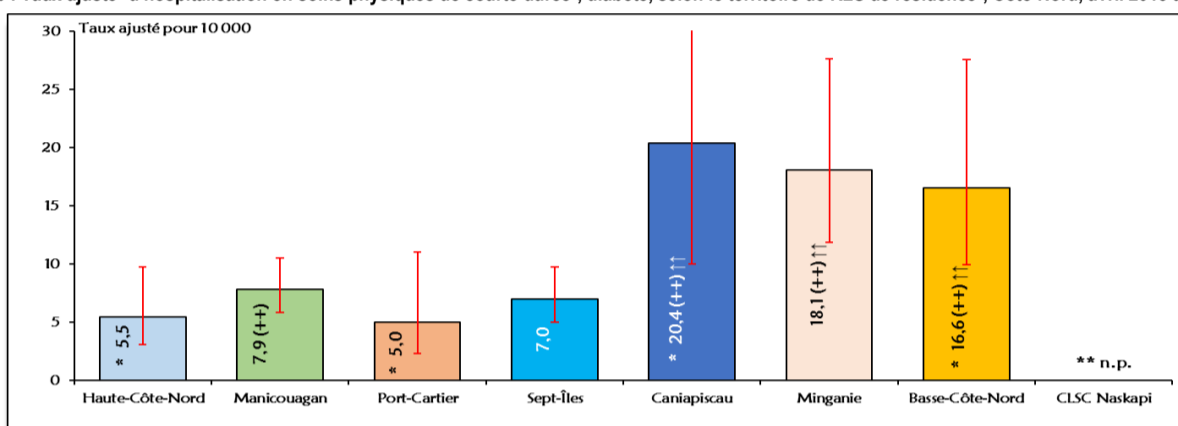


Figure 7.7b : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, diabète, selon le territoire de RLS de résidence⁶, Côte-Nord, avril 2013 à mars 2016⁵



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre avril 1997 - mars 2000 et avril 2003-mars 2006

- ↓ d'environ 10 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (106 à 96).
 - * pas de variations significatives des taux ajustés d'hospitalisation dans l'ensemble de la population (13 à 11 pour 10 000 personnes), chez les hommes (13 à 11 pour 10 000 p.) ou chez les femmes (13 à 11 pour 10 000 p.).
- Ensemble du Québec : ↓ minimales, mais néanmoins significatives, des taux chez les hommes (9 à 8 pour 10 000 p.), les femmes (7 à 6 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (8 à 7 pour 10 000 p.).
 - * ↓ de 1,8 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations au cours de la période (5 125 à 5 031) (données non illustrées).

Entre avril 2007 - mars 2010 et avril 2013-mars 2016

- Stabilité du nombre annuel moyen d'hospitalisations (87 à 86).
 - * Stabilité des taux ajustés d'hospitalisation dans l'ensemble de la population (9 pour 10 000 p.), chez les hommes (10 pour 10 000 p.) ou chez les femmes (8 à 7 pour 10 000 p.) (figure 7.7a).
- Ensemble du Québec : ↓ minimales, mais significatives, des taux chez les hommes (7,2 à 6,9 pour 10 000 p.), les femmes (5,1 à 4,7 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (6,1 à 5,7 pour 10 000 p.).
 - * ↓ de plus de 4 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (4 609 à 4 808) (données non illustrées).

Périodes triennales

- Pas d'écarts significatifs des taux d'hospitalisation entre les hommes et les femmes lors des périodes triennales avril 1997-mars 2000 à avril 2003-mars 2006.
 - * Taux significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes lors de la période avril 2010 à mars 2013 (12 c. 8 pour 10 000 personnes). Période avril 2013 à mars 2016 : le taux chez les hommes tend à être plus élevé que chez les femmes (10 c. 7 pour 10 000 p.), mais l'écart s'avère très proche du seuil de signification de 1 % (figure 7.7a).
 - * Ensemble du Québec : les taux d'hospitalisation chez les hommes surpassent ceux des femmes à toutes les périodes triennales (données non illustrées).
- Taux d'hospitalisation nord-côtiers dépassent toujours ceux du reste du Québec, et ce, que ce soit chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population nord-côtère (figure 7.7a).

Période avril 2013 à mars 2016 dans les territoires de RLS (figure 7.7b)

- Taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le reste du Québec : Manicouagan, le RLS de Caniapiscau, le RLS de la Minganie et celui de la Basse-Côte-Nord.
 - * Taux d'hospitalisation supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Caniapiscau, RLS de la Minganie et RLS de la Basse-Côte-Nord.
- En regard des taux de la période d'avril 2007 à mars 2010 (données non illustrées) :
 - * ↓ significative dans le RLS de Sept-Îles.

1 Diabète (CIM-9 = 250; CIM-10 = E10-E14).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes admises puisqu'un même individu peut faire plus d'un séjour à l'hôpital durant une période donnée. Voir la partie : Informations méthodologiques » pour obtenir plus de renseignements au sujet du fichier MED-ÉCHO.

4 L'adoption, en 2006, de la CIM-10 pour coder les causes d'hospitalisation entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

5 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

6 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 7.8 HOSPITALISATIONS – MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)¹

Figure 7.8a : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), selon le sexe et la période triennale⁴, Côte-Nord, avril 1997 à mars 2006 et avril 2013 à mars 2016⁵

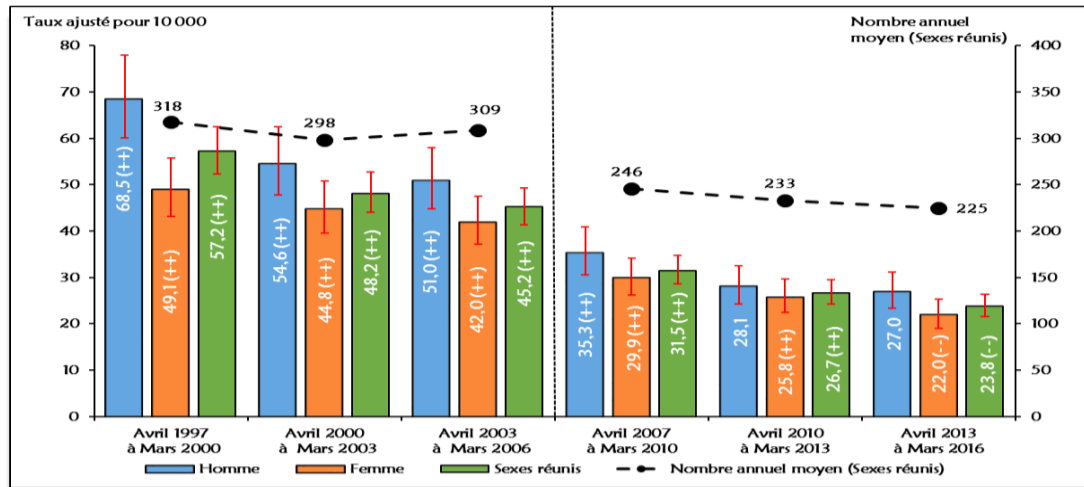
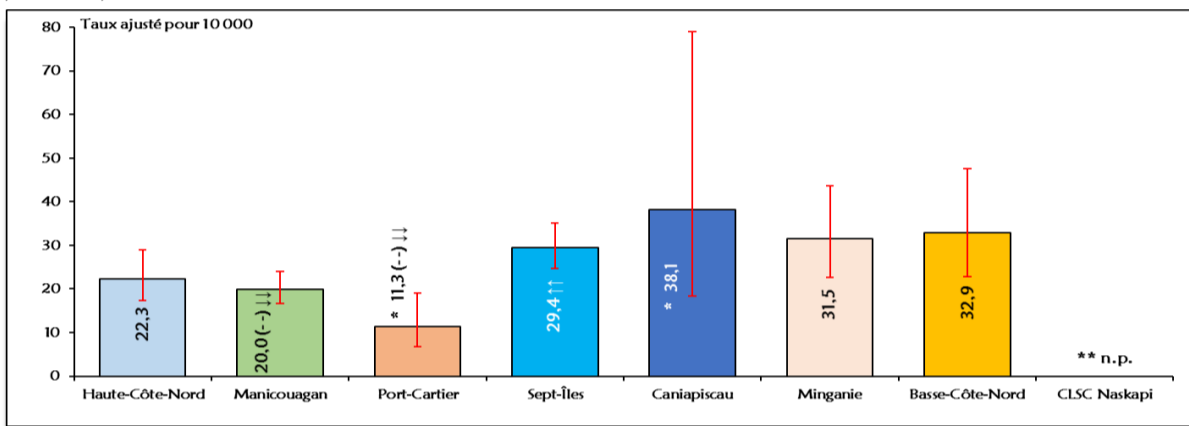


Figure 7.8b : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), selon le territoire de RLS de résidence⁶, Côte-Nord, avril 2013 à mars 2016⁵



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre avril 1997 - mars 2000 et avril 2003-mars 2006

- ↓ d'environ 2,8 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (318 à 309).
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (57 à 45 pour 10 000 personnes) dans l'ensemble de la population et chez les hommes (68 à 51 pour 10 000 p.).
 - Tendance à la baisse chez les femmes (49 à 42 pour 10 000 p.), mais l'écart n'est pas significatif au seuil de 1 % (figure 7.8a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives des taux chez les hommes (45 à 29 pour 10 000 p.), les femmes (27 à 20 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (33 à 23 pour 10 000 p.).
 - ↓ d'environ 18 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations au cours de la période (18 710 à 15 279) (données non illustrées).

Entre avril 2007 - mars 2010 et avril 2013-mars 2016

- ↓ d'environ 8 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (246 à 225).
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (32 à 24 pour 10 000 p.) dans l'ensemble de la population.
 - ↓ significatives du taux chez les hommes (35 à 27 pour 10 000 p.) et chez les femmes (30 à 22 pour 10 000 p.) (figure 7.8a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives des taux chez les hommes (26 à 30 pour 10 000 p.), les femmes (21 à 27 pour 10 000 p.) et dans l'ensemble de la population (22 à 28 pour 10 000 p.).
 - ↑ d'environ 50 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (16 231 à 24 321) (données non illustrées).

Périodes triennales

- Taux d'hospitalisation chez les hommes statistiquement plus élevés que ceux enregistrés chez les femmes, sauf pour les périodes avril 2007 à mars 2010 et avril 2010 à mars 2013 (figure 7.8a).
 - Dans l'ensemble du Québec, les hommes affichent toujours un taux d'hospitalisation plus élevé que celui des femmes (données non illustrées).
- Les taux d'hospitalisation nord-côtiers dépassent généralement ceux du reste du Québec, et ce, que ce soit chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population nord-côtère.
 - Cependant, les hommes nord-côtiers ne se différencient pas des autres hommes du Québec lors des périodes d'avril 2010 à mars 2013 et d'avril 2013 à mars 2016.
 - Les femmes nord-côtères et l'ensemble de la population régionale ont un taux significativement moins élevé que le reste du Québec au cours de la période d'avril 2013 à mars 2016 (figure 7.8a).

Période avril 2013 à mars 2016 dans les territoires de RLS (figure 7.8b)

- Taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le reste du Québec : aucun territoire.
 - Taux d'hospitalisation inférieur au reste du Québec : Manicouagan et RLS de Port-Cartier.
 - Taux d'hospitalisation supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Sept-Îles.
 - Taux inférieur au reste de la Côte-Nord : Manicouagan et RLS de Port-Cartier.
- En regard des taux de la période d'avril 2007 à mars 2010 (non illustrés) :
 - ↓ significatives en Haute-Côte-Nord et dans la Manicouagan.

1 Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (CIM-9 = 490-492, 496; CIM-10 = J40-J44). La MPOC réfère à l'emphysème ou à la bronchite chronique.

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes admises puisqu'un même individu peut faire plus d'un séjour à l'hôpital durant une période donnée. Voir la partie : Informations méthodologiques » pour obtenir plus de renseignements au sujet du fichier MED-ÉCHO.

4 L'adoption, en 2006, de la CIM-10 pour coder les causes d'hospitalisation entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

5 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

6 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 7.9 HOSPITALISATIONS – TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS¹

Figure 7.9a : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, traumatismes non intentionnels, selon le sexe et la période triennale⁴, Côte-Nord, avril 1997 à mars 2006 et avril 2013 à mars 2016⁵

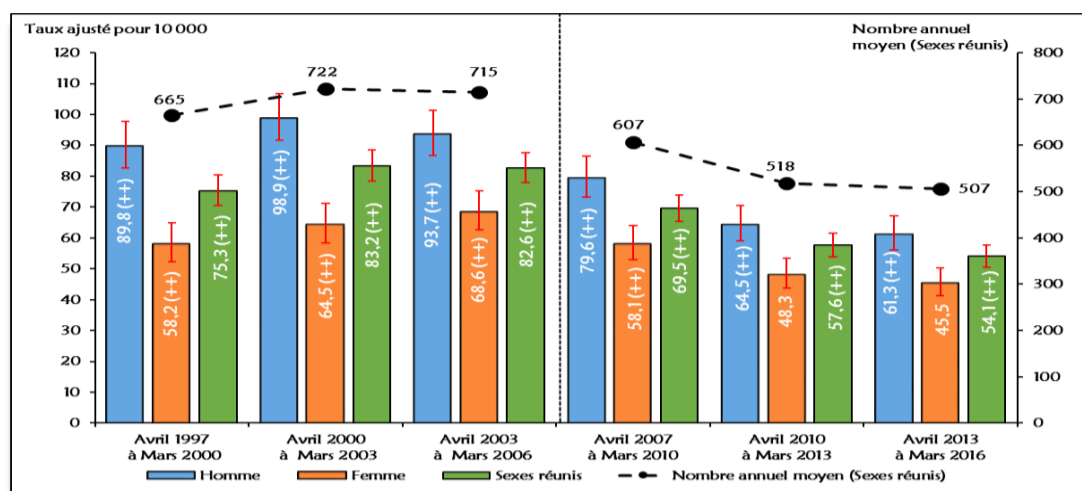
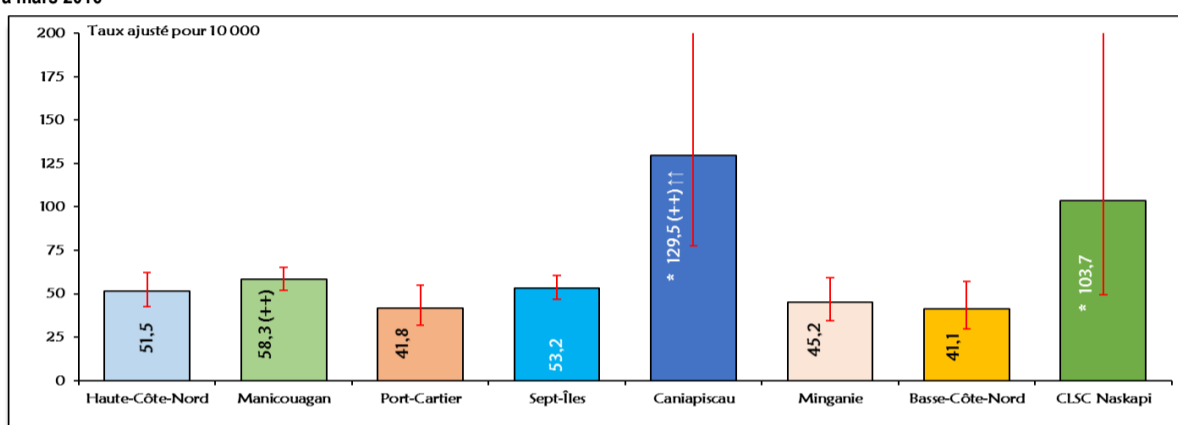


Figure 7.9b : Taux ajusté² d'hospitalisation en soins physiques de courte durée³, traumatismes non intentionnels, selon le territoire de RLS de résidence⁶, Côte-Nord, avril 2013 à mars 2016⁵



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Entre avril 1997-mars 2000 et avril 2003-mars 2006

- ↑ d'environ 8 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (665 à 715).
 - ↑ significatives du taux ajusté d'hospitalisation dans l'ensemble de la population (75 à 83 pour 10 000 personnes) et chez les femmes (58 à 69 pour 10 000 p.).
 - Écart non significatif chez les hommes (90 à 94 pour 10 000 p.) (figure 7.9a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives des taux chez les hommes (70 à 64 pour 10 000 p.), les femmes (50 à 49 pour 10 000 p.) et l'ensemble de la population (61 à 57 pour 10 000 p.).
 - Stabilité du nombre annuel moyen d'hospitalisations au cours de la période (40 366 à 40 483) (données non illustrées).

Entre avril 2007-mars 2010 et avril 2013-mars 2016

- ↓ d'environ 17 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (607 à 507).
 - ↓ significative du taux ajusté d'hospitalisation (70 à 54 pour 10 000 p.) dans l'ensemble de la population.
 - ↓ significatives du taux chez les hommes (80 à 61 pour 10 000 p.) et les femmes (58 à 46 pour 10 000 p.) (figure 7.9a).
- Ensemble du Québec : ↓ significatives des taux chez les hommes (56 à 52 pour 10 000 p.) et dans l'ensemble de la population (52 à 50 pour 10 000 p.). Pas de variations significatives chez les femmes (taux stable aux environ de 46 pour 10 000 p.).
 - ↑ de 10 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations (39 047 à 42 862) (données non illustrées).

Périodes triennales

- Taux d'hospitalisation chez les hommes significativement plus élevés que ceux enregistrés chez les femmes, et ce, à chacune des périodes triennales (figure 7.9a).
 - Même phénomène dans l'ensemble du Québec (données non illustrées).
- À l'exception des périodes d'avril 2010 à mars 2013 et d'avril 2013 à mars 2016 chez les femmes, les taux d'hospitalisation nord-côtiers dépassent toujours ceux du reste du Québec (figure 7.9a).

Période avril 2013 à mars 2016 dans les territoires de RLS (figure 7.9b)

- Taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le reste du Québec : Manicouagan et RLS de Caniapiscou.
 - Taux d'hospitalisation supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Caniapiscou.
- En regard des taux de la période d'avril 2007 à mars 2010 (données non illustrées) :
 - ↓ significative : Haute-Côte-Nord, Manicouagan, RLS de Sept-Îles, RLS de la Minganie.
 - Tendance à la baisse, mais non significative au seuil de 1 %, dans le RLS de la Basse-Côte-Nord.

1 Traumatisme non intentionnel (CIM-9 = E800-E869, E880-E929; CIM-10 = V01 X59, Y85-Y86).

2 Taux ajusté selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes admises puisqu'un même individu peut faire plus d'un séjour à l'hôpital durant une période donnée. Voir la partie : Informations méthodologiques » pour obtenir plus de renseignements au sujet du fichier MED-ÉCHO.

4 L'adoption, en 2006, de la CIM-10 pour coder les causes d'hospitalisation entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc être prudent lorsque l'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

5 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

6 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 8.1 INCIDENCE DU CANCER – ENSEMBLE DES CAUSES¹ (NOUVEAUX CAS)

Figure 8.1a : Taux ajusté² d'incidence pour tous les cancers selon le sexe et la période quinquennale, Côte-Nord, 1986-1990 à 2006-2010³

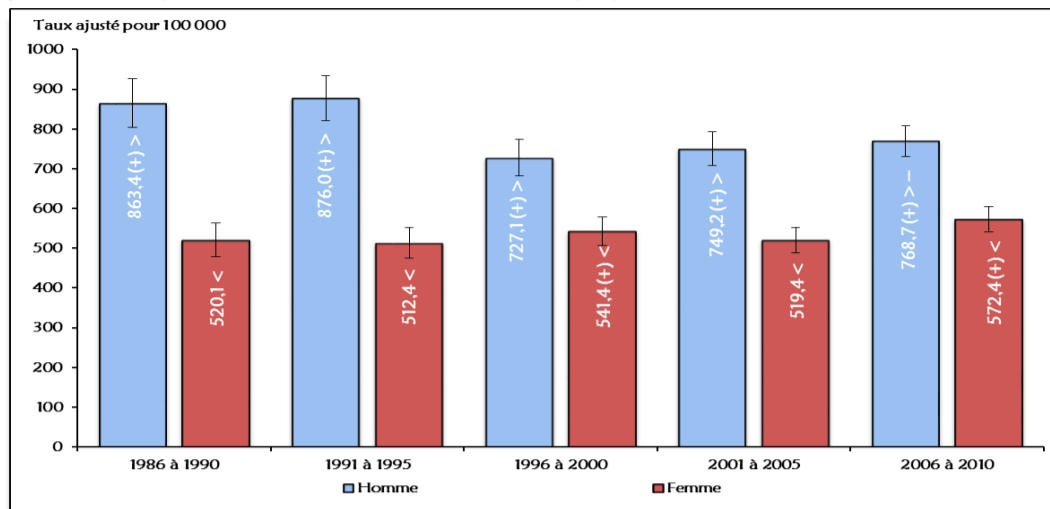
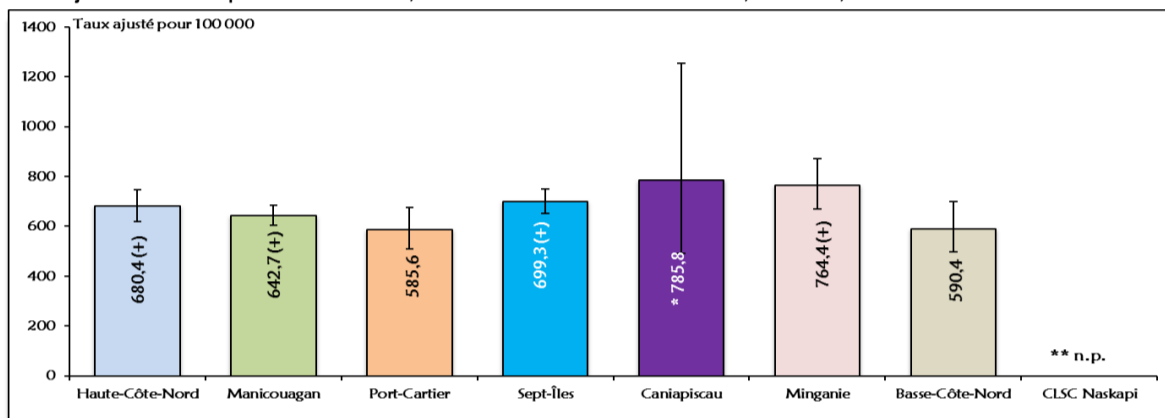


Figure 8.1b : Taux ajusté² d'incidence pour tous les cancers, selon le territoire de RLS de résidence⁴, Côte-Nord, 2006-2010³



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des tumeurs (version juin 2013); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

- Entre 1986-1990 et 2006-2010 : hausse de 66 % du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer (343 à 571).
 - ♣ Hommes : ↑ 61 % (198 à 318) Femmes : ↑ 74 % (145 à 253) (données non illustrées).

Taux d'incidence (nouveaux cancers)

- Population régionale : ↓ non significative (685 à 662 pour 100 000 personnes) (donnée non illustrée).
 - ♣ Hommes : ↓ significative (863 à 769 pour 100 000 p.).
 - ♣ Femmes : ↑ non significative (520 à 572 pour 100 000 p.) (figure 8.1a).
- Taux de cancer chez les hommes nord-côtiers plus élevés que chez les femmes et le reste de la population masculine québécoise.
- Femmes nord-côtières affichent un taux de cancer plus élevé que les autres femmes québécoises en 1996-2000 et en 2006-2010. Situation comparable lors des autres périodes (figure 8.1a).

Période 2006 à 2010 dans les territoires de RLS (figure 8.1b)

- Taux de cancer supérieurs au reste du Québec : Haute-Côte-Nord, Manicouagan, RLS de Sept-Îles et RLS de la Minganie.
 - ♣ Aucun territoire ne se différencie significativement du reste de la Côte-Nord.
- En regard des taux d'incidence de 1986-1990 (données non illustrées) :
 - ♣ Pas de variations significatives dans les territoires.

Importance et enjeu

- Un des problèmes de santé les plus importants, tant sur la Côte-Nord qu'au Québec.
- 2008-2012** : Première cause de décès dans la région et au Québec.
- Environ 264 décès par année, soit environ 39 % de l'ensemble des décès sur la Côte-Nord (Québec : 33 %), très loin devant les maladies de l'appareil circulatoire au second rang : 21 % des décès (Québec : 25 %) (données non illustrées).
- En raison du vieillissement de la population nord-côtière, il est à prévoir que le nombre de diagnostics de maladies liées au vieillissement, comme le cancer, continuera de s'accroître. Cela constitue un enjeu important pour la prestation des soins de santé.

PISTES POUR L'ACTION

- Près de la moitié des cancers sont dus à des facteurs de risque évitables : tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation, exposition excessive aux rayons ultraviolets, agents infectieux et certains facteurs environnementaux.
- Tiers des décès liés à la mauvaise alimentation et à la sédentarité.
- Tiers des décès associés au tabagisme.
- Privilégier la promotion des saines habitudes de vie.
 - ♣ Éviter le tabac.
 - ♣ Activité physique régulière (minimum : 150 min. par semaine);
 - ♣ Alimentation saine et équilibrée, etc.
- Dépistage pour certains types de cancer.
 - ♣ Sein chez les femmes de 50 à 69 ans et celles à haut risque
 - ♣ Colorectal chez les hommes et les femmes de 50 à 74 ans.
 - ♣ Col utérin chez les femmes de 21 à 65 ans.

1 Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus sauf le cancer in situ de la vessie. L'année 2010 est la dernière pour laquelle les données sur les nouveaux cas de cancer sont disponibles au Fichier des tumeurs du Québec (FITQ). En raison de l'implantation du Registre québécois du cancer (RQC), le FITQ n'est plus mis à jour. Les données du RQC ne sont pas encore disponibles.

2 Taux ajustés selon la structure par âge (0 à 4, 5 à 14, 15 à 24, 25 à 44, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 8.2 INCIDENCE DU CANCER DU POUMON¹ (NOUVEAUX CAS)

Figure 8.2a : Taux ajusté² d'incidence du cancer du poumon selon le sexe et la période quinquennale, Côte-Nord, 1986-1990 à 2006-2010³

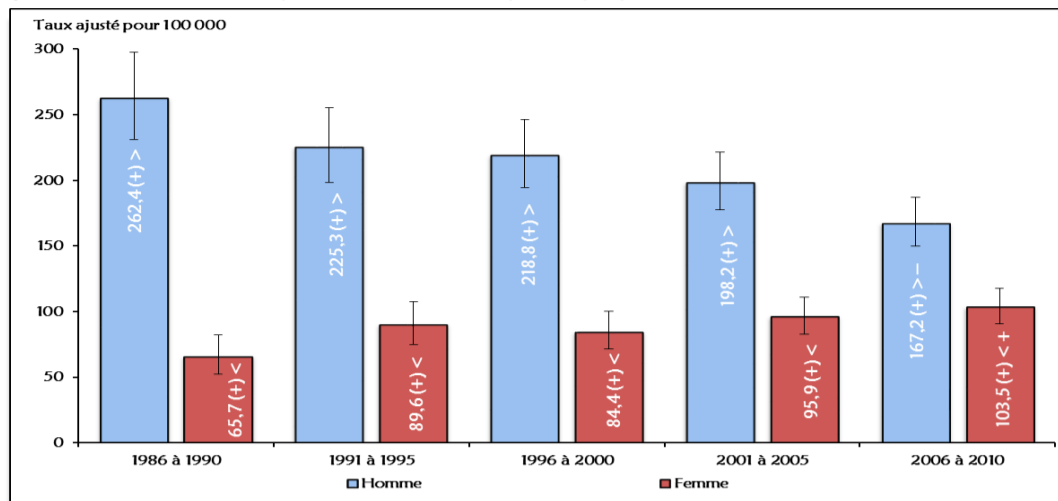
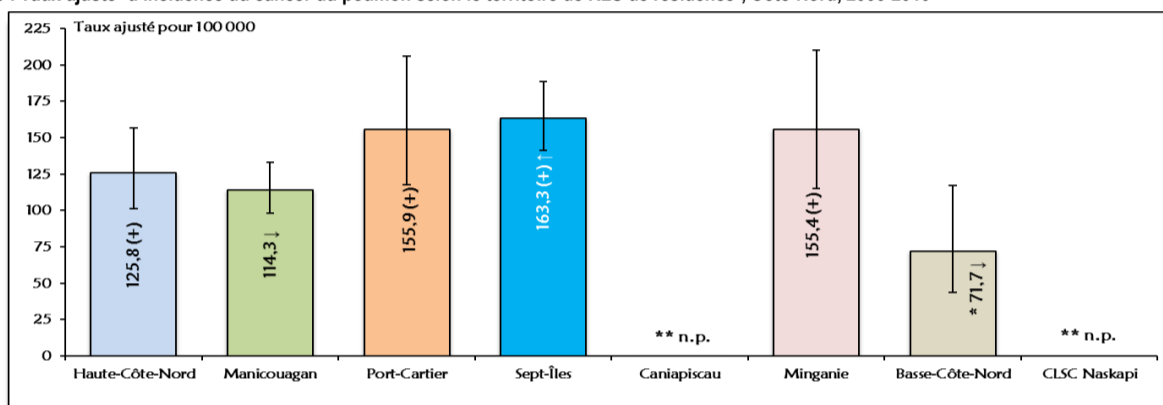


Figure 8.2b : Taux ajusté² d'incidence du cancer du poumon selon le territoire de RLS de résidence⁴, Côte-Nord, 2006-2010³



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des tumeurs (version juin 2013); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

- Entre 1986-1990 et 2006-2010, hausse de 46 % du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer (76 à 111).
 - Hommes : ↑ 12 % (59 à 66) Femmes : ↑ 171 % (17 à 46) (données non illustrées).

Taux d'incidence (nouveaux cancers)

- Population régionale : ↓ significative (162 à 132 pour 100 000 personnes) (donnée non illustrée).
 - Hommes : ↓ significative (262 à 167 pour 100 000 p.).
 - Femmes : ↑ significative (66 à 104 pour 100 000 p.) (figure 8.2a).
- Taux de cancer du poumon chez les hommes nord-côtières plus élevés que chez les femmes et le reste de la population masculine québécoise.
- Femmes nord-côtières affichent un taux de cancer plus élevé que les autres femmes québécoises à toutes les périodes quinquennales (figure 8.2a).

Période 2006 à 2010 dans les territoires de RLS (figure 8.2b) :

- Taux de cancer du poumon supérieur au reste du Québec : Haute-Côte-Nord, RLS de Port-Cartier, RLS de Sept-Îles et RLS de la Minganie.
 - Taux supérieur au reste de la Côte-Nord : RLS de Sept-Îles.
 - Taux inférieur au reste de la Côte-Nord : Manicouagan et RLS de la Basse-Côte-Nord.
- En regard des taux d'incidence de 1986-1990 (données non illustrées) :
 - ↓ significatives du taux d'incidence en Haute-Côte-Nord (bien que la moyenne annuelle de nouveaux cas soit la même, soit 16) et dans la Manicouagan (malgré une ↑ de la moyenne annuelle de nouveaux cas : de 27 à 34).
 - Pas de variations significatives de l'incidence du cancer du poumon dans les autres territoires.

Importance et enjeux

- **2006-2010** : Première cause de cancer sur la Côte-Nord (19 % des cancers) dans l'ensemble de la population comme au Québec (17 %).
 - Hommes de la Côte-Nord : deuxième cause de cancer (21 %), tout juste derrière celui de la prostate (22 %).
 - Femmes nord-côtières : deuxième cause de cancer (18 %), derrière le cancer du sein (23 %).
- **2008-2012** : Première cause de décès par cancer dans la région, comme au Québec.
- 57 décès par année (37 % des décès par cancer) chez les hommes de la Côte-Nord (Québec : 33 %).
 - Chez les femmes nord-côtières : 36 décès par année, 32 % des décès par cancer (Québec : 28 %) (données non illustrées).

PISTES POUR L'ACTION

- Environ 80 % des cancers du poumon sont directement reliés au tabagisme.
- Privilégier la promotion de l'abandon du tabagisme et continuer les campagnes de prévention de l'usage du tabac.
 - Poursuivre les moyens pour accompagner les personnes désireuses de cesser de fumer, comme les centres d'abandon du tabagisme offerts dans chaque installation du CISSS de la Côte-Nord.
 - Outiller et soutenir les jeunes à demeurer non-fumeurs.

1 Code CIM-O-3 (C34 et histologie = toutes, sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992). L'année 2010 est la dernière pour laquelle les données sur les nouveaux cas de cancer sont disponibles au Fichier des tumeurs du Québec (FITQ). En raison de l'implantation du Registre québécois du cancer (RQC), le FITQ n'est plus mis à jour. Les données du RQC ne sont pas encore disponibles.
2 Taux ajusté selon la structure par âge (0 à 4, 5 à 14, 15 à 24, 25 à 44, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.
3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.
4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 8.3 INCIDENCE DU CANCER COLORECTAL¹ (NOUVEAUX CAS)

Figure 8.3a : Taux ajusté² d'incidence du cancer colorectal selon le sexe et la période quinquennale, Côte-Nord, 1986-1990 à 2006-2010³

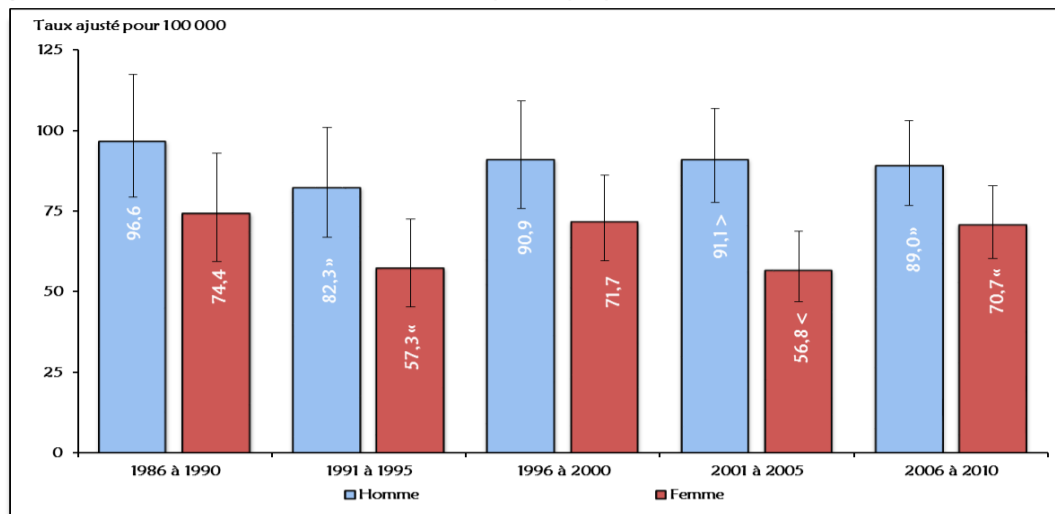
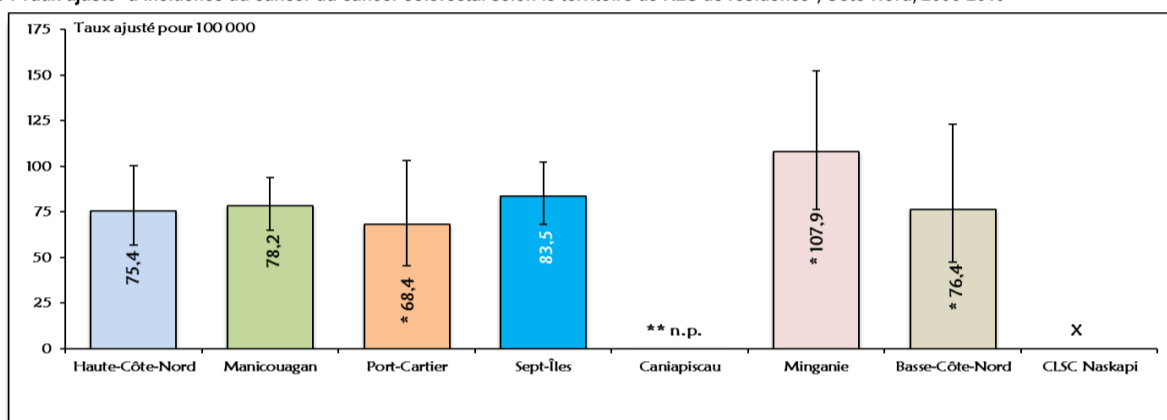


Figure 8.3b : Taux ajusté² d'incidence du cancer colorectal selon le territoire de RLS de résidence⁴, Côte-Nord, 2006-2010³



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des tumeurs (version juin 2013); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

- Entre 1986-1990 et 2006-2010, hausse de 58 % du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer (43 à 68).
 - Hommes : ↑ 52 % (25 à 38)
 - Femmes : ↑ 67 % (18 à 30) (données non illustrées).

Taux d'incidence (nouveaux cancers)

- Population régionale : tendance à la ↓ (non significative) (86 à 80 pour 100 000 personnes) (donnée non illustrée).
 - Hommes : ↓ non significative (97 à 89 pour 100 000 p.).
 - Femmes : ↓ non significative (74 à 71 pour 100 000 p.) (figure 8.3a).
- Taux de cancer colorectal plus élevés chez les hommes nord-côtiers que chez les femmes, sauf en 1986-1990 et 1996-2000.
- Quelle que soit la période quinquennale, pas d'écarts significatifs entre la Côte-Nord et le reste du Québec, et ce, ni chez les hommes, ni chez les femmes (figure 8.3a).

Période 2006 à 2010 dans les territoires de RLS (figure 8.3b)

- Taux de cancer colorectal similaire à celui du reste du Québec dans tous les territoires de la Côte-Nord.
 - Aucun territoire ne se démarque du reste la Côte-Nord.
- En regard des taux d'incidence de 1986-1990 (données non illustrées) :
 - Pas de variations significatives du taux d'incidence dans les territoires.

Importance et enjeux

- 2006-2010** : 68 cas par année; troisième cancer le plus fréquent dans l'ensemble de la population nord-côtère (12 % des cancers) comme au Québec (13 %).
 - Hommes de la Côte-Nord : troisième cause de cancer (38 nouveaux cas par année, 12 % des cancers), devancé par celui de la prostate (71 nouveaux cas par année, 22 % des cancers) et par celui du poumon (66 par année, 21 % des cancers).
 - Femmes nord-côtères : troisième cancer le plus fréquent en 2006-2010 (30 par année, 12 % des cancers), derrière le cancer du sein (59 par année, 23 % des cancers) et celui du poumon (46 par année, 18 % des cancers).
- 2008-2012** : deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes nord-côtiers (18 décès par année, un peu plus de 11 % des décès par cancer), derrière le cancer du poumon (37 % des décès par cancer).
 - Femmes nord-côtères : troisième cause de décès par cancer (11 décès par année, environ 10 % des décès dus au cancer), derrière le cancer du poumon au premier rang (32 % des décès par cancer) et le cancer du sein, au second rang (un peu plus de 11 % des décès par cancer).

PISTES POUR L'ACTION

- Facteurs de risque : outre l'âge, certains facteurs génétiques et des antécédents familiaux, on en dénombre certains liés aux habitudes de vie : sédentarité, obésité, tabagisme, alcool, alimentation riche en viande rouge, consommation de viandes transformées, alimentation faible en fibres, etc.
- Privilégier la promotion de saines habitudes de vie, notamment au regard de l'activité physique, de la saine alimentation et de la consommation modérée d'alcool.
- Autres pistes d'intervention :
 - Dépistage chez les hommes et les femmes de 50 à 74 ans et chez les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal.

1 Code CIM-O-3 (C18-C20; C26.0 et histologie = toutes, sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992). L'année 2010 est la dernière pour laquelle les données sur les nouveaux cas de cancer sont disponibles au Fichier des tumeurs du Québec (FITQ). En raison de l'implantation du Registre québécois du cancer (RQC), le FITQ n'est plus mis à jour. Les données du RQC ne sont pas encore disponibles.

2 Taux ajusté selon la structure par âge (0 à 4, 5 à 14, 15 à 24, 25 à 44, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 8.4 INCIDENCE DU CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME¹ (NOUVEAUX CAS)

Figure 8.4a : Taux ajusté² d'incidence du cancer du sein chez la femme selon la période quinquennale, Côte-Nord, 1986-1990 à 2006-2010³

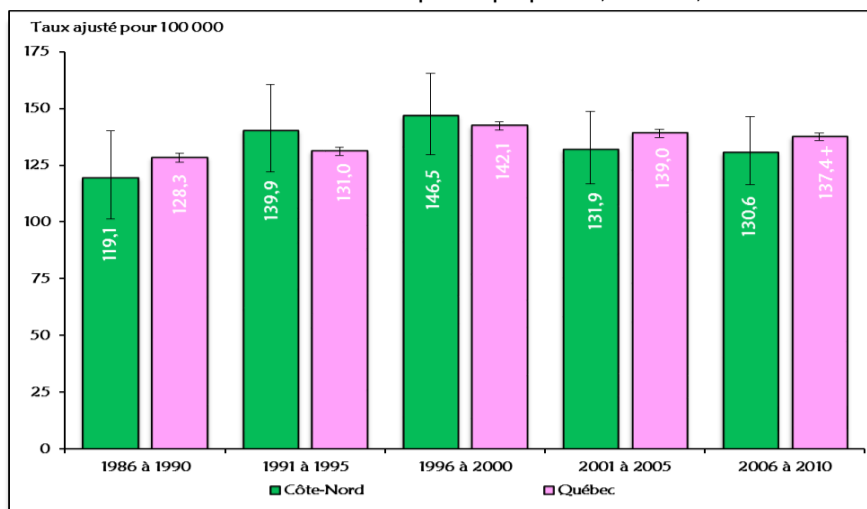
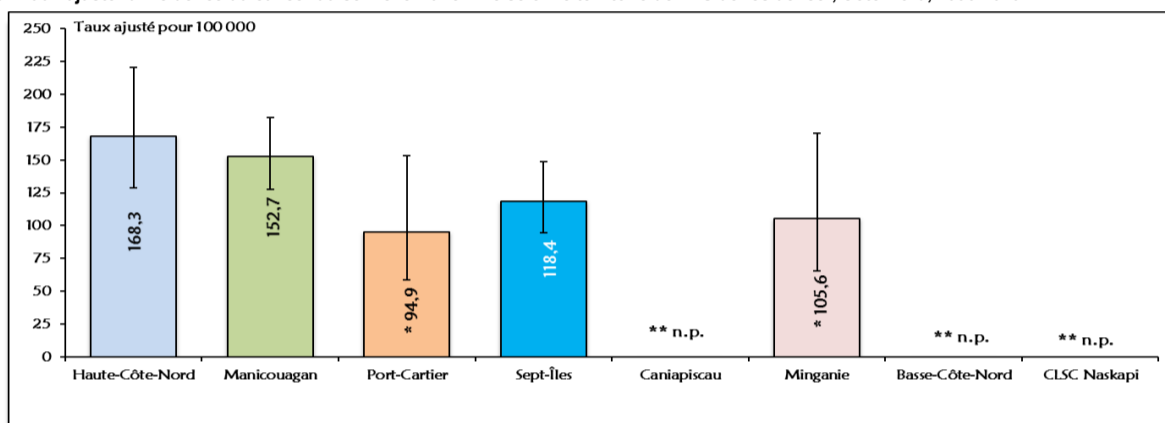


Figure 8.4b : Taux ajusté² d'incidence du cancer du sein chez la femme selon le territoire de RLS de résidence⁴, Côte-Nord, 2006-2010³



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des tumeurs (version juin 2013); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

- Entre 1986-1990 et 2006-2010, hausse de 69 % du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du sein (35 à 59).
- Hausse de 58 % au Québec durant la même période (données non illustrées).

Taux d'incidence (nouveaux cancers)

- Côte-Nord : ↑ non significative (119 à 131 pour 100 000 personnes).
- Québec : ↑ significative (128 à 137 pour 100 000 p.).
- Pas d'écart significatifs entre la Côte-Nord et le reste du Québec, et ce, peu importe la période quinquennale (figure 8.4a).

Période 2006 à 2010 dans les territoires de RLS (figure 8.4b)

- Taux d'incidence du cancer du sein similaire à celui du reste du Québec dans tous les territoires de la Côte-Nord.
- En regard des taux d'incidence de 1986-1990 (non illustrés) :
 - ✦ Pas de variations significatives du taux d'incidence, sauf en Haute-Côte-Nord où il est à la hausse.

Importance et enjeux

- **2006-2010** : 59 cas par année; cancer du sein le plus fréquent chez les femmes (23 % des cancers) comparativement à 26 % au Québec.
 - ✦ Au second rang chez les femmes, on retrouve le cancer du poumon (46 nouveaux cas par année, 18 % des cancers) en regard de 15 % dans la population féminine québécoise.
 - ✦ Le cancer colorectal vient au troisième rang, et ce, autant chez les Nord-Côtiers (30 nouveaux cancers par année, 12 % des cancers) que chez l'ensemble des Québécoises (12 % des cancers également).
- **2008-2012** : deuxième cause de décès par cancer chez les Nord-Côtiers (environ 12 par année, soit un peu plus de 11 % des décès par cancer) tout comme au Québec (environ 14 % des décès par cancer).
 - ✦ Au premier rang, on retrouve celui du poumon (36 décès par année, environ 32 % de la mortalité par cancer; Québec : 28 % des décès par cancer).
 - ✦ Le cancer colorectal se situe au troisième rang, à la fois sur la Côte-Nord (environ 11 par année et un peu moins de 10 % des décès par cancer) et au Québec (12 % de la mortalité par cancer) (données non illustrées).

PISTES POUR L'ACTION

- Facteurs de risque : outre l'âge, certains facteurs génétiques ainsi que des antécédents familiaux, on en identifie certains liés aux habitudes de vie : obésité, consommation d'alcool. Il est possible que le tabagisme et la sédentarité augmentent aussi le risque de survenue du cancer du sein. La prise de contraceptifs oraux et l'hormonothérapie substitutive sont aussi considérées comme des facteurs de risque.
- À l'instar d'autres types de cancer, promouvoir les saines habitudes de vie afin d'agir sur les facteurs de risques modifiables.
- Autres d'intervention :
 - ✦ Dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans dans le cadre du Programme québécoise de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et celles à haut risque (notamment les femmes qui ont des antécédents familiaux).

1 Code CIM-O-3 (C50 et histologie = toutes, sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992). L'année 2010 est la dernière pour laquelle les données sur les nouveaux cas de cancer sont disponibles au Fichier des tumeurs du Québec (FITQ). En raison de l'implantation du Registre québécois du cancer (RQC), le FITQ n'est plus mis à jour. Les données du RQC ne sont pas encore disponibles.

2 Taux ajusté selon la structure par âge (0 à 4, 5 à 14, 15 à 24, 25 à 44, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 8.5 INCIDENCE DU CANCER DE LA PROSTATE¹ (NOUVEAUX CAS)

Figure 8.5a : Taux ajusté² d'incidence du cancer de la prostate selon la période quinquennale, Côte-Nord, 1986-1990 à 2006-2010³

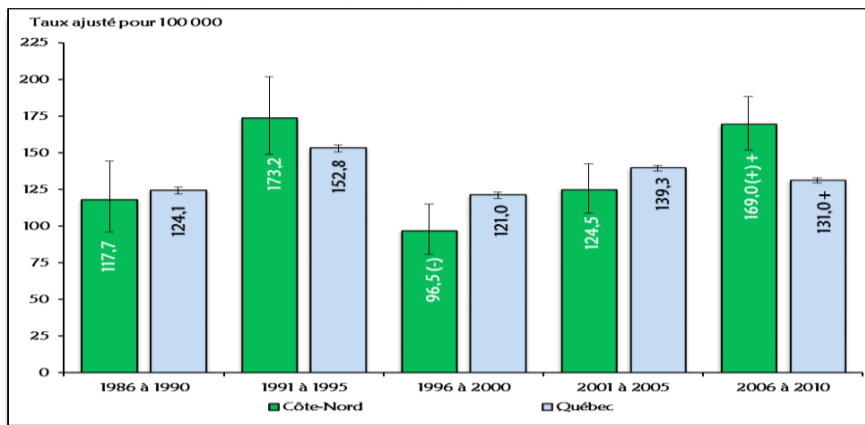
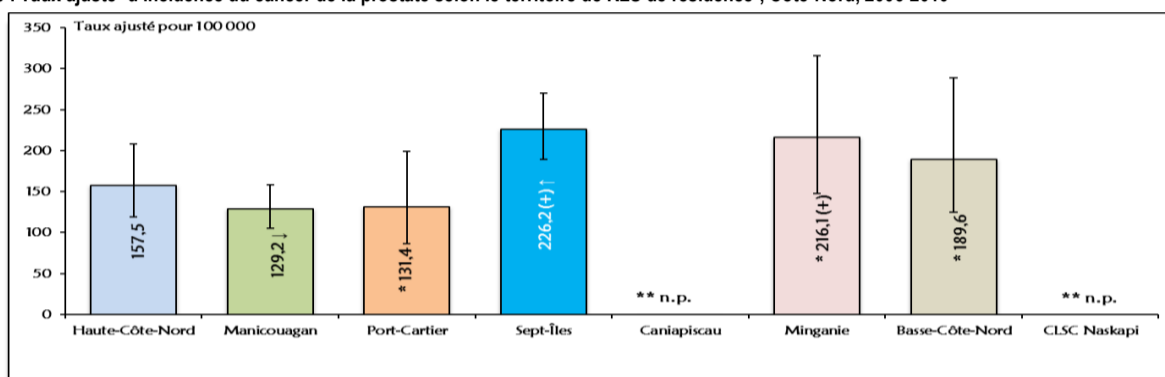


Figure 8.5b : Taux ajusté² d'incidence du cancer de la prostate selon le territoire de RLS de résidence⁴, Côte-Nord, 2006-2010³



Sources : a) Numérateur : MSSS, Fichier des tumeurs (version juin 2013); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

- Entre 1986-1990 et 2006-2010, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer de la prostate a plus que triplé (22 à 71).
- Hausse de 100 % au Québec durant la même période (données non illustrées).

Taux d'incidence (nouveaux cancers)

- Côte-Nord : ↑ significative (118 à 169 pour 100 000 personnes) entre 1986-1990 et 2006-2010.
- Québec : ↑ significative (124 à 131 pour 100 000 p.) au cours de la même période.
- En 1996-2000, la Côte-Nord enregistre un taux d'incidence plus faible que le reste du Québec. Il est plus élevé en 2006-2010, mais statistiquement comparable lors des autres périodes (figure 8.5a).
- À l'instar de la situation québécoise, il est fort probable que l'incidence de ce type de cancer soit sous-estimée étant donné que le Fichier des tumeurs du Québec (FITQ) repose sur le fichier des admissions hospitalières (MED-ÉCHO). Selon une étude réalisée en 2003 par l'INSPQ, environ 67 % des nouveaux cancers de la prostate seraient enregistrés au FITQ, soit l'un des taux d'exhaustivité les plus faibles comparativement à d'autres sièges de cancer.

Période 2006 à 2010 dans les territoires de RLS (figure 8.5b)

- Taux de cancer de la prostate supérieur au reste du Québec : RLS de Sept-Îles et RLS de la Minganie.
 - ✦ Taux d'incidence inférieur à celui du reste de la Côte-Nord : Manicouagan.
 - ✦ Taux d'incidence supérieur à celui du reste de la Côte-Nord : RLS de Sept-Îles.
- En regard des taux d'incidence de 1986-1990 (données non illustrées) :
 - ✦ Pas de variations significatives du taux d'incidence dans les territoires.

Importance et enjeux

- **2006-2010** : 71 cas par année; cancer le plus fréquent chez les hommes (22 % des cancers) comparativement à 20 % au Québec.
 - ✦ Au second rang chez les hommes, on retrouve le cancer du poumon (66 nouveaux cas par année, 21 % des cancers) en regard de 19 % chez les hommes québécois.
 - ✦ Le cancer colorectal vient au troisième rang, et ce, autant chez les Nord-Côtiers (38 nouveaux cancers par année, 12 % des cancers) que chez l'ensemble hommes québécois (14 % des cancers également).
- **2008-2012** : troisième cause de décès par cancer chez les hommes nord-côtiers (environ 8 par année, soit 5,2 % des décès par cancer) sur un pied d'égalité avec le cancer du pancréas (5,1 % des décès par cancer); troisième au Québec (un peu moins de 8 % des décès par cancer).
 - ✦ Sur la Côte-Nord, au premier rang chez les hommes, on retrouve celui du poumon (57 décès par année, environ 37 % de la mortalité par cancer; Québec : 33 % des décès par cancer).
 - ✦ Le cancer colorectal se situe au deuxième rang, à la fois sur la Côte-Nord (environ 18 par année et un peu plus de 11 % des décès par cancer) et au Québec (un peu moins de 12 %) (données non illustrées).

PISTES POUR L'ACTION

- Facteurs de risque connus : antécédents familiaux. Parmi les facteurs possibles : certaines mutations génétiques; habitudes de vie : embonpoint ou obésité, alimentation riche en viande rouge ou transformée, alimentation riches en matières grasses ou produits laitiers; conditions médicales comme une inflammation de la prostate.
- À l'instar d'autres types de cancer, promouvoir les saines habitudes de vie afin d'agir sur les facteurs de risques modifiables.

1 Code CIM-O-3 (C61 et histologie = toutes, sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992). L'année 2010 est la dernière pour laquelle les données sur les nouveaux cas de cancer sont disponibles au Fichier des tumeurs du Québec (FITQ). En raison de l'implantation du Registre québécois du cancer (RQC), le FITQ n'est plus mis à jour. Les données du RQC ne sont pas encore disponibles. Soulignons que l'incidence du cancer de la prostate est probablement sous-estimée puisque le FITQ repose sur le fichier des admissions hospitalières (MED-ÉCHO). En effet, les hommes qui ont reçu ce diagnostic et qui ont été traités sans avoir été hospitalisés ou avoir subi une chirurgie d'un jour au cours de la même période, ne sont pas inclus au fichier MED-ÉCHO en regard de cette période. Conséquemment, ils ne se retrouvent pas au FITQ. L'introduction du test de dépistage par APS (antigène prostatique spécifique) pourrait en partie expliquer les hausses observées de l'incidence de ce cancer.

2 Taux ajusté selon la structure par âge (0 à 4, 5 à 14, 15 à 24, 25 à 44, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2011.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

FICHE 9.1 DIABÈTE¹ – PRÉVALENCE (PERSONNES ATTEINTES DANS LA POPULATION)

Figure 9.1a : Proportion ajustée² de personnes atteintes de diabète selon le sexe, population âgée de 20 ans et plus, Côte-Nord et Québec, avril 2014 à mars 2015³

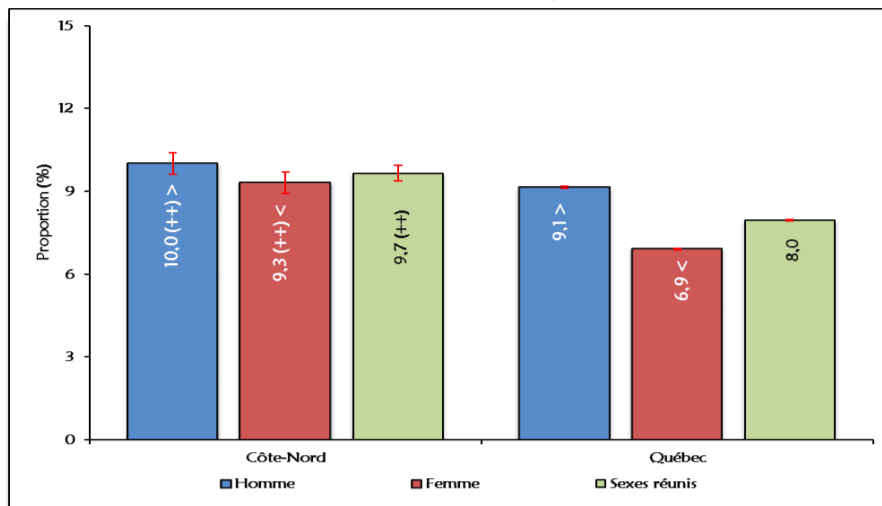
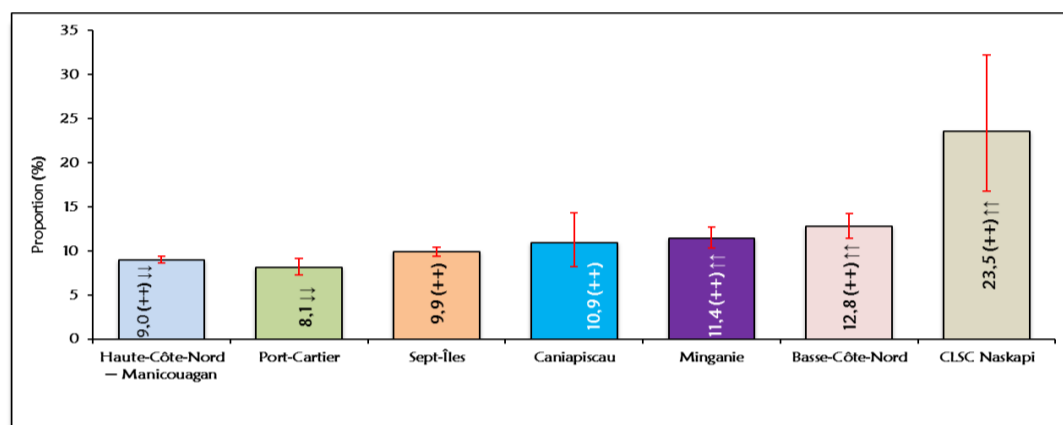


Figure 9.1b : Proportion ajustée² de personnes atteintes de diabète selon le territoire de RLS de résidence⁴, population âgée de 20 ans et plus, Côte-Nord, avril 2014 à mars 2015⁵



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Environ 8 335 résidents de la Côte-Nord, âgés de 20 ans et plus, vivent avec le diabète (donnée non illustrée); la prévalence ajustée se situe à environ 10 % de la population de ce groupe d'âge (figure 9.1a).
 - Personnes de 65 ans et plus : 27 % (proportion brute) sont diabétiques (Québec : 24 %) (données non illustrées).
- En proportion, la Côte-Nord compte davantage de personnes diabétiques que le reste du Québec, et ce, chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population (figure 9.1a).
- Prévalence du diabète chez les hommes plus élevée que chez les femmes.
- Toutes proportions gardées, à l'exception de Port-Cartier, les territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la Côte-Nord comptent un plus grand nombre de personnes diabétiques que le reste du Québec (figure 9.1b).
 - Proportion inférieure au reste de la Côte-Nord : RLS de la Haute-Côte-Nord—Manicouagan et RLS de Port-Cartier.
 - Proportion supérieure au reste de la Côte-Nord : RLS de la Minganie, RLS de la Basse-Côte-Nord et CLSC Naskapi (figure 9.1b).

De 2001-2002 à 2014-2015

- Population régionale : ↑ significative de la prévalence du diabète (de 7 % à 10 %) (4 390 à 8 335 personnes).
 - Hommes : ↑ significative (de 6 % à 10 %) (2 215 à 4 355 personnes).
 - Femmes : ↑ significative (de 7 % à 9 %) (2 175 à 3 980 personnes) (données non illustrées).
- Cependant, au regard du taux d'incidence (nombre de nouveaux cas) de diabète : ↓ significative (de 9 à 7 pour 1 000 personnes) (570 à 510 personnes) durant cette période.
 - Hommes : ↓ significative (de 11 à 8 pour 1 000 p.) (325 à 280 personnes).
 - Femmes : ↓ significative (de 8 à 6 pour 1 000 p.) (245 à 230 personnes).
- En moyenne sur la Côte-Nord, durant toute la période 2001-2002 à 2014-2015, à chaque année, environ 550 personnes ont un diagnostic de diabète (données non illustrées).

Importance et enjeux

- Le diabète est une maladie chronique grave qui se caractérise par une concentration élevée de sucre dans le sang. Cette maladie résulte de l'incapacité totale ou presque du corps de produire de l'insuline (type 1) ou d'utiliser adéquatement celle que le pancréas sécrète (type 2)⁵.
- Le diabète comporte son lot de complications. À long terme, l'hyperglycémie peut causer des dommages aux vaisseaux sanguins, aux nerfs et à des organes comme les reins, les yeux et le cœur. Les complications graves qui touchent ces organes peuvent, ultimement, conduire au décès⁶.
- Le diabète constitue la première cause de cécité dans les pays industrialisés. Il est aussi considéré comme la première cause d'amputation non traumatique.
- Le diabète de type 2 est plus fréquent chez les personnes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses et chez les individus sédentaires et, dans ce contexte, est en grande partie évitable grâce à de meilleures habitudes de vie.
- Au Québec, comme ailleurs au Canada, les populations autochtones sont particulièrement touchées. Le risque de développer un diabète serait environ de trois à cinq fois plus élevés chez les autochtones que dans l'ensemble de la population canadienne.

1 CIM-9 : 250 et CIM-10 : E10-E14.

2 Ajustée selon la structure par âge (20 à 49, 50 à 59, 60 à 69, 70 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013. Les données extraites du SISMACQ sont présentées pour les deux territoires fusionnés.

5 W.J. Millar, T. K. Young. « Tracking diabetes : prevalence, incidence and risk factors », dans Health Reports, 2003, 14(3), p. 35-47.

6 Agence de santé publique du Canada. Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres. Agence de santé publique du Canada; 2011.

PISTES POUR L'ACTION

- Des études ont démontré que l'on peut prévenir ou, à tout le moins, retarder l'apparition du diabète de type 2 en agissant sur des facteurs de risque modifiables comme la surcharge pondérale et la sédentarité.
- Une saine alimentation et l'activité physique régulière jouent un rôle positif pour prévenir l'apparition de la maladie chez les individus non atteints, ou encore, ses complications chez les personnes déjà atteintes.
- Il importe de dépister la maladie précocement afin d'assurer une prise en charge efficace et d'éviter ou de retarder le plus possible l'apparition d'autres problèmes associés à cette condition.
- Chez les diabétiques, l'hypertension est connue comme étant une cause majeure de complications comme l'insuffisance rénale, la rétinopathie et la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire. La gestion de l'hypertension s'avère une composante essentielle du traitement des personnes vivant avec le diabète. Des études auraient démontré qu'une baisse de la pression artérielle, chez les diabétiques hypertendus, permet de ralentir la progression de la détérioration des fonctions rénales et réduit le risque de l'apparition d'autres complications.

FICHE 9.2 HYPERTENSION¹ – PRÉVALENCE (PERSONNES ATTEINTES DANS LA POPULATION)

Figure 9.2a : Proportion ajustée² de personnes atteintes d'hypertension artérielle selon le sexe, population âgée de 20 ans et plus, Côte-Nord et Québec, avril 2014 à mars 2015³

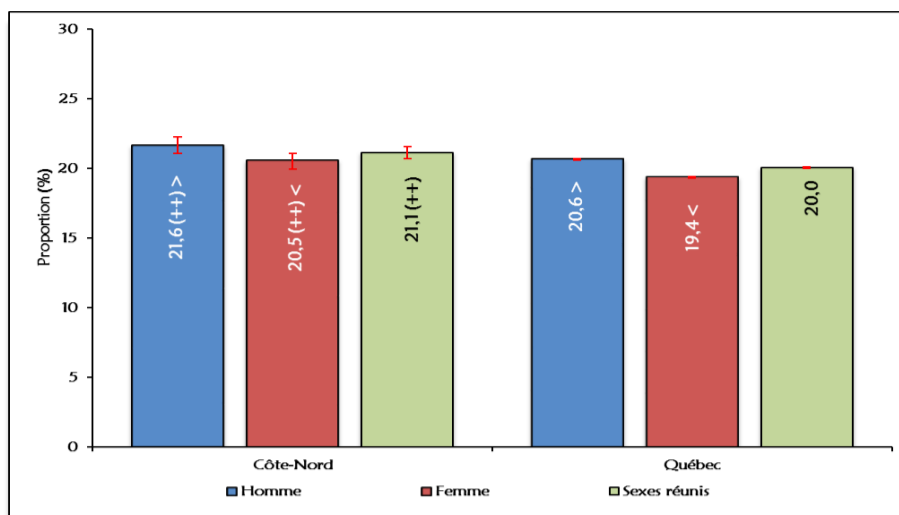
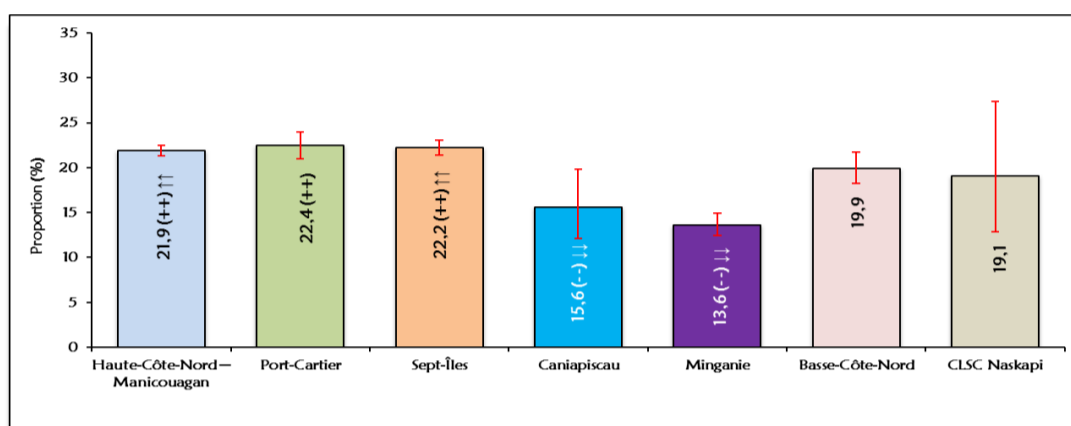


Figure 9.2b : Proportion ajustée² de personnes atteintes d'hypertension artérielle selon le territoire de RLS de résidence⁴, population âgée de 20 ans et plus, Côte-Nord, avril 2014 à mars 2015³



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), janvier 2016. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Environ 18 525 résidents de la Côte-Nord, âgés de 20 ans et plus, font de l'hypertension artérielle (donnée non illustrée); la prévalence ajustée se situe à environ 21 % de la population de ce groupe d'âge (figure 9.2a).
 - Personnes de 65 ans et plus : 64 % (proportion brute) sont hypertendues (Québec : 64 %) (données non illustrées).
- Toutes proportions gardées, la Côte-Nord compte un peu plus de personnes hypertendues que le reste du Québec, et ce, chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population (figure 9.2a).
- Prévalence de l'hypertension chez les hommes plus élevée que chez les femmes.
- En proportion, les territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan, de Port-Cartier et de Sept-Îles comptent un plus grand nombre de personnes hypertendues que le reste du Québec tandis que les RLS de Caniapiscou et de la Minganie en ont moins (figure 9.2b).
 - Proportion inférieure au reste de la Côte-Nord : RLS de Caniapiscou et RLS de la Minganie.
 - Proportion supérieure au reste de la Côte-Nord : Haute-Côte-Nord-Manicouagan et RLS de Sept-Îles (figure 9.2b).

De 2001-2002 à 2014-2015

- Population régionale : ↑ significative de la prévalence de l'hypertension (de 17 % à 21 %) (11 405 à 18 525 personnes).
 - Hommes : ↑ significative (de 16 % à 22 %) (5 235 à 9 425 personnes).
 - Femmes : ↑ significative (de 19 % à 21 %) (6 170 à 9 100 personnes) (données non illustrées).
- Cependant, au regard du taux d'incidence (nombre de nouveaux cas) d'hypertension : ↓ significative (de 31 à 20 pour 1 000 personnes) (1 440 à 960 personnes) durant cette période.
 - Hommes : ↓ significative (de 30 à 22 pour 1 000 p.) (745 à 545 personnes).
 - Femmes : ↓ significative (de 32 à 17 pour 1 000 p.) (695 à 415 personnes).
- En moyenne sur la Côte-Nord, durant toute la période 2001-2002 à 2014-2015, à chaque année, environ 1 100 personnes ont un diagnostic d'hypertension artérielle (données non présentées).

Importance et enjeux

- L'hypertension artérielle constitue un problème de santé préoccupant au point où on n'hésite pas à parler d'épidémie mondiale⁵.
- Elle est considérée comme un important facteur de risque des maladies cardiovasculaires dans la population en général, notamment en ce qui a trait à l'infarctus du myocarde et aux accidents vasculaires cérébraux.
- En 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considérait que l'hypertension était responsable d'environ 7,1 millions de décès prématurés dans le monde entier.
- On parle de tension artérielle élevée lorsque la pression systolique est égale ou supérieure à 140 ou lorsque la pression diastolique est égale ou supérieure à 90 mm Hg sur une base régulière.
- Selon l'Agence de santé publique du Canada, le nombre de décès par maladie cardiovasculaire double pour chaque élévation de la pression artérielle de 20/10.
- Cette maladie peut affecter davantage les individus souffrant d'autres problèmes chroniques de santé. Chez les personnes diabétiques, elle s'avère une cause majeure de complications comme l'insuffisance rénale, la rétinopathie et la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire.

1 CIM-9 : 401-405 et CIM-10 : I10-I13, I15.

2 Ajustée selon la structure par âge (20 à 49, 50 à 59, 60 à 69, 70 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013. Les données extraites du SISMACQ sont présentées pour les deux territoires fusionnés.

5 Zhou Z., D. Hu et J. Chen. « Association between obesity indices and blood pressure or hypertension : which index is the best ? », dans Public Health Nutrition 2009, 12(8), p. 1061-1071.

