

L'état de **santé** et de **bien-être** de la **population**

de la Gaspésie et
des Îles-de-la-Madeleine

Évolution

Situation actuelle

Comparaison avec le Québec



L'état de **santé**
et de **bien-être**
de la **population**

de la Gaspésie et
des Îles-de-la-Madeleine

Réalisation et rédaction du document :

Nathalie Dubé, agente de recherche sociosanitaire

Traitement et analyse des données :

Claude Parent, agent de recherche sociosanitaire

Contribution spécifique :

Maltraitance, troubles de comportement
et jeunes contrevenants :

Chantal Cloutier, attachée de direction,
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles

Linda Keating, directrice de la protection de la
jeunesse, Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles

Michel Laflamme, analyste responsable de
l'informatique, Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles

Mammographie : Wilber Deck, médecin-conseil,
Direction de santé publique

Environnement physique : Marie Chagnon,
agente de planification, Direction de santé publique

Révision du contenu :

Christian Bernier, M.D., directeur régional
de santé publique

Christiane Paquet, coordonnatrice en
santé communautaire

Révision linguistique et orthographique :

Claudine Lamontagne, secrétaire

Conception graphique :

Azentic

Impression :

Imprimerie des Anses

Photographie de la page couverture :

Office du Tourisme et des Congrès de Gaspé

Référence suggérée :

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé
et de bien-être de la population de la Gaspésie et
des Îles-de-la-Madeleine. Évolution, situation
actuelle, comparaison avec le Québec*. Direction de
santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2007,
103 pages

Production et diffusion :

Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-
Madeleine
205-1, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W5
Tél. : 418 368-2443

Ce document est disponible sur le site Web de
l'Agence de la santé et des services sociaux de la
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
(www.agencesss11.gouv.qc.ca)


Note au lecteur :

La forme masculine utilisée dans le texte désigne,
lorsqu'il y a lieu, autant les hommes que les femmes
et n'est utilisée qu'aux seules fins d'alléger le texte.

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 10 : 2-923129-34-2
13 : 978-2-923129-34-1



« Le chiffre est un être délicat, sensible, qui, soumis à la torture, se livre à des aveux conformes au désir de son bourreau. Mais dès qu'il est remis en liberté, il se rétracte, maintenant intactes les vérités qu'il renferme... »

Alfred Sauvy, 1977¹

Mot du directeur régional de santé publique

Une autre fois dans son histoire, notre système de santé et de services sociaux a connu une transformation majeure au cours des dernières années, laquelle s'est notamment traduite par la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les CSSS ont maintenant la responsabilité, en collaboration avec leurs partenaires, d'élaborer et de mettre en œuvre un projet clinique, c'est-à-dire un ensemble de services et d'interventions visant à répondre aux besoins sociosanitaires de leur population et en tenant compte des particularités de celle-ci.

C'est dans ce contexte que la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a entrepris la mise à jour des données les plus récentes sur la santé et le bien-être de la population de chacun des territoires de CSSS et de la région dans son ensemble. Je suis donc heureux de vous présenter aujourd'hui le fruit de ce travail qui, je l'espère, saura soutenir, stimuler et outiller les CSSS et leurs partenaires dans la définition de leur projet clinique, mais aussi tous les intervenants et organismes, quels qu'ils soient, préoccupés par la santé et le bien-être de la population gaspésienne et madelinienne.

La lecture de ce document met d'abord en évidence une augmentation notable, au cours des dernières décennies, de l'espérance de vie jumelée à une baisse de la mortalité infantile, et ce, au Québec comme partout en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Plusieurs facteurs ont pu contribuer à cette situation dont l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène, les développements de la médecine et plus récemment, les efforts consacrés à la prévention. Néanmoins, certains problèmes persistent et de nouveaux surgissent, dont plusieurs pourraient être évités en agissant sur les facteurs à leur origine. En effet, il faut désormais porter une attention toute particulière aux problèmes psychosociaux qui affectent de plus en plus de personnes au Québec et dans notre région. Qu'on pense seulement aux problèmes d'adaptation sociale dont souffrent plusieurs enfants et adolescents, à la violence et au suicide. Par ailleurs, nous voyons actuellement réapparaître des maladies infectieuses qu'on croyait avoir contrôlées ainsi que l'apparition de nouvelles qui constituent une menace réelle à la santé publique. Également, encore aujourd'hui, plusieurs personnes meurent prématurément d'accidents et de maladies comme les chutes et les cancers qui pourraient pourtant, dans certains cas, être évités.

Ainsi, non seulement faut-il continuer à dispenser des services curatifs de qualité, accessibles, en continuité les uns les autres et répondant aux besoins de nos populations, nous devons plus que jamais intensifier nos efforts de prévention pour réduire les pressions de plus en plus grandes sur notre système, et surtout pour véritablement contribuer à améliorer la santé et le bien-être de la population gaspésienne et madelinienne. Et compte tenu des divers facteurs impliqués dans le développement et l'aggravation des problèmes de santé, il apparaît désormais impossible pour notre système de santé et de services sociaux d'y arriver seul. Je suis d'avis que c'est en unissant nos efforts à ceux des autres secteurs d'activités comme les municipalités, l'éducation, l'économie et l'environnement, que nous parviendrons à faire de nos communautés, des communautés en santé. Voilà l'un des défis qui nous attend au cours des prochaines années et j'invite tous ceux concernés et préoccupés par la santé à travailler à le relever.

Christian Bernier, M.D.
Directeur régional de santé publique

Table des matières

Introduction	9
Coup d’œil rapide sur la population de la région	10
La démographie, la situation socioéconomique	13
La démographie	13
La situation socioéconomique	15
En somme	17
La démographie et la situation socioéconomique dans les territoires locaux.....	18
L’état de santé globale de la population	20
L’espérance de vie	20
La mortalité infantile	22
La perception de sa santé.....	22
Les principaux problèmes de santé déclarés	22
En somme.....	23
L’espérance de vie dans les territoires locaux.....	23
Mauvais départ : Les problèmes de développement et d’adaptation sociale des jeunes	24
Portrait global des enfants et des familles.....	25
La santé des tout-petits.....	27
Les jeunes de 5 à 17 ans et l’école	30
Les grossesses précoces.....	31
La maltraitance infligée aux tout-petits et aux plus vieux	32
Les troubles de comportement et la délinquance juvénile.....	34
En somme.....	35
Les problèmes de développement et d’adaptation sociale des jeunes dans les territoires locaux	36
Quand la tête et le cœur sont touchés : La violence, les troubles mentaux et le suicide	40
La violence conjugale	40
Les agressions sexuelles	42
Les troubles mentaux	42
Le suicide	43
En somme.....	45
Le suicide dans les territoires locaux	45

Les maladies chroniques et leurs déterminants.....	46
Portrait global des maladies chroniques	46
Les maladies circulatoires	49
Les cancers.....	50
Les maladies respiratoires.....	54
Le diabète.....	54
Les déterminants aux maladies chroniques.....	55
Le tabagisme	55
La sédentarité.....	57
L'alimentation	58
L'obésité et l'embonpoint.....	60
Cumul des facteurs de risque individuels	62
L'environnement physique	62
En somme.....	63
Les maladies chroniques dans les territoires locaux.....	64
Les blessures accidentelles : Prévisibles !.....	67
Portrait global des blessures accidentelles	67
Les accidents de transport.....	68
Les chutes accidentelles	71
En somme.....	72
Les blessures accidentelles dans les territoires locaux.....	73
Les maladies infectieuses : Des gains majeurs mais la vigilance s'impose encore.....	75
Portrait global des maladies infectieuses.....	76
Les maladies évitables par l'immunisation de base	77
Les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)	77
Les hépatites virales.....	77
Les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire	78
Les maladies d'origine hydrique ou alimentaire	78
Les zoonoses et les maladies transmissibles par vecteur	78
Comparaison avec le Québec.....	80
En somme.....	80
Qu'advient-il de la santé des aînés ?.....	81
La situation démographique des aînés	81
Les conditions de vie des aînés	83
Les habitudes de vie, l'obésité et l'embonpoint, et la consommation de médicaments chez les aînés	85
L'état de santé des aînés	88
En somme	91
La santé des aînés dans les territoires locaux.....	92
Conclusion.....	94
Notes méthodologiques.....	96
Les sources de données	96
L'analyse des données	99
Références bibliographiques	100

Introduction

La santé est un concept complexe qui a évolué au fil des ans et qui ne peut désormais plus se réduire à l'absence de maladie comme c'était le cas il y a à peine quelques décennies.

Aujourd'hui la santé se définit plutôt comme « *la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer, d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie*² ».

Selon cette définition, mesurer la santé implique donc qu'il faille tenir compte non seulement de la présence de maladies physiques mais aussi des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux comme la violence, la délinquance et les retards scolaires. Autant de problèmes ou maladies pour lesquels les informations ne sont pas toujours disponibles et quand elles le sont, elles comportent parfois de telles limites qu'elles rendent leur interprétation difficile. Par ailleurs, la mesure et la compréhension de la santé d'une population ne sauraient se restreindre à l'addition des résultats provenant d'indicateurs de santé car, ce faisant, ce sont les multiples contextes et environnements dans lesquels évoluent les individus qu'on négligerait et donc une part importante de ce qui contribue à la santé et au bien-être d'une population.

Mesurer la santé est donc une entreprise de taille et le présent document ne prétend aucunement y parvenir totalement. Simplement, nous sommes d'avis qu'en présentant les données les plus à jour sur différents indicateurs démographiques, socioéconomiques, de santé physique, mentale et sociale, en examinant l'évolution des indicateurs au cours des dernières décennies, en comparant la situation de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine à celle du Québec et en abordant

quelques-uns des facteurs associés au développement des principaux problèmes de santé et de bien-être, ce document permettra aux personnes préoccupées par la santé de la population de la région d'alimenter et d'enrichir leur discussion et réflexion. C'est à tout le moins l'objectif que nous poursuivons en présentant *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine*. Plus précisément, le document se divise en neuf parties*, soit :

1. Coup d'œil rapide sur la population de la région
2. La démographie, la situation socioéconomique
3. L'état de santé globale de la population
4. Mauvais départ : les problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes
5. Quand la tête et le cœur sont touchés : la violence, les troubles mentaux et le suicide
6. Les maladies chroniques et leurs déterminants
7. Les blessures accidentelles : prévisibles!
8. Les maladies infectieuses : des gains majeurs mais la vigilance s'impose encore
9. Qu'advient-il de la santé des aînés?

Précisons ici que dans l'esprit d'alléger le texte, nous présentons seulement à la fin du document (voir la section Méthodologie) les sources de données que nous avons utilisées pour documenter les divers indicateurs de ce portrait. Ainsi, nous ne les mentionnerons pas à chaque fois dans le texte, ni sous les figures ni sous les tableaux. Le lecteur trouvera aussi à cette section sur la méthodologie, des informations sur les analyses et les tests statistiques effectués sur les données. Précisons finalement que le chiffre 1 à la fin des titres de figures ou de tableaux signifie qu'un test statistique a été fait pour vérifier la signification statistique de différences entre les résultats locaux ou régional et ceux du Québec.

Ceci dit, nous débutons en jetant un rapide coup d'œil sur la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

* Les titres des parties 4, 5 et 7 sont tirés du *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé* (MSSS, 2005).

Coup d'œil rapide sur la population de la région

Le portrait de santé produit dans ce document porte sur l'ensemble de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. En 2006, 94 681 personnes habitent la région dont environ 14 700 à Gaspé, 13 000 aux Îles-de-la-Madeleine, 8 000 à Chandler, 7 000 à Sainte-Anne-des-Monts, 4 000 à Carleton, 3 800 à New Richmond, 3 500 à Grande-Rivière, 3 500 à Percé et 3 300 à Paspébiac, les municipalités les plus peuplées.

	Gaspésie– Îles-de-la-Madeleine	Québec
Démographie		
Population totale (2006)	94 681 hab.	7 603 083 hab.
0-14 ans	12 787 hab.	1 234 603 hab.
15-24 ans	11 016 hab.	957 983 hab.
25-44 ans	22 367 hab.	2 160 683 hab.
45-65 ans	31 610 hab.	2 179 893 hab.
65 ans et plus	16 901 hab.	1 069 921 hab.
Pourcentage des 65 ans et plus (2006)	17,9 %	14,1%
Perspectives démographiques (variation 2026/2006)	↓ 14,8 %	↑ 6,3 %
Pourcentage des 65 ans et plus (2026)	36,3 %	24,4 %
Socioéconomie		
Pourcentage sans DES ou diplôme d'école de métiers 25 ans et + (2001)	48,9 %	31,3 %
Taux d'emploi (2005)	41,6 %	60,1 %
Revenu personnel par habitant (2003)	19 029 \$	27 507 \$
État de santé globale		
Espérance de vie (2001-2003) ¹		
• Femmes	82,6 ans	82,1 ans
• Hommes	76,3 ans	76,7 ans
Mortalité infantile (1999-2003) (p. 1 000) ¹	5,5	4,7

Gaspésie–
Îles-de-la-Madeleine

Québec

Problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes

Pourcentage de naissances prématurées (2001-2003) ¹	8,1 %	7,5 %
Taux de fécondité chez les 15-19 ans (2001-2003) (p. 1 000) ¹	14,4	12,5
Pourcentage de jeunes entrant au secondaire avec un retard de cheminement scolaire (2004-2005) ¹	20,6 % +	16,0 %
Taux de jeunes pris en charge par le centre jeunesse (2005-2006) (p. 1 000) en raison de :		
• négligence, abus ou abandon ¹	19,2 +	16,2
• troubles de comportement ¹	9,4 +	4,4

Violence et suicide

Taux de crimes envers les femmes en contexte conjugal (2005) ¹	410,4	430,8
Taux ajusté de décès par suicide (1999-2003) ¹	21,2	18,6

Maladies chroniques et déterminants

Taux ajusté de décès par cancers (1999-2003) ¹	255,9 +	230,7
Taux ajusté de décès par maladies circulatoires (1999-2003) ¹	212,0 –	226,4
Taux ajusté de décès par maladies respiratoires (1999-2003) ¹	42,9 –	48,7
Taux ajusté de décès en raison du diabète (1999-2003) ¹	24,9	23,0
Taux ajusté de décès pour les quatre maladies chroniques (1999-2003) ¹	535,7	528,8
Taux ajusté d'incidence du cancer (1998-2002) ¹	504,8 +	472,2
Fumeurs réguliers 15 ans et + (2003) ¹	24,9 %	21,6 %
Sédentarité 18 ans et + (2003) ¹	30,1 % +	26,3 %
Consommation de moins de cinq fruits et légumes par jour 12 ans et + (2003) ¹	50,4 % –	54,9 %
Obésité 18 ans et + (2003) ¹	16,5 %	14,1 %
Embonpoint 18 ans et + (2003) ¹	37,7 %	33,2 %

Blessures accidentelles

Taux ajusté de décès par accidents de transport (2000-2003) ¹	16,2 +	9,8
• occupants de véhicules hors route	4,1 +	0,7
Taux ajusté de décès par chutes accidentelles (2000-2003) ¹	4,2	3,3

	Gaspésie- Îles-de-la-Madeleine	Québec
Maladies infectieuses		
Taux de déclaration des maladies infectieuses attribuables à un agent infectieux (2002-2005) ¹	224,4 -	337,5
La santé des aînés		
Pourcentage bénéficiant du Supplément de revenu garanti (2005)	73 %	49 %
Pourcentage ayant un niveau très élevé de soutien social (2000-2001) ¹	45,1 % +	35,8 %
Fumeurs réguliers (2003) ¹	11,2 %	10,8 %
Sédentaires (2003) ¹	41,9 % +	33,6 %
Obésité et embonpoint (2003) ¹	54,8 %	52,9 %
Consommation d'au moins trois médicaments différents (2003) ¹	47,0 % -	57,3 %
Espérance de vie à 65 ans (2001-2003) ¹		
• Femmes	86,0 ans +	85,5 ans
• Hommes	81,9 ans	81,8 ans
Espérance de vie en santé à 65 ans (2003)		
• Femmes	81,4 ans	80,5 ans
• Hommes	78,6 ans	78,4 ans
Pourcentage ayant une incapacité (2001)		
• 65 à 74 ans	27,1 %	27,4 %
• 75 ans et plus	49,7 %	51,5 %

Note : À moins d'indication contraire, les taux sont exprimés pour 100 000 habitants.

¹ Un test statistique a été fait pour vérifier la signification statistique de la différence entre la donnée régionale et la donnée provinciale.

+ Taux de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Taux de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

La démographie, la situation socioéconomique

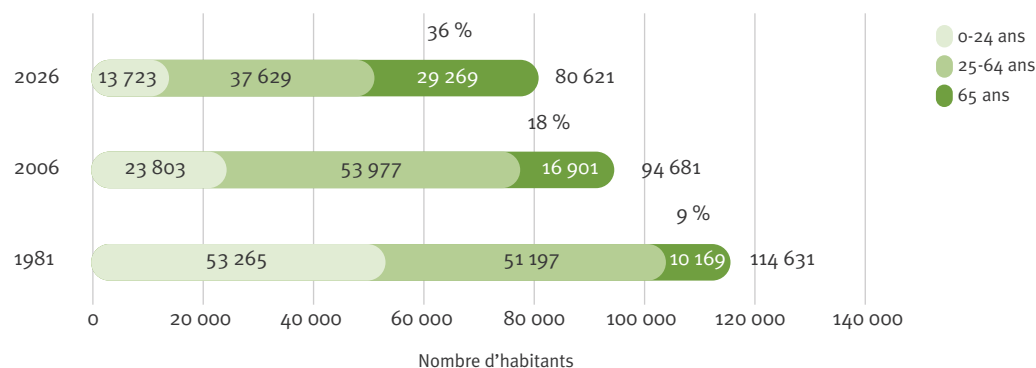
La démographie

Une population en décroissance et vieillissante

Pendant que la population du Québec connaît une croissance démographique depuis les vingt-cinq dernières années, celle de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ne cesse de décroître. En effet, comme l'illustre la figure 1, de 114 631 habitants en 1981, la population régionale est passée à 94 681 en 2006, une baisse qui selon les projections démographiques devrait se maintenir d'ici les vingt prochaines années pour s'établir à 80 621 en 2026. À cette décroissance importante se jumelle un vieillissement accéléré de la population (figure 1). En 1981, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus était de 8,9 % en Gaspésie

et aux Îles. Or, actuellement, 17,9 % de la population est âgée de 65 ans et plus et on prévoit que ce pourcentage sera de 36,3 % en 2026. Un autre point important que montre la figure 1, c'est que non seulement la proportion des aînés progresse, mais leur nombre total aussi, alors qu'à l'inverse les groupes les plus jeunes voient leur nombre diminuer. La population québécoise vieillit aussi, mais à un rythme moins rapide : les aînés représentent 14 % de la population du Québec en 2006 et cette proportion sera de près de 25 % dans vingt ans.

Figure 1 Nombre d'habitants selon les groupes d'âge et pourcentage des 65 ans et plus, Région, 1981, 2006 et 2026

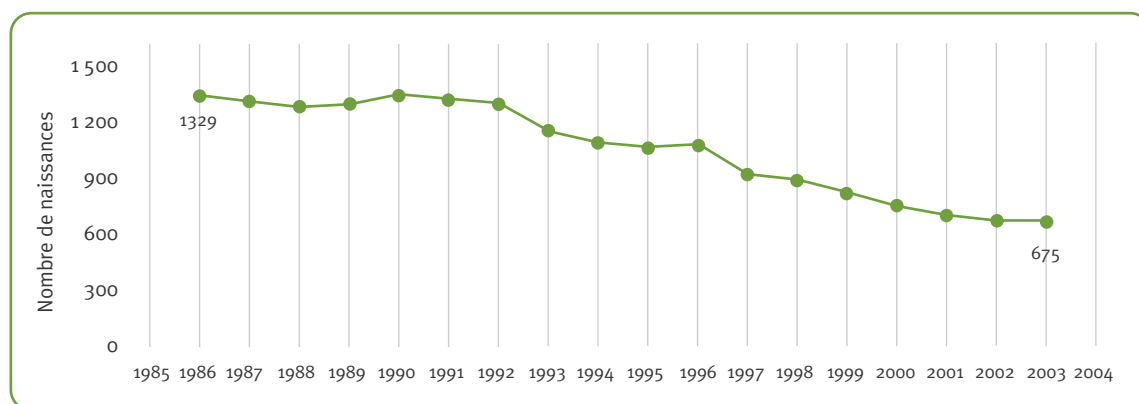


La dénatalité et l'exode des jeunes : deux facteurs expliquant la décroissance et le vieillissement accéléré

De façon générale, trois facteurs influencent fortement la démographie. Il s'agit de la mortalité, de la natalité et des migrations. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, ce sont ces deux derniers facteurs qui expliquent à la fois la décroissance et le vieillissement rapide. En effet, en dépit de l'augmentation constante de l'espérance de vie, le remplacement naturel de la population est hypothéqué par la baisse notable de la fécondité ainsi que par une migration négative,

notamment à cause du départ de plusieurs jeunes. Au chapitre de la fécondité d'abord, alors qu'on enregistrait 1 329 naissances en 1986, seulement 675 nouveau-nés ont vu le jour en 2003, soit une perte nette de 49 % en dix-huit ans (figure 2). Cette dénatalité s'observe aussi à l'échelle de la province mais avec moins d'ampleur, le nombre de naissances ayant diminué de 13 % durant cette période au Québec.

Figure 2 Nombre annuel de naissances, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1986 à 2003



Ainsi, la situation actuelle de la natalité ne permet pas le simple renouvellement de la population. En effet, en 2001-2003, les Québécoises donnent naissance à 1,5 enfant en moyenne dans leur vie et les femmes de la région, à 1,3, alors qu'il faudrait que ce nombre soit d'au moins 2,1 enfants par femme pour assurer le renouvellement de la population. Plusieurs facteurs, culturels, sociaux et économiques, expliquent la baisse généralisée de la fécondité au Québec au cours des dernières décennies, dont :

- Le passage d'une société de production à une société de consommation et de services;
- La diminution de l'influence du clergé sur les décisions familiales en matière de procréation;
- Le renforcement des valeurs individuelles;
- La meilleure prévention des grossesses non désirées et un meilleur accès à l'avortement;

- L'augmentation du niveau de scolarité des femmes et leur participation accrue au marché du travail;
- Un monde du travail mal adapté aux réalités familiales actuelles;
- Le manque d'emplois et la précarité des emplois disponibles avec toute l'instabilité et l'insécurité financières en découlant³.

En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, un autre facteur peut être ajouté à cette liste pour expliquer la baisse de la fécondité, à savoir le départ massif de jeunes en âge de procréer. En effet, 36 % des jeunes qui avaient entre 10 et 19 ans en 1996 ont quitté le territoire entre 1996 et 2006, soit une perte nette de plus de 5 370 jeunes en dix ans (réf. figure 7).

La situation socioéconomique

Les effets délétères des conditions socioéconomiques difficiles sur la santé ne sont plus à démontrer, qu'on pense entre autres au risque plus élevé de problèmes de santé mentale, de maladies chroniques ou d'accidents chez les personnes moins nanties, ou encore au risque accru de négligence, de retard scolaire et de troubles d'adaptation chez les enfants vivant dans les familles les plus défavorisées. De plus, c'est dans les groupes les plus démunis économiquement que l'on trouve les plus hauts taux de décès prématurés⁴. C'est ainsi qu'au Québec, en 2000-2002, les hommes et les femmes les plus défavorisés peuvent espérer vivre 8 ans et 3 ans de moins respectivement que les hommes et les femmes les mieux nantis⁵, ce qui traduit de façon éloquente les inégalités de santé que génère la pauvreté.

La pauvreté compromet en effet l'accès par exemple au logement, à la nourriture et à l'habillement, mais aussi à l'éducation, à la culture et aux savoirs. C'est pourquoi, entre autres choses, les personnes les plus démunies au plan économique adoptent en général des habitudes de vie moins favorables à la santé (tabagisme, alimentation déficiente et sédentarité)⁶. De ce fait, les gens les plus pauvres courent plus de risques de développer une maladie chronique. Mais outre ce lien entre le revenu et les habitudes de vie, le seul fait de ne pas pouvoir compter sur un revenu suffisant augmente le risque de maladies chroniques, indépendamment des habitudes de vie :

« ... les recherches sur le sujet montrent clairement qu'être en bonne santé ne relève pas uniquement des habitudes de vie (tabagisme, alimentation, etc.). En fait, elles disent même que si toute la population adoptait de saines habitudes de vie (une bonne alimentation, pas de tabac, pas d'alcool, etc.), l'espérance de vie globale augmenterait assurément, mais que les différences relatives à l'état de santé persisteraient entre les classes sociales⁷. »

En fait, un revenu suffisant, qui découle bien souvent d'une position supérieure dans la hiérarchie sociale, favorise une bonne santé non seulement parce qu'il permet notamment de mieux manger et de mieux se loger, mais aussi parce qu'il permet davantage de choix, de maîtrise sur sa vie et sa destinée, et de se sentir utile⁸. À l'inverse, ces aspects positifs de la santé sont lourdement hypothéqués par la pauvreté.

Également, les personnes pauvres ont un revenu qui les confine bien souvent à habiter dans des environnements qui les exposent davantage à des risques physiques ou chimiques, par exemple dans des logements où l'air intérieur est de moindre qualité⁹ avec les conséquences néfastes que cela peut entraîner sur leur santé respiratoire et celle de leurs enfants. Les secteurs d'habitation qui leur sont plus accessibles financièrement sont aussi généralement moins sécuritaires, augmentant ainsi leur risque d'être victimes de violence notamment.

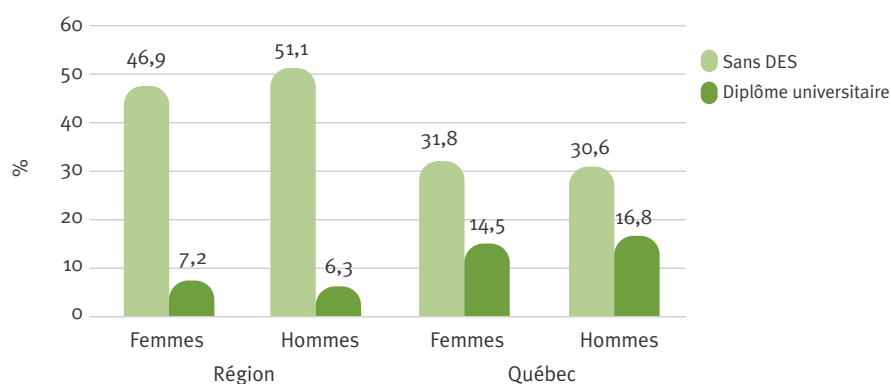
Ce ne sont là que quelques exemples des conséquences négatives de la pauvreté ou des conditions socioéconomiques défavorables sur la santé des individus, des exemples qui montrent néanmoins toute l'importance de travailler à réduire les inégalités socioéconomiques. Cela dit, nous voyons dans ce qui suit la situation socioéconomique actuelle de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine et examinons comment elle a évolué dans les dernières années tout en la comparant à celle du Québec.

Une population de plus en plus scolarisée mais un taux d'emploi demeurant faible

Au Québec, la décennie 90 a été marquée par une amélioration du niveau de scolarité de la population, particulièrement chez les femmes. Bien que la scolarité de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine demeure moins élevée que celle du Québec, des gains ont aussi été observés à ce chapitre de 1991 à 2001. En effet, en 1991, 57 % des personnes de 25 ans et plus de la région ne détenaient aucun diplôme d'études secondaires ni de certificat d'une

école de métiers alors qu'en 2001, cette proportion a diminué pour s'établir à 49 %. Pour la même période, la proportion de la population détenant un grade universitaire (au moins un baccalauréat) passait de 4,9 % à 6,7 %. Comme au Québec, ce sont les femmes qui ont marqué les gains les plus importants en Gaspésie et aux Îles de sorte qu'en 2001, leur niveau de scolarité a même légèrement surpassé celui des hommes (figure 3).

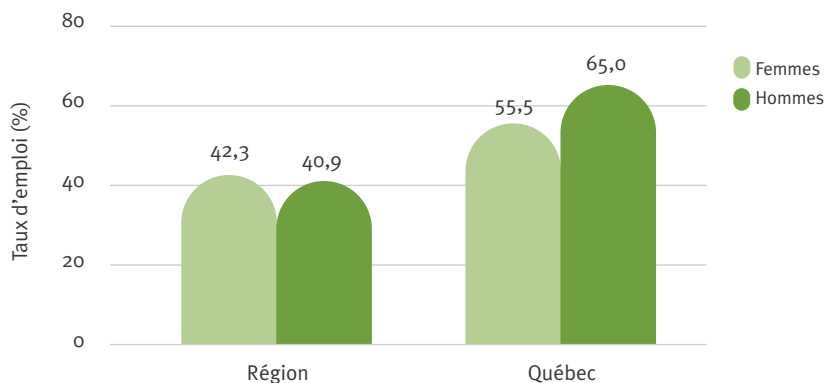
Figure 3 Proportion (en %) des 25 ans et plus sans diplôme d'études secondaires et proportion avec un diplôme universitaire selon le sexe, Région et Québec, 2001



Parallèlement au rehaussement de leur niveau de scolarité, les Gaspésiennes et Madeliniennes sont maintenant un peu plus nombreuses à occuper un emploi rémunéré. En effet, la proportion de travailleuses parmi l'ensemble des femmes de 15 ans et plus est passée de 38 % en 1991 à 42 % en 2005. Pour leur part, les hommes de la région n'ont pas connu d'amélioration à cet égard, au contraire, leur

taux d'emploi a même diminué en passant de 49 % en 1991 à 41 % en 2005. La population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine continue par ailleurs à être défavorisée au plan des indicateurs économiques par rapport à celle du Québec. En 2005, le taux d'emploi des femmes et des hommes demeure nettement inférieur à celui des Québécoises (56 %) et des Québécois (65 %) (figure 4).

Figure 4 Taux d'emploi (en %) chez la population de 15 ans et plus selon le sexe, Région et Québec, 2005



De plus, en mars 2005, 9,6 % de la population de la région est prestataire de l'assistance-emploi (aide sociale) contre 6,8 % au Québec. Ajoutons à cela que le taux de chômage s'élevait à 17,9 % en 2005 contre 8,3 % au Québec. Cette même année, 73 % des

personnes de 65 ans et plus dans la région bénéficiaient du Supplément de revenu garanti (77 % des femmes et 68 % des hommes), une proportion nettement supérieure à celle du Québec : 49 % au total (55 % chez les femmes et 42 % chez les hommes).

Le revenu annuel moyen des résidants de la région est de 30 % inférieur à celui des Québécoises et des Québécois

La situation économique moins favorable de la population régionale que nous venons de décrire brièvement se répercute sur le revenu des individus. En 2003, le revenu annuel par habitant est de 15 232 \$ en

moyenne chez les femmes et de 22 883 \$ chez les hommes, soit un revenu d'environ 30 % inférieur à celui des Québécoises et des Québécois.

Malgré la situation économique difficile et la décroissance importante de la population, la plupart des Gaspésiens et Madelinots ont un fort sentiment d'appartenance à leur communauté et ont un niveau très élevé de soutien social

En 2003, plus de 75 % des gens de la Gaspésie et des Îles ont un sentiment d'appartenance plutôt fort ou même très fort à leur communauté locale, une proportion beaucoup plus élevée que celle obtenue par la population québécoise (56 %).

De la même manière, la Gaspésie et les Îles compte une plus grande proportion de personnes bénéficiant d'un niveau de soutien social très élevé (55 % contre 41 % au Québec), c'est-à-dire des personnes qui ont, en tout temps, quelqu'un pour les écouter et les conseiller en temps de crise, leur donner des

renseignements, quelqu'un à qui elles peuvent se confier et parler, et quelqu'un qui comprend leurs problèmes. Or, il est bien établi que le soutien social joue un rôle de protection lors des moments difficiles que traversent les individus et que les personnes ayant un soutien limité sont en général plus enclines à vivre de la détresse psychologique¹⁰. Dans le contexte démographique et économique difficile qui sévit depuis plusieurs années en Gaspésie et aux Îles, nous ne pouvons que nous réjouir de ces derniers résultats positifs.

En somme

La population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ne cesse de décroître depuis le début des années 80 pendant que la proportion et le nombre de personnes âgées progressent de façon importante principalement en raison de la chute des naissances et de la migration négative qu'elle connaît. Par ailleurs, des gains ont été obtenus depuis le début des années 90 relativement au niveau de scolarité de la population, particulièrement chez les femmes. Le rehaussement de la scolarité chez ces dernières s'est accompagné d'une augmentation de leur taux d'emploi, phénomène que nous n'observons pas chez les hommes. Cela dit, le taux d'emploi, le taux de chômage, le pourcentage de prestataires de l'assis-

tance-emploi, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti sont tous des indicateurs pour lesquels la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine continue à présenter une situation défavorable par rapport au Québec. Cela se traduit notamment par un revenu annuel personnel par habitant de 30 % inférieur à celui des Québécoises et des Québécois. Par ailleurs, les points positifs sont, qu'en dépit du contexte démographique et économique difficile qui sévit en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, les résidants de la région sont plus nombreux en proportion que ceux du Québec à avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale ainsi qu'un niveau très élevé de soutien social.

La démographie et la situation socioéconomique dans les territoires locaux

Figure 5 Proportion (en %) des 65 ans et plus, RLS, Région et Québec, 2006 et 2026

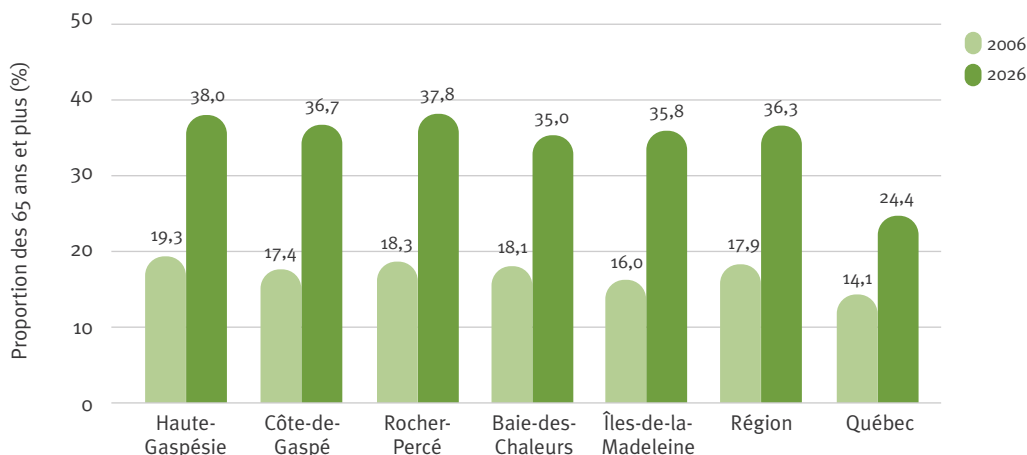
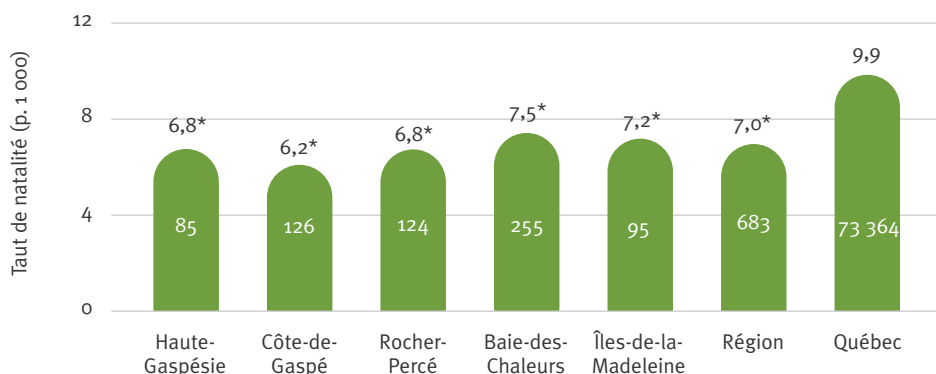


Figure 6 Taux et nombre annuel moyen de naissances (p. 1 000 de population) RLS, Région et Québec, 2001-2003¹



* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Note : Les nombres dans les bâtonnets sont les nombres annuels moyens de naissances dans chaque territoire.

Figure 7 Solde migratoire (en %) de la cohorte des jeunes de 10 à 19 ans entre 1996 et 2006, RLS, Région et Québec

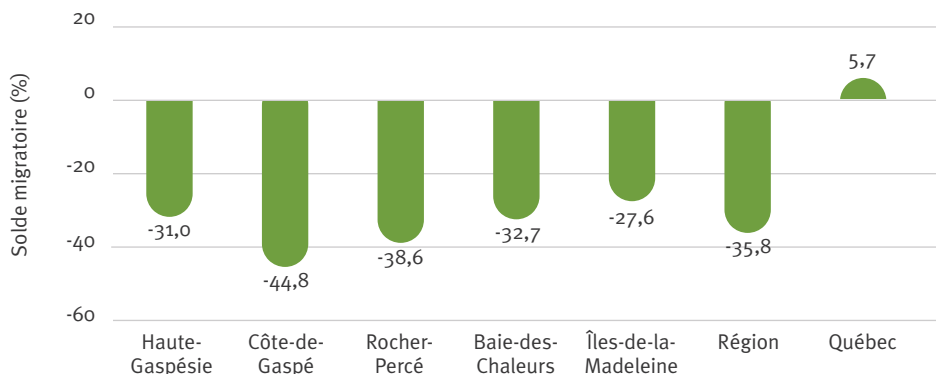


Figure 8 Proportion (en %) des 25 ans et plus sans diplôme d'études secondaires selon le sexe, RLS, Région et Québec, 2001

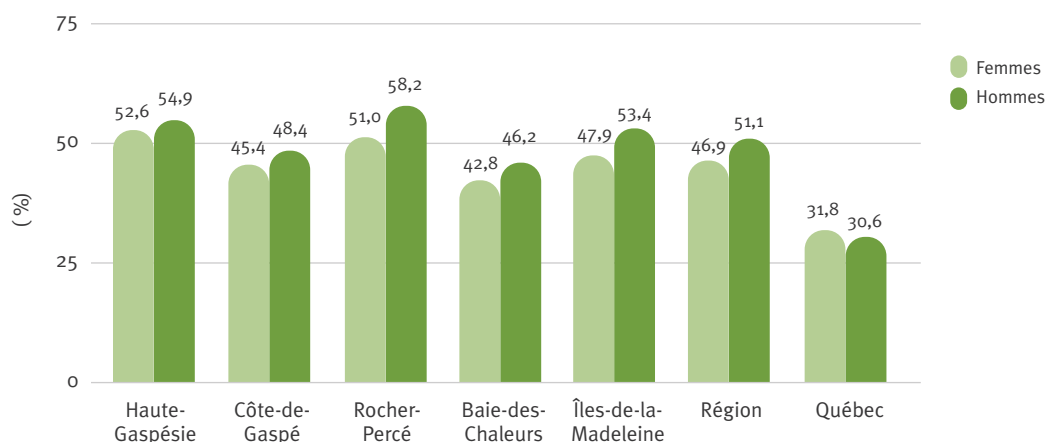
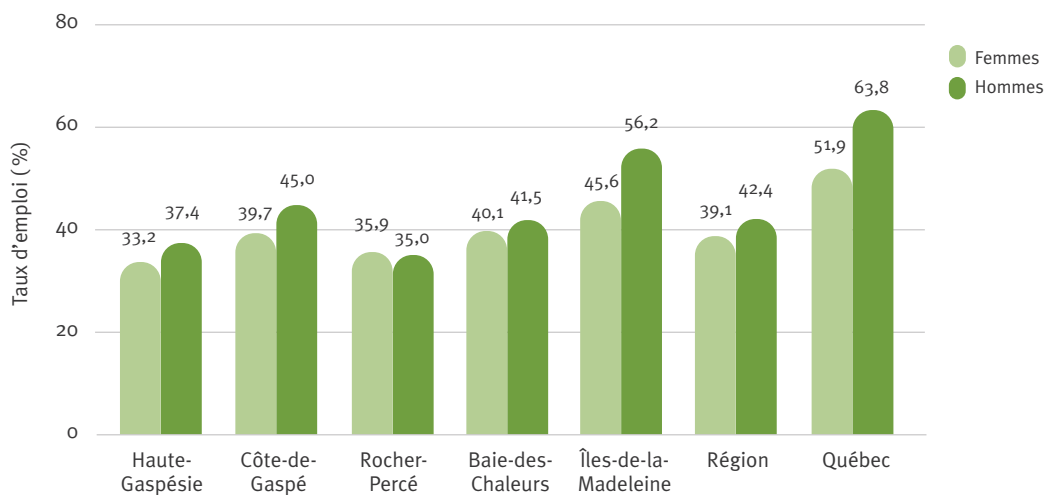


Figure 9 Taux d'emploi (en %) selon le sexe, RLS, Région et Québec, 2001



L'état de santé globale de la population

Au cours des derniers siècles, l'état de santé de la population québécoise a évolué de façon importante. Par exemple, alors que les maladies infectieuses occupaient au début de la colonisation et durant les décennies qui ont suivi, le premier rang de la mortalité, les maladies chroniques les ont surpassées en étant aujourd'hui responsables du plus grand nombre de décès. Parallèlement à cela, la mortalité infantile a grandement diminué en ayant notamment pour effet d'augmenter l'espérance de vie de la population. Ces changements au chapitre de la santé se sont produits ici aussi en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine et se poursuivent encore aujourd'hui.

L'espérance de vie

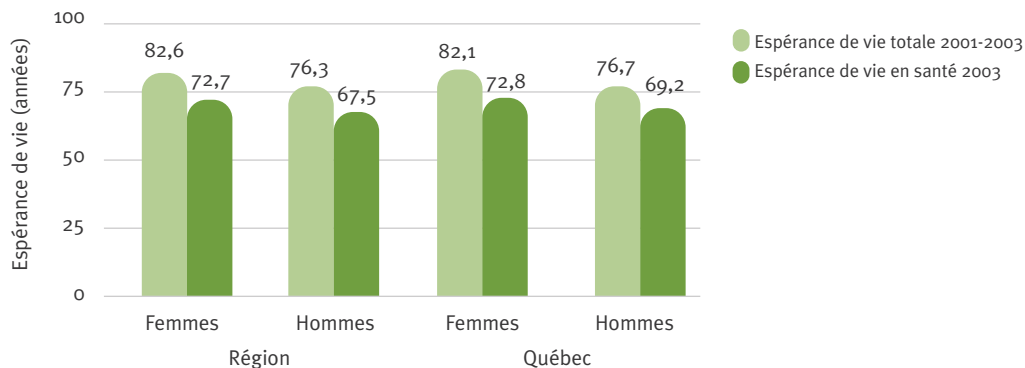
L'espérance de vie ainsi que la mortalité infantile sont deux indicateurs classiques de l'état de santé globale d'une population. C'est pourquoi nous les présentons dans cette section.

Une espérance de vie à la hausse

En 2001-2003, les femmes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine peuvent espérer vivre 3,7 années de plus qu'en 1981-1983, et les hommes, 5,1 années de plus. Actuellement, c'est-à-dire en 2001-2003, les femmes et les hommes vivent en moyenne jusqu'à

82,6 ans et 76,3 ans respectivement. Cette espérance de vie chez les femmes et les hommes est semblable à celle des Québécoises (82,1 ans) et des Québécois (76,7 ans) (figure 10).

Figure 10 Espérance de vie totale à la naissance 2001-2003¹ et espérance de vie en santé 2003 (en années) selon le sexe, Région et Québec



La plupart des années vécues le sont en santé

L'espérance de vie en santé

L'espérance de vie en santé est une estimation du nombre d'années pendant lesquelles un individu peut s'attendre à vivre en santé. Il existe plusieurs indicateurs de l'espérance de vie en santé. Celui retenu ici est l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé, l'état de santé étant dans ce cas mesuré à partir des problèmes de santé fonctionnelle déclarés par la personne à compter de huit items : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité (capacité de se déplacer), la dextérité (usage des mains et des doigts), la connaissance (mémoire et pensée), les émotions (sentiments), ainsi que la douleur et l'inconfort¹¹.

En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, les femmes et les hommes peuvent s'attendre à vivre en santé pendant près de 73 ans et 67,5 ans respectivement, soit la majeure partie de leur vie (figure 10). On constate aussi que non seulement les femmes peuvent espérer vivre plus longtemps que les hommes, leur espérance de vie en santé est aussi supérieure. Il faut cependant remarquer que l'écart en faveur des femmes s'amenuise quand on tient compte des années vécues en santé, particulièrement au Québec où les femmes ont une espérance de vie totale de 5,4 années supérieure à celle des hommes, une différence qui se réduit à 3,6 ans pour l'espérance de vie en santé. Dans

la région, les femmes peuvent espérer vivre 6,3 années de plus que les hommes et 5,2 années de plus en santé. En fait, les femmes vivent effectivement plus longtemps en santé que les hommes, mais aussi plus longtemps en mauvaise santé (9,9 années contre 8,8).

Finalement, on peut voir à la figure 10 que les Gaspésiennes et les Madeliniennes ont une espérance de vie en santé semblable à celle des Québécoises, soit de 72,7 ans. Ceci n'est toutefois pas le cas des hommes de la région puisque leur espérance de vie en santé est de 1,7 année inférieure à celle de leurs homologues québécois (67,5 ans contre 69,2 ans).

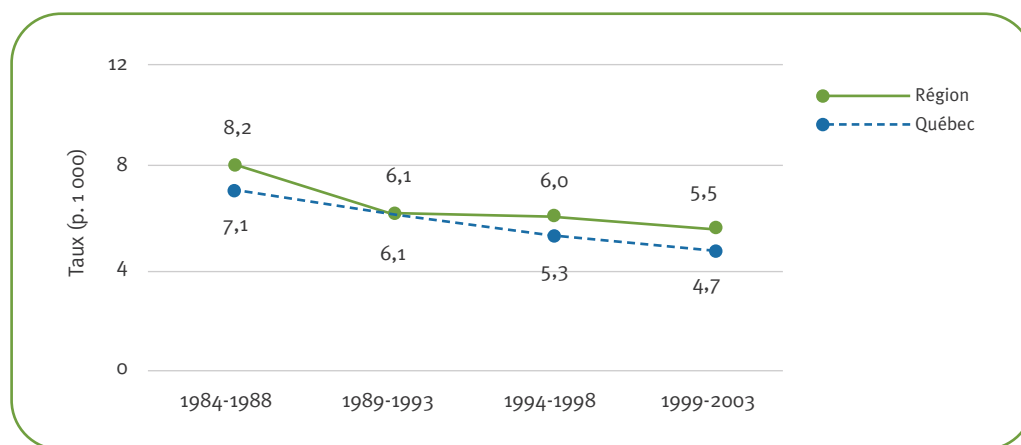
La mortalité infantile

De moins en moins d'enfants meurent avant l'âge d'un an

De 1984-1988 à 1999-2003, le taux de mortalité chez les enfants de moins de un an dans la région a diminué en passant de 8,2 pour 1 000 naissances vivantes à 5,5 (figure 11). Ce dernier taux signifie qu'en 1999-2003, vingt enfants de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine sont décédés au cours de leur première

année de vie, alors qu'en 1984-1988, ce nombre s'élevait à 55. Ajoutons que le taux de mortalité infantile de la région en 1999-2003 est dans le même ordre de grandeur que celui du Québec, lequel se situe à 4,7 pour 1 000 naissances vivantes (figure 11).

Figure 11 Taux de mortalité infantile (p. 1 000 naissances vivantes), Région et Québec, 1984-1988 à 1999-2003¹



La perception de sa santé

Plus de la moitié de la population gaspésienne et madelinienne trouve sa santé excellente ou très bonne

Lorsque interrogés sur leur état de santé en 2003, 50 % des femmes de 15 ans et plus de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine et 52 % des hommes se perçoivent en excellente ou en très bonne santé. À ce chapitre, les femmes de la région ne se distinguent pas

des Québécoises (50 % contre 55 %) tandis que les Gaspésiens et Madelinots sont un peu moins nombreux que les Québécois en proportion à considérer leur santé comme excellente ou très bonne (52 % contre 59 %).

Les principaux problèmes de santé déclarés

Les principaux problèmes de santé que déclare la population gaspésienne et madelinienne sont les mêmes que ceux rapportés par la population québécoise

Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés chez la population de 12 ans et plus de la région sont, dans l'ordre :

- les allergies non alimentaires (20,4 % de la population),
- l'hypertension (19,4 %),
- l'arthrite et le rhumatisme (17,7 %),
- les maux de dos (15,4 %),
- les migraines (9,9 %),
- l'asthme (9,1 %),
- et les maladies cardiaques (7,7 %).

La prévalence de ces principaux problèmes de santé déclarés ne se distingue pas de celle du Québec. Cependant, quand on fait la synthèse des personnes ayant déclaré souffrir d'hypertension ou d'une maladie

cardiaque, la proportion régionale est alors supérieure à celle du Québec (23,3 % contre 17,1 %). Cet écart significatif avec le Québec s'observe chez les hommes comme chez les femmes.

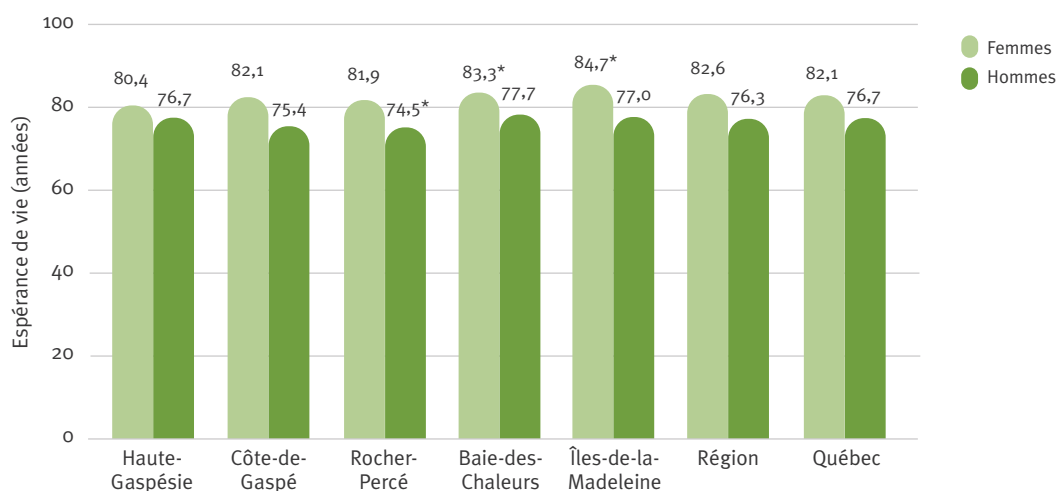
En somme

En dépit du portrait socioéconomique défavorable que nous avons dressé plus tôt, l'état de santé globale de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine s'est amélioré depuis le début des années 80 et se compare à celui des Québécoises et des Québécois. Plus précisément, des gains notables ont été enregistrés au chapitre de l'espérance de vie et de la mortalité infantile, deux indicateurs pour lesquels la situation régionale la plus récente est semblable à celle du Québec. Il est aussi intéressant de constater que de façon générale, les femmes et les hommes de la région peuvent s'attendre à vivre la grande majorité de

leur vie en santé. À ce sujet, les Gaspésiennes et Madeliniennes peuvent espérer vivre en santé aussi longtemps que les Québécoises. De leur côté, les Gaspésiens et Madelinots accusent toutefois un retard à cet égard par rapport aux Québécois. Par ailleurs, plus de la moitié de la population gaspésienne et madelinienne se considère en très bonne ou en excellence santé, et les problèmes de santé les plus souvent déclarés sont les allergies non alimentaires, l'hypertension, l'arthrite et le rhumatisme, et les maux de dos, chacun de ces problèmes étant rapporté par plus de 15 % de la population.

L'espérance de vie dans les territoires locaux

Figure 12 Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe, RLS, Région et Québec, 2001-2003¹



* Espérance de vie de ce territoire significativement différente de celle du Québec au seuil de 0,05.

Mauvais départ : les problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes

En 1991, dans son rapport *Un Québec fou de ses enfants*, le Groupe de travail pour les jeunes faisait le souhait que l'ensemble de la société québécoise ait à cœur le développement des enfants en offrant à chacun d'eux les conditions nécessaires pour qu'ils acquièrent la confiance en eux-mêmes, la conviction qu'ils ont une grande valeur et qu'ils méritent d'être aimés. Pour y parvenir, de nombreuses recommandations ont alors été formulées dont des actions pour réduire la pauvreté des jeunes familles et des familles monoparentales, pour intensifier le soutien aux jeunes parents dès la conception de l'enfant et pour convaincre les pères de s'impliquer auprès de leurs enfants. Également, des mesures concrètes ont été proposées afin de favoriser la réussite éducative et l'intégration sociale des enfants, prévenir la maltraitance et les expériences de marginalisation dont souffrent trop d'enfants, tout en ne négligeant pas les enfants déjà aux prises avec des difficultés graves¹².

Un Québec fou de ses enfants a, au moment de sa parution, généré un vent d'optimisme chez plusieurs intervenants préoccupés par le bien-être des enfants. Tous voulaient y croire bien que la tâche était loin d'être simple. Encore aujourd'hui, ce rapport demeure une référence très actuelle, non pas que rien n'ait été fait ou que rien n'ait changé, mais parce qu'il reste encore beaucoup à faire pour que chaque enfant puisse compter sur un adulte bienveillant, aimant et fou de lui.

Nous dressons donc à l'intérieur de cette section le portrait des tout-petits et des plus grands de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine pour voir notamment comment ils se portent aujourd'hui et dans quel type de familles ils évoluent. Au passage, nous nous attardons aux gains obtenus depuis les dernières années ainsi qu'aux endroits où nous devons poursuivre et même intensifier nos efforts de prévention.

Portrait global des enfants et des familles

En 2006, 16 374 enfants et adolescents de moins de 18 ans vivent en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, soit 17,3 % de l'ensemble de la population.

Plusieurs jeunes vivent dans une famille monoparentale

En 2001, près du quart des jeunes de 0 à 17 ans de la région vivent dans une famille monoparentale, un pourcentage semblable à celui du Québec (23 %) (réf. figure 22). De la même manière, la proportion de

familles monoparentales en Gaspésie et aux Îles est du même ordre de grandeur qu'au Québec, soit de 15 % environ, la majorité de ces familles étant dirigée par des femmes ici comme au Québec (80 %).

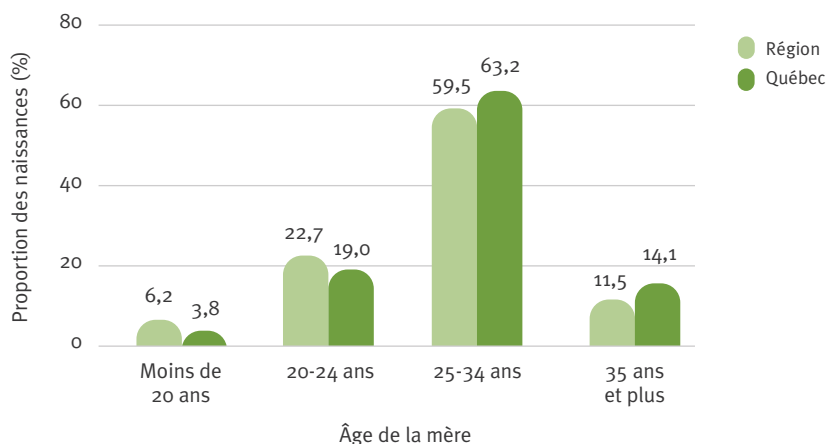
Des mères en général plus jeunes qu'au Québec

Au cours des dernières décennies, l'âge moyen des femmes au moment de l'accouchement n'a cessé d'augmenter au Québec. Durant les quinze dernières années seulement, cet âge est passé chez les mères québécoises de 27,2 ans en 1986-1988 à 28,6 ans en 2001-2003. Ce phénomène s'est aussi produit en Gaspésie et aux Îles où les femmes ont maintenant en moyenne 27,7 ans lorsqu'elles donnent naissance à un enfant, un gain de 1,2 année en quinze ans. Comme on

le remarque cependant, les mères de la région sont encore un peu plus jeunes au moment de l'accouchement que les mères québécoises (27,7 ans contre 28,6 ans).

En fait, ce qui se passe, c'est que comparativement au Québec, il y a en proportion un peu plus de naissances de mères de 24 ans et moins en Gaspésie et aux Îles et, inversement, moins de naissances de mères de 25 ans et plus (figure 13).

Figure 13 Proportion (en %) des naissances selon l'âge de la mère, Région et Québec, 2001-2003

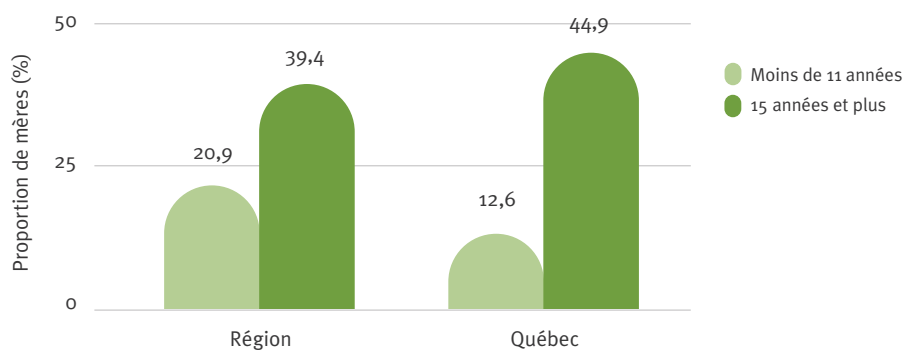


Plusieurs mères encore peu scolarisées

La hausse générale du niveau de scolarité des Québécoises au cours des dernières années s'est aussi observée chez les mères du Québec avec les répercussions positives que cela peut avoir sur la santé et le bien-être des tout-petits. En effet, la proportion d'entre eux ayant une mère avec quinze années et plus de scolarité a pratiquement doublé en quinze ans, en passant de 25 % en 1986-1988 à 45 % en 2001-2003.

La scolarité des mères gaspésiennes et madeliniennes a aussi connu cette évolution positive. De 23 %, le pourcentage d'entre elles ayant quinze années ou plus de scolarité est passé à 39 % en 2001-2003 (figure 14). Par ailleurs, une part encore relativement importante de nouveau-nés dans la région naissent d'une mère ayant moins de onze années de scolarité (ou n'ayant pas de diplôme d'études secondaires) : 20,9 % contre 12,6 % au Québec.

Figure 14 Proportion (en %) des mères ayant moins de 11 années de scolarité et de celles ayant 15 années et plus, Région et Québec, 2001-2003



Évidemment, la faible scolarité de la mère, son jeune âge ou le fait qu'elle soit seule à assumer la responsabilité parentale n'entraînent pas toujours le développement de problèmes chez les enfants, mais il faut savoir que ces conditions de vie rendent davantage ces familles vulnérables à vivre des situations stressantes et difficiles. Et le cumul de situations stressantes peut à terme conduire à des conséquences sur la vie des enfants et c'est pour cette raison que l'on doit leur porter une attention toute particulière. On sait par exemple que les bébés de mères adolescentes courent plus de risques de naître prématurés ou avec un faible poids, et que ces jeunes mères ont plus souvent tendance à abandonner l'école avec les perspectives malheureuses que cela peut avoir sur leur avenir et sur celui de leur enfant¹³. Également, les enfants vivant dans des familles défavorisées socioéconomiquement sont plus nombreux à présenter des retards scolaires et à être victimes de négligence.

Les interventions sociosanitaires auprès de ces familles, bien que nécessaires, ne sont cependant pas suffisantes à elles seules pour réduire les problèmes de santé chez les enfants comme la prématurité en raison justement de l'influence majeure des facteurs socioéconomiques sur leur survenue¹⁴. D'autres secteurs d'activités dont l'éducation et l'économie doivent eux aussi poursuivre et intensifier leurs efforts à la mise en place de mesures concrètes visant l'amélioration des conditions de vie des familles et des jeunes.

La santé des tout-petits

S'il est vrai que la majorité des enfants arrive à se développer sans trop de problèmes, certains vivent des difficultés telles que leur développement et leur intégration sociale sont lourdement compromis. L'insuffisance de poids et la prématurité sont parmi les premiers problèmes auxquels peuvent être confrontés les nouveau-nés et qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur leur développement ultérieur.

Par ailleurs, l'allaitement est un mode d'alimentation des tout-petits reconnu pour avoir de nombreux effets

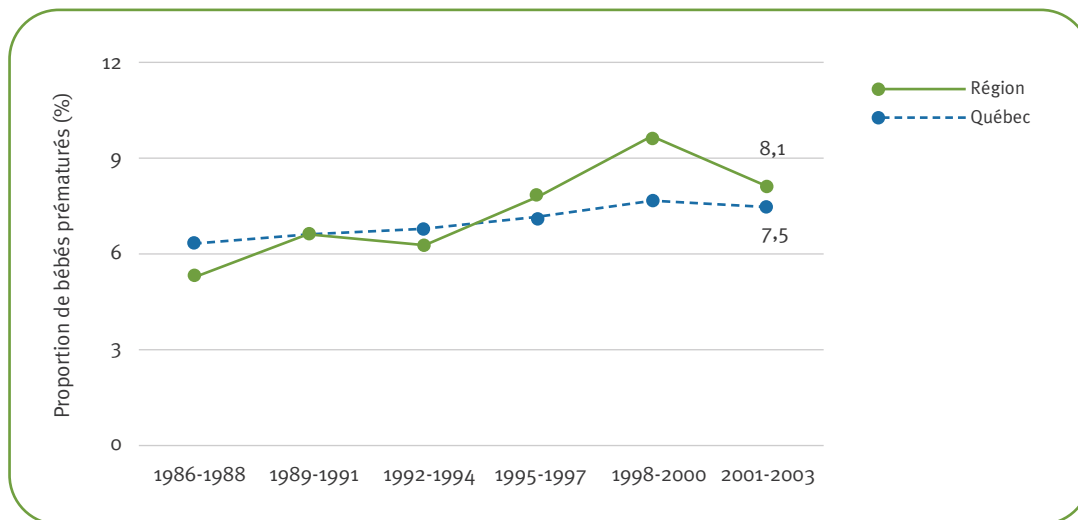
bénéfiques, qu'on pense à la création du lien d'attachement entre la mère et l'enfant grandement favorisée avec l'allaitement, aux risques moindres de diarrhées, d'infections respiratoires et d'otites moyennes¹⁵ chez les enfants nourris au sein, ainsi qu'à la croissance et au gain de poids plus rapides des bébés nés avec un faible poids comparativement à ceux alimentés avec des préparations commerciales¹⁶. Nous voyons donc dans cette section le taux d'allaitement des tout-petits au cours de leurs premiers six mois de vie. Mais d'abord, voici les données les plus récentes sur la prématurité.

Hausse générale de la prématurité depuis les quinze dernières années

En 2001-2003, 8,1 % des bébés sont nés prématurément en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, ce qui correspond à environ 55 nouveau-nés en moyenne par année. Si ce pourcentage constitue une baisse par

rapport à la situation de 1998-2000, le phénomène a tout de même connu une hausse générale depuis quinze ans, et ce, tant dans la région qu'au Québec (figure 15).

Figure 15 Proportion (en %) de bébés nés prématurés, Région et Québec, 1986-1988 à 2001-2003¹



Selon certains auteurs, cette augmentation de la prématurité :

« ... est notamment attribuable à l'utilisation accrue d'interventions obstétricales, qui font en sorte que certains enfants, qui seraient mort-nés il y a quelques années, vivent à la naissance et comptent parmi les naissances prématurées. L'augmentation de la prématurité est également liée à une augmentation des grossesses multiples, ce qui diminue la probabilité d'une gestation complète.¹⁷ »

La proportion de bébés avec un poids insuffisant varie peu

L'insuffisance de poids à la naissance, moins fréquente que la prématurité, n'a pas véritablement varié dans les quinze dernières années. En 2001-2003, elle se

situait à 5,9 % en Gaspésie et aux Îles, une proportion ne se différenciant pas significativement de celle du Québec (5,5 %) (réf. figure 26).

L'allaitement maternel : 71 % des nouveau-nés de la région reçoivent au moins une fois du lait maternel durant leurs premières journées de vie

Nous voyons à la figure 16 que 71 % des nourrissons de la Gaspésie et des Îles nés dans un centre hospitalier (CH) ou dans une maison de naissance (MN) en 2005-2006 ont été nourris au lait maternel au moins une fois pendant leur séjour. Ce taux d'allaitement est inférieur à celui observé au Québec, lequel a rejoint les recommandations du MSSS à cet égard qui est de 85 %. La figure 16 montre que cet écart entre le taux d'allaitement de la région et celui du Québec se maintient pendant les six premiers mois de vie de l'enfant, le taux d'allaitement de la Gaspésie et des Îles diminuant sensiblement de la même manière que celui de la province au fur et à mesure que l'enfant vieillit. En

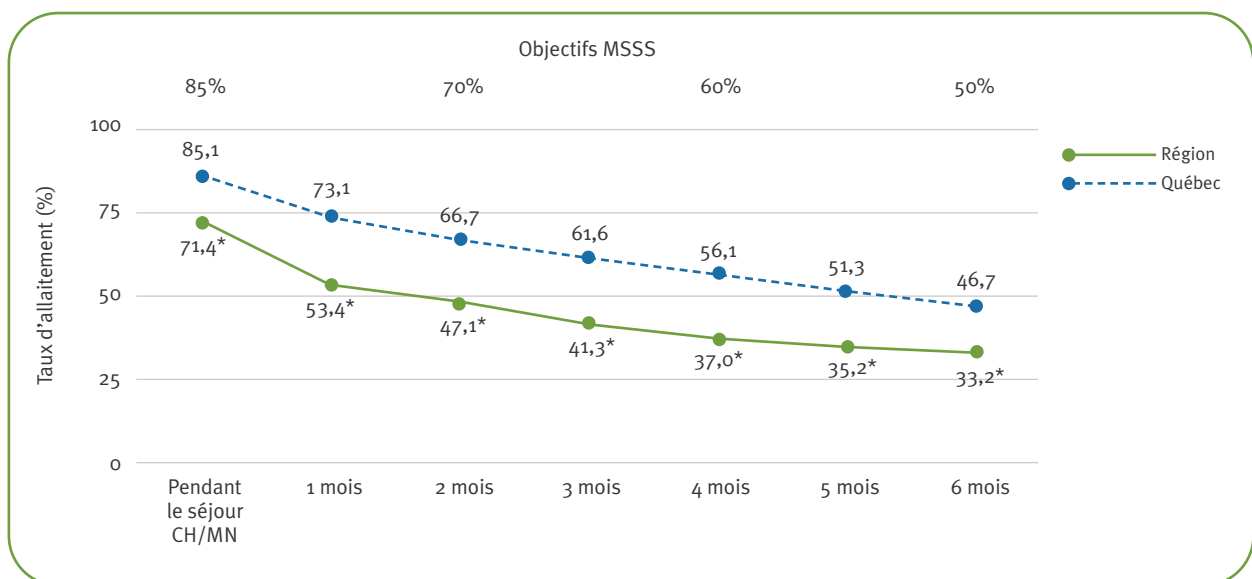
d'autres termes, chez les mères de la région qui ont expérimenté au moins une fois l'allaitement durant leur séjour en CH ou en MN, la persistance de ce comportement durant les mois qui suivent est à peu de chose près semblable à celle des mères québécoises dans la même situation. Ceci suggère donc que si on veut redresser pour notre région le taux d'allaitement durant les premiers mois de vie de l'enfant, lequel se situe à 33 % à six mois, il faut poursuivre nos efforts pour encourager les mères à expérimenter au moins une fois l'allaitement durant leur séjour à la maternité.

La baisse la plus marquée du taux d'allaitement se situe au cours du premier mois de vie de l'enfant

On constate à la figure 16 que la baisse la plus importante du taux d'allaitement se situe entre le séjour à l'hôpital ou à la maison de naissance et le premier mois de vie de l'enfant, et ce, dans la région comme au Québec. Ceci traduit sans doute les difficultés que connaissent plusieurs mères dans les premières

semaines d'allaitement de leur enfant¹⁸, d'où l'importance de renforcer le soutien aux mères durant cette période critique afin de favoriser la persévérance. À titre indicatif, mentionnons que le taux d'allaitement à une semaine de vie de l'enfant est de 65,1 % dans la région et de 79,9 % au Québec.

Figure 16 Taux d'allaitement (en %) au cours des six premiers mois de vie de l'enfant, Région et Québec, 2005-2006¹



* Taux de la région significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Ces résultats sur l'allaitement maternel reposent sur le calcul de taux bruts et traduisent de ce fait, le pourcentage réel des bébés nourris au sein. Nous savons cependant que la probabilité de recourir à ce mode d'alimentation augmente avec l'âge des mères et surtout avec leur scolarité. Puisque les mères de la région sont en général un peu plus jeunes et moins scolarisées que les mères québécoises, serait-ce possible que ce soit ces deux facteurs qui expliquent la différence entre les taux d'allaitement de la région et ceux du Québec? L'analyse des taux ajustés pour l'âge et la scolarité des mères indique à ce sujet que si les mères de la Gaspésie et des Îles avaient la même

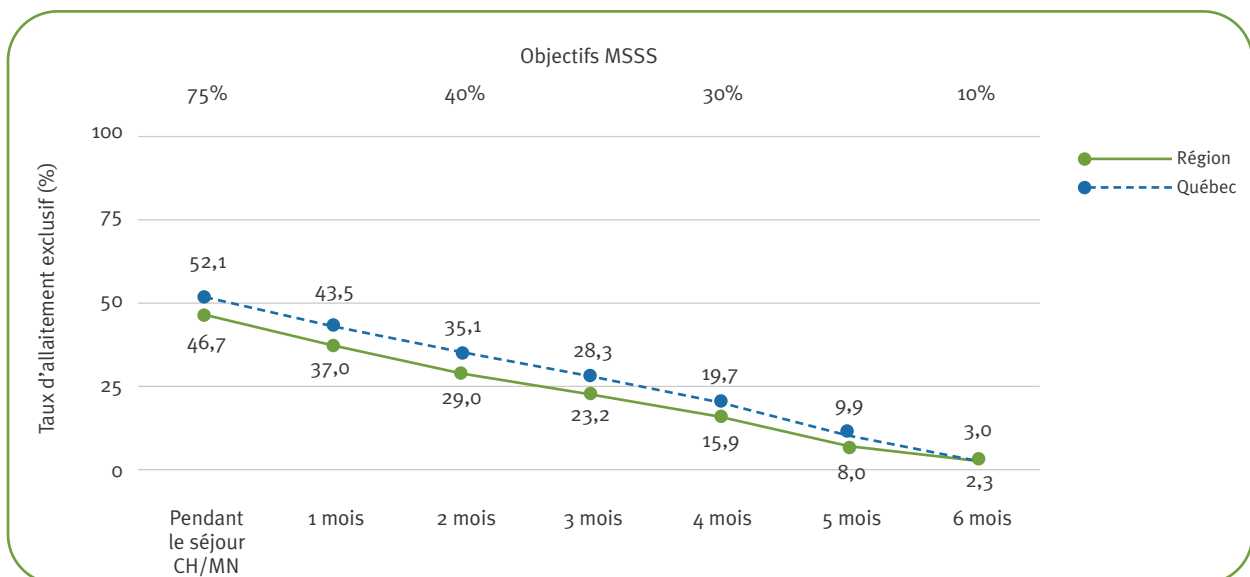
structure d'âge et la même scolarité que les mères québécoises, le taux d'allaitement de la région gagnerait 1 à 2,5 % seulement et l'écart avec le Québec demeurerait significatif jusqu'à six mois. En d'autres mots, la différence entre le taux d'allaitement de la région et celui du Québec (réf. figure 16) ne peut s'expliquer par des différences dans l'âge et la scolarité des mères. De plus, quelques analyses supplémentaires tendent à exclure l'hypothèse que la structure de couple des mères au moment de l'accouchement (mariée, en union libre, monoparentale) explique l'écart obtenu. Il faut donc sans doute trouver ailleurs la cause de cet écart.