PISTES POUR L'ACTION

- Outre certains facteurs de risque non modifiables comme l'âge, le sexe, d'autres facteurs modifiables augmentent le risque de faire de l'hypertension :
 - ✦ Surplus de poids (embonpoint ou obésité);
 - ✦ Sédentarité;
 - ✦ L'alimentation, notamment une alimentation riche en sodium.
- Une saine alimentation et l'activité physique régulière jouent un rôle positif pour prévenir l'apparition de la maladie chez les individus non atteints, ou encore, mieux la contrôler chez les personnes déjà atteintes.
- Il importe de dépister la maladie précocement afin d'assurer une prise en charge efficace et d'éviter ou de retarder le plus possible l'apparition d'autres problèmes associés à cette condition.

FICHE 9.3 MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC¹) – PRÉVALENCE (PERSONNES ATTEINTES DANS LA POPULATION)

Figure 9.3a : Proportion ajustée² de personnes atteintes de MPOC selon le sexe, population âgée de 35 ans et plus, Côte-Nord et Québec, avril 2014 à mars 2015³

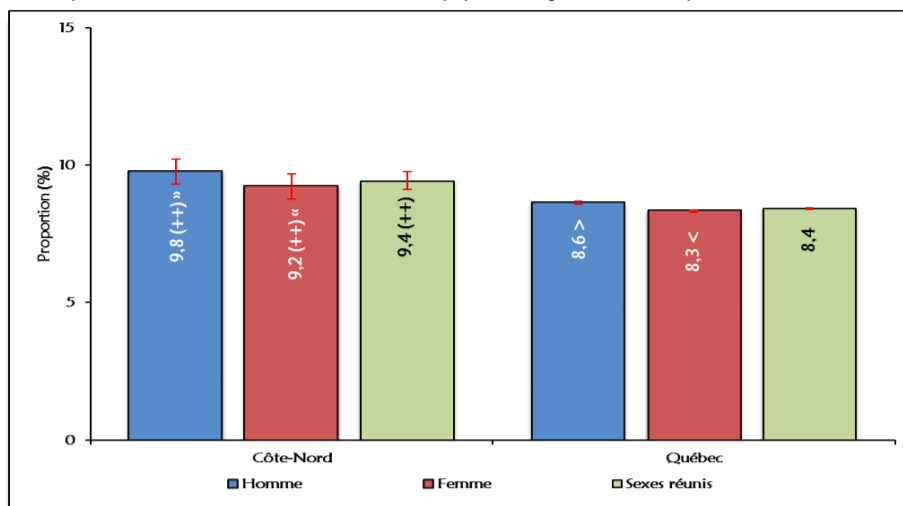
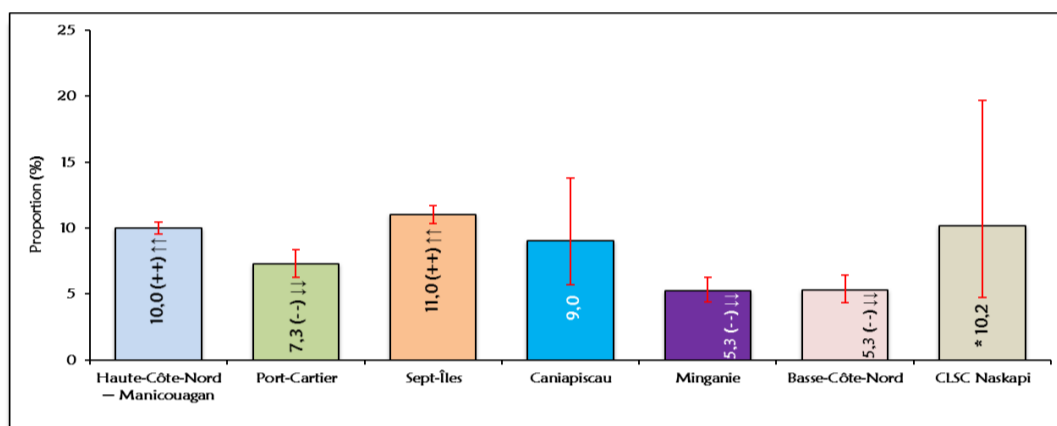


Figure 9.3b : Proportion ajustée² de personnes atteintes de MPOC selon le territoire de RLS de résidence⁴, population âgée de 35 ans et plus, Côte-Nord, avril 2014 à mars 2015³



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), janvier 2016. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Un peu plus de 5 800 résidents de la Côte-Nord, âgés de 35 ans et plus ont une maladie pulmonaire obstructive chronique (donnée non présentée). La prévalence ajustée se situe à environ 9 % de la population de ce groupe d'âge (figure 9.3a).
 - Personnes de 65 ans et plus : 22 % (proportion brute) ont une MPOC (Québec : 20 %) (données non illustrées).
- En proportion, la Côte-Nord compte davantage de personnes atteintes que le reste du Québec, et ce, chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population (figure 9.3a).
- Chez les 35 ans et plus, la prévalence de la MPOC chez les hommes dépasse légèrement celle chez les femmes (9,8 % c. 9,2 %).
- Il en est de même chez les 65 ans et plus en regard de la prévalence brute (Hommes : 24 %; femmes : 20 %) et dans les sous-groupes d'âge au-delà de 65 ans :
 - 65 à 74 ans : (Hommes : 19 %; femmes : 17 %).
 - 75 à 84 ans : (Hommes : 31 %; femmes : 23 %).
 - 85 ans et plus : (Hommes : 41 %; femmes : 28 %) (données non illustrées).
- Toutes proportions gardées, les territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la Haute-Côte-Nord—Manicouagan et de Sept-Îles comptent un plus grand nombre de personnes souffrant de MPOC que le reste du Québec tandis que les RLS de Port-Cartier, de la Minganie et de la Basse-Côte-Nord en ont moins (figure 9.3b).
 - Proportion inférieure au reste de la Côte-Nord : RLS de Port-Cartier, RLS de la Minganie et RLS de la Basse-Côte-Nord.
 - Proportion supérieure au reste de la Côte-Nord : Haute-Côte-Nord—Manicouagan et RLS de Sept-Îles (figure 9.3b).

De 2001-2002 à 2014-2015

- Population régionale : ↑ significative de la prévalence de la MPOC (de 8,7 % à 9,4 %) (de 4 095 à 5 830 personnes).
 - Hommes : relative stabilité (environ 10 %) malgré une hausse du nombre de personnes atteintes (de 2 205 à 2 925).
 - Femmes : ↑ significative (de 7,8 % à 9,2 %) (de 1 890 à 2 760 personnes) (données non illustrées).
- Cependant, au regard du taux d'incidence (nombre de nouveaux cas) de MPOC : ↓ significative (de 13 à 9 pour 1 000 personnes) (530 à 470 personnes)⁵ durant cette période.
 - Hommes : ↓ significative (de 15 à 10 pour 1 000 p.) (275 à 250 personnes).
 - Femmes : ↓ significative (de 12 à 8 pour 1 000 p.) (260 à 215 personnes).
- En moyenne sur la Côte-Nord, durant toute la période 2001-2002 à 2014-2015, à chaque année, environ 430 personnes ont un diagnostic de MPOC (données non illustrées).

1 CIM-9 : 490-492 et CIM-10 : J40-J44.

2 Ajustée selon la structure par âge (35 à 59, 60 à 64, 65 à 69, 70 à 79, 80 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord—Manicouagan depuis juin 2013. Les données extraites du SISMACQ sont présentées pour les deux territoires fusionnés.

5 En raison de l'arrondissement aléatoire des valeurs, le total n'égalé pas nécessairement la somme des effectifs chez les hommes et les femmes.

Importance et enjeux

- Trouble respiratoire caractérisé par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, l'hyperinflation pulmonaire, des manifestations systémiques et des exacerbations dont la fréquence et la gravité vont en augmentant⁶.
- La MPOC comprend la bronchite chronique, l'emphysème et la bronchopneumopathie chronique obstructive. L'asthme n'est pas considéré comme une MPOC.
- En raison de l'apparition tardive des symptômes de la MPOC, il est vraisemblable que sa prévalence est sous-estimée.
- La MPOC est associée à de multiples problèmes connexes de santé dont la cardiopathie ischémique. À cela peuvent s'ajouter des troubles d'anxiété et de dépression qui seraient présents chez 20 % 30 % des personnes atteintes, et qui augmenteraient en fonction de la gravité de la maladie.
- Les manifestations les plus intenses de la MPOC ont des conséquences sur la qualité de vie des personnes atteintes et peut engendrer des restrictions dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Ces personnes doivent consulter plus souvent les services médicaux et sont plus susceptibles d'être hospitalisées, notamment si elles ont aussi d'autres problèmes de santé, et de devoir prendre des médicaments⁶.

PISTES POUR L'ACTION

- On ne recommande pas de dépistage systématique chez les individus asymptomatiques. Cependant, un test de dépistage est recommandé chez les patients fumeurs ou ex-fumeurs âgés de 40 ans et plus qui présentent au moins l'une des conditions suivantes :
 - Toux ou expectorations fréquentes.
 - Essoufflement, même lors de l'exécution de tâches simples.
 - Expiration sifflante à l'effort ou pendant la nuit⁶.
- Outre certains facteurs de risque non modifiables comme l'âge et l'hérédité, d'autres facteurs modifiables augmenteraient le risque de développer une MPOC dont le tabagisme. Ce dernier interagirait en fonction de la susceptibilité génétique de la personne fumeuse⁶.
- Des facteurs environnementaux sont aussi en cause.
- L'abandon du tabac est vu comme l'intervention la plus efficace pouvant contribuer à réduire le risque d'apparition de la maladie ou pour ralentir le déclin de la fonction pulmonaire⁶.

6 D.E O'Donnell, Hernandez, Paul, Kaplan, A. et autres. « Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Mise à jour de 2008 – Points saillants pour les soins primaires », dans Can Respir J., Vol 15 Suppl A, Janvier/Février 2008, p. 1061-1071.

FICHE 9.4 CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE¹ — PRÉVALENCE (PERSONNES ATTEINTES DANS LA POPULATION)

Figure 9.4a : Proportion ajustée² de personnes atteintes de cardiopathie ischémique selon le sexe, population âgée de 20 ans et plus, Côte-Nord et Québec, avril 2014 à mars 2015³

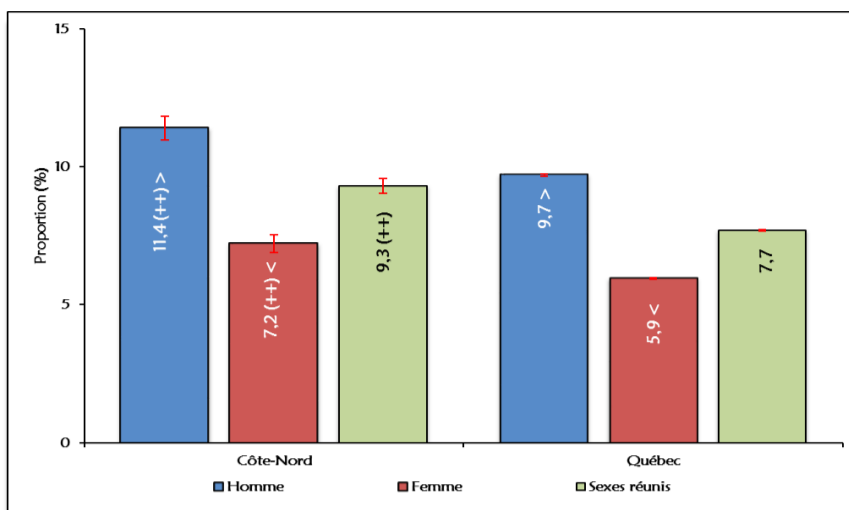
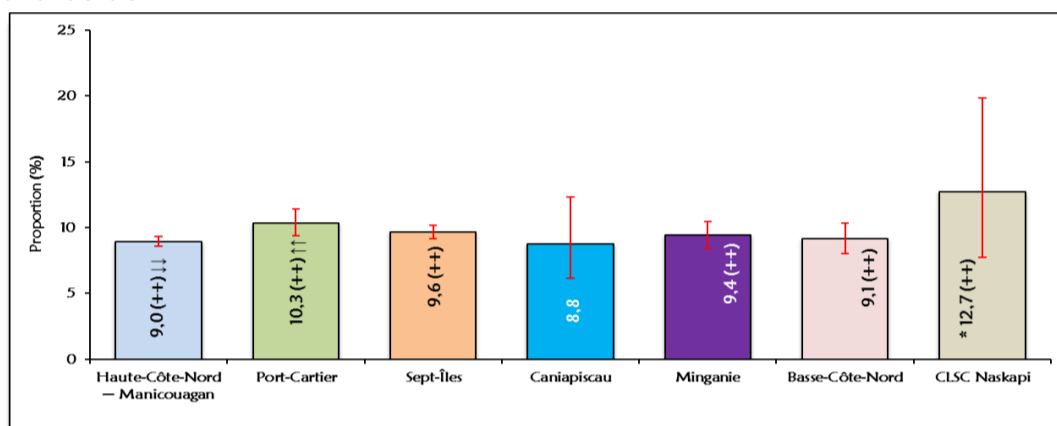


Figure 9.4b : Proportion ajustée² de personnes atteintes de cardiopathie ischémique selon le territoire de RLS de résidence⁴, population âgée de 20 ans et plus, Côte-Nord, avril 2014 à mars 2015³



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Environ 8 300 résidents de la Côte-Nord, âgés de 20 ans et plus, sont atteints de cardiopathie ischémique (donnée non illustrée); la prévalence ajustée se situe à environ 9 % de la population de ce groupe d'âge (figure 9.4a).
 - Personnes de 65 ans et plus : 34 % (proportion brute) sont hypertendues (Québec : 30 %) (données non illustrées).
- Toutes proportions gardées, la Côte-Nord compte un peu plus de personnes atteintes que le reste du Québec, et ce, chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population.
- Prévalence chez les hommes plus élevée que chez les femmes, et ce, autant sur la Côte-Nord qu'au Québec (figure 9.4a).
- À l'exception de Caniapiscau, tous les territoires nord-côtiers affichent un taux significativement plus élevé que le reste du Québec.
 - Proportion inférieure au reste de la Côte-Nord : RLS de Haute-Côte-Nord-Manicouagan.
 - Proportion supérieure au reste de la région : RLS de Port-Cartier (figure 9.4b).

De 2001-2002 à 2014-2015

- Population régionale : stabilité de la prévalence de la cardiopathie ischémique autour de 9 %, malgré la ↑ du nombre de personnes (5 800 à 8 300) atteintes de cette maladie.
 - Stabilité de la prévalence chez les hommes nord-côtiers (environ 11 %) et stabilité également chez les Nord-Côtières (environ 7 %).
- Cependant, au regard du taux ajusté d'incidence (nombre de nouveaux cas) de cardiopathie ischémique : ↓ significative durant cette période (15 à 7 pour 1 000 personnes) (de 790 à 460 personnes).
 - Hommes : ↓ significative (de 19 à 9 pour 1 000 p) (480 à 290 personnes).
 - Femmes : ↓ significative (de 11 à 5 pour 1 000 p) (310 à 170 personnes).
- En moyenne, sur la Côte-Nord, durant toute la période 2001-2002 à 2014-2015, à chaque année, environ 560 personnes reçoivent un diagnostic de cardiopathie ischémique (données non illustrées).

1 CIM-9 : 410-414 et CIM-10 : I20-I25 ou avoir un code d'intervention en santé de pontages aorto-coronariens ou d'intervention coronarienne percutanée inscrit au fichier MED-ÉCHO.

2 Ajustée selon la structure par âge (20 à 49, 50 à 59, 60 à 69, 70 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013. Les données extraites du SISMACQ sont présentées pour les deux territoires fusionnés.

FICHE 9.5 STATUT PONDÉRAL (SURPLUS DE POIDS¹)

Figure 9.5a : Surplus de poids selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2008 et 2014-2015²

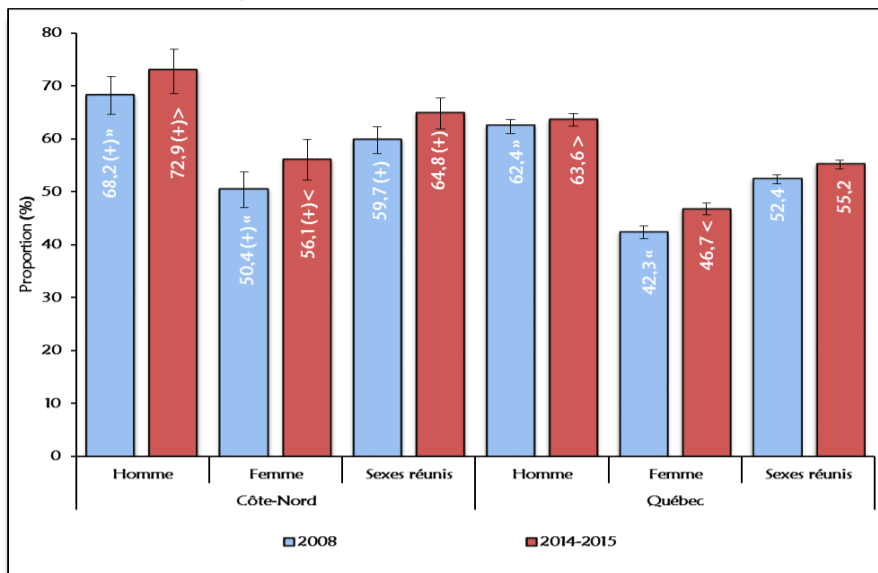
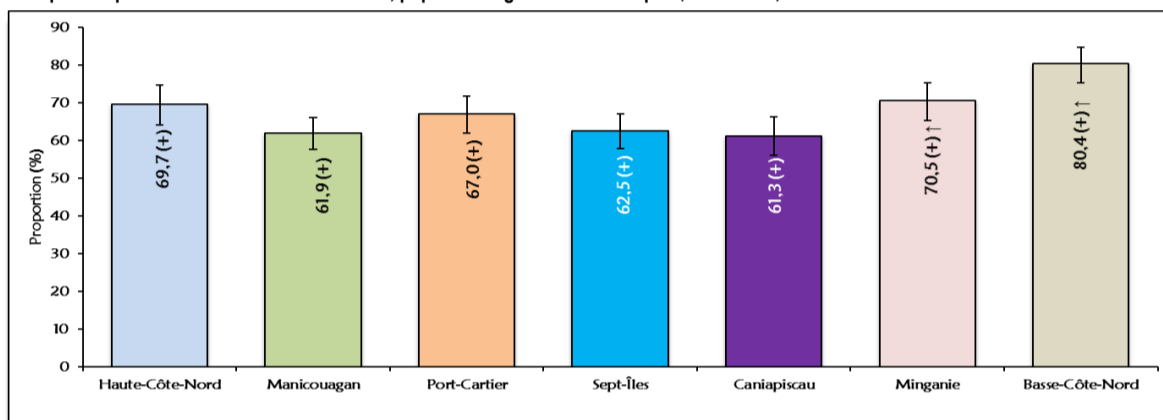


Figure 9.5b : Surplus de poids selon le RLS de résidence³, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008 et 2014-2015. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Près de 65 % de la population nord-côtière de 18 ans et plus affiche un surplus de poids; cette proportion est significativement plus élevée que celle du Québec (55 %) (figure 9.5a).
- La proportion nord-côtière correspond à environ 44 300 personnes (donnée non illustrée).
- Toutes proportions gardées, le surplus de poids des résidents nord-côtiers par rapport aux autres Québécois existe aussi chez les hommes et les femmes (figure 9.4a) de même que dans les différents groupes d'âge, sauf chez les 18 à 24 ans des deux sexes, et parmi les 65 ans et plus chez les femmes, où les écarts ne sont pas significatifs (données non illustrées).
- Les personnes qui affichent un excès de poids sont proportionnellement bien plus nombreuses chez les hommes que chez les femmes (Côte-Nord : 73 % c. 56 %; Québec : 64 % c. 47 %) (figure 9.5a).
- La proportion de ceux qui affichent un surplus de poids croît avec l'âge jusqu'à 64 ans. Sur la Côte-Nord, elle passe de 39 %, chez les 18 à 24 ans, à 62 % chez les 25 à 44 ans et culmine à 71 % chez les 45 à 64 ans. Elle redescend ensuite à 69 %, mais l'écart n'est pas significatif. (données non illustrées).
- En comparaison du reste du Québec, on dénombre proportionnellement davantage de personnes en surplus de poids dans tous les territoires nord-côtiers. En Basse-Côte-Nord, c'est le cas de huit personnes sur dix (80 %). Cette proportion surpasse aussi celle du reste de la région. Le RLS de la Minganie est l'autre territoire nord-côtier qui se différencie significativement du reste de la région; on y retrouve, en proportion, davantage d'individus qui affichent un surplus de poids (figure 9.5b).

Évolution depuis 2008

- Population régionale : ↑ significative (de 60 % à 65 %);
 - Hommes : tendance à la ↑ (non significative) (de 68 % à 73 %).
 - Femmes : ↑ significative (de 50 % à 56 %) (figure 9.5a).
- Pour 2008, les données nord-côtiers de l'EQSP sont indisponibles à l'échelle des territoires de RLS.
- Au Québec, le taux de surcharge pondérale a aussi augmenté en 2014-2015 comparativement à 2008 dans l'ensemble de la population (52 % à 55 %) et chez les femmes (42 % à 47 %). Chez les hommes, l'écart observé entre les deux enquêtes n'est pas statistiquement significatif (62 % à 64 %) (figure 9.5a).

1 Indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25. Le surplus de poids comprend l'embonpoint (IMC : 25,0 – 29,9) et l'obésité (IMC égal ou supérieur à 30). Il ne faut pas confondre « surplus de poids ou excès de poids » avec l'obésité. L'indice se calcule en divisant le poids, en kilos, par le carré de la taille en mètre (kg/m²). Les femmes enceintes au moment de l'enquête sont exclues du calcul.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

Surplus de poids : Importance et enjeux

- La littérature scientifique a amplement démontré que le surplus de poids (regroupement de l'embonpoint et de l'obésité), mais particulièrement l'obésité, constitue un facteur de risque de développement des problèmes chroniques de santé. On pense plus spécifiquement au diabète, aux maladies cardiovasculaires, à l'hypertension artérielle et à certains types de cancers.
- Parmi d'autres risques pour la santé associés au surplus de poids, on retrouve par exemple l'arthrite et les problèmes musculo-squelettiques et les limitations d'activités.
- Les impacts négatifs d'une surcharge pondérale apparaissent parfois sous la forme de discrimination et/ou de stéréotypes négatifs que les personnes concernées peuvent subir et cette stigmatisation se renforcerait avec l'augmentation des taux d'obésité. Des études font état de la manifestation de préjugés chez des employeurs, des enseignants, des professionnels de la santé et chez des membres de la famille. Ces stéréotypes se rencontrent aussi chez de jeunes enfants, vraisemblablement parce que leurs parents les leur ont communiqués. Les préjugés ne conduisent pas nécessairement à de la discrimination; ils relèvent plutôt d'une attitude tandis que la discrimination traduit plutôt un comportement.
- Les problèmes liés au poids corporel comportent une autre facette : le désir excessif de minceur, soutenu, entre autres, par l'importance de l'image corporelle dans la culture moderne qui valorise la minceur, plus particulièrement chez les femmes, et qui propose des idéaux-types de personnes auxquels très peu de gens correspondent. L'idéal de minceur peut se traduire par le désir de maigrir, même chez une personne de poids normal, ainsi que par une préoccupation excessive à l'égard du poids. Dans le cas des hommes, les idéaux corporels se manifestent davantage par un désir d'être plus musclé que mince.
- Les causes de l'obésité et les facteurs qui y contribuent sont complexes et nombreux. Il s'agit non seulement de choix individuels (alimentation et activité physique), mais aussi de déterminants environnementaux et sociaux qui influent sur la capacité des individus de faire des choix plus sains⁴.

PISTES POUR L'ACTION⁵

- Une action intersectorielle est essentielle pour la création d'environnements favorables. Le CISSS Côte-Nord s'est doté d'une Table Santé et Qualité de vie qui regroupe plusieurs partenaires engagés à améliorer la santé des Nord-Côtiers.
- Les activités de prévention ciblent l'ensemble de la communauté : petite enfance, milieu scolaire, milieu communautaire, milieu de travail, milieu municipal, etc.
- Des cliniques d'activité physique qui intègrent aussi des cours de groupes sur la nutrition sont mises en place dans plusieurs MRC avec l'objectif d'en avoir une pour chaque MRC d'ici 2020. Les cliniciens de première ligne sont invités à référer leurs patients pour vérifier l'admissibilité en fonction de critères d'efficacité de l'intervention.
- L'équipe de santé environnementale avec les acteurs de prévention font des recommandations aux MRC concernant l'aménagement du territoire (schémas d'urbanisme).
- La démarche Prendre soin de notre monde est en déploiement actuellement avec le soutien de Québec en forme afin de sensibiliser le monde municipal à favoriser les choix santé pour leurs citoyens.
- La promotion du jeu libre en service de garde est réalisée par les partenaires régionaux.

4 Voir : BERGERON, Pascale, Mélanie ALBERTO, Alexandra AUCLAIR, Nathalie SASSEVILLE et coll. (2013). Agir ensemble pour prévenir les problèmes liés au poids : Optimiser nos pratiques; Réduire les inégalités sociales de santé; Promouvoir le développement durable, Institut national de santé publique du Québec, 47 p.

5 Voir : DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CÔTE-NORD (2018). *Rapport du directeur de santé publique sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord*. Baie-Comeau, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, 1^{er} trimestre 2018, p. 25.

FICHE 9.6 STATUT PONDÉRAL (OBÉSITÉ¹)

Figure 9.6a : Obésité selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2008 et 2014-2015²

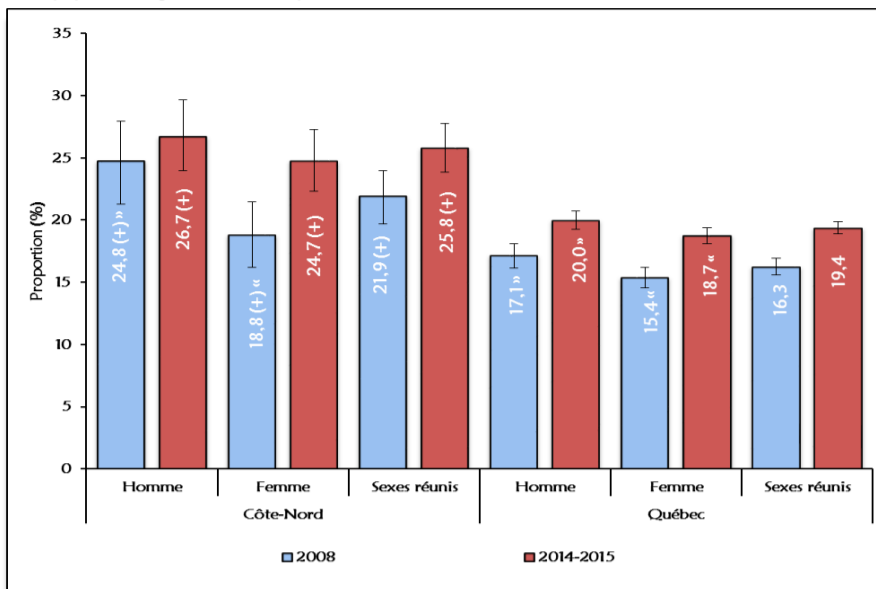
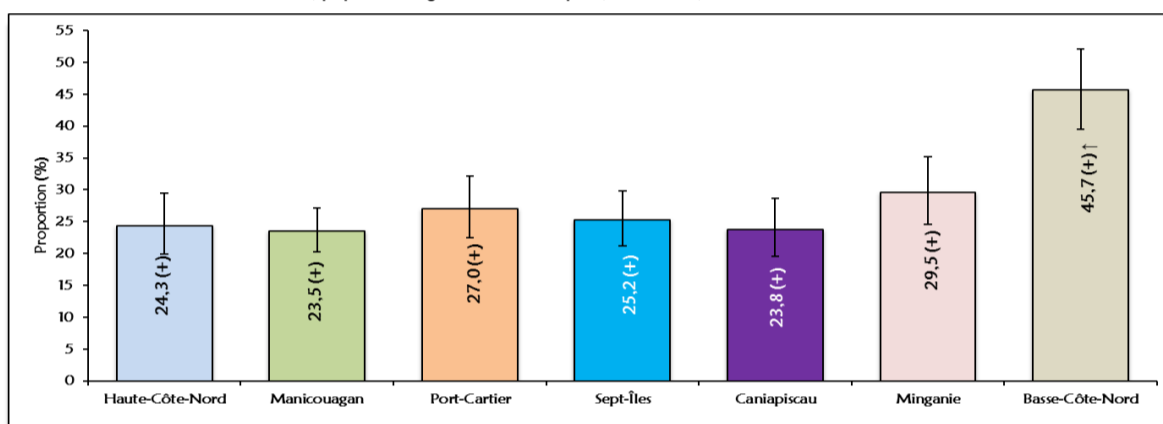


Figure 9.6b : Obésité selon le RLS de résidence³, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008 et 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Un peu plus du quart (26 %) de la population nord-côtère de 18 ans et plus est obèse. Au Québec, cette proportion est significativement moins élevée (19 %) (figure 9.6a).
- La proportion nord-côtère correspond à environ 17 600 personnes (donnée non illustrée).
- Toutes proportions gardées, le taux plus élevé d'obésité sur la Côte-Nord par rapport au reste du Québec se manifeste aussi chez les hommes (27 % c. 20 %) et les femmes (25 % c. 19 %) (figure 9.6a).
- Chez les personnes de 18 à 24 ans, on n'observe pas d'écart entre la Côte-Nord et le reste du Québec. Dans les autres groupes d'âge, la prévalence de l'obésité sur la Côte-Nord surpasse significativement celle enregistrée dans le reste du Québec, et ce, à la fois chez les hommes, les femmes et dans l'ensemble de la population (données non illustrées).
- L'EQSP ne détecte pas d'écarts significatifs entre les sexes sur la Côte-Nord (hommes : 27 %; femmes : 25 %). Au Québec, bien que très faible, l'écart entre les hommes et les femmes s'avère significatif au plan statistique (figure 9.6a).
- L'obésité varie de manière significative selon l'âge. Sur la Côte-Nord, la proportion de personnes obèses chez les 18 à 24 ans (††11 %) est inférieure à celle observée dans les autres groupes d'âge (de 27 % à 28 %). Au Québec, elle augmente avec l'âge jusqu'à 65 ans. Elle passe de 9 %, chez les 18 à 24 ans, à environ 22 % chez les 45 à 64 ans (données non illustrées).
- En comparaison du reste du Québec, on dénombre proportionnellement davantage de personnes obèses dans tous les territoires nord-côtiers. En Basse-Côte-Nord, près de une personne adulte sur deux (46 %) fait de l'obésité. Cette proportion surpasse celle du reste de la région. La Basse-Côte-Nord est aussi le seul territoire à se différencier de manière significative du reste de la région (figure 9.6b).

Évolution depuis 2008

- Population régionale : ↑ significative (de 22 % à 26 %);
 - Hommes : tendance à la ↑ (non significative) (de 25 % à 27 %);
 - Femmes : ↑ significative (de 19 % à 25 %) (figure 9.6a).
- Pour 2008, les données nord-côtères de l'EQSP sont indisponibles à l'échelle des territoires de RLS.
- Le Québec a aussi vu son taux d'obésité croître significativement en 2014-2015 comparativement à 2008, et ce, autant dans l'ensemble de la population (16 % à 19 %) que chez les hommes (17 % à 20 %) et les femmes (15 % à 19 %).

1 Indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30. L'indice se calcule en divisant le poids, en kilos, par le carré de la taille en mètre (kg/m²). Les femmes enceintes au moment de l'enquête étaient exclues du calcul.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

Obésité : Importance et enjeux

- La littérature scientifique a amplement démontré que le surplus de poids (regroupement de l'embonpoint⁴ et de l'obésité), mais particulièrement l'obésité, constitue un facteur de risque de développement des problèmes chroniques de santé. On pense plus spécifiquement au diabète, aux maladies cardiovasculaires, à l'hypertension artérielle et à certains types de cancers.
- Parmi d'autres risques pour la santé associés au surplus de poids, on retrouve par exemple l'arthrite et les problèmes musculo-squelettiques et les limitations d'activités.
- Les impacts négatifs d'une surcharge pondérale apparaissent parfois sous la forme de discrimination et/ou de stéréotypes négatifs que les personnes concernées peuvent subir et cette stigmatisation se renforcerait avec l'augmentation des taux d'obésité. Des études font état de la manifestation de préjugés chez des employeurs, des enseignants, des professionnels de la santé et chez des membres de la famille. Ces stéréotypes se rencontrent aussi chez de jeunes enfants, vraisemblablement parce que leurs parents les leur ont communiqués. Les préjugés ne conduisent pas nécessairement à de la discrimination; ils relèvent plutôt d'une attitude tandis que la discrimination traduit plutôt un comportement.
- Les problèmes liés au poids corporel comportent une autre facette : le désir excessif de minceur, soutenu, entre autres, par l'importance de l'image corporelle dans la culture moderne qui valorise la minceur, plus particulièrement chez les femmes, et qui propose des idéaux-types de personnes auxquels très peu de gens correspondent. L'idéal de minceur peut se traduire par le désir de maigrir, même chez une personne de poids normal, ainsi que par une préoccupation excessive à l'égard du poids. Dans le cas des hommes, les idéaux corporels se manifestent davantage par un désir d'être plus musclé que mince.
- Les causes de l'obésité et les facteurs qui y contribuent sont complexes et nombreux. Il s'agit non seulement de choix individuels (alimentation et activité physique), mais aussi de déterminants environnementaux et sociaux qui influent sur la capacité des individus de faire des choix plus sains⁵.

PISTES POUR L'ACTION⁶

- Une action intersectorielle est essentielle pour la création d'environnements favorables. Le CISSS Côte-Nord s'est doté d'une Table Santé et Qualité de vie qui regroupe plusieurs partenaires engagés à améliorer la santé des Nord-Côtiers.
- Les activités de prévention ciblent l'ensemble de la communauté : petite enfance, milieu scolaire, milieu communautaire, milieu de travail, milieu municipal, etc.
- Des cliniques d'activité physique qui intègrent aussi des cours de groupes sur la nutrition sont mises en place dans plusieurs MRC avec l'objectif d'en avoir une pour chaque MRC d'ici 2020. Les cliniciens de première ligne sont invités à référer leurs patients pour vérifier l'admissibilité en fonction de critères d'efficacité de l'intervention.
- L'équipe de santé environnementale avec les acteurs de prévention font des recommandations aux MRC concernant l'aménagement du territoire (schémas d'urbanisme).
- La démarche Prendre soin de notre monde est en déploiement actuellement avec le soutien de Québec en forme afin de sensibiliser le monde municipal à favoriser les choix santé pour leurs citoyens.
- La promotion du jeu libre en service de garde est réalisée par les partenaires régionaux.

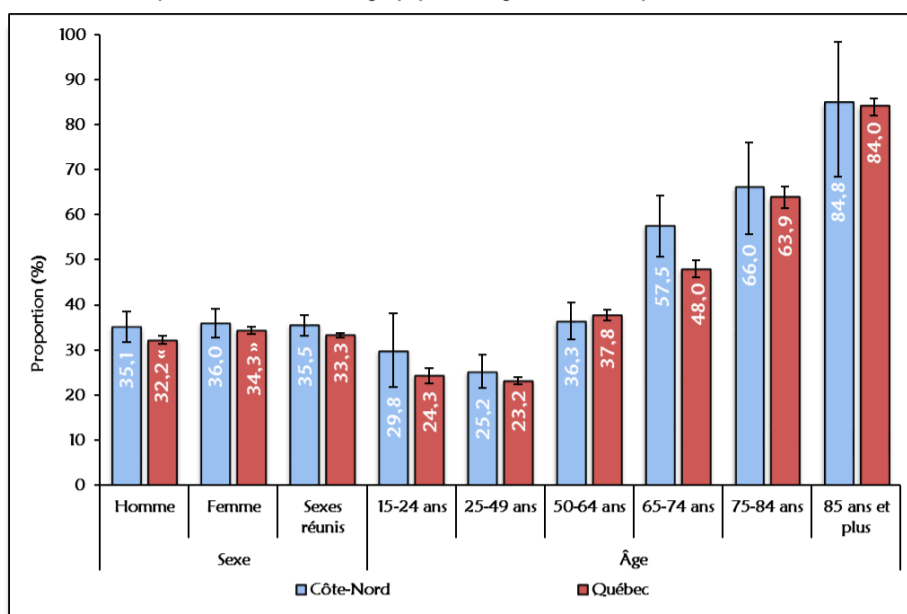
4 IMC : 25,0 – 29,9.

5 Voir : BERGERON, Pascale, Mélanie ALBERTO, Alexandra AUCLAIR, Nathalie SASSEVILLE et coll. (2013). Agir ensemble pour prévenir les problèmes liés au poids : Optimiser nos pratiques; Réduire les inégalités sociales de santé; Promouvoir le développement durable, Institut national de santé publique du Québec, 47 p.

6 Voir : DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CÔTE-NORD (2018). *Rapport du directeur de santé publique sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord*. Baie-Comeau, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, 1^{er} trimestre 2018, p. 25.

FICHE 10.1 TAUX D'INCAPACITÉ¹ (POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS)

Figure 10.1 Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population âgée de 15 ans et plus², Côte-Nord et Québec, 2010-2011³



Source : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)⁴, 2010-2011.
http://www.bdsso.gouv.qc.ca/pls/ken/ken213_afich_tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERIG3AB11823193432839IQ:ig&p_lang=1&p_m_o=ISQ&p_id_sectr=439&p_id_raprt=2935, page consultée le 30 novembre 2017.

En 2010-2011

- Environ 36 % de la population nord-côtière âgée de 15 ans et plus est d'atteinte d'une incapacité. Cette proportion se situe à environ 33 % au Québec. La situation nord-côtière s'apparente, au plan statistique, à celle du reste du Québec.
- La Côte-Nord ne se démarque non plus du reste de la province chez les hommes et chez les femmes ou dans les divers groupes d'âge.
- Pas d'écart significatif entre les hommes et les femmes sur la Côte-Nord (35 % c. 36 %). Au Québec, en proportion, on dénombre un peu plus de femmes atteintes d'incapacité (34 %) que d'hommes (32 %).
- Le taux d'incapacité varie selon l'âge :
 - ✦ Chez les 50 à 64 ans, plus du tiers (36 %) des Nord-Côtiers ont une incapacité. Il s'agit d'une proportion significativement supérieure à celles des groupes d'âge plus jeunes.
 - ✦ La prévalence de l'incapacité croît de manière significative pour atteindre 58 % chez les 65 à 74 ans.
 - ✦ On observe d'autres tendances à la hausse chez les groupes d'âge plus avancés, mais elles s'avèrent insuffisantes pour être déclarées statistiquement significatives.
 - ✦ Le taux d'incapacité des personnes de 75 ans et plus surpasse celui enregistré chez les 65 à 74 ans (Côte-Nord : 70 % c. 58 %; Québec : 69 % c. 48 %) (données non illustrées).
- Les résultats de l'EQLAV ne peuvent être inférés aux populations des territoires de réseaux locaux de services (RLS).

1 Proportion des personnes qui ont déclaré des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité, de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée.

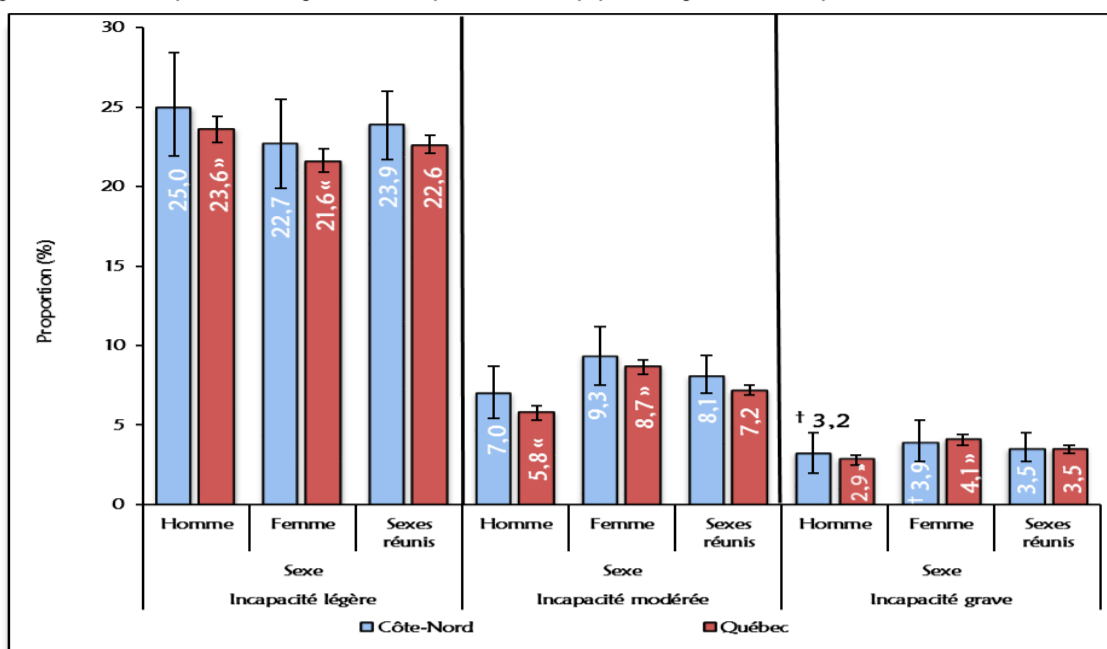
2 Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 La population cible de l'EQLAV est l'ensemble des individus de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. On parle donc de personnes qui résident dans un logement privé ou dans un logement collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personnes âgées). Les personnes vivant dans un CHSLD, une prison, un centre jeunesse, un centre de réadaptation) ainsi que celles résidant dans une réserve indienne ou dans les régions du Nunavik ou des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans la population visée par l'enquête.

FICHE 10.2 TAUX D'INCAPACITÉ¹ SELON LA GRAVITÉ² (POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS)

Figure 10.2 Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité et le sexe, population âgée de 15 ans et plus³, Côte-Nord et Québec, 2010-2011⁴



Source : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)5, 2010-2011.
http://www.bdsq.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213_Afich_Tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERCI14C923-98106190748A28M5&p_lang=1&P_M_O=ISQ&P_ID_RAPRT=2985, page consultée le 30 novembre 2017.

En 2010-2011

- Environ le quart (24 %) de la population nord-côtière âgée de 15 ans et plus est atteinte d'une incapacité légère. Un peu moins d'une personne sur dix (8 %) présente une incapacité modérée tandis que 3,5 % environ des Nord-Côtiers souffrent d'une incapacité grave.
- Quelle que soit la gravité de l'incapacité, la situation régionale s'apparente à celle du reste du Québec.
- Pas d'écart significatif entre les hommes et les femmes sur la Côte-Nord.
- Au Québec, en proportion, on dénombre un peu plus de femmes que d'hommes atteintes d'incapacité modérée (9 % c. 6 %) ou d'incapacité grave (4,1 % c. 2,9 %). En contrepartie, l'incapacité légère est un peu plus répandue chez les hommes que chez les femmes (24 % c. 22 %).
- Le taux d'incapacité varie selon l'âge, et ce, peu importe le niveau d'incapacité (données non illustrées) :
 - Incapacité légère : 22 % des Nord-Côtiers de 15 à 64 ans, en comparaison de 34 % des 65 ans et plus (Québec : 21 % c. 31 %).
 - Incapacité modérée : 6 % des 15 à 64 ans et environ 20 % chez les 65 ans et plus (Québec : 5 % c. 16 %).
 - Incapacité grave : environ 12,4 % des 15 à 64 ans et 19 % des 65 ans et plus (Québec : 2 % c. 10 %).
- Les résultats de l'EQLAV ne peuvent être inférés aux populations des territoires de réseaux locaux de services (RLS).

1 Proportion des personnes qui ont déclaré des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité, de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée.

2 Indice mesurant le degré de gravité de l'incapacité. La mesure tient compte à la fois de la fréquence (nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité) et de l'intensité de l'incapacité (le fait d'être totalement ou partiellement incapable de pratiquer une activité donnée). Cet indice permet de distinguer trois niveaux d'incapacité (incapacité légère, incapacité modérée et incapacité grave). L'indice de gravité de l'incapacité permet de qualifier celle-ci dans son ensemble selon ces trois niveaux mais ne permet pas de le faire pour chacun des types d'incapacité.

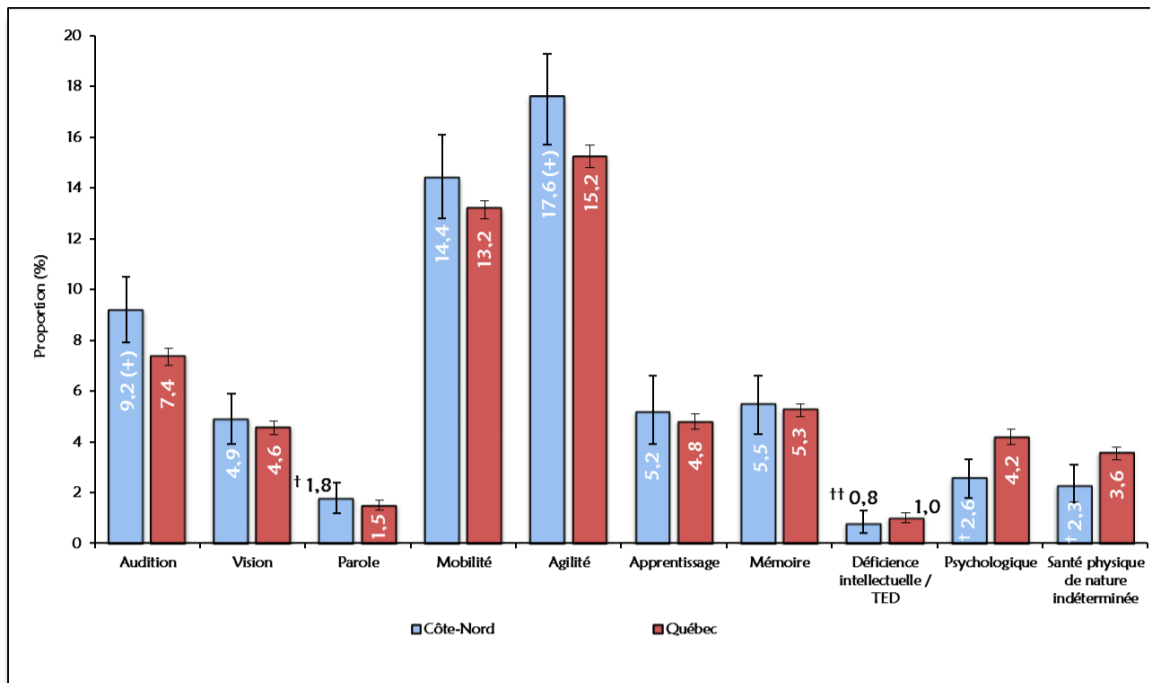
3 Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 La population cible de l'EQLAV est l'ensemble des individus de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. On parle donc de personnes qui résident dans un logement privé ou dans un logement collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personnes âgées). Les personnes vivant dans un CHSLD, une prison, un centre jeunesse, un centre de réadaptation) ainsi que celles résidant dans une réserve indienne ou dans les régions du Nunavik ou des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans la population visée par l'enquête.

FICHE 10.3 TAUX D'INCAPACITÉ¹ SELON LE TYPE D'INCAPACITÉ (POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS)

Figure 10.3 Taux d'incapacité selon le type d'incapacité, population âgée de 15 ans et plus², Côte-Nord et Québec, 2010-2011³



Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)4, 2010-2011.
http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213_Afich_Tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERNGVH0U071953151925508eQAB&p_lang=1&P_M_O=ISQ&P_ID_RAPRT=2937, page consultée le 30 novembre 2017.

En 2010-2011

- Les trois principales incapacités rapportées par les Nord-Côtiers de 15 ans et plus sont liées à l'agilité (18 %), à la mobilité (14 %) et à l'audition (9 %).
- La prévalence des autres types d'incapacité se situe généralement aux environs de 5 % ou moins.
- En proportion, en comparaison du reste du Québec, on dénombre un peu plus de Nord-Côtiers qui rapportent avoir des problèmes d'agilité (18 % c. 15 %) ou d'audition (9 % c. 7 %). Les données ne révèlent pas d'autres écarts significatifs entre la Côte-Nord et le reste du Québec.
- Incapacité se rapportant à l'agilité :
 - ✦ Réfère aux difficultés à se pencher, à se couper les ongles d'orteils, à se servir de ses doigts pour saisir ou manier des objets, à tendre les bras dans n'importe quelle direction, à se mettre au lit ou à en sortir, à s'habiller et à se déshabiller ou à couper sa nourriture.
- Incapacité liée à la mobilité :
 - ✦ Difficulté à marcher sur une distance de 400 mètres, à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches, à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres, à se tenir debout pendant plus de 20 minutes ou à se déplacer d'une pièce à l'autre.
- Incapacité relative à l'audition :
 - ✦ Difficulté à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes, au cours d'une conversation avec une autre personne ou au cours d'une conversation téléphonique.
- Les résultats de l'EQLAV ne peuvent être inférés aux populations des territoires de réseaux locaux de services (RLS).

1 Proportion des personnes qui ont déclaré avoir des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Les incapacités ne sont pas mutuellement exclusives puisqu'une personne peut avoir plus d'une forme d'incapacité.

2 Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 La population cible de l'EQLAV est l'ensemble des individus de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. On parle donc de personnes qui résident dans un logement privé ou dans un logement collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personnes âgées). Les personnes vivant dans un CHSLD, une prison, un centre jeunesse, un centre de réadaptation) ainsi que celles résidant dans une réserve indienne ou dans les régions du Nunavik ou des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans la population visée par l'enquête.

SECTION III – ÉTAT DE SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE

Les troubles mentaux sont en augmentation dans la région comme au Québec. Le CISSS, avec le soutien de ses organisateurs communautaires, professionnels et partenaires, travaille à favoriser des liens sociaux forts, prévenir les dépendances et l'abus de substances et offrir une gamme d'actions en prévention de la détresse psychologique et le suicide.

FICHE 11.1 LES TROUBLES MENTAUX¹

Figure 11.1a : Proportion ajustée² de personnes atteintes de troubles mentaux selon le sexe, population âgée de un an et plus, Côte-Nord et Québec, avril 2014 à mars 2015³

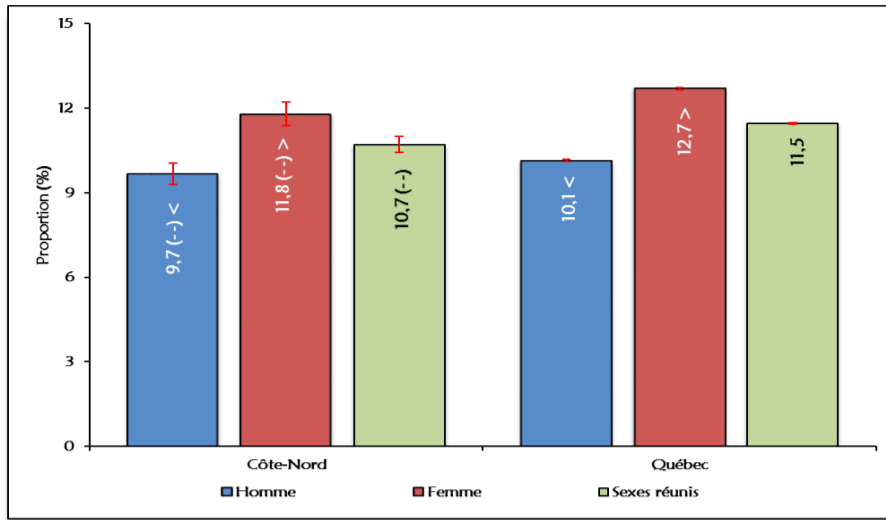
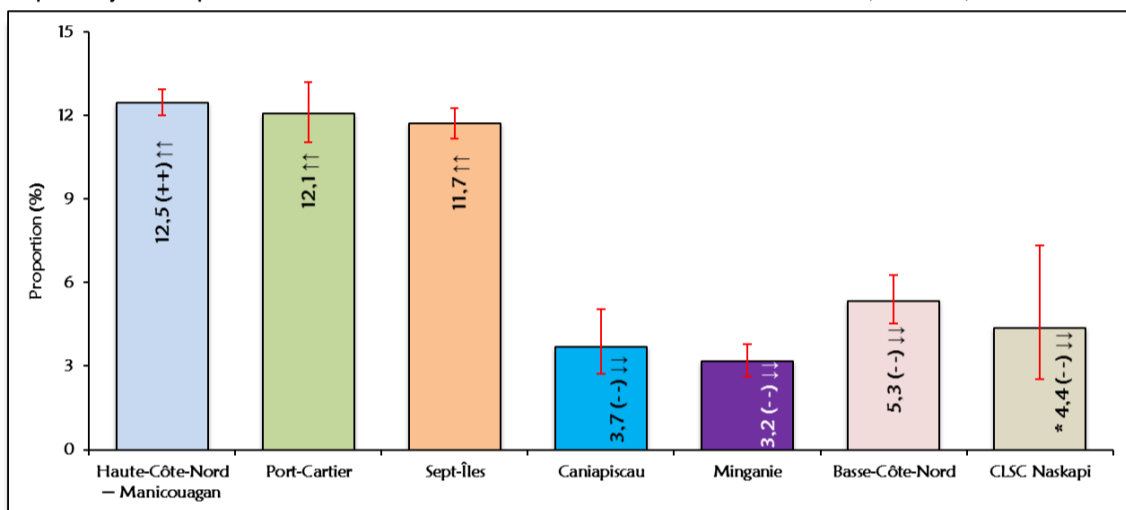


Figure 11.1b : Proportion ajustée² de personnes atteintes de troubles mentaux selon le territoire de RLS de résidence⁴, Côte-Nord, avril 2014 à mars 2015³



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Près de 9 800 résidents de la Côte-Nord, âgés de 1 an et plus, ont reçu un diagnostic de troubles mentaux (donnée non illustrée) posé par un médecin; la prévalence ajustée se situe à environ 11 % de la population (figure 11.1a).
- En proportion, la Côte-Nord compte moins de personnes atteintes (prévalence) que le reste du Québec, et ce, chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population.
- Prévalence chez les femmes un peu plus élevée que chez les hommes (Côte-Nord : 12 % c. 10 %; Québec : 13 % c. 10 %) (figure 11.1a).
- Pas de variations significatives selon l'âge :
 - 1 à 17 ans : 11 %.
 - 18 à 64 ans : 11 %.
 - 65 ans et plus : 10 % (données non illustrées).
- Sur la Côte-Nord, chez les 65 ans et plus, on dénombre, en proportion, moins de personnes qui vivent avec un trouble mental que dans le reste du Québec (10 % c. 14 %) (donnée non illustrée).
- Toutes proportions gardées, les territoires de réseaux locaux de services (RLS) de Caniapiscou, de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et le CLSC Naskapi enregistrent une plus faible prévalence des troubles mentaux que le reste du Québec et, simultanément, le reste de la Côte-Nord.
 - Proportion supérieure au reste du Québec : RLS Haute-Côte-Nord-Manicouagan.
 - Proportion supérieure au reste de la Côte-Nord : RLS Haute-Côte-Nord-Manicouagan, RLS de Port-Cartier et RLS de Sept-Îles (figure 11.1b).

De 2001-2002 à 2014-2015

- Population régionale : ↑ significative de la prévalence des troubles mentaux (de 9 % à 11 %) (8 380 à 9 775 personnes);
 - Hommes : ↑ significative (de 7 % à 10 %) (3 640 à 4 445 personnes).
 - Femmes : ↑ significative (de 10 % à 12 %) (4 740 à 5 325 personnes)⁵ (données non illustrées).
- Chez les 1 à 17 ans (Sexes réunis) : ↑ significative de la prévalence (de 4,1 à 11 %) (de 880 à 1 825 personnes).
 - Hommes : ↑ significative (de 4,7 % à 13 %) (520 à 1 160 personnes).
 - Femmes : ↑ significative (de 3,4 % à 8 %) (360 à 665 personnes)⁴.
- En moyenne sur la Côte-Nord, durant toute la période 2001-2002 à 2014-2015, à chaque année, environ 8 700 personnes ont un diagnostic de trouble mental (donnée non illustrée).

1 CIM-9 : 290-319 et CIM-10 : F00-F99. Selon la définition adoptée par le SISMACQ, les troubles mentaux comprennent, entre autres, les troubles anxio-dépressifs, l'hyperactivité, les troubles de personnalité, les retards de développement, les abus de substances psychoactives, et les troubles psychotiques. Précisons que le SISMACQ calcule ici une prévalence annuelle, et non une prévalence cumulée, et ce, contrairement à d'autres maladies, comme le diabète et l'hypertension, pour lesquelles le SISMACQ calcule des prévalences cumulées. Ces dernières comprennent la somme des nouveaux cas des années antérieures et ceux de l'année en cours. Limites à l'interprétation des données : la prévalence réelle des troubles mentaux est probablement sous-estimée puisque le SISMACQ n'identifie que les cas diagnostiqués par un médecin. La personne doit au cours d'une année (1er avril au 31 mars) : a) avoir un diagnostic principal de trouble mental inscrit au fichier MED-ÉCHO ou b) avoir un diagnostic de trouble mental au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (FIPA). Les personnes traitées par d'autres professionnels, comme les psychologues en CLSC ou en pratique privée, par exemple, ou encore par des médecins qui ne sont pas rémunérés à l'acte ne sont pas incluses. Par ailleurs, les individus qui ne recourent pas aux services de santé ne sont pas pris en compte dans ces données et le SISMACQ ne peut les rapporter.

2 Ajustée selon la structure par âge (1 à 17, 18 à 44, 45 à 64, 65 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013. Les données extraites du SISMACQ sont présentées pour les deux territoires fusionnés.

5 En raison de l'arrondissement aléatoire à l'unité 5 des valeurs, la somme des valeurs chez les hommes et les femmes peut différer légèrement du nombre total pour l'ensemble de la population.

Importance et enjeux

- Au Québec, comme au Canada, environ 20 % de la population serait atteinte d'une maladie mentale, diagnostiquée ou non⁶.
- La moitié des personnes atteintes de troubles mentaux ne consulterait pas de professionnels de la santé à ce sujet⁷.
- Les troubles mentaux, dans leur ensemble, ont divers impacts :
 - ♦ Excès de mortalité comparativement au reste de la population, en raison de la mortalité par suicide notamment, mais aussi parce que ces personnes ont un risque accru de décéder :
 - d'un cancer;
 - d'une maladie cardiovasculaire;
 - d'autres maladies⁸;
 - de traumatismes non intentionnels.
 - ♦ Cette surmortalité pourrait s'expliquer entre autres, par les habitudes de vie (tabagisme, alimentation, sédentarité), la défavorisation sociale, les effets secondaires néfastes de la médication⁹, la prise de risque et l'impulsivité.
 - ♦ Espérance de vie à un an au Québec plus faible chez les personnes ayant un trouble mental;
 - En 2005-2010, par rapport à la population générale :
 - hommes (70 ans c. 78 ans);
 - femmes (78 ans c. 83 ans)¹⁰.
- Les personnes qui ont eu au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours de leur vie sont plus susceptibles de présenter un diagnostic de dépendance à l'alcool (3,8 % c. 1,3 %). Les individus atteints d'un trouble de l'humeur sont également plus susceptibles d'avoir fait usage de cannabis dans les douze derniers mois (26 % vs 12 %). Il en va de même pour les individus ayant rapporté un trouble anxieux : 18 % affirment avoir consommé du cannabis dans les douze mois précédant l'enquête. Enfin, les individus ayant au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux sont également plus susceptibles d'avoir fait usage d'autres drogues illicites dans les douze mois précédant l'enquête (11 % c. 2,5 %)¹¹.
- La hausse importante des troubles mentaux chez les jeunes de 1 à 17 ans serait vraisemblablement attribuable à la hausse des diagnostics du TDAH (troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité), surtout chez les garçons¹² et du trouble envahissant du développement (TED) en raison d'un meilleur dépistage. Un meilleur dépistage engendre davantage de diagnostics. Selon les diagnostics documentés dans les banques de données de la RAMQ :
 - ♦ La prévalence à vie du TDAH chez les jeunes de 25 ans et moins a doublé entre 2006-2007 et 2014-2015 passant de 5,2 % à 10,3 %.

PISTES POUR L'ACTION

- La santé mentale doit être considérée au-delà de la présence ou non de troubles mentaux. En ce sens, l'Organisation mondiale de la santé définit la santé mentale comme un « (...) état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté »¹³. La promotion de la santé mentale concerne à la fois la prévention de ces troubles et l'amélioration du bien-être de la personne.
- Importance d'agir tôt, de faire des actions précoces, puisque certains problèmes trouvent leur origine dans l'enfance et l'adolescence.
- Respect de la primauté de la personne dans la planification et l'organisation des services. La participation active des personnes utilisatrices de service et des membres de l'entourage. (référence : plan d'action en santé mentale).
- Lutte contre la stigmatisation.
- Politiques publiques et mesures de conciliation travail-famille-vie personnelle.
- Interventions brèves pour prévenir l'abus de substances.
- Interventions pour améliorer la diffusion d'information juste et simple en matière de santé mentale (améliorer la littératie en santé mentale).
- Interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux en milieu de travail.
- Intervention de soutien aux aidants naturels.
- Interventions de soutien au développement des communautés.
- Interventions de promotion de la pratique d'activités physiques.
- Dépistage et interventions visant à prévenir la violence conjugale.
- Promouvoir les services disponibles.
- En présence de troubles mentaux, il faut se préoccuper de toute consommation de substance psychoactive et en évaluer les possibles interactions avec la maladie elle-même et avec la pharmacothérapie, s'il y a lieu.

6 LESAGE, A. et V. ÉMOND. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », dans Surveillance des maladies chroniques, no 6, Institut national de santé publique du Québec, 2012, p. 1, cité par BÉLANGER, Sophie et coll. Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2010, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction de la santé mentale), 2015, p. 3.

7 Ibid., p. 1.

8 Ibid., p. 12.

9 Ibid., p. 12-13.

10 Ibid., p. 7.

11 MSSS (2009). « Programme de formation en dépendances pour les centres de santé et services sociaux », Cahier du formateur, p. 249 à 260 (document non publié).

12 LESAGE, A. et V. ÉMOND. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », op. cit., p. 13.

13 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>, page consultée le 22 janvier 2018.

FICHE 11.2 LES TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS¹

Figure 11.2a : Proportion ajustée² de personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs selon le sexe, population âgée de un an et plus, Côte-Nord et Québec, avril 2014 à mars 2015³

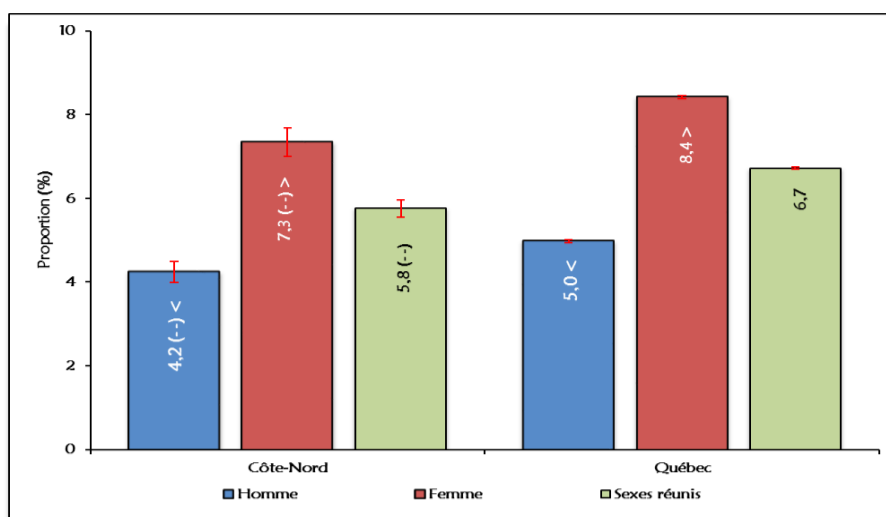
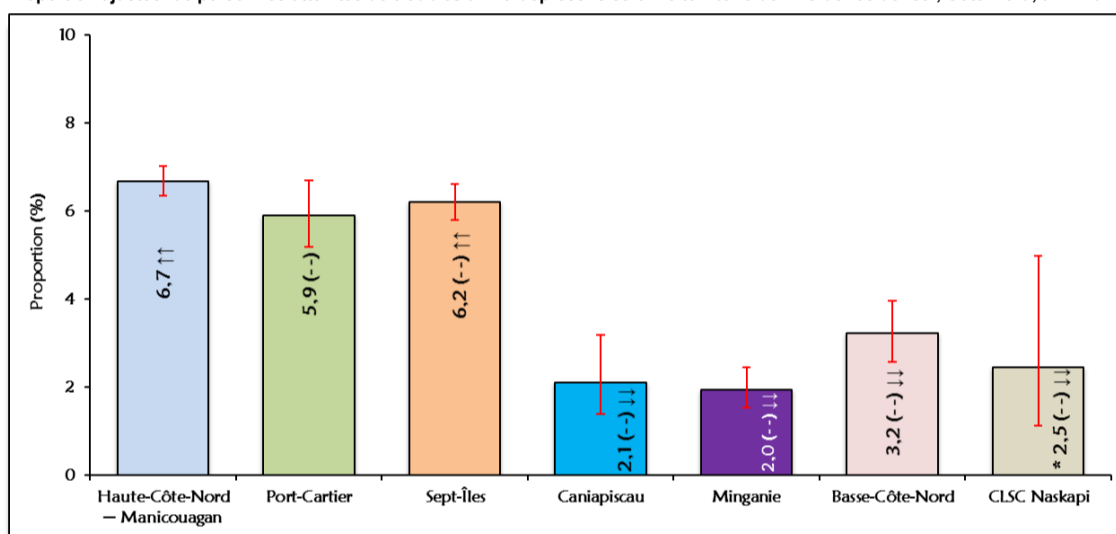


Figure 11.2b : Proportion ajustée¹ de personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs selon le territoire de RLS de résidence⁴, Côte-Nord, avril 2014 à mars 2015³



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Près de 5 300 résidents de la Côte-Nord, âgés de 1 an et plus, souffrent d'un trouble anxio-dépressif (donnée non illustrée); la prévalence ajustée se situe à environ 6 % de la population de ce groupe d'âge (figure 11.2a).
 - Ce diagnostic représente donc quelque 54 % de l'ensemble des diagnostics de troubles mentaux sur la Côte-Nord en 2014-2015 comparativement à 59 % au Québec (donnée non illustrée).
- En proportion, la Côte-Nord compte moins de personnes atteintes (prévalence) que le reste du Québec, et ce, chez les hommes, les femmes ou dans l'ensemble de la population.
- Prévalence chez les femmes un peu plus élevée que chez les hommes (Côte-Nord : 7 % c. 4,2 %; Québec : 8 % c. 5 %) (figure 11.2a).
- Variations significatives selon l'âge :
 - 1 à 17 ans : 1,8 %.
 - 18 à 64 ans : 7 %.
 - 65 ans et plus : 4,7 % (données non illustrées).
- Sur la Côte-Nord, chez les 65 ans et plus, on dénombre, en proportion, moins de personnes qui vivent avec un trouble anxio-dépressif que dans le reste du Québec (4,7 % c. 7 %) (donnée non illustrée).
- Toutes proportions gardées, les territoires de réseaux locaux de services (RLS) de Caniapiscou, de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et le CLSC Naskapi enregistrent une plus faible prévalence des troubles anxio-dépressifs que le reste du Québec et, simultanément, le reste de la Côte-Nord.
 - Proportion inférieure au reste du Québec : RLS de Port-Cartier et RLS de Sept-Îles.
 - Proportion supérieure au reste de la Côte-Nord : RLS Haute-Côte-Nord-Manicouagan et RLS de Sept-Îles (figure 11.2b).

De 2001-2002 à 2014-2015

- Population régionale : stabilité de la prévalence des troubles anxio-dépressifs (environ 6 %) malgré une diminution d'environ 3,2 % du nombre de personnes atteintes (5 460 à 5 285 personnes).
 - Hommes : prévalence stable (environ 4 %) même si le nombre de personnes atteintes a fléchi de 4 % environ (2 070 à 1 990 personnes).
 - Femmes : prévalence stable (autour de 7 %) même si leur nombre a reculé d'environ 3,3 % (3 385 à 3 295 personnes)⁵ (données non illustrées).
- En moyenne sur la Côte-Nord, durant toute la période 2001-2002 à 2014-2015, à chaque année, environ 5 375 personnes ont un diagnostic de trouble anxio-dépressif (données non illustrées).
 - Sur toute la période, ce diagnostic compte pour environ 62 % de l'ensemble des diagnostics de trouble mental en comparaison de 65 % au Québec (données non illustrées).