Un taux d'allaitement exclusif ne se distinguant pas de celui du Québec, mais encore loin des objectifs du MSSS

Les bénéfices de l'allaitement sur la santé sont d'autant plus grands que la durée de l'allaitement est longue et que l'allaitement exclusif est privilégié. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), inspiré en cela par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), recommande l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie des tout-petits¹⁹. Or, on remarque à la figure 17 que dans la région comme au Québec, l'allaitement exclusif est beaucoup moins répandu que l'allaitement avec ou sans liquides ou solides, et que nous sommes encore loin des objectifs fixés par le

MSSS : 47 % des bébés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ont été nourris au sein de manière exclusive durant leur séjour au CH ou en MN et cette proportion diminue à 2,3 % après six mois (les objectifs du MSSS étant respectivement de 75 % et de 10 %). Il est toutefois intéressant de remarquer que l'écart entre la région et le Québec est moins important pour l'allaitement exclusif que pour l'allaitement avec ou sans liquides ou solides (réf. figure 16), le taux d'allaitement exclusif de la région ne se différencie pas significativement de celui du Québec à tous les âges de l'enfant jusqu'à six mois.

Figure 17 Taux d'allaitement exclusif (en %) au cours des six premiers mois de vie de l'enfant, Région et Québec, 2005-2006¹



Mentionnons en terminant que l'allaitement maternel semble en progression au Québec. En 1997-1998, 72 % des nouveau-nés avaient reçu au moins une fois du lait maternel, et à six mois 28 % étaient encore nourris au sein²⁰. Or, en 2005-2006, les pourcentages respectifs sont de 85 % et 47 %. L'allaitement exclusif semble aussi avoir connu une évolution positive à tout le

moins pour ce qui est de la persévérance des mères. En effet, bien que la proportion de bébés nourris exclusivement au sein jusqu'à l'âge de deux mois n'ait pas changé entre 1997-1998 et 2005-2006 (32 % contre 35 %), à quatre mois, seulement 7 % des bébés en 1997-1998 étaient exclusivement nourris au sein, une proportion qui s'établit à 20 % en 2005-2006.

Les jeunes de 5 à 17 ans et l'école

La Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine compte un total de 43 établissements d'enseignement primaire, 12 d'enseignement secondaire et 15 offrant à la fois l'enseignement primaire et secondaire. Ces 70 établissements se répartissent entre quatre commissions scolaires (CS), soit les CS des Chic-Chocs, René-Lévesque, des Îles et la CS anglophone Eastern Shores, cette dernière couvrant l'ensemble de la Gaspésie et des Îles ainsi que le Bas-Saint-Laurent et une grande partie de la Côte-Nord. En 2004-2005, 6 097 élèves de niveau primaire et 6 017 de niveau secondaire étaient inscrits dans une des écoles de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine²¹.

Cela dit, nous abordons dans ce qui suit deux types de problèmes très distincts, mais qui ont en commun d'être détectés au moment où les enfants sont à l'école et pour lesquels il est important de consacrer des efforts de prévention en raison des conséquences néfastes qu'ils peuvent entraîner sur la vie des enfants. Il s'agit des problèmes de santé dentaire des enfants de maternelle et des retards de cheminement scolaire chez les jeunes qui entrent au secondaire.

Près de trois enfants sur dix fréquentant la maternelle sont considérés à risque de carie

Au cours de l'année scolaire 2004-2005, sur les 798 enfants fréquentant la maternelle en Gaspésie et aux Îles, 694 ont bénéficié d'un dépistage dentaire réalisé par une hygiéniste dentaire. Chez 28 % de ces enfants (195 enfants), le dépistage a mis en évidence la présence d'au moins une face cariée, absente ou obturée sur les dents antérieures ou de deux faces affectées par la carie sur les dents postérieures. Ces enfants, considérés à risque de carie, ont donc pu bénéficier d'un suivi préventif individualisé à raison de deux rencontres par année jusqu'en troisième année. Qui plus est, 163 des 694 enfants examinés présentaient un besoin évident de traitement à cause de la carie, d'un problème parodontal ou de malocclusion,

de sorte qu'ils ont été référés à un dentiste. Ce nombre d'enfants correspond à 24 % de tous les enfants de maternelle de la région rencontrés durant l'année scolaire 2004-2005.

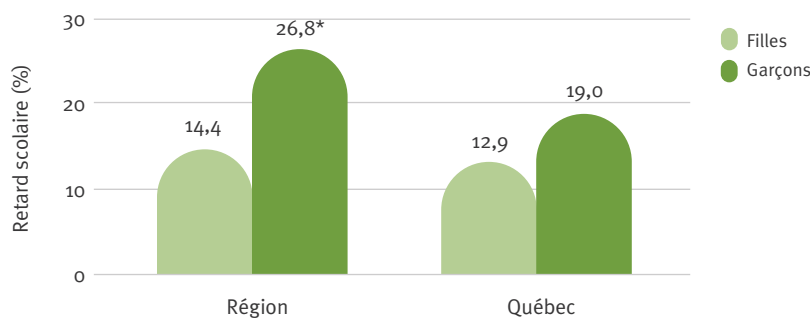
Par ailleurs, l'indice de débris est une mesure de la quantité de dépôts de bactéries, de mucine et de particules alimentaires, et traduit donc le niveau d'hygiène buccale. Cet indice varie de 0 (excellente hygiène buccale) à 3,0 (médiocre). Chez les 195 enfants de maternelle de la région considérés à risque en 2004-2005, l'indice de débris est de 0,8 sur 3,0, ce qui signifie une hygiène buccale moyenne.

Un jeune sur cinq qui entrent au secondaire présente un retard de cheminement scolaire

Parmi les élèves de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine qui sont passés au secondaire en 2004-2005, 20,6 % présentaient un retard dans leur cheminement scolaire, une proportion significativement plus élevée que celle des élèves québécois (16,0 %). Comme l'illustre la figure 18, ce sont les

garçons qui expliquent cette différence avec le Québec, la proportion d'entre eux affichant un retard scolaire lors de leur arrivée au secondaire étant significativement supérieure à celle des jeunes garçons québécois (26,8 % contre 19,0 %), ce qui n'est pas le cas chez les filles (14,4 % contre 12,9 %).

Figure 18 Proportion (en %) des élèves qui sont passés au secondaire avec un retard scolaire selon le sexe, Région et Québec, 2004-2005¹



* Proportion de la région significativement différente de celle du Québec au seuil de 0,05.

Dans bien des cas, ces jeunes qui entrent au secondaire avec un retard scolaire présentaient déjà des retards de développement avant même leur entrée à la maternelle, et ce sont aussi eux qu'on risque de retrouver au rang des décrocheurs rendus au secondaire²². Mentionnons à ce sujet qu'en Gaspésie et aux Îles, on estime à 32,5 % le taux d'abandon

scolaire en 2004-2005 chez les moins de 20 ans, c'est-à-dire la probabilité qu'un jeune quitte l'école avant d'avoir obtenu un diplôme d'études secondaires. Au Québec, ce pourcentage est de 29,8 % et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport vise à ce qu'il baisse à 15 %²³.

Les grossesses précoces

Un taux de grossesse chez nos jeunes filles de 15-19 ans inférieur à celui du Québec, mais autant de grossesses menées à terme

Depuis les vingt dernières années, le taux régional de grossesse précoce, incluant les grossesses menées à terme et celles ayant été interrompues, est inférieur à celui du Québec. En 1999-2003, les taux de grossesse chez les jeunes filles de 14-17 ans et de 18-19 ans de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine sont respectivement de 11,8 et 54,9 pour 1 000 contre 18,2 et 65,9 chez les jeunes Québécoises du même âge. Cependant, les jeunes femmes enceintes de la région mènent en général plus souvent leur grossesse à terme que les jeunes Québécoises dans la même situation, ces

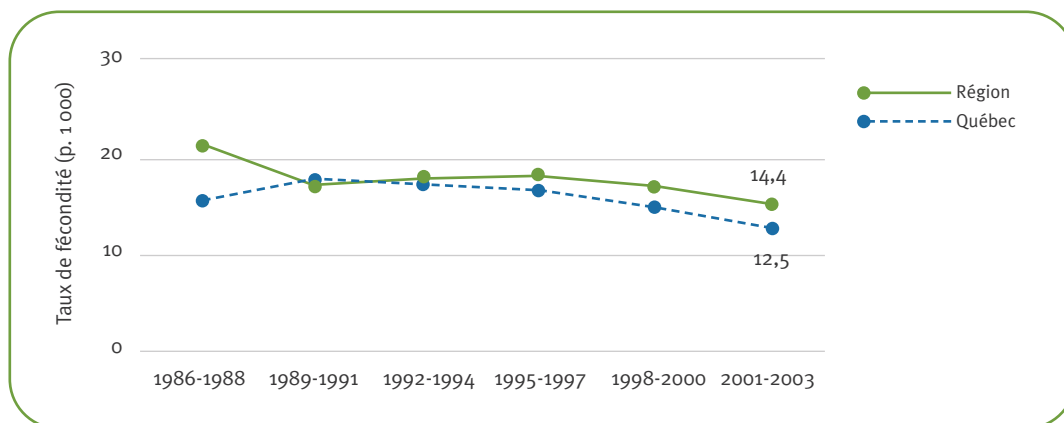
dernières ayant plus fréquemment recours à l'interruption volontaire de grossesse. En conséquence, le nombre de jeunes Gaspésiennes et Madeliniennes devenant mères est, toute proportion gardée, semblable à celui des jeunes Québécoises. Ceci est encore le cas en 2001-2003 où le taux de fécondité chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans de la Gaspésie et des Îles ne présente pas de différence significative avec celui du Québec : 14,4 naissances pour 1 000 contre 12,5 (figure 19).

Baisse du taux de fécondité chez les jeunes femmes de moins de 20 ans

Comme le montre la figure 19, le taux de fécondité chez les jeunes Québécoises de 15 à 19 ans a connu une baisse à partir de 1992-1994 jusqu'en 2001-2003, en passant de 17,5 naissances par 1 000 à 12,5. L'évolution de la fécondité des jeunes Gaspésiennes et Madeliniennes a sensiblement suivi ce même patron.

En 2001-2003, le taux de fécondité des jeunes filles de 15 à 19 ans de la région s'établit à 14,4 pour 1 000. Exprimé autrement, 128 bébés sont nés d'une mère de moins de 20 ans dans la région au cours des trois années 2001 à 2003.

Figure 19 Taux de fécondité (p. 1 000) chez les 15-19 ans, Région et Québec, 1986-1988 à 2001-2003¹



La maltraitance infligée aux tout-petits et aux plus vieux

La maltraitance faite aux tout-petits et aux plus vieux inclut toutes les formes d'abus et de négligence, dont l'abandon, commises par un adulte sur un jeune de moins de 18 ans et qui causent ou peuvent causer du tort à la santé physique et mentale de l'enfant, ou encore qui risquent de compromettre sa sécurité et son

développement. Encore aujourd'hui, ce genre de problèmes n'est pas facile à documenter et les données sur leur ampleur ne sont que partielles. Actuellement, les données les plus fiables et les plus complètes que nous avons sont celles des centres jeunesse.

Dix-neuf enfants sur mille sont pris en charge annuellement par le Centre jeunesse en raison de la maltraitance dont ils sont victimes

En Gaspésie et aux Îles, 327 enfants de moins de 18 ans ont été pris en charge en 2005-2006 par le Centre jeunesse en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse en raison de la maltraitance dont ils étaient victimes (tableau 1). Exprimé autrement, c'est donc 19,2 enfants de moins de 18 ans sur 1 000 qui ont reçu au cours de l'année 2005-2006 des mesures de protection de la part des services sociaux, un taux supérieur à celui du Québec (16,2 pour 1 000) (réf. figure 30). Il faut cependant être prudent quand on compare ainsi des territoires entre eux ou lorsqu'on étudie l'évolution de la maltraitance sur la base de données de prise en charge car si celles-ci traduisent en partie la réalité de la maltraitance infligée aux

enfants, elles reflètent aussi notamment la sensibilité et la tolérance de la population qui signale aux autorités ces gestes de violence ainsi que la capacité de notre système à prendre effectivement en charge la situation des enfants.

Cela dit, dans les deux dernières années, parmi les enfants pris en charge par le Centre jeunesse en raison de maltraitance, près de 82 % l'ont été pour cause de négligence, 9 % pour abus physique ou sexuel et 10 % pour abandon. Ajoutons qu'au Québec, en 2004-2005 et 2005-2006, le quart des enfants pris en charge pour cause de violence étaient âgés de 0 à 5 ans, 45 % de 6 à 12 ans et 30 % de 13 à 17 ans.

Hausse du taux de prise en charge pour cause de maltraitance dans la région

On peut voir au tableau 1 qu'en Gaspésie et aux Îles, le taux d'enfants de moins de 18 ans pris en charge par le Centre jeunesse parce que leur sécurité et leur développement étaient compromis en raison de la maltraitance a augmenté graduellement depuis le début des années 2000. Le taux est en effet passé de 14,1 pour 1 000 en 2001-2002 (279 jeunes) à 19,2 en

2005-2006 (327 jeunes). Rappelons cependant que la hausse du taux de prise en charge ne signifie pas nécessairement que le problème est effectivement en augmentation; elle peut aussi traduire un changement dans l'organisation des services ou encore un meilleur signalement par la population des situations de maltraitance commises envers les enfants.

Tableau 1 Nombre et taux (p. 1 000) d'enfants de moins de 18 ans pris en charge pour maltraitance et troubles de comportement, Région, 2001-2002 à 2005-2006

Années	Maltraitance		Troubles de comportement	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux
2001-2002	279	14,1	190	9,6
2002-2003	316	16,6	182	9,6
2003-2004	319	17,4	180	9,8
2004-2005	330	18,7	183	10,4
2005-2006	327	19,2	159	9,4

Note : Les données incluent les jeunes autochtones vivant hors réserves et dans les réserves.

Les jeunes filles demeurent les victimes les plus fréquentes des infractions sexuelles

Selon les données du ministère de la Sécurité publique, dans la région comme au Québec, les jeunes filles de moins de 18 ans sont encore les plus vulnérables aux agressions sexuelles, suivies des garçons de ce même groupe d'âge, des femmes adultes et ensuite, des hommes adultes. Plus précisément, sur les 217 victimes d'infractions sexuelles déclarées à la police et jugées fondées en 2002-2004 en Gaspésie et aux îles, 57 % étaient des jeunes filles et 16 % des jeunes garçons, les jeunes de 18 ans et moins totalisant ainsi presque les trois quarts des infractions d'ordre sexuelle. Exprimé autrement, au

cours des trois années 2002-2004, 124 filles et 35 garçons de moins de 18 ans ont été victimes d'une agression sexuelle jugée fondée suite à une enquête policière.

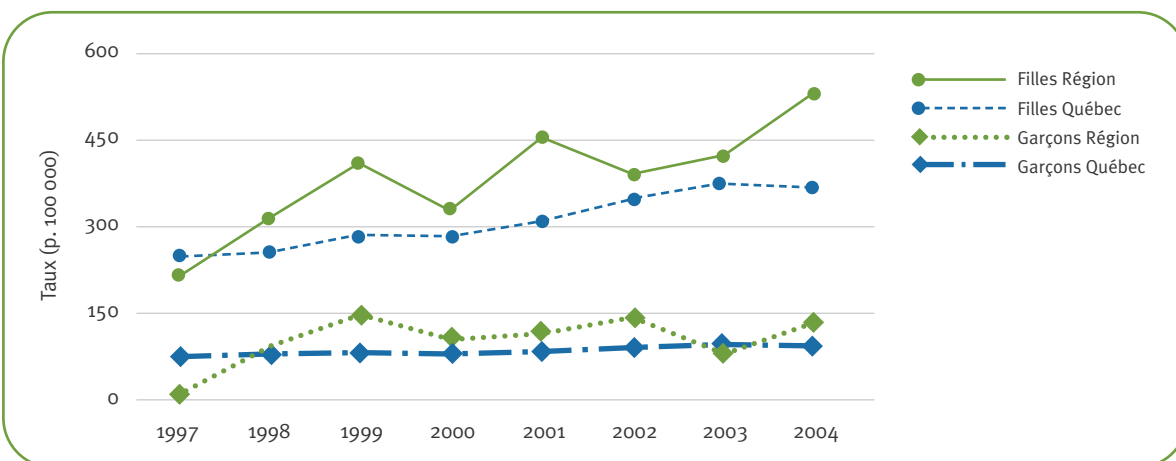
Pour cette période triennale, notre région enregistre un taux d'infractions sexuelles chez les jeunes filles plus élevé que celui du Québec (456 par 100 000 contre 364). Chez les jeunes hommes, nous ne détectons aucune différence significative entre la situation régionale et celle de la province (taux de 124 par 100 000 contre 95) (figure 20).

Hausse des infractions sexuelles commises envers les jeunes filles

Comme le montre la figure 20, le taux d'infractions sexuelles signalées à la police et jugées fondées après enquête est à la hausse depuis 1997 chez les jeunes filles de moins de 18 ans de la Gaspésie et des Îles-de-

la-Madeleine comme chez celles du Québec d'ailleurs. Chez les jeunes hommes du même âge, on note seulement une légère progression du taux, beaucoup moins marquée que celle des filles.

Figure 20 Taux d'infractions sexuelles (p. 100 000) commises envers les jeunes de moins de 18 ans selon le sexe, Région et Québec, 1997 à 2004



Les troubles de comportement et la délinquance juvénile

Les troubles de comportement comme les fugues, l'intimidation, l'agressivité et la violence envers les autres, traduisent en quelque sorte les difficultés relationnelles qu'entretiennent les enfants et les jeunes avec leur entourage²⁴. Lorsque les troubles de

comportement enfreignent les lois dans le cas par exemple de vandalisme, de vols, de voies de fait ou de tentatives de meurtre, on parle alors de délinquance juvénile.

Taux de prise en charge pour troubles de comportement plus élevé dans la région qu'au Québec

Au cours de l'année 2005-2006, 159 jeunes de moins de 18 ans de la région ont reçu des mesures de protection du Centre jeunesse en raison d'un trouble de comportement, soit 9,4 jeunes sur 1 000. Ce taux de prise en charge est supérieur à celui du Québec, lequel est de 4,4 jeunes pour 1 000 (réf. figure 30). Encore ici, nous devons rappeler la prudence à adopter lorsqu'on compare des taux de prise en charge. À titre indicatif, ajoutons que près de 90 % des jeunes pris en charge

au Québec pour un trouble de comportement sont âgés de 13 à 17 ans.

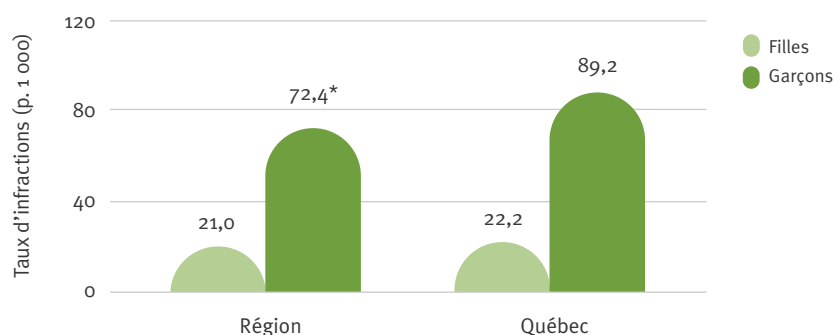
De façon générale en Gaspésie et aux Îles, le taux de prise en charge pour les troubles de comportement est relativement stable depuis le début des années 2000 comme en témoignent les données présentées plus tôt au tableau 1.

Taux global de criminalité plus faible chez les jeunes de la Gaspésie et des Îles qu'au Québec

Les données du ministère de la Sécurité publique nous apprennent que les jeunes de 12 à 17 ans sont surreprésentés, particulièrement les garçons, parmi les auteurs d'infractions criminelles, et ce, au Québec comme en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Les jeunes hommes et les jeunes filles de 12 à 17 ans représentent en effet 14 % des auteurs présumés identifiés dans les affaires criminelles de la région en 2002-2004 alors qu'ils ne composent qu'un peu plus de 7 % de la population gaspésienne et madelinienne. Plus précisément, 272 garçons et 76 filles de la Gaspésie et

des Îles ont été impliqués, en 2004, dans des crimes ou autres violations aux lois fédérales et provinciales. Encore en 2004, le taux d'infractions chez les jeunes hommes de 12 à 17 ans de la région se maintient à un niveau inférieur à celui des jeunes Québécois. Chez les jeunes Gaspésiennes et Madeliniennes cependant, le taux a connu une progression au cours des dernières années de sorte qu'en 2004, elles enregistrent un taux semblable à celui des jeunes femmes du Québec (figure 21).

Figure 21 Taux d'infractions (p. 1 000) au *Code criminel*, aux autres lois fédérales et aux lois provinciales chez les jeunes de 12 à 17 ans selon le sexe, Région et Québec, 2004¹



* Taux de la région significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Par ailleurs, dans le contexte de la Loi sur les jeunes contrevenants ou plus récemment de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, 150 adolescents de 12 à 17 ans de la Gaspésie et des Îles ont fait, en moyenne chaque année, entre avril 2002

et mars 2006, l'objet d'une intervention de la part des services sociaux. Ceci correspond à un taux annuel moyen de 20,3 pour 1 000 ou 2 % des jeunes de la région (réf. figure 31).

En somme

Les gains qu'ont marqués ces dernières années les femmes de la région relativement à leur niveau de scolarité se sont aussi traduits par un rehaussement notable de la scolarité des mères gaspésiennes et madelinienne. Il faut cependant poursuivre les efforts en ce sens puisque plus de 20 % des nouveau-nés de la région naissent encore d'une mère n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, le pourcentage au Québec étant de 13 %. Des gains ont aussi été notés au chapitre du taux de fécondité chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, lequel a diminué de façon relativement importante depuis les quinze dernières années. Toutefois, à l'image de la situation provinciale, une proportion non négligeable de jeunes de moins de 18 ans dans la région, près du quart, ne vivent qu'avec un seul parent. De plus, bien qu'on puisse l'expliquer par le recours accru aux interventions obstétricales et à la hausse des grossesses multiples, il reste que la santé d'une proportion de plus en plus grande de nouveau-nés est menacée en raison de leur trop courte durée de gestation, et ce, en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine comme au Québec. En 2001-2003, c'est plus de 8 % des bébés qui sont nés prématurément dans la région, une proportion ne se différenciant pas de celle du Québec. Au chapitre de l'allaitement, 71 % des bébés nés en 2005-2006 sont nourris au moins une fois au sein durant leurs premières journées de vie, mais plusieurs mères de la région, comme celles du Québec d'ailleurs, ne persistent pas dans ce mode d'alimentation de leur enfant de sorte qu'à six mois, le tiers seulement des bébés sont encore nourris au sein (avec ou sans liquides ou solides). Par ailleurs, 28 % des enfants de la région fréquentant la maternelle en 2004-2005 sont déjà à cet âge considérés à risque de carie et 24 % présentent même un besoin évident de traitement en raison de la carie ou d'un problème parodontal ou de malocclusion.

Le jeune âge de la mère, sa faible scolarité, le fait qu'elle soit seule à assumer les responsabilités

parentales et la prématurité comptent parmi les facteurs associés aux problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes, dont les retards scolaires, la maltraitance et les troubles de comportement. À ce sujet, plus de 20 % des élèves de la Gaspésie et des Îles qui sont passés au secondaire en 2004-2005 présentaient un retard dans leur cheminement scolaire (16 % au Québec). Par ailleurs, en 2005-2006, 327 jeunes de moins de 18 ans dans la région ont été pris en charge en raison de maltraitance, 159 pour un trouble de comportement, tandis que 148 adolescents de 12 à 17 ans ont fait l'objet d'une intervention des services sociaux dans le contexte de la Loi sur les jeunes contrevenants (ou plus récemment de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents). Ainsi, l'addition de ces trois indicateurs signifie que chaque année, plus de 630 jeunes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine nécessitent une intervention des services sociaux, soit pour assurer leur propre sécurité, soit pour assurer celle des autres. De plus, bien qu'il faille demeurer prudent dans l'interprétation des données de prise en charge, le taux de prise en charge pour cause de maltraitance a connu une hausse graduelle dans la région depuis le début des années 2000 et les données les plus récentes montrent que le taux régional de prise en charge pour maltraitance et celui pour troubles de comportement sont supérieurs à ceux du Québec.

Au chapitre des infractions sexuelles, 57 % de celles commises dans la région le sont envers des jeunes filles de moins de 18 ans, faisant d'elles le groupe le plus vulnérable à ce genre d'agressions. Chez ces dernières, le taux d'infractions pour ce type de crimes est à la hausse dans la région comme au Québec depuis 1997, le taux de la Gaspésie et des Îles dépassant même celui du Québec en 2002-2004. De son côté, le taux de criminalité chez les jeunes de la Gaspésie et des Îles continue à se maintenir à un niveau inférieur à celui du Québec.

Les problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes dans les territoires locaux

Figure 22 Proportion (en %) des jeunes de 0 à 17 ans vivant dans une famille monoparentale, RLS, Région et Québec, 2001

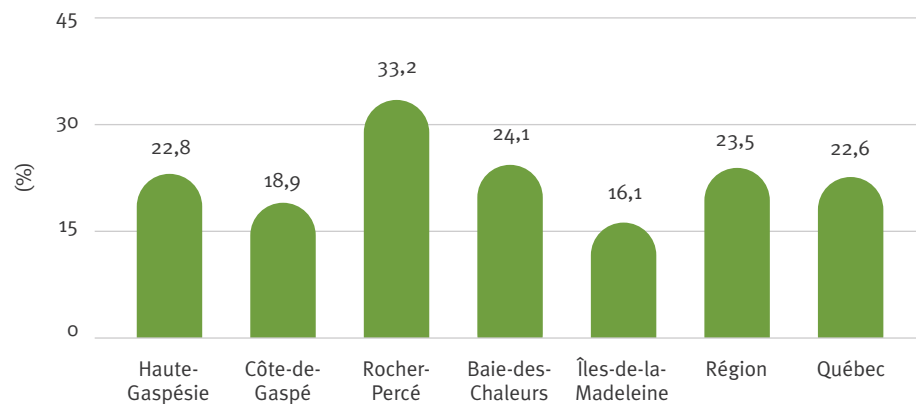
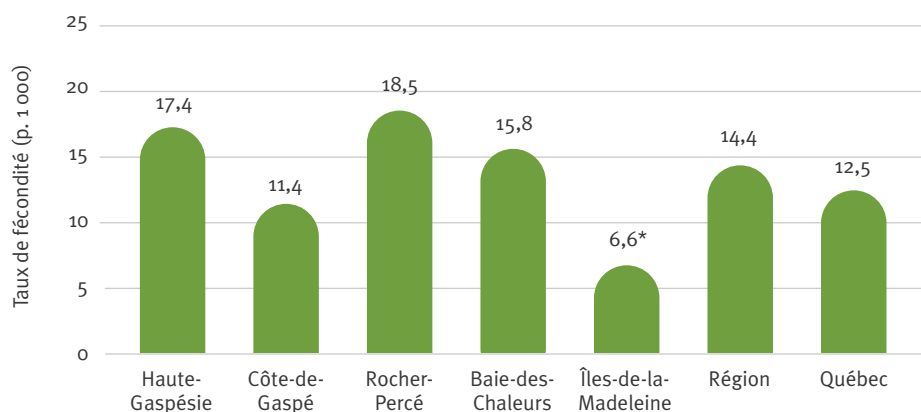


Figure 23 Taux de fécondité (p. 1 000) chez les 15 à 19 ans, RLS, Région et Québec, 2001-2003¹



* Taux significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 24 Proportion (en %) des nouveau-nés dont la mère a moins de 11 années de scolarité, RLS, Région et Québec, 2001-2003

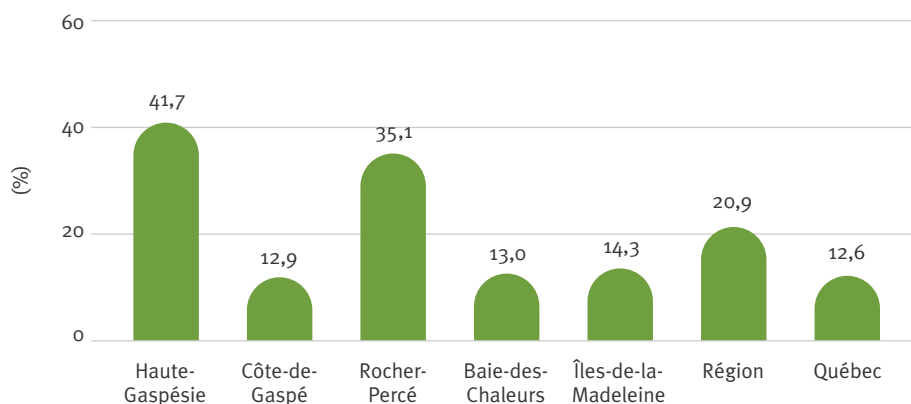
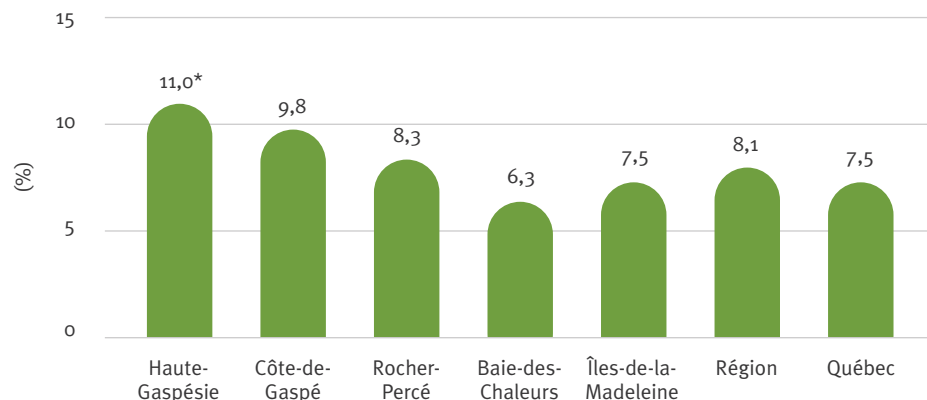
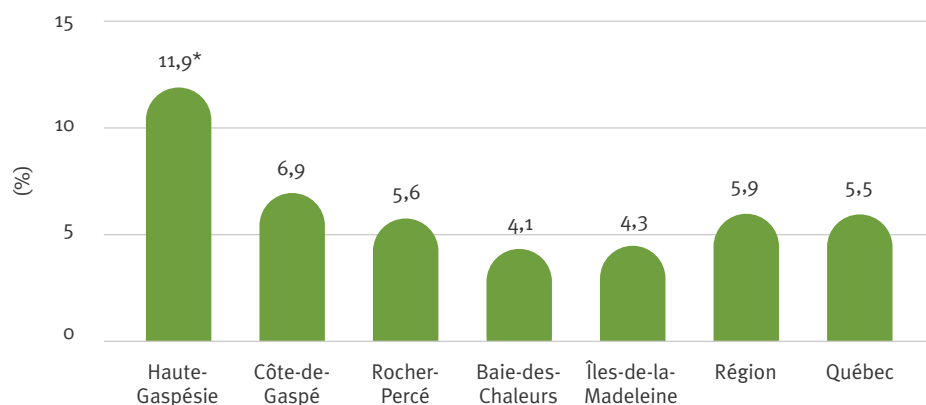


Figure 25 Proportion (en %) de bébés nés prématurés, RLS, Région et Québec, 2001-2003¹



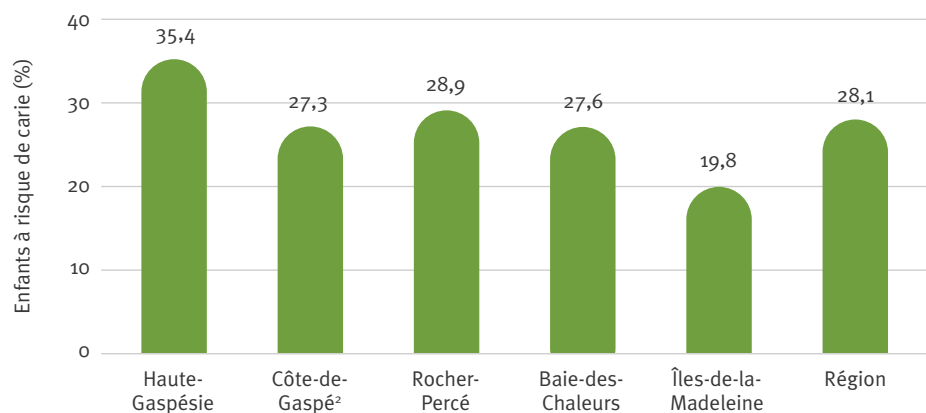
* Pourcentage de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 26 Proportion (en %) de bébés nés avec un poids insuffisant, RLS, Région et Québec, 2001-2003¹



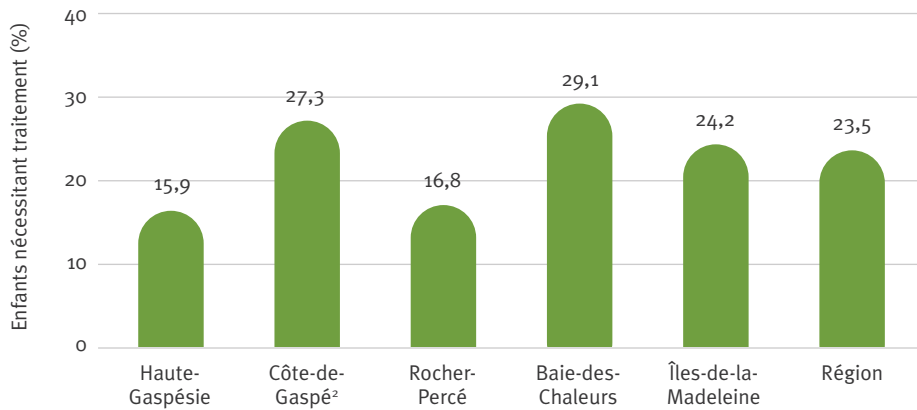
* Pourcentage de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 27 Proportion (en %) des enfants de maternelle à risque de carie, RLS et Région, année scolaire 2004-2005¹



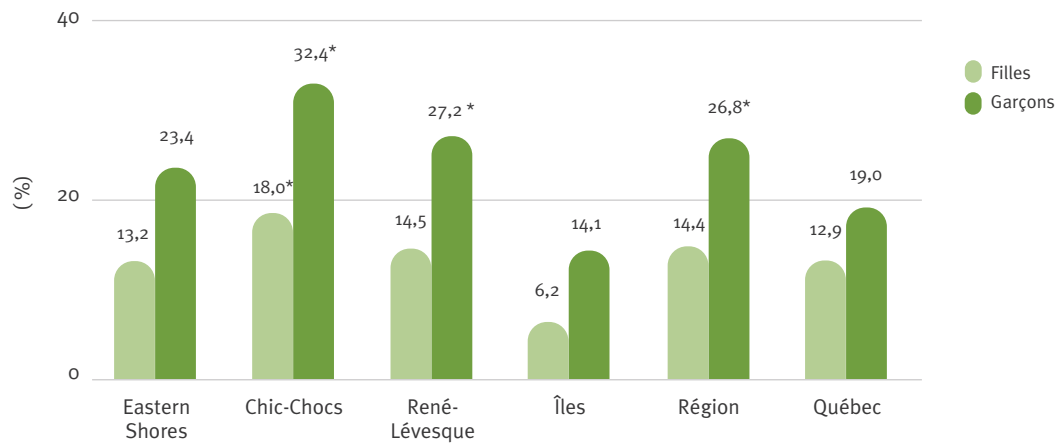
1. Le résultat de ce CSSS est donné à titre indicatif seulement car une forte proportion d'enfants (56 %) n'ont pas été examinés lors de l'activité de dépistage. Le résultat présenté ici n'est donc pas nécessairement représentatif de la situation de tous les enfants de maternelle de ce territoire.