1 CIM-9 : 296, 300, 311 et CIM-10 : F30-F48; F68. Selon la définition adoptée par le SISMACQ, les troubles anxio-dépressifs font partie de la grande catégorie des troubles mentaux. Les troubles anxio-dépressifs comprennent entre autres : la dépression, les troubles bipolaires, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble phobique, le trouble panique. Ce type de trouble est le plus fréquent de l'ensemble des troubles mentaux. Précisons que le SISMACQ calcule ici une prévalence annuelle, et non une prévalence cumulée, et ce, contrairement à d'autres maladies, comme le diabète et l'hypertension, pour lesquelles le SISMACQ calcule des prévalences cumulées. Ces dernières comprennent la somme des nouveaux cas des années antérieures et ceux de l'année en cours. Limites à l'interprétation des données : la prévalence réelle des troubles anxio-dépressifs est probablement sous-estimée puisque le SISMACQ n'identifie que les cas diagnostiqués par un médecin. La personne doit au cours d'une année (1er avril au 31 mars) : a) avoir un diagnostic principal de trouble anxio-dépressif inscrit au fichier MED-ÉCHO ou b) avoir un diagnostic de trouble anxio-dépressif au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (FIPA). Les personnes traitées par d'autres professionnels, comme les psychologues, en CLSC ou en pratique privée, par exemple, ou encore par des médecins qui ne sont pas rémunérés à l'acte ne sont pas incluses. Par ailleurs, les individus qui ne recourent pas aux services de santé ne sont pas pris en compte dans ces données et le SISMACQ ne peut les rapporter.

2 Ajustée selon la structure par âge (1 à 17, 18 à 44, 45 à 64, 65 ans et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

5 En raison de l'arrondissement aléatoire à l'unité 5 des valeurs, la somme des valeurs chez les hommes et les femmes peut différer légèrement du nombre total pour l'ensemble de la population.

Importance et enjeux

- Au Québec, comme au Canada, environ 20 % de la population serait atteinte d'une maladie mentale, diagnostiquée ou non⁶.
- La moitié des personnes atteintes de troubles mentaux ne consulterait pas de professionnels de la santé à ce sujet⁷.
- Les troubles mentaux, dans leur ensemble, ont divers impacts :
 - ✦ Excès de mortalité comparativement au reste de la population, en raison de la mortalité par suicide notamment, mais aussi parce que ces personnes ont un risque accru de décéder :
 - d'un cancer;
 - d'une maladie cardiovasculaire;
 - d'autres maladies⁸;
 - de traumatismes non intentionnels.
 - ✦ Cette surmortalité pourrait s'expliquer entre autres, par les habitudes de vie (tabagisme, alimentation, sédentarité), la défavorisation sociale, les effets secondaires néfastes de la médication⁹, la prise de risque et l'impulsivité.
 - ✦ Espérance de vie à un an au Québec plus faible chez les personnes ayant un trouble mental.
 - En 2005-2010, par rapport à la population générale :
 - hommes (70 ans c. 78 ans);
 - femmes (78 ans c. 83 ans)¹⁰.
- Les personnes qui ont eu au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours de leur vie sont plus susceptibles de présenter un diagnostic de dépendance à l'alcool (3,8 % c. 1,3 %). Les individus atteints d'un trouble de l'humeur sont également plus susceptibles d'avoir fait usage de cannabis dans les douze derniers mois (26 % vs 12 %). Il en va de même pour les individus ayant rapporté un trouble anxieux : 18 % affirment avoir consommé du cannabis dans les douze mois précédant l'enquête. Enfin, les individus ayant au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux sont également plus susceptibles d'avoir fait usage d'autres drogues illicites dans les douze mois précédant l'enquête (11 % vs 2,5 %)¹¹.

6 LESAGE, A. et V. ÉMOND. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », dans Surveillance des maladies chroniques, no 6, Institut national de santé publique du Québec, 2012, p. 1, cité par BÉLANGER, Sophie et coll. Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2010, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction de la santé mentale), 2015, p. 3.

7 Ibid., p. 1.

8 Ibid., p. 12.

9 Ibid., p. 12-13.

10 Ibid., p. 7.

11 MSSS (2009). « Programme de formation en dépendances pour les centres de santé et services sociaux », Cahier du formateur, p. 249 à 260 (document non publié).

FICHE 11.3 IDÉES SUICIDAIRES¹

Figure 11.3a : Population ayant sérieusement songé au suicide au cours des 12 derniers mois selon l'âge, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

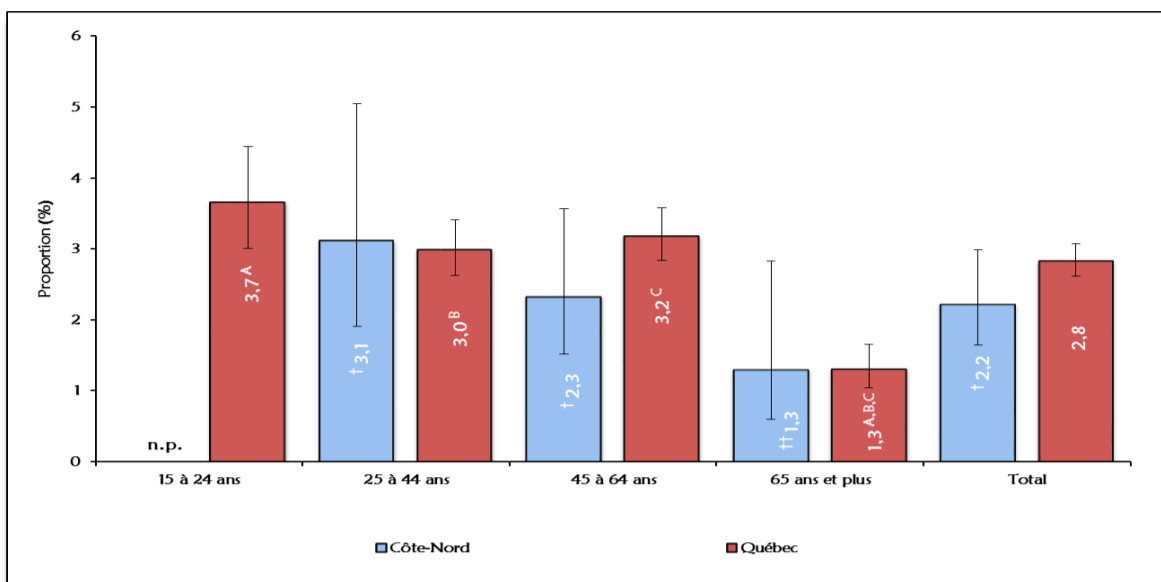
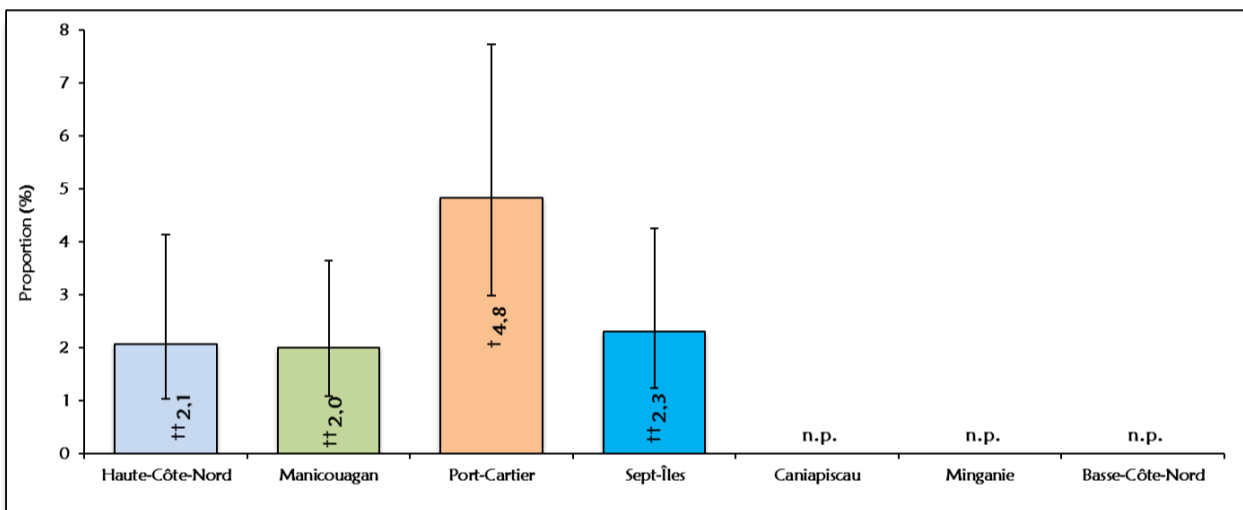


Figure 11.3b : Population ayant sérieusement songé au suicide au cours des 12 derniers mois selon le territoire de RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

A,B,C Dans l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 1 %.

En 2014-2015

- En excluant les personnes qui ont fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois, environ 12,2 % de la population nord-côtière rapporte avoir songé sérieusement au suicide au cours de cette période. La situation nord-côtière s'apparente statistiquement à celle du reste du Québec (2,8 %) (figure 11.3a).
- Les femmes nord-côtières ne se démarquent pas significativement des hommes de la région (†2,2 % dans les deux groupes). Dans l'ensemble de la province, toutes proportions gardées, on dénombre autant d'hommes que de femmes qui ont sérieusement envisagé de s'enlever la vie durant la même période (2,6 % c. 3 %) (données non illustrées).
- Sur la Côte-Nord, pour les deux sexes réunis, la proportion de personnes ayant pensé à se suicider ne varie pas de manière significative selon l'âge bien que l'on remarque une tendance à la baisse (de †3,1 %, chez les 25 à 44 ans, à ††1,3 %, chez les 65 ans et plus. Pour des raisons de confidentialité, la proportion n'est pas rapportée pour le groupe de 15 à 25 ans. Au Québec, les personnes âgées de 65 ans et plus sont les seules à se différencier des autres groupes d'âge; elles sont moins nombreuses, en proportion, à avoir sérieusement considéré de s'enlever la vie (figure 11.3a).
- Les personnes classées au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont beaucoup plus susceptibles d'avoir eu des idées suicidaires sérieuses que celles situées au niveau faible à moyen (†6,9 % c. ††0,6 %) (données non illustrées).
- Dans le RLS de Port-Cartier, près de une personne sur 20 (†4,8 %) a eu des idées suicidaires sérieuses dans les 12 mois précédant l'enquête. Néanmoins, aucune différence significative n'est détectée par rapport au reste du Québec ou de la Côte-Nord. Les résultats pour les RLS de Caniapiscau, de la Minganie et de la Basse-Côte-Nord ne peuvent être présentés afin de préserver la confidentialité (figure 11.3b).

Évolution depuis 2008⁴

- Hommes : Côte-Nord : ↓ significative (de †2,7 % à ††0,9 %); Québec : stabilité (2,5 % à 2,4 %).
- Femmes : Côte-Nord : ↑ non significative (de †1,8 % à ††2,3 %); Québec : ↑ significative (de 2,2 % à 2,8 %) (données non illustrées).
- Pour 2008, les données nord-côtières de l'EQSP sont indisponibles à l'échelle des territoires de RLS.

1 Voir : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 13 - Santé mentale – Section 13.3 Idées suicidaires et tentatives de suicide », p. 142-144. *L'indicateur portant sur les idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois est basé sur les deux questions suivantes : Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie ? (...) Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois ? Les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de cette période sont exclues. Les tentatives de suicide sont analysées séparément dans le rapport provincial de cette enquête. Les proportions sont très faibles.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 Puisque l'indicateur est affecté par le mode de collecte, les valeurs présentées dans cette section « Évolution depuis 2008 » ne représentent pas les estimations officielles de l'EQSP 2014-2015, mais plutôt des estimations comparables fondées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement. Dans ce cas, les unités de l'échantillon correspondant à des personnes vivant dans un ménage collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personnes âgées, maison de chambres et pension, couvent, etc.) sont aussi exclues des analyses puisqu'elles n'étaient pas visées par l'EQSP 2008. Pour plus de détails, voir « Aspects méthodologiques – Section 1.5.3 Indicateurs affectés par le mode de collecte : Comparaison avec l'édition 2008 », p. 27, dans le rapport provincial de l'enquête.

Importance et enjeux

- Le PNSP 2015-2025, fait ressortir certaines fragilités au sein de la population québécoise :
 - ✦ Stress quotidien élevé : touche près de ¼ des Québécois, en particulier les 25-44 ans.
 - ✦ Détresse psychologique : affecte particulièrement les 12-24 ans.
 - ✦ Troubles de l'anxiété : les 25-44 ans sont les plus touchés.
 - ✦ Suicide : tendance à la baisse du taux de suicide, en particulier chez les jeunes.
- Un des défis à relever en santé publique est d'améliorer l'état de santé mentale et le bien-être de la population.
- Un consensus d'experts signalent qu'aucune action face à une problématique de suicide, aussi efficace soit-elle, ne peut à elle seule résoudre un problème dont l'ampleur et la complexité exigent une intervention, globale, intense et durable, fondée sur l'engagement soutenu d'un grand nombre d'acteurs dans l'organisation des services, que ce soit dans le secteur de la santé publique ou dans les autres secteurs travaillant en étroite collaboration avec le réseau de la santé⁵. La mortalité par suicide demeure un problème de santé publique majeur, et les efforts en matière de sensibilisation et de prévention doivent être maintenus. La maladie mentale s'avère un facteur de risque important.
- De nombreuses études démontrent l'association étroite entre les troubles mentaux et le suicide. Par ailleurs, les données disponibles au Québec sur l'utilisation des services de santé et de services sociaux critiquent la coordination entre les services de première ligne, les services spécialisés et les ressources de réadaptation en dépendances. Le tout rend difficile la réponse aux besoins, entre autres, des personnes à potentiel suicidaire élevé, et ce, dans tous les groupes d'âge. Ces personnes sont celles qui sont aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des dépendances, des troubles de la personnalité, ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide.
- Le plan d'action régional en prévention du suicide de la Côte-Nord vise la mise en œuvre des mesures efficaces en prévention du suicide et préconise le développement de trajectoires de services qui répondent aux besoins des personnes vulnérables et à risque de suicide de la région.

PISTES POUR L'ACTION

- Développer la surveillance et la connaissance.
- Apporter une aide immédiate et adéquate aux personnes en détresse et à leurs proches :
 - ✦ Augmenter l'accessibilité de la ligne 1 866 APPELLE.
 - ✦ Développer de l'intervention sur le Web.
 - ✦ Favoriser l'accès à des services de crise 24/7.
 - ✦ Développer et généraliser le suivi étroit des personnes ayant commis une tentative de suicide.
 - ✦ Favoriser l'accès des proches de personnes suicidaires à des services de soutien.
 - ✦ Faciliter l'accès à des interventions de postvention⁶ à la suite d'un suicide.
- Augmenter l'accès à la formation pour les intervenants.
- Identifier les personnes à risque.
- Multiplier et consolider les réseaux de sentinelles.
- Développer des campagnes de sensibilisation et de mobilisation.
- Développer des projets en promotion de la santé mentale.
- Réduire l'accès aux moyens :
 - ✦ Réduire l'accessibilité matérielle.
 - ✦ Lutter contre l'accessibilité sociale :
 - notamment en encourageant les médias à traiter de ce problème en se basant sur les recommandations à cet effet;
 - en contrant certains mythes reliés au suicide, etc.
- Mettre en œuvre des stratégies complémentaires pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services de prévention du suicide.

5. PASM 2015-2010, La force de liens.

6. C'est-à-dire les activités visant le traitement et le rétablissement des personnes ayant été exposées au suicide d'une personne de leur entourage. Voir : <https://www.aide.ulaval.ca/psychologie/prevention-du-suicide/postvention/>.

FICHE 11.4 DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE¹

Figure 11.4a : Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

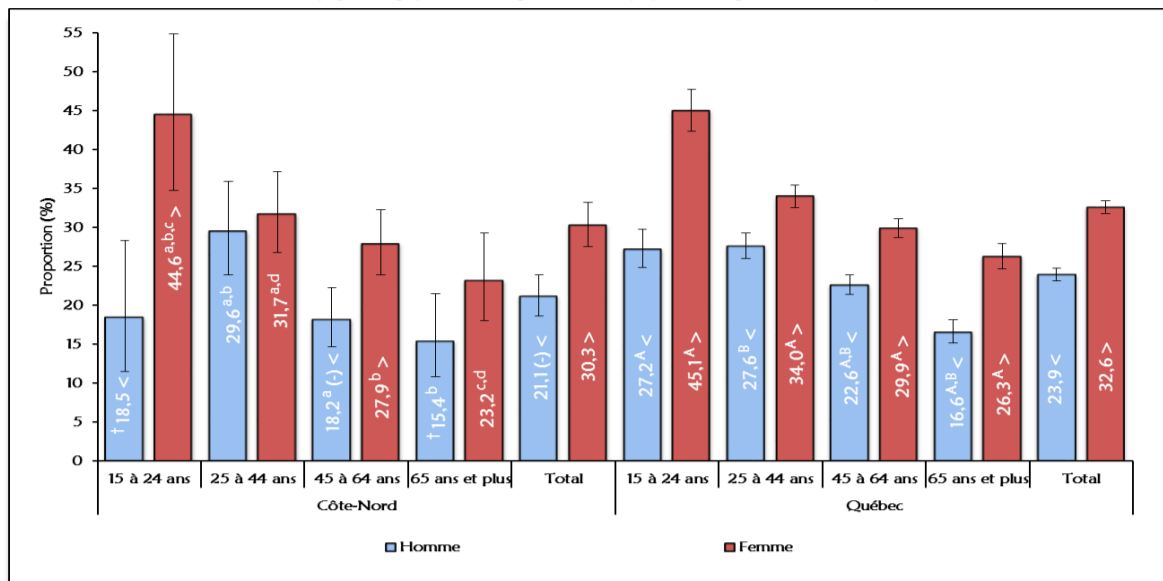
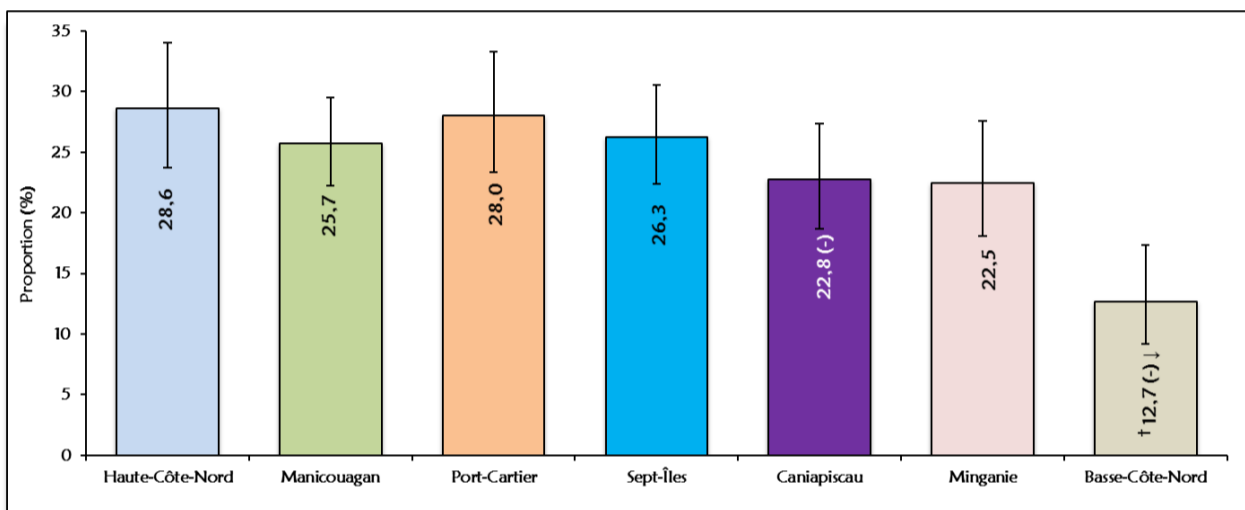


Figure 11.4b : Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique selon le territoire de RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.
a,b,c,d Pour chacun des sexes, dans l'ensemble de la Côte-Nord, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.
A,B Pour chacun des sexes, dans l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 1 %.

En 2014-2015

- Les femmes nord-côtières sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (30 % c. 21 %). Le même phénomène est observé dans l'ensemble du Québec (33 % c. 24 %) (figure 11.4a).
- Les femmes nord-côtières ne se démarquent pas significativement des autres Québécoises. Cependant, les hommes de la Côte-Nord sont, en proportion, un peu moins nombreux que ceux du reste du Québec, à se situer dans la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique (21 % c. 24 %) (figure 11.4a).
- Sur la Côte-Nord, pour les deux sexes réunis, la proportion de personnes catégorisées au niveau élevé de l'indice diminue à mesure que l'âge augmente. Elle passe de 31 % chez les 25 à 44 ans, à 23 % chez les 45 à 64 ans et à 20 % chez les 65 ans et plus (données non illustrées).
- Comparativement à chacun des autres groupes d'âge, chez les 15 ans à 24 ans, les femmes nord-côtières sont plus nombreuses, en proportion, à se classer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique (45 % c. 32 %, 28 % et 23 %). Pour leur part, les hommes de cet âge ne se démarquent pas significativement de ceux des autres groupes d'âge (18 % c. 30 %, 18 % et 15 %) (figure 11.4a).
- Les personnes en couple, mais sans enfants à la maison, sont proportionnellement moins nombreuses (21 %) à se retrouver au niveau élevé de l'indice, comparativement aux gens vivant seuls (34 %), à celles en couple avec enfants (26 %) ou aux individus vivant dans une famille monoparentale (32 %) (données non illustrées).
- En comparaison du reste du Québec, le RLS de Caniapiscau et celui de la Basse-Côte-Nord présentent une proportion inférieure de personnes classées au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique. En Basse-Côte-Nord, cette proportion est également moins que celle du reste de la Côte-Nord (figure 11.4b).

Évolution depuis 2008⁴

- Hommes : Côte-Nord : stabilité (environ 18 %); Québec : ↑ non significative (de 18 % à 20 %).
- Femmes : Côte-Nord : ↑ significative (de 22 % à 27 %); Québec : ↑ significative (de 26 % à 29 %) (données non illustrées).
- Pour 2008, les données nord-côtières de l'EQSP sont indisponibles à l'échelle des territoires de RLS.

1 Voir : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 13 : Santé mentale – Section 13.2 Echelle de détresse psychologique », p. 139-142. « L'échelle de détresse psychologique est basée sur l'échelle de Kessler [K6] [R.C. KESSLER, G. ANDREWS, L.J. COLPE et autres, 2002. « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress », *Psychological Medicine*, vol. 32, p.959-976] (...) Les six questions de l'échelle de Kessler portent sur la fréquence à laquelle certains sentiments ou pensées négatives sont présents au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) : ... nerveux (nerveuse) ? ... désespéré(e) ? ... agité(e) ou incapable de tenir en place ? ... si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire ? ... à quelle fréquence avez-vous senti que tout était un effort (à ce point fatigué(e) que tout est un effort) ? ... bon(ne) à rien ? » Les fréquences se déclinaient comme suit : jamais, rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps. « Chacune de ces six questions se voit accorder un score de 0 à 4 selon les choix de réponse, où 0 indique que les sentiments ou pensées négatives ne sont « jamais » présents, alors que 4 indique que ceux-ci seraient présents « tout le temps » ; le score total varie de 0 à 24. Plus le score total est élevé, plus la détresse est prononcée. » Lors de l'EQSP 2008, il a été décidé de retenir le quintile supérieur (80^e percentile) des scores totaux obtenus à l'échelle comme seuil de la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique. Ce score est 7. Pour des raisons de comparabilité avec l'EQSP 2008, cette valeur a été conservée en 2014-2015 comme seuil du niveau élevé. **Cet indice ne constitue pas une mesure clinique.** Par conséquent, on ne peut l'employer pour établir la prévalence de la détresse psychologique au sein d'une population. Son utilité repose sur le fait qu'il permet d'estimer, au sein de divers groupes de personnes, la proportion de celles qui vivent certains symptômes affectifs dont le nombre et la fréquence peuvent engendrer des impacts négatifs dans différents domaines de leur vie. Ainsi, on peut affirmer que « x % » d'un sous-groupe particulier se classe au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, mais on ne peut pas déclarer que « x % » de ce même sous-groupe présente un niveau élevé de détresse psychologique.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 Puisque l'indicateur est affecté par le mode de collecte, les valeurs présentées dans cette section « Évolution depuis 2008 » ne représentent pas les estimations officielles de l'EQSP 2014-2015, mais plutôt des **estimations comparables** fondées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement. Dans ce cas, les unités de l'échantillon correspondant à des personnes vivant dans un ménage collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personnes âgées, maison de chambres et pension, couvent, etc.) sont aussi exclues des analyses puisqu'elles n'étaient pas visées par l'EQSP 2008. Pour plus de détails, voir « Aspects méthodologiques – Section 1.5.3 Indicateurs affectés par le mode de collecte : Comparaison avec l'édition 2008 », p. 27, dans le rapport provincial de l'enquête.

Importance et enjeux

- L'indice de détresse psychologique de Kessler constitue une mesure non spécifique de l'état de santé mentale d'une population. Il réfère à la présence d'un certain nombre d'émotions négatives qui, si elles persistent dans le temps, peuvent être associées à des symptômes de troubles mentaux parmi lesquelles figurent la dépression et l'anxiété⁵.
- Un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique serait lié à certains comportements comme l'augmentation de la consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes et à un recours accru aux services médicaux et psychosociaux⁶.
- On rapporte aussi un risque accru de développer des maladies chroniques et certaines maladies physiques graves.
- L'EQSP ne comprend pas de questions sur les répercussions possibles de ces émotions négatives sur divers aspects de la vie (personnelle, familiale, professionnelle, sociale, etc.).

Plusieurs facteurs influencent la santé mentale d'une personne⁷ :

- Les facteurs biologiques, par exemple l'hérédité.
 - Les facteurs personnels, par exemple les habitudes de vie, le niveau d'estime de soi ou les expériences vécues durant l'enfance.
 - L'environnement physique, par exemple l'état du lieu de résidence ou la qualité du quartier.
 - L'environnement social, par exemple la qualité des relations établies avec la famille, les amis et la communauté.
 - L'environnement économique, par exemple le statut d'emploi et les conditions de vie.
-
- Base d'une bonne santé mentale : l'équilibre
 - Pour se maintenir en bonne santé mentale, il faut établir un équilibre entre les divers aspects de sa vie, c'est-à-dire les aspects :
 - ✦ Social.
 - ✦ Physique.
 - ✦ Mental.
 - ✦ Économique.
 - ✦ Spirituel.
 - ✦ Émotionnel.

Les périodes de la vie (études, cheminement professionnel, vie de famille, etc.), les difficultés et les défis rencontrés viennent parfois faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Il peut alors être pertinent de se questionner sur les changements à faire afin de favoriser le maintien de sa santé mentale⁷.

PISTES POUR L'ACTION

- L'indice de détresse psychologique est fortement associé à la satisfaction au regard de sa vie sociale. Ainsi, sur la Côte-Nord, la proportion de personnes classées au niveau élevé de l'indice augmente avec la baisse du niveau de satisfaction (16 % chez les personnes très satisfaites; 31 % pour les individus plutôt satisfaits; 65 % pour ceux qui en sont insatisfaits). Le même phénomène est observable dans l'ensemble du Québec (respectivement 17 %, 34 %, 70 %) (données non illustrées).
- Impliquer les membres de l'entourage.
- Rendre disponible et promouvoir des guides d'auto-soins en santé mentale.
- Faire connaître les services offerts et les ressources disponibles pour différentes situations (violence, dépendances, anxiété, idéation suicidaire, problèmes familiaux, difficulté de couple, etc.).
- Planifier et organiser du soutien par les pairs notamment par des groupes d'entraide.
- Favoriser la formation de sentinelles en prévention du suicide.
- Promouvoir les mesures à adopter pour maintenir une bonne santé mentale :
 - ✦ Promouvoir de saines habitudes de vie.
 - ✦ Entretenir un réseau social.
 - ✦ Diminuez le niveau de stress.
- Encouragez les employeurs à adopter des mesures pour réduire les sources de stress et améliorer le climat de travail.

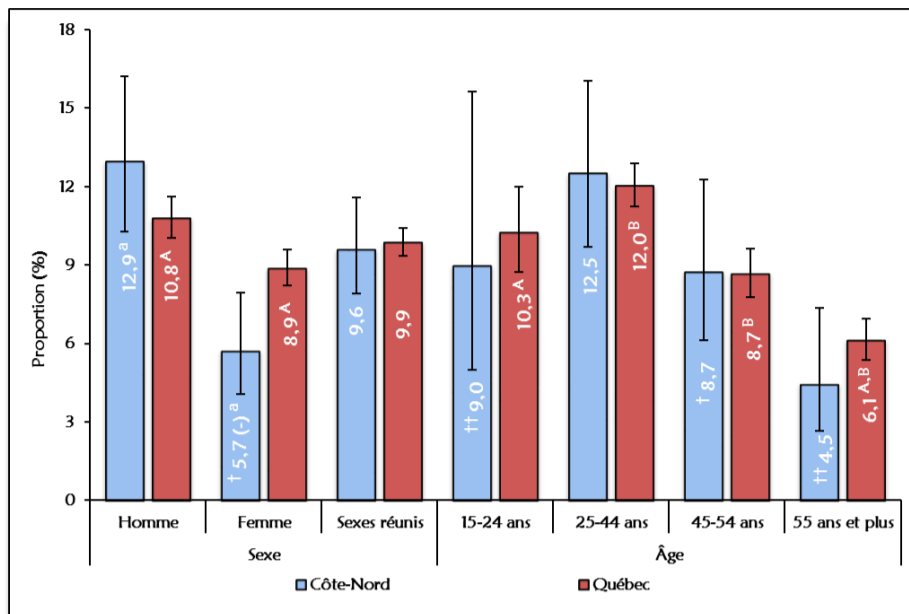
5 CAMIRAND, Hélène et Gilles LÉGARÉ(2010). « Santé mentale », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 4, p. 68.

6 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2012). « Le rôle du soutien social dans l'atténuation de la détresse psychologique », p. 2.

7 Voir : <http://www.sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/maintenir-une-bonne-sante-mentale/>

FICHE 12.1 CONCILIATION TRAVAIL-FAMILLE¹

Figure 12.1 : Travailleurs ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux selon le sexe et l'âge, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

a Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2014-2015 :

- Environ 10 % des travailleurs nord-côtiers affirment éprouver des difficultés à concilier leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux. Cette proportion ne se démarque pas significativement de celle du Québec. Cependant, ce phénomène s'avère moins répandu chez les travailleuses de la Côte-Nord (†5,7 %) que chez les autres travailleuses québécoises (9 %).
- Les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à rencontrer ce genre de difficultés (Côte-Nord : 13 % c. †5,7 %; Québec : 11 % c. 9 %) (figure 12.1).
- Sur la Côte-Nord, l'EQSP ne fait pas ressortir de variations significatives selon l'âge.
- Au Québec, cette contrainte se révèle moins fréquente chez les 45 à 54 ans et les 55 ans et plus en comparaison des personnes âgées de 25 à 44 ans.

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées) :

- Que ce soit sur la Côte-Nord, ou dans l'ensemble du Québec, les hommes et les femmes situés au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique liée au travail témoignent avoir plus de difficultés à accorder leur travail avec la vie familiale ou sociale que les personnes classées au niveau faible ou moyen :
 - ♦ Hommes : (Côte-Nord : †20 % c. 11 %; Québec : 23 % c. 9 %).
 - ♦ Femmes : (Côte-Nord : †17 % c. †3,7 %; Québec : 17 % c. 7 %).
- Les personnes qui rapportent avoir peu de reconnaissance au travail sont aussi plus sujettes à concilier difficilement leur vie familiale ou sociale avec leur vie professionnelle que celles qui comptent sur un niveau moyen ou élevé de reconnaissance au travail.
 - ♦ Hommes : (Côte-Nord : †23 % c. 10 %; Québec : 20 % c. 9 %).
 - ♦ Femmes : (Côte-Nord : †19 % c. †5 %; Québec : 17 % c. 6 %).
- Les travailleurs insatisfaits de leur vie sociale mentionnent aussi éprouver plus de problèmes à concilier le travail avec la vie familiale ou sociale que ceux qui se disent satisfaits (Côte-Nord : †31 % c. 8 %; Québec : 27 % c. 9 %).

Importance et enjeux³

- La conciliation travail-famille fait référence à la recherche de l'équilibre entre les exigences et les responsabilités liées à la vie professionnelle et à la vie familiale.
- Les conditions de travail relatives aux horaires de travail sont déterminantes pour la conciliation entre le travail et la vie personnelle. Par exemple, les longues heures de travail, les horaires atypiques, les heures supplémentaires et l'imprévisibilité des horaires ont été associés à une perception négative de l'équilibre travail et vie personnelle.
- Le conflit entre le travail et la vie personnelle est associé à des conséquences négatives pour la santé, affectant la santé mentale mais aussi la santé physique.

1 L'indicateur est construit à partir d'une seule question posée uniquement aux personnes ayant répondu « Oui » à la question portant sur l'occupation d'un ou plusieurs emplois rémunérés : « En général, comment vos horaires de travail s'accordent-ils avec vos engagements sociaux et familiaux en dehors de votre travail ? Les catégories de réponse sont : « Très bien », « Bien », « Pas très bien », « Pas du tout ». Les individus qui ont répondu « Pas très bien » ou « Pas du tout » sont considérés comme ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux. Voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Susan STOCK et coll. « Proportion des travailleurs ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.25), Version septembre 2016, p. 1-2. Le lecteur est prié de se référer à cette fiche pour obtenir des informations spécifiques sur les limites de cet indicateur.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Susan STOCK et coll. « Proportion des travailleurs ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.25), Version septembre 2016, p. 1-2. Cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter une image positive aux autres.

FICHE 12.2 SATISFACTION À L'ÉGARD DE SA VIE SOCIALE¹

Figure 12.2a : Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale selon l'âge, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

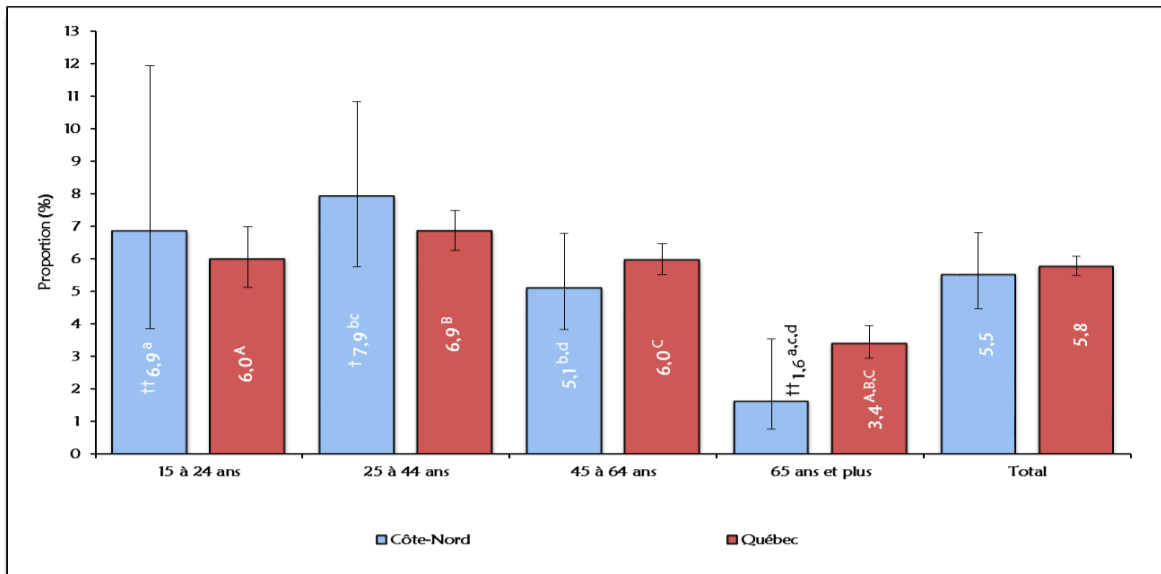
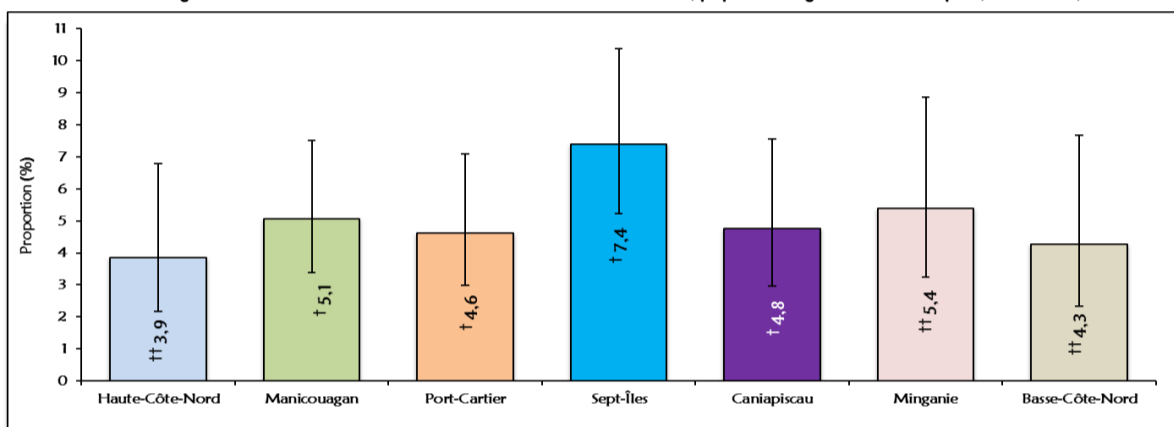


Figure 12.2b : Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale selon le territoire de RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

a,b,c,d Pour l'ensemble de la Côte-Nord, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

A,B,C Pour l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 1 %.

En 2014-2015

- La très grande majorité de la population nord-côtière s'estime satisfaite de sa vie sociale. Plus précisément, quelque 49 % se déclare très satisfaite et 45 % plutôt satisfaite (donnée non illustrée). En contrepartie, environ 6 % des résidents nord-côtiers expriment une insatisfaction. À cet égard, la situation régionale s'apparente à celle du reste du Québec (figure 12.2a). Les proportions nord-côtiers de personnes très satisfaites ou plutôt satisfaites de leur vie sociale sont également comparables à celles du reste de la population québécoise. Mentionnons toutefois que, toutes proportions gardées, on dénombre davantage de personnes très satisfaites chez les femmes nord-côtiers (52 %) que chez les autres Québécoises (48 %) (données non illustrées).
- Les femmes nord-côtiers ne se démarquent pas significativement des hommes de la région (15 % c. 6 %). Dans l'ensemble de la province, les femmes ne se différencient pas non plus significativement des hommes (données non illustrées).
- Sur la Côte-Nord, pour les deux sexes réunis, la proportion de personnes insatisfaites de leur vie sociale varie selon l'âge. À partir de 25 ans, elle diminue à mesure que la population vieillit. Ainsi, elle passe de (de 18 %, chez les 25 à 44 ans, à 5 %, chez les 45 ans à 64 ans, et à 1,6 % chez les 65 ans et plus. Au Québec, les personnes âgées de 65 ans et plus sont les seules à se différencier des autres groupes d'âge; elles sont moins nombreuses, en proportion, à exprimer une insatisfaction (figure 12.2a).
- Les personnes classées au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont beaucoup plus susceptibles d'être insatisfaites de leur vie sociale que celles situées au niveau faible à moyen (Côte-Nord : 14 % c. 12,6 %; Québec : 14 % c. 2,4 %). C'est aussi le cas pour les individus ayant rapporté avoir sérieusement envisagé de se suicider au cours des 12 derniers mois comparativement à ceux qui n'en ont pas eu (Côte-Nord : 14 % c. 5 %; Québec : 27 % c. 5 %) (données non illustrées).
- Dans le RLS de Sept-Îles, environ 7 % de la population se dit insatisfaite de sa vie sociale. Néanmoins, aucune différence significative n'est détectée par rapport au reste du Québec ou de la Côte-Nord (figure 12.2b).

Évolution depuis 2008⁴

- Hommes : Côte-Nord : ↑ non significative (de 15 % à 16 %); Québec : ↓ significative (de 6 % à 4,8 %).
- Femmes : Côte-Nord : ↓ non significative (de 14,6 % à 13,7 %); Québec : ↓ significative (de 7 % à 4,2 %) (données non illustrées).
- Pour 2008, les données nord-côtiers de l'EQSP sont indisponibles à l'échelle des territoires de RLS.

1 Voir : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 13 : Santé mentale – Section 13.1 Satisfaction à l'égard de sa vie sociale », p. 135-138. « La satisfaction à l'égard de sa vie sociale est l'une des dimensions de l'indice de soutien social utilisées dans les éditions 1992-1993 et 1998 de l'*Enquête sociale et de santé* (ESS), les deux autres étant la participation ou l'intégration sociale et la taille du réseau de soutien. Dans l'EQSP, seule la satisfaction à l'égard de sa vie sociale a été retenue, et elle est mesurée à partir de la question suivante : En général, comment trouvez-vous votre vie sociale, c'est-à-dire vos relations avec les gens qui vous entourent (parents, amis, connaissances) ? Les catégories de réponse sont les suivantes : « très satisfaisante », « plutôt satisfaisante », « plutôt insatisfaisante » et « très insatisfaisante ». Les catégories « plutôt insatisfaisante » et « très insatisfaisante » ont été regroupées afin d'estimer la proportion de la population qui est insatisfaite de sa vie sociale ».

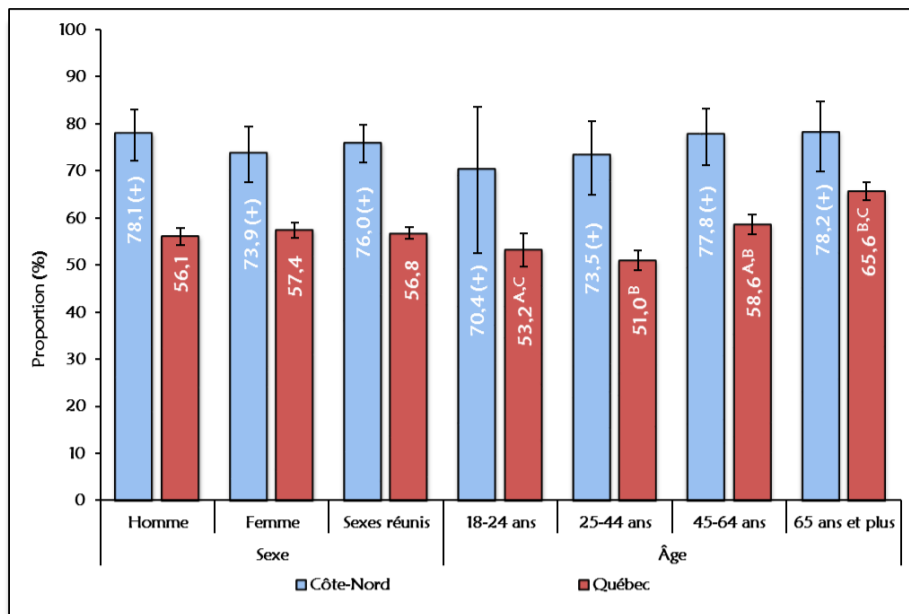
2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 Puisque l'indicateur est affecté par le mode de collecte, les valeurs présentées dans cette section « Évolution depuis 2008 » ne représentent pas les estimations officielles de l'EQSP 2014-2015, mais plutôt des estimations comparables fondées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement. Dans ce cas, les unités de l'échantillon correspondant à des personnes vivant dans un ménage collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personnes âgées, maison de chambres et pension, couvent, etc.) sont aussi exclues des analyses puisqu'elles n'étaient pas visées par l'EQSP 2008. Pour plus de détails, voir « Aspects méthodologiques – Section 1.5.3 Indicateurs affectés par le mode de collecte : Comparaison avec l'édition 2008 », p. 27, dans le rapport provincial de l'enquête.

FICHE 12.3 SENTIMENT D'APPARTENANCE À SA COMMUNAUTÉ LOCALE¹

Figure 12.3 : Sentiment très fort ou plutôt fort d'appartenance à sa communauté locale selon le sexe et l'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2013-2014²



Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2013-2014*. Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD). Compilation : Yves Therriault, Direction de la santé publique de la Côte-Nord.

A, B, C : Pour l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les catégories d'âge, au seuil de 5 %.

En 2013-2014

- Plus des trois-quarts des résidents adultes de la Côte-Nord (76 %) rapportent un sentiment très fort ou plutôt fort d'appartenance à sa communauté locale. Cette proportion surpasse de manière significative celle observée dans le reste du Québec (57 %). C'est aussi le cas chez les hommes (78 % c. 56 %) et chez les femmes (74 % c. 57 %).
- L'enquête ne détecte pas d'écarts significatifs entre les hommes et les femmes que ce soit sur la Côte-Nord (78 % c. 74 %) ou dans l'ensemble du Québec : (56 % c. 57 %).
- On ne remarque pas de variations significatives selon l'âge sur la Côte-Nord. Au Québec, la proportion des individus qui se ressentent ce degré d'appartenance à leur communauté locale augmente significativement avec l'avancée en âge à partir de 25 à 44 ans (figure 12.3).

1 Les répondants étaient invités à répondre à la question suivante : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale ? Les catégories de réponse sont : « Très fort », « Plutôt fort », « Plutôt faible », « Très faible ». Voir : ÉQUIPE DU PORTRAIT DE SANTÉ. « Proportion de la population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale (ESCC) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche ESCC : 39), Version de juin 2016, p. 1. Comme l'Infocentre de santé publique ne présente que l'indicateur « très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale », il a été nécessaire d'aller directement dans le Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) de l'ESCC afin de pouvoir regrouper les catégories « Très fort » et « Plutôt fort » et de faire les analyses statistiques requises. Le lecteur est aussi prié de noter que l'interprétation du terme « communauté locale » peut varier d'un répondant à l'autre puisqu'il n'est pas défini dans l'enquête.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

SECTION IV – SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

Le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 et la Politique gouvernementale de prévention en santé accordent une attention particulière au développement des enfants et des jeunes afin que ceux-ci soient en mesure de développer leur plein potentiel.

FICHE 13.1 NIVEAU ÉLEVÉ DE SOUTIEN SOCIAL DANS L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL¹

Figure 13.1a : Niveau élevé à l'indice de soutien social dans l'environnement familial selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

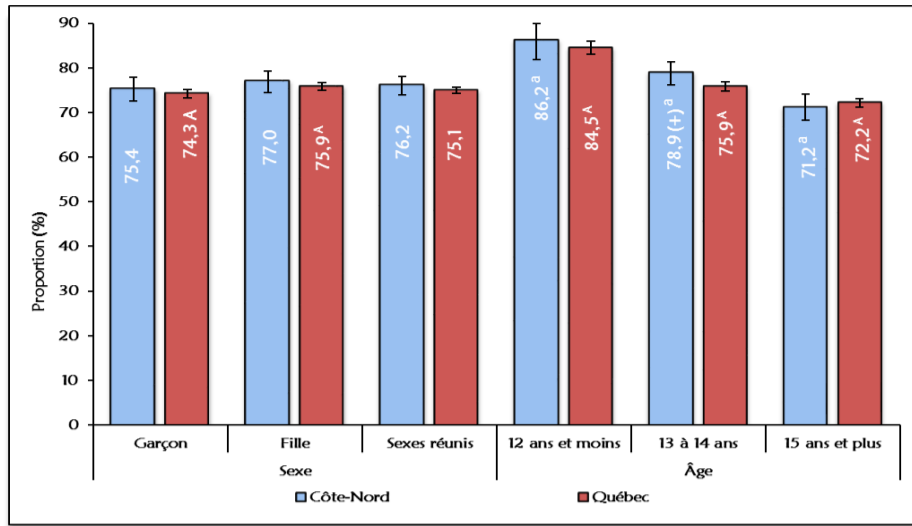
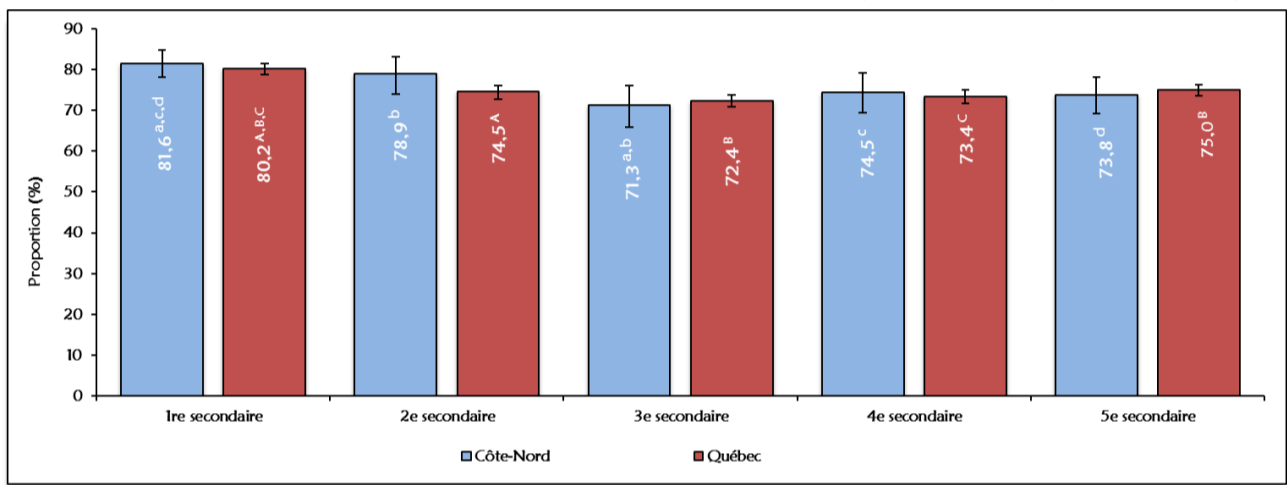


Figure 13.1b : Niveau élevé à l'indice de soutien social dans l'environnement familial selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b,c,d Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B,C Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Un peu plus de trois élèves nord-côtiers sur quatre (76 %) affirment pouvoir compter sur un soutien social élevé de leurs parents ou d'autres adultes responsables dans leur milieu familial. Cette proportion s'avère comparable, statistiquement, à celle du Québec (75 %) (figure 13.1a). Toutefois, environ 22 % et 2,3 % des élèves de la Côte-Nord évaluent le soutien social reçu respectivement comme moyen ou faible (Québec : 22 % et 2,6 %) (données non illustrées).
- Au Québec, les filles sont, en proportion, légèrement plus nombreuses que les garçons à bénéficier d'un soutien social élevé dans leur environnement familial (76 % c. 74 %). Sur la Côte-Nord, l'écart n'est pas significatif, mais on observe la même tendance (77 % c. 75 %) (figure 13.1a).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, la proportion des élèves qui se classent au niveau élevé de l'indice de soutien social dans l'environnement familial diminue avec l'avancée en âge. Dans la région, elle passe de 86 % chez les 12 ans et moins, à 79 % chez les 13 à 14 ans et à 71 % chez les 15 ans et plus. (figure 13.1a).
- La proportion d'élèves situés au niveau élevé de l'indice varie significativement selon le niveau scolaire, et ce, à la fois sur la Côte-Nord et au Québec. Dans la région, en proportion, les jeunes de la première secondaire sont plus susceptibles d'avoir un niveau élevé de soutien social dans leur famille que ceux de la troisième à la cinquième secondaire. Aucun écart significatif n'est détecté avec la deuxième secondaire bien que l'on note la même tendance (82 % c. 79 %). Par contre, les élèves de la deuxième secondaire estiment être davantage soutenus par leur famille que ceux de la troisième secondaire (79 % c. 71 %). Au Québec, les élèves de la première secondaire se différencient de manière significative de tous les autres niveaux scolaires (figure 13.1b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves qui ont consommé de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête sont moins susceptibles d'avoir un niveau élevé de soutien social de la part de leur famille que ceux qui n'en ont pas pris (Côte-Nord : 66 % c. 81 %; Québec : 66 % c. 78 %).
- De la même façon, on note une plus faible proportion d'élèves affichant un niveau élevé de soutien social chez ceux qui ont pris de l'alcool dans les 12 derniers mois que chez ceux qui n'ont pas consommé (Côte-Nord : 74 % c. 81 %; Québec : 72 % c. 79 %).
- Les élèves classés ayant un degré élevé d'autocontrôle⁴ sont aussi plus sujets à bénéficier d'un niveau élevé de soutien social dans leur famille que leurs autres collègues (Côte-Nord : 85 % c. 75 %; Québec : 83 % c. 74 %).

1 La construction de l'indice de soutien social dans l'environnement familial du jeune se base sur la réponse à sept questions (communes aux deux questionnaires de l'enquête) introduites comme suit : « À quel point les énoncés suivants à propos de ton environnement familial sont vrais ? Chez moi, il y a un parent ou un autre adulte ... » 1) Qui s'intéresse à mes travaux scolaires; 2) Qui parle avec moi avec moi de mes problèmes; 3) Qui m'écoute lorsque j'ai quelque chose à dire; 4) Qui s'attend à ce que je respecte les règlements; 5) Qui croit que je réussirai; 6) Qui veut que je fasse toujours de mon mieux 7) Qui est affectueux avec moi (me serre dans ses bras, me sourit, m'embrasse). Chacune des sept questions se voit accorder un score de 1 à 4 selon les choix de réponse, où 1 indique que l'énoncé n'est pas du tout vrai alors que 4 indique l'énoncé est tout à fait vrai. L'indice correspond à la moyenne des scores aux sept questions et varie donc de 1 à 4. Le niveau élevé de soutien social correspond à un score moyen supérieur à 3. Voir : LAPRISE, Patrick, Marthe DESCHESNES, Héliène CAMIRAND et Monique BORDELEAU (2013). « Environnement social des jeunes du secondaire : la famille, les amis et l'école », dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 2, Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 33.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervenants de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 Brièvement, l'autocontrôle se définit comme la capacité de maîtriser ses pulsions pour éviter d'adopter des comportements indésirables en réponse à des événements ou à des circonstances qui peuvent le contrarier. Cet indice est construit à l'aide de quatre questions communes aux deux questionnaires.

Importance et enjeux⁵

- Les relations chaleureuses sont définies comme des relations de soutien entre l'adolescent et une personne qui lui sert de modèle et qui se préoccupe de son développement et de son bien-être. Cette personne peut être un adulte ou un pair sur qui le jeune peut compter, qui va l'écouter et lui parler.
- Les relations chaleureuses auprès d'un membre de sa famille sont d'importants facteurs de protection en situation de stress, de défi et de risque.
- Les attentes élevées provenant des parents dans un milieu familial sont associées à la performance scolaire et au succès dans la vie. Les adultes expriment leurs attentes élevées à partir de messages directs ou indirects qui encouragent le jeune à suivre les règles, à réussir, à faire de son mieux et à essayer de faire ce qui est bien.
- La démonstration d'attentes élevées est un facteur de protection crucial pour les jeunes qui ont à surmonter des obstacles. Elle permet d'orienter clairement le jeune en créant un sentiment de sécurité et facilite le développement, l'autonomie, l'identité et sa maîtrise de soi.
- Dans le milieu familial, les attentes parentales élevées ont été associées à la réussite scolaire et personnelle. Le jeune apprend ainsi à croire en ses capacités et à élaborer des objectifs et des aspirations futures, un trait important de la résilience.

PISTES POUR L'ACTION

- Pour renforcer le soutien social de la famille, les parents devraient :
 - ✦ Établir un climat familial chaleureux favorisant les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance et de compétence ainsi que l'ouverture et la communication.
 - ✦ Manifester sa confiance envers le jeune.
 - ✦ Accepter et respecter le jeune comme il est, le valoriser, éviter de le comparer avec d'autres.
 - ✦ Favoriser le développement d'une image de soi positive chez le jeune.
 - ✦ Établir et maintenir une communication efficace avec le jeune.
 - ✦ Établir avec le jeune des règles et des limites claires (selon les phases de développement) et s'assurer qu'elles sont comprises et respectées.
 - ✦ Aider le jeune à gérer son stress.
- Pour les établissements de santé :
 - ✦ Offrir des programmes ou ateliers organisés en collaboration avec les milieux scolaires et communautaires pour soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle.

5 Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIER et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant un soutien social élevé dans leur environnement familial (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 16.2), Version d'avril 2017, p. 1. Cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter aux autres une image positive.

FICHE 13.2 NIVEAU ÉLEVÉ DE SOUTIEN SOCIAL DANS L'ENVIRONNEMENT SCOLAIRE¹

Figure 13.2a : Niveau élevé à l'indice de soutien social dans l'environnement scolaire selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

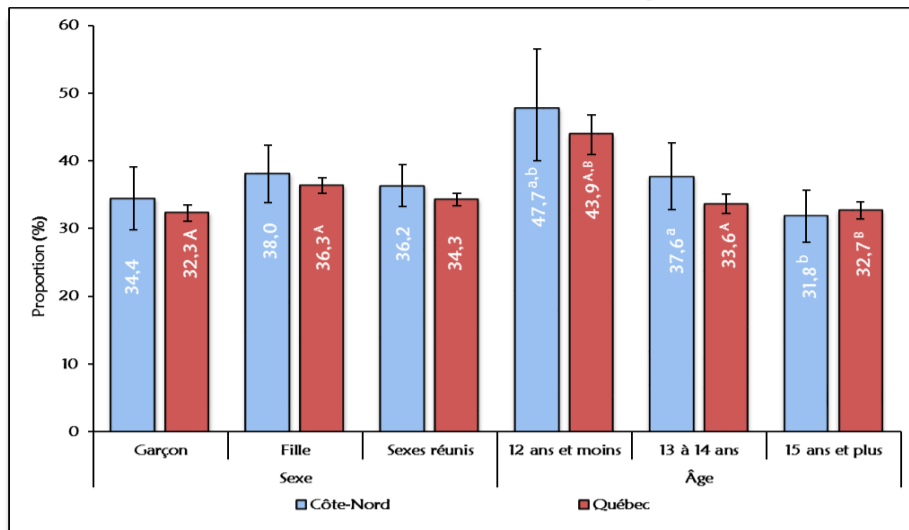
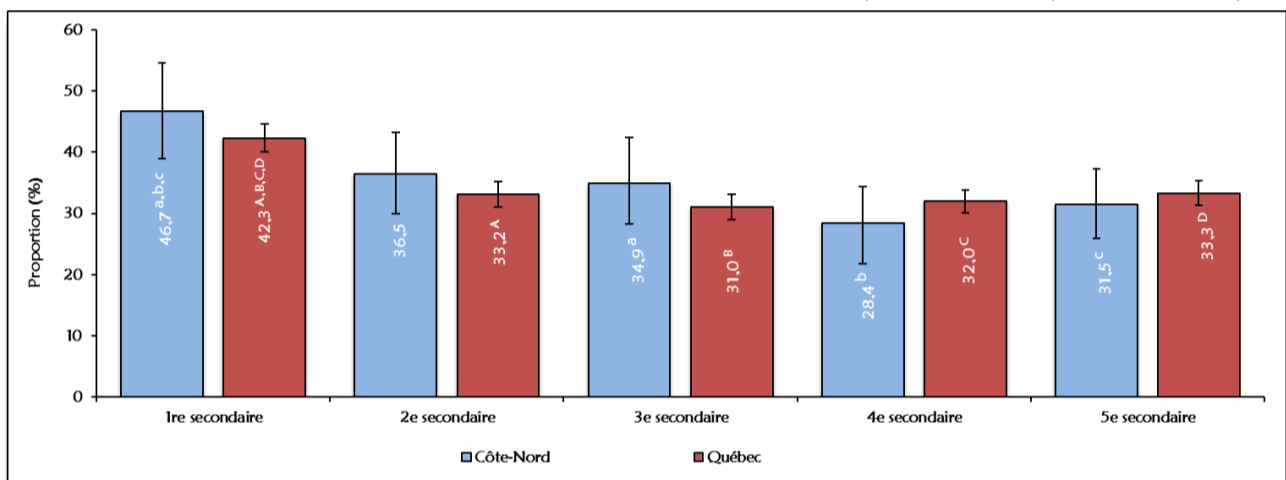


Figure 13.2b : Niveau élevé à l'indice de soutien social dans l'environnement scolaire selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b,c Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B,C,D Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Un peu moins d'un élève nord-côtier sur quatre (36 %) estime pouvoir compter sur un soutien social élevé à l'école. Cette proportion s'avère comparable, statistiquement, à celle observée dans l'ensemble du Québec (34 %) (figure 13.2a). Cependant, la majorité des élèves (Côte-Nord : 56 %; Québec : 57 %) évaluent ce soutien comme moyen. Dans la région, environ 8 % des élèves du secondaire affirment disposer d'un faible niveau de soutien social à l'école (Québec : 9 %) (données non illustrées).
- Au Québec, les filles sont, en proportion, un peu plus nombreuses que les garçons à bénéficier d'un soutien social élevé dans leur environnement scolaire (36 % c. 32 %). Sur la Côte-Nord, l'écart n'est pas significatif, mais on observe une tendance similaire (38 % c. 34 %) (figure 13.2a).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, les élèves de 12 ans sont proportionnellement plus nombreux que leurs aînés à juger avoir un niveau élevé de soutien social à l'école. L'EQSJS ne détecte de différences significatives entre les 13 à 14 ans et les 15 et plus (figure 13.2a).
- La proportion d'élèves situés au niveau élevé de l'indice varie significativement selon le niveau scolaire, et ce, à la fois sur la Côte-Nord et au Québec. Dans la région, en proportion, les jeunes de la première secondaire sont plus susceptibles d'avoir un niveau élevé de soutien social dans leur école que ceux de la troisième à la cinquième secondaire. Aucun écart significatif n'est détecté avec la deuxième secondaire bien que l'on note la même tendance (47 % c. 37 %). Au Québec, les élèves de la première secondaire se différencient de manière significative de chacun des autres niveaux scolaires (figure 13.2b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves qui ont consommé de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête sont moins susceptibles d'avoir un niveau élevé de soutien social dans l'environnement scolaire que ceux qui n'en ont pas pris (Côte-Nord : 29 % c. 40 %; Québec : 27 % c. 37 %).
- De la même façon, on note une plus faible proportion d'élèves affichant un niveau élevé de ce type de soutien social chez ceux qui ont pris de l'alcool dans les 12 derniers mois que chez ceux qui n'ont pas consommé (Côte-Nord : 33 % c. 43 %; Québec : 30 % c. 40 %).
- Les élèves classés ayant un degré élevé d'autocontrôle⁴ sont aussi plus sujets à bénéficier d'un niveau élevé de soutien social à l'école que leurs autres collègues (Côte-Nord : 48 % c. 34 %; Québec : 45 % c. 32 %).

1 La construction de l'indice de soutien social dans l'environnement scolaire du jeune se base sur la réponse à six questions (questionnaire numéro 2 de l'enquête uniquement) introduites comme suit : « À mon école, il y a un enseignant ou un autre adulte... » 1) Qui se préoccupe vraiment de moi; 2) Qui me le dit lorsque je fais du bon travail; 3) Qui s'inquiète lorsque je suis absent(e); 4) Qui veut toujours que je fasse de mon mieux; 5) Qui m'écoute lorsque j'ai quelque chose à dire; 6) Qui croit que je réussirai. Les choix de réponse se déclinaient comme suit : pas du tout vrai, un peu vrai, assez vrai, tout à fait vrai. Chacune de ces six questions se voit accorder un score de 1 à 4 selon les choix de réponse, où 1 indique que l'énoncé n'est pas du tout vrai alors que 4 indique l'énoncé est tout à fait vrai. L'indice correspond à la moyenne des scores aux six questions et varie donc de 1 à 4. Le niveau élevé de soutien social correspond à un score moyen égal ou supérieur à 3. Voir : LAPRISE, Patrick, Marthe DESCHESNES, Hélène CAMIRAND et Monique BORDELEAU (2013). « Environnement social des jeunes du secondaire : la famille, les amis et l'école », dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 2, Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 35.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 Brièvement, l'autocontrôle se définit comme la capacité de l'élève de maîtriser ses pulsions pour éviter d'adopter des comportements indésirables en réponse à des événements ou à des circonstances qui peuvent le contrarier. Cet indice est construit à l'aide de quatre questions communes aux deux questionnaires.

Importance et enjeux⁵

- Les relations chaleureuses sont définies comme des relations de soutien entre l'adolescent et une personne qui lui sert de modèle et qui se préoccupe de son développement et de son bien-être. Cette personne peut être un adulte ou un pair sur qui le jeune peut compter, qui va l'écouter et lui parler.
- Les relations chaleureuses sont d'importants facteurs de protection en situation de stress, de défi et de risque.
- Une relation de soutien avec un enseignant peut être un des plus puissants motivateurs pour le succès académique. Le respect des normes académiques exige l'implication de l'école afin de favoriser le soutien aux élèves.
- Les enseignants ou autres adultes de l'école expriment souvent des attentes élevées à partir de messages directs ou indirects qui encouragent l'élève à suivre les règles, à réussir, à faire de son mieux et à essayer de faire ce qui est bien.
- L'expression d'attentes élevées de la part des adultes du milieu scolaire envers les élèves a été associée à de bons résultats académiques et à une diminution des problèmes de comportements comme la délinquance. L'élève apprend ainsi à croire en ses capacités et à élaborer des objectifs et des aspirations futures, un trait important de la résilience.

PISTES POUR L'ACTION

- Encourager l'engagement et la participation des élèves aux activités de promotion de la santé mentale et de prévention des problèmes de santé mentale et de troubles mentaux.
- Établir un climat de classe chaleureux, respectueux et positif.
- Favoriser la coopération et la collaboration.
- Établir et appliquer, en collaboration avec les élèves, des règles de conduite en classe (règlements, code de vie).
- Favoriser une discipline de classe positive.
- Soutenir la résolution de conflits de façon appropriée à l'intérieur et à l'extérieur de la classe.
- Aider les élèves à mettre à profit leurs ressources personnelles.

5 Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIER et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant un soutien social élevé dans leur environnement scolaire (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 15.2), Version d'avril 2017, p. 1. Cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter aux autres une image positive.

FICHE 13.3 NIVEAU ÉLEVÉ DE SOUTIEN SOCIAL DE LA PART DES AMIS¹

Figure 13.3a : Niveau élevé à l'indice de soutien social de la part des amis selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

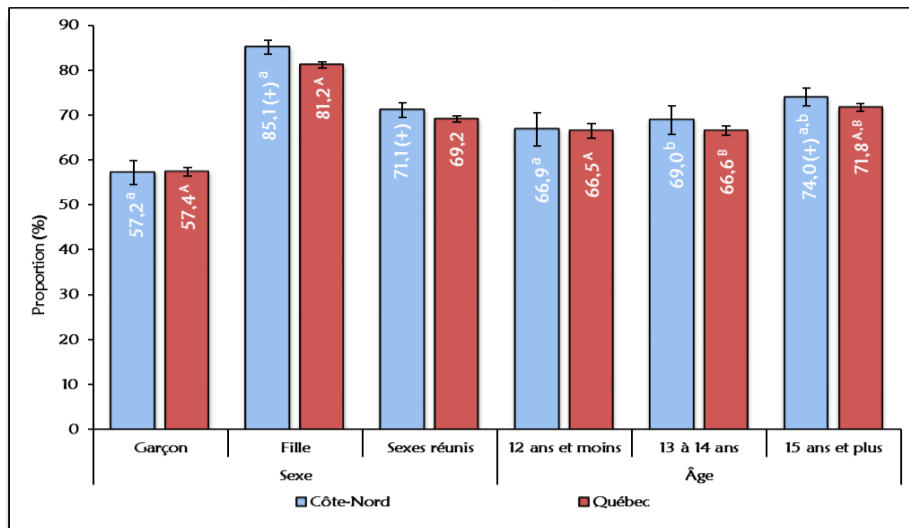
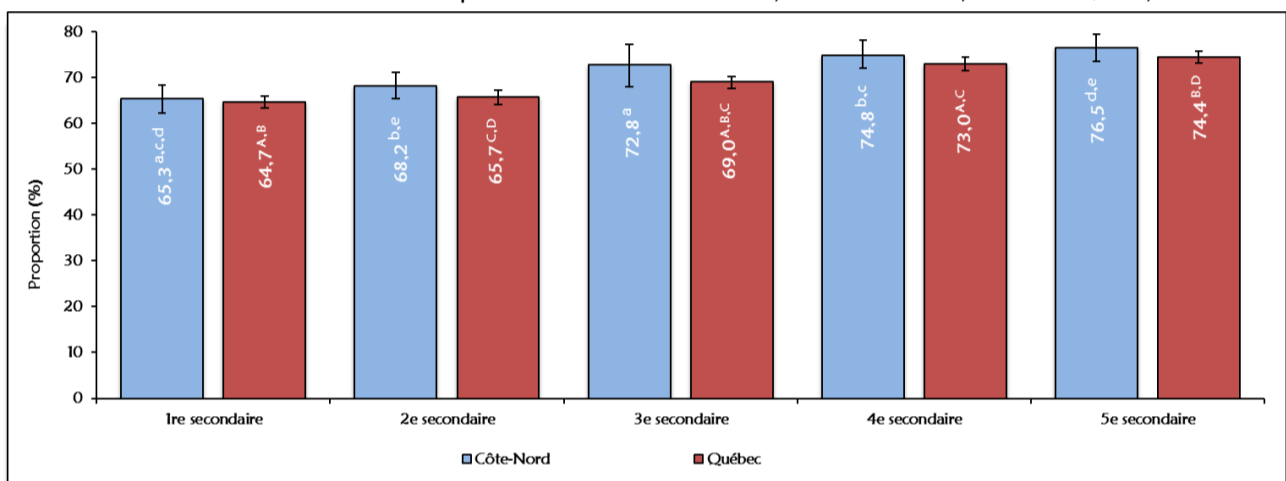


Figure 13.3b : Niveau élevé à l'indice de soutien social de la part des amis selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b,c,d,e Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B,C,D Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 71 % des élèves nord-côtiers affirment avoir un soutien social élevé de la part de leurs amis. Cette proportion surpasse légèrement celle du Québec (69 %) (figure 13.3a). Toutefois, environ 25 % et 4,2 % évaluent ce soutien respectivement comme moyen ou faible (Québec : 22 % et 2,6 %) (données non illustrées).
- Les filles sont, en proportion, plus nombreuses que les garçons à déclarer que leurs amis constituent une source de soutien social élevé (Côte-Nord : 85 % c. 57 %; Québec : 81 % c. 57 %) (figure 13.3a).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, les élèves de 15 ans et plus sont davantage susceptibles que les plus jeunes à compter sur un niveau élevé de soutien de leurs amis. L'EQSJS ne permet pas de détecter d'écarts significatifs entre les élèves de moins de 12 ans et ceux de 13 à 14 ans, et ce, autant sur la Côte-Nord qu'au Québec (figure 13.3a).
- La proportion d'élèves situés au niveau élevé de l'indice varie significativement selon le niveau scolaire, et ce, à la fois sur la Côte-Nord et au Québec. Dans la région, en proportion, les jeunes de la première secondaire sont moins sujets de déclarer un niveau élevé de soutien de leurs amis que ceux de la troisième à la cinquième secondaire. Aucun écart significatif n'est détecté avec la deuxième secondaire bien que l'on note la même tendance (65 % c. 68 %). Pareillement, les élèves de la deuxième secondaire s'avèrent, en proportion, moins nombreux (68 %) à rapporter un tel soutien que ceux de la quatrième secondaire (75 %) ou de la cinquième secondaire (77 %) (figure 13.3b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves classés au niveau moyen à élevé à l'indice d'estime de soi⁴ sont aussi plus sujets à considérer avoir un niveau élevé de soutien social de la part de leurs amis que leurs collègues ayant une faible estime d'eux-mêmes (Côte-Nord : 74 % c. 59 %; Québec : 72 % c. 58 %).
- Le niveau élevé de soutien social des amis est aussi plus fréquent chez les élèves qui déclarent un sentiment élevé d'appartenance à l'école que chez ceux dont ce sentiment est faible ou moyen (Côte-Nord : 78 % c. 65 %; Québec : 79 % c. 62 %).

1 L'indice de soutien social des amis est construit à partir de trois questions (communes aux deux questionnaires de l'enquête) introduites comme suit : « À quel point les énoncés suivants à propos de tes ami(e)s sont vrais ? J'ai un(e) ami(e) à peu près de mon âge... » 1) Qui tient vraiment à moi; 2) Avec qui je peux parler de mes problèmes; 3) Qui m'aide lorsque je traverse une période difficile. Chacune des questions se voit accorder un score de 1 à 4 selon les choix de réponse, où 1 indique que l'énoncé n'est pas du tout vrai alors que 4 indique que l'énoncé est tout à fait vrai. L'indice correspond à la moyenne des scores aux trois questions et varie donc de 1 à 4. Le niveau élevé de soutien social correspond à un score moyen supérieur à 3. L'indice mesure la présence d'amis autour de l'élève. Voir : LAPRISE, Patrick, Marthe DESCHESNES, Hélène CAMIRAND et Monique BORDELEAU (2013). « Environnement social des jeunes du secondaire : la famille, les amis et l'école », dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 2. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 34.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

Importance et enjeux⁵

- Les relations chaleureuses sont définies comme des relations de soutien entre l'adolescent et une personne qui lui sert de modèle et qui se préoccupe de son développement et de son bien-être. Cette personne peut être un adulte ou un pair sur qui le jeune peut compter, qui va l'écouter et lui parler.
- Les relations chaleureuses sont d'importants facteurs de protection en situation de stress, de défi et de risque.
- L'influence par les amis peut être une force de développement importante. Le pouvoir positif des amis favorise la résilience par la présence de certains facteurs de protection tels que le support des amis et la présence de modèle dans son entourage.

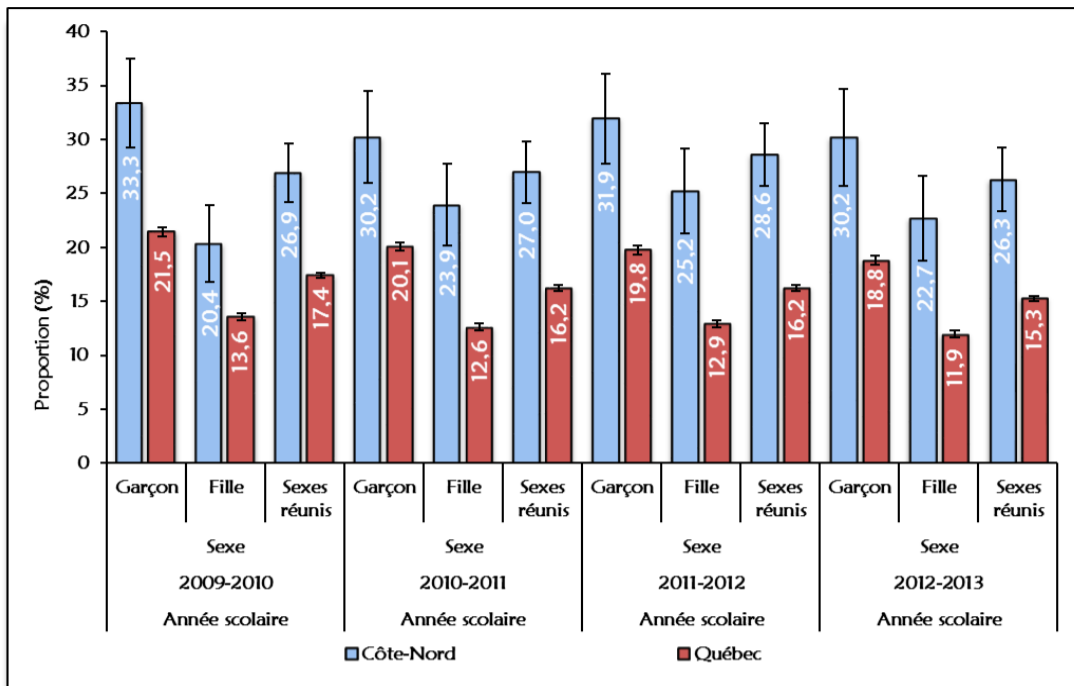
PISTES POUR L'ACTION

- Au niveau des compétences sociales, les jeunes du secondaire devraient développer celle-ci : socialiser.
- Adopter des attitudes et des comportements prosociaux.
- Développer son empathie.
- Résoudre des conflits.
- Communiquer efficacement.
- S'impliquer socialement.

5 Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIER et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant un soutien social élevé de leurs amis (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 17.1), Version d'avril 2017, p. 1. Cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter une image positive aux autres.

FICHE 13.4 DÉCROCHAGE SCOLAIRE¹

Figure 13.4 : Taux annuel d'élèves sortants sans diplôme ni qualification au secondaire selon le sexe (décrochage scolaire), Côte-Nord et Québec, 2009-2010 à 2012-2013



Source : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), Système Charlemagne, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

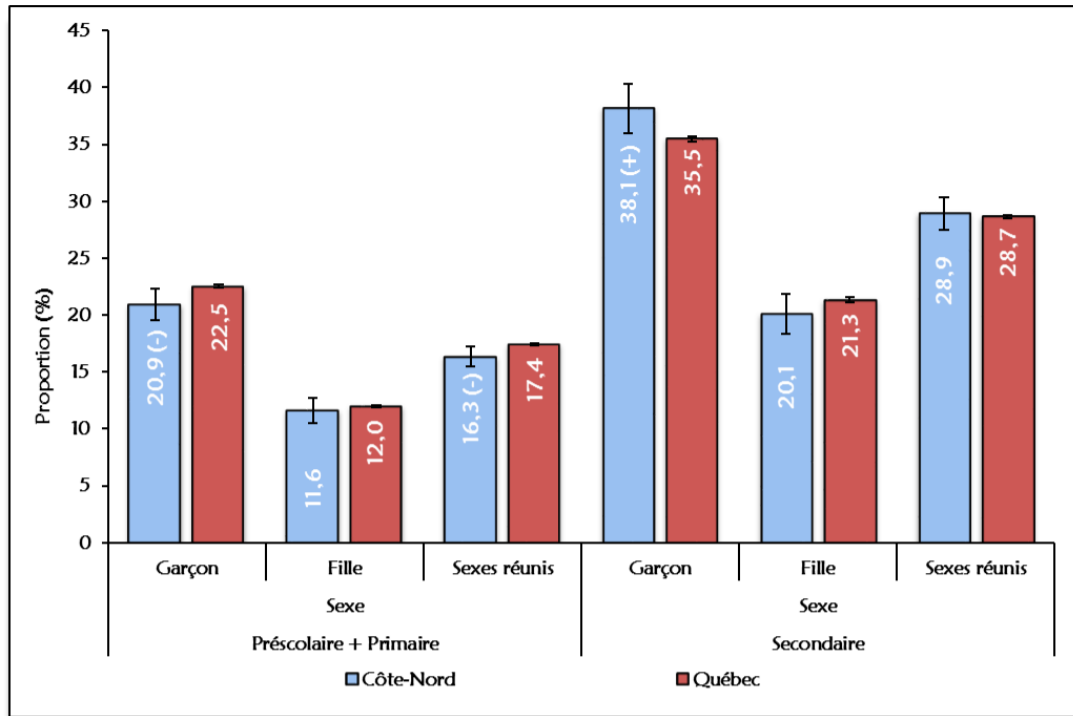
De 2009-2010 à 2012-2013

- Le taux de décrochage scolaire se situe aux environs de 1 élève sur 4 sur la Côte-Nord. Le taux régional surpasse toujours celui de l'ensemble du Québec. On n'observe pas de variations significatives d'une année à l'autre. Le taux de décrochage des garçons dépasse toujours de manière significative celui des filles.
- Au Québec, le taux de décrochage scolaire touche aux environs de un élève sur cinq ou six et est aussi plus élevé chez les garçons que chez les filles.
- On ne remarque pas de variations significatives d'une année à l'autre sur la Côte-Nord. Au Québec, chez l'ensemble des élèves, on enregistre un léger recul, mais significatif, en 2010-2011 comparativement à 2009-2010 puis une autre baisse significative en 2012-2013 par rapport à l'année précédente. Le même phénomène est observable chez les garçons et chez les filles.

¹ Un élève décrocheur est celui qui, au cours d'une année donnée, quitte l'école sans avoir obtenu un diplôme d'études secondaires ou complété l'une ou l'autre des formations professionnelles existantes et qui, l'année suivante, ne s'est pas inscrit en formation générale (jeunes ou adultes), ni en formation professionnelle, ni au collégial, dans une institution publique ou privée. Précisons qu'une sortie sans diplôme peut être tout de même être attribuable à d'autres causes que le décrochage scolaire telles que l'inscription à des études à l'étranger, un décès, ou une sortie temporaire pour cause de maladie par exemple. De plus, il convient de garder à l'esprit que ces jeunes peuvent ne pas avoir décroché de l'école à tout jamais puisqu'il est possible que certains d'entre eux se soient réinscrits ultérieurement dans un établissement secondaire pour obtenir leur diplôme. Voir : BOURASSA, Annie, Élisabeth CADIEUX, Louise LEMIRE et autres. « Taux annuel d'élèves sortants sans diplôme ni qualification au secondaire (MESSS) », Institut national de santé publique (N° de ligne du PCS : 85B), Version de mars 2017, p. 1-3.

FICHE 14.1 ÉLÈVES HANDICAPÉS OU EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION OU D'APPRENTISSAGE¹

Figure 14.1 : Proportion d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) selon le sexe et le niveau scolaire, secteur public, Côte-Nord et Québec, 2014-2015



Source : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), Système Charlemagne, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

- **Secteur primaire scolaire**

- ♦ En 2014-2015, environ un élève sur six (16 %) est considéré comme handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA). La proportion enregistrée chez les garçons nord-côtiers (21 %) est légèrement moindre que celle des garçons de l'ensemble du Québec (23 %). Chez les Nord-Côtiers, la situation s'apparente à celle de l'ensemble des filles québécoises. Les EHDA sont plus nombreux chez les garçons que chez les filles.

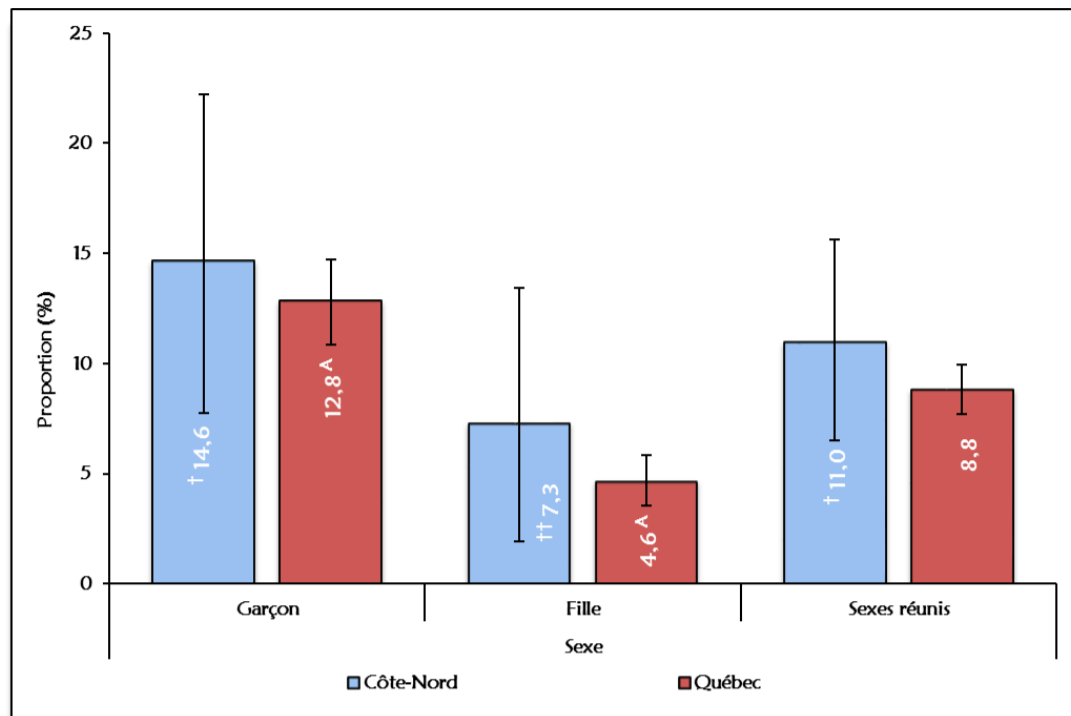
- **Secteur secondaire scolaire**

- ♦ Sur la Côte-Nord, comme au Québec, environ 29 % des élèves ont un handicap ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. Toutes proportions gardées, les garçons de la Côte-Nord sont plus nombreux (38 %) dans cette situation que les garçons québécois (35 %). Pour leur part, les filles nord-côtiers ne se différencient pas de l'ensemble des Québécoises (20 % c. 21 %). Sur la Côte-Nord, comme au Québec, ces difficultés sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles (Côte-Nord : 38 % c. 20 %; Québec : 35 % c. 21 %).

¹ Pour qu'un élève soit considéré comme handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, trois conditions doivent être respectées : 1) diagnostic posé par du personnel qualifié, 2) des incapacités et des limitations doivent découler de la déficience ou du trouble et se manifester au plan scolaire, 3) des mesures d'appui doivent être mises en place pour permettre à l'élève d'évoluer dans le milieu scolaire malgré ses incapacités ou ses limitations. Voir : BOURASSA, Annie, Louise LEMIRE, Manon NOISEUX et autres. « Proportion d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (MESSS) », Institut national de santé publique du Québec, Version de mars 2017, p. 1.

FICHE 14.2 TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ¹

Figure 14.2 : Proportion des enfants de 3 à 14 ans ayant reçu un diagnostic médical de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, selon le sexe, Côte-Nord et Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

A Pour l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les sexes, au seuil de 5 %.

En 2008

- Environ un enfant sur dix sur la Côte-Nord (†11 %) a déjà reçu un diagnostic médical de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Cette proportion s'avère comparable, au plan statistique, à celle du reste du Québec (9 %). Dans la région, l'écart entre les garçons et les filles n'est pas significatif. Au Québec, le TDAH est plus répandu chez les garçons (13 %) que chez les filles (4,6 %).

¹ L'indicateur est construit à partir d'une seule question : Un médecin ou un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que l'enfant présentait le trouble suivant : trouble déficitaire de l'attention ou trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, aussi appelés TDA ou TDAH? Les catégories de réponse sont « Oui », « Non ». Le répondant est le parent (beau-parent, parent adoptif) ou le tuteur d'un enfant de 3 à 14 ans vivant dans le foyer au moins la moitié du temps. Voir : BEAUVAIS, Brigitte, Renée DUFOR, Maude DUMONT et autres. « Proportion des enfants de 3 à 14 ans ayant reçu un diagnostic médical de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSP : 18.5), Version de septembre 2016, p. 1.

FICHE 15.1 ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIR (SÉDENTARITÉ)¹

Figure 15.1a : Élèves pratiquant peu ou pas d'activités physiques de loisir (sédentaires) selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

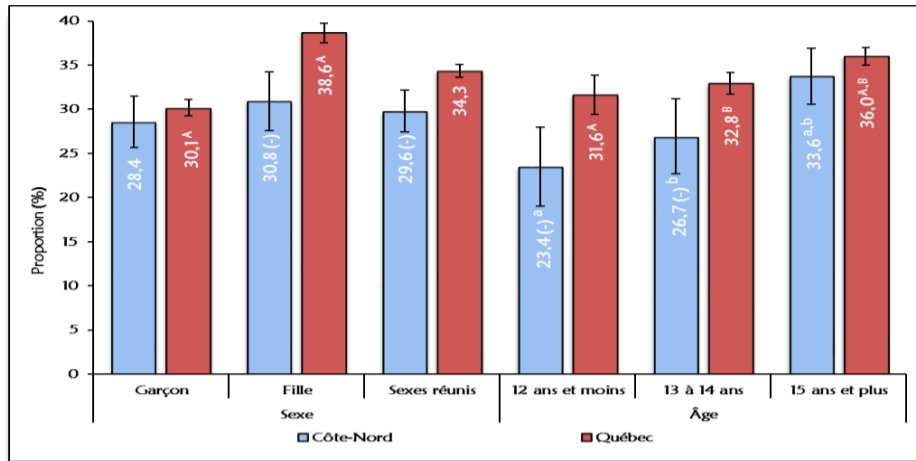
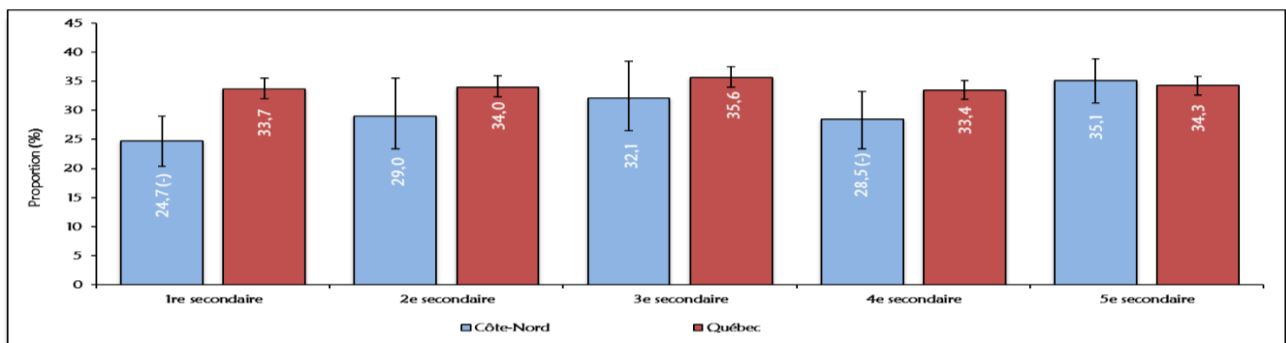


Figure 15.1b : Élèves pratiquant peu ou pas d'activités physiques de loisir (sédentaires) selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a, b Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A, B Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 30 % des élèves nord-côtiers sont considérés comme sédentaires au regard des activités physiques de loisir durant l'année scolaire. Cette proportion est inférieure à celle du reste du Québec (34 %). Ce phénomène s'observe chez les filles (31 % c. 39 %), mais pas chez les garçons (28 % c. 30 %) (figure 15.1a).
- L'enquête ne permet pas de détecter un écart significatif entre les garçons et les filles sur la Côte-Nord (28 % c. 31 %). Au Québec, les garçons sont moins nombreux, en proportion, à être sédentaires que les filles pour ce type d'activités (30 % c. 39 %) (figure 15.1a).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, la sédentarité est plus fréquente chez les 15 ans et plus que chez les plus jeunes (figure 15.1a).
- L'EQSJS ne détecte pas de variations significatives selon le niveau scolaire ni sur la Côte-Nord, ni au Québec (figure 15.1b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- En proportion, on dénombre davantage d'élèves sédentaires parmi ceux qui ont pris de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête en comparaison de ceux qui ne l'ont pas fait (Côte-Nord : 34 % c. 28 %; Québec : 36 % c. 34 %).
- Les élèves classés au niveau moyen à élevé à l'indice d'estime de soi⁴ sont moins sujets à avoir été sédentaires au cours de l'année scolaire que leurs collègues ayant une faible estime d'eux-mêmes (Côte-Nord : 28 % c. 38 %; Québec : 31 % c. 46 %).
- La sédentarité est une habitude moins répandue chez les élèves situés au niveau faible à moyen de l'indice de détresse psychologique que chez ceux classés au niveau élevé (Côte-Nord : 28 % c. 37 %; Québec : 33 % c. 44 %).

Importance et enjeux⁵

- Le niveau d'activité physique de la population exerce une profonde influence sur son état de santé et de bien-être et cela, quel que soit l'âge.
- L'ensemble de l'activité physique potentiellement incluse dans une journée influence le volume total atteint sur une base quotidienne et hebdomadaire. Cependant, la contribution de chaque domaine (domestique; travail ou occupation principale; transport; loisir) peut être très variée selon les individus et il demeure important d'avoir une information spécifique sur chacun d'eux.
- Les composants(es) loisir et transport ont un potentiel de bénéfices et de changements élevés. De plus, elles sont l'objet d'une promotion soutenue depuis de nombreuses années. La surveillance de ces deux domaines d'activité est donc très importante pour mieux cibler les interventions et en mesurer l'impact.

PISTES POUR L'ACTION

- Valoriser* le transport actif chez les jeunes pour se rendre à l'école.
- Éviter la spécialisation hâtive dans les sports.
- Proposer une panoplie d'activités pouvant répondre aux goûts de tous avec des défis permettant la valorisation et la réussite auprès de ceux qui possèdent moins d'aptitudes ou d'habiletés.
- Intégrer les jeunes dans l'organisation d'activités.
- Assurer la qualité de l'intervention auprès des jeunes avec du personnel adéquat.
- Limiter la pression liée à la victoire et valoriser le plaisir, l'effort ainsi que l'amélioration.
- Jumeler des activités sociales et sportives afin de créer des espaces de socialisation actives.

*Rendre accessible et sécuritaire

1 Dans l'EQSJS, l'activité physique de loisir est abordée de concert avec l'activité physique de transport à partir de questions communes aux deux questionnaires. L'activité physique de loisir comprend cinq questions introduites par un préambule permettant au jeune de bien saisir les types d'activités auxquelles l'indicateur réfère et le contexte dans lequel elles peuvent être accomplies. Le préambule précise aussi le genre d'activité dont il ne faut pas tenir compte : ex. : activités pendant les cours d'éducation physique, les déplacements pour se rendre à l'école, au travail, au magasin, etc. ainsi que celles accomplies dans le cadre d'un travail rémunéré. Le niveau d'activité tient compte de son intensité, de sa fréquence et de son indice de dépense énergétique. La sédentarité correspond à une pratique inférieure à une fois par semaine ou à une durée inférieure à 10 minutes par jour, et ce, peu importe l'intensité de l'activité.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

5 Ces paragraphes sont extraits de : BOITEAU, Véronique, Suzanne GINGRAS, Bertrand NOLIN et coll. « Répartition des élèves du secondaire selon le niveau d'activité physique de loisir et de transport durant l'année scolaire (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 5.1). Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 15.2 CONSOMMATION D'ALCOOL¹

Figure 15.2a : Consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

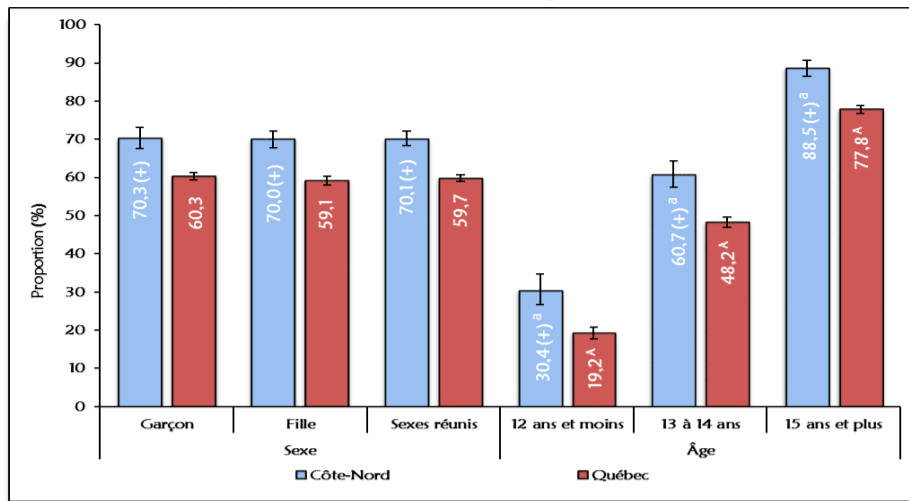
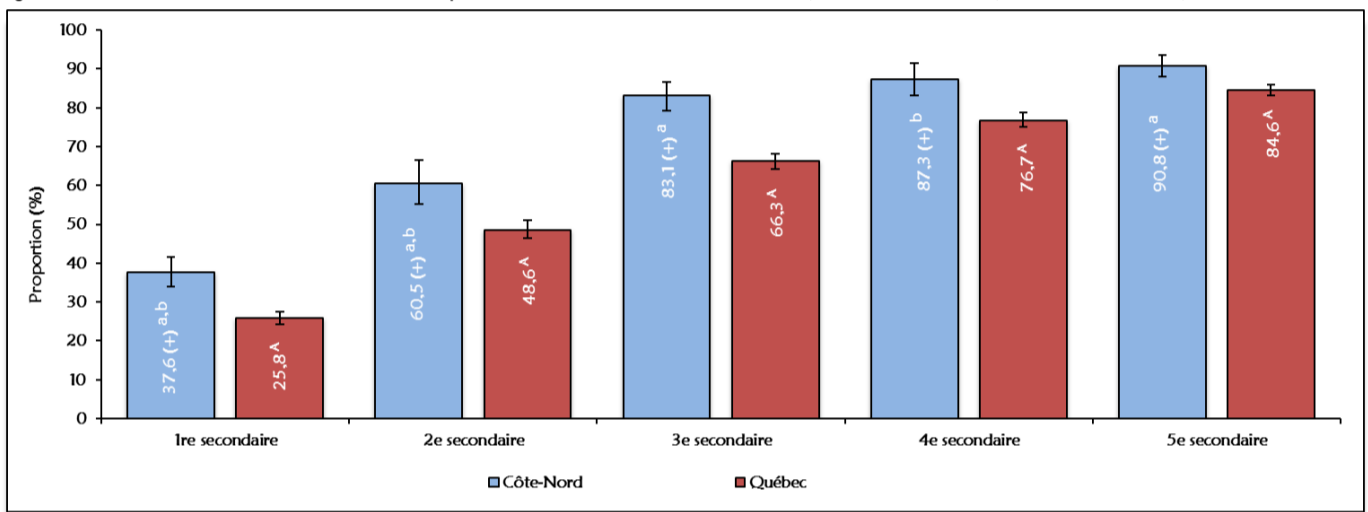


Figure 15.2b : Consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 70 % des élèves nord-côtiers affirment avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion surpasse celle du reste du Québec (60 %). Ce phénomène est observable à la fois chez les garçons (70 % c. 60 %) et chez les filles (70 % c. 59 %) (figure 15.2a).
- L'enquête ne détecte pas d'écarts significatifs entre les sexes, et ce, que ce soit sur la Côte-Nord ou au Québec (figure 15.2a).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, la proportion de consommateurs augmente avec l'âge. Dans la région, elle passe de 30 % chez les 12 ans et moins à environ 90 % chez les 15 ans et plus. En proportion, les élèves nord-côtiers du secondaire âgés de 12 ans et moins qui ont pris de l'alcool au moins une fois durant la même période (30 %) sont plus nombreux que ceux du reste du Québec (19 %) (figure 15.2a).
- Au Québec, la proportion des élèves qui ont bu de l'alcool au cours de cette période croît à chaque niveau scolaire. Dans la région, elle passe de 38 %, chez les élèves de la première secondaire, à 83 % chez ceux de la troisième secondaire. Elle culmine à 90 % parmi ceux de la cinquième secondaire. À tous les niveaux scolaires, la proportion de consommateurs chez les Nord-Côtiers s'avère significativement plus élevée que celle du reste du Québec (figure 15.2b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- En proportion, on dénombre davantage de consommateurs d'alcool parmi ceux qui ont pris de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête en comparaison de ceux qui ne l'ont pas fait (Côte-Nord : 98 % c. 57 %; Québec : 95 % c. 47 %).
- Les élèves classés au niveau moyen à élevé à l'indice d'estime de soi⁴ sont moins sujets à avoir pris de l'alcool durant cette période que leurs collègues ayant une faible estime d'eux-mêmes (Côte-Nord : 69 % c. 74 %; Québec : 59 % c. 63 %).
- La consommation d'alcool se révèle aussi moins répandue chez les élèves situés au niveau faible à moyen de l'indice de détresse psychologique que chez ceux classés au niveau élevé (Côte-Nord : 67 % c. 75 %; Québec : 58 % c. 67 %).
- Le fait d'avoir bu de l'alcool est associé à l'autoévaluation de la performance scolaire. Ainsi, sur la Côte-Nord, 82 % des élèves qui jugent leurs résultats scolaires sous la moyenne en ont pris, comparativement à 74 % de ceux qui les estiment dans la moyenne et à 61 % chez ceux qui les évaluent comme supérieurs à la moyenne. Le même phénomène existe dans l'ensemble du Québec.

1 L'indicateur est construit à partir d'une question commune aux deux questionnaires de l'enquête. Elle a été posée uniquement aux élèves ayant indiqué avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie. En premier lieu, la consommation d'alcool était précédée sous forme d'images afin d'illustrer la notion de consommation selon différents types d'alcool. La bière à 0,5 % n'était pas considérée comme une consommation. La question est introduite comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu consommé (bu) de l'alcool ? ». Les choix de réponse étaient les suivants : « Je n'ai pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois »; « Juste une fois, pour essayer »; « Moins d'une fois par mois (à l'occasion) »; « Environ 1 fois par mois »; « La fin de semaine OU 1 ou 2 fois par semaine »; « 3 fois et plus par semaine MAIS pas tous les jours »; « Tous les jours ». Les six derniers choix de réponse ont été regroupés pour déterminer la proportion des élèves ayant consommé de l'alcool au moins une fois dans les 12 derniers mois. Mentionnons que cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale dans la mesure où, à une question sensible, il est possible qu'un répondant ait eu tendance à répondre pour projeter aux autres une image favorable.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

Importance et enjeux⁵

- La consommation d'alcool constitue un important problème de santé publique. Elle est associée à une soixantaine de problèmes sociaux et de santé.
- Dans les pays développés, en 2004, l'alcool arrivait au deuxième rang des facteurs de risque de morbidité et de mortalité, tout de suite après le tabagisme.
- Les problèmes de santé, la violence, les difficultés au travail et à l'école, les accidents, les blessures et décès, le suicide, les comportements sexuels à risque sont autant de phénomènes pouvant être associés à l'usage d'alcool chez les jeunes.

PISTES POUR L'ACTION

- Intégrer les interventions sur la consommation d'alcool et de drogues et sur les jeux de hasard et d'argent aux interventions traitant des habitudes de vie.
- Favoriser le développement de saines habitudes de vie auprès des élèves par le développement de leurs compétences personnelles et sociales (affirmation de soi, exercice du jugement critique, gestion de risque, résistance aux pressions sociales). Susciter une prise de conscience et une saine gestion des influences exercées par les pairs et les médias en matière d'alcool.
- Offrir des informations, de façon directe et objective, adaptées à l'âge et qui ne sont pas centrées uniquement sur les risques.
- Pour les parents :
 - ① Établir un climat familial chaleureux favorisant les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance et de compétence ainsi que l'ouverture et la communication.
 - ② Offrir des « alternatives » à la consommation.
 - ③ Être conscient de l'influence de ses comportements, comme parent, sur ceux de son enfant; adopter des comportements cohérents avec les messages véhiculés.

5 Voir : BERNIER, Sylvie, Julie BOULAIS, Véronique BOITEAU et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 8.3), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 15.3 CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL¹

Figure 15.3a : Consommation excessive d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

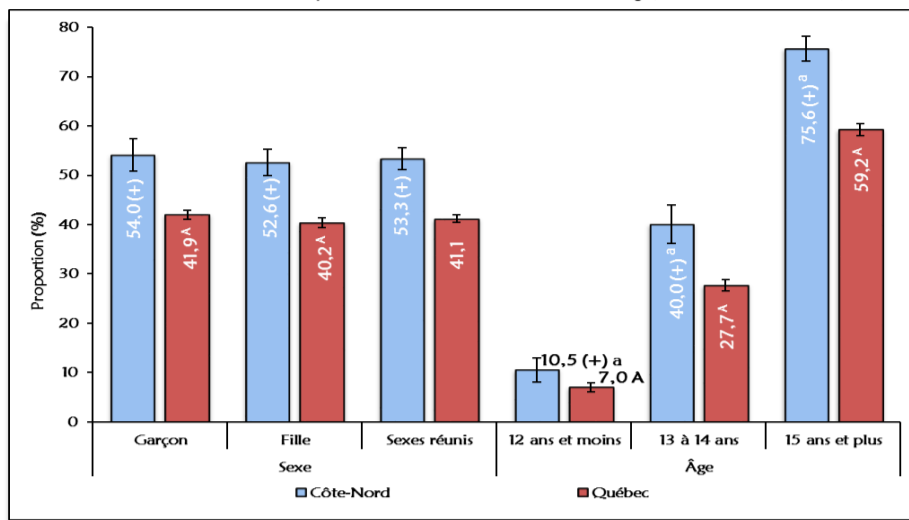
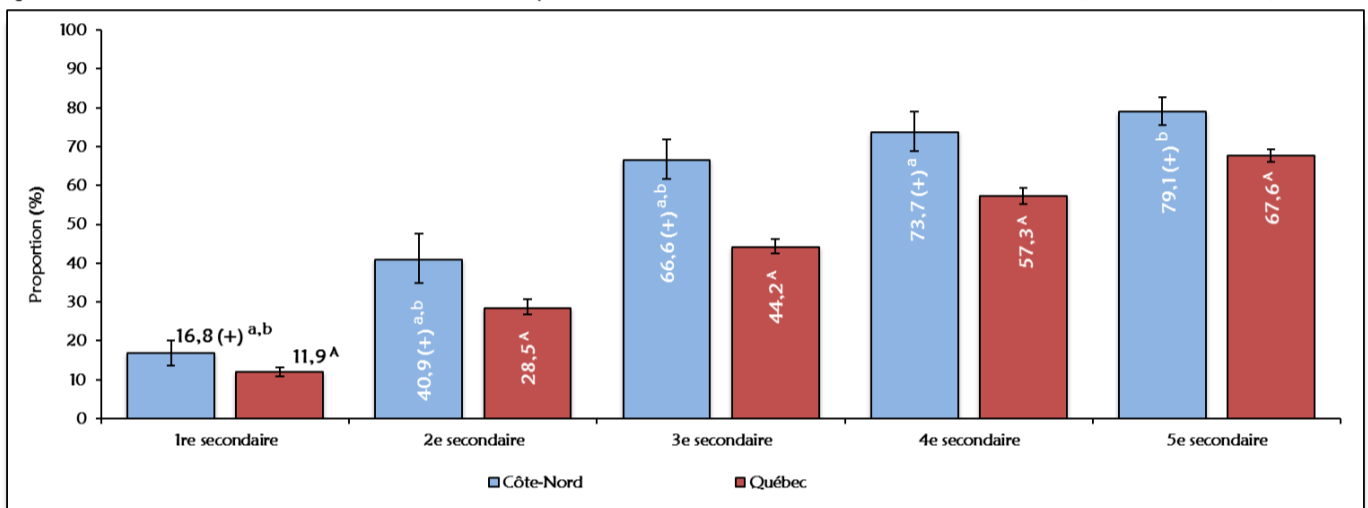


Figure 15.3b : Consommation excessive d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 53 % des élèves nord-côtiers ont consommé de l'alcool de façon excessive au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion surpasse celle du reste du Québec (41 %). Ce phénomène est observable à la fois chez les garçons (54 % c. 42 %) et chez les filles (53 % c. 40 %) (figure 15.3a).
- L'enquête ne détecte pas un écart significatif entre les sexes sur la Côte-Nord, mais au Québec, les garçons sont légèrement plus nombreux, en proportion, que les filles à l'avoir fait (42 % c. 40 %) (figure 15.3a). Cet écart entre les sexes au Québec s'explique entre autres par la situation observée chez les élèves en cinquième secondaire où les garçons sont significativement plus nombreux que les filles à rapporter ce niveau de consommation (72 % c. 64 %) (données non illustrées).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, la proportion de consommateurs excessifs augmente avec l'âge. Dans la région, elle passe de 10 % chez les 12 ans et moins à environ 76 % chez les 15 ans et plus. En proportion, les élèves nord-côtiers du secondaire de chaque groupe d'âge ayant déclaré ce comportement sont un plus nombreux que ceux des mêmes groupes dans le reste du Québec (figure 15.3a).
- Sur la Côte-Nord, la proportion des élèves qui ont bu de l'alcool de manière excessive croît à chaque niveau scolaire jusqu'en quatrième secondaire. Elle passe de 17 % à 74 %. On note une tendance à la hausse en cinquième secondaire (79 %) mais l'écart avec la quatrième secondaire n'est pas statistiquement significatif. La proportion nord-côtière surpasse significativement celle du reste du Québec à tous les niveaux scolaires (figure 15.3b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- En proportion, on dénombre davantage de consommateurs excessifs d'alcool parmi ceux qui ont pris de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête en comparaison de ceux qui ne l'ont pas fait (Côte-Nord : 91 % c. 35 %; Québec : 86 % c. 26 %).
- Les élèves québécois classés au niveau faible à l'indice d'estime de soi¹ sont un peu plus sujets à avoir pris de l'alcool de manière abusive durant cette période que leurs collègues situés au niveau moyen à élevé (44 % c. 41 %). La même tendance émerge sur la Côte-Nord, mais la différence ne se révèle pas significative (56 % c. 53 %).
- La prise abusive d'alcool se révèle plus répandue chez les élèves québécois situés au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que chez ceux classés au niveau faible ou moyen (50 % c. 39 %). Un constat similaire peut être fait pour la Côte-Nord, mais il s'agit d'une tendance, car l'écart se révèle non significatif (58 % c. 52 %).

1 L'indicateur est construit à partir d'une question commune aux deux questionnaires de l'enquête. Elle a été posée uniquement aux élèves ayant indiqué avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie et, par la suite, ont affirmé en avoir bu au cours des douze derniers mois. En premier lieu, la consommation d'alcool était précédée sous forme d'images afin d'illustrer la notion de consommation selon différents types d'alcool. La bière à 0,5 % n'était pas considérée comme une consommation. La question est introduite comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ? ». Chez les jeunes du secondaire, la consommation excessive réfère au fait d'avoir pris 5 consommations ou plus d'alcool, dans une même occasion, au moins une fois dans les 12 derniers mois. Mentionnons que cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale dans la mesure où, à une question sensible, il est possible qu'un jeune ait eu tendance à répondre pour projeter aux autres une image favorable. Le Center for Disease Control and Prevention (CDC) américain établit à 4 consommations ou plus la consommation excessive chez les filles et 5 consommations chez les garçons. Par conséquent, le présent indicateur peut sous-estimer la consommation excessive chez les filles du secondaire.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

Importance et enjeux⁴

- La consommation d'alcool constitue un important problème de santé publique. Elle est associée à une soixantaine de problèmes sociaux et de santé.
- Dans les pays développés, en 2004, l'alcool arrivait au deuxième rang des facteurs de risque de morbidité et de mortalité, tout de suite après le tabagisme.
- Les problèmes de santé, la violence, les difficultés au travail et à l'école, les accidents, les blessures et décès, le suicide, les comportements sexuels à risque sont autant de phénomènes pouvant être associés à l'usage d'alcool chez les jeunes.
- La consommation de cinq verres et plus lors d'une même occasion, considérée comme une consommation excessive chez les hommes, selon le CDC (2004), est associée en particulier à des problèmes aigus, sociaux ou de santé, comme des intoxications, des traumatismes intentionnels et non intentionnels et de la violence.

PISTES POUR L'ACTION

- Intégrer les interventions sur la consommation d'alcool et de drogues et sur les jeux de hasard et d'argent aux interventions traitant des habitudes de vie.
- Favoriser le développement de saines habitudes de vie auprès des élèves par le développement de leurs compétences personnelles et sociales (affirmation de soi, exercice du jugement critique, gestion de risques, résistance aux pressions sociales). Susciter une prise de conscience et une saine gestion des influences exercées par les pairs et les médias en matière d'alcool.
- Offrir des informations, de façon directe et objective, adaptées à l'âge et qui ne sont pas centrées uniquement sur les risques.
- Pour les parents :
 - ❶ Établir un climat familial chaleureux favorisant les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance et de compétence ainsi que l'ouverture et la communication.
 - ❷ Offrir des « alternatives » à la consommation.
 - ❸ Être conscient de l'influence de ses comportements, comme parent, sur ceux de son enfant; adopter des comportements cohérents avec les messages véhiculés.

4 Voir : BERNIER Sylvie Julie BOULAIS, Véronique BOITEAU et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant pris 5 consommations ou plus d'alcool dans une même occasion au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 84), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 15.4 FUMEURS ACTUELS¹

Figure 15.4a : Fumeurs actuels selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

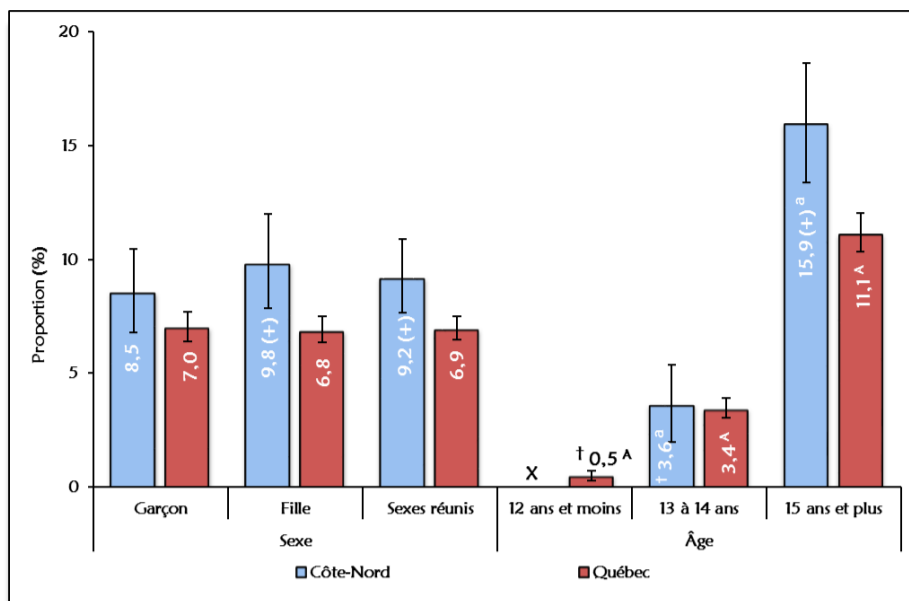
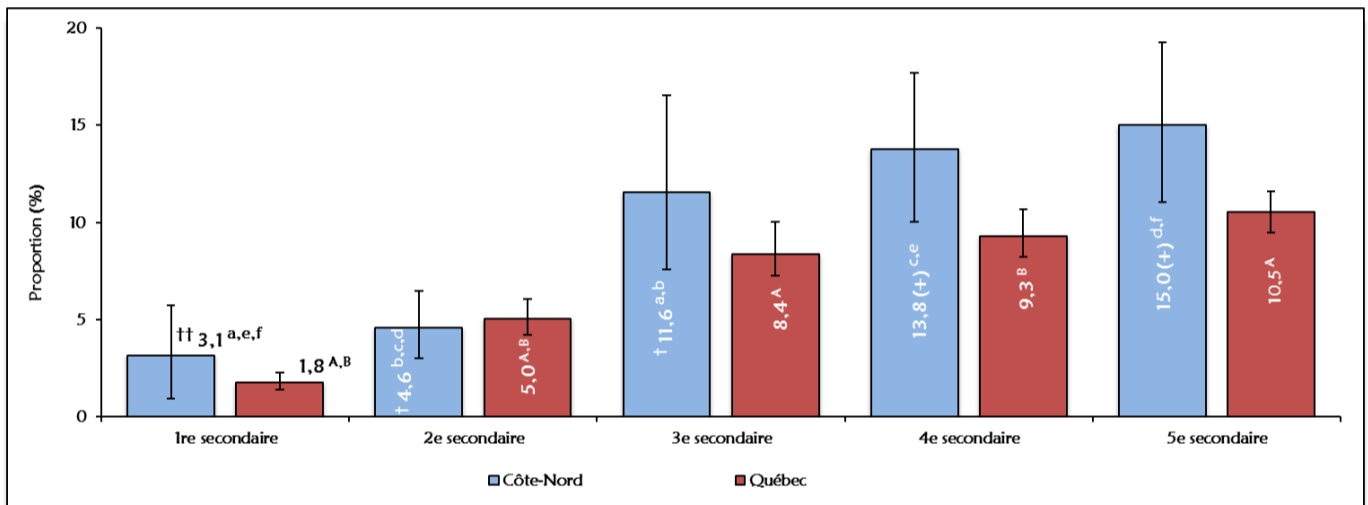


Figure 15.4b : Fumeurs actuels selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b,c,d,e,f Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 9 % des élèves nord-côtiers affirment fumer la cigarette quotidiennement ou de façon occasionnelle. Au Québec, cette proportion se situe à 7 %. Ce faible écart se révèle quand même statistiquement significatif (figure 15.4a).
- On n'observe pas d'écarts significatifs entre les sexes, et ce, que ce soit sur la Côte-Nord ou au Québec (figure 15.4a).
- Sur la Côte-Nord, les élèves de 15 ans et plus sont davantage susceptibles de fumer que ceux de 13 à 14 ans. La prévalence de l'usage de la cigarette chez les 12 ans et moins n'est pas révélée pour des raisons de confidentialité. Au Québec, elle augmente avec l'âge (figure 15.4a).
- La proportion de fumeurs varie significativement selon le niveau scolaire, et ce, à la fois sur la Côte-Nord et au Québec (figure 15.4b). Dans la région, les fumeurs sont moins nombreux, en proportion, chez les élèves de la deuxième secondaire (4,6 %) que parmi ceux de la troisième (11,6 %), de la quatrième (14 %) et de la cinquième secondaire (15 %). Au Québec, le taux d'utilisateurs de la cigarette augmente significativement entre la première et troisième secondaire (de 1,8 % à 8 %). Par la suite, une autre augmentation significative survient entre la troisième (8 %) et la cinquième secondaire (11 %).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- En proportion, on dénombre davantage de fumeurs parmi ceux qui ont consommé de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête en comparaison de ceux qui n'en ont pas pris (Côte-Nord : 26 % c. †1,0 %; Québec : 25 % c. 0,8 %).
- Le même constat peut être dressé pour les élèves ayant consommé de l'alcool durant la même période en regard de ceux qui ne l'ont pas fait (Côte-Nord : 13 % c. ††0,7 %; Québec : 11 % c. 0,6 %).
- Les élèves classés au niveau moyen à élevé à l'indice d'estime de soi⁴ sont moins sujets à fumer à chaque jour ou occasionnellement que leurs collègues ayant une faible estime d'eux-mêmes (Côte-Nord : 8 % c. 13 %; Québec : 6 % c. 10 %).
- L'usage de la cigarette se révèle aussi moins fréquent chez les élèves situés dans la catégorie « niveau faible à moyen » de l'indice de détresse psychologique que chez ceux classés au niveau élevé (Côte-Nord : 7 % c. 16 %; Québec : 6 % c. 12 %).
- Le fait de se déclarer fumeur est associé à l'autoévaluation de la performance scolaire. Ainsi, sur la Côte-Nord, 18 % des élèves qui jugent leurs résultats scolaires au-dessous de la moyenne sont des fumeurs actuels, comparativement à 11 % de ceux qui les estiment dans la moyenne et à †3,4 % chez ceux qui les évaluent comme supérieurs à la moyenne.

1 Usage de la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle. Dans cette enquête, l'usage du tabac ne porte que sur la cigarette. Elle n'aborde pas la consommation d'autres produits du tabac comme les cigarillos. Les fumeurs quotidiens désignent les élèves qui ont fumé 100 cigarettes ou plus dans leur vie et qui ont fumé la cigarette à tous les jours au cours des 30 derniers jours. Les fumeurs occasionnels sont les élèves qui ont fumé 100 cigarettes ou plus dans leur vie et qui ont fumé moins qu'à tous les jours au cours des 30 derniers jours. L'indicateur est construit à partir de quatre questions communes aux deux questionnaires de l'enquête. Mentionnons qu'il est sujet à un biais de désirabilité sociale dans la mesure où il est possible qu'un certain nombre de jeunes aient répondu en fonction de leur perception de ce qui est socialement préférable ou attendu plutôt que selon leur expérience réelle.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ces territoires. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

Importance et enjeux⁵

- La détermination de la proportion de fumeurs parmi les élèves du secondaire revêt une grande signification du fait de l'importante probabilité que les jeunes fumeurs développent une dépendance à la nicotine et maintiennent leur comportement tabagique à l'âge adulte, augmentant ainsi leurs risques de contracter des maladies mortelles.
- Le tabagisme constitue l'une des plus importantes causes de décès et de maladies évitables. Au Québec seulement, on lui attribue annuellement de 10 000 à 13 000 morts prématurées. Chez les personnes ayant fumé une grande partie de leur vie, environ une sur deux connaîtra une mort prématurée ou décèdera d'une maladie causée par l'usage du tabac.
- Le tabagisme est lié à plusieurs types de cancer, mais principalement à celui du poumon (85 % à 90 % des cas). Il serait aussi lié à 69 % des cancers de l'œsophage et à 67 % des cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx.
- Le tabagisme représente aussi un facteur de risques de développer des problèmes de santé de maladies comme les maladies cardiovasculaires et les accidents cérébrovasculaires (AVC) ainsi que maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) comme la bronchite chronique et l'emphysème :
 - ♦ 52 % des cas de maladies cardiovasculaires survenues avant l'âge de 45 ans chez les hommes comparativement à 45 % chez les femmes.
 - ♦ 39 % des maladies cérébrovasculaires survenues avant 65 ans chez les hommes (35 % chez les femmes).
 - ♦ 83 % des cas de MPOC chez les hommes en regard de 75 % chez les femmes, et ce, tous les âges confondus⁶.

PISTES POUR L'ACTION

- Le Plan de prévention du tabagisme chez les jeunes (PQPT) définit des actions spécifiques en ce qui a trait à la lutte au tabagisme dans ce groupe de la population. Ces actions visent trois objectifs principaux :
 - ♦ Outiller et soutenir les jeunes pour qu'ils demeurent non-fumeurs.
 - ♦ Faciliter l'engagement des jeunes dans des actions pour bâtir une société sans tabac.
 - ♦ Promouvoir des environnements qui favorisent le non-usage du tabac.
- Plusieurs campagnes promotionnelles sont également déployées sur le territoire, principalement :
 - ♦ Journée mondiale sans tabac (JMST).
 - ♦ Campagne des 11 à 14 ans.
- À chaque année, des projets de prévention du tabagisme chez les jeunes sont animés en milieu scolaire et dans les maisons de jeunes en collaboration avec le Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ) et le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS). Un financement est possible par la Direction de santé publique de la Côte-Nord.
- Toutes ces actions se font en complémentarité de certaines politiques publiques comme les taxes sur les cigarettes, l'interdiction de vente aux mineurs, les règles concernant l'affichage et la disponibilité du produit dans les points de vente, l'interdiction de fumer dans les endroits publics, etc.

5 Le premier paragraphe est tiré de BERNIER Sylvie Julie BOULAIS, Véronique BOITEAU et coll. « Proportion de fumeurs actuels de cigarettes chez les élèves du secondaire (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 7-1), Version d'avril 2017, p. 1. Les autres paragraphes sont tirés de la fiche indicateur « Le tabagisme » qui fait état des taux de tabagisme au sein de la population nord-côtière âgée de 15 ans et plus selon les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015.

6 BALIUNAS, Dolly, Jayadeep PATRA, Jürgen REHM et autres (2007). « Maladies et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques », dans *Maladies chroniques au Canada*, Vol. 27, N° 4, p. 168-177.

FICHE 15.5 CONSOMMATION DE CANNABIS¹

Figure 15.5a : Consommation de cannabis au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

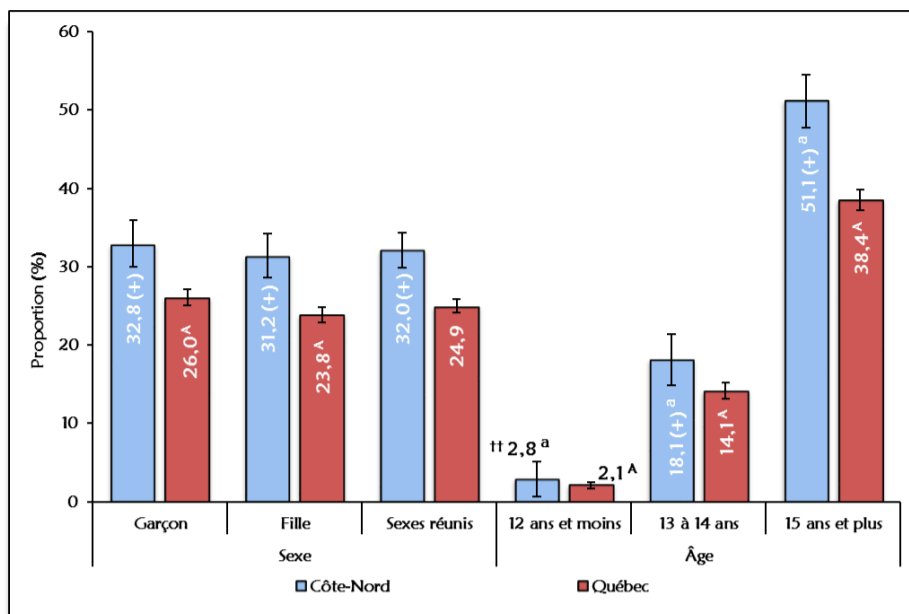
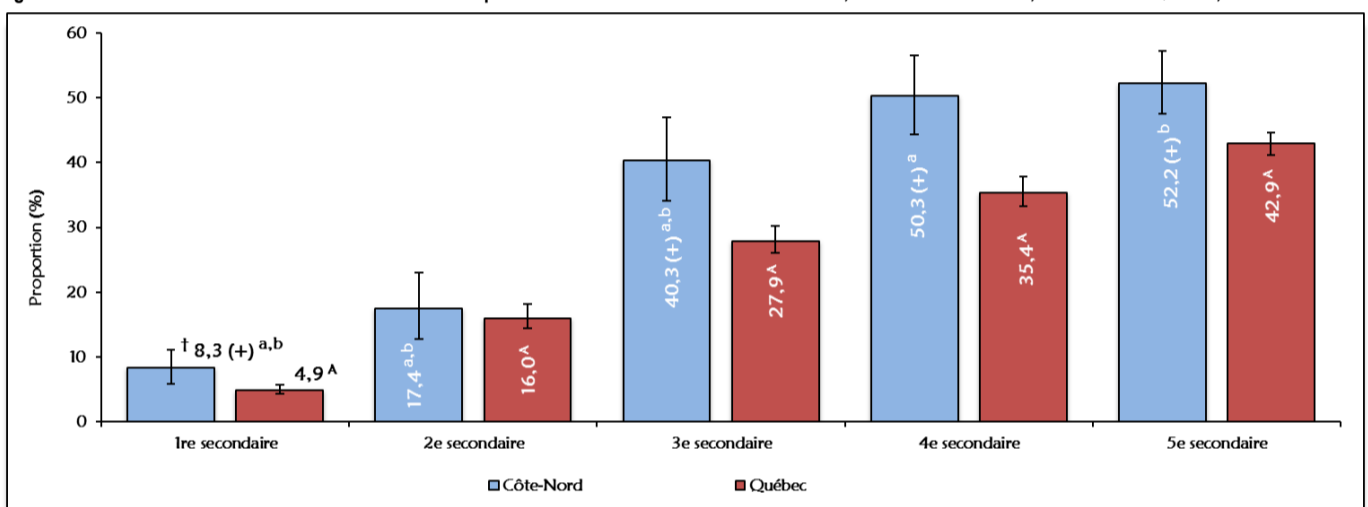


Figure 15.5b : Consommation de cannabis au cours d'une période de 12 mois selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a, b Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 32 % des élèves nord-côtiers ont consommé du cannabis au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion surpasse celle du reste du Québec (25 %). Ce phénomène existe à la fois chez les garçons (33 % c. 26 %) et chez les filles (31 % c. 24 %) (figure 15.5a).
- L'enquête ne permet pas de détecter un écart significatif entre les sexes sur la Côte-Nord (33 % c. 31 %). Au Québec, les garçons sont légèrement plus nombreux, en proportion, que les filles à l'avoir fait (26 % c. 24 %) (figure 15.5a). Cette situation prévaut à tous les niveaux du secondaire, sauf en 2^e où la différence entre les sexes n'est pas significative bien qu'une tendance similaire se dessine (17 % c. 15 %) (données non illustrées).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, la proportion de consommateurs de cannabis croît avec l'âge. Dans la région, elle passe de 2,8 % chez les 12 ans et moins à environ 51 % chez les 15 ans et plus. Plus de la moitié des élèves de 15 ans et plus (51 %) ont indiqué avoir pris cette drogue au moins une fois durant cette période en comparaison de 38 % des élèves québécois du même groupe d'âge (figure 15.5a).
- Sur la Côte-Nord, la proportion des élèves qui a consommé du cannabis augmente à chaque niveau scolaire jusqu'en 4^e secondaire. Elle passe de 8 % à 50 %. On note une légère tendance à la hausse en 5^e secondaire (52 %) mais l'écart avec la 4^e secondaire n'est pas statistiquement significatif. La proportion nord-côtière surpasse significativement celle du reste du Québec à tous les niveaux scolaires, sauf en 2^e secondaire où elle est comparable au plan statistique, soit 17 % c. 16 % (figure 15.5b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- En proportion, on dénombre davantage d'usagers du cannabis parmi ceux qui ont pris de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête en comparaison de ceux qui ne l'ont pas fait (Côte-Nord : 45 % c. 12,7 %; Québec : 40 % c. 2,7 %).
- Les élèves classés au niveau moyen à élevé à l'indice d'estime de soi⁴ sont un peu moins sujets à avoir pris du cannabis durant cette période que leurs collègues ayant une faible estime d'eux-mêmes (Côte-Nord : 31 % c. 38 %; Québec : 24 % c. 30 %).
- La consommation de cette drogue se révèle aussi une habitude moins répandue chez les élèves situés au niveau faible à moyen de l'indice de détresse psychologique que chez ceux classés au niveau élevé (Côte-Nord : 30 % c. 44 %; Québec : 22 % c. 35 %).

1 L'indicateur est construit à partir de neuf questions communes aux deux questionnaires de l'enquête qui abordent des drogues différentes. Elle a été posée uniquement aux élèves ayant indiqué avoir déjà consommé de la drogue au cours de leur vie et, par la suite, ont affirmé en avoir pris au cours des 12 derniers mois. La question est introduite comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu pris chacune des drogues suivantes ? ». Une question spécifique portait sur chacune des neuf drogues retenues : 1) cannabis, 2) cocaïne, 3) colles/solvants, 4) hallucinogènes, 5) ecstasy, 6) héroïne, 7) amphétamines incluant la méthamphétamine, 8) médicaments sans prescription, 9) autres drogues. Chaque type de drogue était aussi évoqué selon des appellations connues ou utilisées par les jeunes. Comme cette question touche un aspect délicat et illégal, elle peut entraîner une sous-déclaration ou, parfois, une surdéclaration (par bravade) des jeunes. Par ailleurs, elle est sujette à un biais de désirabilité sociale qui peut amener un répondant à répondre de manière à donner une image favorable de lui-même aux autres.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

Importance et enjeux⁵

- Selon le Plan d'action interministériel en toxicomanie, l'adolescence constitue une période de changement et d'expérimentation. Il s'agit d'une période cruciale dans le développement de l'identité et de la socialisation des jeunes. Une proportion importante d'entre eux fera alors son premier essai de consommation d'alcool et de drogues. Si cette expérience n'entraîne généralement pas de conséquences importantes, elle en aura par contre pour certains qui connaîtront des problèmes d'abus ou de dépendance.
- La consommation de drogues et d'alcool peut entraîner des conséquences psychosociales importantes, c'est pourquoi il est important de mettre en œuvre des interventions qui visent à prévenir la consommation et à réduire la proportion d'adolescents qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool.
- Pour atteindre cet objectif, une intervention globale et concertée (Approche École en santé) pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale est mise en œuvre en milieu scolaire.

PISTES POUR L'ACTION

- Intégrer les interventions sur la consommation d'alcool et de drogues et sur les jeux de hasard et d'argent aux interventions traitant des habitudes de vie.
- Favoriser le développement de saines habitudes de vie auprès des élèves par le développement de leurs compétences personnelles et sociales (affirmation de soi, exercice du jugement critique, gestion de risque, résistance aux pressions sociales). Susciter une prise de conscience et une saine gestion des influences exercées par les pairs et les médias.
- Offrir des informations, de façon directe et objective, adaptées à l'âge et qui ne sont pas centrées uniquement sur les risques.
- Pour les parents :
 - ❶ Établir un climat familial chaleureux favorisant les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance et de compétence ainsi que l'ouverture et la communication.
 - ❷ Offrir des « alternatives » à la consommation.
 - ❸ Être conscient de l'influence de ses comportements, comme parent, sur ceux de son enfant; adopter des comportements cohérents avec les messages véhiculés.

5 Voir : LECLERC, Pascale, Sylvie BERNIER-Véronique BOITEAU et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant pris consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 9.3), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 15.6 OBÉSITÉ¹

Figure 15.6a : Obésité selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

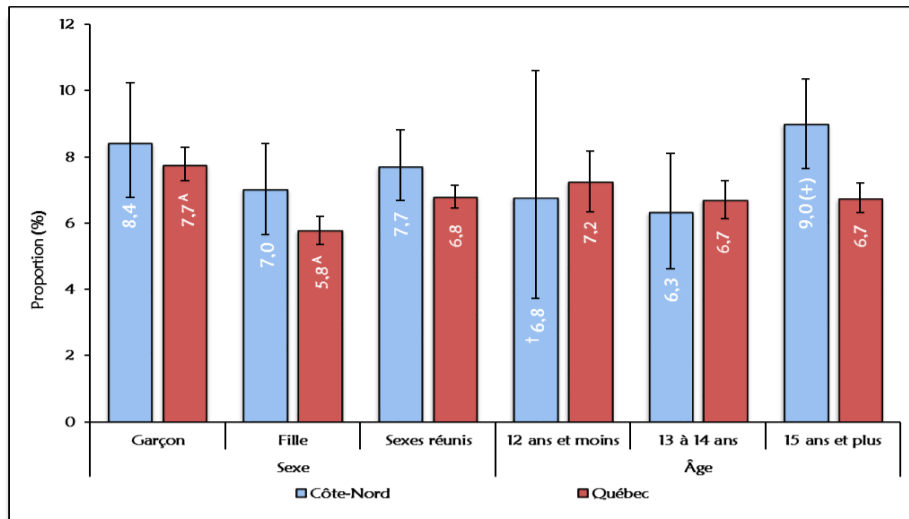
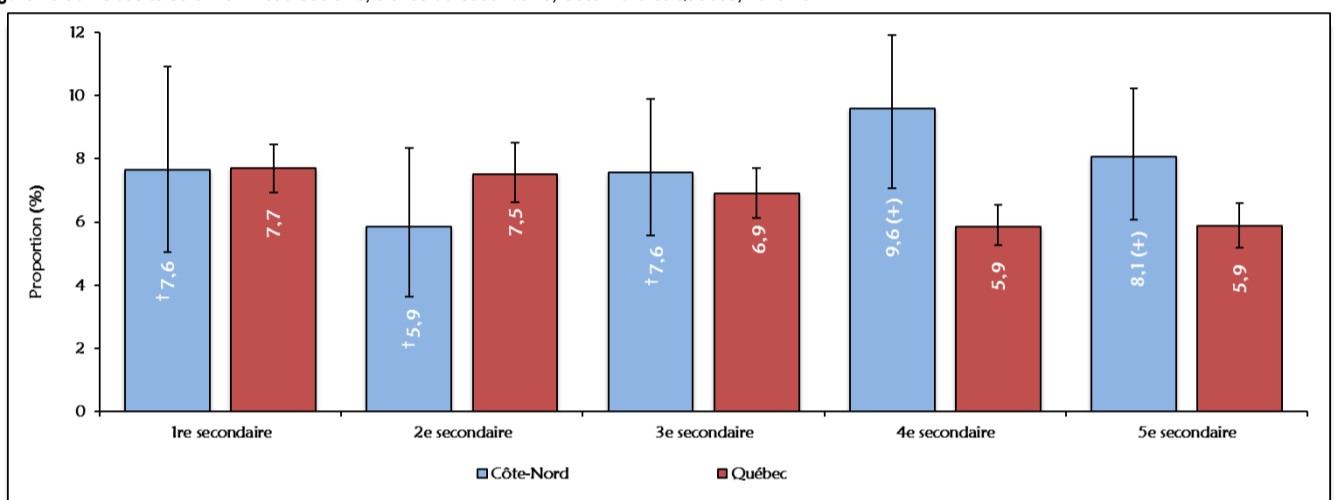


Figure 15.6b : Obésité selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour l'ensemble de la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

A Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Selon l'EQSJS, un peu moins de 8 % des élèves nord-côtiers du secondaire font de l'obésité. Cette proportion est comparable statistiquement à celle du reste du Québec (7 %).
- Au Québec, les garçons sont proportionnellement un peu plus nombreux que les filles à être obèses (8 % c. 6 %) Sur la Côte-Nord, on n'observe pas de variations selon le sexe (figure 15.6a).
- Les données ne révèlent pas de variations significatives selon l'âge (figure 5.6a) ou le niveau de scolarité (figure 15.6b), et ce, autant pour la Côte-Nord que pour le Québec.

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- L'obésité est plus fréquente chez les élèves situés au niveau faible à l'indice d'estime de soi⁴ que chez leurs collègues classés au niveau moyen à élevé (Côte-Nord : 11 % c. 7 %; Québec : 9 % c. 6 %).
- Au Québec, même si la différence est très mince, l'obésité est significativement plus répandue parmi les élèves catégorisés au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que chez ceux classés au niveau faible ou moyen (8 % c. 7 %). L'EQSJS ne décèle pas un écart significatif sur la Côte-Nord même si on y enregistre une tendance semblable (19 % c. 7 %).

Importance et enjeux⁵

- L'obésité ainsi que l'insuffisance de poids représentent un risque pour la santé des jeunes, en plus d'avoir des conséquences potentielles à long terme sur leur santé.
- L'obésité chez les jeunes peut être associée à des problèmes sociaux et psychosociaux tels que la discrimination ou des effets négatifs sur l'estime de soi et l'image corporelle, et constitue un facteur de risque de développer problèmes de santé physique tels que les maladies cardiovasculaires.
- L'obésité chez les jeunes représente un risque élevé de surplus de poids à l'âge adulte avec toutes les conséquences qui lui sont reliées. À l'autre extrémité du spectre, le poids insuffisant chez les jeunes peut être associé à des problèmes nutritionnels, divers troubles alimentaires et à long terme, à un risque d'ostéoporose.