Figure 28 Proportion (en %) des enfants de maternelle ayant un besoin de traitement, RLS et Région, année scolaire 2004-2005¹



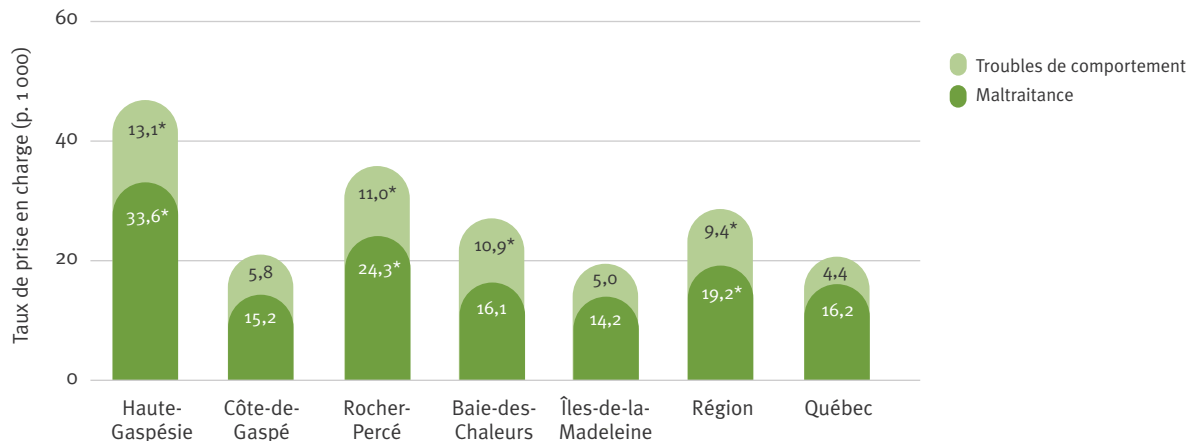
1. Le résultat de ce CSSS est donné à titre indicatif seulement car une forte proportion d'enfants (56 %) n'ont pas été examinés lors de l'activité de dépistage. Le résultat présenté ici n'est donc pas nécessairement représentatif de la situation de tous les enfants de maternelle de ce territoire.

Figure 29 Proportion (en %) des élèves qui passent au secondaire avec un retard scolaire selon le sexe, CS, Région et Québec, 2004-2005¹



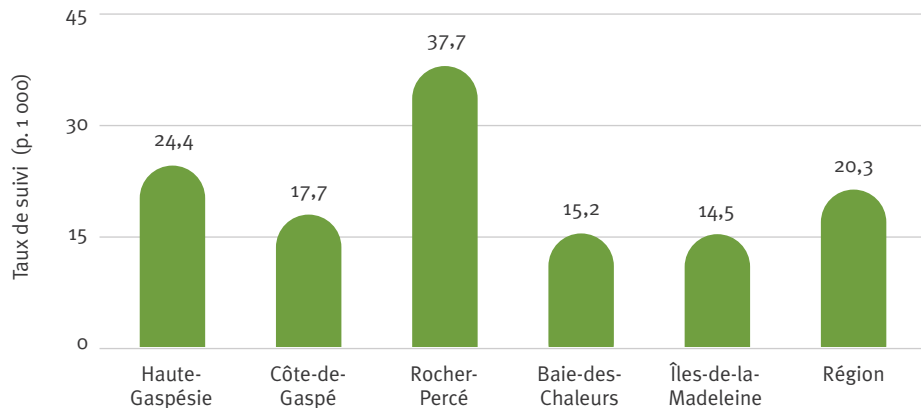
* Pourcentage de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 30 Taux de prise en charge (p. 1 000) chez les moins de 18 ans pour maltraitance et troubles de comportement, RLS, Région et Québec, 2005-2006¹



* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 31 Taux annuel moyen (p. 1 000) de jeunes de 12 à 17 ans suivis par le Centre jeunesse en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, RLS et Région, avril 2002 à mars 2006



Quand la tête et le cœur sont touchés : la violence, les troubles mentaux et le suicide

Comme les enfants et les jeunes, plusieurs adultes sont touchés au cours de leur vie par des problèmes de nature psychosociale qui affectent leur fonctionnement personnel, familial et social et qui entravent leur développement et leur bien-être. La violence conjugale, les agressions sexuelles, les troubles mentaux dont la dépression et l'anxiété, et le suicide en sont quelques exemples.

La violence conjugale

La violence conjugale peut prendre diverses formes, soit physique, psychologique, verbale, sexuelle et économique, et se caractérise par « une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante²⁵» que certains appellent aussi l'escalade de la violence. Les conséquences négatives de la violence exercée en contexte conjugal sont nombreuses tant pour les victimes que pour les enfants, que ceux-ci en soient témoins directement ou non²⁶.

Les données disponibles à l'échelle régionale sont celles du ministère de la Sécurité publique et concernent les crimes commis en contexte conjugal envers

Les femmes majoritairement victimes de la violence conjugale, principalement celles de 25 à 29 ans

En 2005, pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, 219 crimes en contexte conjugal ont été enregistrés par les corps policiers et jugés fondés après enquête, dont 179 ont été commis envers des femmes. Autrement dit, les femmes représentent 82 % des victimes de violence

des femmes et des hommes de 12 ans et plus par les conjoint-e-s, ex-conjoint-e-s ou ami-e-s intimes. Ces données, si elles ont l'avantage de porter sur des cas réels, c'est-à-dire des cas jugés fondés après enquête, n'offrent par ailleurs qu'un portrait partiel de la violence conjugale, ces crimes étant encore peu déclarés à la police²⁷. Selon une enquête de Statistique Canada réalisée en 2004, seulement 28 % des personnes déclarant avoir été victimes d'un crime en contexte conjugal ont signalé l'événement à la police²⁸. Il faut donc voir les données présentées dans ce qui suit comme une limite inférieure, si on veut, de l'ampleur du problème.

conjugale de la région, une situation semblable à celle du Québec et constante depuis plusieurs années. Les Gaspésiennes et Madeliniennes les plus frappées par ce type de crimes sont celles âgées de 25 à 29 ans, suivies de celles de 30 à 39 ans et de 18 à 24 ans. Ces

trois catégories d'âge totalisent pour les années 2003 à 2005 les deux tiers des victimes féminines.

Par ailleurs, chez les hommes comme chez les femmes de la région, les crimes les plus fréquents en contexte conjugal sont les voies de fait (plus de 60 % des cas), le harcèlement criminel et les menaces arrivant *ex aequo* au deuxième rang. Précisons toutefois que 3 % des Gaspésiennes et MadelinienNES victimes d'une infraction en contexte conjugal en 2003-2005 ont été agressées sexuellement, soit dix-sept femmes, alors qu'aucun homme n'a subi ce genre d'agressions.

Quant au lien entre la victime et l'auteur présumé du crime, entre 2003 et 2005, les femmes de la région ont été agressées dans 48 % des cas par un ex-conjoint,

par leur conjoint actuel dans 43 % des situations et par un ami intime dans 9,6 % des cas. Comparativement aux hommes, les femmes sont plus souvent victimes de leur conjoint actuel (43 % contre 32 % chez les hommes) alors qu'elles le sont moins fréquemment par leur ex-conjoint (48 % contre 56 %). Cette situation est aussi observée à l'échelle de la province.

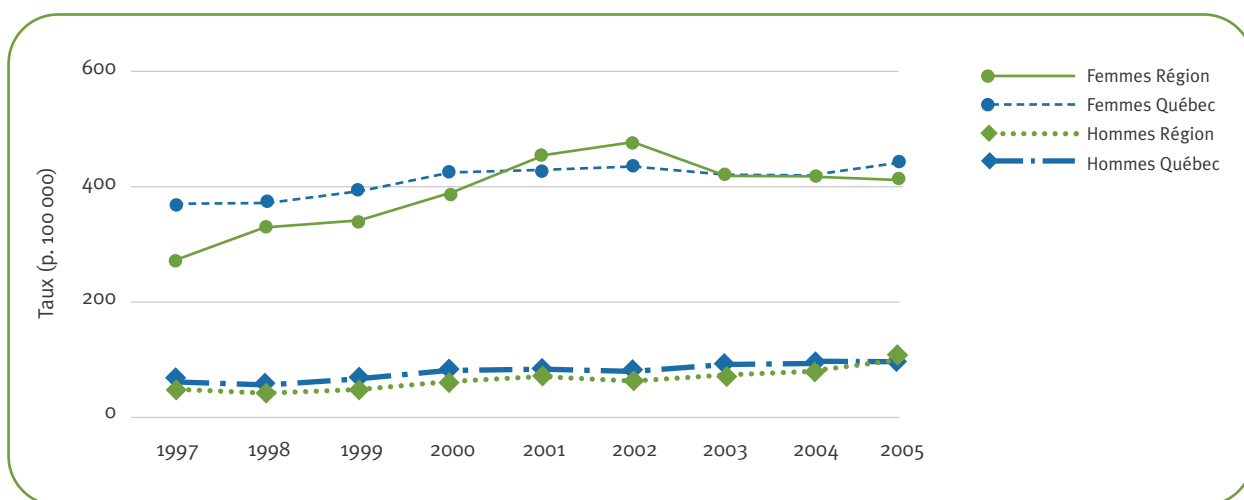
Au Québec finalement, les femmes victimes de crimes commis en contexte conjugal sont dans 98 % des cas agressées par un homme. Dans le cas des hommes, la plupart sont agressés par une femme (79 %) mais 21 % le sont par un homme²⁹. Nous ne connaissons pas ces données pour notre région.

Le taux de crimes commis envers les femmes de la région en contexte conjugal ne se distingue pas de celui du Québec

La figure 32 illustre d'abord la différence dont nous parlions plus tôt entre les hommes et les femmes relativement à la violence conjugale. Sur cette figure, on peut voir en effet que le taux de crimes commis envers les femmes en contexte conjugal est plus de quatre fois supérieur à celui des hommes. La figure 32 montre aussi la hausse relativement importante et constante du taux de crimes exercés envers les femmes en contexte conjugal entre 1997 et 2002 dans la région. En nombre absolu, on est passé de

124 crimes de cette nature en 1997 à 207 en 2002. Avec cette hausse, le taux régional a même rejoint et dépassé celui du Québec pour les années 2001 et 2002. À partir de 2003 cependant, on assiste à une certaine stabilisation du taux régional, et même à une légère diminution (figure 32). En 2005, le taux de crimes commis envers les femmes en contexte conjugal est de 410,4 pour 100 000 en Gaspésie et aux îles-de-la-Madeleine et de 430,8 au Québec, un écart qui n'est pas significatif au plan statistique.

Figure 32 Taux de crimes (p. 100 000) commis en contexte conjugal selon le sexe, Région et Québec, 1997 à 2005



Les agressions sexuelles

Après les jeunes filles de moins de 18 ans et les jeunes garçons de ce même groupe d'âge, les femmes adultes sont les plus touchées par les agressions sexuelles, et ce, au Québec comme dans notre région. Sur les 217 infractions sexuelles commises de 2002 à 2004 en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 56 l'ont été envers des femmes de 18 ans et plus et 3 envers des hommes de ce même groupe d'âge. Chez les femmes adultes plus précisément, le taux d'agressions

sexuelles enregistré pour notre région au cours des trois années 2002 à 2004 est assez semblable à celui du Québec, soit autour de 46 pour 100 000 contre 49.

Au Québec, les infractions sexuelles sont à la hausse depuis 1997 chez les femmes de 18 ans et plus, une tendance que semble aussi suivre la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine.

Les troubles mentaux

Les troubles mentaux « couvrent un éventail de difficultés qui altèrent la pensée, l'humeur ou le comportement. Ils sont associés à un sentiment de détresse et ils peuvent, à des degrés variables, nuire au fonctionnement dans la vie quotidienne³⁰». On retrouve parmi les troubles mentaux, la dépression, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, la schizophrénie, les troubles de l'alimentation, les démences et le retard mental³¹.

Les données les plus récentes sur les hospitalisations indiquent que 368 hospitalisations ont lieu en moyenne par année chez les femmes de la région en raison d'un trouble mental et environ 500 chez les hommes. Les troubles mentaux sont en fait la septième cause d'hospitalisation chez les femmes et la sixième

chez les hommes entre avril 2003 et mars 2005. Le plus souvent, le problème à l'origine de l'hospitalisation est :

- un trouble névrotique, un trouble de la personnalité ou un autre trouble non psychotique (ex. : état anxieux, dépressif ou phobique, hypocondrie, hystérie, trouble de l'adaptation, problème associé à l'usage de l'alcool ou de drogues) (50 % des cas);
- une psychose non organique (ex. : psychose affective comme la psychose maniaque dépressive, et psychose schizophrénique) (35 % des cas);
- un état psychotique organique (ex. : démence sénile) (15 % des cas).

Plus de 12 % des lits de courte durée occupés le sont par des personnes souffrant de troubles mentaux

De tous les problèmes de santé, les troubles mentaux sont généralement ceux qui entraînent les plus longues durées d'hospitalisation et à ce titre, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine ne fait pas exception. Ainsi, au cours de la période mentionnée plus tôt, la durée moyenne des séjours hospitaliers, toutes causes confondues, des résidents de la région est de 7,4 jours alors que les personnes hospitalisées pour un trouble mental l'ont été pour 15,1 jours en

moyenne (14,3 jours pour les femmes et 15,6 jours pour les hommes). En termes d'utilisation des ressources, les personnes de la Gaspésie et des Îles hospitalisées pour cette cause spécifique monopolisent 12,4 % des lits de courte durée occupés au cours d'une année, faisant des troubles mentaux le deuxième problème en importance quant à l'occupation des lits de courte durée.

Des taux d'hospitalisation pour troubles mentaux particulièrement élevés chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans

Au Québec, comme en Gaspésie et aux Îles, les jeunes hommes de 15 à 29 ans obtiennent un taux d'hospitalisation deux fois plus élevé que celui du reste de la population pour les années 2003-2004 et 2004-2005. Un examen des causes plus spécifiques à l'origine de l'hospitalisation indique que sur les 230 hospitalisations survenues au cours des deux années étudiées ici pour des jeunes hommes de la région âgés entre 15 et 29 ans :

- 39 % ont été faites en raison d'une psychose non organique (psychose schizophrénique, psychose affective ou autres) (90 hospitalisations);

- 22 % en raison d'un trouble de la personnalité (32 hospitalisations) ou d'un trouble névrotique (18);
- et 16 % en raison d'un trouble non psychotique associé à une dépendance aux drogues ou à un abus de ces substances (37 hospitalisations).

De tous les troubles mentaux, la démence sénile est le problème entraînant le plus de décès

Pour ce qui est de la mortalité, les troubles mentaux sont responsables de 29 décès annuellement chez les résidents de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, soit 3,2 % de tous les décès, faisant de ces problèmes la huitième cause de décès (la sixième chez les femmes et la huitième chez les hommes). Sur les 114 personnes décédées d'un trouble mental entre

2000 et 2003 (69 femmes et 45 hommes), la démence était la cause plus spécifique de décès dans 84 % des cas. Toute proportion gardée, les femmes et les hommes de la région ont un taux de décès pour les troubles mentaux près de 25 % inférieur à celui des Québécoises et des Québécois du même âge.

Les trois quarts de la population gaspésienne et madelinienne considère sa santé mentale très bonne ou même excellente

En 2003, trois personnes sur quatre âgées de 12 ans et plus en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine déclarent être en excellente ou en très bonne santé mentale, proportion qui ne varie pas selon le sexe et

qui ne se distingue pas de celle du Québec (77 %). À l'opposé, seulement 3 % juge sa santé mentale passable ou mauvaise, et ce, en Gaspésie et aux Îles comme au Québec.

Le suicide

Depuis vingt ans, un peu plus de 350 personnes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine sont décédées par suicide dont 312 hommes et 41 femmes. Ainsi, dans près de 90 % des cas, ce sont des hommes qui mettent intentionnellement fin à leurs jours. Plus récemment, au cours des cinq années 1999-2003, 102 personnes de la région se sont enlevées la vie pour un taux

annuel moyen de suicide de 21,2 pour 100 000. Depuis le milieu des années 70, il s'agit d'un des plus hauts taux de suicide enregistrés sur une période de cinq ans en Gaspésie et aux Îles. En dépit de cela, le taux régional de décès par suicide continue à ne présenter aucune différence significative au plan statistique avec celui du Québec en 1999-2003 (18,6 pour 100 000).

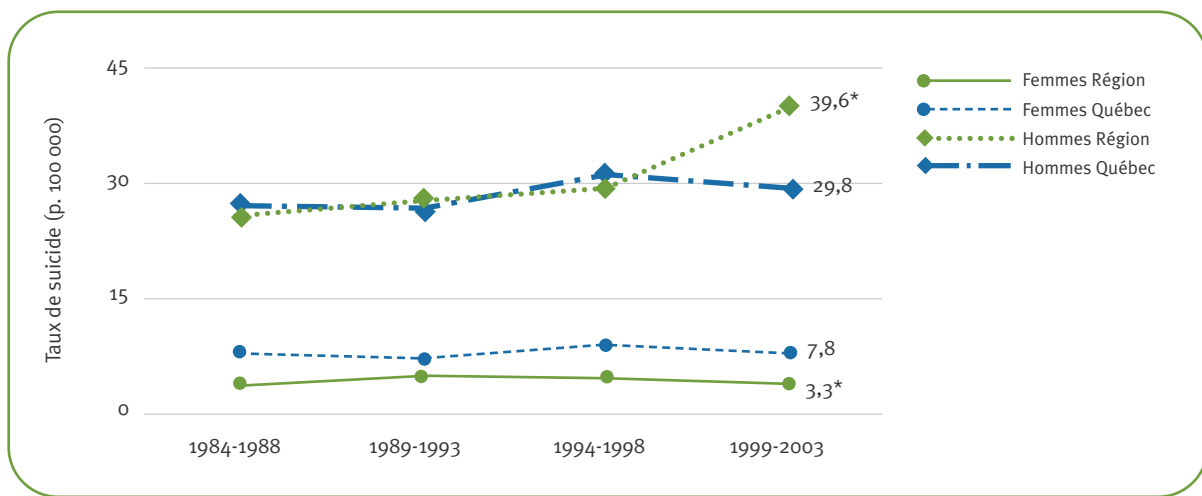
Les Gaspésiens et Madelinots enregistrent un taux de suicide plus élevé que les Québécois

Comme nous l'avons vu précédemment, le suicide est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, de sorte qu'il est important de distinguer les hommes des femmes quand on étudie ce problème. Ainsi, sur les 102 personnes décédées par suicide entre 1999 et 2003, 94 étaient des hommes ce qui correspond à un taux annuel moyen de suicide de 39,6 pour 100 000. Avec l'ampleur de ce taux, les hommes de la Gaspésie et des Îles affichent un taux de suicide supérieur à celui des Québécois pour la même période (29,8 pour 100 000) (figure 33). Précisons ici

que la surmortalité par suicide des hommes de la région par rapport aux Québécois n'est pas attribuable à un groupe d'âge en particulier, mais semble plutôt généralisée à l'ensemble des hommes quel que soit leur âge à compter de 15 ans.

Les Gaspésiennes et Madeliniennes obtiennent, quant à elles, un taux de suicide inférieur à celui de leurs homologues provinciales en 1999-2003 (3,3 contre 7,8 pour 100 000) comme ce fut en général le cas au cours des vingt dernières années.

Figure 33 Taux annuel moyen ajusté (p. 100 000) de décès par suicide selon le sexe, Région et Québec, 1984-1988 à 1999-2003¹



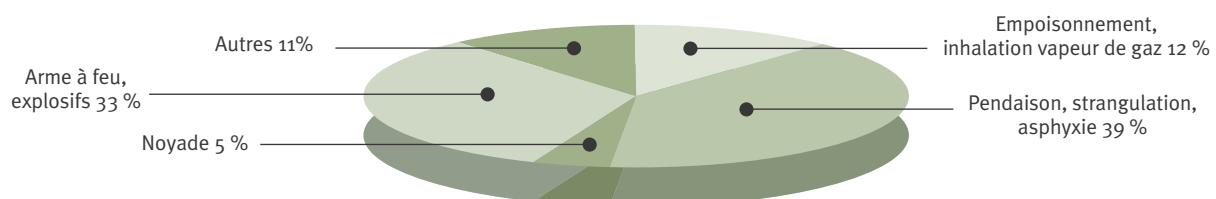
* Taux de la région significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

La pendaison : le moyen le plus souvent utilisé pour mettre fin à ses jours

Au cours des années 1999 à 2003, 41 % des personnes de la région qui se sont suicidées l'ont fait par pendaison (40 % des hommes et 50 % des femmes). Vient ensuite au second rang l'arme à feu, un moyen utilisé par le tiers des personnes mortes par suicide (figure 34), ce dernier moyen n'ayant été utilisé que par des hommes. Ces résultats représentent un

changement par rapport aux années antérieures où l'arme à feu était le moyen le plus souvent utilisé par les gens de la région pour mettre fin à leur vie, suivi de plus loin par la pendaison. Cela dit, si les moyens pour se suicider ont changé, cela n'a par ailleurs pas modifié le taux global de suicide dans la population.

Figure 34 Répartition (en %) des moyens utilisés par les personnes décédées par suicide, Région, 1999 à 2003



Au Québec, c'est entre 30 et 49 ans que le taux de suicide est le plus élevé, une tendance aussi observée en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine

Mentionnons d'abord que le suicide chez les moins de 15 ans demeure en 1999-2003 un phénomène marginal au Québec. À l'opposé, c'est le groupe des 30 à 49 ans qui obtient le taux le plus élevé de décès par suicide (27,6 par 100 000 chez les deux sexes). Après cela, le taux a tendance à s'incliner pour se situer à 14,1 chez

les Québécoises et Québécois de 65 ans et plus. En Gaspésie et aux Îles, bien qu'il soit plus difficile de tirer des conclusions fiables à cet égard en raison des plus faibles effectifs, on remarque cette même tendance dans l'évolution du taux de décès par suicide à travers les différents groupes d'âge.

En somme

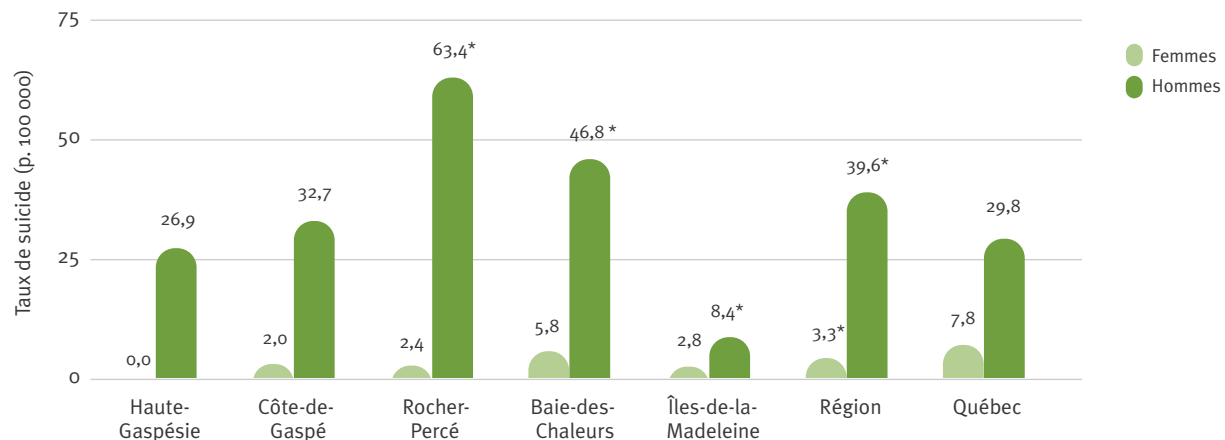
À l'échelle de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, le nombre de crimes commis envers les femmes en contexte conjugal a connu une hausse entre 1997 et 2002 en passant de 124 à 207. Avec cette augmentation, le taux régional a même rejoint celui du Québec et en 2005, le taux de crimes en contexte conjugal enregistré envers les femmes de notre région ne se distingue pas du taux provincial. De la même manière, le taux d'infractions sexuelles commises envers les femmes de notre région est assez semblable à celui du Québec en 2002-2004 et semble suivre la même tendance à la hausse qu'au Québec.

Dans un autre ordre d'idées, les troubles mentaux ne constituent pas une cause majeure de décès de façon générale dans la population gaspésienne et madeleine. Au cours des quatre années 2000-2003, 114 personnes sont mortes d'un trouble mental, la démence étant la cause du décès dans 84 % des cas.

Néanmoins, les personnes souffrant d'un trouble mental monopolisent plus de 12 % des lits de courte durée occupés, faisant des troubles mentaux le deuxième problème en importance quant à l'occupation des lits de courte durée. De plus, les jeunes hommes de 15 à 29 ans semblent particulièrement vulnérables aux troubles mentaux, ceux-ci enregistrant à tout le moins un taux d'hospitalisation pour ces problèmes deux fois plus élevé que le reste de la population. Au chapitre du suicide, les hommes de la Gaspésie et des Îles ont enregistré pour la première fois depuis le milieu des années 70, un taux annuel moyen de décès par suicide supérieur à celui des Québécois (pour une période de cinq ans). De leur côté, les femmes continuent à afficher en 1999-2003 un taux de suicide inférieur à celui de leurs homologues provinciales, comme ce fut d'ailleurs le cas au cours des vingt dernières années.

Le suicide dans les territoires locaux

Figure 35 Taux annuel moyen ajusté de décès par suicide (p. 100 000) selon le sexe, RLS, Région et Québec, 1999-2003¹



* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Les maladies chroniques et leurs déterminants

Au cours du dernier siècle, les maladies chroniques ont supplanté les maladies infectieuses pour s'établir au premier rang des causes de mortalité³². Ces maladies sont dites chroniques parce qu'elles se développent lentement, qu'elles entraînent des incapacités et que les personnes qui en sont affligées le sont généralement pour longtemps³³. Dans cette section, nous abordons d'abord les quatre maladies chroniques suivantes, soit les maladies circulatoires, les cancers, les maladies respiratoires, à l'exception des pneumonies et de la grippe, et finalement le diabète. Par la suite, nous présentons les grands déterminants aux maladies chroniques dont le tabagisme et la sédentarité.

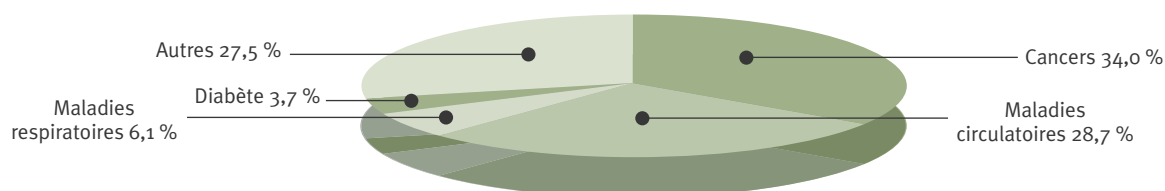
Portrait global des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont responsables de 73 % des décès

Comme le montre la figure 36, 34 % des décès survenus en 2000-2003 au sein de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine sont attribuables aux cancers, 29 % aux maladies circulatoires, 6 % aux maladies respiratoires et 4 % au diabète, ce qui correspond à 73 % de tous les décès. Chez les femmes plus précisément, les cancers et les maladies circulatoires sont à peu de chose près *ex æquo*, ces maladies

chroniques entraînant chacune trois décès sur dix en 2000-2003. Chez les hommes, les cancers ont surpassé les maladies circulatoires en étant maintenant responsables de 36 % de la mortalité contre 27 %. Les maladies respiratoires sont, pour leur part, responsables de 5 % des décès chez les femmes et de 7 % chez les hommes, et le diabète, de 4 % chez les femmes et 3 % chez les hommes.

Figure 36 Répartition (en %) des décès selon les principales maladies chroniques, Région, 2000-2003

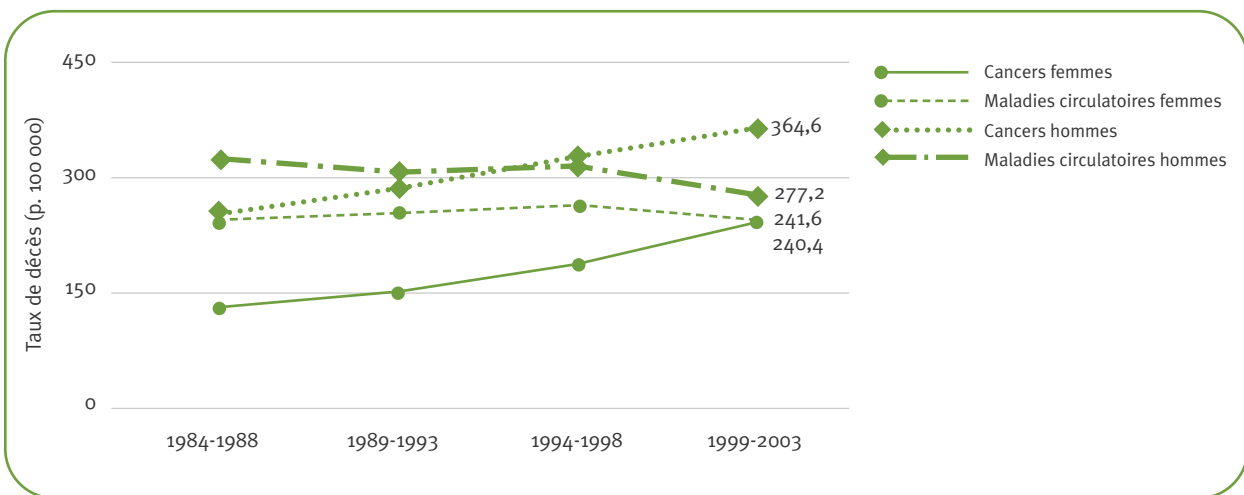


Les cancers ont rejoint et même dépassé les maladies circulatoires au chapitre des décès

Comme nous venons de le voir, les cancers ont rejoint les maladies circulatoires au chapitre de la mortalité féminine, ces deux causes étant maintenant *ex æquo*, alors que chez les hommes de la région, les cancers ont même surpassé les maladies circulatoires pour devenir la première cause de décès. Ce changement relatif à la mortalité, survenu au tournant du millé-

naire, s'explique par le fait qu'une proportion de plus en plus faible de la population de la Gaspésie et des Îles meurt de maladies circulatoires alors qu'une part de plus en plus grande décède du cancer (figure 37). Nous verrons cependant plus loin que la hausse du taux de décès par cancers est uniquement attribuable au vieillissement de la population.

Figure 37 Taux brut de décès (p. 100 000) par cancers et par maladies circulatoires selon le sexe, Région, 1984-1988 à 1999-2003



Les cancers sont une cause plus importante de décès prématurés que les maladies circulatoires et respiratoires

Rappelons d'abord que le risque de mourir d'une maladie chronique, quelle qu'elle soit, augmente avec l'âge. Cela dit, si près de 90 % des personnes de la Gaspésie et des Îles qui décèdent de maladies respiratoires ou circulatoires ont 65 ans et plus au moment de leur décès, ceci n'est le cas que pour 70 % des gens qui meurent d'un cancer. Inversement donc, 30 % des

décès par cancers surviennent avant 65 ans, le plus souvent entre 45 et 64 ans. Ainsi, non seulement les cancers sont les maladies occasionnant actuellement le plus grand nombre de décès dans la population, les personnes qui en meurent sont en moyenne plus jeunes que celles décédant d'une maladie respiratoire ou circulatoire (71 ans contre 79 ans environ).

Les maladies circulatoires sont les maladies qui causent le plus grand nombre d'admissions en centre hospitalier

Au chapitre des hospitalisations de courte durée, entre avril 2003 et mars 2005, les maladies de l'appareil circulatoire sont encore, et de loin, au premier rang avec une moyenne annuelle de 2 767 hospitalisations

ou 21 % de l'ensemble (en excluant les hospitalisations liées à la grossesse, aux accouchements et aux naissances) (tableau 2). Ce tableau montre les autres causes principales d'hospitalisation.

Tableau 2 Nombre annuel moyen d'hospitalisations et répartition (en %) selon les principales causes d'hospitalisation et le sexe, Région, avril 2003 à mars 2005

Causes d'hospitalisation	Femmes	Hommes	Total	Répartition
Maladies circulatoires	1 206	1 561	2 767	20,9 %
Maladies respiratoires (moins pneumonie et grippe)	449	578	1 027	7,7 %
Maladies de l'appareil digestif	642	646	1 288	9,7 %
Cancers	376	500	876	6,6 %
Lésions traumatiques et empoisonnements	437	529	966	7,3 %
Autres	3 249	3 088	6 337	47,8 %
TOTAL (sauf grossesses, accouchements et naissances)	6 359	6 902	13 261	100,0 %

Mentionnons que le diabète est responsable pour sa part de seulement 1,2 % des hospitalisations chez les résidents de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine,

soit 155 hospitalisations en moyenne par année pour la période considérée ici (77 chez les femmes et 78 chez les hommes).

Les cancers occasionnent en général une durée plus longue d'hospitalisation que les autres maladies chroniques

Des quatre maladies chroniques retenues ici, c'est en effet les personnes atteintes de cancer qui sont hospitalisées le plus longtemps en général, soit 11,8 jours en moyenne à chaque admission. De leur côté, les personnes hospitalisées pour une maladie circulatoire le sont en moyenne pour une durée de 7,6 jours (8,8 jours pour les femmes et 6,7 jours pour les

hommes) alors que celles souffrant d'une maladie respiratoire séjournent en moyenne 6,3 jours à l'hôpital (6,5 jours pour les femmes et 6,1 jours pour les hommes) et celles atteintes de diabète, 6,5 jours (6,7 jours pour les femmes et 6,4 jours pour les hommes).

Les personnes atteintes de maladies chroniques monopolisent 37 % des lits de courte durée occupés

En faisant la synthèse du nombre d'hospitalisations et des durées de séjour, on obtient le nombre de journées d'hospitalisation associées à chacune des hospitalisations, un indicateur en lien avec les ressources requises. Ainsi, sur les quelque 104 700 jours annuels d'hospitalisation des résidents de la région :

- 21 071 jours le sont en raison d'une maladie circulatoire (20 %),
- 10 323 jours en raison des cancers (10 %),

- 6 464 jours en raison des maladies respiratoires (6 %),
- 1 014 jours en raison du diabète (1 %).

Exprimé autrement, ceci signifie que sur dix lits de courte durée occupés dans la région, deux le sont en général par des personnes souffrant de maladies circulatoires, et un autre l'est par des personnes atteintes d'un cancer. Les personnes hospitalisées pour une maladie respiratoire monopolisent, quant à elles, 6 % des lits de courte durée occupés et celles atteintes de diabète, 1 %.

Les maladies circulatoires

Au Québec comme en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, les principales maladies circulatoires sont les cardiopathies dont font partie l'infarctus et l'angine, les accidents cérébrovasculaires, les maladies

des vaisseaux sanguins et lymphatiques dont l'athérosclérose, et dans une moindre mesure, les maladies hypertensives.