1 Les seuils de l'obésité sont déterminés selon le sexe et chacune des années d'âge de 11 à 17 ans. Chez les élèves de 18 ans et plus, pour les deux sexes, l'obésité correspond à un indice de masse corporelle (IMC) de 30,0 et plus. L'indicateur est construit à partir de deux questions relatives à la taille et au poids, lesquelles se retrouvent dans les deux questionnaires. L'indicateur est inconnu pour les personnes qui ont une valeur manquante à au moins une des deux questions. Voir : BOITEAU, Véronique, Suzanne GINGRAS, Marie-Claude PAQUETTE et coll. « Répartition des élèves du secondaire selon le statut pondéral (EQSJS) », N° fiche EQSJS 4.1, Version avril 2017, p. 2, 3.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

5 Ces paragraphes sont extraits de : BOITEAU, Véronique, Suzanne GINGRAS, Marie-Claude PAQUETTE et coll. « Répartition des élèves du secondaire selon le statut pondéral (EQSJS) » N° fiche EQSJS 4.1, Version avril 2017, p. 1.

PISTES POUR L'ACTION (CHEZ LES JEUNES)

- La prévention de l'obésité et du surplus de poids passe par la promotion des saines habitudes de vie, incluant une image corporelle positive, et les changements d'environnements pour qu'ils soient plus favorables à la saine alimentation et à l'activité physique.
- La toile causale des problèmes reliés au poids étant complexe, une approche globale en concertation avec des partenaires de divers secteurs (municipal/territorial, scolaire, associatif, etc.) est essentielle pour agir dans tous les milieux de vie.
- Des actions sont définies dans le *Plan d'action régional de santé publique - PAR ici la santé 2016-2020*. Elles combinent des activités d'information, de sensibilisation, d'éducation et de modification des environnements. Ces activités de prévention ciblent l'ensemble de la communauté : petite enfance, milieu scolaire, milieu communautaire, milieu de travail, milieu municipal, etc.

FICHE 15.7 SURPLUS DE POIDS¹

Figure 15.7a : Surplus de poids selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

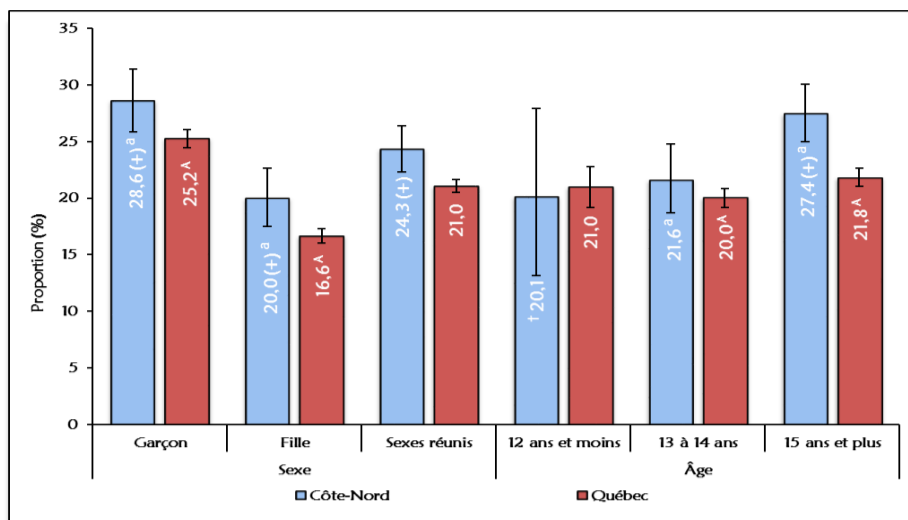
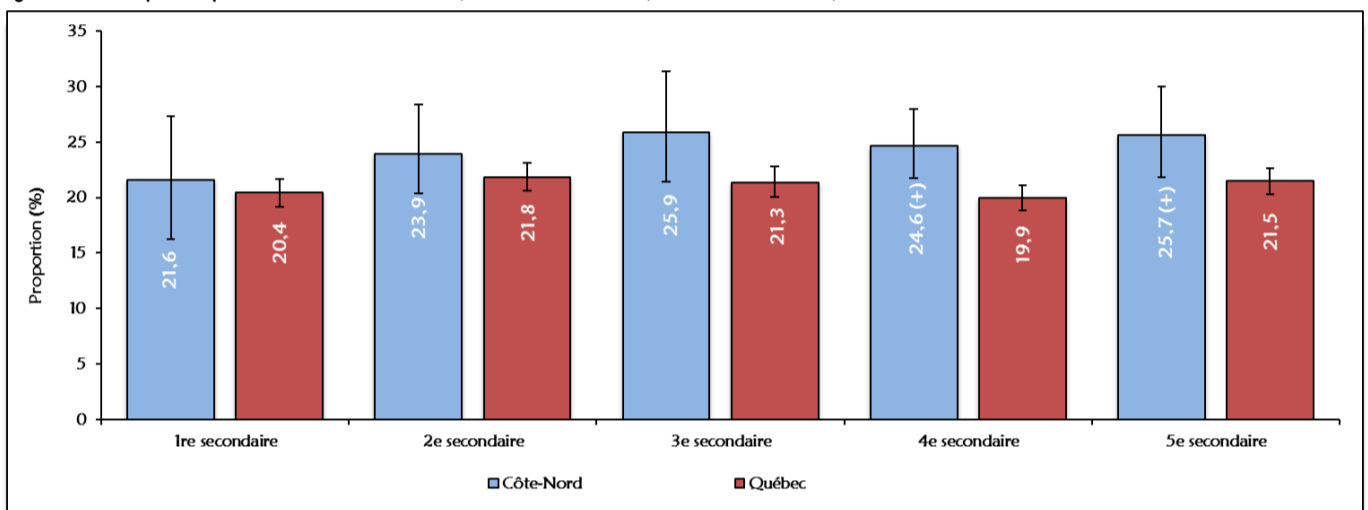


Figure 15.7b : Surplus de poids selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 24 % des élèves nord-côtières ont un surplus de poids (figure 15.7a). Un peu moins de 17 % font de l'embonpoint et moins de 8 % sont obèses (données non illustrées). La proportion nord-côtière est légèrement supérieure à celle enregistrée chez les élèves du reste du Québec (21 %). Cet écart en défaveur de la Côte-Nord se rencontre autant chez les filles (20 % c. 17 %) que chez les garçons (29 % c. 25 %) (figure 15.7a).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, le surplus de poids est plus fréquent chez les garçons que chez les filles (Côte-Nord : 29 % c. 20 %; Québec : 25 % c. 17 %) (figure 15.7a). Dans la région, cela s'explique du fait que, en proportion, plus de garçons que de filles font de l'embonpoint (20 % c. 13 %) tandis que la prévalence de l'obésité ne varie pas significativement selon le sexe (garçons : 8 %; filles : 7 %). Au Québec, les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à faire de l'embonpoint (17 % c. 11 %) ou de l'obésité (8 % c. 6 %) (données non illustrées).
- Le surplus de poids s'avère plus fréquent chez les élèves de 15 ans et plus que chez ceux de 13 à 14 ans. Les élèves de 12 ans et moins ne se différencient pas significativement des autres groupes d'âge (figure 15.7a).
- L'EQSJS ne détecte pas de variations significatives selon le niveau scolaire, que ce soit sur la Côte-Nord ou au Québec (figure 15.7b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Le surplus de poids s'avère un peu plus fréquent chez les élèves québécois situés au niveau faible à l'indice d'estime de soi⁴ que chez ceux classés au niveau moyen à élevé (24 % c. 20 %). La même tendance est observable sur la Côte-Nord, mais l'écart ne se révèle pas significatif au plan statistique (28 % c. 23 %).
- Au Québec, le surplus de poids légèrement plus répandu parmi les élèves catégorisés au niveau élevés de l'indice de détresse psychologique que chez ceux classés au niveau élevé (23 % c. 21 %). L'EQSJS ne décèle pas un écart significatif sur la Côte-Nord même si on y enregistre une tendance semblable (28 % c. 23 %).

1 Les seuils du surplus de poids (regroupement des catégories « embonpoint » et « obésité ») sont déterminés selon le sexe et chacune des années d'âge de 11 à 17 ans. Chez les élèves de 18 ans et plus, pour les deux sexes, le surplus de poids correspond à un indice de masse corporelle (IMC) de 25,0 et plus. L'indicateur est construit à partir de deux questions relatives à la taille et au poids, lesquelles se retrouvent dans les deux questionnaires. L'indicateur est inconnu pour les personnes qui ont une valeur manquante à au moins une des deux questions. Mentionnons que la catégorie « embonpoint » correspond uniquement au concept « excès de poids » de Statistique Canada. Voir : BOITEAU, Véronique, Suzanne GINGRAS, Marie-Claude PAQUETTE et coll. « Répartition des élèves du secondaire selon le statut pondéral (EQSJS) », (N° fiche EQSJS 4.1), Version avril 2017, p. 2, 3.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtières aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

Importance et enjeux⁵

- L'obésité ainsi que l'insuffisance de poids représentent un risque pour la santé des jeunes, en plus d'avoir des conséquences potentielles à long terme sur leur santé.
- L'obésité chez les jeunes peut être associée à des problèmes sociaux et psychosociaux tels que la discrimination ou des effets négatifs sur l'estime de soi et l'image corporelle, et constitue un facteur de risque de développer des problèmes de santé physique tels que les maladies cardiovasculaires.
- L'obésité chez les jeunes représente un risque élevé de surplus de poids à l'âge adulte avec toutes les conséquences qui lui sont reliées. À l'autre extrémité du spectre, le poids insuffisant chez les jeunes peut être associé à des problèmes nutritionnels, divers troubles alimentaires et à long terme, à un risque d'ostéoporose.

PISTES POUR L'ACTION (CHEZ LES JEUNES)

- La prévention de l'obésité et du surplus de poids passe par la promotion des saines habitudes de vie, incluant une image corporelle positive, et les changements d'environnements pour qu'ils soient plus favorables à la saine alimentation et à l'activité physique.
- La toile causale des problèmes reliés au poids étant complexe, une approche globale en concertation avec des partenaires de divers secteurs (municipal/territorial, scolaire, associatif, etc.) est essentielle pour agir dans tous les milieux de vie.
- Des actions sont définies dans le *Plan d'action régional de santé publique - PAR ici la santé 2016-2020*. Elles combinent des activités d'information, de sensibilisation, d'éducation et de modification des environnements. Ces activités de prévention ciblent l'ensemble de la communauté : petite enfance, milieu scolaire, milieu communautaire, milieu de travail, milieu municipal, etc.

⁵ Ces paragraphes sont extraits de : BOITEAU, Véronique, Suzanne GINGRAS, Marie-Claude PAQUETTE et coll. « Répartition des élèves du secondaire selon le statut pondéral (EQSJS) », N° fiche EQSJS 4.1, Version avril 2017, p. 1.

FICHE 16.1 DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE¹ CHEZ LES JEUNES DU SECONDAIRE

Figure 16.1a : Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

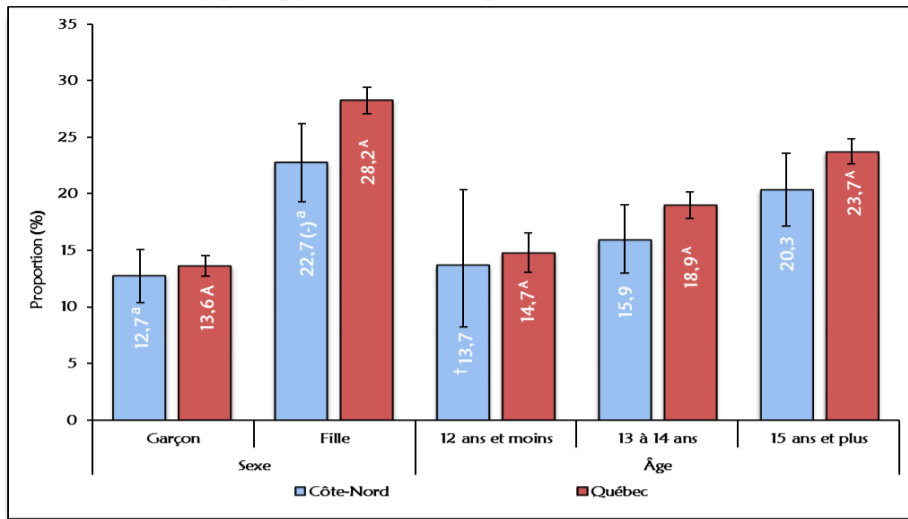
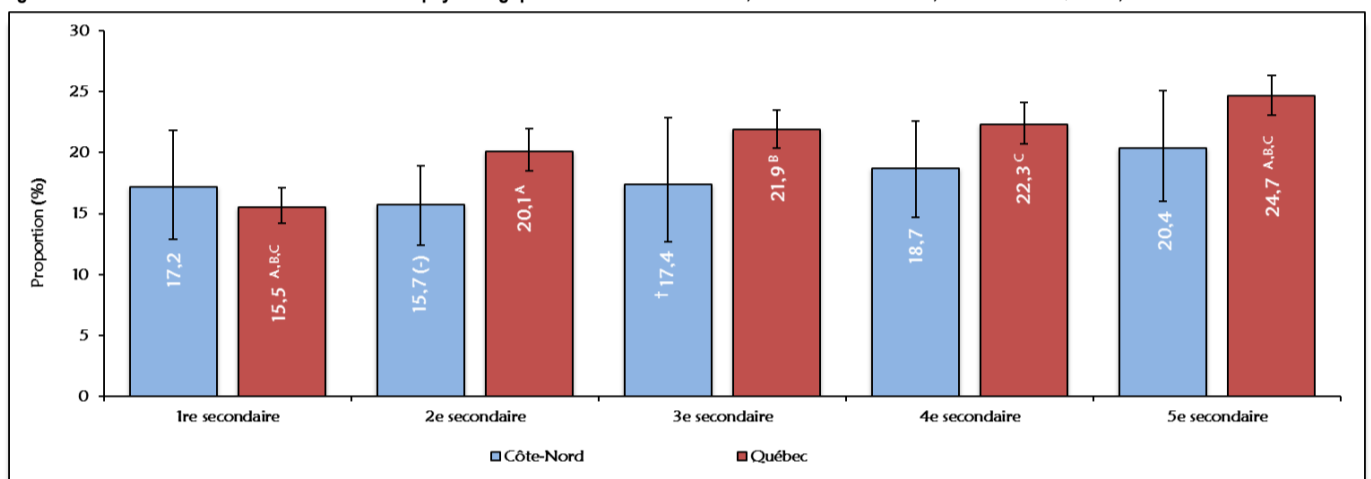


Figure 16.1b : Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, l'exposant exprime une différence significative entre les sexes, au seuil de 5 %. Pas de variations significatives selon l'âge ou le niveau de scolarité dans la région.

A,B,C Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Les filles nord-côtières aux études secondaires sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (23 % c. 13 %). Le même phénomène est observé dans l'ensemble du Québec (28 % c. 14 %). En contrepartie, les Nord-Côtières le sont moins, en proportion, que les autres Québécoises (23 % c. 28 %) (figure 16.1a).
- Au Québec, pour les deux sexes réunis, la proportion des élèves catégorisés au niveau supérieur de l'indice augmente avec l'âge. Elle passe de 15 % chez les 12 ans et moins, à 19 % chez les 13 à 14 ans et à 24 % chez les 15 ans et plus. Une tendance similaire émerge dans la région, mais les écarts ne s'avèrent pas significatifs (figure 16.1a).
- Les données de l'EQSJS ne permettent pas de détecter, dans la région, des variations significatives selon le niveau scolaire. Toutefois, à partir de la 2^e secondaire, cette proportion tend à augmenter jusqu'à la 5^e secondaire (de 16 % à 20 %). Dans l'ensemble du Québec, les jeunes de la 1^{re} secondaire sont moins nombreux, en proportion, dans la catégorie élevée de l'indice (15 %) que leurs collègues de la 2^e à la 5^e secondaire (figure 16.1b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves qui ont consommé de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête sont plus susceptibles de se situer dans la catégorie élevée de détresse psychologique que ceux qui n'en ont pas pris (Côte-Nord : 24 % c. 15 %; Québec : 29 % c. 18 %).
- De la même façon, on note une plus forte proportion d'élèves classés au niveau élevé de cet indice chez ceux qui ont pris de l'alcool dans les 12 derniers mois que chez ceux qui n'ont pas consommé (Côte-Nord : 19 % c. 14 %; Québec : 23 % c. 17 %).
- Le niveau de détresse est associé à l'estime de soi. Les jeunes regroupés au niveau faible de l'indice d'estime de soi s'avèrent beaucoup plus sujets à être au niveau élevé de détresse psychologique que ceux ayant une estime de soi moyenne ou élevée (Côte-Nord : 47 % c. 11 %; Québec : 53 % c. 13 %).
- Les élèves du secondaire qui ont été victimes de violence à l'école, sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation depuis le début de l'année scolaire sont aussi plus nombreux, en proportion, à se retrouver à ce niveau de détresse psychologique que ceux qui n'ont pas subi cette situation (Côte-Nord : 27 % c. 13 %; Québec : 31 % c. 15 %).

1 La construction de cet indice de détresse psychologique repose la réponse à quatorze questions (questionnaire numéro 2 de l'enquête uniquement) mesurant la fréquence des symptômes liés à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité et aux troubles cognitifs dans la semaine précédant l'enquête. Cet indice a été utilisé lors des enquêtes générales de Santé Québec réalisées en 1987, 1992-1993 et 1998 et par des enquêtes régionales. Les fréquences se déclinaient comme suit : jamais, de temps en temps, assez souvent, très souvent. « Chacune de ces quatorze questions se voit accorder un score de 0 à 3 selon les choix de réponse, où 0 indique que les sentiments ou pensées négatives ne sont « jamais » présents, alors que 3 indique que ceux-ci seraient présents « très souvent » ; le score total varie de 0 à 42. Le score total est ramené sur une échelle de 100. Le niveau élevé correspond au quintile supérieur (80^{ème} percentile) de la distribution des scores. Voir : CAMIRAND, Marthe DESCHESESNES et Lucille A. PICA (2013). « Estime de soi, compétences sociales et problèmes de santé mentale », dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 2, Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 59. Par ailleurs, l'indicateur est inconnu pour les élèves qui ont une valeur manquante à au moins quatre des quatorze questions. **Cet indice ne constitue pas une mesure clinique. Par conséquent, on ne peut l'employer pour établir la prévalence de la détresse psychologique chez les jeunes.** Son utilité repose sur le fait qu'il permet d'estimer, au sein de divers groupes de personnes, la proportion de celles qui vivent certains symptômes affectifs dont le nombre et la fréquence peuvent engendrer des impacts négatifs dans différents domaines de leur vie. L'indicateur est aussi sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter aux autres une image positive.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

Importance et enjeux⁴

- La détresse psychologique se caractérise par un ensemble d'émotions négatives ressenties par un individu qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété.
- La nécessité de documenter la santé mentale et sociale des enfants et des adolescents est de plus en plus reconnue, compte tenu de l'importance grandissante des problèmes de santé mentale dans ces populations.
- Les problèmes de santé mentale chez les jeunes ont été associés à une diminution dans les résultats scolaires, à la toxicomanie, à la violence et aux comportements sexuels à risque.

PISTES POUR L'ACTION

- Les experts dans le domaine s'entendent sur la nécessité d'un investissement majeur en amont, soit en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. L'école est le lieu privilégié pour promouvoir la santé, le bien-être et la réussite éducative en raison de la proportion élevée de jeunes qui s'y trouvent, du nombre d'heures qu'ils y passent et de l'influence de ce milieu dont l'importance se situe immédiatement après celle de la famille. Qui plus est, le milieu scolaire permet de rejoindre tous les enfants, y compris ceux qui sont issus de populations plus vulnérables.
- Déploiement de l'Approche *École en santé* : développement et implantation d'interventions globales et concertées en prévention et en promotion de la santé et du bien-être, à partir de l'école. Permet également d'accroître l'efficacité des actions de promotion et de prévention auprès des jeunes en milieu scolaire.
- Au sein de l'Approche *École en santé*, on retrouve des programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire, des interventions pour améliorer l'environnement scolaire, des interventions pour prévenir la violence (entre pairs et dans les relations amoureuses) ainsi que des interventions pour prévenir l'abus de substances. Idéalement, il devrait également y avoir des interventions plus spécifiques auprès des jeunes à risque de dépression et d'anxiété.

⁴ Voir RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Marthe DESCHESNES et coll. « Proportion des élèves du secondaire se situant à un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSJS : 12.1), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 16.2 DIAGNOSTIC MÉDICAL DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ OU DE TROUBLE DE L'ALIMENTATION¹ CHEZ LES JEUNES DU SECONDAIRE

Figure 16.2a : Personnes ayant reçu au moins un diagnostic médical d'anxiété, de dépression ou de trouble de l'alimentation selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

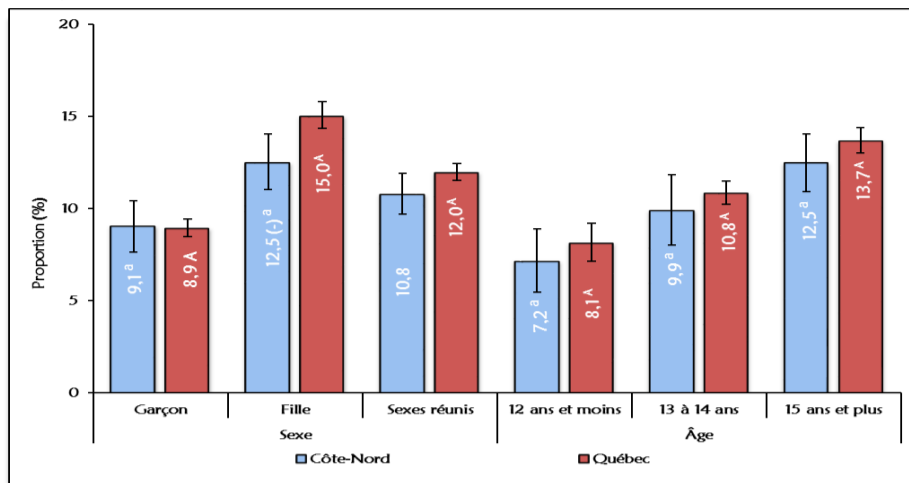
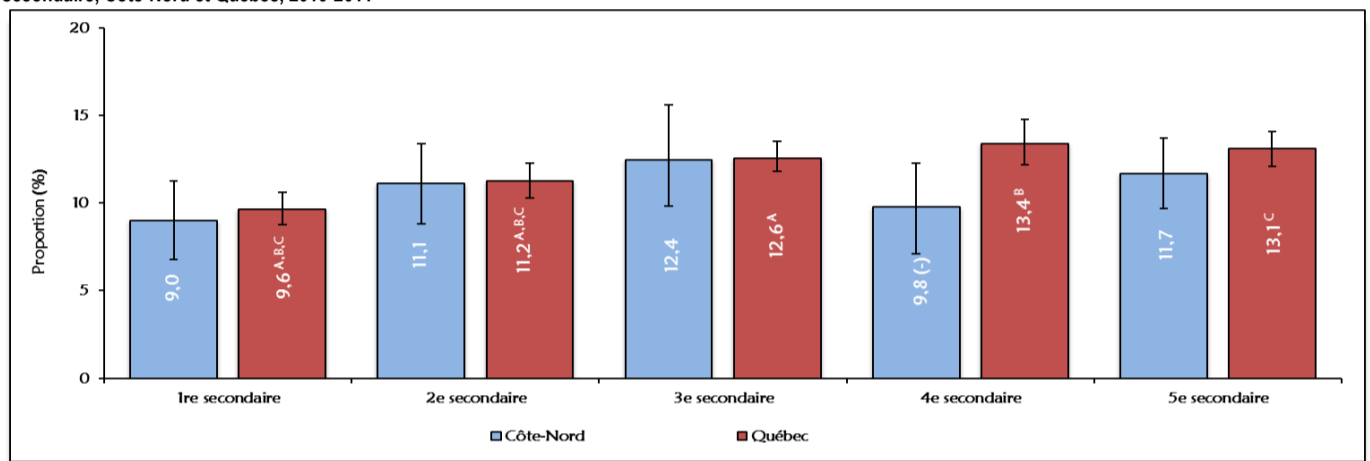


Figure 16.2b : Personnes ayant reçu au moins un diagnostic médical d'anxiété, de dépression ou de trouble de l'alimentation selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %. Pas de variations significatives selon le niveau de scolarité dans la région.

A,B,C : Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Sur la Côte-Nord, environ 11 % des élèves du secondaire déclarent avoir déjà reçu, au cours de leur vie, au moins un diagnostic médical lié, soit à l'anxiété, soit à la dépression, soit à un trouble de l'alimentation comparativement à 12 % des élèves québécois. L'écart entre la Côte-Nord et le reste du Québec n'est pas statistiquement significatif.
- Ce diagnostic s'avère plus fréquent chez les filles que chez les garçons (Côte-Nord : 12 % c. 9 %; Québec : 15 % c. 9 %). Par contre, les Nord-Côtières sont moins nombreuses, en proportion, que les autres Québécoises à rapporter l'un de ces troubles confirmés par un médecin (12 % c. 15 %) (figure 16.2a).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, la prévalence de ces problèmes augmente avec l'âge. Dans la région, elle passe de 7 % chez les 12 ans et moins, à 10 % chez les 13 à 14 ans et à 12 % chez les 15 ans et plus. (figure 16.2a).
- Les données de l'enquête ne permettent pas de déceler, chez les élèves nord-côtières, une association significative avec le niveau scolaire. Au Québec, les élèves en 1^{re} secondaire (10 %) sont moins susceptibles d'avoir eu un tel diagnostic médical que ceux des autres niveaux scolaires (figure 16.2b). Cela s'explique probablement, du moins en partie, du fait que le diagnostic peut avoir été reçu à un moment quelconque au cours de la vie et non pas seulement dans les mois précédant l'enquête.

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves qui mentionnent avoir pris de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête sont plus susceptibles d'avoir déjà eu un tel diagnostic que ceux qui n'ont pas consommé (Côte-Nord : 14 % c. 9 %; Québec : 18 % c. 10 %).
- Le même phénomène est observable au Québec chez ceux ayant pris de l'alcool au cours de la même période comparativement à ceux qui n'en ont pas consommé (14 % c. 9 %). Sur la Côte-Nord, les résultats ne démontrent pas un écart significatif entre les deux groupes (11 % c. 10 %).
- Ces troubles, confirmés par un médecin, se révèlent plus fréquents chez les élèves du secondaire qui disent avoir été victimes de violence à l'école, sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation depuis le début de l'année scolaire que ceux n'ayant pas été confrontés à une telle situation (Côte-Nord : 16 % c. 8 %; Québec : 18 % c. 9 %).
- Au Québec, la proportion d'élèves ayant déjà reçu ce type de diagnostic diminue significativement en relation avec une vision positive de leur performance scolaire. Elle se chiffre à 19 % chez ceux qui estiment leurs résultats sous la moyenne. Elle passe à 12 % chez ceux qui les jugent dans la moyenne comparativement à 10 % de ceux qui se situent au-dessus de la moyenne. Sur la Côte-Nord, on note une tendance semblable, mais les écarts ne s'avèrent pas significatifs (proportions respectives de 13 %, 11 % et 9 %).

1 Une seule question, à trois volets, commune aux deux questionnaires, a été posée aux élèves. Elle est introduite de la façon suivante : « Est-ce que tu souffres de l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants confirmés par un médecin ou un spécialiste de la santé ? (oui, non) »; Anxiété; Dépression; Trouble alimentaire (anorexie, boulimie). L'indicateur désigne les élèves qui ont répondu « Oui » à au moins une des trois questions portant sur les problèmes de santé confirmés par un médecin ou un spécialiste de la santé. L'indicateur est inconnu pour ceux qui ont une valeur manquante à au moins une des trois questions. Il faut garder à l'esprit que les proportions sont probablement sous-estimées car elles sont restreintes à ceux qui ont reçu un diagnostic médical. Par ailleurs, cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter aux autres une image positive. Voir : RICHARD, Mario, Hélène RIBERDY, Véronique BOITEAU et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant reçu au moins un diagnostic médical d'anxiété, de dépression ou d'un trouble de l'alimentation (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec, (No de fiche EQSJS : 12.3), Version Avril 2013, p. 2 et 6.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtières aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

Importance et enjeux⁴

- La nécessité de documenter la santé mentale et sociale des enfants et des adolescents est de plus en plus reconnue, compte tenu de l'importance grandissante des problèmes de santé mentale dans ces populations.
- Les troubles anxieux et dépressifs sont parmi les problèmes de santé mentale fréquents dans la population générale.
- Les problèmes de santé mentale chez les jeunes ont été associés à une diminution dans les résultats scolaires, à la toxicomanie, à la violence et à une santé sexuelle déficiente.
- L'anxiété est caractérisée par des soucis excessifs ou par des attentes avec appréhension. Ces inquiétudes sont accompagnées de trois des symptômes suivants : agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil. Les personnes anxieuses ont de la difficulté à contrôler leur préoccupation constante, ce qui peut altérer leur fonctionnement social ou dans d'autres domaines importants.
- La dépression s'exprime par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Ces épisodes dépressifs sont fréquemment associés au déficit de l'attention/hyperactivité, à l'anxiété et au trouble de l'alimentation et s'expriment par une humeur dépressive ou perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités et persistent au moins deux semaines. Chez l'adolescent, l'humeur peut être plus irritable que triste.
- Les troubles de l'alimentation se caractérisent par des comportements et des attitudes mésadaptées en ce qui concerne l'alimentation, le poids et l'image corporelle. Les troubles les plus fréquents sont, entre autres, l'anorexie et la boulimie.

PISTES POUR L'ACTION

- Les experts dans le domaine s'entendent sur la nécessité d'un investissement majeur en amont, soit en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. L'école est le lieu privilégié pour promouvoir la santé, le bien-être et la réussite éducative en raison de la proportion élevée de jeunes qui s'y trouvent, du nombre d'heures qu'ils y passent et de l'influence de ce milieu dont l'importance se situe immédiatement après celle de la famille. Qui plus est, le milieu scolaire permet de rejoindre tous les enfants, y compris ceux qui sont issus de populations plus vulnérables.
- Déploiement de l'Approche *École en santé* : développement et implantation d'interventions globales et concertées en prévention et en promotion de la santé et du bien-être, à partir de l'école. Permet également d'accroître l'efficacité des actions de promotion et de prévention auprès des jeunes en milieu scolaire.
- Au sein de l'Approche *École en santé*, on retrouve des programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire, des interventions pour améliorer l'environnement scolaire, des interventions pour prévenir la violence (entre pairs et dans les relations amoureuses) ainsi que des interventions pour prévenir l'abus de substances. Idéalement, il devrait également y avoir des interventions plus spécifiques auprès des jeunes à risque de dépression et d'anxiété.

⁴ Voir : RICHARD, Mario, Hélène RIBERDY, Véronique BOITEAU et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant reçu au moins un diagnostic médical d'anxiété, de dépression ou d'un trouble de l'alimentation (EQSJS) » Institut national de santé publique du Québec, (No de fiche EQSJS : 12.3), Version Avril 2013, p. 1.

FICHE 16.3 ESTIME DE SOI¹ DES JEUNES DU SECONDAIRE

Figure 16.3a : Niveau faible à l'échelle d'estime de soi selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

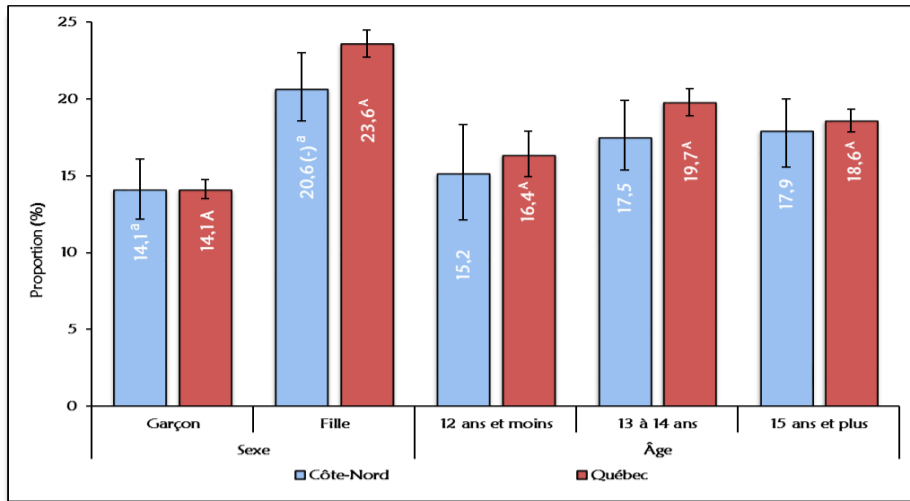
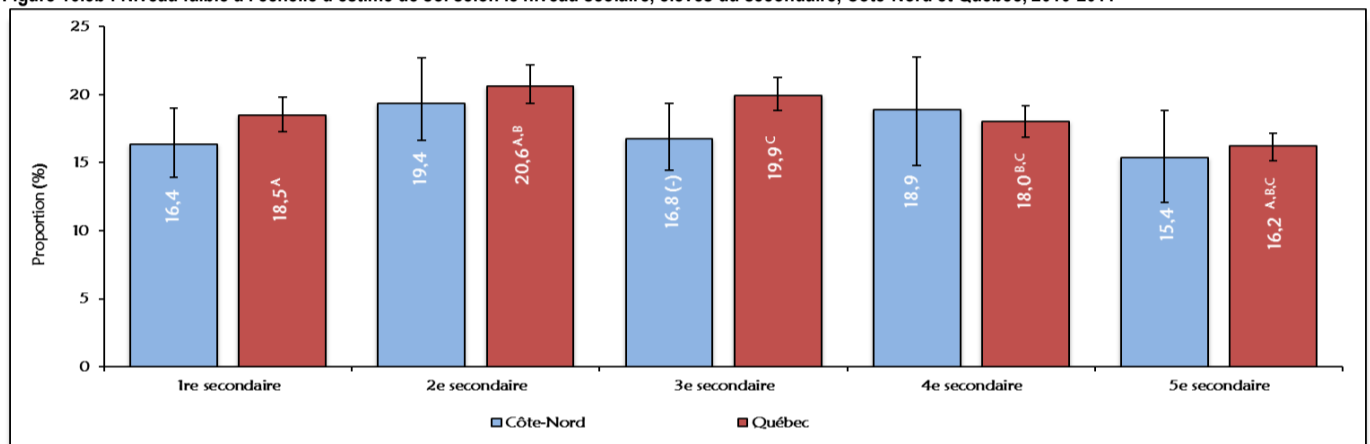


Figure 16.3b : Niveau faible à l'échelle d'estime de soi selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a : Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, l'exposant exprime une différence significative entre les sexes, au seuil de 0,05. Pas de variations significatives selon l'âge ou le niveau de scolarité dans la région.

A,B,C : Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 0,05.

En 2010-2011

- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, les garçons sont proportionnellement moins nombreux que les filles à se classer au niveau faible de l'indice de l'estime de soi (Côte-Nord : 14 % c. 21 %; Québec : 14 % c. 24 %). Cependant, les Nord-Côtières le sont moins, en proportion, que les autres Québécoises (21 % c. 24 %) (figure 16.3a).
- Au Québec, une faible estime de soi s'avère moins fréquente chez les 12 ans et moins (16 %) que chez les élèves de 13 à 14 ans (20 %) ou chez ceux ayant 15 ans ou plus (19 %). L'EQSJS ne détecte pas de variations significatives selon l'âge sur la Côte-Nord (figure 16.3a).
- Les données de l'enquête ne permettent pas de déceler, dans la région, une association significative avec le niveau scolaire. Au Québec, les élèves de la 5^e secondaire (16 %) sont moins sujets à présenter une faible estime de soi que ceux de la 1^{re} à la 4^e secondaire (respectivement 18 %, 21 %, 20 % et 18 %) (figure 16.3b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves qui affirment avoir pris de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête sont plus susceptibles d'avoir un niveau faible d'estime de soi que ceux n'en ayant pas pris (Côte-Nord : 21 % c. 16 %; Québec : 23 % c. 17 %).
- Le même phénomène est observable au Québec chez ceux ayant pris de l'alcool au cours de la même période comparativement à ceux qui n'en ont pas consommé (20 % c. 17 %). Sur la Côte-Nord, les résultats démontrent la même tendance, mais l'écart ne se révèle pas statistiquement significatif (18 % c. 15 %).
- Les élèves du secondaire qui déclarent avoir été victimes de violence à l'école, sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation depuis le début de l'année scolaire sont plus nombreux, en proportion, à manifester un faible niveau d'estime de soi que ceux n'ayant pas subi cette situation (Côte-Nord : 26 % c. 13 %; Québec : 28 % c. 13 %).
- La proportion d'élèves qui témoignent d'une faible estime de soi diminue significativement en relation avec une vision positive de leur performance scolaire. Sur la Côte-Nord, elle se chiffre à 29 % chez ceux qui estiment leurs résultats sous la moyenne. Elle passe à 17 % chez ceux qui les jugent dans la moyenne comparativement à 13 % de ceux qui les situent au-dessus de la moyenne. Il en est de même au Québec (proportions respectives de 36 %, 19 % et 12 %).
- Chez les élèves qui se considèrent sous la moyenne, les Nord-Côtières sont toutefois moins nombreux, en proportion, que ceux du Québec à avoir une faible estime de soi (29 % c. 36 %).

1 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Il est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires. À chaque question, l'élève est invité à dire s'il est : « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt en désaccord », « Tout à fait en désaccord ». Les scores (1 à 4) sont attribués à chaque catégorie de façon à tenir compte de la formulation « positive » ou « négative » de la question. Le niveau faible correspond au premier quintile de la distribution des scores (20^{ième} percentile et moins) alors que seuil du niveau élevé se situe au dernier quintile (80^{ième} percentile). Dans ce contexte, il ne peut être interprété comme une prévalence absolue de l'estime de soi chez les élèves. L'indice est inconnu pour les élèves qui ont une valeur manquante à au moins une des dix questions. Comme il s'agit d'une mesure autorapportée, cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter aux autres une image positive. Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Marthe DESCHESNES et coll. « Proportion des élèves du secondaire se situant à un niveau faible à l'échelle d'estime de soi (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec, (No de fiche EQSJS : 13.1), Version Avril 2017, p. 2 et 7.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtières aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

Importance et enjeux⁴

- L'estime de soi est une ressource personnelle associée à l'adaptation sociale. En effet, un niveau élevé d'estime personnelle est considéré comme un facteur important de préservation de la santé mentale et sociale du jeune.
- L'adolescent qui a une bonne estime de soi peut faire face plus aisément aux situations stressantes grâce à la confiance qu'il a en lui-même et en sa capacité d'obtenir le soutien requis lorsque c'est nécessaire.
- À l'inverse, une faible estime de soi a été associée à des difficultés académiques et à la participation à des conduites délinquantes.

PISTES POUR L'ACTION

- Dans le contexte de l'Approche *École en santé*, l'estime de soi fait partie des facteurs clés de développement des jeunes qui ont un effet direct sur la réussite, la santé et le bien-être. Il est primordial de se préoccuper de l'estime de soi des élèves dans toutes les actions de promotion de la santé et de prévention qui sont déployées en milieu scolaire.
- Les activités de prévention permettront aux élèves d'être épanouis, avec un sentiment d'appartenance solide à la communauté scolaire, une maîtrise de compétences, d'attitudes et d'habitudes qui facilitent la résolution et la résilience face aux défis scolaires, sociaux et affectifs.
- En ce qui a trait à l'environnement, les élèves gagneront à évoluer dans un climat scolaire positif et bienveillant.

⁴ Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Marthe DESCHESNES et coll. « Proportion des élèves du secondaire se situant à un niveau faible à l'indice d'estime de soi (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSJS : 13.1), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 16.4 CONFIANCE EN SOI¹ DES JEUNES DU SECONDAIRE

Figure 16.4a : Niveau élevé à l'échelle de confiance en soi selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

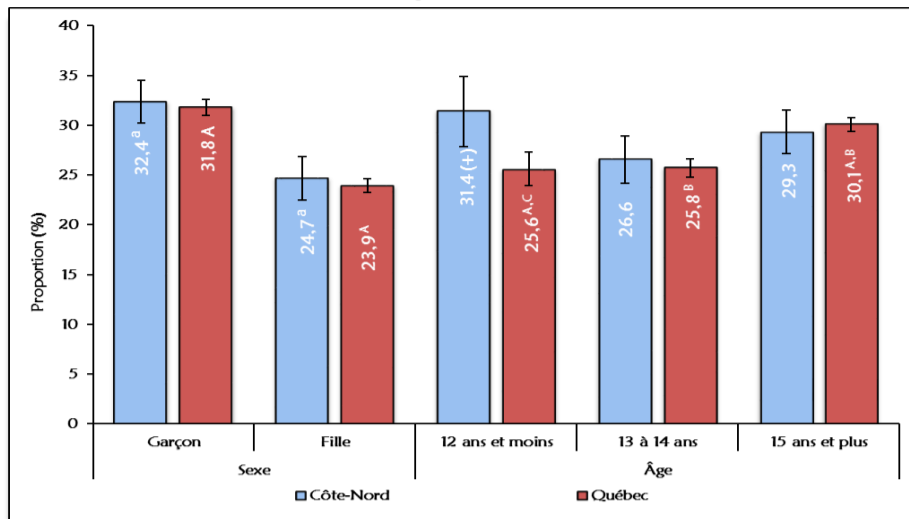
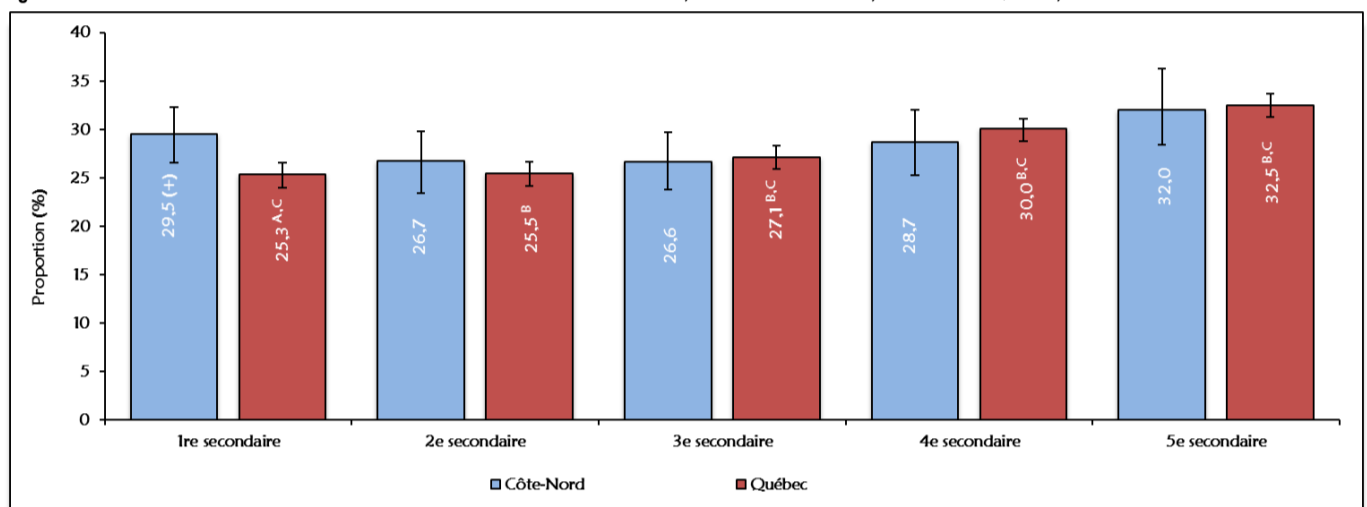


Figure 16.4b : Niveau élevé à l'échelle de confiance en soi selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011¹*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.
NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.
a : Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, l'exposant exprime une différence significative entre les sexes, au seuil de 0,05. Pas de variations significatives selon l'âge ou le niveau de scolarité dans la région.
A,B,C : Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 0,05.

En 2010-2011

- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à se situer au niveau élevé de l'indice de confiance en soi (Côte-Nord : 32 % c. 25 %; Québec : 32 % c. 24 %) (figure 16.4a).
- Au Québec, les élèves de 15 ans et plus sont plus susceptibles de déclarer ce niveau de confiance en soi (30 %) que ceux des autres groupes d'âge. L'EQSJS ne détecte pas de variations significatives selon l'âge sur la Côte-Nord (figure 16.4a).
- Les données de l'enquête ne permettent pas de déceler, dans la région, une association significative avec le niveau scolaire. Au Québec, les élèves de la 5^e secondaire (32 %) sont plus susceptibles d'afficher un niveau élevé de confiance en soi que ceux de chacun des autres niveaux d'études (figure 16.4b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Au Québec, on note que les élèves ayant déclaré avoir pris de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête sont plus nombreux que les non-consommateurs à juger posséder une forte confiance en soi (29 % c. 27 %). Il est possible que cette association soit tributaire de l'âge. Par exemple, les élèves de 12 ans et moins ayant consommé de l'alcool pendant la période de référence tendent à moins rapporter un niveau élevé de confiance en soi que les non-consommateurs (23 % c. 30 %). Sur la Côte-Nord, les résultats ne montrent pas d'association avec la consommation d'alcool.
- Les élèves du secondaire qui déclarent avoir été victimes de violence à l'école, sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation depuis le début de l'année scolaire sont moins nombreux, en proportion, à avoir une haute confiance en soi que ceux n'ayant pas subi cette situation (Côte-Nord : 22 % c. 32 %; Québec : 22 % c. 32 %).
- Les élèves qui peuvent compter un degré élevé de supervision parentale sont aussi plus susceptibles de se classer au niveau élevé de confiance en soi (Côte-Nord : 36 % c. 26 %; Québec : 33 % c. 25 %).
- Chez les élèves qui considèrent avoir des résultats scolaires sous la moyenne, les Nord-Côtiers sont toutefois moins nombreux, en proportion, que ceux du Québec à avoir une faible estime de soi (29 % c. 36 %).

1 Cet indice constitue un sous-indice de l'efficacité personnelle globale. L'indice global, qui comprend sept questions communes aux deux questionnaires, permet d'apprécier comment l'élève perçoit sa capacité de réaliser avec succès une tâche, un apprentissage, un défi ou un changement, ce qui le motive à faire ce qu'il faut pour l'atteindre. Le sous-indice « confiance en soi » repose sur les trois premières questions et ont trait à la capacité des jeunes de résoudre des problèmes et de relever des défis importants pour eux. Voir : CAMIRAND, Marthe DESCHESNES et Lucille A. PICA (2013). « Estime de soi, compétences sociales et problèmes de santé mentale », dans L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 2, Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 57. Elles sont introduites comme suit : « À quel point les énoncés suivants à propos de toi sont vrais? » Le choix de réponses se décline comme suit : « Pas du tout vrai », « Un peu vrai », « Assez vrai », « Tout à fait vrai ». Les scores (1 à 4) sont attribués à chaque catégorie de façon à tenir compte de la formulation « positive » ou « négative » de la question. Pour ce sous-indice, le niveau élevé correspond au score total possible, soit 12. L'indice est inconnu pour les élèves qui ont une valeur manquante à au moins une des trois questions du sous-indice. Comme il s'agit d'une mesure autorapportée, cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter aux autres une image positive. Voir : BOITEAU, Véronique, Mathieu LANGLOIS, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire se situant à un niveau élevé à l'indice d'efficacité personnelle globale (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec, (No de fiche EQSJS : 13.3), Version Avril 2017, p. 2 et 7.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

Importance et enjeux⁴

- L'indice de confiance en soi constitue un sous-indice de l'indice d'efficacité personnelle globale.
- Le concept d'efficacité personnelle réfère à la perception qu'un individu a de ses compétences et ses habiletés face à l'accomplissement de tâches qu'il valorise. L'efficacité personnelle est une composante importante du développement de l'identité et du sentiment de soi, ce développement étant essentiel durant l'adolescence.
- Par ailleurs, l'efficacité personnelle globale est une des composantes des compétences sociales, au même titre que l'empathie, la résolution de problème et l'autocontrôle.
- Le sentiment d'efficacité personnelle peut varier en fonction de l'âge et du sexe de la personne. Les jeunes enfants auraient tendance à surestimer leurs compétences par manque de familiarité avec les tâches à accomplir ainsi que par incompréhension des habiletés nécessaires à l'accomplissement de ces tâches. En vieillissant, leur évaluation des tâches à accomplir serait plus réaliste. Par conséquent, le sentiment d'efficacité personnelle tendrait à décliner au moment de la transition au secondaire, une période où la compétition et la comparaison entre les pairs sont plus présentes.

PISTES POUR L'ACTION

- Le concept de confiance en soi est étroitement lié à celui d'estime de soi pour la prévention. Par conséquent, les pistes pour l'action sont les mêmes que celles mentionnées dans la fiche touchant l'estime de soi.
- Dans le contexte de l'Approche *École en santé*, l'estime de soi fait partie des facteurs clés de développement des jeunes qui ont un effet direct sur la réussite, la santé et le bien-être. Il est primordial de se préoccuper de l'estime de soi des élèves dans toutes les actions de promotion de la santé et de prévention qui sont déployées en milieu scolaire.
- Les activités de prévention permettront aux élèves d'être épanouis, avec un sentiment d'appartenance solide à la communauté scolaire, une maîtrise de compétences, d'attitudes et d'habitudes qui facilitent la résolution et la résilience face aux défis scolaires, sociaux et affectifs.
- En ce qui a trait à l'environnement, les élèves gagneront à évoluer dans un climat scolaire positif et bienveillant.

⁴ Voir : BOITEAU, Véronique, Mathieu LANGLOIS, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire se situant à un niveau élevé à l'indice d'efficacité personnelle globale (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec, (No de fiche EQSJS : 13.3), Version Avril 2017, p. 1.

FICHE 17.1 COMPORTEMENT D'AGRESSIVITÉ DIRECTE¹

Figure 17.1a : Élèves présentant au moins un comportement d'agressivité directe selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

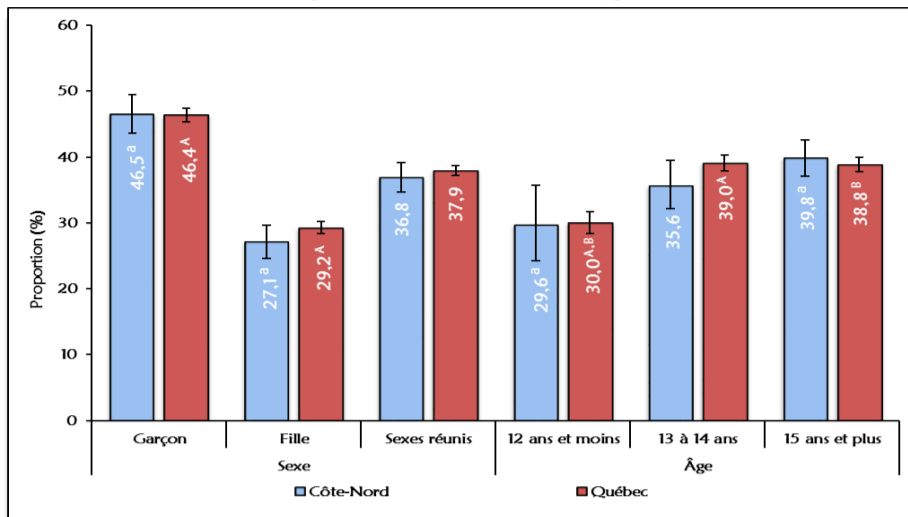
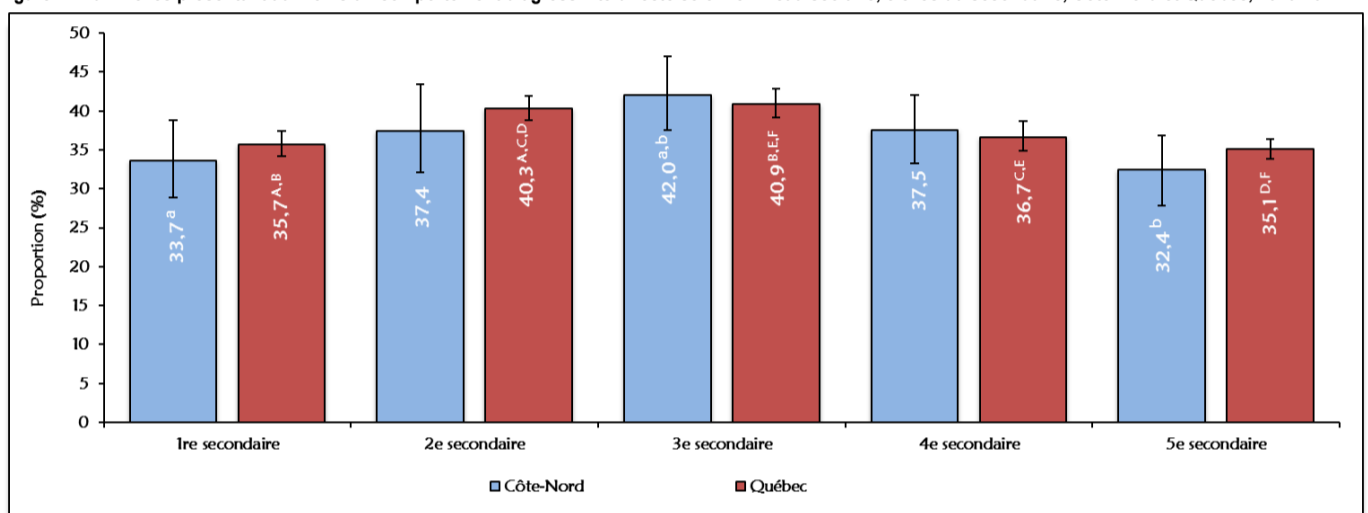


Figure 17.1b : Élèves présentant au moins un comportement d'agressivité directe selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B,C,D,E,F Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 37 % des élèves nord-côtiers déclarent manifester l'un ou l'autre des comportements associés à de l'agressivité directe, c'est-à-dire une action visant à infliger de la douleur physique aux victimes ou à les insécuriser ouvertement par des menaces. Cette proportion s'apparente statistiquement à celle du reste du Québec (38 %). Les filles et les garçons de la Côte-Nord ne se différencient pas significativement du reste du Québec (figure 17.1a).
- Toutes proportions gardées, les filles sont moins nombreuses que les garçons à manifester ce type de comportement (Côte-Nord : 27 % c. 46 %; Québec : 29 % c. 46 %) (figure 17.1a).
- Dans la région, ce genre de comportement est significativement plus répandu en 3^e secondaire (42 %) qu'en 1^{re} secondaire (34 %) ou en 5^e secondaire (32 %). Au Québec, ces gestes sont plus courants en 2^e et 3^e secondaire (respectivement 40 % et 41 %) que chez les élèves de chacun des autres niveaux scolaires (figure 17.1b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves catégorisés au niveau moyen à élevé à l'indice d'estime de soi⁴ sont moins sujets à manifester au moins l'un des six types de comportement associés à de l'agressivité directe que leurs collègues ayant une faible estime de eux-mêmes (Côte-Nord : 34 % c. 49 %; Québec : 35 % c. 51 %).
- Le même constat est observé chez ceux qui estiment bénéficier d'un niveau élevé de supervision parentale⁵ comparativement à ceux qui l'évaluent comme faible ou moyen (Côte-Nord : 25 % c. 42 %; Québec : 25 % c. 45 %).
- Les comportements d'agressivité directe sont plus répandus chez les élèves qui ont été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou encore victimes de cyberintimidation durant l'année scolaire comparativement à ceux qui ne l'ont pas été (Côte-Nord : 52 % c. 29 %; Québec : 53 % c. 29 %).

1 L'indicateur est construit à partir de six questions communes aux deux questionnaires de l'enquête : « Lis les énoncés suivants et choisis la réponse qui te décrit le mieux » 1) Je me bats souvent avec les autres 2) Quand un autre jeune me fait mal accidentellement, je suppose qu'il (elle) l'a fait exprès, je me fâche et je commence à bagarrer 3) J'attaque physiquement les autres 4) Je menace les autres 5) Je suis cruel(le), dur(e) ou méchant(e) envers les autres 6) Je frappe, je mords ou je donne des coups de pied aux autres de mon âge. Les réponses possibles étaient : « Jamais », « Parfois » « Souvent ». On considérerait que les élèves avaient répondu « Oui » s'ils avaient coché une autre réponse que « Jamais » à au moins une des six questions. L'indicateur est inconnu pour les personnes qui ont une valeur manquante à au moins deux de ces six questions. Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire présentant au moins un comportement d'agressivité directe (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 14.2), Version d'avril 2017, p. 2. Par ailleurs, ces questions sont sujettes à un biais de désirabilité sociale qui peut amener un élève à répondre de manière à donner une image favorable de lui-même aux autres.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquence, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

5 L'indice de supervision parentale est construit à partir de deux questions sur la perception de l'élève quant à l'encadrement parental qu'il reçoit de son (ses) parent(s) ou du titulaire de l'autorité parentale.

Importance et enjeux⁶

- L'agressivité se définit comme un comportement extériorisé qui vise à causer intentionnellement des douleurs physiques ou émotionnelles.
- L'agressivité directe peut prendre différentes formes comme l'agression verbale et l'agression physique. L'agression physique comprend entre autres les comportements qui menacent ou qui causent des dommages physiques ou des lésions corporelles et les bagarres.
- Les jeunes plus agressifs sont davantage à risque d'avoir de sérieux problèmes d'adaptation sociale; ils sont souvent rejetés par leurs camarades et perçoivent ces derniers comme hostiles à leur égard. En général, les garçons ont tendance à commettre plus d'actes d'agressions physiques que les filles.
- Plusieurs facteurs peuvent mener à une augmentation des comportements agressifs chez le jeune; ces facteurs sont, entre autres, avoir été victime d'abus physique ou sexuel, avoir été exposé à la violence à la maison ou dans son entourage, l'usage de drogues et d'alcool et certains autres critères socioéconomiques (la pauvreté, la monoparentalité, etc.).

PISTES POUR L'ACTION

- Encourager les comportements positifs et éviter le renforcement négatif (punitions, isolement, expulsion, etc.), qui peut augmenter la colère et le désengagement.
- Favoriser la prévention de la violence auprès des élèves par le développement de compétences personnelles et sociales (affirmation et estime de soi, gestion des émotions, empathie, comportements prosociaux, implication sociale, résolutions de conflits, demande d'aide, jugement critique).
- Aider les élèves à reconnaître leurs émotions et à les gérer.
- Apprendre aux élèves les techniques de relaxation, de retour au calme, de gestion du stress, de maîtrise de la colère. Utiliser des pratiques pédagogiques favorisant le développement de l'empathie.
- Pour les parents, établir un climat familial chaleureux favorisant les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance et de compétence ainsi que l'ouverture et la communication.

⁶ Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire présentant au moins un comportement d'agressivité directe (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 14.2), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 17.2 COMPORTEMENT D'AGRESSIVITÉ INDIRECTE¹

Figure 17.2a : Éléves présentant au moins un comportement d'agressivité indirecte selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

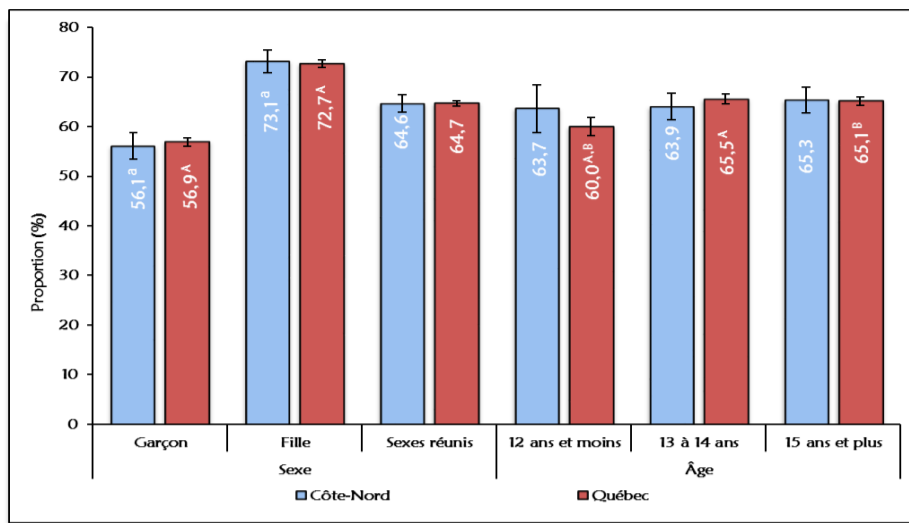
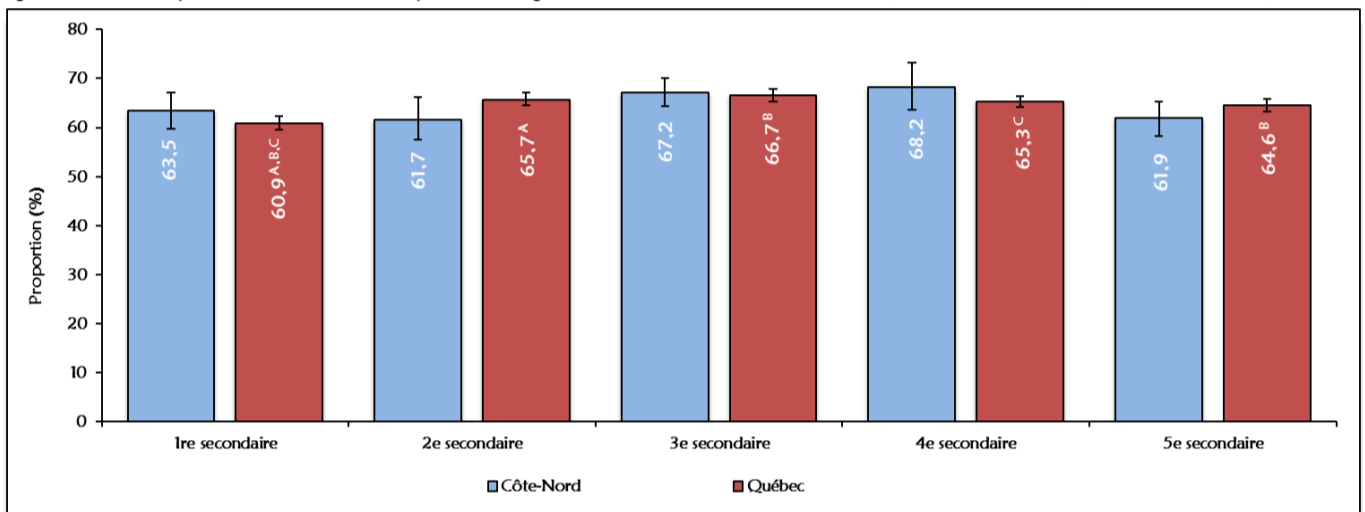


Figure 17.2b : Éléves présentant au moins un comportement d'agressivité indirecte selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011³*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B,C Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 65 % des élèves nord-côtiers et québécois déclarent manifester l'un ou l'autre des comportements associés à de l'agressivité indirecte (figure 17.2a). L'agressivité indirecte se révèle donc un comportement plus commun que ceux associés à de l'agressivité directe, et ce, autant sur la Côte-Nord (37 %) qu'au Québec (38 %) (donnée non illustrée).
- Toutes proportions gardées, les filles sont plus nombreuses que les garçons à manifester ce type de comportement (Côte-Nord : 73 % c. 56 %; Québec : 73 % c. 57 %) (figure 17.2a).
- Dans la région, les données de l'EQSJS ne font pas ressortir de variations significatives selon le niveau scolaire. Au Québec, ces gestes sont, en proportion, un peu moins posés par les élèves de la première secondaire (61 %) que ceux de chacun des autres niveaux scolaires (figure 17.2b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves regroupés au niveau moyen à élevé à l'indice d'estime de soi⁴ sont moins sujets à manifester au moins un des cinq types de comportement associés à l'agressivité indirecte que leurs collègues ayant une faible estime d'eux-mêmes (Côte-Nord : 62 % c. 75 %; Québec : 62 % c. 75 %).
- Le même phénomène existe chez ceux qui estiment bénéficier d'un niveau élevé de supervision parentale⁵ comparativement à ceux qui l'évaluent comme faible ou moyen (Côte-Nord : 53 % c. 69 %; Québec : 56 % c. 69 %).
- Les comportements d'agressivité indirecte sont plus répandus chez les élèves qui ont été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou encore victimes de cyberintimidation durant l'année scolaire comparativement à ceux qui ne l'ont pas été (Côte-Nord : 72 % c. 61 %; Québec : 72 % c. 60 %).

1 L'indicateur est construit à partir de cinq questions communes aux deux questionnaires de l'enquête : « Lis les énoncés suivants et choisis la réponse qui te décrit le mieux » 1) Quand je suis fâché(e) contre quelqu'un, j'essaie d'amener les autres à le (la) détester 2) Quand je suis fâché(e) contre quelqu'un, je deviens ami(e) avec quelqu'un d'autre pour me venger 3) Quand je suis fâché(e) contre quelqu'un, je dis de vilaines choses dans son dos 4) Quand je suis fâché(e) contre quelqu'un, je dis aux autres : je ne veux pas de lui (d'elle) dans notre groupe 5) Quand je suis fâché(e) contre quelqu'un, je raconte ses secrets à d'autres. Les réponses possibles étaient : « Jamais », « Parfois » « Souvent ». On considérerait que les élèves avaient répondu « Oui » s'ils avaient coché une autre réponse que « Jamais » à au moins une des cinq questions. L'indicateur est inconnu pour les personnes qui ont une valeur manquante à au moins deux de ces cinq questions. Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire présentant au moins un comportement d'agressivité indirecte (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 14.3), Version d'avril 2017, p. 1-2. Par ailleurs, ces questions sont sujettes à un biais de désirabilité sociale qui peut amener un élève à répondre de manière à donner une image favorable de lui-même aux autres.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquence, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

5 L'indice de supervision parentale est construit à partir de deux questions sur la perception de l'élève quant à l'encadrement parental qu'il reçoit de son (ses) parent(s) ou du titulaire de l'autorité parentale.

Importance et enjeux⁶

- L'agressivité se définit comme un comportement extériorisé qui vise à causer intentionnellement des douleurs physiques ou émotionnelles.
- L'agressivité indirecte réfère davantage à des comportements d'agressivité verbale dont les actes peuvent être faits « dans le dos » de la victime de manière à ce que l'agresseur laisse croire qu'il n'a pas l'intention de faire du mal.
- Elle vise principalement à détruire, par manipulation, des relations sociales plutôt qu'à infliger des dommages physiques. Néanmoins, l'agressivité indirecte peut être tout aussi dommageable psychologiquement pour l'individu qui la subit. Ce type d'agression est moins susceptible d'être détecté que les agressions physiques.
- Les jeunes plus agressifs sont davantage à risque d'avoir de sérieux problèmes d'adaptation sociale; ils sont souvent rejetés par leurs camarades et perçoivent ces derniers comme hostiles à leur égard.

PISTES POUR L'ACTION

- Encourager les comportements positifs et éviter le renforcement négatif (punitions, isolement, expulsion, etc.), qui peut augmenter la colère et le désengagement.
- Favoriser la prévention de la violence auprès des élèves par le développement de compétences personnelles et sociales (affirmation et estime de soi, gestion des émotions, empathie, comportements prosociaux, implication sociale, résolutions de conflits, demande d'aide, jugement critique).
- Aider les élèves à reconnaître leurs émotions et à les gérer.
- Apprendre aux élèves les techniques de relaxation, de retour au calme, de gestion du stress, de maîtrise de la colère. Utiliser des pratiques pédagogiques favorisant le développement de l'empathie.
- Pour les parents, établir un climat familial chaleureux favorisant les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance et de compétence ainsi que l'ouverture et la communication.