Baisse notable de la mortalité par maladies circulatoires

Depuis le début des années 80, le nombre de personnes décédant d'une maladie circulatoire a régressé, et ce, en dépit du vieillissement de la population. D'ailleurs, si on élimine cet effet du vieillissement, le taux de décès associé aux maladies circulatoires a même diminué de plus de la moitié depuis le milieu des années 80, et ce, chez les hommes comme chez les femmes de la région. Ceci signifie que les maladies circulatoires sont véritablement moins mortelles qu'auparavant. Au Québec, les progrès de la médecine et la diminution de la prévalence du tabagisme, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie ont contribué de façon importante à la baisse de la mortalité cardiovasculaire³⁴. On peut supposer qu'il en va de même en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Cela dit, bien que la mortalité par maladies circulatoires ait régressé, ces maladies demeurent tout de même une cause majeure de décès, de morbidité et d'incapacité³⁵. En effet, 118 femmes et 134 hommes de la Gaspésie et des Îles décèdent en moyenne à chaque année de ce type de maladies. Rappelons aussi que les maladies circulatoires constituent toujours, et de loin, la principale cause d'admission en centre hospitalier et que plus de 19 % des personnes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine interrogées dans le cadre de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* en 2003 ont rapporté souffrir d'hypertension et près de 8 % d'une maladie cardiaque, pour un total de 23 % souffrant de l'une ou l'autre de ces affections. Il s'agit donc de maladies dont il faut encore se préoccuper en poursuivant notamment nos efforts de prévention.

La population de la Gaspésie et des Îles décède moins de maladies circulatoires que la population du Québec

Toute proportion gardée, en 1999-2003, le nombre de décès attribuables aux maladies circulatoires au sein de la population régionale est environ 15 % supérieur à celui enregistré au Québec. Cet écart est cependant uniquement attribuable au fait que la population

gaspésienne et madelinienne a une structure d'âge plus vieille que celle du Québec, car lorsqu'on ajuste pour cette dimension, le taux de décès par maladies circulatoires devient même inférieur à celui du Québec (tableau 3).

Tableau 3 Taux annuel moyen ajusté de décès (p. 100 000) selon les principales maladies chroniques et le sexe, Région et Québec, 1999-2003¹

Maladies chroniques	Femmes		Hommes		TOTAL	
	Région	Québec	Région	Québec	Région	Québec
Maladies circulatoires	163,3	176,6	271,2 –	296,8	212,0 –	226,4
Cancers	186,1	185,3	342,9 +	302,1	255,9 +	230,7
Maladies respiratoires	28,4	34,3	66,5	76,1	42,9 –	48,7
Diabète	21,9	19,1	27,6	28,4	24,9	23,0
TOTAL (quatre maladies chroniques)	399,7	415,3	708,2	703,4	535,7	528,8

+ Taux de la Gaspésie et des Îles significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

– Taux de la Gaspésie et des Îles significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les cancers

Comme c'est le cas au Québec, les cancers sont maintenant la première cause de décès en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Chaque année, c'est en moyenne près de 300 personnes de la région qui meurent des

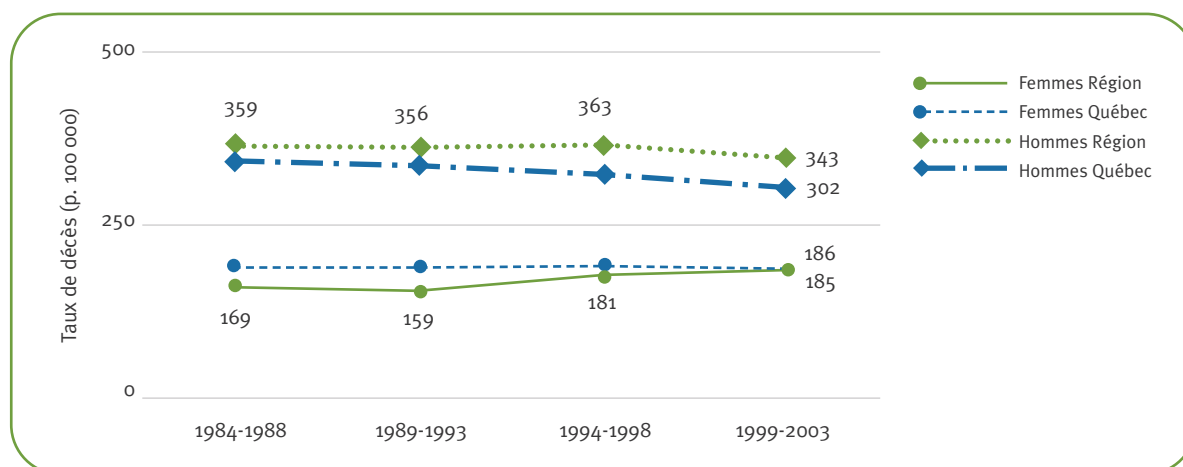
suites d'un cancer (120 femmes et 179 hommes) et plus de 560 qui apprennent qu'elles sont atteintes de cette maladie (253 femmes et 309 hommes).

Le nombre de décès par cancers et le nombre de nouveaux cas sont à la hausse, mais uniquement en raison du vieillissement de la population

Comme nous le disions plus tôt, de plus en plus de personnes meurent du cancer ou apprennent qu'elles souffrent de cette maladie, mais cette situation est entièrement attribuable au fait que la population vieillit. Autrement, si ce n'était de ce phénomène

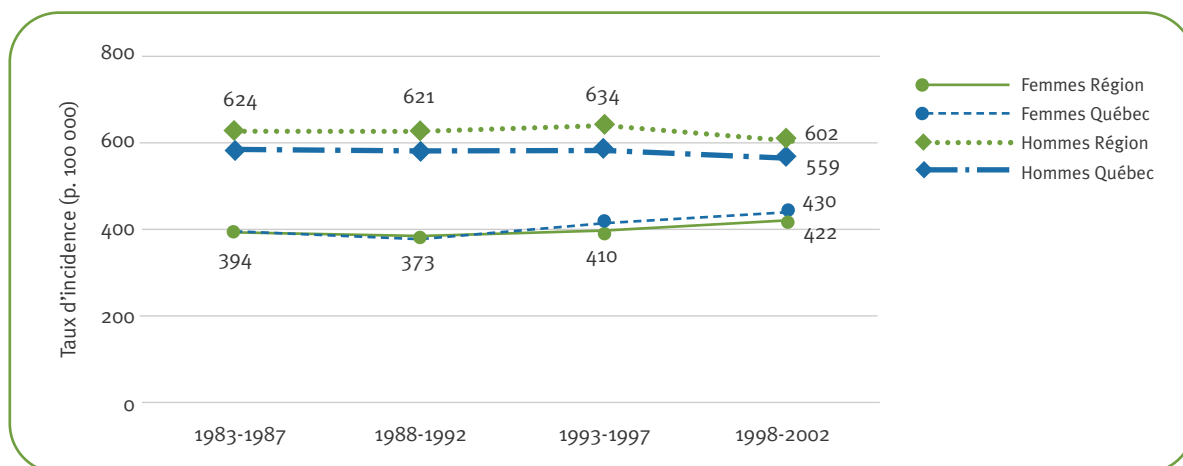
démographique qu'est le vieillissement, le nombre de cancers serait relativement stable au sein de la population de la Gaspésie et des Îles depuis le milieu des années 80 (figures 38 et 39).

Figure 38 Taux annuel moyen ajusté de décès (p. 100 000) par cancers selon le sexe, Région et Québec, 1984-1988 à 1999-2003



Note : Les taux inscrits sur ce graphique pour les trois premières périodes correspondent à ceux des hommes et des femmes de la région.

Figure 39 Taux annuel moyen ajusté d'incidence du cancer (p. 100 000) selon le sexe, Région et Québec, 1983-1987 à 1998-2002



Note : Les taux inscrits sur ce graphique pour les trois premières périodes correspondent à ceux des hommes et des femmes de la région.

Surmortalité et surincidence de cancers chez les hommes de la région comparativement aux Québécois, ce qui n'est pas le cas chez les femmes

Comme le montrent le tableau 3 et la figure 38, en 1999-2003, le taux ajusté de décès par cancers est plus élevé chez les Gaspésiens et Madelinots que chez les Québécois (343 contre 302 pour 100 000). De la même manière, on peut voir à la figure 39 qu'à âge égal, l'incidence du cancer est significativement supérieure chez les hommes de la région, un écart de 8 % en 1998-2002. Il faut cependant souligner que cette surmortalité par cancers chez les hommes est totalement contrebalancée par le fait que les Gaspésiens et Madelinots ne meurent par ailleurs pas davantage de

diabète et de maladies respiratoires que les Québécois et qu'ils décèdent même moins par maladies circulatoires. Ainsi, les hommes de la région affichent un taux global de mortalité pour les quatre maladies chroniques étudiées ici semblable à celui de leurs homologues provinciaux (tableau 3).

Pour ce qui est des Gaspésiennes et Madeliniennes, à âge égal, elles ne décèdent pas davantage du cancer que les Québécoises et ont une incidence de cancer semblable.

Le cancer du poumon est le cancer qui entraîne le plus grand nombre de décès dans la population gaspésienne et madelinienne, suivi du cancer colorectal

Chez les femmes, le cancer des bronches et du poumon est le cancer qui entraîne le plus grand nombre de décès : plus de deux décès par cancers sur dix lui sont attribuables (tableau 4). Vient ensuite le cancer du sein qui, sans être le plus mortel, demeure le cancer le plus fréquemment détecté chez les femmes de la région : 23 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués à chaque année sont des cancers du sein (71 cas en moyenne annuellement). L'incidence de ce cancer est d'ailleurs en hausse en général au Québec et la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine ne font pas exception, en raison non seulement du vieillissement mais aussi parce qu'on détecte par la mammographie de dépistage de plus en plus de cas au stade précoce de la maladie³⁶. Mentionnons à ce sujet qu'entre janvier 2004 et décembre 2005, 59 % des Gaspésiennes et Madeliniennes de 50 à 69 ont eu une mammographie par le biais du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Ce taux de participation au PQDCS est plus élevé que celui du Québec, lequel est de 49,4 % (réf. figure 49)³⁷. Pour ce

qui est par ailleurs du cancer du poumon, son incidence est aussi en augmentation depuis le milieu des années 80, tant chez les Québécoises que chez les femmes de la région, reflétant sans doute l'évolution des habitudes tabagiques des femmes au cours des années 60, 70 et 80.

Chez les hommes de la région, à l'image de la situation provinciale, le cancer des bronches et du poumon est de loin le cancer faisant le plus de décès (tableau 4) et c'est aussi le cancer le plus fréquemment détecté chez les hommes (tableau 5). Comme c'est également le cas au Québec, l'incidence de ce cancer chez les Gaspésiens et les Madelinots a tendance à s'infléchir depuis une quinzaine d'années. Le cancer colorectal arrive au deuxième rang de la mortalité masculine par cancers, suivi du cancer de la prostate. Ces deux derniers types de cancer sont aussi ceux qui génèrent, après le cancer du poumon, le plus de nouveaux cas à chaque année au sein de la population masculine de la région (tableau 5).

Tableau 4 Nombre de décès par cancers selon le siège et le sexe, Région, 2000-2003

Sièges de cancer	Femmes	Hommes	Total
Bronches-Poumon	106	269	375
Côlon et rectum	62	60	122
Sein chez les femmes	68	—	68
Prostate	—	54	54
Estomac	15	39	54
Pancréas	32	29	61
Vessie	4	12	16
Rein	12	24	36
Autres	181	228	409
TOTAL	480	715	1 195

Tableau 5 Nombre de nouveaux cas de cancer selon le siège et le sexe, Région, 1998-2002

Sièges de cancer	Femmes	Hommes	Total
Bronches-Poumon	165	386	551
Côlon et rectum	181	200	381
Sein chez les femmes	356	—	356
Prostate	—	211	211
Estomac	39	80	119
Pancréas	43	49	92
Vessie	23	87	110
Rein	35	82	117
Autres	421	452	873
TOTAL	1 263	1 547	2 810

Le poumon, l'estomac, le pancréas et le rein : Types de cancer pour lesquels la population régionale se distingue défavorablement

En 1999-2003, les hommes de la Gaspésie et des Îles meurent davantage du cancer pulmonaire que les Québécois et ont d'ailleurs une incidence de ce type de cancer supérieure en 1998-2002 (tableaux 6 et 7). La mortalité par cancer gastrique et l'incidence de ce cancer sont aussi plus élevées chez les hommes de la région que chez les Québécois. Finalement, on détecte en proportion davantage de cancers du rein chez les Gaspésiens et Madelinots que chez leurs homologues provinciaux du même âge. De façon générale, le surplus de décès et de nouveaux cas chez les hommes

de la région n'est pas attribuable à un groupe d'âge en particulier et s'observe plutôt à tous les âges à partir de 45 ans.

Les Gaspésiennes et Madeliniennes se distinguent défavorablement des Québécoises uniquement pour l'incidence du cancer de l'estomac et, dans ce cas, cette surincidence est principalement observée à compter de 65 ans. Leur taux de décès pour ce type de cancer ne présente cependant pas de différence significative avec celui des Québécoises (tableaux 6 et 7).

La prostate et la vessie : Types de cancer pour lesquels la population régionale se distingue favorablement

En 1998-2002, les taux d'incidence des cancers de la vessie et de la prostate sont moins élevés chez les hommes de la région que chez les Québécois du même âge (tableau 7). Le taux de décès par cancer de la

vessie est aussi plus faible en Gaspésie et aux Îles, une tendance observée chez les femmes et chez les hommes (tableau 6).

Tableau 6 Taux annuel moyen ajusté de décès par cancers (p. 100 000) selon certains sièges et le sexe, Région et Québec, 1999-2003¹

Sièges	Femmes		Hommes		TOTAL	
	Région	Québec	Région	Québec	Région	Québec
Poumon	44,2	45,3	126,7 +	102,8	80,9 +	68,6
Colorectal	21,7	21,9	32,7	35,3	26,5	27,5
Sein	30,4	30,6	—	—	—	—
Prostate	—	—	28,5	29,9	—	—
Estomac	6,6	5,1	18,4 +	11,2	12,1 +	7,6
Pancréas	11,9	9,9	14,8	13,6	13,4	11,5
Vessie	1,1	2,6	5,9	9,0	3,1 -	5,0
Rein	3,7	3,3	10,3	7,2	6,9	4,9
TOUS les sièges	186,1	185,3	342,9 +	302,1	255,9 +	230,7

+ Taux de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Taux de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Tableau 7 Taux annuel moyen ajusté d'incidence du cancer (p. 100 000) selon certains sièges et le sexe, Région et Québec, 1998-2002¹

Sièges	Femmes		Hommes		TOTAL	
	Région	Québec	Région	Québec	Région	Québec
Poumon	56,4	57,2	149,0 +	121,0	98,2 +	83,3
Colorectal	59,0	52,7	78,2	81,0	67,4	64,6
Sein	125,1	129,4	—	—	—	—
Prostate	—	—	83,5 -	107,7	—	—
Estomac	12,3 +	7,2	31,0 +	16,0	21,1 +	10,9
Pancréas	13,6	10,6	19,2	15,0	16,3 +	12,4
Vessie	7,6	10,9	33,7 -	42,9	19,7 -	24,2
Rein	12,1	10,1	31,8 +	19,9	20,9 +	14,3
TOUS les sièges	430,2	422,1	602,1 +	559,0	504,8 +	472,2

+ Taux de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Taux de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les maladies respiratoires

Les maladies respiratoires comprennent principalement l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques dont l'emphysème et la bronchite chronique. En moyenne chaque année, 54 résidents de

la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine meurent d'une maladie respiratoire, une vingtaine de femmes et 34 hommes.

La population gaspésienne et madelinienne décède moins de maladies respiratoires que la population québécoise

Le tableau 3 présenté un peu plus tôt indique en effet qu'en 1999-2003 le taux ajusté de décès associés aux maladies respiratoires est plus faible en Gaspésie et aux Îles qu'au Québec (42,9 contre 48,7).

Le diabète

Le diabète est une maladie chronique « caractérisée par l'hyperglycémie (concentration élevée de glucose sanguin) attribuable à une carence ou une déficience dans la production d'insuline³⁸. » Il existe plusieurs types de diabète, dont le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Le diabète de type 1 est une carence totale d'insuline que l'on traite par l'injection d'insuline. Il apparaît généralement chez les jeunes de moins de 20 ans et représente environ 10 % des cas diagnostiqués. Contrairement au diabète de type 1, le diabète de type 2 touche principalement les adultes et représente environ 90 % des cas détectés. Il se caractérise par une production insuffisante d'insuline ou une résistance à l'insuline, et est directement associé à l'obésité et à la sédentarité³⁹.

Le diabète est une maladie dont la prévalence augmente avec l'âge de sorte qu'ici encore, on peut s'attendre à ce que de plus en plus de personnes en soient atteintes dans les prochaines années avec la demande accrue en soins et services que cela engendrera. Il s'agit en effet d'une maladie qui entraîne de multiples conséquences dont plusieurs peuvent grandement limiter l'autonomie des personnes. On pense ici à la cécité, à l'insuffisance rénale et à l'amputation⁴⁰. Or, comme toutes les autres maladies chroniques, le diabète, particulièrement le diabète de type 2, pourrait dans certains cas être évité ou à tout le moins, pourrait-on en retarder les complications en agissant notamment sur ces deux principaux facteurs de risque que sont l'obésité et la sédentarité⁴¹.

6,7 % des personnes de 20 ans et plus de la Gaspésie et des Îles souffrent de diabète en 2001-2002

Avant d'aller plus loin, il faut préciser que « la plupart des cas de diabète sont identifiés à partir du fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Or, si plusieurs médecins sur un territoire ont une forme de rémunération autre que la rémunération à l'acte (par exemple, à salaire), l'information sur leur clientèle ne sera pas incluse dans les données⁴². » Ainsi, la prévalence du diabète présentée ici est une sous-estimation de la prévalence réelle de cette maladie dans la population. De plus, puisque cette sous-estimation peut varier d'un territoire à l'autre, il serait hasardeux de comparer la prévalence du diabète entre les territoires.

Ces mises en garde faites, 6,9 % des femmes et 6,5 % des hommes de 20 ans et plus de la Gaspésie et des Îles souffrent en 2001-2002 de diabète, ce qui représente 2 739 femmes et 2 517 hommes. Dans la plupart des cas, il s'agit sans doute de diabète de type 2 puisque la donnée ne concerne que les 20 ans et plus, le diabète de type 1 touchant, rappelons-le, principalement les enfants et les jeunes adultes. À titre indicatif uniquement, mentionnons qu'au Québec, 5,8 % de la population de 20 ans et plus souffre de diabète en 2001-2002 (5,4 % chez les femmes et 6,1 % chez les hommes).

La population de la région ne meurt pas davantage du diabète que la population québécoise

Comme le montrait plus tôt le tableau 3, en 1999-2003, le taux ajusté de mortalité associée au diabète chez les femmes et les hommes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ne se distingue pas de celui des Québé-

coises et Québécois du même âge. Ceci dit, dix-sept femmes et quinze hommes de la région meurent en moyenne à chaque année de cette maladie chronique.

Les déterminants aux maladies chroniques

Comme nous l'avons vu, les maladies chroniques apparaissent généralement à un âge avancé, de sorte qu'on peut sans se tromper prédire que le vieillissement de la population augmentera le nombre de personnes atteintes dans l'avenir. L'âge n'est toutefois qu'un des nombreux facteurs à l'origine des maladies chroniques, plusieurs d'entre eux étant par ailleurs modifiables. D'ailleurs, si les maladies chroniques sont souvent incurables, une part importante d'entre elles

peuvent être évitées, ou à tout le moins retardées, si on agit sur leurs déterminants communs que sont le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation, l'obésité, l'environnement physique (pollution atmosphérique, exposition à des substances toxiques ou aux rayons ultraviolets) et les conditions socioéconomiques. C'est d'ailleurs surtout en agissant sur ces facteurs que nous obtiendrons dans les années à venir les gains les plus importants au chapitre de la santé de la population⁴³.

Le tabagisme

Le tabagisme est un facteur de risque majeur à plusieurs types de cancer ainsi qu'aux maladies circulatoires et respiratoires. La littérature scientifique reconnaît en effet que 80 % des cancers pulmonaires sont attribuables au tabagisme⁴⁴. Il est aussi établi que les cancers des voies respiratoires et digestives supérieures (bouche, larynx, pharynx et œsophage), du pancréas, de la vessie et des reins sont fortement

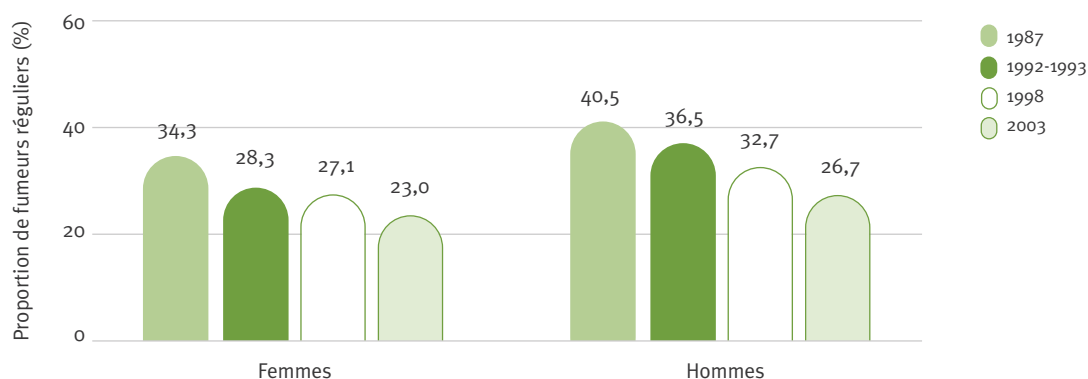
associés à l'usage du tabac⁴⁵. Globalement, plus de 30 % des cancers, 30 % des maladies cardiovasculaires et 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques sont associés à l'usage du tabac⁴⁶. Le tabagisme est d'ailleurs le facteur responsable du plus grand nombre de décès au Québec⁴⁷ ainsi que la cause de mortalité précoce la plus importante⁴⁸.

Baisse du tabagisme en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine

Comme au Québec, la Gaspésie et les Îles a vu son taux de tabagisme diminuer de façon constante depuis 1987, et ce, chez les hommes comme chez les femmes (figure 40). En 2003, 23,0 % des femmes et 26,7 % des hommes de 15 ans et plus de la région font usage régulièrement de tabac, ces proportions n'étant pas différentes statistiquement de celles des Québécoises et des Québécois (tableau 8). Malgré cela, l'incidence du cancer du poumon chez les hommes de la région

depuis le début des années 80 est plus élevée que celle chez les Québécois, l'écart étant de 23 % en 1998-2002. Sans doute est-ce là les effets tardifs du tabagisme chez les Gaspésiens et Madelinots qui fumaient dans les années 50, 60 et 70. On sait en effet que le tabagisme est le principal facteur de risque du cancer du poumon, 80 % de ces cancers y étant associés, et que ce type de tumeur peut prendre de 30 à 40 ans à se développer.

Figure 40 Proportion (en %) de fumeurs réguliers chez les 15 ans et plus selon le sexe, Région, 1987, 1992-1993, 1998 et 2003

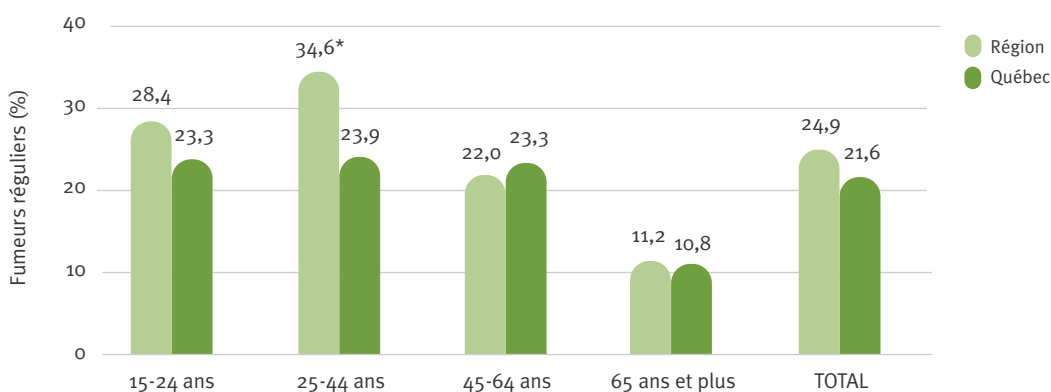


C'est entre 25 et 44 ans que la prévalence du tabagisme est la plus élevée

En 2003, plus du tiers de la population régionale âgée de 25 à 44 ans fait usage régulièrement de la cigarette, une proportion supérieure à celle des Québécois du même âge (24 %). Avant cet âge, c'est-à-dire de 15 à

24 ans, la prévalence de fumeurs réguliers est de plus de 28 % en Gaspésie et aux Îles et dans ce cas, la région ne se distingue pas du Québec (figure 41).

Figure 41 Proportion (en %) de fumeurs réguliers selon le groupe d'âge, Région et Québec, 2003¹



* Pourcentage de la région dans ce groupe d'âge significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Par ailleurs, une étude réalisée à l'hiver 2002 auprès de 541 jeunes de 12 à 19 ans fréquentant une des écoles secondaires des territoires de Rocher-Percé,

Baie-des-Chaleurs et des Îles-de-la-Madeleine indique que 24 % de ces jeunes font un usage régulier de la cigarette (26 % des filles et 21 % des garçons)⁴⁹.

La sédentarité

La pratique régulière d'activités physiques est reconnue comme un facteur de protection contre le diabète, certains cancers et les maladies cardiovasculaires. Les personnes pratiquant une activité physique régulièrement et de façon modérée courent en effet deux fois moins de risque de développer un cancer que celles ayant un style de vie sédentaire⁵⁰. Les personnes les plus actives physiquement présentent également un

risque 1,8 fois moins grand de développer une maladie coronarienne que les personnes sédentaires⁵¹. Finalement, la pratique régulière d'activités physiques contribue de façon significative à la réduction de la prévalence d'autres facteurs de risque associés aux maladies circulatoires comme l'hypertension, l'obésité et l'hypercholestérolémie⁵².

Trois personnes sur dix ne sont pas suffisamment actives physiquement dans leur temps de loisirs

En 2003, en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 30 % des adultes sont sédentaires durant leurs loisirs (27 % des femmes et 33 % des hommes), c'est-à-dire qu'ils pratiquent moins d'une fois par semaine une activité physique. De leur côté, 28 % des jeunes de 12 à 17 ans ne sont pas suffisamment actifs (30 % des filles et 26 % des garçons). À l'opposé, 35 % des adultes de la région atteignent le niveau recommandé d'activité physique (36 % des femmes et 34 % des hommes). Les jeunes de 12 à 17 sont plus nombreux que les adultes à atteindre le niveau recommandé d'activité physique, le pourcentage s'élevant en effet à 53 % (51 % chez les filles et 56 % chez les garçons).

Précisons ici que le niveau recommandé d'activité physique est celui qui permet d'obtenir des bienfaits significatifs sur la santé. À titre d'exemple, le niveau recommandé pour un adulte équivaut à marcher d'un pas rapide 30 minutes à tous les jours. Chez les jeunes, cela correspond plutôt à marcher d'un pas rapide 60 minutes à tous les jours⁵³.

Cela dit, ce portrait régional de la pratique de l'activité physique est assez semblable à celui du Québec, sauf chez les hommes de 18 ans et plus de la région qui sont globalement davantage sédentaires que les Québécois (tableau 8).

Plus les gens vieillissent, plus ils sont nombreux à être sédentaires

À partir de 18 ans au Québec, la sédentarité a tendance à être plus fréquente au fur et à mesure que les gens vieillissent : elle passe en effet de 17 % entre 18 à 24 ans à 28 % entre 45 et 64 ans pour s'établir à plus de 33 % après 65 ans. En Gaspésie et aux Îles-de-la-

Madeleine, la sédentarité semble suivre une tendance similaire et atteint même, en 2003, 42 % chez les personnes de 65 ans et plus, un pourcentage plus élevé que celui des aînés du Québec.

Au Québec, de plus en plus d'adultes atteignent le niveau recommandé d'activité physique

De 1994-1995 à 2003, le pourcentage d'adultes actifs physiquement est passé de 24 % à 35 % chez les femmes et de 28 % à 38 % chez les hommes, alors qu'à l'opposé, les sédentaires ont vu leur nombre diminuer⁵⁴.

Les données dont on dispose pour la Gaspésie et les Îles ne permettent pas de suivre l'évolution de cet indicateur avant 2000.

La marche et le vélo pour se rendre au boulot : pas encore très populaire, mais...

Pour ce qui est des Gaspésiens et Madelinots occupant un emploi, ils ne sont pas moins actifs que les Québécois pour se rendre au travail, et ce, en dépit de l'étalement rural et de la nature des routes du réseau

gaspésien et madelinot : 7,3 % d'entre eux vont à pied ou à vélo à leur travail contre 8,1 % des Québécois. Par contre, les deux groupes se démarquent au niveau de l'utilisation du transport en commun, pratiquement

nulle dans notre région, alors que 13 % de la population québécoise y a recours pour se rendre au travail avec les bénéfices que cela peut avoir si la personne doit marcher pour se rendre à l'arrêt d'autobus par exemple. Notons cependant le sous-développement notoire du transport en commun dans notre région comme facteur explicatif principal du comportement collectif à cet égard.

Cela dit, si des gains peuvent encore être faits dans notre région au chapitre de l'activité physique comme mode de transport, il demeure que les gains les plus importants pourront être obtenus en continuant à promouvoir et à faciliter la pratique de l'activité physique durant les temps de loisirs des Gaspésiens et Madelinots.

L'alimentation

Une alimentation riche en fruits et légumes et une consommation modérée de viande rouge et de gras saturés constituent, comme l'activité physique, de bons facteurs de protection contre divers types de cancer et aussi contre les maladies cardiovasculaires⁵⁵.

À l'inverse, la consommation d'aliments fumés, de poissons salés, de viandes et de légumes marinés augmente le risque de cancer de l'estomac⁵⁶.

La moitié de la population ne mange pas le nombre quotidien recommandé de fruits et légumes

Les seules données disponibles sur les habitudes alimentaires des Gaspésiens et Madelinots sont celles sur la consommation de fruits et de légumes, lesquelles indiquent qu'en 2003, la moitié de la population de 12 ans et plus de la région consomme moins de cinq fruits et légumes par jour. Bien que cette habitude de vie ne soit pas encore très répandue auprès de notre population, elle l'est tout de même davantage qu'au Québec où près de 55 % des gens ne mangent pas l'apport quotidien recommandé de fruits

et de légumes (tableau 8). Cette même tendance en faveur de notre région est aussi observée chez les hommes et chez les femmes pris séparément.

Par ailleurs, les hommes de la région accusent un retard en cette matière par rapport aux femmes puisque 59 % d'entre eux ne consomment pas le nombre de fruits et de légumes recommandé quotidiennement contre 42 % des femmes.

C'est entre 25 et 64 ans que les gens sont les moins nombreux à manger cinq fruits et légumes ou plus par jour

Au Québec, ce sont les personnes de 25 à 64 ans, c'est-à-dire celles formant la population active, qui sont les plus nombreuses à ne pas consommer cinq fruits et légumes ou plus par jour (58 %) alors que c'est chez les jeunes de 12 à 19 ans que l'on trouve la moins forte

proportion (45 %). Cette situation reflète aussi celle de la Gaspésie et des Îles, à la différence que les gens de 45 à 64 ans de notre région sont tout de même un peu plus nombreux à avoir intégré cette saine habitude de vie dans leur quotidien.

Tableau 8 Prévalence (en %) des habitudes de vie associées aux maladies chroniques selon le sexe, Région et Québec, 2003¹

Habitudes de vie	Région (%)	Québec (%)
Fumeurs réguliers (15 ans et +)		
Femmes	23,0	20,5
Hommes	26,7	22,8
TOTAL	24,9	21,6
Sédentarité (18 ans et +)		
Femmes	26,9	25,2
Hommes	33,4 +	27,5
TOTAL	30,1 +	26,3
Consommation de moins de cinq fruits et légumes par jour (12 ans et +)		
Femmes	42,3	46,8
Hommes	58,9	63,4
TOTAL	50,4 -	54,9

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

13 % de la population gaspésienne et madelinienne est en situation d'insécurité alimentaire

Bien que depuis 1948 l'alimentation soit reconnue comme un droit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, il y a encore des personnes qui ne mangent pas à leur faim ou qui souffrent carrément de la faim, et ce, même au Québec. Or, il est important de dire ici que l'alimentation n'est pas uniquement un précurseur des maladies chroniques mais aussi de plusieurs problèmes de développement et d'adaptation chez les jeunes. On sait en effet qu'une alimentation déficiente chez les femmes enceintes a une incidence sur le poids du bébé à la naissance, que les enfants qui ne mangent pas à leur faim sont plus à risque de retard de développement avec la cascade d'effets possibles sur leur réussite scolaire et leur intégration sociale à l'âge adulte.

En 2003, 13,0 % des résidents de 12 ans et plus de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (14,4 % des femmes et 11,5 % des hommes) n'ont pas suffisamment de nourriture ou n'en ont pas suffisamment à cause du manque d'argent, ou ne mangent pas des

aliments de qualité ou de la variété désirée faute d'argent. L'ampleur régionale de l'insécurité alimentaire est semblable à celle du Québec, laquelle se situe à 13,1 %.

Ces quelques résultats sur l'alimentation, bien que très partiels, illustrent encore ici le travail qui reste à faire dans le domaine de la promotion d'une alimentation adéquate. À ce sujet, il faut toutefois rappeler ceci :

« deux conditions fondamentales et inséparables sont requises pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie dans une société : la responsabilité de chaque individu soutenue par un environnement qui facilite les choix de santé⁵⁷. »

L'obésité et l'embonpoint

L'obésité est associée au développement de plusieurs maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, les embolies pulmonaires, le cancer du sein après la ménopause et le diabète de type 2^{58,59}. Par ailleurs, l'embonpoint, particulièrement lorsque l'accumulation de graisse se situe à l'abdomen, augmente le risque de maladies cardiovasculaires⁶⁰. Outre ces maladies qui affectent la qualité de vie et à terme, l'espérance de vie, des conséquences d'une autre nature, non moins négligeables, sont vécues par les personnes obèses ou souffrant d'embonpoint : discrimination, rejet et intimidation pour ne nommer que celles-là⁶¹.

Mesure de l'obésité et de l'embonpoint :

L'obésité et l'embonpoint sont mesurés à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC), cet indice étant le rapport entre le poids de l'individu et sa taille au carré (poids et taille autodéclarés) :

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille (en mètres) au carré}}$$

Interprétation de l'IMC :

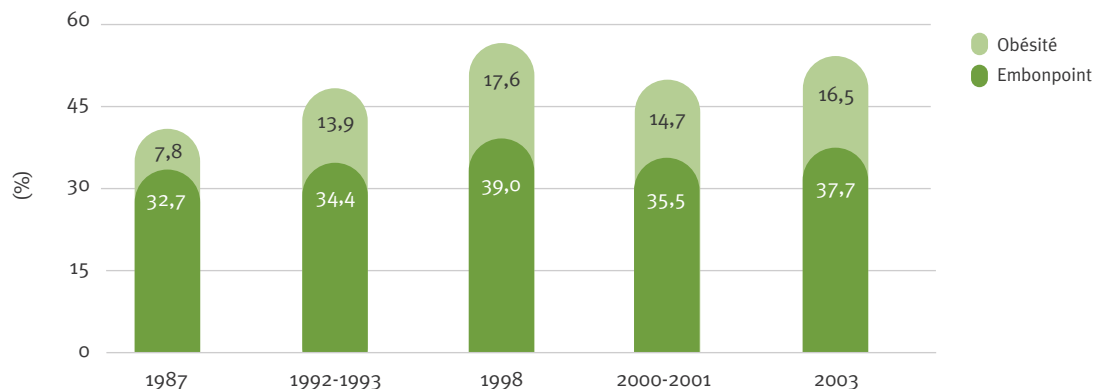
- IMC de 25,0 à 29,9 : embonpoint.
- IMC de 30,0 ou plus : obésité.

Hausse de l'obésité au Québec ainsi qu'en Gaspésie et aux Îles

Au Québec, l'obésité affecte de plus en plus de personnes. En 2003, 14 % de la population québécoise de 18 ans et plus souffre d'obésité, proportion semblable chez les hommes et les femmes. Selon l'Association pour la santé publique du Québec, cette situation n'a pas encore atteint le point critique des États-Unis (où l'obésité affecte 28 % des hommes et 34 % des femmes)⁶², mais n'en demeure pas moins inquiétante⁶³. D'ailleurs, la progression de ce problème est tellement rapide et soudaine que certains parlent même d'épidémie, un terme généralement réservé au domaine des maladies infectieuses.

Comme le montre la figure 42, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine n'échappe pas à la hausse de ce problème depuis 1987. De 7,8 % en 1987, la prévalence de l'obésité est en effet passée à 16,5 % en 2003 chez les résidents de 18 ans et plus de la région. L'embonpoint a aussi eu tendance à augmenter au cours de ces quelque quinze années, mais pas de façon suffisamment importante pour qu'on juge cette progression significative au plan statistique.

Figure 42 Proportion (en %) des adultes souffrant d'embonpoint et d'obésité, Région, 1987, 1992-1993, 1998, 2000-2001 et 2003



Ainsi, la population québécoise bouge plus dans ses temps de loisirs mais l'obésité est en hausse. Comment expliquer ce paradoxe? Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, il est difficile d'expliquer avec certitude les raisons de cette hausse de l'obésité, les études en ce domaine étant encore relativement récentes. Plusieurs facteurs sont associés à l'obésité dont les gènes, mais selon l'Association pour

la santé publique du Québec, la génétique n'expliquerait pas la hausse de ce problème au cours des dernières années⁶⁴ et ce sont plutôt les transformations de nos modes de vie (apport alimentaire et dépenses énergétiques principalement, le poids étant un équilibre entre ces deux éléments) et les environnements social, culturel, économique, commercial et politique qu'il faut incriminer :

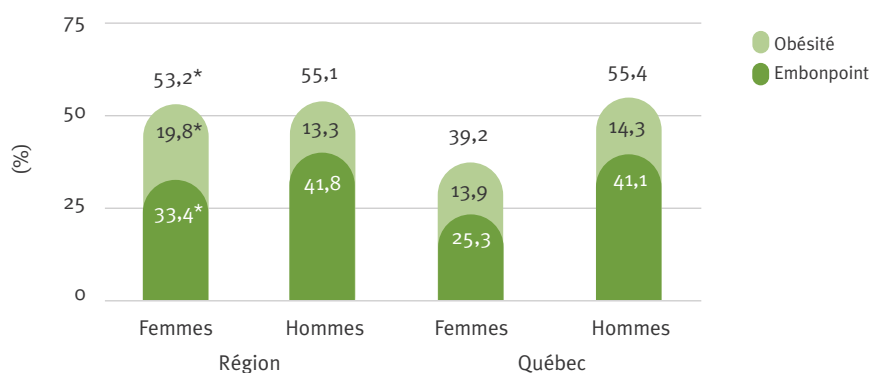
« Dans la société actuelle, les individus dépensent de moins en moins d'énergie pour se déplacer, travailler ou accomplir toutes sortes d'activités et ont des loisirs sédentaires comme la télévision et les jeux vidéo. De plus, le rythme de la vie est tellement rapide, les gens ont moins de temps pour cuisiner et consomment des aliments produits par l'industrie agroalimentaire qui sont souvent trop gras, riches en sucre et avec une haute densité énergétique. Le consommateur d'aujourd'hui fréquente aussi régulièrement les restaurants où les portions sont de plus en plus généreuses. Enfin, la société est faite de milliers d'images et de publicités qui façonnent et véhiculent les valeurs. La perception du corps et de la beauté est modelée par les messages publicitaires qui fusent de partout. Et en même temps qu'on édicte les normes de beauté et qu'on érige la minceur en standard absolu, on incite à consommer des aliments hautement énergétiques.⁶⁵ »

Plus d'un adulte sur deux présente un excès de poids dans la région

Comme nous l'avons vu plus tôt, 16,5 % des personnes de 18 ans et plus en Gaspésie et aux Îles souffrent d'obésité en 2003 et 37,7 % d'embonpoint. Au Québec, les proportions correspondantes sont de 14,1 % et de 33,2 %. En additionnant la proportion de personnes souffrant d'obésité avec celle faisant de l'embonpoint, c'est plus de 54 % de la population de la région qui a un excès de poids en 2003, un pourcentage supérieur à celui du Québec (47 %). Cet écart

serait cependant attribuable au fait que notre population est plus vieille et moins scolarisée que celle du Québec, la probabilité d'être obèse ou de faire de l'embonpoint augmentant avec l'avancement en âge et avec la faible scolarisation⁶⁶. Sans doute est-ce aussi ces facteurs qui expliquent la différence à la figure 43 entre la prévalence d'obésité et d'embonpoint des femmes de notre région et celle des Québécoises.

Figure 43 Proportion (en %) des adultes souffrant d'embonpoint et d'obésité selon le sexe, Région et Québec, 2003¹



* Pourcentage de la région significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Les femmes de la région souffrent davantage d'obésité que les hommes alors que ces derniers font plus souvent de l'embonpoint

Contrairement à la situation au Québec, l'obésité n'affecte pas de la même manière les hommes et les femmes de notre région. En effet, alors que 13,3 % des Gaspésiens et Madelinots souffrent d'obésité en 2003, ce pourcentage est près de 20 % chez les

Gaspésiennes et Madeliniennes. Si les femmes sont davantage touchées par l'obésité que les hommes, ceux-ci sont cependant plus nombreux à faire de l'embonpoint (42 % contre 33 %) (figure 43).

Cumul des facteurs de risque individuels

Le risque de développer ou d'aggraver une maladie chronique augmente avec le nombre de facteurs que présente un individu. Or, 71 % de la population de 20 ans et plus en Gaspésie et aux Îles présente un ou plusieurs des quatre facteurs de risque que nous avons vus précédemment, soit le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation et l'obésité (67 % chez les femmes et 76 % chez les hommes). Plus précisément, 34 % de la population présente l'un ou l'autre de ces facteurs, 24 % deux et 13 % en cumule 3 ou 4 (tableau 9).

Comparativement au Québec, le pourcentage de personnes de la région ayant seulement un facteur de risque est inférieur (34 % contre 39 %) alors que le pourcentage en présentant 3 ou 4 est légèrement supérieur (13,4 % contre 9,4 %). À l'opposé, 29 % des résidents de la Gaspésie et des Îles âgés de 20 ans et plus ne présentent aucun des quatre facteurs de risque retenus ici (33 % chez les femmes et 24 % chez les hommes).

Tableau 9 Répartition (en %) de la population de 20 ans et plus selon le nombre de facteurs de risque aux maladies chroniques et le sexe, Région et Québec, 2003¹

Nombre de facteurs de risque	Femmes		Hommes		TOTAL	
	Région	Québec	Région	Québec	Région	Québec
Aucun facteur	33,3	32,1	24,2	20,5	28,8	26,3
Un facteur	33,3	37,8	35,4	40,3	34,3 -	39,0
Deux facteurs	21,4	21,7	25,8	29,0	23,6	25,3
Trois ou quatre facteurs	11,9	8,4	14,6	10,3	13,4 +	9,4

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Note : Le pourcentage de personnes présentant les quatre facteurs de risque est très faible dans la région comme au Québec (0,9 % et 1,0 % respectivement).

L'environnement physique

Bien que son influence soit beaucoup moins importante que les habitudes de vie ou l'obésité, la qualité de l'environnement physique compte aussi parmi les déterminants de certaines maladies chroniques. Chez les personnes vulnérables comme les asthmatiques, les enfants et les personnes âgées, la pollution atmosphérique peut par exemple diminuer la

capacité pulmonaire ou encore aggraver une maladie respiratoire ou cardiovasculaire déjà présente⁶⁷.

Tout comme dans la majorité des régions, en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine ce sont les secteurs de l'industrie et du transport qui sont responsables de l'émission des principaux contaminants atmosphériques*. D'abord, pour ce qui est des polluants de

* Parmi les principaux polluants atmosphériques, on retrouve les particules totales en suspension, le monoxyde de carbone, les oxydes d'azote, les oxydes de soufre, les composés organiques volatils.

l'industrie, mentionnons qu'entre 2000 et 2003, on a noté dans la région une diminution de plus de 80 % des émissions des polluants, notamment les oxydes de soufre, en raison de la fermeture de trois industries principales durant cette période. Ainsi, alors que la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine contribuait pour 7,3 % des émissions de polluants produites par les industries du Québec en 2000, ce pourcentage n'est plus que de 1,2 % en 2003. Cela dit, il demeure qu'en 2000 comme en 2003, la Gaspésie et les Îles ne fait pas partie des cinq régions du Québec qui produisent plus de 75 % des émissions des principaux polluants générées par l'industrie, ces régions étant le Saguenay-Lac-St-Jean, la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue, la Mauricie et Centre-du-Québec, et la Montérégie. Au chapitre des émissions de polluants générées par le transport routier, les véhicules immatriculés en Gaspésie et aux Îles ont produit, en 2000, près de 4 800 tonnes d'oxyde d'azote, soit 2,3 % de l'ensemble des émissions produites par le Québec.

La piètre qualité de l'air intérieur est également un facteur associé au développement ou à l'aggravation de certaines maladies respiratoires, qu'on pense à l'influence de l'humidité excessive et des moisissures dans les résidences sur l'exacerbation des symptômes chez les enfants asthmatiques⁶⁸, ou au risque accru de

cancer du poumon chez les gens exposés à la fumée secondaire de la cigarette⁶⁹. Mentionnons à ce sujet qu'en 2003, 22,5 % des non-fumeurs de 12 ans et plus de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine étaient exposés pratiquement quotidiennement à la fumée secondaire, une proportion ne se distinguant pas de celle obtenue au Québec (15,7 %) mais n'en étant pas moins préoccupante. On sait aussi qu'une faible proportion de cancer du poumon est attribuable à une exposition significative à l'amiante⁷⁰. Pour ce contaminant, les données régionales les plus complètes sont celles issues de la vérification provinciale réalisée en 1998-1999 sur la présence d'amiante dans les écoles primaires et secondaires du Québec. Cette démarche a révélé la présence de flocage d'amiante dans seulement six des 65 écoles des CS des Chic-Chocs et René-Lévesque. Dans tous les cas, les matériaux n'étaient pas détériorés et ne constituaient donc pas une menace à la santé. Au Québec, environ 12 % des bâtiments d'enseignement présentaient du flocage d'amiante⁷¹. Par ailleurs, il est bien établi qu'une exposition aux rayons ultraviolets augmente le risque de cancer de la peau⁷². Plus globalement, on estime actuellement à environ 2 % le pourcentage de décès par cancers attribuables à la pollution et à l'environnement physique⁷³.

En somme

Au tournant du millénaire, les cancers ont surpassé les maladies circulatoires pour devenir la première cause de décès dans la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Cette inversion des deux principales causes de mortalité s'explique par le fait que le taux de mortalité par maladies circulatoires a connu une baisse importante dans les dernières années alors que le nombre de décès par cancers a augmenté en raison du vieillissement de la population. Cela dit, il reste tout de même que les maladies circulatoires sont responsables de plus de 250 décès annuellement dans la région, qu'elles occupent le premier rang des hospitalisations, que les personnes atteintes de ces maladies sont celles qui monopolisent le plus de lits dans les CH de courte durée et que les maladies cardiaques et hypertensives sont les problèmes de santé les plus souvent déclarés par les Gaspésiens et les Madelinots.

Pour ce qui est des cancers, leur incidence et la mortalité associée se sont effectivement accrues au

cours des dernières années dans la région, mais uniquement en raison du vieillissement de la population, car lorsqu'on contrôle pour le changement de la structure d'âge par le calcul de taux ajustés, la proportion de personnes atteintes de cancer ou qui décèdent de cette maladie n'est pas plus élevée qu'il y a vingt ans. De tous les cancers, le cancer du poumon est le plus mortel tant chez les hommes que chez les femmes de la Gaspésie et des Îles, bien que chez ces dernières, le cancer du sein soit à l'origine du plus grand nombre de nouveaux cas détectés.

Comparativement aux Québécoises, les Gaspésiennes et Madeliniennes ne meurent pas plus de maladies circulatoires, ni de maladies respiratoires, ni de cancers, ni de diabète. Quant aux Gaspésiens et Madelinots, à âge égal, ils décèdent davantage que les Québécois de cancers, surtout de cancers du poumon et de l'estomac, et ont aussi une incidence de cancer plus élevée pour ces deux sièges, ainsi que pour le rein. En contrepartie, leur taux d'incidence des cancers

de la prostate et de la vessie est plus faible. Cela dit, la surmortalité par cancers chez les hommes de la région est entièrement contrebalancée par le fait qu'ils ne décèdent par ailleurs pas davantage de diabète et de maladies respiratoires que les Québécois et qu'ils décèdent même moins de maladies circulatoires.

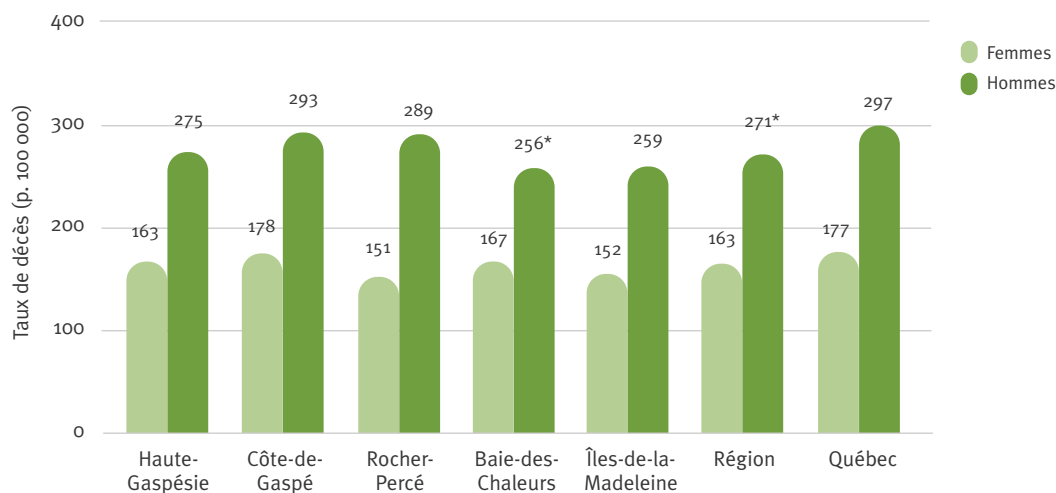
Le tabagisme, la sédentarité et l'alimentation sont trois déterminants majeurs des maladies chroniques. À ce sujet, les données pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine indiquent une baisse du tabagisme depuis 1987. Malgré cela, 25 % de la population de 15 ans et plus fume encore régulièrement la cigarette en 2003, une proportion ne se distinguant pas significativement de celle obtenue au Québec. Par ailleurs, le tiers de la population régionale est sédentaire dans ses temps de loisirs et sur ce point, les hommes de 18 ans et plus de la région le sont davantage que les Québécois. Pour ce qui est de l'alimentation, 50 % de la population de la région ne mange pas le nombre recommandé de fruits et de légumes à tous les jours. Bien que cette proportion soit élevée, elle l'est cependant moins que celle du Québec (55 %).

L'obésité, qui est à la fois une conséquence de mauvaises habitudes de vie et un déterminant de plusieurs maladies chroniques, a connu une hausse au cours des dernières années dans la région comme au Québec. En 2003, 16,5 % de la population régionale souffre de ce problème, une proportion de 20 % chez les femmes et de 13 % chez les hommes. Comparativement aux Québécoises, les femmes de la région sont plus nombreuses en proportion à souffrir d'obésité ainsi que d'embonpoint mais la différence serait sans doute attribuable au fait que notre population est plus vieille et moins scolarisée. Par ailleurs, plus de 40 % des hommes de la région font de l'embonpoint, une proportion qui, bien que semblable à celle des Québécois, invite à la réflexion.

Finalement, outre le fait que près du quart des non-fumeurs de la région sont exposés presque quotidiennement à la fumée secondaire, aucune des données dont on dispose sur l'environnement physique ne porte à croire que la population gaspésienne et madelinienne jouit d'une qualité d'environnement moindre que celle qui prévaut ailleurs au Québec.

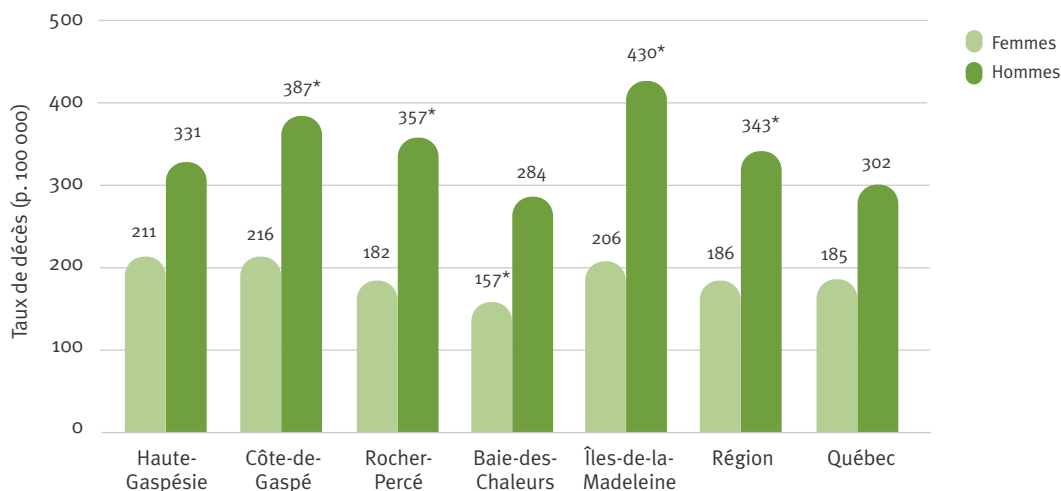
Les maladies chroniques dans les territoires locaux

Figure 44 Taux annuel moyen ajusté de décès (p. 100 000) par maladies circulatoires selon le sexe, RLS, Région et Québec, 1999-2003¹



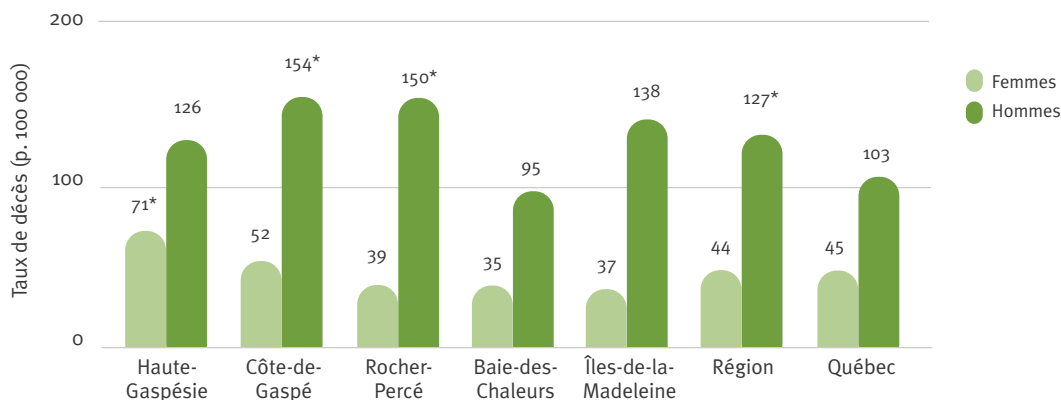
* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 45 Taux annuel moyen ajusté de décès (p. 100 000) par cancers selon le sexe, RLS, Région et Québec, 1999-2003¹



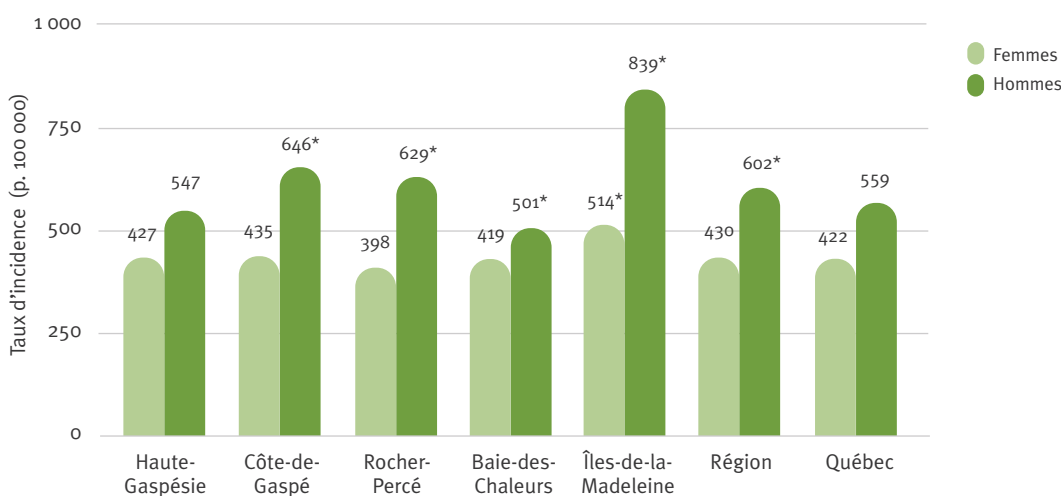
* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 46 Taux annuel moyen ajusté de décès (p. 100 000) par cancer du poumon selon le sexe, RLS, Région et Québec, 1999-2003¹



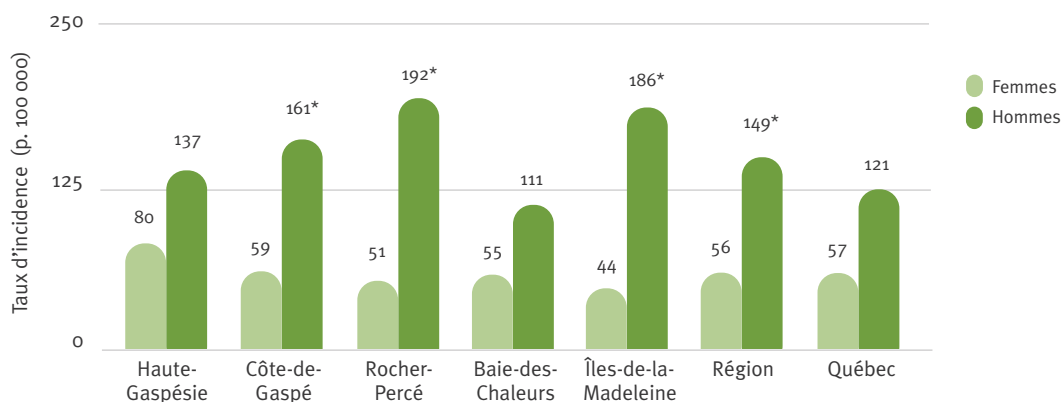
* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 47 Taux annuel moyen ajusté d'incidence du cancer (p. 100 000) selon le sexe, RLS, Région et Québec, 1998-2002¹



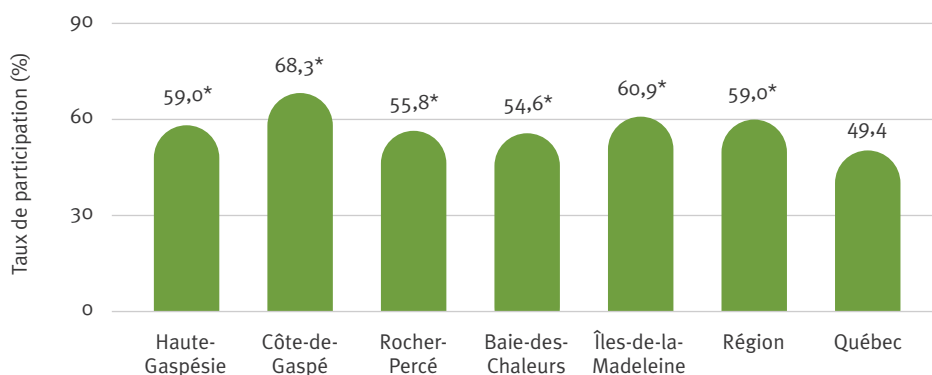
* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 48 Taux annuel moyen ajusté d'incidence du cancer du poumon (p. 100 000) selon le sexe, RLS, Région et Québec, 1998-2002¹



* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

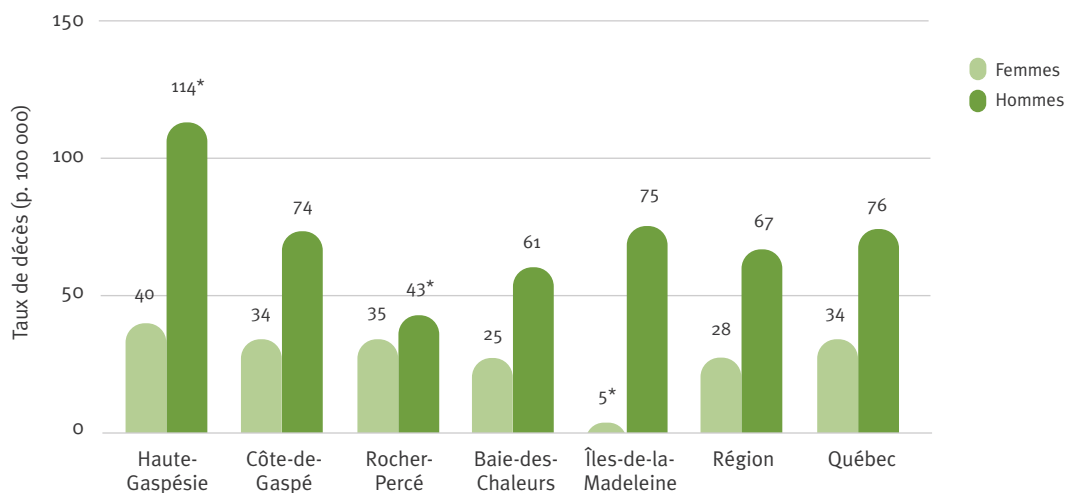
Figure 49 Taux de participation (en %) des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein, RLS, Région et Québec, janvier 2004 à décembre 2005¹



* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Note : Les données du territoire de la Baie-des-Chaleurs ont été ajustées pour tenir compte des femmes du secteur Malauze qui utilisent plutôt les services offerts au Nouveau-Brunswick.

Figure 50 Taux annuel moyen ajusté de décès (p. 100 000) par maladies respiratoires selon le sexe, RLS, Région et Québec, 1999-2003¹



* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Les blessures accidentelles : prévisibles!

Les blessures accidentelles, appelées aussi traumatismes non intentionnels, sont des lésions corporelles qui résultent d'accidents survenus sur les routes, à domicile, au travail ou durant des activités sportives ou de loisirs. Il peut donc s'agir de blessures occasionnées par exemple par une collision, une chute, une noyade, un incendie ou l'ingestion de produits toxiques. Au Québec, les blessures accidentelles représentent la principale cause de mortalité avant 45 ans et constituent de ce fait une cause importante de décès prématurés. Elles sont aussi une cause importante d'hospitalisations et d'incapacités⁷⁴. Or, dans bien des cas, ces blessures et les conséquences qu'elles entraînent sur la personne, sa famille et l'ensemble de la société pourraient être évitées par des mesures visant la prévention des accidents eux-mêmes (ex. : par l'amélioration de la signalisation ou de la configuration du réseau routier) ou visant la prévention des blessures résultant de l'accident (ex. : par la promotion du port de la ceinture ou du casque à vélo).

Portrait global des blessures accidentelles

En 2000-2003, les blessures accidentelles ont occasionné un total de 144 décès dans la région, 51 chez les femmes et 93 chez les hommes. Ce faisant, elles sont responsables de 4 % de tous les décès survenus durant cette période chez les résidents de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Les accidents de transport constituent de loin la principale cause de décès par traumatismes non intentionnels (42 % des décès), suivis des chutes (13 %), les autres décès se répartissant à travers les causes suivantes : noyades (3 décès), autres accidents affectant la respiration (5), exposition à la fumée, au feu et aux flammes (4), intoxications par des substances nocives (4) et autres causes (48).

Au chapitre des hospitalisations, les blessures accidentelles contribuent pour 6,3 % de toutes les hospitalisations des résidents de la région, soit

841 hospitalisations en moyenne par année en 2003-2004 et 2004-2005. Contrairement à la mortalité, ce sont les chutes qui sont responsables du plus grand nombre d'hospitalisations par traumatismes non intentionnels avec 51 % du total, suivies des accidents de transport avec 25 %. En termes d'utilisation des ressources, les personnes hospitalisées pour un traumatisme non intentionnel quel qu'il soit, monopolisent 7 % des lits de courte durée occupés en CH, les deux tiers de ces lits étant occupés par une personne qui a chuté de façon accidentelle, le plus souvent un aîné. En ce sens, les personnes hospitalisées pour un traumatisme non intentionnel utilisent plus de ressources dans les CH de courte durée que les personnes souffrant de maladies respiratoires, lesquelles monopolisent, rappelons-le, 6 % des lits occupés.

Les accidents de transport

Le Québec a connu dans les dernières décennies une diminution des traumatismes routiers ainsi qu'une baisse de la mortalité associée aux accidents survenant sur les routes. De façon générale, la diminution des traumatismes routiers au Québec n'est sans doute pas étrangère aux multiples interventions de diverses natures réalisées au cours des dernières

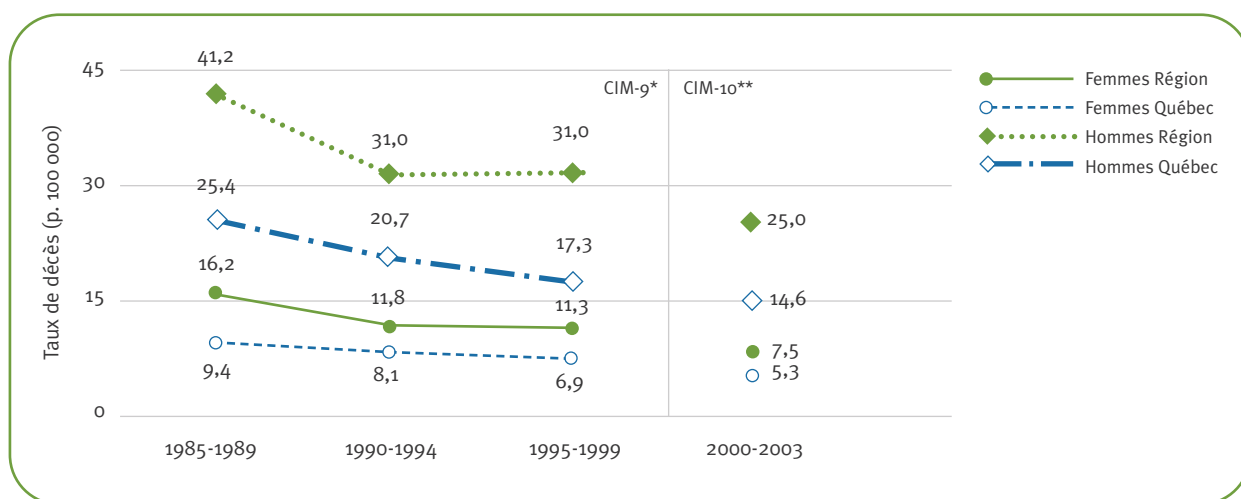
décennies. Qu'on pense par exemple à la promotion du port de la ceinture et aux mesures législatives pour favoriser son usage, aux interventions visant à diminuer la conduite avec facultés affaiblies ou à réduire la vitesse excessive, ainsi qu'aux efforts consentis pour améliorer le réseau routier et les voies cyclables⁷⁵.

La population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine a aussi connu une baisse de mortalité due aux accidents de transport

Entre 1985-1989 et 1990-1994, le taux de décès associés aux accidents de transport chez les résidents de la Gaspésie et des Îles est passé de 28,8 pour 100 000 à 21,6, une diminution de 25 % qui s'est produite chez les hommes comme chez les femmes (figure 51). Contrairement au Québec, cette baisse ne s'est toutefois pas poursuivie en 1995-1999. Par la

suite, en raison des changements dans la catégorisation des décès par traumatismes à partir de l'an 2000 (passage de la CIM-9 à la CIM-10), nous ne pouvons poursuivre l'analyse de cette évolution en 2000-2003. Cela dit, il est cependant intéressant de constater qu'en 2000-2003, l'écart avec le Québec ne s'est pas accentué.

Figure 51 Taux ajusté de décès par accidents de transport (p. 100 000) selon le sexe, Région et Québec, 1985-1989 à 1995-1999 et 2000-2003



* Classification internationale des maladies, 9^e révision

** Classification internationale des maladies, 10^e révision

Les hommes de la Gaspésie et des Îles meurent davantage que les Québécois dans des accidents de transport

En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 61 personnes ont perdu la vie en 2000-2003 dans un accident de transport, ce qui signifie qu'une quinzaine de personnes meurent en moyenne chaque année de cette cause (quatre femmes et onze hommes). Le taux de décès par accidents de transport est de 65 % supérieur à celui enregistré dans la province en 2000-2003 (tableau 10). Cet écart est attribuable aux hommes de la région,

lesquels obtiennent un taux de mortalité pour cette cause de 25,0 pour 100 000 contre 14,6 chez les Québécois du même âge. D'ailleurs, les hommes, que ce soit ceux de la région ou ceux du Québec, décèdent davantage que les femmes dans des accidents de transport, pour un ratio de 3 pour 1, et ce sont aussi eux qui sont les plus souvent hospitalisés pour cette cause, particulièrement les jeunes hommes de 15 à

24 ans. En effet, sur les quelque 215 hospitalisations qui ont lieu chaque année en raison d'un accident de transport, près de 20 % l'ont été pour des jeunes hommes de 15 à 24 ans alors qu'ils ne représentent que 6 % environ de la population de la région.

Quant aux Gaspésiennes et Madeliniennes, leur taux de décès par accidents de transport en 2000-2003 ne peut être jugé significativement différent au plan statistique de celui des Québécoises (7,5 pour 100 000 contre 5,3) (tableau 10).

Les véhicules hors route : grands responsables de la surmortalité régionale dans les accidents de transport

Au cours des quatre années 2000-2003, sur les 61 victimes d'accidents de transport, près de la moitié étaient des conducteurs ou des passagers d'une voiture ou d'un camion (29 personnes), quatorze d'un véhicule hors route, trois étaient des motocyclistes alors que huit étaient des piétons. Comparativement au Québec, la région obtient un taux de mortalité significativement plus élevé pour les occupants de véhicules hors route, et ce, chez les hommes comme chez les femmes (tableau 10). C'est d'ailleurs cette cause qui contribue le plus à la différence entre la région et le Québec quant à la mortalité globale par accidents de transport. Parmi les quatorze personnes de la région décédées en 2000-2003 alors qu'elles

occupaient un véhicule hors route, douze étaient des hommes, presque tous âgés entre 15 et 44 ans.

Au Québec, le nombre de décès chez les occupants de véhicules hors route a connu une augmentation constante au cours des vingt dernières années. Alors qu'on enregistrait une moyenne de quinze décès annuellement au début des années 80, ce nombre est passé à 37 en 1995-1999 puis à 52 en 2000-2003. La Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine ne semble pas échapper à ce phénomène : trois décès d'occupants de véhicules hors route sont survenus dans la décennie 80, huit dans la décennie 90 et quatorze en 2000-2003.