⁶ Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire présentant au moins un comportement d'agressivité indirecte (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSJS : 14.3), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 17.3 CONDUITES IMPRUDENTES OU REBELLES¹

Figure 17.3a : Élèves ayant eu au moins une manifestation de conduite imprudente ou rebelle au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

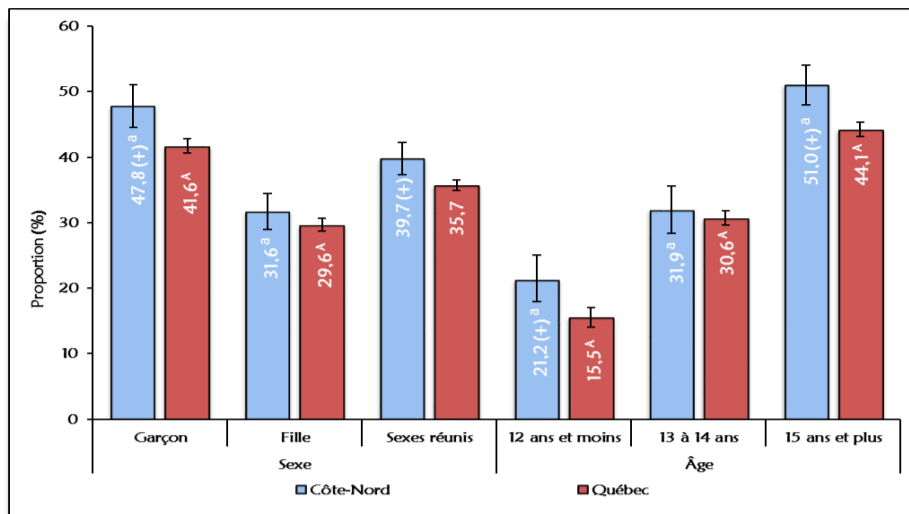
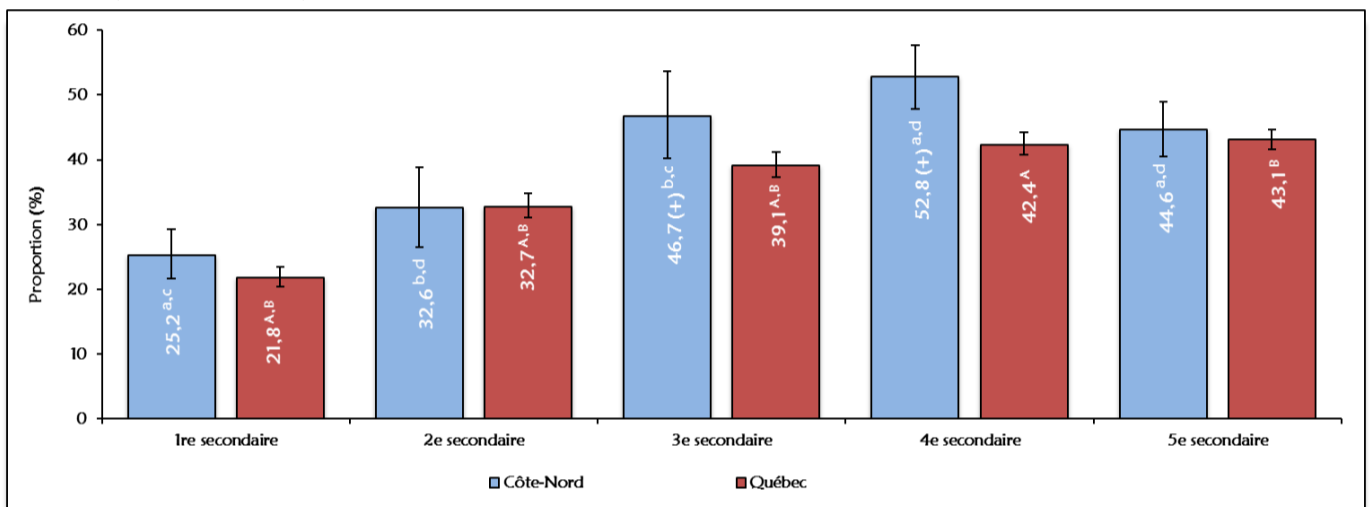


Figure 17.3b : Élèves ayant eu au moins une manifestation de conduite imprudente ou rebelle au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b,c,d Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 40 % des élèves nord-côtiers déclarent avoir manifesté l'un ou l'autre des comportements associés à une conduite imprudente ou rebelle dans les 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion surpasse significativement celle du reste du Québec (36 %). Ce constat s'observe chez les garçons (48 % c. 42 %), mais non chez les filles (32 % c. 30 %) (figure 17.3a).
- Toutes proportions gardées, les conduites imprudentes ou rebelles sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles (Côte-Nord : 48 % c. 32 %; Québec : 42 % c. 30 %) (figure 17.3a).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, la proportion d'élèves qui rapportent au moins une manifestation de conduite imprudente ou rebelle augmente significativement avec l'âge (figure 17.3a).
- Dans la région, ce genre de comportement est significativement moins répandu en 1^{re} secondaire (25 %) ou en 2^e secondaire (33 %) qu'en 3^e secondaire (47 %), en 4^e (53 %) ou en 5^e secondaire (45 %). On note que la proportion enregistrée en 5^e secondaire s'avère significativement plus faible que celle observée en 4^e secondaire (45 % c. 53 %). Au Québec, ce pourcentage augmente à chaque niveau scolaire jusqu'en 4^e secondaire (de 22 % à 42 %) et se stabilise par la suite en 5^e secondaire (43 %) (figure 17.3b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves classés au niveau moyen à élevé à l'indice d'estime de soi⁴ sont moins sujets à avoir eu au moins une conduite imprudente ou rebelle dans les 12 mois précédents que leurs collègues ayant une faible estime d'eux-mêmes (Côte-Nord : 38 % c. 46 %; Québec : 34 % c. 44 %).
- Il en est de même chez ceux qui disent bénéficier d'un niveau élevé de supervision parentale⁵ comparativement à ceux qui l'évaluent comme faible ou moyen (Côte-Nord : 14 % c. 50 %; Québec : 15 % c. 47 %).
- La conduite imprudente ou rebelle est plus répandue chez les élèves qui ont été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou encore victimes de cyberintimidation durant l'année scolaire en comparaison de ceux qui n'ont pas vécu ce genre de violence (Côte-Nord : 47 % c. 36 %; Québec : 43 % c. 31 %).

1 L'indicateur est construit à partir de trois questions communes aux deux questionnaires de l'enquête : « Au cours des 12 derniers mois, environ combien de fois... » 1) Es-tu sorti(e) une nuit complète sans permission ? 2) As-tu été interrogé(e) par des policiers au sujet de quelque chose qu'ils pensaient que tu avais fait ? 3) T'es-tu enfui(e) de la maison ? Les réponses possibles étaient : « Jamais », « 1 ou 2 fois », « 3 ou 4 fois », « 5 fois ou plus ». On considérerait que les élèves avaient répondu « Oui » s'ils avaient coché une autre réponse que « Jamais » à au moins une des trois questions. L'indicateur est inconnu pour les personnes qui ont une valeur manquante à au moins une de ces trois questions. Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant eu au moins une manifestation de conduite imprudente ou rebelle au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 14.4), Version d'avril 2017, p. 2. Par ailleurs, ces questions sont sujettes à un biais de désirabilité sociale qui peut amener un élève à répondre de manière à donner une image favorable de lui-même aux autres.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquence, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

5 L'indice de supervision parentale est construit à partir de deux questions sur la perception de l'élève quant à l'encadrement parental qu'il reçoit de son (ses) parent(s) ou du titulaire de l'autorité parentale.

Importance et enjeux⁶

- Le début de l'adolescence est caractérisé par des changements physiques, cognitifs et sociaux qui peuvent être associés aux comportements sociaux déviants. Cette période est effectivement propice à la manifestation de différentes formes de conduite déviantes.
- Au cours de l'adolescence, les comportements déviants de l'enfance peuvent s'aggraver et les conduites délinquantes peuvent apparaître.
- L'indicateur ne reflète pas la prévalence du trouble de conduite comme entendu par les critères habituels servant au diagnostic puisqu'il ne permet pas de mesurer la persistance et l'intensité des comportements rapportés. Il permet néanmoins d'identifier la proportion des adolescents qui présentent certaines manifestations de conduite imprudente ou rebelle sans mesurer toutefois tout l'éventail de ces types de conduite.

PISTES POUR L'ACTION

- Encourager les comportements positifs et éviter le renforcement négatif (punitions, isolement, expulsion, etc.), qui peut augmenter la colère et le désengagement.
- Favoriser la prévention de la violence auprès des élèves par le développement de compétences personnelles et sociales (affirmation et estime de soi, gestion des émotions, empathie, comportements prosociaux, implication sociale, résolutions de conflits, demande d'aide, jugement critique).
- Aider les élèves à reconnaître leurs émotions et à les gérer.
- Apprendre aux élèves les techniques de relaxation, de retour au calme, de gestion du stress, de maîtrise de la colère. Utiliser des pratiques pédagogiques favorisant le développement de l'empathie.
- Pour les parents, établir un climat familial chaleureux favorisant les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance et de compétence ainsi que l'ouverture et la communication.

⁶ Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant eu au moins une manifestation de conduite imprudente ou rebelle au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSJS : 14.4), Version d'avril 2017, p. 1, 6.

FICHE 17.4 CONDUITES DÉLINQUANTES¹

Figure 17.4a : Élèves ayant commis au moins un acte de conduite délinquante au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

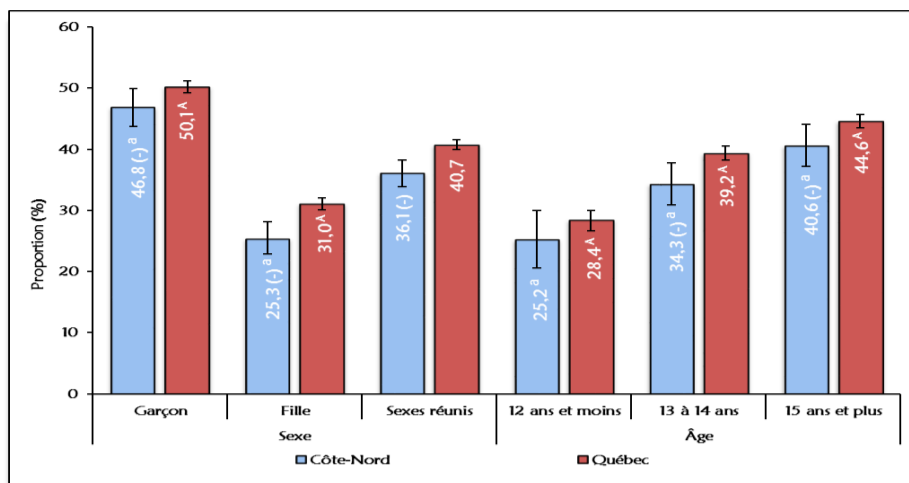
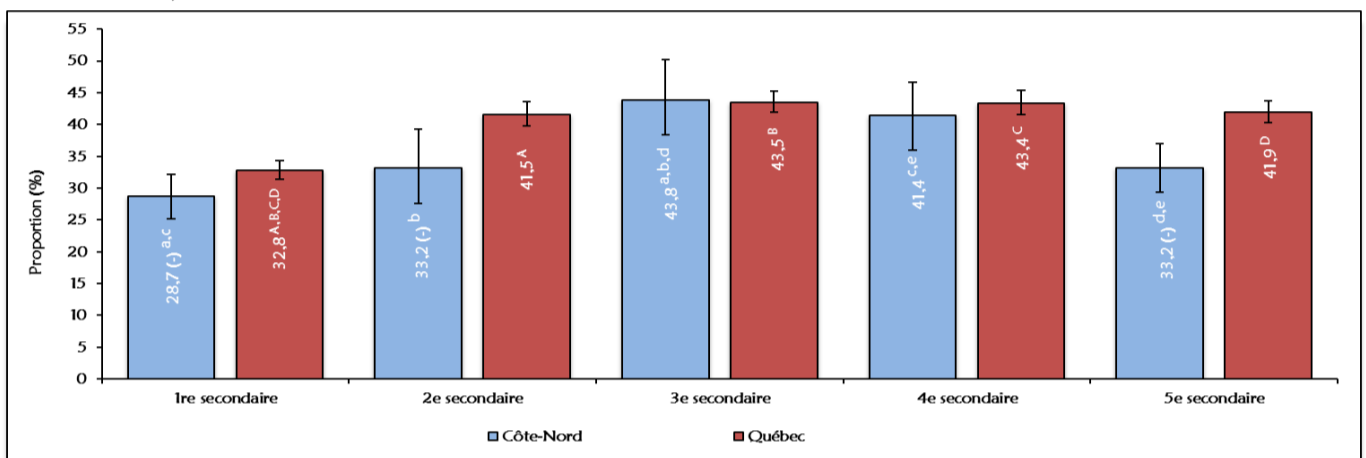


Figure 17.4b : Élèves ayant commis au moins un acte de conduite délinquante au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b,c,d,e Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B,C,D Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Tous gestes confondus, environ 36 % des élèves nord-côtiers ont affirmé avoir commis au moins un des huit actes de conduite délinquante dans les 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion est inférieure à celle du reste du Québec (41 %). Ce constat s'observe à la fois chez les garçons (47 % c. 50 %) et chez les filles (25 % c. 31 %) (figure 17.4a). Environ 29 % des élèves de la Côte-Nord et 34 % de ceux du Québec déclarent avoir commis un délit contre les biens (vol dans un magasin ou à l'école, destruction délibérée de quelque chose qui ne leur appartenait pas). La proportion québécoise surpasse celle de la Côte-Nord. Près de 19 % des élèves nord-côtiers admettent avoir perpétré un acte de violence contre la personne au moins une fois durant cette période, soit une proportion comparable à celle du reste du Québec (20 %) (données non illustrées).
- Sans égard au type d'acte, toutes proportions gardées, les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir posé un geste délinquant (Côte-Nord : 47 % c. 25 %; Québec : 50 % c. 31 %) (figure 17.4a). Ils sont aussi plus nombreux, en proportion, à avoir sciemment endommagé un bien qui ne leur appartenait pas ou commis un vol (Côte-Nord : 36 % c. 21 %; Québec : 41 % c. 26 %) ou à avoir commis un acte de violence contre la personne (Côte-Nord : 28 % c. 10 %; Québec : 29 % c. 11 %) (données non illustrées).
- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, la proportion d'élèves ayant eu au moins un type de conduite délinquante croît significativement avec l'âge (figure 17.4a).
- Dans la région, les conduites délinquantes s'avèrent significativement moins répandues en 1^{re} secondaire (29 %) qu'en 3^e secondaire (44 %) ou en 4^e secondaire (41 %). Ce type de conduite est rapporté davantage par les jeunes nord-côtiers de la 3^e secondaire (44 %) que ceux de la 2^e (33 %) ou de la 5^e secondaire (33 %). Au Québec, les élèves de la 1^{re} secondaire ont moins nombreux, en proportion, à avoir eu au moins une conduite délinquante (33 %) que ceux de chacun des autres niveaux d'études (figure 17.4b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les élèves classés au niveau moyen à élevé de l'indice d'estime de soi⁴ sont moins sujets à avoir eu au moins une conduite délinquante dans les 12 derniers mois que leurs collègues ayant une faible estime d'eux-mêmes (Côte-Nord : 33 % c. 47 %; Québec : 39 % c. 50 %).
- Il en est de même chez ceux qui disent bénéficier d'un niveau élevé de supervision parentale⁵ comparativement à ceux qui l'évaluent comme faible ou moyen (Côte-Nord : 18 % c. 43 %; Québec : 23 % c. 50 %).
- La conduite délinquante est plus répandue chez les élèves qui ont été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou encore victimes de cyberintimidation durant l'année scolaire en comparaison de ceux qui ne l'ont pas été (Côte-Nord : 47 % c. 30 %; Québec : 52 % c. 34 %).

1 L'indicateur est construit à partir de trois blocs questions communes aux deux questionnaires de l'enquête. Le premier bloc porte sur les délits contre les biens. Le deuxième bloc a trait aux actes de violence envers les personnes et le troisième bloc touche l'appartenance à un gang qui enfreint la loi. En tout, les questions réfèrent à huit types d'infractions. Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant commis au moins un acte de conduite délinquante au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSJS : 14.5), Version d'avril 2017, p. 2-3. Par ailleurs, ces questions sont sujettes à un biais de désirabilité sociale qui peut amener un élève à répondre de manière à donner une image favorable de lui-même aux autres.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquence, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

5 L'indice de supervision parentale est construit à partir de deux questions sur la perception de l'élève quant à l'encadrement parental qu'il reçoit de son (ses) parent(s) ou du titulaire de l'autorité parentale.

Importance et enjeux⁶

- Le début de l'adolescence est caractérisé par des changements physiques, cognitifs et sociaux qui peuvent être associés aux comportements sociaux déviants. Cette période est effectivement propice à la manifestation de différentes formes de conduite déviantes.
- Au cours de l'adolescence, les comportements déviants de l'enfance peuvent s'aggraver et la conduite délinquante peut apparaître. Cette délinquance inclut la conduite clandestine (vol, fraude) et la conduite manifeste (vandalisme, violence, agression sexuelle). Néanmoins, il semble y avoir une complexité à définir clairement la délinquance à cause d'une ambiguïté au niveau des différentes manifestations, de leur niveau de gravité et des déclencheurs sociaux et personnels qui y sont associés.
- L'appartenance à un gang criminalisé chez les adolescents est considérée comme un acte de délinquance. Un gang criminalisé de jeunes est composé d'au moins 2 membres, généralement âgés entre 12 et 24 ans. Ces jeunes partagent un sentiment identitaire les uns envers les autres qui s'exprime notamment par des vêtements, un signe de la main ou des graffitis. Ces gangs sont aussi impliqués dans des activités criminelles.
- Il importe d'intervenir auprès des jeunes puisque le nombre d'infractions commises durant l'âge mineur est un facteur prédicteur des futures offenses commises en tant qu'adulte. La délinquance est généralement plus élevée au milieu de l'adolescence, soit entre 13 et 16 ans.

PISTES POUR L'ACTION

- Encourager les comportements positifs et éviter le renforcement négatif (punitions, isolement, expulsion, etc.), qui peut augmenter la colère et le désengagement.
- Favoriser la prévention de la violence auprès des élèves par le développement de compétences personnelles et sociales (affirmation et estime de soi, gestion des émotions, empathie, comportements prosociaux, implication sociale, résolutions de conflits, demande d'aide, jugement critique).
- Aider les élèves à reconnaître leurs émotions et à les gérer.
- Apprendre aux élèves les techniques de relaxation, de retour au calme, de gestion du stress, de maîtrise de la colère. Utiliser des pratiques pédagogiques favorisant le développement de l'empathie.
- Pour les parents, établir un climat familial chaleureux favorisant les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance et de compétence ainsi que l'ouverture et la communication.

6 Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant commis au moins un acte de conduite délinquante au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSJS : 14.5), Version d'avril 2017, p. 1-2.

FICHE 17.5 VIOLENCE À L'ÉCOLE OU SUR LE CHEMIN DE L'ÉCOLE¹

Figure 17.5a : Élèves ayant été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²

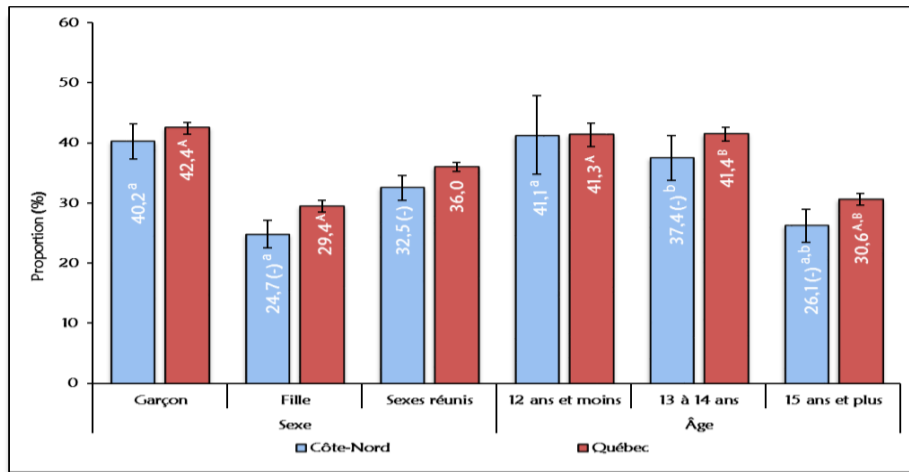
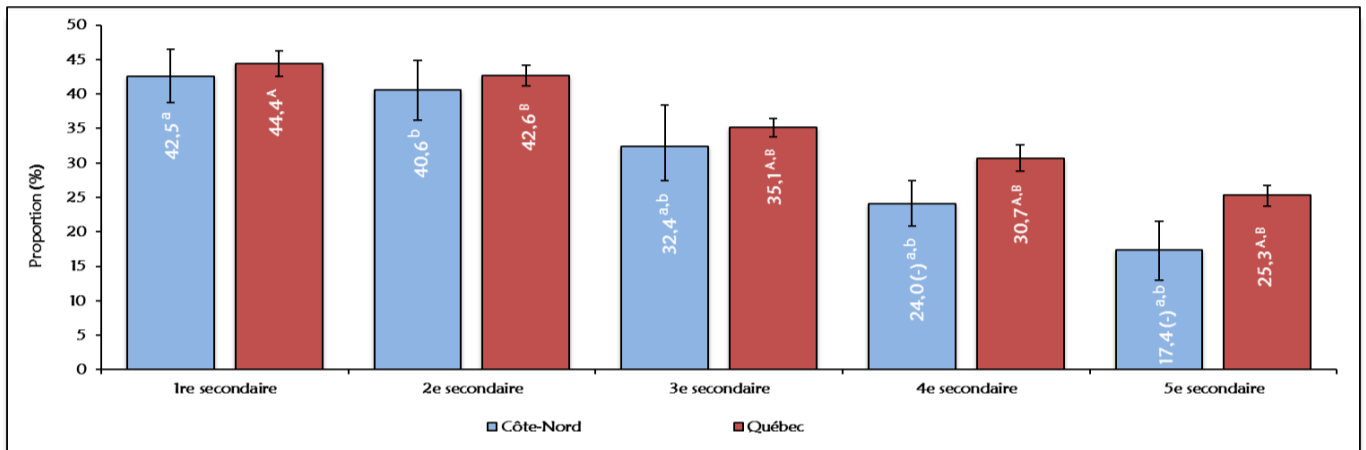


Figure 17.5b : Élèves ayant été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011³*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a,b Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A,B Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ le tiers (32 %) des élèves de la Côte-Nord indiquent avoir subi de la violence à l'école ou sur le chemin de l'école durant l'année scolaire, soit une proportion inférieure à celle du reste du Québec (36 %) (figure 17.5a). Les données ne révèlent pas un écart significatif entre la Côte-Nord et le reste du Québec chez les garçons (40 % c. 42 %). Cependant, les filles nord-côtières sont un peu moins sujettes à avoir vécu ces épisodes de violence que celles du reste du Québec (25 % c. 29 %).
- Toutes proportions gardées, les filles sont moins nombreuses que les garçons à rapporter s'être retrouvées dans une telle situation (Côte-Nord : 25 % c. 40 %; Québec : 29 % c. 42 %) (figure 17.5a).
- Ces formes de violence sont plus répandues chez les élèves de 12 ans et moins et ceux de 13 à 14 ans que parmi les élèves âgés de 15 ans et plus, et ce, autant sur la Côte-Nord que dans l'ensemble du Québec (figure 17.5a).
- Dans la région, les données de l'EQSJS montrent que la proportion de victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école diminue de manière significative au fil des années scolaires à partir de la 2^e secondaire (de 41 % à 17 %). On peut faire la même observation pour l'ensemble du Québec. Comparativement au reste du Québec, les élèves nord-côtiers en 4^e et 5^e secondaire sont proportionnellement moins nombreux à avoir subi ce type de violence que ceux du reste du Québec (4^e secondaire : 24 % c. 31 %; 5^e secondaire : 17 % c. 25 %) (figure 17.5b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées) :

- Les élèves regroupés au niveau moyen à élevé à l'indice d'estime de soi⁴ sont moins sujets à avoir subi l'une ou l'autre des sept formes de violence retenues dans l'enquête que leurs collègues ayant une faible estime d'eux-mêmes (Côte-Nord : 29 % c. 49 %; Québec : 32 % c. 54 %).
- On remarque la même chose chez les élèves qui estiment avoir un sentiment élevé d'appartenance à l'école⁵ comparativement à ceux qui l'évaluent comme faible ou moyen (Côte-Nord : 26 % c. 38 %; Québec : 27 % c. 40 %).
- Les élèves situés au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique rapportent davantage avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école que ceux classés au niveau faible à moyen (Côte-Nord : 52 % c. 31 %; Québec : 54 % c. 32 %).
- Les élèves qui ont manifesté de l'agressivité dite directe sont eux-mêmes plus nombreux, en proportion, à avoir été également confrontés à de la violence à l'école ou sur le chemin de l'école durant l'année scolaire que ceux qui n'ont pas eu ce genre de comportement (Côte-Nord : 46 % c. 25 %; Québec : 51 % c. 27 %).

1 Dans ce document, l'indicateur se restreint aux résultats portant spécifiquement sur la violence à l'école ou le chemin de l'école. Les données touchant la cyberintimidation ne sont pas prises en compte ici. L'indicateur est construit à partir de sept questions communes aux deux questionnaires de l'enquête : « Depuis septembre, à l'école ou sur le chemin de l'école, est-ce qu'il t'arrive de... » 1) Te faire crier des injures ou des noms ? 2) Te faire menacer de te frapper ou de détruire ce qui t'appartient ? 3) Subir des attouchements sexuels non voulus ? 4) Te faire frapper (giffes coups de poing, de pied) ou pousser violemment ? 5) Te faire offrir de l'argent pour faire des choses défendues (par exemple, voler, menacer ou battre quelqu'un, etc.) ? 6) Te faire taxer (voler ou prendre des objets ou des vêtements sous la menace) ? 7) Être menacé(e) ou attaqué(e) par des membres de gang ? Les réponses possibles étaient : « Souvent », « Quelques fois », « Jamais ». On considérerait que les élèves avaient répondu « Oui » s'ils avaient coché « Souvent » ou « Quelques fois » à au moins une des sept questions. L'indicateur est inconnu pour les élèves qui ont une valeur manquante à au moins une des sept questions. Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant été victime de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation durant l'année scolaire (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 15.4), Version d'avril 2017, p. 2. Par ailleurs, ces questions sont sujettes à un biais de désirabilité sociale qui peut amener un élève à répondre de manière à donner une image favorable de lui-même aux autres.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 L'indice d'estime de soi permet d'apprécier la perception qu'a l'élève de sa propre valeur. Cet indice est construit à l'aide de dix questions communes aux deux questionnaires.

5 L'indice du sentiment d'appartenance à l'école est construit à partir de cinq questions qui mesurent l'attachement de l'élève à son milieu scolaire.

Importance et enjeux⁶

- Les adolescents passent une grande partie de leur temps à l'école, lieu important de socialisation. Toutefois, à l'école ou sur le chemin de l'école, il peut y survenir de l'intimidation, une forme de violence chez les jeunes.
- La violence vécue à l'école, sur le chemin de l'école [...] peut avoir de graves conséquences chez l'adolescent qui y est constamment exposé (ISQ, 2002). Toutes ces formes peuvent affecter l'estime de soi. Certains iront même jusqu'à décrocher de l'école, faire une dépression, développer des troubles alimentaires, fuguer, avoir des idées suicidaires, etc.

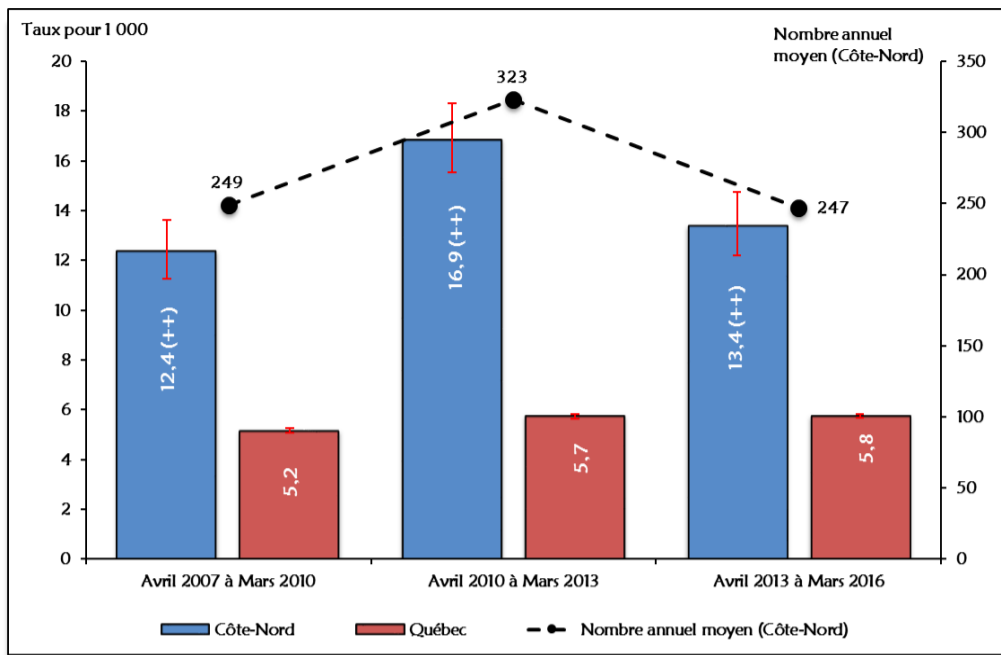
PISTES POUR L'ACTION

- Encourager les comportements positifs et éviter le renforcement négatif (punitions, isolement, expulsion, etc.), qui peut augmenter la colère et le désengagement.
- Favoriser la prévention de la violence auprès des élèves par le développement de compétences personnelles et sociales (affirmation et estime de soi, gestion des émotions, empathie, comportements prosociaux, implication sociale, résolutions de conflits, demande d'aide, jugement critique).
- Aider les élèves à reconnaître leurs émotions et à les gérer.
- Apprendre aux élèves les techniques de relaxation, de retour au calme, de gestion du stress, de maîtrise de la colère. Utiliser des pratiques pédagogiques favorisant le développement de l'empathie.
- Pour les parents, établir un climat familial chaleureux favorisant les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance et de compétence ainsi que l'ouverture et la communication.

6 Voir : RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des élèves du secondaire ayant été victime de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation durant l'année scolaire (N° de fiche EQSJS : 15.4), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 17.6 NOUVELLES PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE¹

Figure 17.6 : Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse selon le sexe, Côte-Nord et Québec², 2008



Source : Rapports statistiques annuels des Centres jeunesse. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Avril 2013 à mars 2016

Sur la Côte-Nord, chez les jeunes de 0 à 17 ans, la Côte-Nord affiche un taux de nouvelles prises en charge d'environ 13 cas pour 1 000 jeunes. Ce taux dépasse largement celui enregistré dans le reste du Québec (6 cas pour 1 000 jeunes). Le taux nord-côtier correspond à une moyenne annuelle d'environ 247 nouvelles prises en charge. La source de données ne ventile pas l'information selon le sexe.

- Le nombre annuel de nouvelles prises en charge représente un recul d'environ 24 % par rapport au nombre enregistré lors de la période précédente (323). Le taux d'incidence a aussi reculé par rapport à celui d'avril 2010-mars 2013 (17 cas pour 1 000 jeunes).

Évolution avril 2007 à mars 2013

- Le nombre de nouvelles prises en charge sur la Côte-Nord a connu hausse d'environ 30 % (249 à 323) au cours de la période d'avril 2010 à mars 2013 comparativement à avril 2007 à mars 2010. Pour sa part, le taux d'incidence a connu une augmentation significative au plan statistique; celui-ci est passé de 12 à 17 nouveaux cas pour 1 000 jeunes.

Ensemble des périodes

- La Côte-Nord connaît toujours un taux d'incidence des nouvelles prises en charge significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

1 « L'incidence des nouvelles prises en charge reflète le nombre d'enfants et de jeunes pour lesquels les services des centres jeunesse (ou le tribunal) ont décidé d'appliquer des mesures de protection. Ce sont de nouveaux cas dans l'année en ce sens qu'ils ne faisaient pas déjà l'objet de mesures de protection (même s'ils ont pu en faire l'objet dans le passé). C'est donc une mesure de nouveaux cas en besoin de protection (...) ». À noter qu'un même enfant peut avoir été pris en charge plus d'une fois au cours d'une période donnée. Les données représentent donc des nouveaux cas et non des enfants. De plus, l'Infocentre de santé publique ne peut pas présenter les taux d'incidence par problématique à partir de 2007 puisque les problématiques ne sont pas disponibles dans le fichier de données. Voir : FERLAND, Marc, Jonathan ATHOT, Mathieu LANGLOIS et autres. « Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse », Institut national de santé publique du Québec (No de ligne du PCS : 80), Version de juin 2012, p. 1-2.

2 L'ensemble du Québec exclut le Nunavik (région 17) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (région 18).

FICHE 18.1 INFECTION GÉNITALE À *CHLAMYDIA TRACOMATIS*

Figure 18.1a : Nombre total de cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* selon l'âge et proportion du nombre de cas chez les 15 à 24 ans sur le nombre total de cas dans la population, Côte-Nord, 2010 à 2016

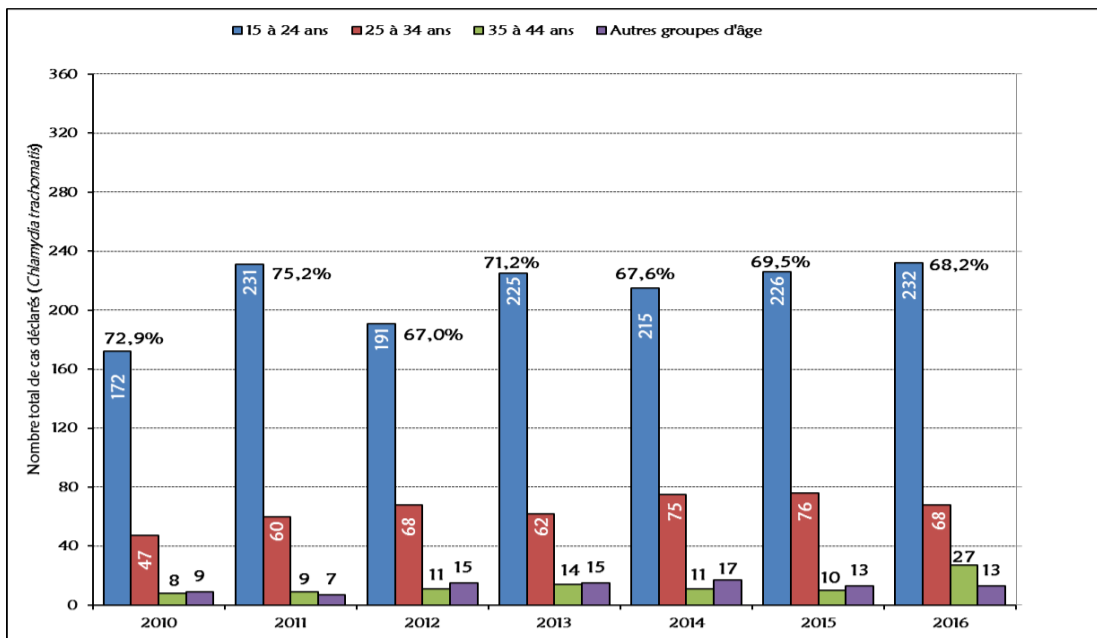
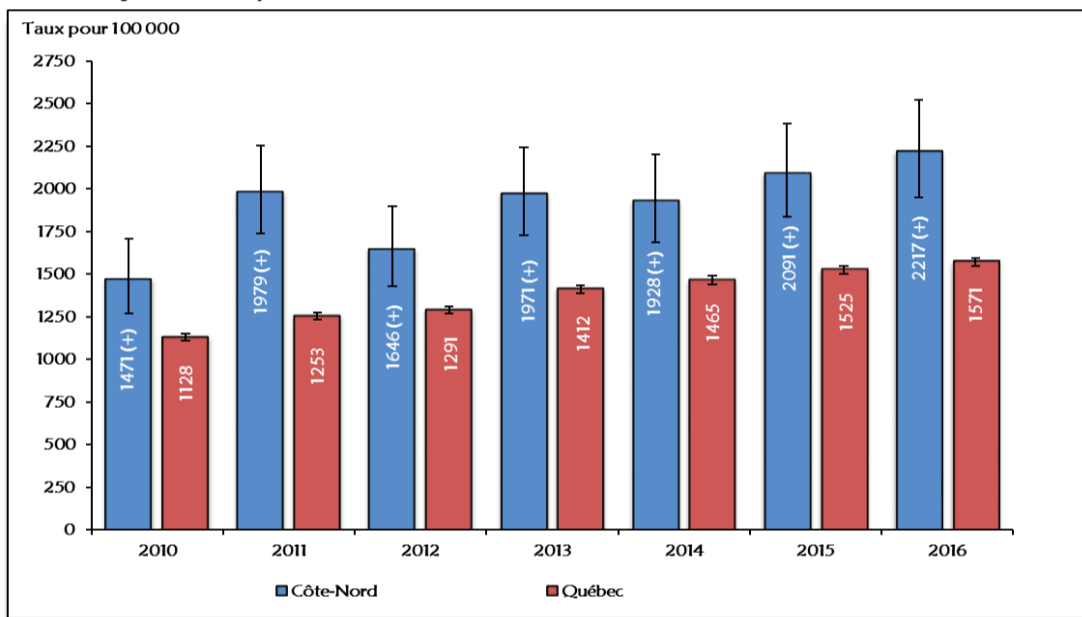


Figure 18.1b : Taux d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* chez les 15 à 24 ans, sexes réunis, Côte-Nord et Québec, 2010 à 2016



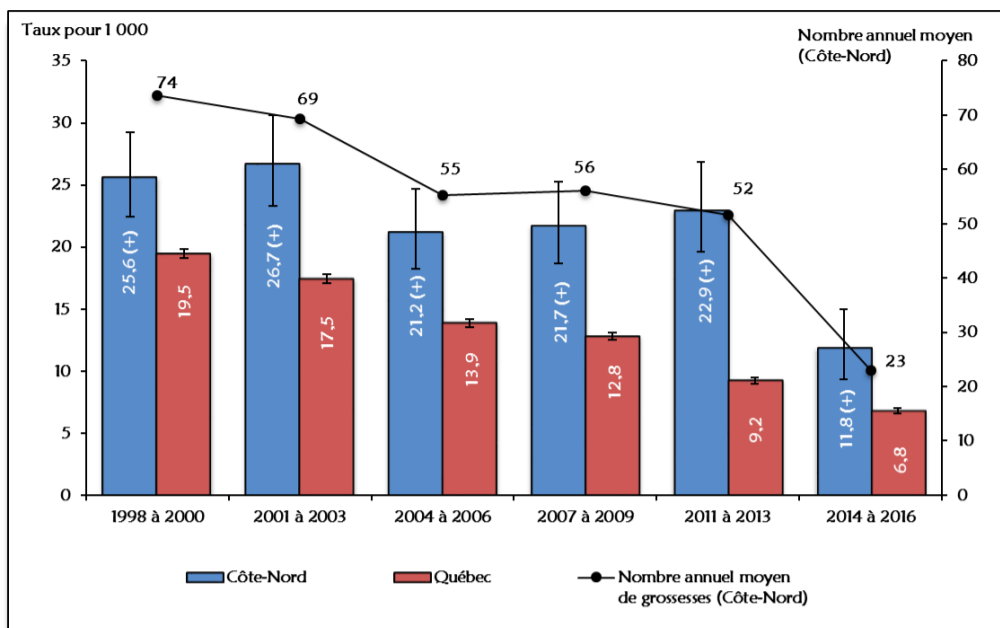
Source : Laboratoire de santé publique du Québec, Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

De 2010 à 2016

- D'année en année, sur la Côte-Nord, les jeunes de 15 à 24 ans représentent la majorité des cas de ce type d'infection (68 % en 2016) et une pointe de 75 % environ en 2011.
- ↑ d'environ 35 % chez les 15 à 24 ans (172 à 232), de 45 % chez les 25 à 34 ans (47 à 68) et de 238 % chez les 35 à 44 ans (8 à 27 cas) (figure 18.1a).
- Tous âges confondus, la hausse du nombre de cas se chiffre à 44 % (hommes : 65 %; femmes : 37 %) (données non illustrées).
- ↑ significative du taux d'incidence de cette maladie chez les jeunes de 15 à 24 ans durant la période (Côte-Nord : 1471 à 2217 pour 100 000 personnes; Québec : 1128 à 1571 pour 100 000).
- La Côte-Nord affiche toujours un taux d'incidence de la *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes significativement plus élevé que le reste du Québec (figure 18.1b).
- D'une année à l'autre, de 69 % à 76 % des personnes atteintes sont des femmes (donnée non illustrée).
- La proportion de la *Chlamydia trachomatis* sur l'ensemble des ITSS tend à fléchir avec l'avancée en âge. En effet, ce type d'infection représente entre 97 % et 99 % de toutes les ITSS à déclaration obligatoire entre 2010 et 2016 chez les jeunes de 15 à 24 ans. Chez les 25 à 34 ans, ce pourcentage fluctue entre 91 % et 98 %. Cette part relative varie de manière plus importante dans la population âgée de 35 à 44 ans (69 % à 100 % selon les années) (données non illustrées).

FICHE 18.2 TAUX DE GROSSESSE À L'ADOLESCENCE¹

Figure 18.2 : Taux de grossesse pour les adolescentes âgées de 14 à 17 ans, Côte-Nord et Québec, 1998-2000 à 2014-2016



Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes (produit électronique), MSSS, Fichier des mortinaissances (produit électronique), RAMQ, Avortements spontanés (fausses couches), RAMQ, Services médicaux rémunérés à l'acte, (Données agrégées à partir de 2010).

1998-2000 à 2014-2016²

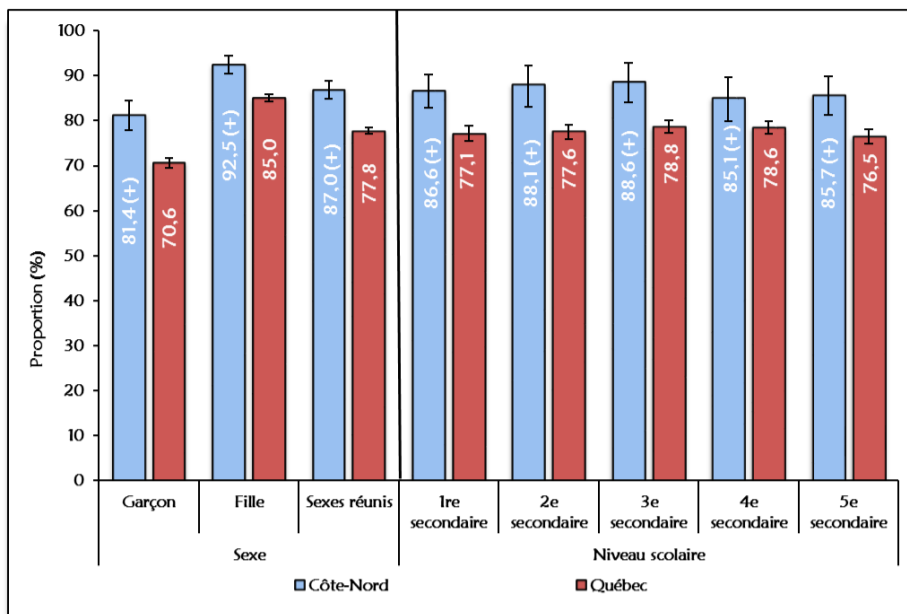
- ↓ Constante du nombre annuel moyen de grossesses chez les adolescentes de la Côte-Nord de 1998-2000 à 2004-2006 et (de 74 à 55).
 - * Ce nombre demeure relativement stable par la suite pour les périodes 2007-2009 (55) et 2011-2013 (52).
 - * ↓ d'environ 56 % entre 2011-2013 et 2014-2016 (de 52 à 23 grossesses, en moyenne, par année).
- ↓ Statistiquement significative du taux de grossesse entre 2001-2003 et 2004-2006 (de 27 à 21 pour 1 000 filles de 14 à 17 ans).
 - * Autre ↓ significative de 2011-2013 à 2014-2016 (de 23 à 12 pour 1 000 filles).
- À chaque période, le taux de grossesse chez les adolescentes nord-côtières surpasse de manière significative celui observé chez les autres adolescentes québécoises.

1 Rapport du nombre de grossesses chez les jeunes filles de 14 à 17 ans, au cours d'une période donnée, à la population féminine de ce groupe d'âge pour la même période. « Le nombre de grossesses regroupe l'ensemble des événements suivants ayant fait l'objet de déclaration : les naissances vivantes, les mortinaissances, les interruptions volontaires de grossesses (IVG) pratiquées en établissement (centre hospitalier ou CLSC) ou en clinique (privée ou centre de santé des femmes) et les avortements spontanés. L'âge à la grossesse est établi au moment de l'aboutissement de la grossesse et non au moment de la conception. » À noter que les grossesses chez les filles de moins de 14 ans sont incluses dans le groupe des 14 à 17 ans. Pour plus de détails et, plus particulièrement, pour connaître toutes les limites pour l'interprétation de l'indicateur, voir ÉQUIPE DU PORTRAIT DE SANTÉ. « Taux de grossesse selon l'âge », Institut national de santé publique du Québec (No de ligne du PCS : 126-134), Version de mars 2018, p. 1-3.

2 Les auteurs de la fiche précitée recommandent d'être prudent lors de la comparaison des données d'avant 2009 et à partir de 2010. En effet, de 1995 à 2009, les informations étaient fournies par la Direction des études et des analyses du MSSS. Dès 2010, les informations sont tirées de données agrégées de la RAMQ.

FICHE 19.1 FRÉQUENCE QUOTIDIENNE DE BROSSAGE DES DENTS¹

Figure 19.1 : Brossage des dents selon une fréquence minimale de deux fois par jour selon le sexe et le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

En 2010-2011

- Environ 87 % des élèves nord-côtiers du secondaire affirment se brosser les dents au moins deux fois par jour. Cette proportion surpasse de manière significative celle observée dans le reste du Québec (78 %). On observe le même constat à la fois chez les garçons (81 % c. 71 %) et chez les filles (93 % c. 85 %).
- Dans la région, comme au Québec, cette habitude est plus fréquente chez les filles que chez les garçons (Côte-Nord : 93 % c. 81 %; Québec : 85 % c. 71 %).
- L'EQSJS ne détecte pas de variations significatives selon le niveau scolaire, et ce, sur la Côte-Nord comme au Québec. Les données montrent qu'à tous les niveaux, on dénombre, en proportion, davantage d'élèves nord-côtiers qui déclarent se brosser les dents au moins deux fois quotidiennement que chez leurs homologues du reste du Québec.

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les jeunes qui consomment, à chaque jour, au moins une boisson sucrée, des grignotines ou des sucreries sont moins susceptibles de se brosser les dents deux fois par jour ou plus que ceux qui n'en consomment pas (Côte-Nord : 81 % c. 90 %; Québec : 73 % c. 80 %).
- Sur la Côte-Nord, tout comme au Québec, les élèves qui utilisent quotidiennement la soie dentaire, sont proportionnellement plus nombreux que les autres à se brosser les dents au moins deux fois par jour (Côte-Nord : 95 % c. 85 %; Québec : 89 % c. 74 %) (données non illustrées).

Importance et enjeux⁴

- Le brossage des dents fait partie des bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire et est recommandé pour plusieurs raisons. Le brossage des dents aide à prévenir les maladies de gencives. Les experts s'entendent pour dire que, par son effet sur la plaque dentaire, une fréquence biquotidienne de brossage des dents serait suffisante pour prévenir les gingivites (...) car il y a peu d'effets positifs associés à plus de deux brossages par jour (...).
- Le brossage des dents, généralement fait avec un dentifrice fluoré, sert de principal véhicule pour l'application du fluorure, dont on connaît l'effet protecteur pour la carie dentaire. Afin de maximiser les bénéfices du fluorure, les évidences scientifiques montrent qu'une fréquence de brossage biquotidienne avec un dentifrice fluoré permettrait de réduire significativement l'incidence de la carie dentaire (...).
- Enfin, le brossage des dents contribue à l'apparence esthétique des dents et combat la mauvaise haleine (...).

PISTES POUR L'ACTION

- La pose de scellant dentaire sur les molaires permanentes pour les élèves de deuxième secondaire. Cette mesure s'inscrit dans le *Programme national de santé publique 2015-2025*.
 - ♦ La pose de scellant dentaire est en place dans l'ensemble des écoles secondaires de la Côte-Nord.
 - ♦ C'est la mesure préventive la plus efficace pour prévenir et réduire la carie des puits et fissures; elle peut réduire d'environ 60 % l'apparition de nouvelles lésions carieuses, quatre ans après leur application.
 - ♦ La grande majorité des élèves de deuxième secondaire ont un dépistage dentaire pour évaluer leur besoin de scellant et leur besoin de traitement.
 - ♦ L'élève recevant un scellant dentaire reçoit également un enseignement et de la documentation sur l'importance du brossage quotidien des dents avec un dentifrice fluoré.
 - ♦ La pose de scellant dentaire permet de réduire les inégalités sociales de santé dentaire.
- Des actions préventives en lien avec la consommation de boissons sucrées seraient souhaitables pour réduire la carie dentaire et les problèmes de santé reliés à la surconsommation de sucres, tels que l'embonpoint.

1 L'indicateur est construit à partir d'une seule question que l'on retrouve dans l'un des deux questionnaires distribués au hasard : À quelle fréquence te brosses-tu les dents ? Le choix de réponse était : Plus de deux fois par jour; deux fois par jour; une fois par jour; moins d'une fois par jour, mais plus d'une fois par semaine; une fois par semaine; moins d'une fois par semaine; jamais. Les catégories « Plus de deux fois par jour » et « Deux fois par jour » ont été regroupées pour déterminer la proportion d'élèves se brossant les dents au moins deux fois par jour. Voir : VEILLEUX, Ginette, Véronique BOITEAU, Chantal GALARNEAU et autres. « Proportion des élèves du secondaire se brossant les dents au moins deux fois par jour (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de ligne du PCS : 284; N° de fiche EQSJS : 6.1), Version d'avril 2017, p. 1. Cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter une image positive aux autres.

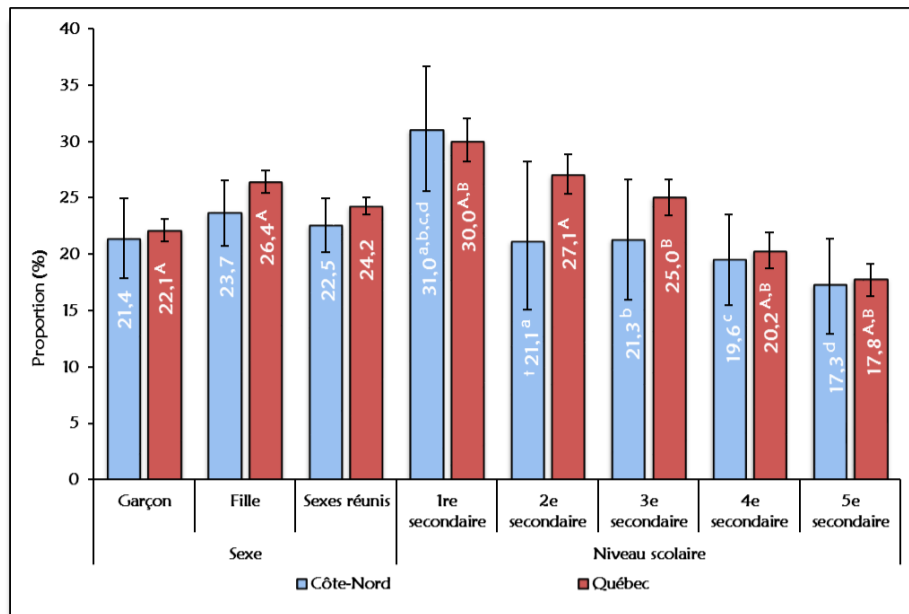
2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquence, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 Voir VEILLEUX, Ginette, Véronique BOITEAU, Chantal GALARNEAU et autres. « Proportion des élèves du secondaire se brossant les dents au moins deux fois par jour (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de ligne du PCS : 284; N° de fiche EQSJS : 6.1), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 19.2 UTILISATION DE LA SOIE DENTAIRE¹

Figure 19.2 : Utilisation quotidienne de la soie dentaire selon le sexe et le niveau scolaire, élèves du secondaire, Côte-Nord et Québec, 2010-2011²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011*³. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

NOTE : Pour la Côte-Nord, l'EQSJS 2010-2011 ne fournit des données qu'à l'échelle régionale seulement.

a, b, c, d. Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A, B. Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Un peu moins de un élève nord-côtière du secondaire sur quatre (23 %) affirme utiliser la soie dentaire sur une base quotidienne. Cette proportion s'apparente à celle observée dans le reste du Québec (24 %). Sur la Côte-Nord, l'enquête de décèle pas non plus d'écarts significatifs avec le reste du Québec chez les garçons (21 % c. 22 %) ou chez les filles (24 % c. 26 %).
- Pour chacun des niveaux scolaires, la situation nord-côtière est comparable, au plan statistique, à celle du reste du Québec.
- Au Québec, l'utilisation de la soie dentaire est davantage rapportée par les filles que les garçons (26 % c. 22 %). Dans la région, une tendance similaire se dessine, mais l'écart entre les filles et les garçons n'est pas statistiquement significatif (24 % c. 21 %).
- Sur la Côte-Nord, l'utilisation quotidienne de la soie dentaire s'avère significativement plus fréquente en 1^{re} secondaire (31 %) que chez les élèves de la 2^e à la 5^e secondaire. Le même phénomène est observable au Québec. Cependant, l'on remarque aussi que cette pratique diminue à chaque niveau scolaire à partir de la 3^e secondaire.

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- L'enquête ne montre pas un écart significatif dans l'usage journalier de la soie dentaire entre les élèves qui consomment au moins une boisson sucrée, des grignotines ou des sucreries à tous les jours et ceux qui n'en consomment pas (Côte-Nord : 22 % c. 23 %; Québec : 25 % c. 24 %).
- Sur la Côte-Nord, tout comme au Québec, les élèves qui déclarent se brosser les dents au moins deux fois par jour sont proportionnellement plus nombreux que les autres à affirmer aussi qu'ils utilisent la soie dentaire quotidiennement (Côte-Nord : 25 % c. 18 %; Québec : 28 % c. 12 %).
- Au Québec, parmi les élèves qui prennent au moins une boisson sucrée, des grignotines ou des sucreries à chaque jour, les utilisateurs quotidiens de la soie dentaire sont plus nombreux, en proportion, chez les élèves qui disent brosser leurs dents au moins deux fois par jour que chez ceux qui ne les brossent pas à cette fréquence (30 % c. 12 %) (données non illustrées). Cette donnée est indisponible pour la Côte-Nord puisque le portail de l'Infocentre de santé publique ne permet pas d'analyser un indicateur avec deux variables de croisement au niveau régional. Cette possibilité n'est offerte que pour l'ensemble du Québec seulement.

Importance et enjeux⁴

- Depuis le début du 19^e siècle, l'utilisation de la soie dentaire est recommandée comme une bonne habitude d'hygiène buccodentaire (...).
- Cette recommandation repose sur une déduction logique voulant que la soie réduise les risques de maladies buccodentaires par le fait qu'elle a le potentiel de déloger la plaque pathogénique située sur les faces proximales, peu accessibles pour la brosse à dents (...).
- Les faces proximales sont d'ailleurs reconnues pour amasser plus de plaque dentaire que les autres faces des dents (...).
- En ce qui a trait à la prévention des maladies gingivales, des recherches indiquent que le passage de la soie dentaire entre les dents aurait un effet [... de renforcement] bénéfique, en complément au brossage des dents, sur la réduction de la plaque dentaire, et par conséquent, sur les maladies gingivales (...).
- L'utilisation de la soie dentaire contribue également à améliorer l'apparence esthétique (...) des dents et à lutter contre la mauvaise haleine (...). Plusieurs organismes professionnels considèrent la soie dentaire comme une mesure d'hygiène buccodentaire complémentaire au brossage des dents.

PISTES POUR L'ACTION

- Nos actions préventives auprès de la petite enfance (0 à 4 ans).
 - La promotion de l'utilisation de la soie dentaire est faite auprès des parents, en même temps qu'une démonstration en bouche, lors des cliniques Bébé-Dent. De plus, la promotion du brossage des dents avec un dentifrice fluoré, au minimum deux fois par jour, est réalisée.
- Nos actions préventives auprès des 5-8 ans.
 - En milieu scolaire, certains enfants bénéficient de 6 rencontres individuelles où le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire sont enseignés, afin que les jeunes adoptent de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire au quotidien.
- Nos actions préventives auprès des autres clientèles.
 - Tous les élèves qui bénéficient d'un scellant dentaire se voient remettre un outil expliquant comment utiliser la soie dentaire.
 - La promotion de l'eau comme meilleur source d'hydratation est faite auprès de toutes les clientèles, lors des interventions en santé dentaire.
 - Un comité national pour la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental sur les boissons sucrées* travaille actuellement à la création d'une campagne promotionnelle et de matériel éducatif destinés au milieu scolaire.

1 L'indicateur est construit à partir d'une seule question que l'on retrouve dans l'un des deux questionnaires distribués au hasard : À quelle fréquence utilises-tu la soie dentaire ? Le choix de réponse était : Plus d'une fois par jour; une fois par jour; moins d'une fois par jour, mais plus d'une fois par semaine; une fois par semaine; moins d'une fois par semaine; jamais. Les catégories « Plus d'une fois par jour » et « Une fois par jour » ont été regroupées pour déterminer la proportion d'élèves du secondaire qui utilisent la soie dentaire quotidiennement. Voir : VEILLEUX, Ginette, Véronique BOITEAU, Chantal GALARNEAU et autres. « Proportion des élèves du secondaire utilisant la soie dentaire tous les jours (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de ligne du PCS : 285; N° de fiche EQSJS : 6.2), Version d'avril 2017, p. 1. Cet indicateur est sujet à un biais de désirabilité sociale puisque, à des questions sur un sujet sensible, un(e) répondant(e) peut avoir tendance à répondre de manière à projeter une image positive aux autres.

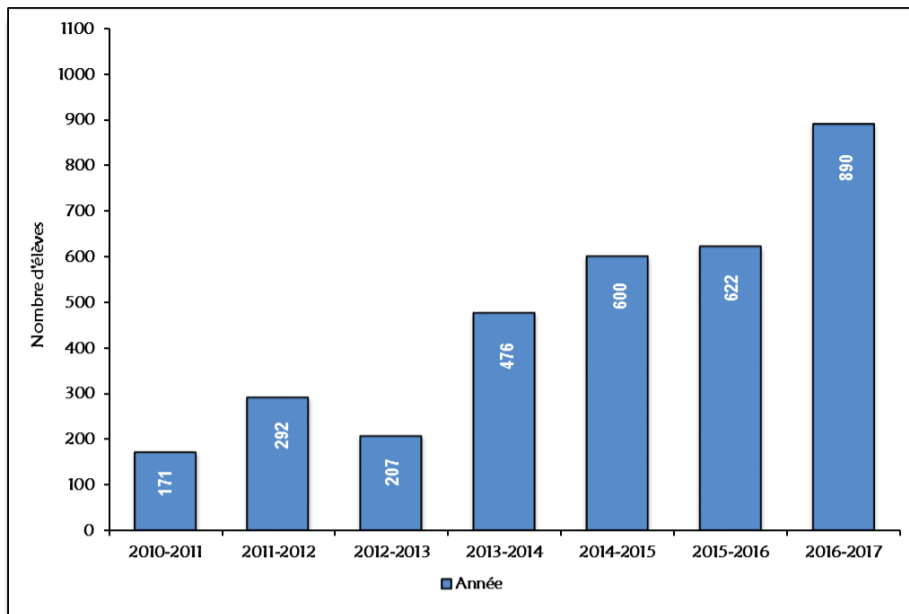
2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Pour la Côte-Nord, l'enquête est représentative de l'ensemble des jeunes aux études secondaires, à l'exception de ceux fréquentant les écoles situées sur le territoire compris entre Natashquan et Blanc-Sablon ainsi que sur l'île d'Anticosti. En raison du mode de collecte de données (présence dans les classes échantillonnées de deux intervieweurs de l'ISQ) et, par conséquent, des coûts de déplacement inhérents, l'ISQ a choisi de ne pas échantillonner de classes dans les écoles secondaires comprises sur ce territoire. Les résultats de l'enquête s'avèrent représentatifs d'environ 93 % des jeunes nord-côtiers aux études secondaires. Précisons aussi que les élèves fréquentant des écoles de langue d'enseignement autochtone ne sont pas inclus dans la population cible. Deux questionnaires comptant une majorité de questions communes ont été distribués aléatoirement, chacun à la moitié des élèves.

4 Voir VEILLEUX, Ginette, Véronique BOITEAU, Chantal GALARNEAU et autres. « Proportion des élèves du secondaire utilisant la soie dentaire tous les jours (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de ligne du PCS : 285; N° de fiche EQSJS : 6.2), Version d'avril 2017, p. 1.

FICHE 19.3 SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ÉLÈVES QUÉBÉCOIS DU PRIMAIRE¹

Figure 19.3 : Nombre d'enfants ayant reçu à l'école, au moins au moins un scellant dentaire sur une molaire permanente, lors des pratiques cliniques préventives en santé dentaire publique, Côte-Nord



Source : Données de la Direction de santé publique de la Côte-Nord

En 2012-2013

- Au Québec, la santé des dents temporaires des élèves de 2^e année du primaire ne s'est pas améliorée de façon significative.
 - ✦ En 2012-2013, 53 % des élèves de 2^e année du primaire sont touchés par la carie irréversible sur leurs dents temporaires, alors qu'à la fin des années 90, on en observait 56 %.
- La santé des dents permanentes des élèves de 6^e année du primaire s'est grandement améliorée.
 - ✦ En 2012-2013, 36 % des élèves de 6^e année du primaire sont touchés par la carie irréversible sur leurs dents permanentes, alors qu'à la fin des années 90, on en observait 59 %.
- Beaucoup plus d'élèves de 6^e année du primaire possèdent maintenant des dents permanentes scellées.
 - ✦ En 2012-2013, 58 % des élèves de 6^e année du primaire ont au moins une dent permanente scellée, alors que seulement 29 % en présentaient au moins une à la fin des années 90.
- La quasi-totalité des élèves de 2^e et 6^e années du primaire sont atteints de carie réversible sur leurs dents temporaires et/ou permanentes.
 - ✦ En 2012-2013, 85 % des élèves de 2^e année du primaire et 89 % des élèves de 6^e année du primaire ont au moins une dent temporaire ou permanente atteinte de carie réversible.
- Comme d'autres problèmes de santé, la carie irréversible se rencontre plus fréquemment chez les élèves moins favorisés sur le plan socioéconomique.

Importance et enjeux

- L'amélioration de l'état de santé des dents permanentes des élèves de 6^e année du primaire peut en partie s'expliquer par la plus grande proportion des élèves ayant au moins une dent scellée. En effet, le scellant dentaire est une mince couche de plastique qui protège les surfaces inégales de la dent et aide à prévenir la carie.

PISTES POUR L'ACTION

- Actions préventives auprès de la petite enfance (0 à 4 ans).
 - ✦ Formations sur le brossage supervisé en services de garde à l'enfance et en milieu scolaire.
 - ✦ Organisation de cliniques bébé-dents.
 - ✦ Cours prénataux et cliniques de vaccination.
- Exposition de la population et de certains groupes vulnérables aux effets bénéfiques des fluorures.
 - ✦ Application de vernis fluoré en milieu scolaire.
 - ✦ Promotion de l'utilisation d'un dentifrice fluoré et la promotion de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire à la maison.
- Application de scellant dentaire en milieu scolaire, au primaire et au secondaire.
 - ✦ Toutes les écoles de la Côte-Nord sont visitées pour les scellants. La figure 19.3 illustre le nombre d'élèves rencontrés de 2010-2011 à 2016-2017.

¹ Source : *Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire (ECSBQ) 2012-2013* - 2^e édition. Pour cette édition de l'enquête, la Côte-Nord n'a pas été sélectionnée pour y participer. Cette étude clinique évalue la condition buccodentaire des élèves québécois de 2^e et 6^e année du primaire et met en lumière des tendances par rapport à l'évolution de leur santé buccodentaire depuis la fin des années 90.

SECTION V – SANTÉ DES AÎNÉS

La population nord-côtière vieillit. De 9,6 % en 2001, elle est passée à 17 % en 2016. On prévoit, qu'en 2031, un peu plus d'une personne sur quatre sera âgée de 65 ans et plus.

Conscients des défis que pose le vieillissement de la population au réseau de la santé et des services sociaux, la prévention peut contribuer à retarder l'apparition des problèmes de santé et à réduire leur gravité.

FICHE 20.1 ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS¹

Figure 20.1a : Espérance de vie à 65 ans selon le sexe et la période triennale, Côte-Nord, 1983-1985 à 2010-2012²

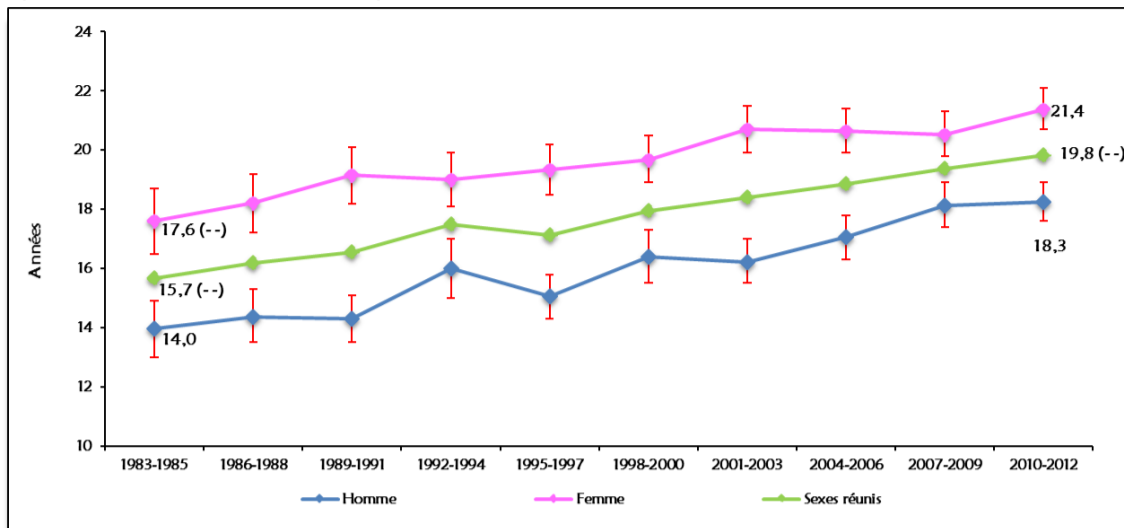
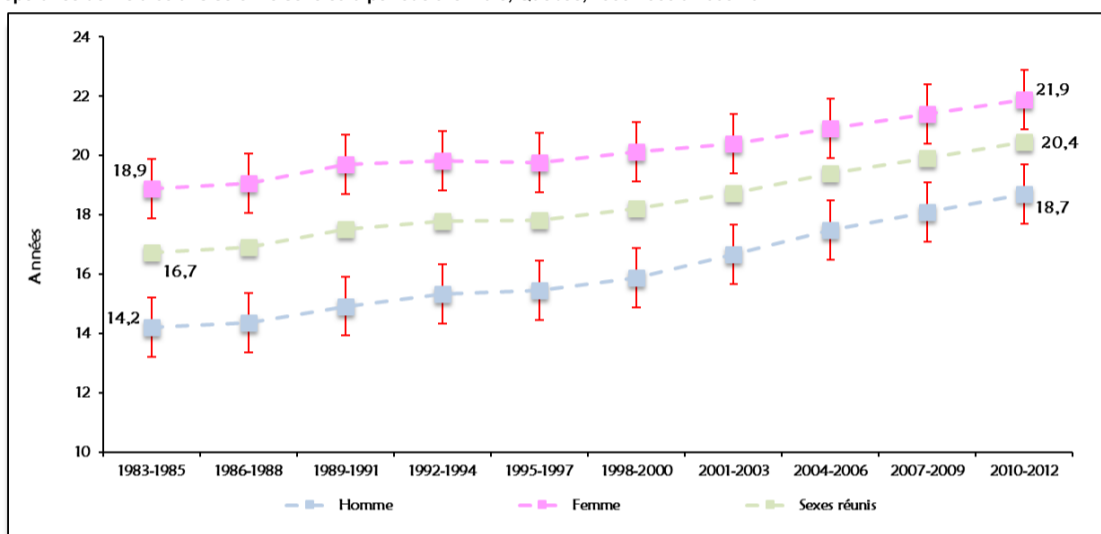


Figure 20.1b : Espérance de vie à 65 ans selon le sexe et la période triennale, Québec, 1983-1985 à 2008-2012²



Source : a) Numérateur : MSSS, Fichier des décès (produit électronique); b) Dénominateur : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

De 1983-1985 à 2010-2012

- ↑ de 4,1 ans de l'espérance de vie à 65 ans de la population nord-côtière (15,7 à 19,8 années) (figure 20.1a);
 - ↑ de 3,7 ans au Québec (de 16,7 ans à 20,4 ans) (figure 20.1b).
- Sur la Côte-Nord : ↑ de 4,3 années chez les hommes (14 à 18,3 ans) et de 3,8 ans chez les femmes (17,6 à 21,4 ans) (figure 20.1a).
- Au Québec, ↑ de 4,5 ans pour les hommes et de 3,0 ans chez les femmes (figure 20.1b).
- À l'exception des périodes 1992-1994, 1998-2000 et 2001-2003, l'espérance de vie à 65 ans de la population nord-côtière s'avère inférieure à celle du reste du Québec.
 - L'espérance de vie à 65 ans des hommes nord-côtiers s'avère comparable, au plan statistique, à celle des autres hommes du Québec, et ce, quelle que soit la période triennale.
 - Les femmes nord-côtières affichent une espérance de vie à 65 ans légèrement inférieure à celle des autres Québécoises au cours des années 1983-1985 et 2007-2009. Autrement, leur situation est similaire à celle des autres Québécoises.
- Comme le montre la figure 20.1a, peu importe la période triennale, les femmes nord-côtières ont une espérance de vie à 65 ans plus longue que celle des hommes. Ce constat est conforme à ce que l'on observe tant au Québec (figure 20.1b) que dans les autres sociétés développées (données non illustrées). L'écart entre les hommes et les femmes tend cependant à s'amenuiser au fil du temps, et ce, à la fois sur la Côte-Nord et au Québec.