Tableau 10 Taux annuel moyen ajusté de décès par accidents de transport (p. 100 000) et plus spécifiquement, taux ajusté de décès chez les occupants de véhicules à moteur, chez les occupants de véhicules hors route et chez les piétons selon le sexe, Région et Québec, 2000-2003¹

	Femmes		Hommes		TOTAL	
	Région	Québec	Région	Québec	Région	Québec
Accidents de transport	7,5	5,3	25,0 +	14,6	16,2 +	9,8
Occupants d'un véhicule à moteur (automobile, camion, autobus)	4,7	3,6	10,6	8,3	7,6	5,9
Occupants d'un véhicule hors route (motoneige et VTT)	1,0 +	0,2	7,1 +	1,2	4,1 +	0,7
Piétons	1,4	0,9	2,3	1,8	1,8	1,3

+ Taux de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Configuration du réseau routier, disponibilité du transport en commun, comportements des conducteurs : des facteurs associés aux accidents de transport

En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, une part importante du réseau routier est constituée de routes dites principales comme la 132 et la 199 dont la limite de vitesse permise est de 90 kilomètres-heure. Ainsi, lorsqu'un accident survient à cette vitesse, la probabilité de s'en sortir indemne est réduite. Par ailleurs, une des particularités des régions rurales comme la nôtre est l'absence de services de transport en commun. Comparativement aux résidents des centres urbains, ceux de la Gaspésie et des Îles sont donc davantage contraints, faute d'alternatives, à utiliser la voiture pour se déplacer, aller faire les courses, se rendre au travail ou pour sortir, augmentant ainsi leur risque d'être victimes d'un accident de la route. D'ailleurs, toutes les régions rurales du Québec enregistrent en 2000-2003 un taux de décès par accidents de transport supérieur à celui du Québec (taux variant de 15,2 pour 100 000 à 45,8 selon les régions)⁷⁶.

Les comportements des conducteurs sont aussi des déterminants majeurs, qu'on pense par exemple à la conduite avec facultés affaiblies, à la vitesse excessive et à l'utilisation des systèmes de retenue. Pour ce qui est d'abord de la conduite avec facultés affaiblies, parmi les conducteurs décédés de la Gaspésie et des Îles en 1997-2003 et ayant subi un test d'alcoolémie, 45 % avaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise, ce qui représente quatre personnes en moyenne par année (tableau 11). Cette proportion relativement élevée mais non différente statistiquement de celle du Québec (31 %) est cependant influencée par le pourcentage de conducteurs décédés à qui un test d'alcoolémie a été fait, ce pourcentage variant de 65 % à 83 % selon les années au Québec⁷⁷. Ainsi s'il s'avérait que la décision de procéder à un test était la présomption que l'alcool est impliqué, on aurait alors plus de chances de trouver des conduc-

teurs décédés ayant effectivement un taux d'alcoolémie supérieur à la limite de sorte qu'à la rigueur, tous les conducteurs testés dépasseraient la limite permise. Nous n'avons cependant aucune idée de l'ampleur de ce biais possible ni de quelle manière il varie d'une région à l'autre. Ceci rend donc plus hasardeuse la comparaison de notre région avec le Québec.

Cela dit, il reste qu'un minimum de quatre personnes de la Gaspésie et des Îles décèdent en moyenne chaque année d'un accident de la route dans lequel l'alcool est impliqué, des décès qui pourraient être évités. Ajoutons à ce sujet que de 1992 à 2002, le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies a régressé de moitié en Gaspésie et aux Îles en passant de 1 245 à 623 pour 100 000 titulaires de permis de conduire. En dépit de cette baisse, le taux régional continue à se maintenir à un niveau supérieur à celui de la province, lequel se situe à 306 pour 100 000 en 2002 (tableau 11). Dans le contexte d'absence de services de transport en commun, ces résultats renforcent l'importance de poursuivre la promotion des alternatives existantes pour les conducteurs ayant les facultés affaiblies comme la désignation d'un chauffeur lors de sorties.

Il faut par ailleurs préciser que la population gaspésienne et madelinienne de 12 ans et plus ne présente pas un plus haut taux de consommation élevée d'alcool que le Québec, et ce, chez les hommes comme chez les femmes (tableau 11). Finalement, bien que plus de 85 % des conducteurs et la même proportion des passagers en 2004 mettent la ceinture de sécurité la nuit, il demeure étonnant de constater qu'il s'agit là d'une mesure de protection que 15 % de la population n'a pas encore adoptée (tableau 11).

Tableau 11 Indicateurs en lien avec les accidents de transport, Région et Québec¹

Indicateurs	Région	Québec
Proportion des conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise (1997-2003)	44,6 %	31,1 %
Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies (p. 100 000) (2002)	623 +	306
Proportion présentant une consommation élevée d'alcool (2003) (cinq consommations ou plus dans une même occasion 12 fois ou plus dans une année)		
Femmes (12 ans et +)	7,5 %	8,9 %
Hommes (12 ans et +)	25,1 %	24,8 %
TOTAL (12 ans et +)	16,2 %	16,7 %
Proportion utilisant la ceinture de sécurité la nuit (2004)		
Conducteurs	85,1 % -	88,6 %
Passagers	84,5 %	85,3 %

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,01.

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,01.

Les chutes accidentelles

Au cours des quatre années 2000-2003, dix-neuf résidents de la Gaspésie et des Îles sont décédés des suites d'une chute accidentelle (sept femmes et douze hommes), pour un taux annuel moyen de décès de 4,2 pour 100 000. Comme le montre le tableau 12, le

taux de mortalité pour cette cause dans la région n'est pas différent statistiquement de celui du Québec, et ce, chez les hommes comme chez les femmes ainsi que chez les 65 ans et plus, un groupe de la population particulièrement vulnérable aux chutes accidentelles.

Tableau 12 Taux annuel moyen ajusté de décès par chutes accidentelles (p. 100 000), chez toute la population et chez les 65 ans et plus, selon le sexe, Région et Québec, 2000-2003

	Femmes		Hommes		TOTAL	
	Région	Québec	Région	Québec	Région	Québec
Toute la population	2,7	2,0	6,2	5,1	4,2	3,3
65 ans et plus	17,8	14,2	33,0	22,7	24,6	17,7

Les hommes, notamment ceux de 65 ans et plus, sont les plus à risque de mourir d'une chute accidentelle, alors qu'il y a plus d'hospitalisations chez les femmes

Au Québec, peu importe le groupe d'âge, les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes, en proportion, à décéder d'une chute accidentelle. Malgré les plus faibles nombres, une tendance similaire est observée dans la région. Par ailleurs, et cela n'étonne pas, 70 % des décès par chutes au Québec surviennent chez des personnes de 65 ans et plus, la proportion correspondante étant de 80 % en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine (quinze décès sur dix-neuf).

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont aussi celles qui sont les plus fréquemment hospitalisées pour une chute accidentelle, 60 % des hospitalisations pour cette cause se font dans ce groupe, mais dans ce cas,

les femmes surpassent les hommes. Concrètement, sur les quelque 430 hospitalisations qui ont lieu chaque année en raison d'une chute chez les résidents de la région, 257 surviennent chez les personnes de 65 ans et plus (174 chez les femmes et 83 chez les hommes). Autrement, avant 65 ans, on ne retrouve pas cette différence entre les sexes, les hommes et les femmes étant à peu près représentés de la même manière dans les statistiques d'hospitalisation pour cette cause. Mentionnons en terminant que les jeunes de moins de 15 ans semblent aussi un groupe plus vulnérable aux chutes accidentelles : leur taux d'hospitalisation est à tout le moins deux fois plus élevé que celui des 15 à 44 ans.

En somme

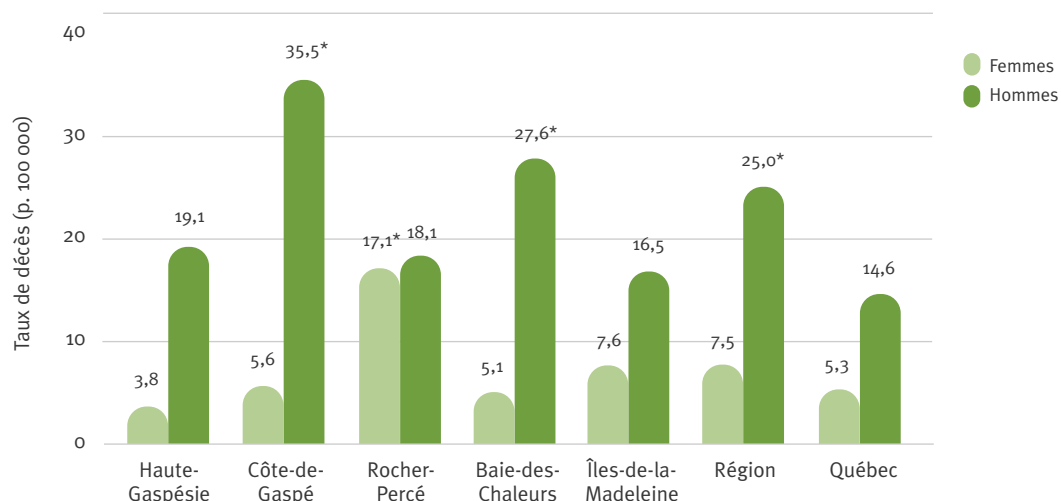
Les décès par accidents de transport ont connu une baisse relativement importante ces dernières années au Québec et la Gaspésie et les Îles ne font pas exception. Néanmoins, une quinzaine de résidents de la région meurent encore chaque année dans un accident de transport, ce qui correspond à un taux de décès pour cette cause de 65 % supérieur à celui du Québec, une situation observée dans toutes les régions rurales. Dans notre région, cette surmortalité est principalement attribuable aux hommes et de façon plus particulière encore, aux occupants de véhicules hors route. Mentionnons à ce sujet que le nombre de décès chez les occupants de véhicules hors route a augmenté de façon constante au Québec depuis le début des années 80, un phénomène auquel la Gaspésie et les Îles ne semble pas échapper. Par ailleurs, bien qu'on ne puisse être catégorique sur l'implication de l'alcool dans les décès survenus dans les accidents de transport, il reste que dans les dernières années, un minimum de quatre

personnes de la Gaspésie et des Îles sont mortes à chaque année d'un accident de transport alors qu'elles avaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise.

Au sujet des chutes accidentelles, les hommes sont encore ici surreprésentés dans les données de mortalité, et ce, peu importe leur âge, ceci témoignant sans doute des risques plus grands qu'ils prennent en général comparativement aux femmes. Par ailleurs, le groupe le plus vulnérable aux chutes accidentelles, que celles-ci conduisent à un décès ou à une hospitalisation, demeure de loin celui des personnes de 65 ans et plus : 80 % des décès par chutes accidentelles dans la région sont survenus dans ce groupe en 2000-2003 et il cumule 60 % des hospitalisations pour cette cause et dans ce cas, les femmes âgées sont particulièrement vulnérables.

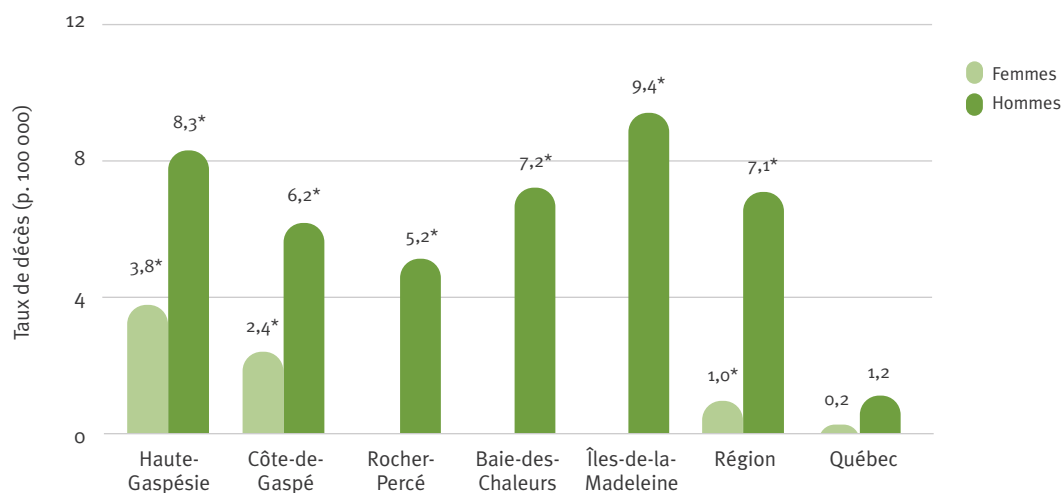
Les blessures accidentelles dans les territoires locaux

Figure 52 Taux annuel moyen ajusté de décès (p. 100 000) par accidents de transport selon le sexe, RLS, Région et Québec, 2000-2003¹



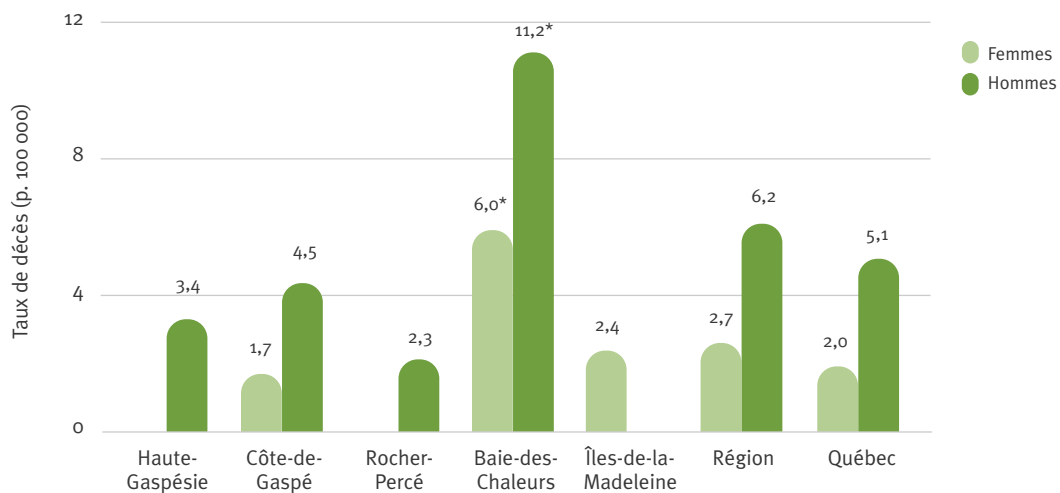
* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 53 Taux annuel moyen ajusté de décès (p. 100 000) par accidents de véhicules hors route selon le sexe, RLS, Région et Québec, 2000-2003¹



* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 54 Taux annuel moyen ajusté de décès (p. 100 000) par chutes accidentelles selon le sexe, RLS, Région et Québec, 2000-2003¹



* Taux de ce territoire significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.



Les maladies infectieuses : des gains majeurs mais la vigilance s'impose encore

Les maladies infectieuses sont des maladies transmises par des micro-organismes, soit de nature bactérienne, virale ou autre, et la contagion implique qu'un agent infectieux soit transmis à une personne réceptive⁷⁸. De tout temps, les maladies infectieuses ont été une menace importante à la santé, qu'on pense seulement à la grippe espagnole, au choléra ou encore à la peste qui ont décimé des populations entières. Aujourd'hui, au Québec, ces maladies ne sont plus aussi fréquentes en raison notamment de l'amélioration des conditions de vie et de diverses mesures de prévention mises de l'avant, dont la vaccination et la promotion de mesures d'hygiène⁷⁹. Néanmoins, nous devons continuer à être vigilants et poursuivre nos efforts de prévention puisque les dernières années ont vu la résurgence de maladies qu'on croyait avoir maîtrisées et l'émergence de nouvelles. Également, la pandémie d'influenza est une menace réelle à la santé publique et contre laquelle nous devons nous préparer. À cet effet, mentionnons que, conformément aux orientations du MSSS et de l'OMS, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine s'est dotée de son propre plan de lutte contre la pandémie d'influenza afin de prévenir, le cas échéant, les risques de transmission du virus et les impacts négatifs de la pandémie sur la santé et le bien-être de la population gaspésienne et madelinienne.

Avant d'aller plus loin, précisons qu'aux fins du présent document, les maladies infectieuses regroupent l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire (MADO) attribuables à un agent infectieux, soit :

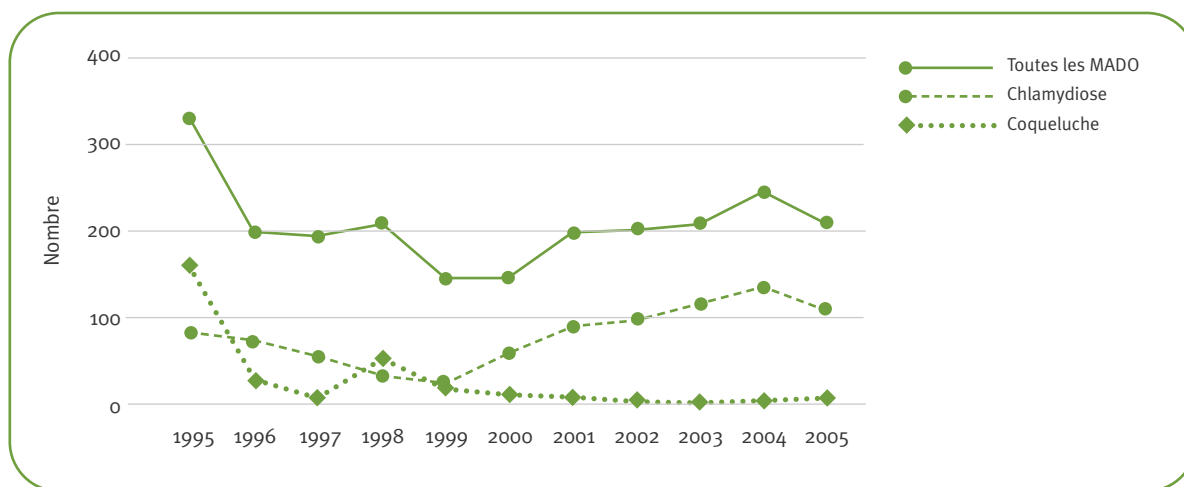
- les maladies évitables par l'immunisation de base (ex. : la coqueluche),
- les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) (ex. : la chlamydie et le VIH),
- les hépatites virales,
- les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire (ex. : la tuberculose),
- les maladies d'origine hydrique ou alimentaire (ex. : les infections à salmonelle),
- les zoonoses et les maladies transmissibles par vecteur (ex. : la tularémie).

Portrait global des maladies infectieuses

Comme nous le disions, les Québécois et Québécoises continuent malgré tout à être affectés par les maladies infectieuses, et la population gaspésienne et madeleineuse n'échappe pas à cette réalité. C'est ainsi qu'au cours des onze années 1995 à 2005, près de 2 230 maladies infectieuses ont été déclarées aux autorités régionales de santé publique, dont 210 en 2005. Comme l'illustre la figure 55, le nombre de déclarations de maladies infectieuses a connu une baisse importante de 1995 à 1999 dans la région. Après cela, une hausse est observée jusqu'en 2004 pour descendre à nouveau en 2005. Ce patron d'évolution du nombre total de maladies infectieuses déclarées suit de très près celui

qu'a connu l'infection à chlamydia, cette infection étant de loin la plus souvent rapportée aux autorités. Précisons cependant que la hausse des chlamydioses à compter de 2000 ne signifie pas nécessairement que cette infection soit plus fréquente dans la région; elle peut aussi refléter une meilleure accessibilité aux tests et une plus grande déclaration des cas⁸⁰. De plus, la chute du nombre de maladies infectieuses de 1995 à 1999 s'explique en partie aussi par la baisse des cas de coqueluche. L'introduction du vaccin acellulaire contre la coqueluche contribue certainement à la diminution de déclarations de cette infection après 1998⁸¹.

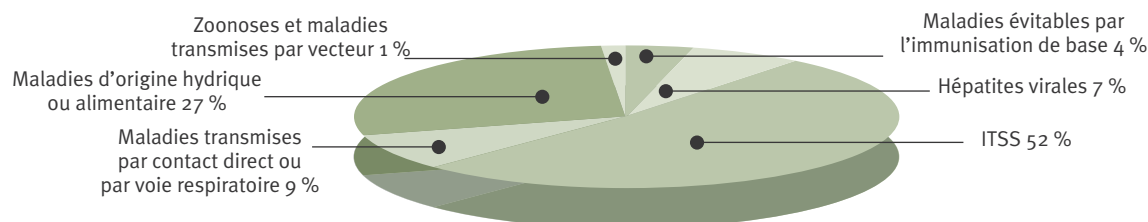
Figure 55 Nombre de déclarations des maladies infectieuses attribuables à un agent infectieux, de chlamydioses et de coqueluche, Région, 1995 à 2005



Par ailleurs, en 2005, 52 % des maladies infectieuses déclarées sont des infections transmissibles sexuellement ou par le sang et 27 % sont des maladies d'origine hydrique ou alimentaire (figure 56). Près des deux tiers des cas ont été enregistrés chez les femmes,

et ce, en raison principalement du nombre élevé d'infections à chlamydia chez ces dernières. Pour cette même raison, c'est dans le groupe des 15 à 24 ans qu'on note le plus grand nombre de déclarations avec 37 % des cas, suivi du groupe des 25 à 44 ans (26 %).

Figure 56 Répartition (en %) des maladies infectieuses selon les grandes catégories, Région, 2005



Les maladies évitables par l'immunisation de base

L'immunisation a permis de contrôler et même d'éradiquer plusieurs maladies infectieuses partout au Québec, la poliomyélite et la variole en étant des exemples⁸². Depuis plusieurs années, des vaccins sont offerts à différents groupes de la population, notamment les enfants, pour immuniser ceux-ci contre la rubéole, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, la rougeole et les oreillons. En

cette matière, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine obtient des couvertures vaccinales très satisfaisantes, parmi les plus élevées au Québec. C'est ainsi que sur le territoire gaspésien et madelinot, huit cas de maladies évitables par l'immunisation de base ont été rapportés au fichier des MADO en 2005, dont sept cas de coqueluche. Le détail de toutes les maladies infectieuses déclarées entre 1995 et 2005, et plus spécifiquement en 2005, est présenté au tableau 13.

Les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)

Ce type de maladies infectieuses peut être transmis lors de contacts sexuels ou encore, lors de partage de seringues souillées, durant la grossesse ou au moment de l'accouchement, ou par l'intermédiaire de produits sanguins. L'infection à chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'infection par le virus du papillome humain et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont parmi les ITSS les plus fréquentes au Québec. Pour ce qui est des infections à chlamydia qui affectent particulièrement les jeunes filles, elles sont en hausse depuis les dernières années, et ce, tant au Québec qu'en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Bien qu'on ne puisse savoir avec certitude s'il s'agit d'une hausse réelle du problème dans la population ou simplement le reflet d'un meilleur accès

aux tests et d'une plus grande déclaration, les infections à chlamydia peuvent entraîner des dommages irréversibles comme l'infertilité quand elles ne sont pas traitées à temps au moyen d'antibiotiques⁸³. D'où l'importance de poursuivre les stratégies de prévention dont la promotion de l'usage du condom lors des relations sexuelles.

Au sein de la population gaspésienne et madelinienne, sur les 110 cas d'ITSS déclarés en 2005, 108 sont des infections à chlamydia faisant d'elles les maladies les plus souvent rapportées aux autorités de santé publique, suivies de très loin par la syphilis avec deux cas en 2005 (tableau 13).

Les hépatites virales

De toutes les hépatites virales, l'hépatite C est encore en 2005, l'infection la plus souvent déclarée en Gaspésie et aux Îles comme au Québec. Or, les infections au virus de l'hépatite C, dont une forte proportion au Québec est détectée chez les utilisateurs de drogues injectables et les personnes porteuses du VIH⁸⁴, peuvent conduire au développement de cirrhose du foie et même au cancer du foie⁸⁵, et encore ici des mesures existent pour les prévenir.

Cela dit, en Gaspésie et aux Îles, quatorze cas d'hépatites virales ont été rapportés en 2005 au fichier des maladies à déclaration obligatoire de la région, dont douze étaient des hépatites C et deux, des hépatites B (tableau 13).

Les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire

Ces maladies regroupent, entre autres, la tuberculose ainsi que les infections invasives à streptocoque et à méningocoque. La tuberculose est parmi les infections dont on croyait avoir contrôlé la propagation au Québec. Or, voilà que depuis quelques années, des cas réapparaissent notamment en raison de la présence de souches résistantes aux antibiotiques⁸⁶. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, sur les dix-huit cas de maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire survenus en 2005, cinq sont des cas de tuberculose, portant ainsi à 46 cas le nombre total de cas de tuberculose déclarés dans la région depuis 1995.

Pour ce qui est des infections à méningocoque, lesquelles ont donné lieu à 57 cas au Québec lors de l'épidémie de 2001⁸⁷, seulement deux cas ont été enregistrés en 2005 dans la région. Rappelons toutefois que ces infections, bien que généralement peu fréquentes, peuvent avoir des conséquences graves⁸⁸. Pour leur part, les infections invasives à pneumocoque, c'est-à-dire les méningites et les septicémies à pneumocoque, sont une menace plus fréquente à la santé publique, particulièrement chez les enfants. Ces dernières ont fait l'objet de neuf déclarations en 2005 au sein de la population de la Gaspésie et des Îles. Finalement, deux déclarations d'infections invasives à streptocoque de groupe A ont été faites en 2005 (tableau 13).

Les maladies d'origine hydrique ou alimentaire

Ces maladies se contractent par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés et se manifestent par des gastro-entérites et des dermatites notamment. En 2005, 57 cas de maladies d'origine hydrique ou

alimentaire ont été déclarés dans la population gaspésienne et madelinienne dont les plus fréquentes sont les infections à campylobacter (26 cas), les salmonelloses (17 cas) et la giardiase (10 cas) (tableau 13).

Les zoonoses et les maladies transmissibles par vecteur

En Gaspésie et aux Îles, outre la fièvre Q et la tularémie dont le vecteur de transmission est généralement le petit gibier, les zoonoses et les maladies transmissibles par vecteur sont relativement rares. C'est ainsi que sur les quelque 33 cas de zoonoses et de maladies transmissibles par vecteur déclarés aux autorités de santé publique depuis 1995 dans la région, seize sont

des cas de tularémie, et quatorze, des cas de fièvre Q (tableau 13).

Précisons en terminant qu'il y a eu au Québec, ces dernières années, quelques cas d'infection par le virus du Nil occidental (VNO), mais aucun d'entre eux ne provenait de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 13 Nombre de déclarations selon les types de maladies infectieuses, Région, 1995-2005* et 2005

Maladies à déclaration obligatoire	Nombre en 1995-2005	Nombre en 2005
Les maladies évitables par l'immunisation de base	306	8
Coqueluche	298	7
Autres	6	1
Les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)	885	110
Chlamydia	859	108
Gonorrhée	8	0
Syphilis	8	2
Autres	10	0
Les hépatites virales	189	14
Hépatite A	9	0
Hépatite B	71	2
Hépatite C	109	12
Les maladies transmissibles par contact direct ou par voie respiratoire	123	18
Tuberculose	46	5
Infections invasives à streptocoque groupe A	15	2
Infections invasives à pneumocoque	44	9
Infections invasives à méningocoque	18	2
Les maladies d'origine hydrique ou alimentaire	762	57
Campylobacter	307	26
Salmonellose	251	17
Giardiase	128	10
E. Coli	25	2
Yersinia	26	1
Autres	25	1
Les zoonoses et les maladies transmissibles par vecteur	33	3
Tularémie	16	3
Fièvre Q	14	0
Paludisme	3	0
TOTAL	2 298	210

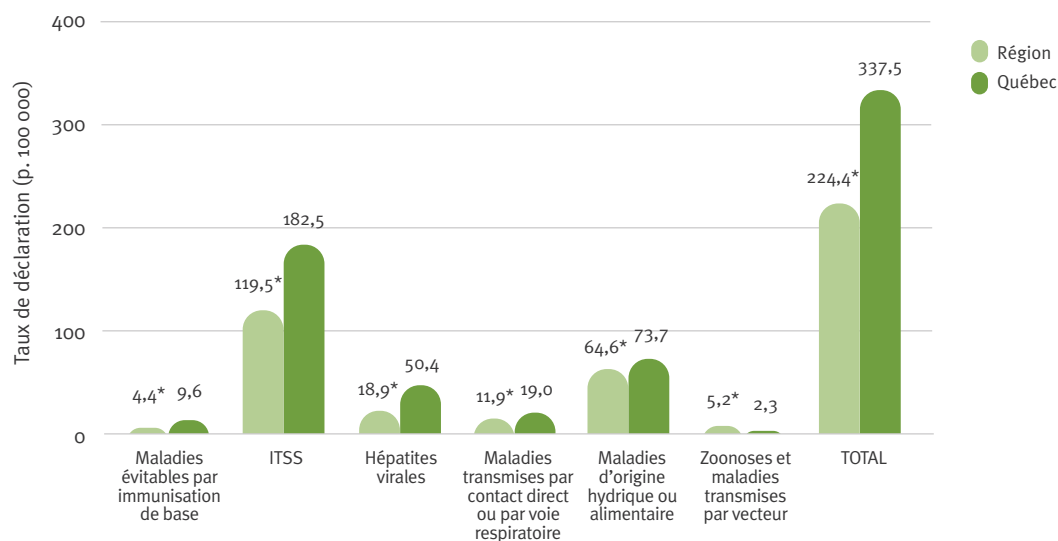
* Les données de 1995-2005 sont comptabilisées sur la base des maladies à déclaration obligatoire en 2005.

Comparaison avec le Québec

L'ensemble des données sur les maladies infectieuses est tiré des cas déclarés aux autorités de santé publique. Ainsi, ces données ne rendent pas compte des cas non déclarés, des personnes asymptomatiques, de celles qui ne consultent pas ou qui ne sont pas diagnostiquées. Le portrait présenté sous-estime donc la réalité des maladies infectieuses sans que nous ne connaissions l'ampleur de la sous-estimation. Celle-ci peut être différente d'une région à l'autre, de sorte qu'il faut garder à l'esprit cette situation quand on compare deux territoires entre eux comme nous le faisons dans ce qui suit.

Cette précision faite, nous comparons à la figure 57 la situation des maladies infectieuses déclarées en 2002-2005 en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine avec celle de l'ensemble du Québec. On remarque d'abord que le taux global de déclaration dans la région est de 34 % inférieur à celui du Québec, un écart s'expliquant par les moindres taux de déclaration dans toutes les catégories de maladies, à l'exception seulement de la catégorie des zoonoses et des maladies transmissibles par vecteur où le taux régional est supérieur à celui du Québec en raison principalement du nombre élevé de déclarations de tularémie (figure 57).

Figure 57 Taux annuel moyen de déclaration (p. 100 000) des maladies infectieuses selon les catégories, Région et Québec, 2002-2005¹



* Taux de la région significativement différent de celui du Québec au seuil de 0,05.

En somme

Pour la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, le nombre de déclarations de maladies infectieuses a baissé entre 1995 et 1999 pour ensuite remonter jusqu'en 2004. En 2005, la hausse ne s'est cependant pas poursuivie. Par ailleurs, sur les 210 déclarations de maladies infectieuses faites aux autorités de santé publique en 2005, plus de la moitié sont des infections transmissibles sexuellement ou par le sang, particulièrement des infections à chlamydia, alors que 27 % sont des maladies d'origine hydrique

ou alimentaire. Les femmes ainsi que les jeunes de 15 à 24 ans sont les groupes où le nombre de déclarations est le plus élevé en raison principalement du nombre élevé de chlamydioses dans ces groupes. Finalement, en 2002-2005, la région gaspésienne et madelinienne obtient un taux global de déclaration de maladies infectieuses 34 % inférieur à celui du Québec (avec les mises en garde qu'on doit avoir à l'esprit quand on compare ainsi les taux de déclaration de deux territoires).

Qu'advient-il de la santé des aînés?

Avant de répondre à cette question, il importe d'abord de fixer l'âge à compter duquel une personne entre dans la catégorie des aînés. Traditionnellement, ce seuil a été fixé à 65 ans, âge de la retraite, et par convention, c'est ce seuil que nous adoptons dans cette section. Ainsi, les aînés dont nous faisons ici le portrait sont tous nés avant la Seconde Guerre mondiale et ce portrait que nous faisons d'eux est bien entendu grandement conditionné par leur passé⁸⁹.

Cela dit, nous présentons dans ce qui suit quelques données sur divers facteurs ayant une influence sur la santé des aînés et leur qualité de vie en général, à savoir leurs conditions de vie, leurs habitudes de vie, l'excès de poids et leur consommation de médicaments. Nous complétons ensuite ce portrait par diverses informations sur l'état de santé des aînés de la région notamment eu égard à leur espérance de vie, aux incapacités et à certains problèmes qui menacent leur autonomie. Mais d'abord, voici la situation démographique de ce groupe de la population que sont les personnes de 65 ans et plus.

La situation démographique des aînés

En 2006, 16 901 personnes de 65 ans et plus résident sur le territoire gaspésien et madelinot, 9 354 femmes et 7 547 hommes pour un rapport de féminité de 1,24 (ou 124 femmes pour 100 hommes). L'examen du rapport de féminité au tableau 14 montre que cette

surreprésentation des femmes s'observe dans tous les grands groupes d'âge après 65 ans et qu'elle s'accroît dans les groupes supérieurs, traduisant ainsi l'espérance de vie plus élevée des femmes.

Les aînés de la Gaspésie et des Îles sont légèrement plus vieux que ceux du Québec

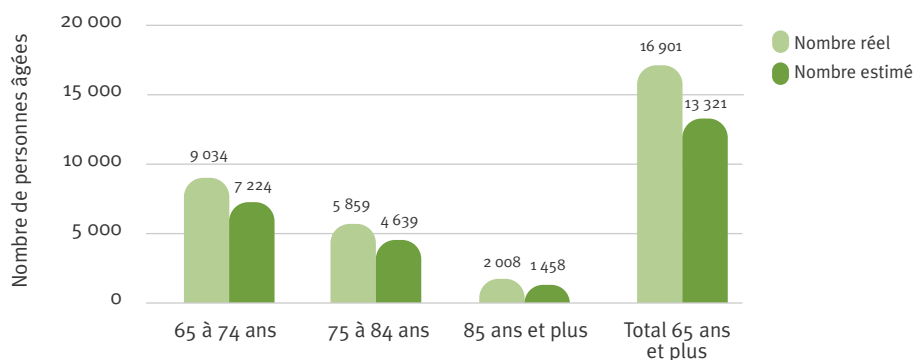
On remarque au tableau 14 que, de façon générale, la population des aînés de la Gaspésie et des Îles est légèrement plus vieille que celle du Québec, la proportion des 65 à 74 ans, à l'intérieur des 65 ans et plus, étant plus faible que celle du Québec et à l'inverse, celle des 85 ans et plus, supérieure. Ainsi, non seulement la Gaspésie et les Îles compte-t-elle une plus grande proportion d'aînés que celle de la province (17,9 % contre 14,1 %), les aînés de la région sont légèrement plus vieux que leurs homologues provinciaux. Ce dernier constat est illustré plus concrètement

à la figure 58 où nous présentons le nombre réel de personnes âgées en Gaspésie et aux Îles selon les grands groupes d'âge et juxtaposons le nombre d'aînés que la région compterait si notre population avait la même structure d'âge que celle du Québec (nombre estimé). En somme, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine a 3 580 personnes âgées de plus au total qu'attendu (27 % de plus), un surplus qui augmente à travers les groupes d'âge pour se situer à 38 % chez les 85 ans et plus, soit 550 personnes de plus.

Tableau 14 Nombre, répartition (en %) des personnes de 65 ans et plus et rapport de féminité selon les grands groupes d'âge, Région et Québec, 2006

Groupes d'âge	Région			Québec
	Nombre	%	Rapport de féminité	%
65 à 74 ans	9 034	53,5	1,08	54,2
75 à 84 ans	5 859	34,7	1,32	34,8
85 ans et plus	2 008	11,9	1,97	11,0
Total 65 ans et plus	16 901	100,0	1,24	100,0

Figure 58 Nombre réel de personnes âgées en Gaspésie et aux Îles et nombre estimé selon la structure d'âge du Québec, 2006



Plus d'aînés qu'avant et qui plus est, des aînés plus vieux

Nous l'avons dit à maintes reprises, la population de la Gaspésie et des Îles a connu un vieillissement depuis le début des années 80, la proportion d'aînés étant passée de 9 % à 18 % de 1981 à 2006. Or, un vieillissement s'est aussi produit à l'intérieur même de la population des 65 ans et plus, la proportion des personnes de 75 ans et plus étant passée de 38 % à 47 % au cours des vingt-cinq dernières années. En d'autres mots, les aînés sont plus vieux qu'auparavant.