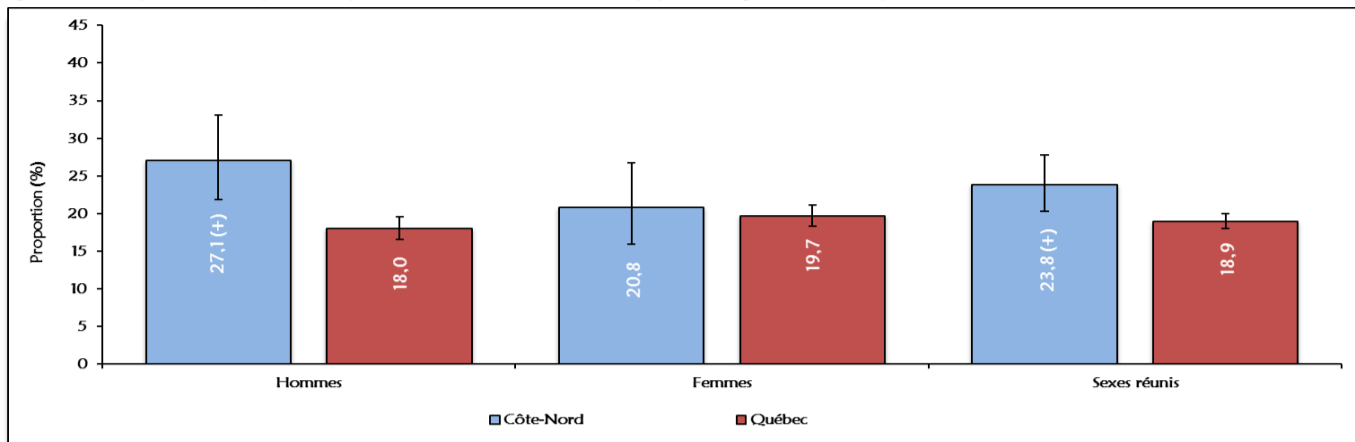
Dans les territoires de RLS

- Les données relatives à l'espérance de vie à 65 ans à l'échelle des territoires de réseaux locaux de services (RLS) sont indisponibles dans le portail de l'Infocentre de santé publique du Québec.

1 L'espérance de vie à 65 ans est le nombre moyen d'années que les personnes de cet âge peuvent s'attendre à vivre encore si les taux de mortalité observés dans les groupes d'âge à partir de 65 ans, au cours d'une période et dans un territoire donnés, se maintiennent dans le temps.
2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

FICHE 20.2 PERCEPTION PASSABLE OU MAUVAISE DE SON ÉTAT DE SANTÉ CHEZ LES AÎNÉS¹

Figure 20.2a : Population ne se percevant pas en bonne santé selon le sexe, population âgée de 65 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Près 24 % de la population nord-côtière de 65 ans et plus perçoit sa santé comme « passable » ou « mauvaise ». Cette proportion surpasse celle du reste du Québec (environ 19 %). Les hommes nord-côtiers de ce groupe d'âge sont, en proportion, plus nombreux que ceux du reste du Québec à percevoir leur santé défavorablement (27 % c. 18 %). Les femmes nord-côtières ne se différencient pas significativement des autres Québécoises (21 % c. 20 %) (figure 20.2).
- L'EQSP ne détecte pas d'écarts significatifs au plan statistique entre les hommes et les femmes sur la Côte-Nord (27 % c. 21 %) ou au Québec (18 % c. 20 %).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

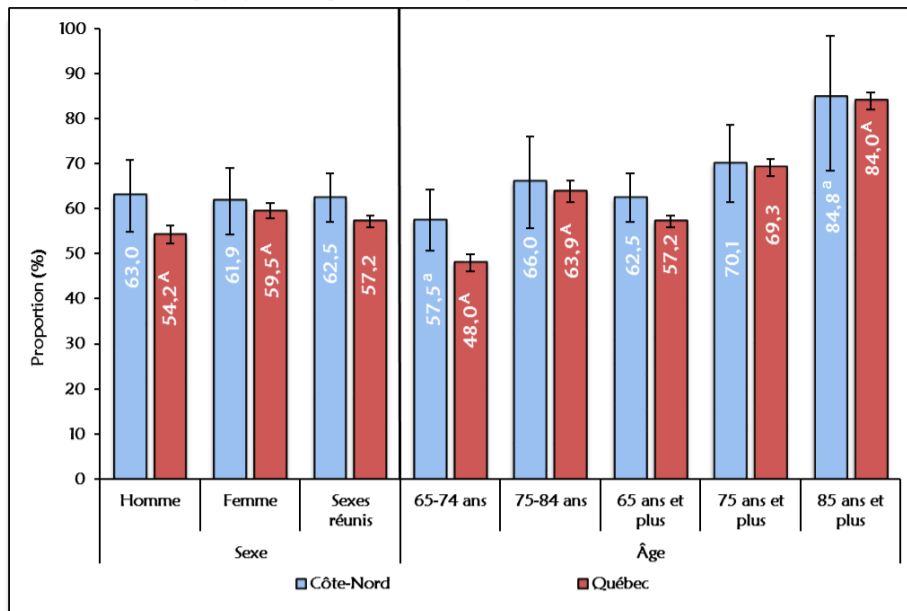
- Sur la Côte-Nord, les personnes âgées qui font de l'obésité sont proportionnellement plus nombreuses à juger défavorablement leur état de santé (32 %) que celles en embonpoint (18 %) ou de poids normal (21 %). L'EQSP ne détecte pas d'écarts significatifs dans la région entre les personnes de poids normal et celles en embonpoint (21 % c. 18 %).
 - Au Québec, on ne détecte pas non plus une différence significative entre les gens affichant un poids normal et ceux qui font de l'embonpoint (16 % c. 17 %). Les personnes obèses sont plus susceptibles de rapporter un état de santé passable ou mauvais (26 %) que les individus en embonpoint (17 %) ou de poids normal (16 %).
- Les personnes qui fument à tous les jours (fumeurs réguliers) s'avèrent plus enclines à se dire en mauvaise santé que les anciens fumeurs (Côte-Nord : 42 % c. 25 %; Québec : 27 % c. 18 %) ou que les non-fumeurs (Côte-Nord : 42 % c. 16 %; Québec : 27 % c. 17 %).
- En ce qui a trait aux variations selon le niveau d'activité physique de loisir et de transport, l'EQSP révèle que les aînés nord-côtiers actifs ou un peu actifs sont proportionnellement moins nombreux à se percevoir en mauvaise santé (respectivement 15 % et 17 %) que les sédentaires (33 %).
 - Au Québec, les personnes âgées sédentaires se jugent davantage leur santé comme passable ou mauvaise (29 %) que celles qui sont un peu actives (14 %), moyennement actives (15 %) ou actives (12 %).
- Les Nord-Côtiers de 65 ans et plus qui se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique rapportent davantage avoir un mauvais état de santé que ceux situés au niveau faible à moyen de l'indice (42 % c. 18 %).
 - Le même constat peut être dégagé pour l'ensemble du Québec (39 % c. 13 %).

¹ Voir : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 12 : Perception de l'état de santé », p. 129-134. Dans l'EQSP, la perception qu'a une personne de son état de santé est mesurée à l'aide de la question suivante : En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? Un indicateur à trois catégories a été construit : a) « Excellente ou Très bonne » b) « Bonne » c) « Passable ou Mauvaise ». « Cette mesure de l'état de santé est considérée comme un indicateur fiable et valide en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs représentant des dimensions spécifiques de la santé établies par de nombreuses études (...). Il existe une bonne concordance entre cet indicateur de santé subjective et des indicateurs de santé objective comme les problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle, la limitation des activités et, dans une moindre mesure, l'état de santé mentale et sociale. » Voir : BEAUVAIS, Brigitte, Renée DUFOR, Maude DUMONT et coll. « Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé (EQSP) », Fiche descriptive de l'indicateur, Institut national de santé publique du Québec (portail de l'Infocentre de santé publique), version septembre 2016, p. 1. Notre analyse porte sur la proportion de la population qui perçoit sa santé comme « passable » ou « mauvaise ».

² Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

FICHE 21.1 TAUX D'INCAPACITÉ¹ (POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS)

Figure 21.1 : Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population âgée de 65 ans et plus², Côte-Nord et Québec, 2010-2011³



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)⁴, 2010-2011.*
http://www.bdsso.gouv.qc.ca/pls/ken/ken213_afich_tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERNWWW1WU0828437018228d:kr&p_lang=1&p_m_o=ISQ&p_id_sectr=439&p_id_raprt=2935 et
http://www.bdsso.gouv.qc.ca/pls/ken/ken213_afich_tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERNWWW1WU0828437018228d:kr&p_lang=1&p_m_o=ISQ&p_id_sectr=439&p_id_raprt=2986, pages consultées le 25 mai 2018.

a Pour l'ensemble de la Côte-Nord, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

A Pour l'ensemble du Québec, au regard d'une variable donnée, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ 63 % de la population nord-côtière âgée de 65 ans et plus est d'atteinte d'une incapacité. Cette proportion se situe à environ 57 % au Québec. La situation nord-côtière s'apparente, au plan statistique, à celle du reste du Québec.
- La Côte-Nord ne se démarque non plus du reste de la province chez les hommes et chez les femmes ou dans les divers groupes d'âge.
- Pas d'écart significatif entre les hommes et les femmes sur la Côte-Nord (63 % c. 62 %). Au Québec, en proportion, on dénombre un peu plus de femmes atteintes d'incapacité (60 %) que d'hommes (54 %).
- Les résultats de l'EQLAV ne sont disponibles qu'à l'échelle régionale seulement.

Variations selon les groupes d'âge

- La proportion des aînés nord-côtiers atteints d'au moins une incapacité tend à augmenter en fonction des groupes d'âge (65 à 74 ans : 58 %; 75 à 84 ans : 66 %; 85 ans et plus : 85 %). On parle d'une tendance seulement car les écarts ne s'avèrent pas significatifs au plan statistique.
- Au Québec, la prévalence des incapacités augmente de manière significative avec l'avancée en âge (65 à 74 ans : 48 %; 75 à 84 ans : 64 %; 85 ans et plus : 84 %). On remarque que la variabilité des taux, illustrée par les intervalles de confiance, est beaucoup plus faible dans l'ensemble du Québec que sur la Côte-Nord.

1 Proportion des personnes qui ont déclaré des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité, de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée.

2 Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 La population cible de l'EQLAV est l'ensemble des individus de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. On parle donc de personnes qui résident dans un logement privé ou dans un logement collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personnes âgées). Les personnes vivant dans un CHSLD, une prison, un centre jeunesse, un centre de réadaptation) ainsi que celles résidant dans une réserve indienne ou dans les régions du Nunavik ou des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans la population visée par l'enquête.

FICHE 21.2 TAUX D'INCAPACITÉ¹ SELON LA GRAVITÉ (POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS)

Figure 21.2a : Taux d'incapacité selon le sexe et la gravité de l'incapacité², population âgée de 65 ans et plus³, Côte-Nord et Québec, 2010-2011⁴

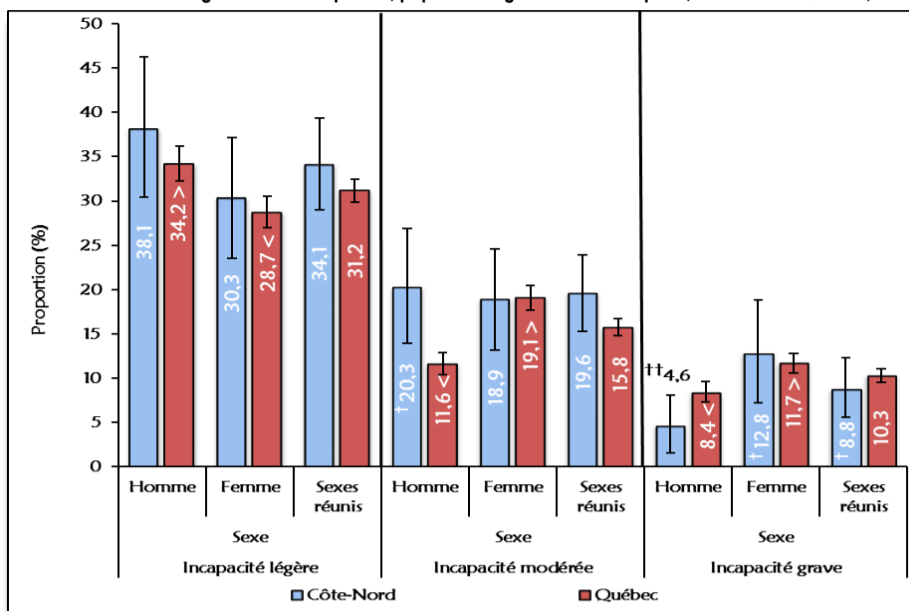
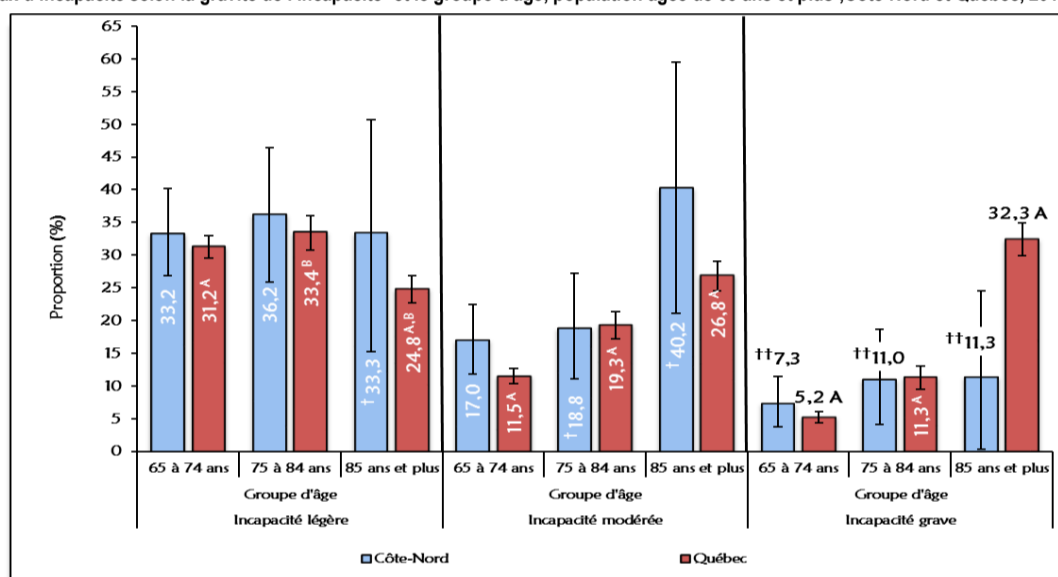


Figure 21.2b : Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité² et le groupe d'âge, population âgée de 65 ans et plus³, Côte-Nord et Québec, 2010-2011



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)*⁵, 2010-2011.

http://www.bdsq.gouv.qc.ca/pls/ken/ken213_afich_tabl_page_tabl?p_iden_tran=REPERNWW1WU0828437018228d:kr&p_lang=1&p_m_o=ISQ&p_id_sectr=439&p_id_raprt=2987, page consultée le 24 mai 2018.

A,B Pour l'ensemble du Québec, au regard d'un même niveau d'incapacité, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Environ le tiers (34 %) de la population nord-côtière âgée de 65 ans et plus est atteinte d'une incapacité légère. Un peu moins d'une personne sur cinq (20 %) présente une incapacité modérée tandis que 19 % environ des aînés nord-côtiers souffrent d'une incapacité grave (figure 21.2a).
- Quelle que soit la gravité de l'incapacité, la situation régionale chez l'ensemble des 65 ans et plus s'apparente à celle du reste du Québec.
- Pas d'écart significatif entre les hommes et les femmes sur la Côte-Nord, et ce, à tous les niveaux d'incapacité.
 - ✦ Au Québec, en proportion, on dénombre un peu plus d'hommes que de femmes de cet âge atteintes d'une incapacité légère (34 % c. 29 %). Par contre, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir une incapacité modérée (19 % c. 12 %) ou grave (12 % c. 8 %) (figure 21.2a).
- Les résultats de l'EQLAV ne sont disponibles qu'à l'échelle régionale seulement.

Variations selon les groupes d'âge

- La proportion des aînés nord-côtiers atteints d'une incapacité modérée ou grave tend à croître en fonction des groupes d'âge, mais les écarts se révèlent insuffisants pour être statistiquement significatifs.
- Au Québec, la prévalence des incapacités modérées ou graves augmente de manière significative avec l'avancée en âge. Le taux d'incapacité modérée passe successivement de 12 %, chez les 65 à 74 ans, à 19 % chez les 75 à 84 ans et à 27 % chez les 85 ans et plus. Parmi les aînés âgés de 65 à 74 ans, environ 5 % ont une incapacité grave. Cette proportion s'élève à 32 % environ chez les 85 ans et plus (figure 21.2b).
 - ✦ Il convient de se rappeler que ces données ne tiennent pas compte des personnes vivant en institution (CHSLD, hôpital, etc.).

1 Proportion des personnes qui ont déclaré des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité, de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée.

2 Indice mesurant le degré de gravité de l'incapacité. La mesure tient compte à la fois de la fréquence (nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité) et de l'intensité de l'incapacité (le fait d'être totalement ou partiellement incapable de pratiquer une activité donnée). Cet indice permet de distinguer trois niveaux d'incapacité (incapacité légère, incapacité modérée et incapacité grave). L'indice de gravité de l'incapacité permet de qualifier celle-ci dans son ensemble selon ces trois niveaux mais ne permet pas de le faire pour chacun des types d'incapacité.

3 Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 La population cible de l'EQLAV est l'ensemble des individus de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. On parle donc de personnes qui résident dans un logement privé ou dans un logement collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personnes âgées). Les personnes vivant dans un CHSLD, une prison, un centre jeunesse, un centre de réadaptation) ainsi que celles résidant dans une réserve indienne ou dans les régions du Nunavik ou des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans la population visée par l'enquête.

FICHE 21.3 TAUX D'INCAPACITÉ¹ SELON LE TYPE D'INCAPACITÉ (POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS)

Figure 21.3a : Taux d'incapacité selon les cinq types d'incapacité² les plus fréquents, population âgée de 65 ans et plus³, Côte-Nord et Québec, 2010-2011⁴

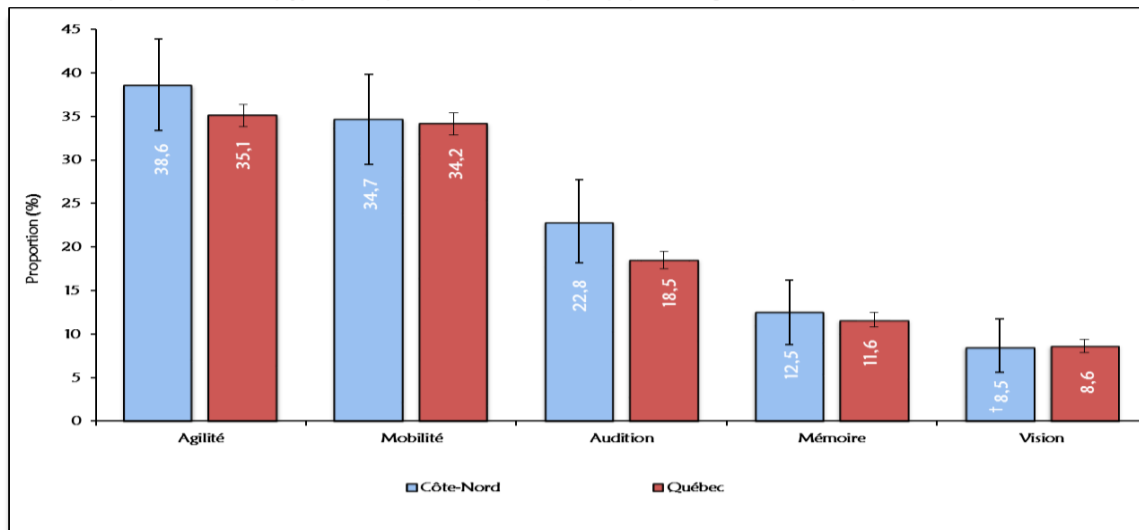
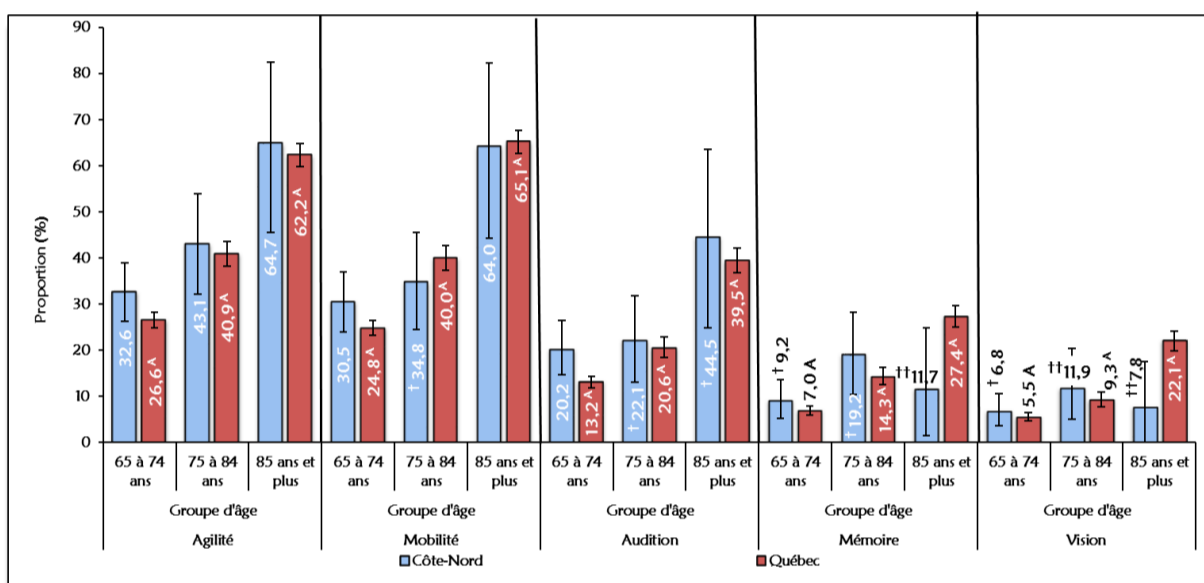


Figure 21.3b : Taux d'incapacité selon les cinq types d'incapacité² les plus fréquents et le groupe d'âge, population âgée de 65 ans et plus³, Côte-Nord et Québec, 2010-2011⁴



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)⁵, 2010-2011.* http://www.bdsq.gouv.qc.ca/pls/ken/ken213_afich_tabi.page_tabi?p_iden_tran=REPERNWWW1WU0828437018228d.klr&p_lang=1&p_m_o=ISQ&p_id_sectr=439&p_id_raprt=2988, page consultée le 24 mai 2018.

A. Pour l'ensemble du Québec, au regard d'un même type d'incapacité, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les proportions, au seuil de 5 %.

En 2010-2011

- Les cinq principales incapacités rapportées par les Nord-Côtiers de 65 ans et plus sont liées à l'agilité (39 %), à la mobilité (35 %), à l'audition (23 %), à la mémoire (13 %) et à la vision (19 %) (figure 21.3a).
- Quelle que soit la nature de l'incapacité, la situation régionale chez l'ensemble des 65 ans et plus s'apparente à celle du reste du Québec.
- Les résultats de l'EQLAV ne sont disponibles qu'à l'échelle régionale seulement.

Variations selon les groupes d'âge

- Les 65 ans et plus ont été regroupés en trois catégories d'âge : 65 à 74 ans, 75 à 84 ans, 85 ans et plus.
- Au Québec, la prévalence de tous les types d'incapacité croît significativement avec l'avancée en âge. Par exemple, un peu plus du quart (27 %) des personnes âgées de 65 à 74 ans ont des problèmes liés à l'agilité; cette proportion passe à 41 % chez les 75 à 84 ans et à 62 % chez les 85 ans et plus.
 - En ce qui a trait à la mobilité, des incapacités sont rapportées par environ 25 % des 65 à 74 ans, 40 % des 75 à 84 ans et 65 % des individus âgés de 85 ans et plus (figure 21.3b).
- On n'observe généralement la même tendance chez les Nord-Côtiers, mais les variations ne sont pas statistiquement significatives.

1 Proportion des personnes qui ont déclaré des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité, de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée.

2 A) Incapacité liée à l'agilité : réfère aux difficultés à se pencher, à se couper les ongles d'orteils, à se servir de ses doigts pour saisir ou manier des objets, à tendre les bras dans n'importe quelle direction, à se mettre au lit ou à en sortir, à s'habiller et à se déshabiller ou à couper sa nourriture; B) Incapacité liée à la mobilité : difficulté à marcher sur une distance de 400 mètres, à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches, à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres, à se tenir debout pendant plus de 20 minutes ou à se déplacer d'une pièce à l'autre; C) Incapacité liée à l'audition : difficulté à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes, au cours d'une conversation avec une autre personne ou au cours d'une conversation téléphonique; D) Mémoire : Difficultés de mémoire ou périodes de confusion tous les jours ou presque; E) Vision : Difficulté à voir les caractères ordinaires d'un journal ou à voir clairement le visage d'une personne éloignée de quatre mètres.

3 Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

4 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

5 La population cible de l'EQLAV est l'ensemble des individus de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. On parle donc de personnes qui résident dans un logement privé ou dans un logement collectif non institutionnel (ex. : résidence pour personnes âgées). Les personnes vivant dans un CHSLD, une prison, un centre jeunesse, un centre de réadaptation) ainsi que celles résidant dans une réserve indienne ou dans les régions du Nunavik ou des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans la population visée par l'enquête.

FICHE 21.4 PRÉVALENCE DE CERTAINES MALADIES CHRONIQUES¹ (POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS)

Figure 21.4a : Prévalence brute de quelques maladies chroniques, population âgée de 65 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

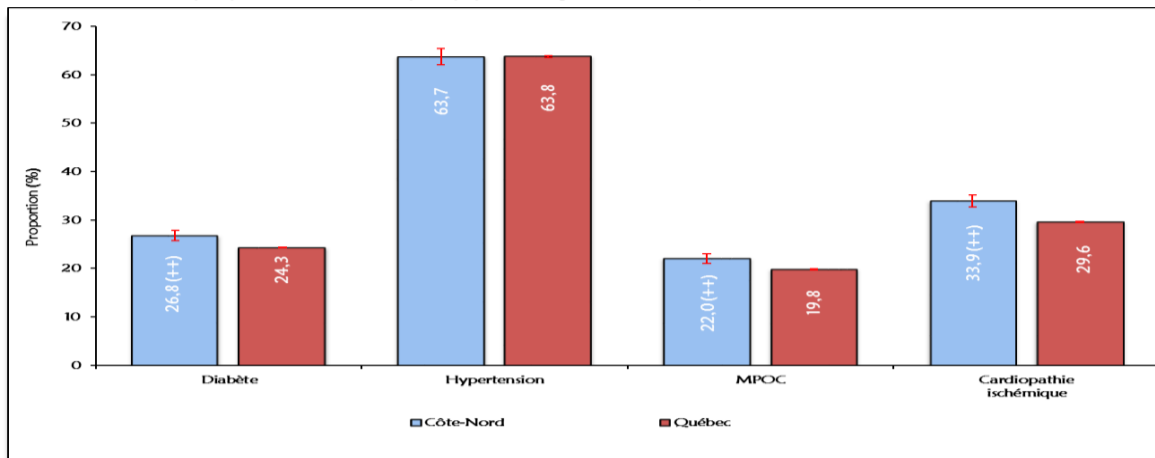
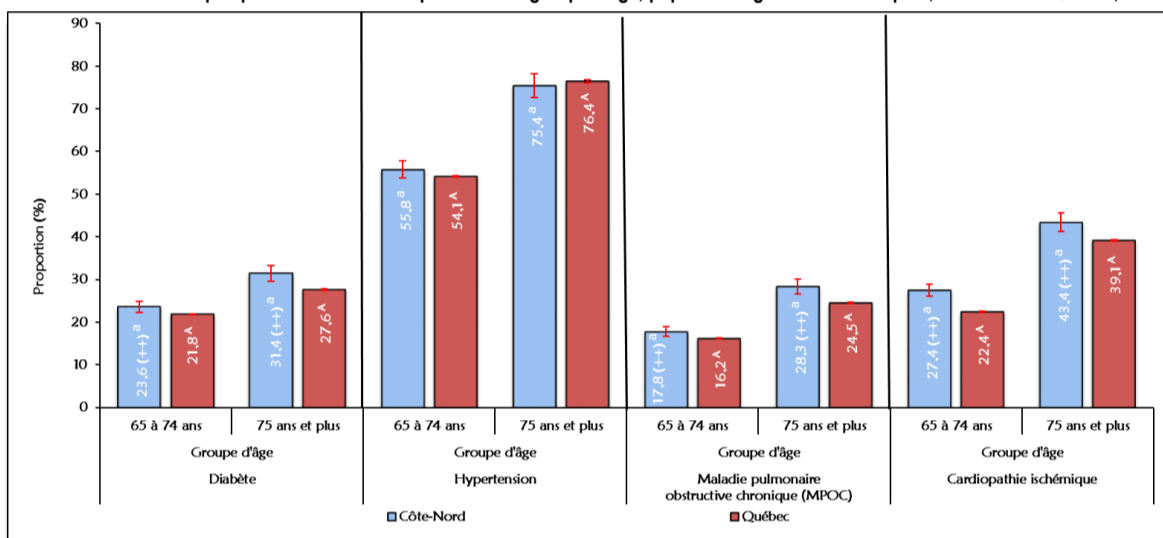


Figure 21.4b : Prévalence brute de quelques maladies chroniques selon le groupe d'âge, population âgée de 65 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

a Pour l'ensemble de la Côte-Nord, pour une maladie chronique donnée, la même lettre en exposant indique une différence significative entre les deux groupes d'âge, au seuil de 1 %.

A Pour l'ensemble du Québec, pour une maladie chronique donnée, la même lettre en exposant indique une différence significative entre les deux groupes d'âge, au seuil de 1 %.

En 2014-2015

- Un peu plus du quart (27 %) de la population nord-côtière âgée de 65 ans et plus est atteinte de diabète, plus de six sur dix (64 %) font de l'hypertension, environ une sur cinq (22 %) a une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) alors que le tiers environ (34 %) a une cardiopathie ischémique.
 - À l'exception de l'hypertension où la situation se compare à celle du reste du Québec, la prévalence des trois autres maladies chroniques sur la Côte-Nord est significativement plus élevée que dans le reste du Québec (figure 21.4a).
- Territoires de RLS par rapport au reste du Québec³ (données non illustrées).
 - Diabète : Prévalence significativement plus élevée dans les territoires de RLS suivants : Manicouagan (27 %), Sept-Îles (27 %), Caniapiscou (38 %), Minganie (29 %), Basse-Côte-Nord (34 %) et CLSC Naskapi (*50 %).
 - Hypertension : Prévalence statistiquement plus élevée dans le RLS suivant : Sept-Îles (68 %).
 - Prévalence plus faible dans les RLS suivants : Caniapiscou (48 %), Minganie (46 %).
 - MPOC : Prévalence plus élevée au plan statistique dans les RLS suivants : Haute-Côte-Nord (26 %), Manicouagan (23 %), Sept-Îles (23 %).
 - Prévalence plus faible dans les territoires de RLS suivants : Port-Cartier (17 %), Minganie (14 %), Basse-Côte-Nord (16 %).
 - Cardiopathie ischémique : Prévalence plus élevée : Haute-Côte-Nord (34 %), Manicouagan (33 %), Port-Cartier (36 %), Sept-Îles (35 %).
- Territoires de RLS par rapport au reste de la Côte-Nord² (données non illustrées).
 - Diabète : Prévalence significativement plus élevée dans les territoires de RLS suivants : Basse-Côte-Nord et CLSC Naskapi.
 - Prévalence plus faible, au plan statistique : Haute-Côte-Nord (24 %).
 - Hypertension : Prévalence plus élevée dans le RLS suivant : Sept-Îles.
 - Prévalence statistiquement moins élevée dans les RLS suivants : Caniapiscou et Minganie.
 - MPOC : Prévalence significativement plus élevée dans le RLS suivant : Haute-Côte-Nord.
 - Taux de prévalence plus faible dans les territoires suivants : Port-Cartier, Minganie, Basse-Côte-Nord.
 - Cardiopathie ischémique : Aucun territoire ne se démarque significativement du reste du Québec ou de la Côte-Nord.

Variations selon les groupes d'âge

- Que ce soit sur la Côte-Nord ou dans l'ensemble du Québec pour chacune des maladies chroniques retenues, les personnes âgées de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 65 à 74 ans à en être atteintes (figure 21.4b).

1 Personnes dans la population atteintes de diabète (CIM-10 : E10-E14), d'hypertension artérielle (CIM-10 : I10-I13, I15), de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (CIM-10 : J40-J44), de cardiopathie ischémique (CIM-10 I20-I25) ou un code d'intervention en santé de pontages aorto-coronariens, ou d'intervention coronarienne percutanée inscrit au fichier MED-ÉCHO.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les tests statistiques pour les RLS réalisés par l'auteur principal de ce document tiennent compte du seuil de comparaisons multiples.

FICHE 21.5 LA MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS¹

Figure 21.5a : Proportion ajustée² de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles cognitifs majeurs selon le sexe, population âgée de 65 ans et plus, Côte-Nord et Québec, avril 2014 à mars 2015³

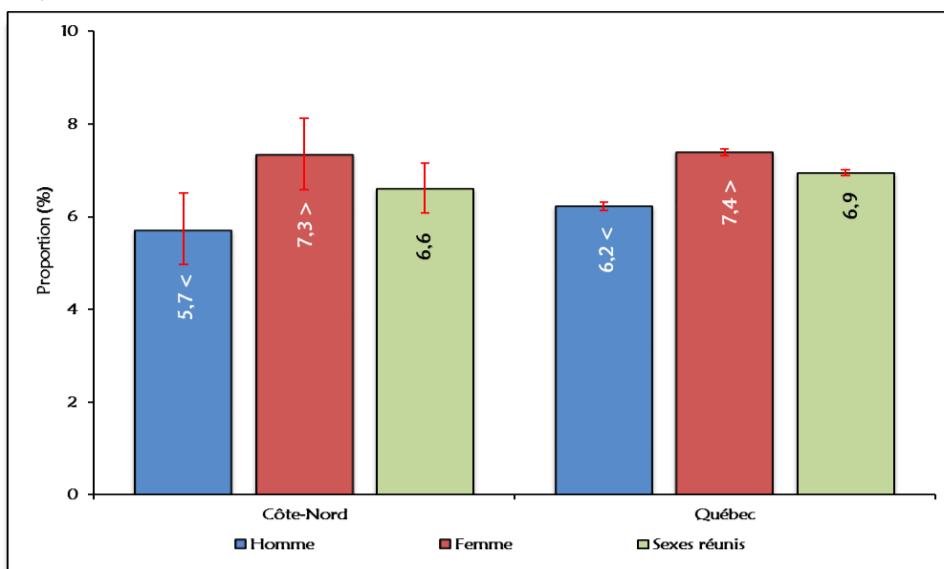
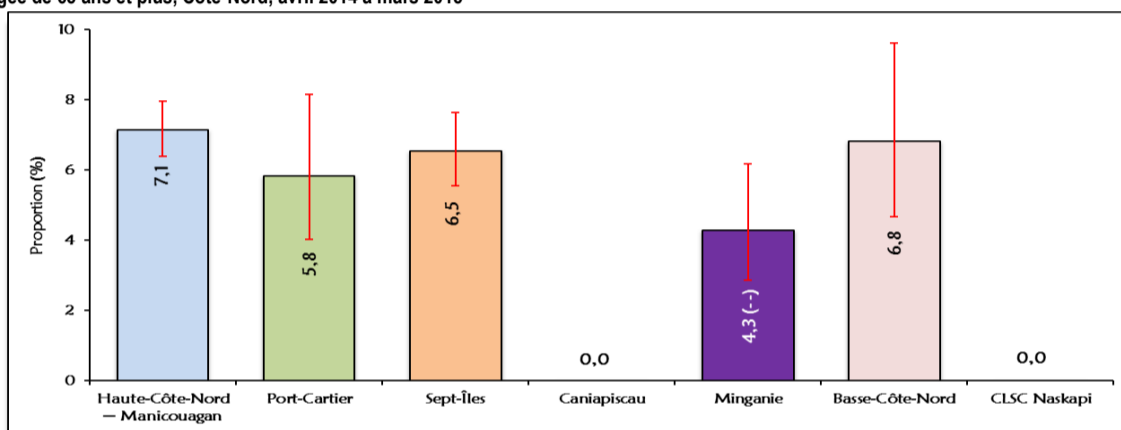


Figure 21.5b : Proportion ajustée² de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles cognitifs majeurs selon le territoire de RLS de résidence⁴, population âgée de 65 ans et plus, Côte-Nord, avril 2014 à mars 2015⁵



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

En 2014-2015

- Près de 1 000 résidents de la Côte-Nord, âgés de 65 ans et plus, sont atteints de la maladie d'Alzheimer (donnée non illustrée); la prévalence ajustée se situe à un peu moins de 7 % de la population de ce groupe d'âge (figure 21.5a).
- La Côte-Nord ne se démarque pas significativement du reste du Québec, et ce, que ce soit chez les hommes, chez les femmes ou dans l'ensemble de la population.
- Malgré le faible écart, la prévalence chez les femmes s'avère statistiquement plus élevée que chez les hommes (Côte-Nord : 7 % c. 6 %; Québec : 7 % c. 6 %) (figure 21.5a).
- Toutes proportions gardées, le territoire de réseau local de service (RLS) de la Minganie enregistre une plus faible prévalence de la maladie d'Alzheimer que le reste du Québec.
 - Aucun territoire ne se distingue significativement du reste de la région nord-côtière (figure 21.5b).

De 2001-2002 à 2014-2015 (données non illustrées)

- Population régionale : ↑ significative de la prévalence de la maladie d'Alzheimer (de 4 % à 7 %) (300 à 995 personnes).
 - Hommes : ↑ significative (de 3 % à 6 %) (120 à 375 personnes).
 - Femmes : ↑ significative (de 10 % à 12 %) (180 à 620 personnes)⁵ (données non illustrées).
- Cependant, au regard du taux d'incidence (nombre de nouveaux cas) de la maladie d'Alzheimer : ↑ significative (de 10 à 16 pour 1 000 personnes) (80 à 220 personnes) durant cette période.
 - Femmes : ↑ significative (de 10 à 18 pour 1 000 personnes) (45 à 135 personnes).
 - Hommes : écart non significatif (de 10 à 14 pour 1 000 personnes) (35 à 85 personnes).
- Sur la Côte-Nord, durant toute la période 2001-2002 à 2014-2015, en moyenne, à chaque année, environ 140 résidents nord-côtiers ont reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer.

1 Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte : CIM-9 : 290, 331; Fichier des admissions hospitalières MED-ÉCHO : 046.1, 290.0, 290.1, 290.2, 290.3, 290.4, 294.1, 294.2, 331.0, 331.1, 331.5, jusqu'en 2005-2006 et, à partir de 2006-2007, CIM-10 : G30, F00, F01, F02, F03; Fichier des services pharmaceutiques chez les 65 ans et plus : (prescription de médicaments spécifiques contre la maladie d'Alzheimer). Selon la définition adoptée par le SISMACQ, la maladie d'Alzheimer réfère à la maladie elle-même ainsi qu'à d'autres troubles cognitifs majeurs. Précisons que le SISMACQ calcule ici une prévalence annuelle, et non une prévalence cumulée, et ce, contrairement à d'autres maladies, comme le diabète et l'hypertension, pour lesquelles le SISMACQ calcule des prévalences cumulées. Ces dernières comprennent la somme des nouveaux cas des années antérieures et ceux de l'année en cours. **Limites à l'interprétation des données** : la prévalence réelle de cette maladie est probablement sous-estimée puisque le SISMACQ n'identifie que les cas diagnostiqués par un médecin. La personne doit au cours d'une année financière (1^{er} avril au 31 mars) : a) avoir un diagnostic principal de maladie d'Alzheimer inscrit au fichier MED-ÉCHO ou b) avoir un diagnostic de maladie d'Alzheimer au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (FIPA). Les personnes diagnostiquées et hébergées en CHSLD sont généralement suivies par des médecins rémunérés selon un mode de paiement alternatif à la rémunération à l'acte et leurs médicaments ne sont plus remboursés par la RAMQ. Pour l'INSPQ, il peut donc en résulter une sous-estimation du nombre de cas, cependant cette sous-estimation serait probablement faible puisque la majorité des cas sont transférés en hébergement suite à leur diagnostic. Par ailleurs, les individus qui ne recourent pas aux services de santé ne sont pas pris en compte dans ces données et le SISMACQ ne peut les rapporter.

2 Ajustée selon la structure par âge (65 à 69, 70 à 74, 75 à 79, 80 à 84, 85 et plus), sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

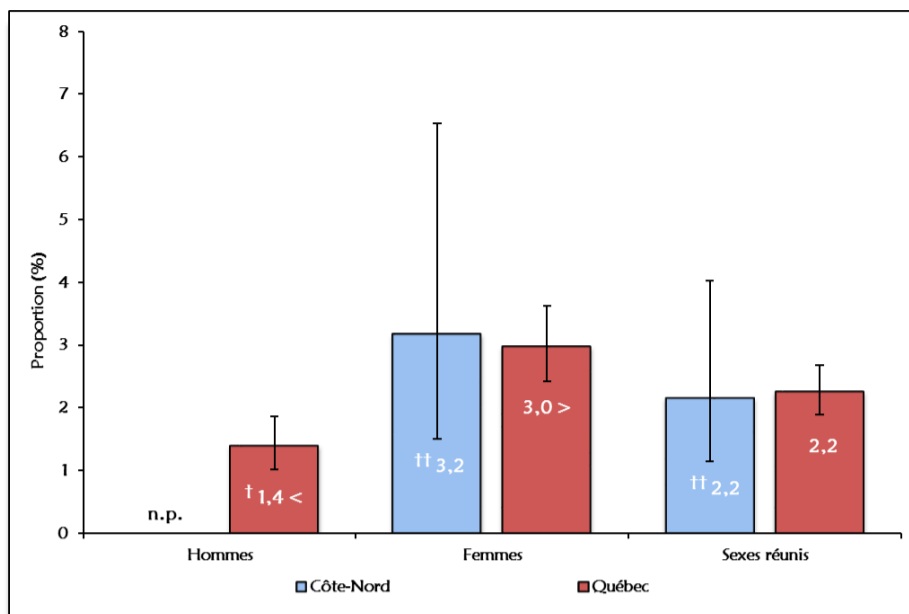
3 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

4 Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CLSC Naskapi relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

5 En raison de l'arrondissement aléatoire à l'unité 5 des valeurs, la somme des valeurs chez les hommes et les femmes peut différer légèrement du nombre total pour l'ensemble de la population.

FICHE 22.1 BLESSURES CAUSÉES PAR UNE CHUTE À DOMICILE¹ (POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS)

Figure 21.1 : Blessure non intentionnelle causée par chute à domicile au cours des 12 derniers mois selon le sexe, population âgée de 65 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique du Québec à l'Institut national de santé publique du Québec

En 2014-2015

- Dans l'ensemble du Québec, environ 2,2 % de la population âgée de 65 ans et plus affirme avoir subi une blessure non intentionnelle en raison d'une chute à domicile survenue dans les 12 mois précédant l'enquête. L'EQSP rapporte une situation similaire pour la Côte-Nord mais la proportion n'est pas fiable au plan statistique en raison de sa trop forte imprécision.
- Au Québec, toutes proportions gardées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir subi des blessures consécutives à une chute à domicile dans l'année précédant l'enquête (3 % c. †1,4 %).
- Pour des raisons liées à la confidentialité, la proportion chez les hommes nord-côtiers doit demeurer confidentielle selon l'EQSP étant donné que le nombre de répondants servant à estimer cette proportion est trop petit.

1 Proportion des personnes qui ont déclaré des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité, de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

SECTION VI – SANTÉ DES TRAVAILLEURS

« Le travail est un déterminant de la santé maintenant reconnu, qui influence à la fois les conditions de vie des personnes, leur santé et leur sécurité. Il peut être la source d'accidents et de maladies qui sont pour la plupart évitables. Il peut aussi s'avérer un milieu de vie important pour se développer sur les plans personnel et social ». [Programme national de santé publique 2015-2025].

FICHE 23.1 DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE LIÉE AU TRAVAIL¹

Figure 23.1a : Travailleurs situés au niveau élevé de détresse psychologique liée à leur principal emploi actuel selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

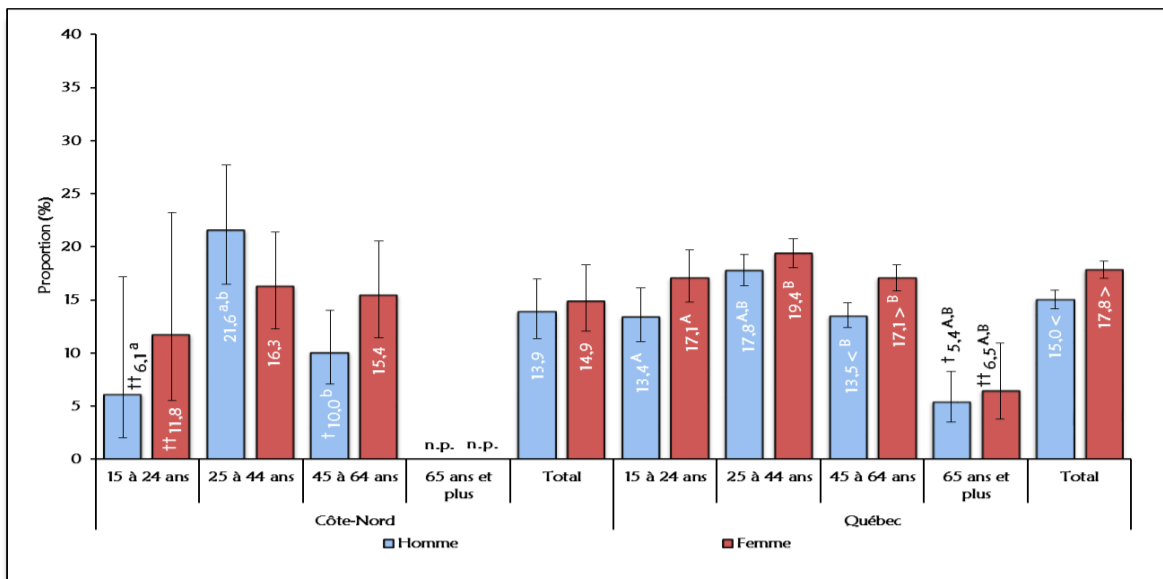
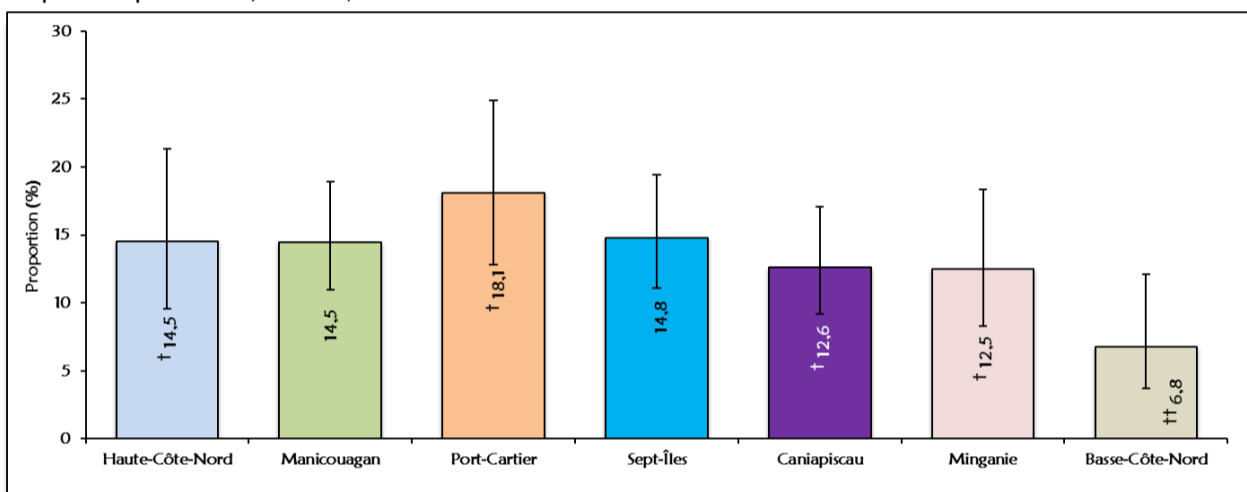


Figure 23.1b : Travailleurs situés au niveau élevé de détresse psychologique liée à leur principal emploi actuel selon le RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

a,b Chez les hommes de l'ensemble de la Côte-Nord, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.
A,B Pour chacun des sexes de l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

En 2014-2015

- Sur la Côte-Nord, environ 14 % des hommes et 15 % des femmes qui se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique relient cet état à leur travail. Ces proportions sont comparables à celles du reste du Québec (15 % et 18 % respectivement) (figure 23.1a).
- À cet égard, les résultats nord-côtiers ne révèlent pas une différence significative entre les hommes et les femmes (14 % c. 15 %). Au Québec, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à faire ce lien (18 % c. 15 %). Il en est de même chez les 45 à 64 ans (17 % c. 14 %). Aucun écart n'est détecté dans les autres groupes d'âge entre les hommes et les femmes (figure 23.1a).
- Les données ne permettent pas de déceler des variations significatives selon l'âge chez les femmes nord-côtiers. Par contre, chez les hommes, ceux de 25 à 44 ans sont plus nombreux (22 %), en proportion, à attribuer au travail leur sentiment élevé de détresse psychologique que ceux des autres groupes d'âge. Le même phénomène est observé chez les hommes québécois. Pour leur part, les Québécoises de 25 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses (19 %) que celles de 45 à 64 ans (17 %) ou de 65 ans et plus (†6 %) à établir un tel lien. (figure 23.1a).
- Aucun territoire de la Côte-Nord ne se démarque significativement du reste du Québec ou de la région (figure 23.1b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les travailleurs nord-côtiers qui mentionnent avoir subi fréquemment du harcèlement psychologique au travail sont plus susceptibles d'associer à leur travail un sentiment élevé de détresse psychologique (†42 %) que ceux qui en sont victimes à l'occasion (34 %) ou ceux qui ne vivent pas du tout cette situation (9 %). Le même constat est observé dans l'ensemble du Québec (49 % c. 30 % et 12 % respectivement).
- Le fait de relier au travail un sentiment élevé de détresse psychologique est plus répandu chez les personnes qui ont songé sérieusement à s'enlever la vie⁴ au cours des 12 mois précédant l'enquête que chez les travailleurs qui n'ont pas eu d'idées suicidaires sérieuses (Côte-Nord : 65 % c. 13 %; Québec : 45 % c. 15 %).
- Les personnes exposées à un faible niveau de reconnaissance au travail⁵ sont aussi plus sujettes de faire part d'une détresse élevée liée au travail que les travailleurs pouvant compter sur un niveau élevé de reconnaissance (Côte-Nord : 33 % c. 16 %; Québec : 32 % c. 8 %).

1 L'indice de détresse psychologique est basé sur l'échelle de Kessler à 6 items. [R.C. KESSLER, G. ANDREWS, L.J. COLPE et autres, 2002. « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress », *Psychological Medicine*, vol. 32, p.959-976]. Les six questions de l'échelle de Kessler portent sur la fréquence à laquelle certains sentiments ou pensées négatives sont présents au cours du mois précédant l'enquête. « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) : ... nerveux (nerveuse) ? ... désespéré(e) ? ... agité(e) ou incapable de tenir en place ? ... si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire ? ... à quelle fréquence avez-vous senti que tout était un effort (à ce point fatigué(e) que tout est un effort) ? ... bon(ne) à rien ? » Les fréquences se déclinaient comme suit : jamais, rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps. Pour plus de détails sur la construction de l'indice, veuillez consulter la note 1 de la fiche « Détresse psychologique », de la section « État de santé mentale et psychosociale ». Une autre question a été posée uniquement aux personnes ayant répondu « Oui » à celle portant sur l'occupation d'un ou de plusieurs emploi(s) rémunérés et ayant répondu « tout le temps », « la plupart du temps » ou « parfois » à au moins une des six questions composant l'indice de détresse psychologique : « Croyez-vous que ces sentiments du dernier mois sont complètement, partiellement ou pas du tout reliés à votre emploi actuel ? » Un travailleur est situé au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail s'il se classe au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique de Kessler et si ces sentiments sont complètement ou partiellement reliés à son travail actuel. Voir : LANGLOIS, Mathieu, Susan STOCK, France TISSOT et coll. « Proportion des travailleurs se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique liée à leur emploi principal actuel (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 15.2), Version de juillet 2017, p. 1-2.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 Excluant celles qui ont tenté de se suicider.

5 L'indicateur est construit à partir de quatre questions pour mesurer les faibles récompenses au travail, qu'elles soient monétaires (salaire insatisfaisant), sociales (manque d'estime ou de respect) ou organisationnelles (insécurité d'emploi ou faibles perspectives de promotion).

Importance et enjeux⁶

- L'indice de détresse psychologique de Kessler constitue une mesure non spécifique de l'état de santé mentale d'une population. Il réfère à la présence d'un certain nombre d'émotions négatives qui, si elles persistent dans le temps, peuvent être associées à des symptômes de troubles mentaux parmi lesquelles figurent la dépression et l'anxiété.
- Plusieurs études longitudinales ont montré l'existence de relation entre différents problèmes de santé mentale, tels que la détresse psychologique ou la dépression et diverses contraintes organisationnelles ou psychosociales au travail et entre ces problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques.

⁶ Voir : LANGLOIS, Mathieu, Susan STOCK, France TISSOT et coll. « Proportion des travailleurs se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique liée à leur emploi principal actuel (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 15.2), Version de juillet 2017, p. 1.

FICHE 23.2 HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL¹

Figure 23.2a : Travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord, 2014-2015

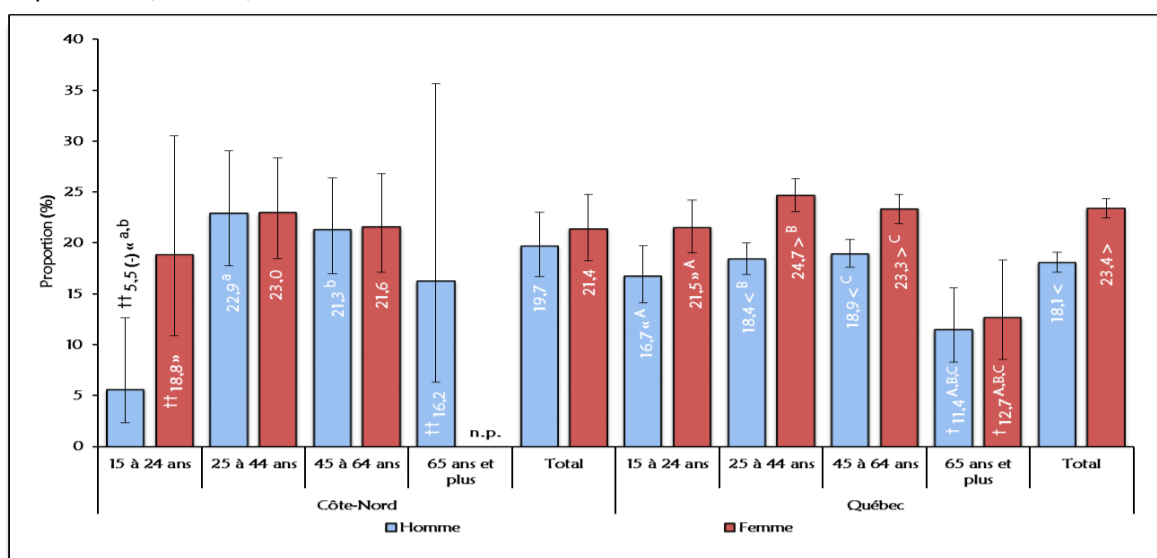
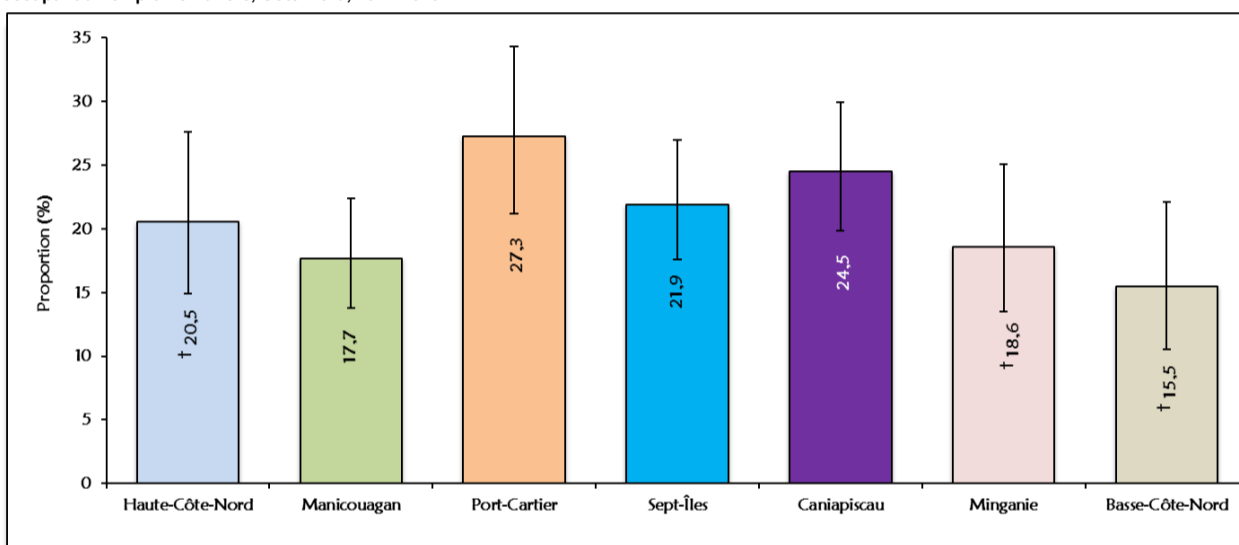


Figure 23.2b : Travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois selon le RLS de résidence², population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord, 2014-2015



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

a,b Chez les hommes de l'ensemble de la Côte-Nord, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.
A,B,C Pour chacun des sexes de l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

En 2014-2015

- Sur la Côte-Nord, environ 20 % des hommes et 21 % des femmes indiquent avoir subi du harcèlement psychologique au travail dans les 12 mois précédant l'enquête. Ces proportions sont comparables à celles du reste du Québec (respectivement 18 % et 23 %) (figure 23.2a).
- Les données ne révèlent pas une différence significative entre les sexes dans la région, sauf chez les 15 à 24 ans. Au Québec, dans l'ensemble, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir vécu du harcèlement psychologique au travail (23 % c. 18 %). Il en est de même chez les 25 à 44 ans (25 % c. 18 %) et les 45 à 64 ans (23 % c. 19 %) (figure 23.2a).
- Dans l'ensemble du Québec, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, les travailleurs âgés de 65 ans et plus sont moins sujets d'avoir subi du harcèlement psychologique que ceux de chacun des autres groupes d'âge. Sur la Côte-Nord, les données ne montrent pas de variations significatives selon l'âge chez les femmes. Du côté des hommes, le harcèlement psychologique au travail est moins répandu chez les 15 à 24 ans (†5 %) que chez ceux de 25 à 44 ans (23 %) et ceux de 45 à 64 ans (21 %) (figure 23.2a).
- Selon les données de l'EQSP, aucun territoire de la Côte-Nord ne se démarque significativement du reste du Québec ou de la région (figure 23.2b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les personnes classées au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail sont beaucoup plus susceptibles d'avoir subi du harcèlement psychologique au cours de la période de référence que celles catégorisées au niveau faible ou moyen (Côte-Nord : 50 % c. 15 %; Québec : 42 % c. 17 %).
- Les individus qui ont songé sérieusement à s'enlever la vie³ au cours des 12 mois précédant l'enquête sont plus nombreux, en proportion, à avoir subi du harcèlement psychologique au travail durant la même période que ceux qui ne rapportent pas d'idées suicidaires sérieuses (Côte-Nord : †50 % c. 23 %; Québec : 42 % c. 20 %).
- Les personnes exposées à un faible niveau de reconnaissance au travail⁴ sont plus sujettes à avoir vécu des épisodes de harcèlement psychologique que celles déclarant un niveau élevé de reconnaissance (Côte-Nord : 43 % c. 9 %; Québec : 38 % c. 11 %).

1 L'indicateur est construit à partir d'une seule question posée aux personnes ayant répondu « Oui » à la question portant sur l'occupation d'un ou de plusieurs emploi(s) rémunéré(s) : « Au cours des 12 derniers mois, à votre emploi (principal) actuel, avez-vous été l'objet de harcèlement psychologique, c'est-à-dire des paroles, des actes répétés qui ont porté atteinte à votre dignité ou à votre intégrité ? » Les réponses possibles étaient : « Jamais », « Une fois », « De temps à temps », « Souvent », « Très souvent ». Les catégories autres que « Jamais » ont été regroupées pour calculer la proportion des travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail. Voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et coll. « Proportion des travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSP : 9.26), Version de septembre 2016, p. 1-2. À noter que les individus en vacances, en congé parental, en congé de maladie incluant les accidents de travail, en grève ou en lock-out au moment de l'enquête sont considérés comme des travailleurs.

2 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

3 Excluant celles qui ont tenté de se suicider.

4 L'indicateur est construit à partir de quatre questions pour mesurer les faibles récompenses au travail, qu'elles soient monétaires (salaire insatisfaisant), sociales (manque d'estime ou de respect) ou organisationnelles (insécurité d'emploi ou faibles perspectives de promotion).

Importance et enjeux⁵

- Selon la loi des normes du travail, le harcèlement psychologique constitue une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste. La loi précise aussi qu'une seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu pour le salarié.
- Des études montrent que le harcèlement psychologique est associé à une prévalence élevée de détresse psychologique, de symptômes dépressifs sévères, de troubles musculo-squelettiques et à une perception négative de son état de santé.

5 Voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et coll. « Proportion des travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.26), Version de septembre 2016, p. 1.

FICHE 24.1 TENSION AU TRAVAIL¹

Figure 24.1a : Travailleurs vivant de la tension au travail selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

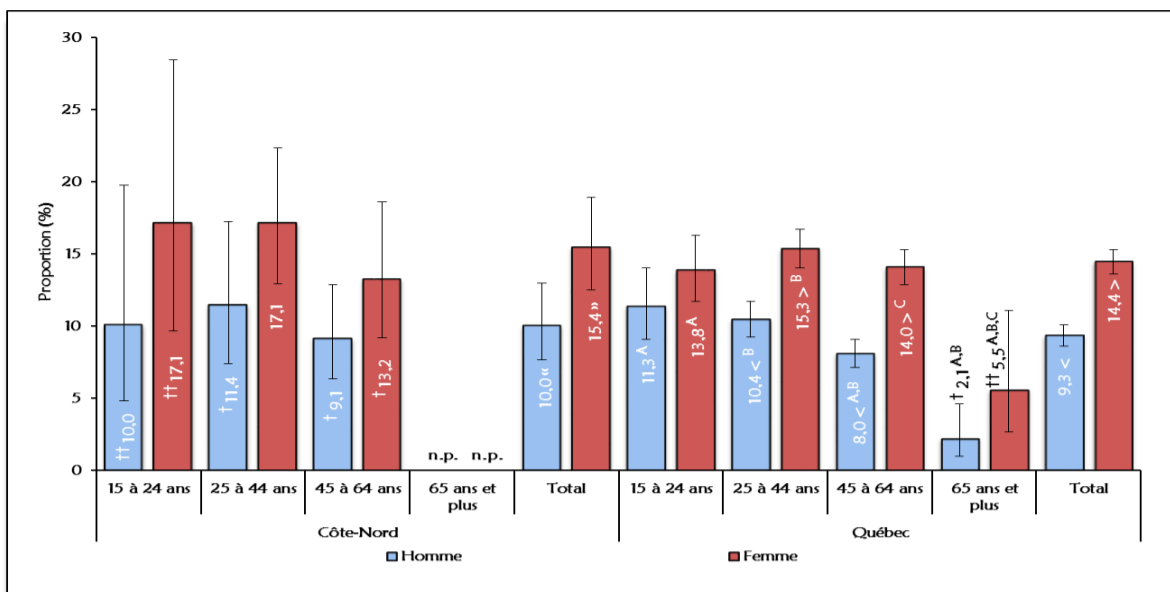
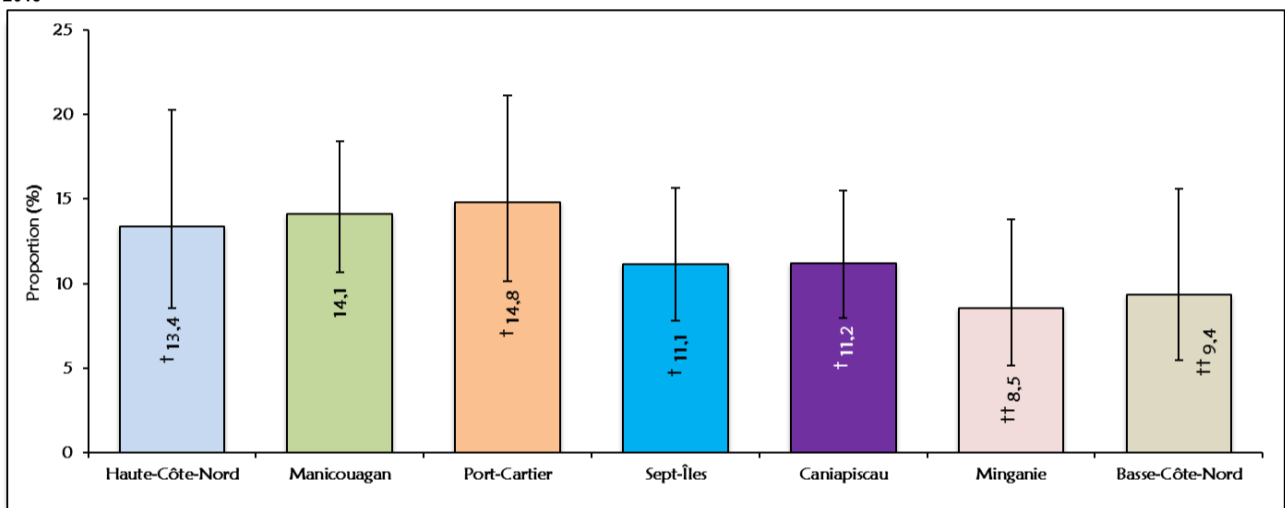


Figure 24.1b : Travailleurs vivant de la tension au travail selon le RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

A,B,C Pour chacun des sexes de l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

En 2014-2015

- Dans la région nord-côtière, environ 10 % des hommes et 15 % des femmes vivent de la tension au travail. Ces proportions sont comparables à celles du reste du Québec (respectivement 9 % et 14 %) (figure 24.1a).
- Tous âges confondus, les données nord-côtières révèlent que les femmes sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes à vivre de la tension dans leur milieu de travail (15 % c. 10 %). Dans les groupes d'âge, on ne remarque pas de différences significatives entre les sexes. Au Québec, dans l'ensemble, la tension au travail est également plus répandue chez les femmes que chez les hommes (14 % c. 9 %). Il en est de même chez les 45 à 64 ans (14 % c. 8 %) et les 25 à 44 ans (15 % c. 10 %) (figure 24.1a).
- Aucune association significative selon l'âge n'est détectée sur la Côte-Nord. Au Québec, la proportion d'hommes qui vivent de la tension au travail diminue de manière significative à partir 25 à 44 ans (de 10 % à 12,1 % chez les 65 ans et plus). Chez les femmes, on ne remarque pas d'écarts statistiques entre les groupes d'âge entre 15 ans et 64 ans. Par contre, la tension au travail s'avère moins répandue chez les femmes de 65 ans et plus (environ 11,6 % que chez celles des autres catégories d'âge (figure 24.1a).
- Selon les données de l'EQSP, aucun territoire de la Côte-Nord ne se démarque significativement du reste du Québec ou de la région (figure 24.1b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les travailleurs nord-côtières qui mentionnent avoir subi fréquemment du harcèlement psychologique au travail sont plus susceptibles d'être aussi confrontés à de la tension au travail (140 %) que ceux qui en sont victimes à l'occasion (22 %) ou ceux qui ne vivent pas cette situation (9 %). Le même constat s'applique à l'ensemble du Québec (41 % c. 22 % et 8 % respectivement).
- Le fait de vivre de la tension au travail s'avère plus courant chez les personnes classées au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique liée au travail que chez celles situées au niveau faible à moyen (Côte-Nord : 29 % c. 10 %; Québec : 25 % c. 9 %).
- Les personnes qui ont songé sérieusement à s'enlever la vie⁴ au cours des 12 mois précédant l'enquête rapportent davantage vivre de la tension au travail que les travailleurs qui n'ont pas eu d'idées suicidaires sérieuses durant la même période (Côte-Nord : 141 % c. 11 %; Québec : 24 % c. 11 %).
- Les individus exposés à un faible niveau de reconnaissance au travail⁵ sont aussi plus sujettes de vivre de la tension reliée à leur travail que les travailleurs pouvant compter sur un niveau élevé de reconnaissance (Côte-Nord : 35 % c. 17 %; Québec : 28 % c. 4 %).

1 La tension au travail combine deux indicateurs : l'exposition à des exigences psychologiques élevées et la faible autorité décisionnelle au travail. Composé de cinq questions, l'indicateur relatif aux exigences psychologiques se rapporte à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps auxquelles le travailleur est exposé. Dans l'EQSP 2014-2015, l'indicateur touchant l'autorité décisionnelle au travail comporte deux questions qui concernent la capacité de la personne de choisir la façon d'accomplir son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent. La tension au travail correspond à la situation où la personne est confrontée à des exigences psychologiques élevées au travail et à un niveau faible ou modéré d'autorité décisionnelle. Pour plus de détails sur la construction de l'indice, voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et coll. « Proportion des travailleurs vivant de la tension au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.30), Version de juillet 2017, p. 1-2.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 Excluant celles qui ont tenté de se suicider.

5 L'indicateur est construit à partir de quatre questions pour mesurer les faibles récompenses au travail, qu'elles soient monétaires (salaire insatisfaisant), sociales (manque d'estime ou de respect) ou organisationnelles (insécurité d'emploi ou faibles perspectives de promotion).

Importance et enjeux⁶

- Les risques psychosociaux auxquels sont exposés certains travailleurs peuvent nuire à leur santé mentale et physique.
- Les travailleurs qui font face à de la tension au travail (job-strain) font davantage état d'une mauvaise santé et sont plus susceptibles de rapporter de la fatigue, de l'anxiété, de la dépression et de l'épuisement émotionnel.
- Le risque d'accident du travail et d'absentéisme est également plus élevé parmi ces travailleurs.

6 Voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et coll. « Proportion des travailleurs vivant de la tension au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSP : 9.30), Version de juillet 2017, p. 1.

FICHE 24.2 RECONNAISSANCE AU TRAVAIL¹

Figure 24.2a : Travailleurs exposés à un niveau faible de reconnaissance au travail selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

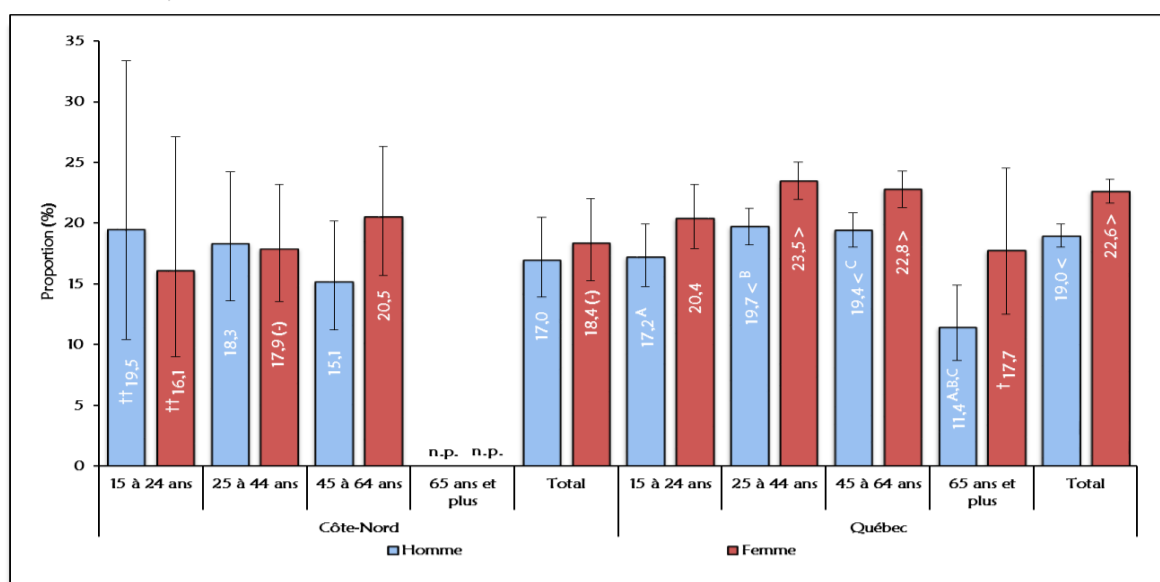
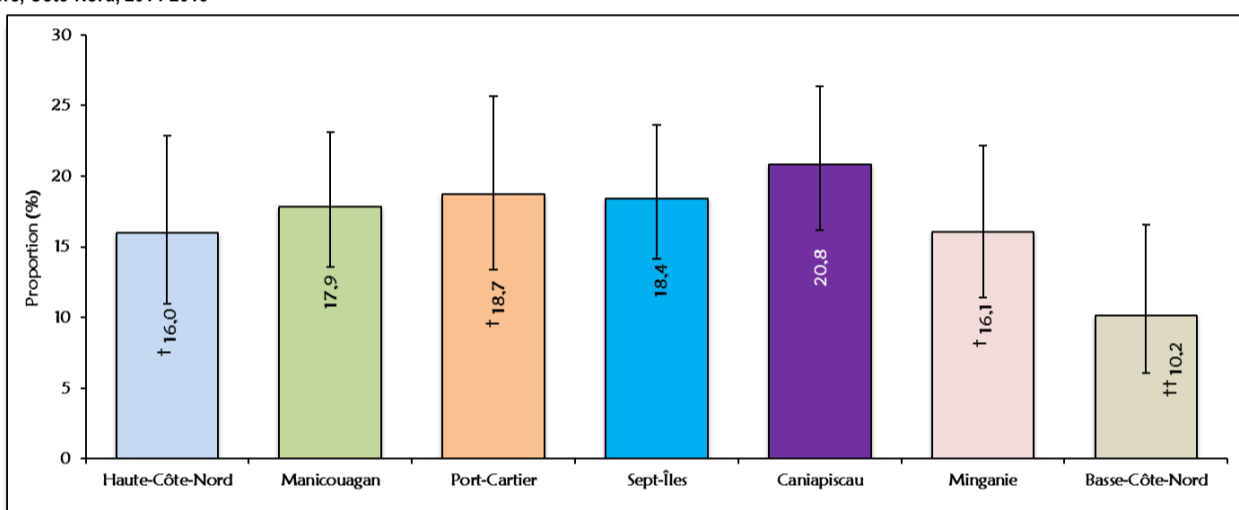


Figure 24.2b : Travailleurs exposés à un niveau faible de reconnaissance au travail selon le RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

A,B,C Chez les hommes de l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

En 2014-2015

- Sur la Côte-Nord, environ 17 % des hommes et 18 % des femmes estiment recevoir peu de reconnaissance à leur travail. La proportion observée chez les femmes nord-côtières s'avère significativement inférieure à celle du reste du Québec (18 % c. 23 %) (figure 24.2a).
- Les données ne révèlent pas une différence significative entre les sexes dans la région. Au Québec, dans l'ensemble, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir un niveau faible de reconnaissance au travail (23 % c. 19 %). Il en est de même chez les 25 à 44 ans (23 % c. 20 %) et les 45 à 64 ans (23 % c. 19 %) (figure 24.2a).
- Au Québec, on observe une variation significative selon l'âge chez les hommes, mais pas chez les femmes. Parmi les travailleurs masculins, ceux de 65 ans et plus sont, en proportion, moins nombreux à rapporter n'avoir qu'un niveau faible de reconnaissance au travail (11 %) en comparaison de ceux de chacun des autres groupes d'âge (figure 24.2a).
- Selon les données de l'EQSP, aucun territoire de la Côte-Nord ne se démarque significativement du reste du Québec ou de la région (figure 24.2b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les personnes classées au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail sont beaucoup plus susceptibles de mentionner avoir peu de reconnaissance que celles catégorisées au niveau faible ou moyen (Côte-Nord : 42 % c. 14 %; Québec : 41 % c. 17 %).
- Les individus qui ont songé sérieusement à s'enlever la vie⁴ au cours des 12 mois précédant l'enquête sont plus nombreux, en proportion, à penser que leur travail est faiblement reconnu que ceux qui n'y ont pas songé (Côte-Nord : †† 39 % c. 17 %; Québec : 37 % c. 20 %).
- Pour leur part, travailleurs qui mentionnent avoir subi du harcèlement psychologique au cours des 12 derniers mois sont plus susceptibles de juger recevoir un faible niveau de reconnaissance au travail que ceux qui ne vivent pas de harcèlement. C'est le cas, autant pour qui en ont subi une seule fois ou de temps en temps (Côte-Nord : 35 % c. 13 %; Québec : 35 % c. 16 %), que ceux qui en ont subi souvent ou très souvent (Côte-Nord : 58 % c. 13 %; Québec : 56 % c. 16 %).

1 L'indicateur est construit à partir de quatre questions posées aux personnes ayant répondu « Oui » à la question portant sur l'occupation d'un ou de plusieurs emploi(s) rémunéré(s). Elles visent à mesurer les faibles récompenses au travail, qu'elles soient monétaires (salaire insatisfaisant), sociales (manque d'estime ou de respect) ou organisationnelles (insécurité d'emploi ou faibles perspectives de promotion). Elles étaient introduites comme suit : « En pensant à votre travail (principal), dites-moi si vous êtes fortement en désaccord, en désaccord, d'accord ou fortement d'accord avec chacun des énoncés suivants : ». A) Ma sécurité d'emploi est faible; B) Vu tous mes efforts et réalisations, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail; C) Vu tous mes efforts et réalisations, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes; D) Vu tous mes efforts et réalisations, mon salaire est satisfaisant. Le niveau faible de reconnaissance au travail correspond à un score global égal ou supérieur à 3. Le niveau de reconnaissance est inconnu pour les personnes qui ont une valeur manquante à au moins une des quatre questions. Voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et coll. « Proportion des travailleurs exposés à un niveau faible de reconnaissance au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSP : 9.33), Version de septembre 2016, p. 1-2. À noter que les individus en vacances, en congé parental, en congé de maladie incluant les accidents de travail, en grève ou en lock-out au moment de l'enquête sont considérés comme des travailleurs.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 Excluant celles qui ont tenté de se suicider.

Importance et enjeux⁵

- Les contraintes organisationnelles de travail mesurées au cycle 2014-2015 de l'EQSP incluent les exigences psychologiques, l'autorité décisionnelle, le soutien des collègues, le soutien du supérieur immédiat, la tension au travail (job-strain), la reconnaissance et le harcèlement psychologique au travail.
- Les risques psychosociaux auxquels sont exposés certains travailleurs peuvent nuire à leur santé mentale et physique. Les travailleurs qui sont exposés à une faible reconnaissance au travail sont davantage à risque de rapporter de la détresse psychologique, des symptômes dépressifs, ainsi qu'une perception négative de leur état de santé.

5 Voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et coll. « Proportion des travailleurs exposés à un niveau faible de reconnaissance au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.33), Version de septembre 2016, p. 1.

FICHE 24.3 SOUTIEN AU TRAVAIL¹

Figure 24.3a : Travailleurs exposés à un niveau faible ou modéré de soutien au travail de la part des collègues selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré à salaire, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

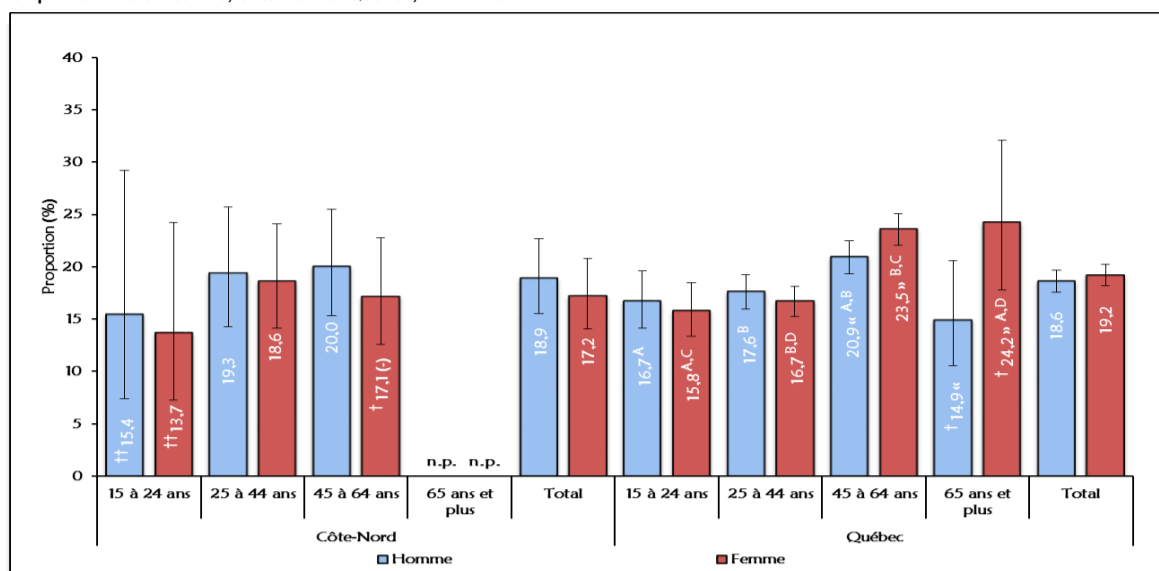
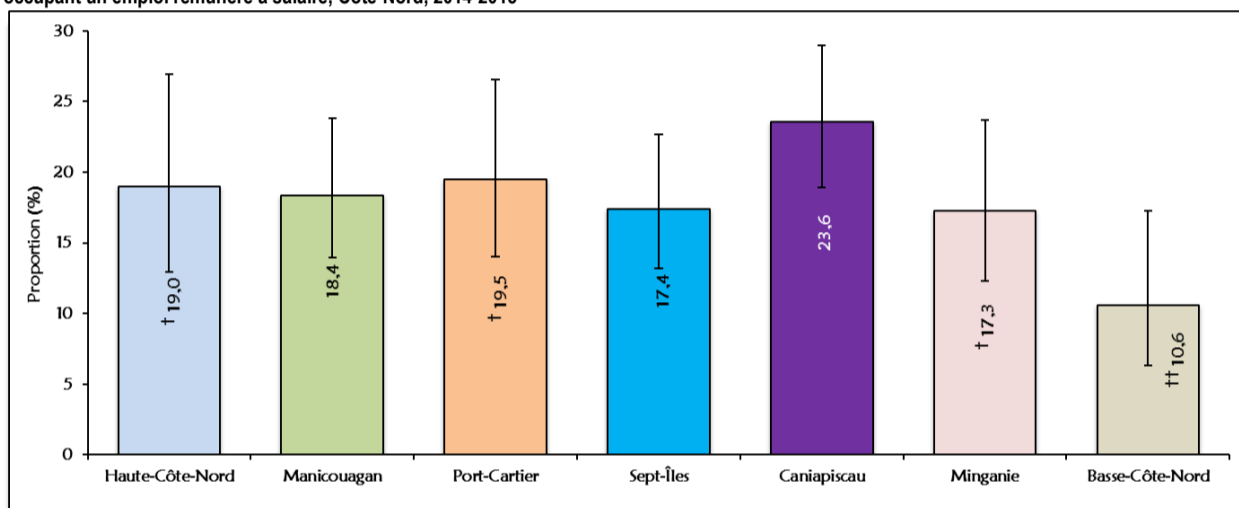


Figure 24.3b : Travailleurs exposés à un niveau faible ou modéré de soutien au travail de la part des collègues selon le RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré à salaire, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

A, B, C, D Pour chacun des sexes de l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

En 2014-2015

- Sur la Côte-Nord, environ 19 % des hommes et 17 % des femmes ont un niveau faible ou modéré de soutien au travail de la part de leurs collègues. Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, l'enquête ne fait pas ressortir de différence significative en regard du reste du Québec (figure 24.3a).
- Les données ne révèlent pas une différence statistique entre les sexes dans la région. Au Québec, les femmes de 45 à 64 ans et sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir un niveau faible ou modéré de soutien au travail (24 % c. 21 %). Il en est de même chez les 65 ans et plus (†24 % c. †15 %) (figure 24.3a).
- Au Québec, on observe une variation significative selon l'âge. Parmi les travailleurs salariés masculins, ceux de 15 ans à 24 ans et de 25 à 44 ans sont, en proportion, moins nombreux à se retrouver dans la catégorie « niveau faible à modéré » de soutien reçu (17 % et 18 % respectivement) en comparaison de ceux âgés de 45 à 64 ans (21 %). Chez les femmes, la proportion observée chez les 15 à 24 ans (16 %) s'avère significativement plus faible que les proportions enregistrées parmi les travailleuses salariées de 45 à 64 ans (24 %) et celles de 65 ans et plus (†24 %). De même, ce phénomène se révèle moins fréquent chez les femmes de 25 à 44 ans (17 %) que chez les salariées plus âgées (figure 24.3a).
- Selon les données de l'EQSP, aucun territoire de la Côte-Nord ne se démarque significativement du reste du Québec ou de la région (figure 24.3b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Les personnes classées au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail sont beaucoup plus susceptibles d'avoir un niveau faible ou modéré de soutien de la part des collègues que celles catégorisées au niveau faible ou moyen (Côte-Nord : 30 % c. 16 %; Québec : 34 % c. 16 %).
- Le fait de percevoir comme faible ou modéré son soutien au travail est aussi plus répandu chez les salariés qui estiment que leur travail comporte un niveau élevé d'exigences psychologiques⁴ en comparaison de leurs collègues qui évaluent comme modéré ou faible ce niveau d'exigences (Côte-Nord : 25 % c. 16 % et 13 % respectivement; Québec : 25 % c. 17 % et 15 % respectivement).
- Les travailleurs exposés à un niveau faible ou modéré de soutien au travail de la part des collègues sont proportionnellement plus nombreux chez ceux qui ont songé sérieusement à s'enlever la vie⁵ au cours des 12 mois précédant l'enquête que parmi ceux qui ne rapportent pas d'idées suicidaires sérieuses (Côte-Nord : †† 33 % c. 18 %; Québec : 33 % c. 18 %).

1 L'indicateur est construit à partir de deux questions posées aux personnes ayant répondu « Oui » à la question portant sur l'occupation d'un ou de plusieurs emploi(s) rémunéré(s) et ayant répondu « salarié » à la question portant sur le type de travail. Les travailleurs autonomes, les consultants, les pigistes, les travailleurs indépendants ou les entrepreneurs sont donc exclus. Les questions étaient introduites comme suit : « En pensant à votre travail (principal), dites-moi si vous êtes fortement en désaccord, en désaccord, d'accord ou fortement d'accord avec chacun des énoncés suivants : ». A) Mes collègues facilitent l'exécution de mon travail; B) À mon travail, j'ai l'impression de faire partie d'une équipe. Les répondants qui sont en désaccord ou fortement en désaccord avec au moins une des deux questions ont un faible niveau de soutien au travail de la part des collègues. Le niveau de soutien est inconnu pour les personnes qui ont une valeur manquante à au moins une des deux questions. Voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et coll. « Proportion des travailleurs salariés exposés à un niveau faible ou modéré de soutien au travail de la part des collègues (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSP : 9.29), Version de novembre 2016, p. 2.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 L'indice relatif aux exigences psychologiques mesure la quantité de travail, les exigences mentales et les contraintes de temps auxquelles le travailleur doit faire face. Cet indice est construit à partir de cinq questions. Ne pas confondre avec l'indice de détresse psychologique liée au travail. Dans un premier temps, l'indice de détresse psychologique mesure un ensemble d'émotions négatives à l'aide de six questions. Dans un deuxième temps, une autre question est destinée à déterminer si cette détresse psychologique est complètement, partiellement ou pas du tout reliée au travail.

5 Excluant celles qui ont tenté de se suicider.

Importance et enjeux⁶

- Les contraintes organisationnelles de travail mesurées au cycle 2014-2015 de l'EQSP incluent les exigences psychologiques, l'autorité décisionnelle, le soutien des collègues, le soutien du supérieur immédiat, la tension au travail (job-strain), la reconnaissance et le harcèlement psychologique au travail.
- Le soutien des collègues mesure l'esprit d'équipe et le degré de cohésion dans le groupe de travail et l'importance de l'aide et de l'assistance donnée par les autres dans l'accomplissement des tâches.
- Certaines situations de travail, par exemple, une situation de tension au travail (des exigences psychologiques élevées et une faible autonomie au travail) ou un manque de reconnaissance au travail représentent un risque pour la santé mentale et physique des travailleurs.
- Plusieurs études démontrent que ces situations sont aggravées en cas de faible soutien de la part des collègues.

⁶ Voir : TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et coll. « Proportion des travailleurs salariés exposés à un niveau faible ou modéré de soutien au travail de la part des collègues (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.29), Version de novembre 2016, p. 1.

FICHE 25.1 CONTRAINTES PHYSIQUES EN MILIEU DE TRAVAIL¹

Figure 25.1a : Niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

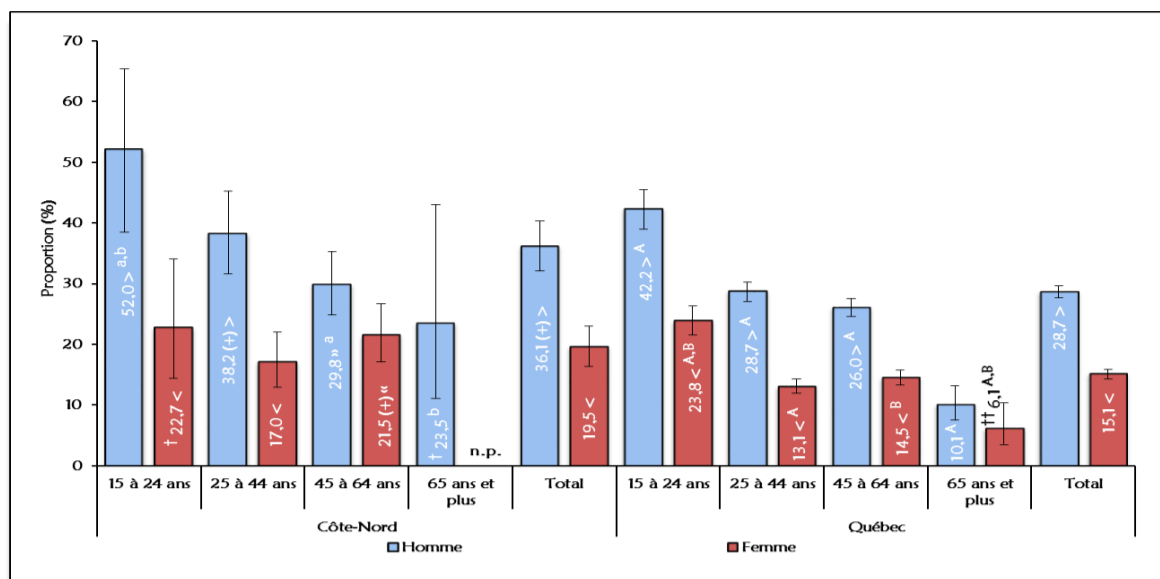
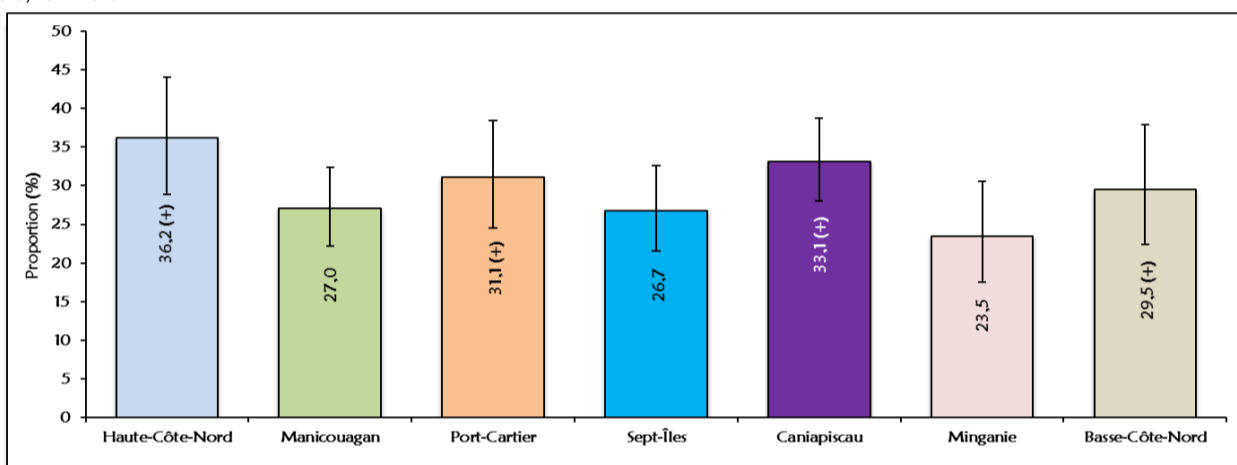


Figure 25.1b : Niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail selon le RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

a, b Chez les hommes de l'ensemble de la Côte-Nord, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.
A, B Pour chacun des sexes de l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

En 2014-2015

- Chez les travailleurs de la Côte-Nord, plus du tiers (36 %) des hommes sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques dans leur milieu de travail. Cette proportion surpasse significativement celle enregistrée chez les autres hommes québécois (environ 29 %). Par contre, la situation des travailleuses nord-côtières s'apparente, au plan statistique, à celle observée chez les autres femmes du Québec (19 % c. 15 %) (figure 25.1a).
- Les données nord-côtières montrent que les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à être confrontés à ce niveau de contraintes physiques (36 % c. 19 %). C'est aussi le cas dans les groupes d'âge entre 15 et 64 ans. Au Québec, dans l'ensemble, le niveau élevé de contraintes physiques au travail est aussi plus répandu chez les hommes que chez les femmes, sauf chez les 65 ans et plus où l'écart entre les sexes n'est pas significatif (figure 25.1a).
- Aucune association significative avec l'âge n'est détectée chez les femmes de la Côte-Nord. Du côté des hommes, toutes proportions gardées, les travailleurs de 15 à 24 ans sont plus nombreux à subir des contraintes physiques élevées (52 %) que ceux de 45 à 64 ans (30 %) et ceux de 65 ans et plus (23 %). Au Québec, la proportion d'hommes confrontés à cette situation diminue de manière significative avec l'avancée en âge (de 42 %, chez les 15 à 24, ans à 10 % chez les 65 ans et plus). Un niveau élevé de contrainte physique est plus répandu chez les femmes de 15 à 24 ans (24 %) que chez celles des autres catégories d'âge (figure 25.1a).
- Selon les données de l'EQSP, on dénombre proportionnellement plus de travailleurs exposés à un niveau élevé de contraintes physiques dans leur milieu de travail en Haute-Côte-Nord et dans les RLS de Port-Cartier, de Caniapiscou et celui de la Basse-Côte-Nord que dans le reste du Québec. Aucun territoire ne se démarque toutefois du reste de la région nord-côtière (figure 25.1b).

Variations selon certaines autres caractéristiques (données non illustrées)

- Au regard du secteur d'activité économique, les données nord-côtières montrent que la proportion de travailleurs exposés à un niveau élevé de contraintes physiques est plus forte dans le secteur primaire⁴ (36 %) ainsi que dans ceux de la construction (48 %) et de la fabrication (40 %) que dans le secteur des services (24 %). Aucune différence significative n'est détectée entre les secteurs d'activité économique sur la Côte-Nord. Au Québec, cette proportion s'avère plus élevée dans le secteur primaire (53 %) et celui de la fabrication (55 %) que dans les secteurs de la fabrication (36 %) et des services (17 %).
- Les travailleurs qui rapportent avoir ressenti, dans les 12 mois précédant l'enquête, des troubles musculo-squelettiques liés à leur emploi principal actuel, à au moins une région corporelle, sont plus susceptibles que les autres de rapporter un niveau élevé de contraintes physiques au travail (Côte-Nord : 41 % c. 23 %; Québec : 34 % c. 18 %).

1 Voir : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 20 : Contraintes physiques en milieu de travail », p. 181-183. « L'indicateur du niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail est basé d'abord sur cinq questions posées aux personnes de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré au moment de l'enquête qui portent sur la fréquence d'exposition à certaines situations au travail (...) (effectuer des gestes répétitifs à l'aide des mains ou des bras ; fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou des équipements ; manipuler sans aide des charges lourdes ; subir des vibrations provenant d'outils à main ; subir des vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol). Les choix de réponse à ces questions sont : « Jamais », « De temps en temps », « Souvent » et « Tout le temps ». Une sixième question (...) détermine combien de temps la personne travaille en position debout : « jamais », « le ¼ du temps », « la ½ du temps », « les ¾ du temps » ou « tout le temps ». Une septième question (...) est posée aux personnes qui travaillent les ¾ du temps ou plus en position debout sur la possibilité de s'asseoir pendant le travail. Les choix de réponse sont : « Position debout avec possibilité de s'asseoir à volonté », « Position debout avec possibilité de s'asseoir à l'occasion » et « Position debout sans possibilité de s'asseoir ». Le niveau élevé de contraintes physique correspond à un score total égal ou supérieur à 7 ; voir : BEAUVAIS, Brigitte, Renée DUFOUR, Maude DUMONT et coll. « Répartition des travailleurs selon le niveau de contraintes physiques en milieu de travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSP : 9.16), Version de septembre 2016, p. 2.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 Agriculture, pêche, exploitation forestière et minière.

Importance et enjeux

- Les contraintes ergonomiques (contraintes posturales, mouvements répétitifs, transport d'objets lourds) entraînant des surcharges physiques dans l'accomplissement du travail sont particulièrement présentes dans les secteurs d'activités primaires.
- Selon les données de la CNESST, pour la Côte-Nord il y a environ 17 000 travailleurs dans les groupes prioritaires devant bénéficier de services préventifs. Ceci signifie qu'en fonction d'une proportion minimale de 36%, il y aurait plus de 6 000 travailleurs exposés à ce type de contrainte.
- De 2009 à 2013, sur la Côte-Nord, 2 783 nouveaux cas de santé liés au travail ont été déclarés et acceptés par la CNESST pour indemnisation.
- De 2009 à 2013, 2009 nouveaux cas de troubles musculo-squelettiques ont été déclarés et acceptés par la CNESST pour indemnisation.
- Selon une étude de l'IRSSST, les coûts globaux par accidents professionnels étaient de 32 848\$ pour la période 2005-2007. La même étude indique que les mouvements corporels ou la posture sont les agents causant des lésions professionnels qui engendrent le plus de coûts par année (851 M\$). (IRSSST, étude R-769, 2014, « Les coûts des lésions professionnelles au Québec 2005-2007 »).
- Les coûts globaux incluent les coûts humains (61 %), la productivité perdue (33 %), les frais médicaux (5 %), autres (1 %).
- Selon l'EQSP 2014-2015, la population de la Côte-Nord présente un taux d'obésité (26 %), de surplus de poids⁵ (65 %), de sédentarité⁶ (43 %) et de personnes situées au niveau élevé à l'échelle détresse psychologique (femmes : 30 %; hommes : 21 %)⁷ pouvant aggraver l'impact des contraintes physiques sur la santé.

PISTES POUR L'ACTION

- Instaurer une démarche promotionnelle du type entreprise en santé en lien avec l'activité physique, la saine alimentation et la gestion des risques psychosociaux.
- Identifier les sources d'exposition et évaluation du niveau de risques à la santé.
- Offrir des services d'évaluation des postes en santé au travail.
- Information aux travailleurs et aux employeurs sur les effets à la santé, les niveaux d'exposition et les mesures de prévention individuelles et collectives.
- Soutien au milieu de travail quant au contrôle et à l'élimination du risque.

5 Embonpoint + Obésité.

6 Au regard des activités physiques de loisir. La sédentarité correspond à une pratique d'activité physique de loisir inférieure à une fois par semaine au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête.

7 Personnes se classant au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique de Kessler. Cet indice ne constitue pas une mesure clinique de la détresse psychologique. Par conséquent, on ne peut l'employer établir la prévalence de la détresse psychologique de l'ensemble d'une population. Son utilité repose sur le fait qu'il permet d'estimer, au sein de divers groupes de personnes, la proportion de celles qui vivent certains symptômes affectifs dont le nombre et la fréquence peuvent engendrer des impacts négatifs dans différents domaines de leur vie.

FICHE 25.2 SURDITÉ ATTRIBUABLE AU TRAVAIL¹

Figure 25.2a : Surdité attributable au travail selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

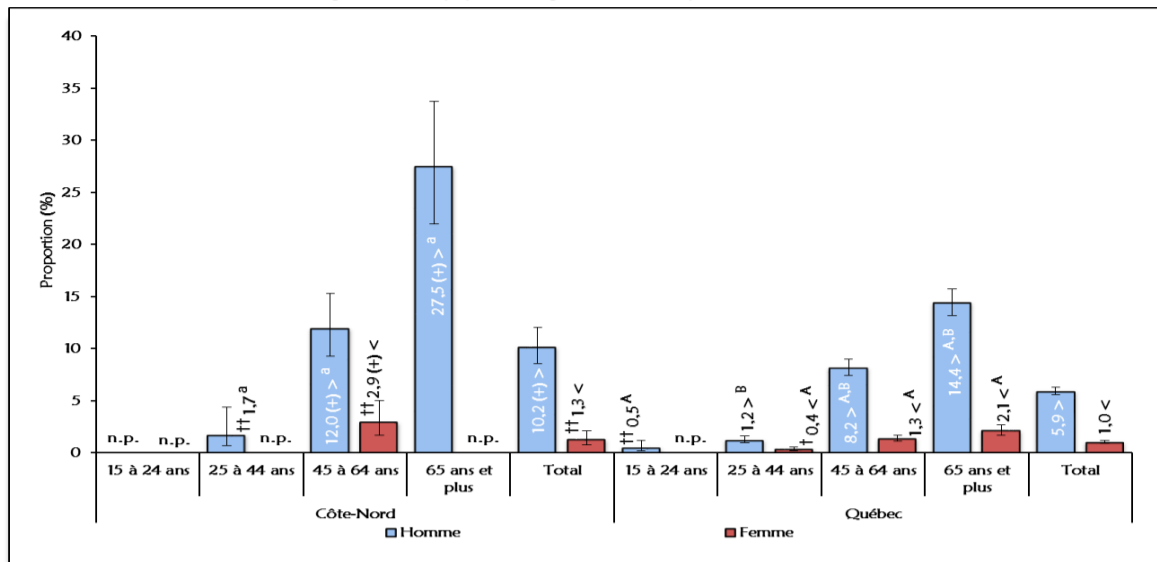
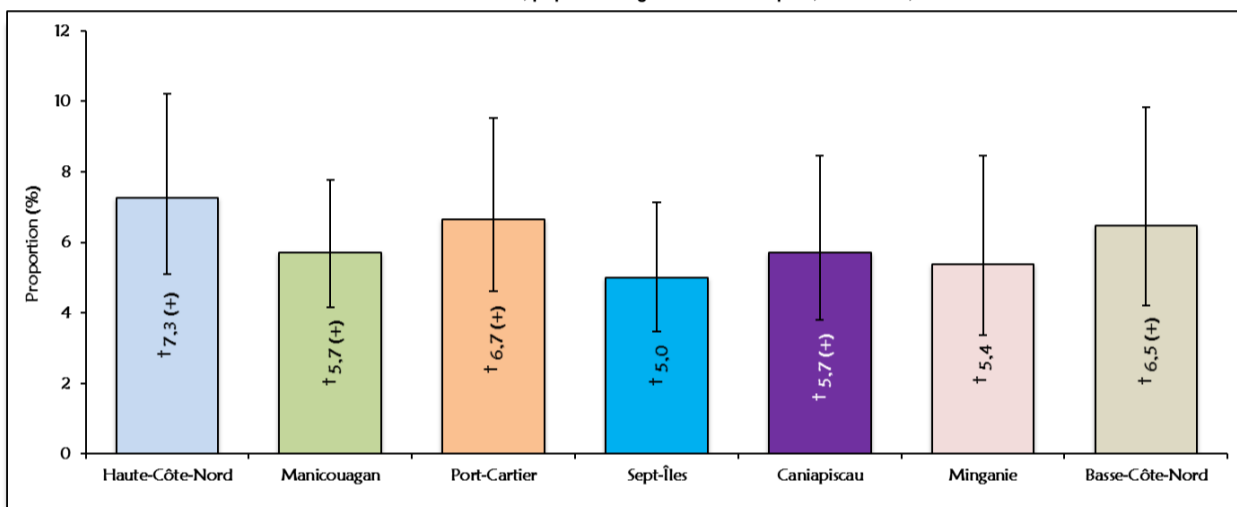


Figure 25.2b : Surdité attributable au travail selon le RLS de r sidence³, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

a Chez les hommes de l'ensemble la Côte-Nord, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

A,B Pour chacun des sexes de l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

En 2014-2015

- Sur la Côte-Nord, environ 10 % des hommes et environ †1,3 % des femmes de 15 ans et plus sont atteints de surdité ou éprouvent de la difficulté à entendre en raison de l'exposition au bruit au travail. La proportion observée chez les hommes nord-côtiers surpasse significativement celle enregistrée chez les autres hommes québécois (environ 6 %). Par contre, la situation des femmes nord-côtières s'apparente, au plan statistique, à celle observée chez les autres Québécoises (†1,3 % c. 1,0 %) (figure 25.2a).
- Les données montrent que les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à être confrontés à ce problème de santé attribuable au travail (Côte-Nord : 10 % c. †1,3 %; Québec : 6 % c. 1,0 %) (figure 25.2a).
- Chez les hommes nord-côtiers de 25 ans et plus, on constate que la proportion de ceux atteints de surdité ou qui éprouvent de la difficulté à entendre en raison de l'exposition au bruit croît avec l'âge. Celle-ci passe de †1,7 % chez les 25 à 44 ans à 27 % chez les 65 ans et plus. Toutes proportions gardées, les hommes nord-côtiers âgés de 65 ans et plus sont presque deux fois plus nombreux que ceux du même âge dans le reste du Québec à éprouver ces difficultés (27 % c. 14 %). Au Québec, on note aussi une croissance significative selon l'âge à partir de 25 ans chez les deux sexes, mais elle s'avère moins marquée chez femmes (figure 25.2a).
- Selon les données de l'EQSP, on dénombre proportionnellement plus de personnes atteintes de surdité attributable au travail dans presque tous les territoires nord-côtiers que dans le reste du Québec. Font exception les RLS de Sept- les et le RLS de Minganie où la situation s'avère similaire à celle du reste du Québec. Aucun territoire ne se démarque significativement du reste de la région nord-côtière (figure 25.2b).

Variation selon le niveau de scolarité (données non illustrées)

- Sur la Côte-Nord, comme au Québec, la proportion de personnes souffrant de surdité attributable au travail est plus importante chez les personnes moins scolarisées. Sur la Côte-Nord, elle se situe à près de 9 % chez ceux qui n'ont pas de diplôme secondaire en regard de †1,7 % chez les diplômes universitaires (Québec : 6 % c. 1,4 %).

1 Voir : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 22 : Surdité attributable au travail dans la population », p. 189-190. Puisque la surdité peut s'être développée à la suite d'un travail pr c dent, l'indicateur concerne l'ensemble de la population de 15 ans et plus et non seulement les personnes occupant un emploi rémunéré au moment de l'enquête. Pour la même raison, ces auteurs mentionnent que la recherche d'associations avec les caractéristiques du travail actuel est inappropriée. L'indicateur repose sur une réponse positive à deux questions posées aux répondants ayant développé une surdité ou ayant de la difficulté à entendre après l'âge de 15 ans : A) « Avez-vous déjà dit   un médecin ou à un autre professionnel de la santé que votre surdité ou votre difficulté à entendre était liée à l'exposition au bruit au travail ? » B) « Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a déjà dit que votre surdité ou difficulté à entendre était liée à l'exposition au bruit au travail ? » On retrouve plus de détails sur la construction de l'indicateur dans : TREMBLAY, Isabelle, Pierre DESHAIES, Amélie FUNÈS et coll. « Proportion de la population souffrant de surdité attributable au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSP : 21.3), Version de septembre 2016, p. 2-3.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

Importance et enjeux⁴

- La surdité professionnelle réfère à une atteinte auditive permanente principalement causée par une exposition au bruit en milieu de travail. Elle s'installe le plus souvent progressivement en raison d'une exposition chronique au bruit.
- Après une dizaine d'années d'exposition régulière au bruit intense (supérieure à 85 dBA), une perte d'audition mesurable par un audiogramme apparaît aux fréquences de 3 000 à 6 000 Hz (le travailleur est habituellement asymptomatique). Une perte d'audition qui devient incapacitante se manifeste par une difficulté à comprendre une conversation (difficulté d'écoute et de communication) dans des circonstances normales, surtout en présence de bruit ambiant.
- Les données d'enquêtes populationnelles permettent d'avoir un état de situation plus complet que les données administratives telles celles provenant de la CNESST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail), puisque celles-ci se limitent uniquement aux réclamations déposées par les travailleurs et acceptées par la CNESST.
- Selon les données de la CNESST, de 2009 à 2013 il y a eu 724 nouveaux cas de surdité professionnelle déclarés et acceptés par la CNESST pour indemnisation pour les travailleurs nord-côtiers. Une étude de l'IRSST (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail) indique que les coûts globaux des lésions professionnelles reliées au bruit seraient de 154 264 2467\$ par lésion.

PISTES POUR L'ACTION

- Identification des sources d'exposition au bruit dans les milieux de travail identifiés comme prioritaires par la CNESST et évaluation du risque.
- Information aux travailleurs et aux employeurs sur les effets à la santé du bruit, leur exposition professionnelle et les mesures préventives individuelles et collectives à mettre en place.
- Instaurer des activités de surveillance médicale (questionnaire spécifique et audiogramme) permettant de connaître le niveau d'atteinte auditive et de référer le travailleur pour indemnisation et réadaptation.
- Soutien au milieu de travail pour le contrôle ou l'élimination du bruit dans le milieu de travail.

⁴ Les trois premiers paragraphes sont tirés de : TREMBLAY, Isabelle, Pierre DESHAIES, Amélie FUNÈS et coll. « Proportion de la population souffrant de surdité attribuable au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSP : 21.3), Version de septembre 2016, p. 1.

FICHE 25.3 TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES¹

Figure 25.3a : Travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord et Québec, 2014-2015²

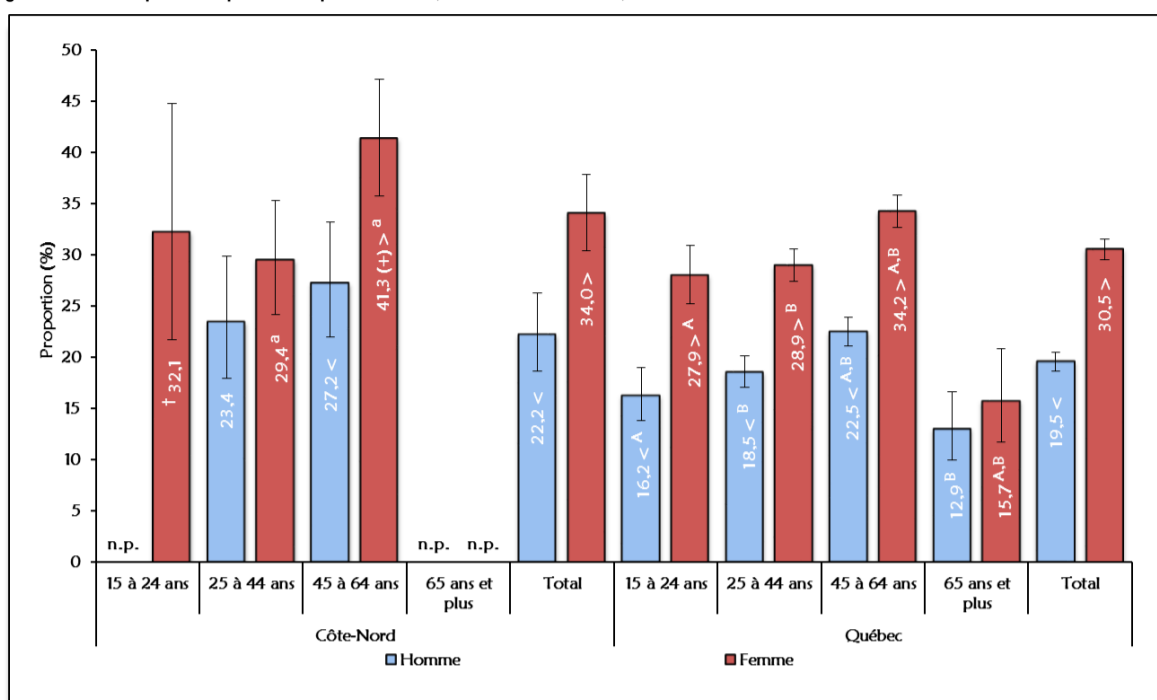
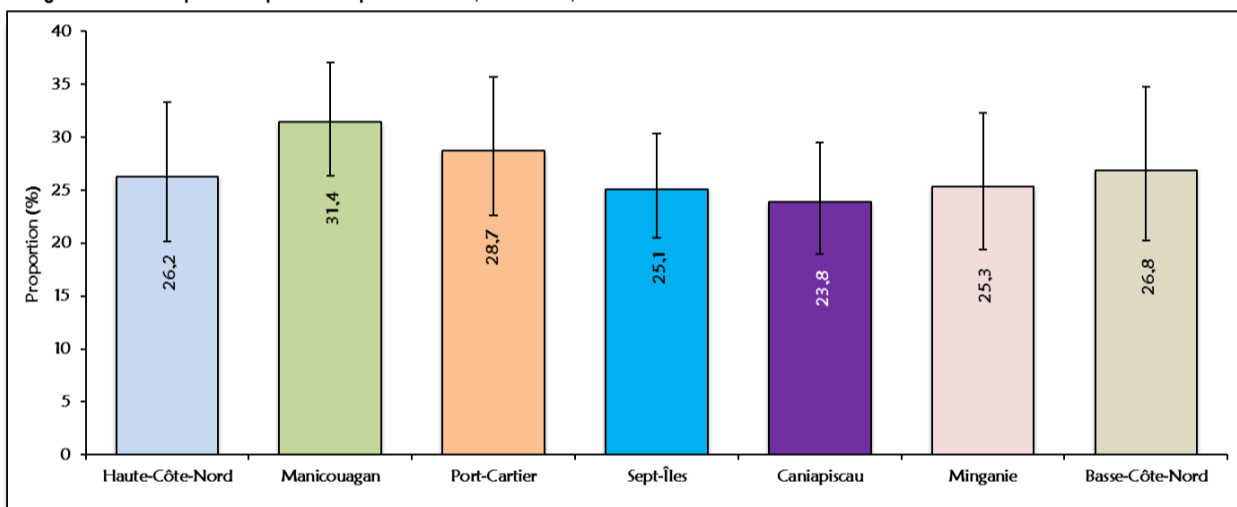


Figure 25.3b : Travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois selon le RLS de résidence³, population âgée de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Côte-Nord, 2014-2015²



Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

a Chez les femmes de l'ensemble de la Côte-Nord, la même en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

A,B Pour chacun des sexes de l'ensemble du Québec, la même lettre en exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 5 %.

En 2014-2015

- Chez les travailleurs de la Côte-Nord, environ un homme sur cinq (22 %) et près de une femme sur trois (34 %) ont souffert de troubles musculo-squelettiques non traumatiques (qui ne résultent pas d'un accident) liés au travail dans les 12 mois précédant l'enquête (figure 25.3a).
- Tous âges confondus, les données révèlent que ces troubles sont plus courants chez les femmes que chez les hommes (Côte-Nord : 34 % c. 22 %; Québec : 31 % c. 20 %). Dans la région, on note aussi un écart significatif entre les femmes et les hommes parmi les travailleurs âgés de 45 à 64 ans (41 % c. 27 %) mais pas chez les 25 à 44 ans (29 % c. 23 %). Au Québec, la différence entre les sexes s'avère significative dans tous les groupes d'âge de moins de 65 ans (figure 25.3a).
- L'enquête ne permet pas de déceler une variation statistique selon l'âge chez les hommes nord-côtiers. Dans le cas des travailleuses nord-côtères, ces malaises se révèlent plus fréquents chez les 45 à 64 ans que chez les 25 à 44 ans (41 % c. 29 %). Dans l'ensemble du Québec, ils sont plus répandus parmi les travailleurs de 45 à 64 ans que chez ceux de tous les autres d'âge, et ce, à la fois pour les femmes et pour les hommes (figure 25.3a).
- Aucun territoire ne se démarque significativement du reste du Québec ou de la région nord-côtère (figure 25.3b).

Variations selon d'autres caractéristiques (données non illustrées)

- Sur la Côte-Nord, la présence de ces maux ne varie pas significativement selon le niveau de scolarité. Au Québec, ils sont cependant plus répandus chez ceux qui ont une scolarité inférieure à un diplôme d'études secondaires (29 %) ou chez les détenteurs d'un diplôme d'études secondaires (28 %) en comparaison des travailleurs qui détiennent un diplôme d'études collégiales (25 %) ou universitaires (21 %).
- À l'instar du Québec, les travailleurs nord-côtiers exposés à un niveau élevé de contraintes physiques⁴ dans leur milieu de travail sont plus susceptibles d'avoir ressenti des troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés au travail dans les 12 mois antérieurs à l'enquête (40 %) que les travailleurs déclarant un niveau modéré (27 %), un niveau faible (22 %) ou ceux qui n'ont pas de contraintes physiques (16 %).

1 Troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés à l'emploi principal actuel ayant dérangé la personne dans ses activités quotidiennes au cours des 12 derniers mois. Voir : CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Chapitre 22 : Troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail », p. 185-188. Cet indicateur est construit à partir de plusieurs questions posées aux personnes occupant un emploi au moment de l'enquête. Ces questions concernent des douleurs importantes ressenties à quatre parties du corps (cou, dos, membres supérieurs et membres inférieurs) qui ont dérangé les personnes durant leurs activités quotidiennes, le lien entre ces douleurs et l'emploi actuel et l'origine de ces douleurs (accident de travail ou non). On retrouve plus de détails sur la construction de l'indicateur dans : LANGLOIS, Mathieu, France TISSOT, Annick DES CORMIERS et coll. « Proportion des 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 (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (No de fiche EQSP : 9.24), Version de mai 2017, p. 1-2.

2 Voir la page intitulée « Signes conventionnels », p. 9, pour obtenir la signification des symboles utilisés en regard de certaines valeurs.

3 Les territoires de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan ne forment qu'un seul RLS, soit celui de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan depuis juin 2013.

4 La définition de cet indicateur est expliquée à la fiche 25.1 : Contraintes physiques en milieu de travail.

Importance et enjeux

- Les troubles musculo-squelettiques représentaient, en 2000, 38 % des lésions professionnelles et entraînaient plus de 40 % des déboursés de la CNESST soit 500 M\$ (Publication de la CNESST, TMS, « Ça coûte cher à tout le monde », feuillet 2 p.)
- Les principaux secteurs d'activité économique affectés par les TMS et présents sur la Côte-Nord sont : les services médicaux et sociaux, le transport, l'enseignement, les mines et la forêt. Ceci explique en partie la prédominance de ces atteintes chez les femmes.
- Durant la période 2009-2013, sur la Côte-Nord, 2 009 nouveaux cas de TMS ont été déclarés et acceptés par la CNESST pour indemnisation.
- Certains facteurs de risques tels que les risques psychosociaux peuvent accroître les probabilités de développer des TMS.
- Les vibrations segmentaires (main-bras) et les vibrations au corps entier sont des facteurs de risque de ce type de lésions.
À titre d'exemple les travailleuses des poissonneries, exposés au froid et au mouvement répétitif des bras et des poignets associés à une station debout prolongée cumulent de nombreux facteurs de risques associés au TMS (maux de dos, syndrome du tunnel carpien, tendinite des épaules).

PISTES POUR L'ACTION

- Implantation d'une approche type entreprise en santé pour la prise en charge des facteurs contributifs tels que le surpoids, la sédentarité et les contraintes psychosociales.
- Identification des situations à risque et évaluation du niveau de risque.
- Offrir des services d'évaluation des postes à risque en santé au travail.
- Information aux travailleurs et aux employeurs concernant les effets à la santé, les niveaux d'exposition et les mesures préventives individuelles et collectives à mettre en place.
- Soutien au milieu de travail quant au contrôle et à l'élimination des facteurs de risque.

CONCLUSION GÉNÉRALE¹

Le bilan de santé et de bien-être de la population nord-côtière révèle des constats encourageants :

- Un bilan encourageant pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (cœur).
- Les Nord-Côtiers connaissent encore une espérance de vie à la naissance inférieure à celle des autres québécois; toutefois elle continue de s'allonger. L'espérance de vie des Nord-Côtiers (incluant celle des 65 ans et plus) augmente plus rapidement qu'ailleurs au Québec.
- Un recul significatif de l'usage de la cigarette par rapport à 2008 chez les 15 ans et plus.
- La grande majorité de la population nord-côtière de 15 ans et plus s'estime satisfaite de sa vie sociale. Un fort sentiment d'appartenance caractérise la région.
- La majorité des jeunes du secondaire jugent pouvoir compter sur un niveau élevé de soutien social dans leur environnement familial et de la part de leurs amis.
- Pour l'hygiène buccodentaire chez les jeunes du secondaire de la Côte-Nord, l'habitude de se brosser les dents au moins deux fois par jour est plus courante dans la région que dans le reste du Québec. Cette bonne habitude se traduit par une diminution importante du nombre de dents cariées.
- Les partenaires sont engagés envers la santé de sa population.

Cependant, ce document montre aussi des aspects défavorables de l'état de santé de notre population par rapport à celle du Québec :

- Le taux de prise en charge de la DPJ est très élevé par rapport au reste du Québec.
- Le taux de mortalité pour l'ensemble des cancers et par cancer du poumon est plus élevé, notamment en lien avec le tabagisme des années 80-90.
- En 2014-2015, en proportion, le diabète et l'hypertension sont des maladies chroniques plus fréquentes chez les hommes et les femmes de la région. Un facteur de risque important de ces maladies est relié entre autres à la consommation des boissons sucrées chez les Nord-Côtiers.
- En 2014-2015, on dénombre davantage de Nord-Côtiers et de Nord-Côtières ayant un surplus de poids (embonpoint + obésité) que dans le reste de la population québécoise chez les 18 ans et plus.

Au regard des habitudes de vie :

- Les données de l'EQSJS 2010-2011 montrent que la consommation du cannabis est assez répandue chez les jeunes du secondaire. Tous niveaux scolaires confondus, près du tiers (32 %) déclarent avoir pris du cannabis au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête. Il s'agit d'une proportion supérieure à celle du reste du Québec (25 %).
- Malgré que l'EQSP montre une baisse appréciable du taux de tabagisme en 2014-2015 chez les 15 ans et plus en regard de 2008 (de 29 % à 23 %), il n'en demeure pas moins que l'on dénombre encore davantage de fumeurs quotidiens et occasionnels sur la Côte-Nord que dans le reste du Québec (19 %). La consommation excessive d'alcool est aussi un enjeu dans la région.
- Le taux d'infections transmissibles sexuellement est toujours préoccupant, ainsi que les grossesses à l'adolescence.

¹ La conclusion est tirée et adaptée de : DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CÔTE-NORD (2018). *Rapport du directeur de santé publique sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord*. Baie-Comeau, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, 1^{er} trimestre 2018, p. 52-53.

Des défis pour le réseau de la santé et des services sociaux :

- Couplé à l'allongement de l'espérance de vie, le vieillissement de la population de la Côte-Nord laisse entrevoir une hausse probable de la prévalence des problèmes de santé liés à l'âge, dont les maladies chroniques, qui risquent de mobiliser encore davantage les ressources du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux. C'est le cas notamment des cancers, des maladies chroniques, comme le diabète, l'hypertension et le cancer, de même que des maladies dégénératives comme la maladie d'Alzheimer et les autres troubles connexes.
- La santé des jeunes de la région est garantie en grande partie de leur santé future. Une concertation régionale à l'intérieur du CISSS, notamment par la Table Santé et Qualité de vie, est nécessaire pour déterminer les services à offrir aux jeunes afin d'agir sur les déterminants de leur bien-être.
- Le travail est un milieu de vie privilégié pour rejoindre les adultes de la région. Le défi de pouvoir offrir nos services en collaboration avec les employeurs est un moyen d'action à développer et prometteur.

Des solutions déjà en place ... d'autres à venir :

Le CISSS Côte-Nord a déjà mis en place plusieurs projets novateurs afin de cibler les problèmes prioritaires de santé publique :

- 5 cliniques d'activité physique incluant des cours de groupes et consultations individuelles gratuites pour les gens ayant un surplus de poids;
- Programme « Entreprise en forme » offert gratuitement aux entreprises de la région soucieuses de la santé et du bien-être de leurs employés;
- Création de la Table Santé et Qualité de vie pour agir en partenariat sur les saines habitudes de vie et le développement social et des communautés, notamment la santé des jeunes (incluant la réussite éducative) et des aînés;
- Ententes sectorielles de développement avec les MRC afin de travailler ensemble sur les problématiques locales et impliquer les acteurs susceptibles d'avoir le plus d'impact sur la santé de leurs citoyens;
- Planification d'un projet intégré de soins pour les jeunes de 12-25 ans;
- Mémoire régional sur la légalisation du cannabis et préparation contre l'épidémie de décès associés au fentanyl;
- Un plan d'action concerté en prévention du suicide qui cible plusieurs stratégies;
- La formation davantage d'intervenants pour offrir les services de type « centre d'abandon tabagique » et counselling;
- L'implication du CISSS dans les instances et regroupements ciblant certains groupes cibles (autochtones en milieu urbain, 0-5 ans, table des aînés, etc.).

Des actions prometteuses sont à venir avec plusieurs politiques gouvernementales et plans d'actions gouvernementaux qui donnent de nouveaux leviers rassembleurs.

L'état de santé et de bien-être de la population est tributaire d'un ensemble de facteurs qui ne se limitent pas uniquement aux caractéristiques personnelles des individus. Le maintenir et l'améliorer demande un effort collectif et l'action sur de multiples stratégies reconnues efficaces, avec une intensité suffisante, est nécessaire. Il importe de prioriser dans les prochaines années la prévention afin de permettre à tous d'atteindre leur plein potentiel.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

Publications diverses :

APRIL, Nicole, Claude BÉGIN, Réal MORIN et autres (2010). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*, Institut national de santé publique (Direction du développement des individus et des communautés), publication n° 1087, 102p.

BALIUNAS, Dolly, Jayadeep PATRA, Jürgen REHM et autres (2007). « Maladies et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques », dans *Maladies chroniques au Canada*, Vol. 27, N° 4, p. 168-177.

BERGERON, Pascale, Mélanie ALBERTO, Alexandra AUCLAIR et autres (2013). *Agir ensemble pour prévenir les problèmes liés au poids : Optimiser nos pratiques; Réduire les inégalités sociales de santé; Promouvoir le développement durable*, Institut national de santé publique du Québec, 47 p.

CAMIRAND, Hélène, Francine BERNÈCHE, Linda CAZALE (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 205 p.

CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p.

DEMERS, Marc-André. « Marché du travail », dans *Bulletin statistique régional, Édition 2017 : Côte-Nord*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 4^e trimestre 2017, p. 10-14.

GAGNON, Roxanne, Louis ROCHETTE, Céline PLANTE (2017). Cadre de qualité des données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec. Rapport méthodologique. Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2^e trimestre 2017, 38 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 98 p.

KESSLER, R.C., G. ANDREWS, L.J. COLPE et autres, 2002. « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress », *Psychological Medicine*, vol. 32, p.959-976]

LADOUCEUR, Stéphane, Pierre CAUCHON, Sophie DESFOSSÉS et autres. *Revenu disponible : Bulletin Flash* (Édition 2015), Québec, Institut de la statistique du Québec, 1^{er} trimestre 2016, 9 p.

LADOUCEUR, Stéphane, Pierre CAUCHON, Sophie DESFOSSÉS et autres. *Revenu disponible : Bulletin Flash* (Mars 2017), Québec, Institut de la statistique du Québec, 1^{er} trimestre 2017, 11 p.

Le BODO, Yann, Chantal BLOUIN, Nathalie DUMAS, Philippe De WAL, Johanne LAGÜE et coll. (2016). *Comment faire mieux? L'expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité*, Institut national de santé publique du Québec, 355 p.

LESAGE, A. et V. ÉMOND. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », dans *Surveillance des maladies chroniques*, n° 6, Institut national de santé publique, 2012.

MILLAR, W.J., T. K. Young. « Tracking diabetes : prevalence, incidence and risk factors », dans *Health Reports*, 2003, 14(3), p. 35-47.

PICA, Lucille A., Issouf TRAORÉ, Francine BERNÈCHE et autres (2012). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Tome 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 258 p.

PICA, Lucille A., Issouf TRAORÉ, Hélène CAMIRAND et autres (2013). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*, Tome 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 141 p.

Zhou Z., D. Hu et J. Chen. « Association between obesity indices and blood pressure or hypertension : which index is the best ? », dans *Public Health Nutrition* 2009, 12(8), p. 1061-1071

Fiches-indicateurs de l'Infocentre de santé publique du Québec (Institut national de santé publique du Québec) :

BEAUVAIS, Brigitte, Renée DUFOUR, Maude DUMONT et autres. « Proportion des travailleurs ayant une latitude décisionnelle faible au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.2), version de septembre 2016.

BEAUVAIS, Brigitte, Renée DUFOUR, Maude DUMONT et autres. « Répartition des travailleurs selon le niveau de contraintes physiques en milieu de travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.16), version de septembre 2016.

BEAUVAIS, Brigitte, Renée DUFOUR, Maude DUMONT et autres. « Proportion des 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 (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.24), version de mai 2017.

BEAUVAIS, Brigitte, Renée DUFOUR, Maude DUMONT et autres. « Proportion de la population se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 15.1), version de novembre 2016.

BEAUVAIS, Brigitte, Renée DUFOUR, Maude DUMONT et autres. « Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 16.2), version de septembre 2016.

BERNIER, Sylvie, Julie BOULAIS, Véronique BOITEAU et autres. « Proportion de fumeurs actuels de cigarettes chez les élèves du secondaire (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 7.1), version d'avril 2017.

BERNIER, Sylvie, Julie BOULAIS, Véronique BOITEAU et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 8.3), version d'avril 2017.

BERNIER, Sylvie, Julie BOULAIS, Véronique BOITEAU et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant pris 5 consommations ou plus d'alcool dans une même occasion au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 8.4), version d'avril 2017.

BLAIS, Claudia, Céline PLANTE et autres. « Prévalence de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de janvier 2017.

BLAIS, Claudia, Céline PLANTE et autres. « Taux d'incidence de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de janvier 2017.

BOITEAU, Véronique, Suzanne GINGRAS, Marie-Claude PAQUETTE et autres. « Répartition des élèves du secondaire selon le statut pondéral (EQSJS) », (N° fiche EQSJS 4.1), version d'avril 2017.

BOITEAU, Véronique, Suzanne GINGRAS, Bertrand NOLIN, et autres. « Répartition des élèves du secondaire selon le niveau d'activité physique de loisir et de transport durant l'année scolaire (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 5.1), version d'avril 2017.

BOITEAU, Véronique, Mathieu LANGLOIS, Annick DES CORMIERS et autres. « Proportion des élèves du secondaire se situant à un niveau élevé à l'indice d'efficacité personnelle globale (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec, (N° de fiche EQSJS : 13.3), version d'avril 2017.

BOURASSA, Annie, Yves PÉPIN, Simone PROVENCHER et autres. « Prévalence du cancer selon le siège », Institut national de santé publique du Québec, version de juin 2015.

DORVAL, Danièle, Monique LALONDE, Stéphanie TREMBLAY et autres. « Proportion de la population consommant au moins une sorte de boisson sucrée, une fois par jour ou plus (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 20.1), version de septembre 2016.

DORVAL, Danièle, Nathalie RATÉ, Stéphanie TREMBLAY et autres. « Proportion des élèves du secondaire consommant quotidiennement au moins une boisson sucrée, des grignotines ou des sucreries (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 3.5), version d'avril 2017.

DORVAL, Danièle et autres. « Répartition de la population selon la langue maternelle (Recensement) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche Recensement : 3.1), version d'avril 2014.

DOUCET, Marie-Ève et autres. « Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de janvier 2017.

DOUCET, Marie-Ève et autres. « Taux d'incidence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de janvier 2016.

ÉQUIPE DU PORTRAIT DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DE SES RÉGIONS 2006. « Proportion de la population présentant une consommation excessive d'alcool une fois par mois ou plus au cours des 12 derniers mois », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche ESCC : 33), version de mars 2016.

ÉQUIPE DU PORTRAIT DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DE SES RÉGIONS 2006. « Proportion de la population selon le niveau d'activité physique de loisir (ESCC) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche ESCC : 50), version de mars 2016.

ÉQUIPE DU PORTRAIT DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DE SES RÉGIONS 2006. « Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon les grands regroupements de diagnostics », Institut national de santé publique, version de juin 2015.

ÉQUIPE DU PORTRAIT DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DE SES RÉGIONS 2006. « Taux d'incidence du cancer selon le siège », Institut national de santé publique du Québec, version de juin 2015.

FRIGAULT, Louis-Robert, Mathieu LANGLOIS, Benoit LASNIER et autres. « Proportion de fumeurs actuels de cigarettes (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 10.3), version de novembre 2016.

KRÖGER, Edeltraut, Éric PELLETIER, Louis ROCHETTE et autres. « Prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 40 ans et plus (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de novembre 2016.

KRÖGER, Edeltraut, Éric PELLETIER, Louis ROCHETTE et autres. « Taux d'incidence de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 40 ans et plus (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de novembre 2016.

LANGLOIS, Mathieu, Susan STOCK, France TISSOT et autres. « Proportion des travailleurs se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique liée à leur emploi principal actuel (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 15.2), version de juillet 2017.

LANGLOIS, Mathieu, Bertrand NOLIN, Annick DES CORMIERS et autres. « Répartition de la population selon le niveau d'activité physique de loisir et de transport au cours des quatre dernières semaines (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 19.1), version de janvier 2017.

LANGLOIS, Mathieu, France TISSOT, Annick DES CORMIERS et autres. « Proportion des 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 (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.24), version de mai 2017.

LECLERC, Pascale, Sylvie BERNIER, Véronique BOITEAU et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant pris consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 9.3), version d'avril 2017.

LECLERC, Pascale, Brigitte BEAUVAIS, Renée DUFOUR et autres. « Proportion de consommateurs de drogues au cours des 12 derniers mois (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 11.5), version de septembre 2016.

MARTINEZ, Jérôme, Jonathan ATHOT, Suzanne GINGRAS et autres. « Répartition des principales causes de décès », Institut national de santé publique du Québec, version de juin 2015.

PLANTE, Céline, Isabelle LAROCQUE et autres. « Prévalence du diabète pour la population d'un an et plus (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de janvier 2017.

PLANTE, Céline, Isabelle LAROCQUE et autres. « Taux d'incidence du diabète pour la population d'un an et plus (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de janvier 2017.

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Marthe DESCHESNES et autres. « Proportion des élèves du secondaire se situant à un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec, (N° de fiche EQSJS : 12.1), version d'avril 2017.

RICHARD, Mario, Hélène RIBERDY, Véronique BOITEAU et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant reçu au moins un diagnostic médical d'anxiété, de dépression ou d'un trouble de l'alimentation (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec, (N° de fiche EQSJS : 12.3), version d'avril 2013.

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Marthe DESCHESNES et autres. « Proportion des élèves du secondaire se situant à un niveau faible à l'échelle d'estime de soi (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec, (N° de fiche EQSJS : 13.1), version d'avril 2017.

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et autres. « Proportion des élèves du secondaire présentant au moins un comportement d'agressivité directe (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 14.2), version d'avril 2017.

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et autres. « Proportion des élèves du secondaire présentant au moins un comportement d'agressivité indirecte (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 14.3), version d'avril 2017.

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant eu au moins une manifestation de conduite imprudente ou rebelle au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 14.4), version d'avril 2017.

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant commis au moins un acte de conduite délinquante au cours des 12 derniers mois (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 14.5), version d'avril 2017

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIER et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant un soutien social élevé dans leur environnement scolaire (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 15.2), version d'avril 2017.

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIERS et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant été victime de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation durant l'année scolaire (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 15.4), version d'avril 2017.

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIER et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant un soutien social élevé dans leur environnement familial (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 16.2), version d'avril 2017.

RICHARD, Mario, Véronique BOITEAU, Annick DES CORMIER et autres. « Proportion des élèves du secondaire ayant un soutien social élevé de leurs amis (EQSJS) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSJS : 17.1), version d'avril 2017.

ROCHETTE, Louis, Alain LESAGE et autres. « Prévalence des troubles mentaux pour la population d'un an et plus (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de janvier 2016.

ROCHETTE, Louis, Alain LESAGE et autres. « Répartition du profil d'utilisation des services de santé mentale dans la population d'un an et plus atteinte de troubles mentaux (SISMACQ) », Institut national de santé publique du Québec, version de février 2016.

TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et autres. « Proportion des travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.26), version de septembre 2016.

TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et autres. « Proportion des travailleurs salariés exposés à un niveau faible ou modéré de soutien au travail de la part des autres collègues (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.29), version de novembre 2016.

TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et autres. « Proportion des travailleurs vivant de la tension au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.30), version de juillet 2017.

TREMBLAY, Isabelle, Amélie FUNÈS, Mathieu LANGLOIS et autres. « Proportion des travailleurs exposés à un niveau faible de reconnaissance au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 9.33), version de novembre 2016.

TREMBLAY, Isabelle, Pierre DESHAIES, Amélie FUNÈS et autres. « Proportion de la population souffrant de surdité attributable au travail (EQSP) », Institut national de santé publique du Québec (N° de fiche EQSP : 21.3), version de septembre 2016.