Dans un souci de planification des services de santé, ce résultat est important car les pertes fonctionnelles apparaissent généralement après 75 ans. Il convient toutefois d'ajouter que les projections démographiques ne prévoient pas que ce « survieillissement » se poursuive dans les prochaines années puisqu'en 2026, les prévisions indiquent que la proportion des 75 ans et plus au sein du groupe des aînés se situera encore pour notre région autour de 47 %. Cela dit, on

ne doit tout de même pas perdre de vue que le vieillissement de l'ensemble de la population se poursuivra et que le nombre de personnes de 65 ans et plus et celui plus spécifiquement des 75 ans et plus augmenteront. Le nombre d'aînés dans la région devrait en effet passer de 16 901 en 2006 à 29 269 en 2026, et le nombre de personnes de 75 ans et plus, de 7 867 à 13 704 au cours des prochains vingt ans, des hausses d'environ 74 % dans les deux cas.

Avec l'évolution de la technologie et des pratiques médicales, cette augmentation générale du poids démographique des aînés est un facteur contribuant à la hausse des coûts du système de santé ainsi qu'à

celle anticipée à court et à moyen termes⁹⁰. À plus long terme, le ministère de la Santé et des Services sociaux invite toutefois à la prudence car les scénarios prospectifs reposent sur la connaissance que nous avons actuellement des aînés. Or, les personnes âgées de demain auront vraisemblablement de meilleures conditions de vie et seront différentes à bien des égards de celles d'aujourd'hui : elles seront plus instruites, auront de meilleures habitudes de vie, auront quitté un peu plus tôt le monde du travail et mieux planifié leur retraite, leur réalité familiale sera différente, bref, autant de facteurs qui influenceront certainement la santé des personnes qui formeront en 2026 le groupe des aînés.

Les conditions de vie des aînés

Presque tous les aînés avant 75 ans vivent en ménages privés alors que c'est le cas de seulement 60 % à partir de 85 ans

En 2001, 91 % des aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine vivent dans un ménage privé, l'autre 9 % résidant dans un ménage collectif, le plus souvent en foyer pour personnes âgées ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Des différences importantes sont observées à cet égard au fur et à mesure que les gens avancent en âge (tableau 15). En

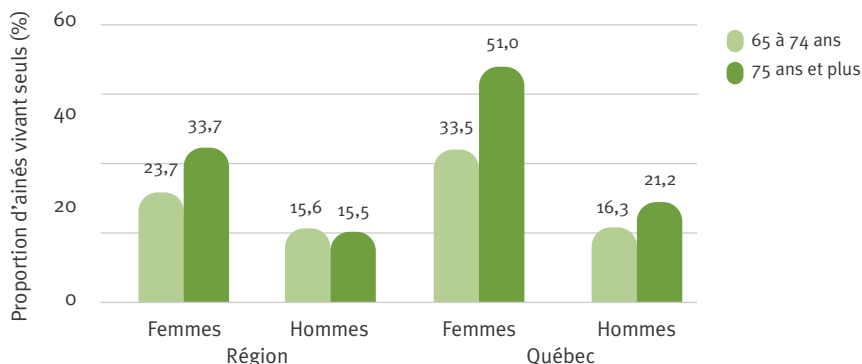
effet, alors que près de 98 % des aînés de 65 à 74 ans vivent dans un ménage privé, cette proportion diminue à 92 % dans le groupe des 75 à 84 ans et à 60 % dans celui des 85 ans et plus. Comme le montre le tableau 15, la situation de vie des aînés de la région ne se distingue pas véritablement de celle des aînés du Québec.

Vivre seul après 65 ans : une réalité qui s'accroît avec l'avancement en âge et qui touche davantage les femmes

En Gaspésie et aux Îles, plus de 20 % des personnes de 65 à 74 ans et 26 % de celles de 75 ans et plus résidant dans un ménage privé vivent seules, un pourcentage qui n'est que de 9 % chez les 18 à 64 ans (tableau 15). On peut aussi lire dans ce tableau que peu importe leur âge, les aînés de la région sont en

général moins nombreux en proportion à vivre seuls que les Québécoises et Québécois. Par ailleurs, à partir de 65 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à vivre seules, reflétant en partie leur espérance de vie plus élevée (figure 59).

Figure 59 Proportion (en %) des aînés en ménages privés vivant seuls selon le sexe et le groupe d'âge, Région et Québec, 2001



La scolarité des aînés de la région est encore relativement faible et un retard persiste par rapport aux aînés du Québec

Bien que le niveau de scolarité des personnes âgées de la Gaspésie et des Îles ait progressé depuis 1991, la proportion ne détenant pas l'équivalent d'un diplôme d'études secondaires étant passée de 88 % en 1991 à 81 % en 2001, il demeure encore relativement faible et un écart considérable persiste par rapport aux aînés

du Québec (tableau 15). En effet, en 2001, 79 % des femmes et 82 % des hommes de 65 ans et plus dans la région ne détenaient pas l'équivalent d'un diplôme d'études secondaires contre 65 % et 60 % respectivement des Québécoises et des Québécois du même âge.

Près de trois aînés sur quatre dans la région bénéficient du Supplément de revenu garanti

Depuis les quinze dernières années, le pourcentage d'aînés de la Gaspésie et des Îles bénéficiant du Supplément de revenu garanti n'a cessé de décroître. Il est en effet passé de 84 % en 1990 à 78 % en 1995 pour se situer à 73 % en 2005 (77 % chez les femmes et 68 % chez les hommes). Malgré cela, la Gaspésie et les Îles accuse encore un retard considérable par rapport au Québec, le pourcentage provincial étant de 49 % (55 % chez les Québécoises et 42 % chez les Québécois) (tableau 15). Plus concrètement, les personnes bénéficiant de cette mesure, si elles sont célibataires, veuves ou divorcées, peuvent compter sur un revenu annuel toutes sources variant entre 13 126 \$

et 20 386 \$ (incluant la pension de sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti). Pour les personnes en couple et dont le conjoint est aussi pensionné, celles qui reçoivent le Supplément de revenu garanti peuvent, quant à elles, vivre avec un revenu annuel variant de 10 650 \$ à 15 414 \$⁹¹. Ces quelques chiffres montrent bien que pour les trois quarts des aînés de la région, le revenu sur lequel ils peuvent compter est très modeste. Cette situation n'est pas sans rappeler celle plus largement répandue à l'échelle de toute la population et que nous avons décrite au début de ce document.

Le vieillissement s'accompagne d'une baisse de soutien social, mais le sentiment d'appartenance à la communauté ne s'infléchit pas, au contraire

Après 65 ans, 45 % de la population gaspésienne et madelinienne a un niveau très élevé de soutien social alors qu'à l'opposé, 17 % a un niveau de soutien faible ou moyen. Comparativement aux aînés québécois, les aînés de la région sont plus nombreux à avoir un niveau très élevé de soutien social (45 % contre 36 %), c'est-à-dire qu'ils ont en tout temps quelqu'un pour les écouter et les conseiller en temps de crise, leur donner des renseignements, quelqu'un à qui ils peuvent se confier et parler, et quelqu'un qui comprend leurs problèmes (tableau 15).

Cela dit, il reste que le vieillissement s'accompagne d'une perte graduelle du niveau de soutien social. Au Québec, le pourcentage de personnes ayant un niveau de soutien faible ou moyen passe en effet de 8 % chez les 12-24 ans, à 13 % chez les 25-44 ans, à 17 % chez les 45-64 ans pour s'établir à 23 % chez les personnes de 65 ans et plus. Malgré les faibles effectifs de l'échantillon de notre région dans l'enquête d'où sont tirées ces données, une tendance similaire semble s'observer en Gaspésie et aux Îles. Sans doute ce résultat va-t-il de pair avec le fait que les aînés sont

plus nombreux à vivre seuls et que cette période de vie est davantage marquée que les autres par les pertes et les deuils d'êtres chers.

Par contre, l'avancement en âge n'interfère aucunement avec le sentiment d'appartenance à la communauté; au contraire, les aînés sont même les plus nombreux en proportion à éprouver un très fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale. Alors que seulement 10 % des jeunes Québécois de 20 à 24 ans ont un très fort sentiment d'appartenance à leur communauté, cela est le cas pour 13 % des 45 à 64 ans et pour plus de 20 % des aînés. Encore ici, bien que les faibles effectifs de l'échantillon pour notre région invitent à la prudence, une tendance similaire est tout de même observée puisque cette proportion passe de 16 % chez les jeunes adultes gaspésiens et madelinots à 25 % chez les 45 à 64 ans et à plus de 33 % chez les aînés. Fait intéressant à noter, la proportion des aînés de la Gaspésie et des Îles ayant un très fort sentiment d'appartenance à leur communauté est significativement supérieure à celle des aînés du Québec (33 % contre 20 %) (tableau 15).

Tableau 15 La situation socioéconomique des personnes de 65 ans et plus, Région et Québec, 2001, 2003 et 2005 selon le cas

Indicateurs	Région (%)	Québec (%)
Aînés vivant dans des ménages privés (2001)	91,4	90,1
65 à 74 ans	97,5	96,7
75 à 84 ans	91,7	88,2
85 ans et plus	59,5	58,9
Aînés dans des ménages privés vivant seuls (2001)		
65 à 74 ans	19,8	25,7
75 ans et plus	26,3	39,7
Aînés n'ayant pas l'équivalent d'un diplôme d'études secondaires (2001)	80,5	62,8
Aînés bénéficiant du Supplément de revenu garanti (2005)	72,9	49,3
Aînés ayant un niveau très élevé de soutien social (2000-2001)¹	45,1 +	35,8
Aînés ayant un fort sentiment d'appartenance à leur communauté (2003)¹	74,6 +	63,8
Très fort	32,7 +	20,3
Plutôt fort	41,9	43,5

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les habitudes de vie, l'obésité et l'embonpoint, et la consommation de médicaments chez les aînés

Baisse du tabagisme chez les aînés

Les gains obtenus sur l'usage du tabac dans l'ensemble de la population sont aussi observés chez les personnes de 65 ans et plus, et ce, dans la région comme au Québec. C'est ainsi que de 1987 à 2003, le pourcentage de fumeurs réguliers chez les aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine est passé de 23,5 % à 11,2 %. Si les aînés continuent à être le groupe d'âge fumant le moins, ils comptent par ailleurs une

proportion relativement élevée d'anciens fumeurs, particulièrement chez les hommes, laquelle s'élève à 53 % chez les deux sexes en 2003. Finalement, les aînés de la région ne sont pas plus nombreux que ceux du Québec à faire régulièrement usage de tabac en 2003 (11,2 % contre 10,8 %) (tableau 16) ni à être d'anciens fumeurs (53,1 % contre 54,6 %).

La pratique de l'activité physique diminue avec l'avancement en âge, principalement chez les femmes

Comme nous l'avons vu dans la section sur les maladies chroniques et leurs déterminants, au Québec, la sédentarité augmente au fur et à mesure que les gens vieillissent, alors qu'inversement, la proportion de personnes actives ou très actives physiquement a tendance à diminuer avec l'avancement en âge. La population de la Gaspésie et des Îles suit sensiblement ce même patron. Au Québec, ce phénomène ne se présente cependant pas de la même manière chez les hommes et chez les femmes. Chez les

Québécois, la baisse de la pratique de l'activité physique s'observe jusqu'à 64 ans, après quoi, la proportion de sédentaires se stabilise à 30 % et celle des actifs à 35 %. Chez les Québécoises, la diminution de la pratique de l'activité physique continue même après 65 ans où la proportion de sédentaires atteint 36 % pendant que la proportion atteignant le niveau recommandé descend à 26 %. En Gaspésie et aux Îles, les plus faibles effectifs de l'échantillon rendent hasardeuse toute conclusion à cet égard.

Les aînés de la Gaspésie et des Îles sont davantage sédentaires dans leur temps de loisirs que les aînés du Québec

En 2003, 42 % des aînés de la Gaspésie et des Îles sont sédentaires dans leur temps de loisirs, une proportion significativement plus élevée que celle enregistrée par les personnes de 65 ans et plus au Québec (34 %) (tableau 16). À l'opposé, 28 % des personnes âgées dans la région atteignent le niveau recommandé d'activités physiques dans leur temps de loisirs, le niveau recommandé étant l'équivalent de 30 minutes de marche d'un pas rapide à tous les jours. Sur ce point, les aînés de la région ne se distinguent pas de

ceux du Québec, ces derniers atteignant le niveau recommandé dans une proportion de 30 %.

De façon générale, en Gaspésie et aux Îles comme au Québec, les femmes de 65 ans et plus sont moins nombreuses que les hommes du même âge à être actives dans leurs loisirs : leur proportion de sédentaires ayant tendance à être supérieure à celle des hommes et à l'opposé, leur proportion atteignant le niveau recommandé étant inférieure.

43 % des aînés de la région ne mangent pas la quantité quotidienne recommandée de fruits et de légumes

Bien que cette proportion soit relativement élevée, les personnes âgées sont tout de même moins nombreuses que le reste de la population à ne pas avoir adopté cette saine habitude de vie. Rappelons en effet que dans l'ensemble de la population de 12 ans et plus de la Gaspésie et des Îles, 50 % ne mange pas cinq fruits et légumes par jour. Au Québec, 51 % des

personnes de 65 ans et plus ne mangent pas le minimum de fruits et de légumes recommandé quotidiennement. Sur ce point, les aînés de la région ne se distinguent pas de ceux du Québec, la différence entre 43 % et 51 % ne pouvant être jugée significative statistiquement (tableau 16).

Les aînés de la Gaspésie et des Îles ne souffrent pas davantage d'obésité et d'embonpoint que les aînés québécois

En 2003, près de 55 % des personnes de 65 ans et plus en Gaspésie et aux Îles souffrent d'obésité ou d'embonpoint, une proportion qui n'est pas différente statistiquement de celle des aînés du Québec (52,9 %) (tableau 16). Plus précisément, dans la région, on

estime à 13,5 % la proportion d'aînés souffrant d'obésité et à 41,3 % la proportion faisant de l'embonpoint, des résultats du même ordre de grandeur que ceux du Québec (14,4 % et 38,5 % respectivement).

Les aînés de la région sont moins nombreux que les aînés québécois à consommer trois médicaments différents ou plus

Dans les enquêtes populationnelles, la consommation d'au moins trois médicaments constitue le seuil à compter duquel on considère la consommation comme étant élevée⁹². Cet indicateur donne aussi une idée de la population davantage à risque d'effets ou d'interactions médicamenteuses indésirables⁹³. Ceci dit, lorsque interrogés sur leur consommation de médicaments obtenus sur ordonnance ou en vente libre et incluant donc les vitamines et les suppléments alimentaires, 47 % des aînés de la Gaspésie et des Îles ont déclaré avoir consommé trois médicaments

différents ou plus au cours des deux jours précédant l'enquête. Bien que ce pourcentage soit somme toute relativement élevé, il l'est tout de même significativement moins que celui obtenu par les aînés québécois (57 %) (tableau 16). Par ailleurs, un écart sépare les femmes et les hommes à cet égard puisque 55 % des femmes de 65 ans et plus dans la région consomment plus de trois médicaments contre 37 % des hommes du même âge, les pourcentages correspondant chez les aînés et aînés du Québec étant respectivement de 64 % et de 48 %.

Tableau 16 Prévalence (en %) des habitudes de vie, de l'obésité et de l'embonpoint, et de la consommation de médicaments chez les personnes de 65 ans et plus et chez toute la population, Région et Québec, 2003¹

Habitudes de vie	Région (%)	Québec (%)
Fumeurs réguliers		
65 ans et plus	11,2	10,8
Total (15 ans et plus)	24,9	21,6
Sédentarité		
65 ans et plus	41,9 +	33,6
Total (18 ans et plus)	30,1 +	26,3
Consommation de moins de cinq fruits et légumes par jour		
65 ans et plus	43,0	50,5
Total (12 ans et plus)	50,4 -	54,9
Obésité et embonpoint		
65 ans et plus	54,8	52,9
Total (18 ans et plus)	54,2 +	47,3
Consommation d'au moins trois médicaments différents		
65 ans et plus	47,0 -	57,3
Total (12 ans et plus)	25,2	21,8

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

L'état de santé des aînés

Nous terminons cette section en présentant les données les plus récentes sur la santé des aînés en débutant par leur espérance de vie et la perception

qu'ils ont de leur santé. Ensuite, nous voyons la proportion d'entre eux ayant des incapacités ainsi que certains problèmes pouvant menacer leur autonomie.

Les aînés peuvent aussi espérer vivre plus longtemps qu'auparavant

L'espérance de vie à la naissance n'a cessé de progresser au cours des dernières décennies. On se souviendra en effet qu'en 2001-2003, les femmes de la région peuvent espérer vivre 3,7 années de plus qu'en 1981-1983, et les hommes, 5,1 années de plus. À partir de 65 ans, l'espérance de vie a aussi connu une augmentation relativement importante depuis le début des années 80, de l'ordre de 1,9 année, et ce, chez les femmes comme chez les hommes de la région. Ainsi, pour les personnes de la région qui atteignent 65 ans,

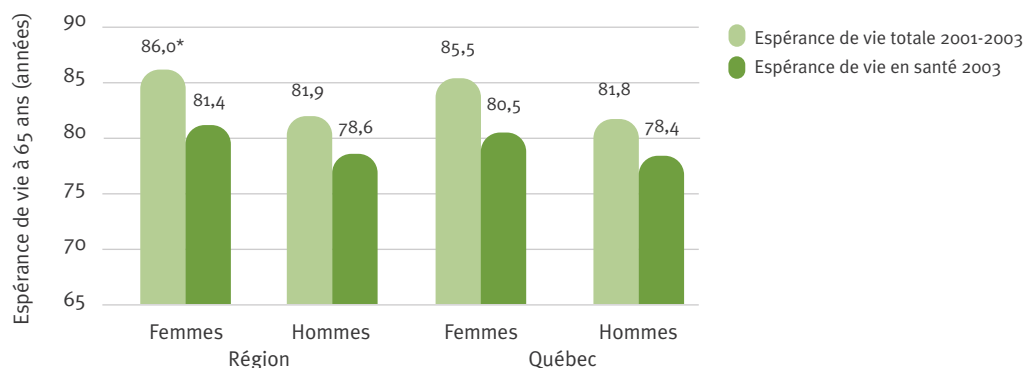
leur espérance de vie à partir de ce moment est de 21,0 ans chez les femmes et de 16,9 ans chez les hommes. Autrement dit, les femmes peuvent alors espérer vivre jusqu'à 86 ans et les hommes jusqu'à 81,9 ans (figure 60). Cette espérance de vie des Gaspésiennes et Madeliniennes à partir de 65 ans est de six mois supérieure à celle des Québécoises tandis que celle des Gaspésiens et Madelinots est semblable à celle des Québécois.

À 65 ans, les femmes et les hommes peuvent espérer vivre encore plusieurs années en santé

Les femmes et les hommes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine qui atteignent 65 ans peuvent espérer vivre en santé jusqu'à 81,4 ans et 78,6 ans respectivement (figure 60). Ceci signifie que sur les 21 années que peuvent encore espérer vivre les femmes de la région rendues à 65 ans, plus de seize années seront vécues en santé. Chez les hommes, sur les 16,9 années de vie qu'ils leur restent alors, ils peuvent s'attendre à en vivre 13,6 en santé.

Fait intéressant à noter c'est qu'à compter de 65 ans, l'espérance de vie en santé des femmes de la région est supérieure de près d'une année à celle des Québécoises tandis que chez les hommes, le retard de 1,7 année qu'ils accusent à cet égard à la naissance (réf. figure 10) disparaît totalement à 65 ans (figure 60).

Figure 60 Espérance de vie totale à 65 ans (2001-2003¹) et espérance de vie en santé à 65 ans (2003) selon le sexe, Région et Québec



* Espérance de vie de la région significativement différente de celle du Québec au seuil de 0,05.

Trois aînés sur quatre considèrent leur santé bonne, voire même très bonne ou excellente pour plusieurs

Lorsque interrogées sur leur santé en 2003, 40 % des personnes de 65 ans et plus en Gaspésie et aux Îles se perçoivent en bonne santé et 34 % se considèrent même en très bonne ou en excellente santé. Cette façon assez positive qu'ont les aînés de la région de

percevoir leur santé est semblable à celle des Québécoises et des Québécois du même âge. Rappelons ici que dans l'ensemble de la population (y compris les aînés), la moitié des gens considèrent leur santé très bonne ou excellente.

Plus du tiers des aînés de la région souffrent d'une incapacité

En 2001, 36 % des aînés de la Gaspésie et des Îles vivant en ménages privés ont déclaré souffrir d'une incapacité (39 % chez les femmes et 34 % chez les hommes) (réf. figure 63). Plus précisément, ce sont des aînés qui éprouvent de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables à la maison ou ailleurs, ou encore qui sont restreints dans le genre ou la quantité d'activités qu'ils peuvent faire à cause d'un problème de santé physique ou mentale. Cette proportion augmente avec l'avancement en âge : elle se situe à 11 % chez les personnes de 18 à 64 ans et passe à 27 % chez les aînés de 65 à 74 ans et à 50 % à partir de 75 ans. Ces résultats sont semblables à ceux du Québec. Il importe cependant de préciser que l'incapacité ne se traduit pas toujours par une perte d'autonomie. Bon nombre de personnes

arrivent en effet à s'adapter à leur incapacité en utilisant par exemple des aides techniques de sorte qu'elles parviennent à bien vivre et à être fonctionnelles en dépit de leur incapacité.

Cela dit, dans son plan d'action sur les services aux aînés en perte d'autonomie, le ministère de la Santé et des Services sociaux identifie quelques problèmes susceptibles de menacer l'autonomie des aînés, à savoir l'arthrite, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les maladies de l'œil, les accidents vasculaires cérébraux, les troubles cognitifs dont la maladie d'Alzheimer, et les chutes⁹⁴. Voici l'ampleur de ces problèmes chez les aînés de la région ou, lorsque l'information n'est pas disponible à l'échelle régionale, celle chez les aînés québécois.

L'hypertension, l'arthrite et le rhumatisme : les problèmes les plus souvent déclarés par les aînés

En 2003, 45 % des aînés de la région déclarent souffrir d'hypertension artérielle et 42 % d'arthrite ou de rhumatisme. Ce sont de loin les deux problèmes de santé les plus fréquemment rapportés par les personnes âgées, et ce, en Gaspésie et aux Îles comme au Québec. Viennent ensuite pour les aînés du Québec, les problèmes de cataracte affectant près de 20 % d'entre eux, les maladies cardiaques (19 %) et les maux de dos autres que ceux causés par la fibromyalgie et l'arthrite (17 %). La prévalence de ces problèmes est en général plus élevée après 75 ans et semble du même ordre de grandeur chez les aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Cela dit, l'hypertension artérielle est reconnue comme un des facteurs de risque aux maladies circulatoires. Or, à ce chapitre, les gains obtenus dans l'ensemble de

la population relativement à la mortalité cardiovasculaire ont aussi profité aux personnes de 65 ans et plus. En effet, le taux ajusté de décès associés à ces maladies a chuté de 37 % chez les aînés de la région entre 1984-1988 et 1999-2003, ce qui correspond à 47 décès de moins en moyenne par année. Les accidents vasculaires cérébraux, qui font partie des maladies circulatoires et qui sont une cause de la perte d'autonomie, font aussi moins de décès qu'auparavant chez les aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Néanmoins, les accidents cérébrovasculaires ont été, dans les dernières années, la cause de 44 décès et de 110 hospitalisations en moyenne par année chez les aînés de la région, des hospitalisations dont la durée de séjour s'élève en moyenne à 19,5 jours chez les femmes et à 14,2 jours chez les hommes.

On estime à 8 % la proportion d'aînés souffrant de troubles cognitifs qui entraînent une altération significative de leur fonctionnement

Les données actuellement les plus fiables sur la prévalence des troubles cognitifs proviennent d'une étude canadienne réalisée en 1991-1992 auprès de personnes de 65 ans et plus vivant à domicile ou en hébergement et provenant de toutes les provinces⁹⁵. Cette étude révèle que 8 % des aînés canadiens souffrent de démence (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire ou autres désordres connexes), c'est-à-dire qu'ils manifestent des pertes cognitives multiples (ex. : perturbation de la mémoire, du langage, de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes) entraînant une altération significative du fonctionnement social de la personne. La prévalence de ce type de maladies augmente considérablement avec l'âge. Elle est en effet de 2,4 % entre 65 et 74 ans et s'élève à 11 % entre 75 et 84 ans et à plus de 35 % à partir de 85 ans. Plus précisément, 5 % des personnes de 65 ans et plus au Canada

souffrent de la maladie d'Alzheimer et 1,5 % de démence vasculaire, des pourcentages semblables étant observés au Québec. Ces données ne sont pas disponibles à l'échelle de la région.

Les connaissances scientifiques actuelles sur les causes de la maladie d'Alzheimer sont encore limitées de sorte qu'il n'est pas possible de prévenir son apparition. Ce qu'on sait par ailleurs c'est que la prévalence de la maladie augmente avec l'avancement en âge et qu'elle est plus élevée chez les femmes, chez les personnes ayant moins de sept années de scolarité et chez celles ayant une histoire familiale de maladie d'Alzheimer ou de désordres connexes⁹⁶. En contrepartie, la prise d'hormones à la ménopause ainsi que l'usage prolongé d'anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les cas d'arthrite sont deux facteurs de protection de la maladie d'Alzheimer⁹⁷.

On estime que 30 % des aînés font au moins une chute chaque année

Au Québec, 30 % des aînés font au moins une chute chaque année⁹⁸ et la moitié d'entre eux tombent plus d'une fois⁹⁹. Bien que la plupart des chutes n'occasionnent pas de blessures graves, elles constituent tout de même un facteur important de la perte d'autonomie des aînés en raison de leurs conséquences aux plans fonctionnel et psychologique :

peur de retomber, perte de confiance en ses capacités, restriction volontaire des activités, diminution des capacités physiques et réduction de l'autonomie¹⁰⁰. À cette cascade de conséquences négatives s'ajoute le risque accru d'isolement social, de dépression et, à plus long terme, d'hébergement institutionnel¹⁰¹.

Les personnes âgées de la région hospitalisées en raison d'une chute monopolisent près de 4 % de tous les lits de courte durée occupés

En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, les chutes sont la cause d'environ 260 hospitalisations chaque année chez les personnes de 65 ans et plus (175 chez les femmes et près de 85 chez les hommes). Les aînés hospitalisés en raison d'une chute restent en moyenne seize jours à l'hôpital et monopolisent de ce fait près de 4 % de tous les lits de courte durée occupés. Finalement, les chutes ont été la cause de quinze décès chez les aînés de la région entre 2000 et 2003 (six chez les femmes et neuf chez les hommes).

Voici finalement quelques informations sur les décès associés aux quatre grandes maladies chroniques que sont les maladies circulatoires, les cancers, les maladies respiratoires (à l'exception de la grippe et des pneumonies) et le diabète, ainsi que sur l'incidence du cancer.

Après 65 ans, les maladies chroniques font trois décès sur quatre en Gaspésie et aux Îles

Sur les quelque 670 décès qui surviennent chaque année chez les personnes de 65 ans et plus de la région, 76 % sont attribuables à l'une des quatre maladies chroniques retenues ici. Plus précisément, entre 1999 et 2003, 225 aînés sont décédés en

moyenne chaque année d'une maladie circulaire (34 % des décès) dont 43 d'un accident vasculaire cérébral, 209 d'un cancer (31 %), 47 d'une maladie respiratoire (7 %) et 25 du diabète (4 %).

Chaque année, 335 aînés dans la région apprennent qu'ils sont atteints d'un cancer

Finalement, en 1998-2002, une moyenne de 335 nouveaux cas de cancer sont détectés annuellement chez les personnes de 65 ans et plus de la

Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (138 chez les femmes et 197 chez les hommes).

En somme

Ce bref portrait montre somme toute un état de santé relativement positif des aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. En effet, une forte majorité des aînés se considèrent en bonne santé et après 65 ans, les gens peuvent s'attendre à vivre encore plusieurs années en santé. Également, des gains non négligeables ont été obtenus au cours des dernières années relativement à l'espérance de vie à partir de 65 ans, ainsi qu'à la mortalité cardiovasculaire et à l'usage du tabac dans ce groupe. Les aînés de la Gaspésie et des Îles ont aussi en général de meilleures habitudes de vie que les groupes plus jeunes : ils sont moins nombreux à fumer et plus nombreux par ailleurs à manger la portion quotidienne recommandée de fruits et légumes. Cela dit, il reste que des améliorations en cette matière sont encore possibles puisque plusieurs aînés ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes, sont sédentaires ou présentent un excès de poids. Ainsi, les aînés pourraient encore profiter des bienfaits de l'adoption et du maintien de saines habitudes de vie.

Au chapitre des conditions de vie, les aînés d'aujourd'hui sont un peu plus instruits qu'auparavant et moins nombreux à dépendre des transferts gouvernementaux. Malgré cela, la situation socioéconomique de plusieurs d'entre eux demeure précaire et nettement défavorable comparativement à celle des aînés du Québec. Par contre, les aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine vivent moins souvent seuls et ont en général un niveau de soutien social plus élevé que

leurs homologues provinciaux. Néanmoins, ces derniers résultats positifs ne doivent pas nous faire oublier que l'avancement en âge est associé à une perte graduelle de soutien social et à une probabilité plus grande de vivre seul, particulièrement pour les femmes, avec les conséquences que cela peut avoir sur la santé, l'autonomie et la capacité à vivre chez soi.

Par ailleurs, si les aînés peuvent s'attendre à vivre en santé jusqu'à un âge relativement avancé, on ne peut occulter le déclin physique qui accompagne inévitablement le passage du temps, déclin davantage marqué après 75 ans. En effet, alors que 27 % des personnes de 65 à 74 ans déclarent avoir une incapacité, cette proportion s'élève à 50 % chez celles de 75 ans et plus. Plusieurs problèmes qui menacent l'autonomie des aînés sont aussi plus fréquents après 75 ans. On pense ici tout particulièrement à l'arthrite et au rhumatisme, aux maladies cardiaques, aux cataractes, et à la maladie d'Alzheimer et aux affections connexes.

Pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, ces derniers constats sont importants car les changements démographiques des dernières décennies ont fait en sorte que notre région compte actuellement une proportion de personnes de 75 ans et plus de 30 % supérieure à celle du Québec. Et selon les projections démographiques, le nombre de personnes de 75 ans et plus devrait augmenter de 5 800 personnes d'ici vingt ans. Il est difficile de prédire les conséquences

qu'aura un tel changement démographique sur le système de soins de notre région, mais assurément que le défi que nous devons relever au cours des prochaines années sera tout aussi grand, sinon plus, que celui qui attend l'ensemble de la société québécoise :

« Le défi pour la société québécoise face au boom démographique des aînés consiste donc à ce que les aspects positifs liés à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être limitent le plus possible les effets négatifs résultant d'une demande plus forte en soins de santé et en régimes de pension.¹⁰² »

Il faut donc plus que jamais poursuivre et même intensifier nos efforts de promotion de la santé et de prévention auprès de l'ensemble de la population gaspésienne et madelinienne, y compris auprès des aînés. Car selon nous, être actif et impliqué dans la société, sentir qu'on y a une place, continuer son développement personnel à travers diverses réalisations, avoir confiance en soi, se sentir bien dans sa peau, adopter de saines habitudes de vie et des comportements favorables à la santé, sont autant d'aspects qui contribuent à la santé et dont tous les groupes de la population sont en droit de jouir.

La santé des aînés dans les territoires locaux

Figure 61 Proportion (en %) des personnes de 75 ans et plus parmi l'ensemble de la population, RLS, Région et Québec, 2006

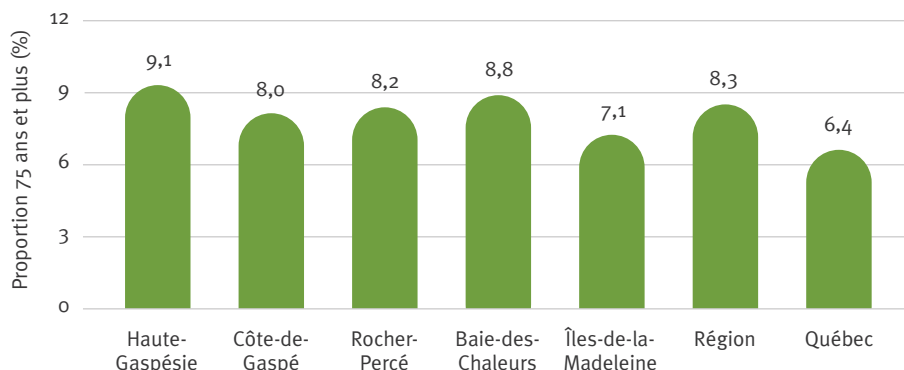
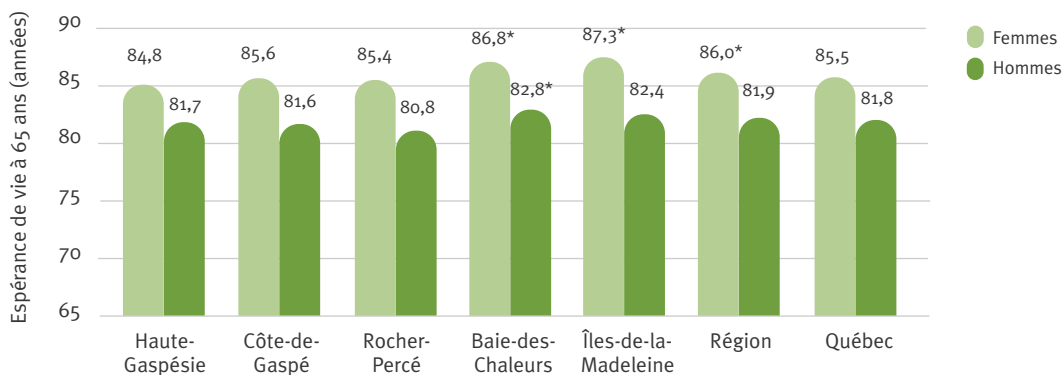
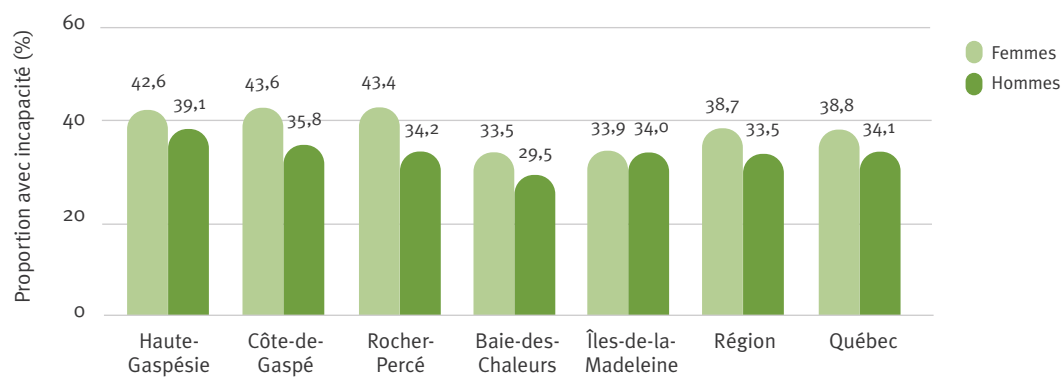


Figure 62 Espérance de vie à 65 ans (en années) selon le sexe, RLS, Région et Québec, 2001-2003¹



* Espérance de vie de ce territoire significativement différente de celle du Québec au seuil de 0,05.

Figure 63 Proportion (en %) des personnes de 65 ans et plus souffrant d'incapacité, selon le sexe, RLS, Région et Québec, 2001



Conclusion

La réalisation de ce document avait pour objectif de dresser le portrait le plus complet possible de la santé et du bien-être de la population gaspésienne et madelinienne en examinant l'ampleur et l'évolution des principaux problèmes de santé, en comparant la situation actuelle avec celle du Québec et en identifiant les groupes les plus vulnérables ainsi que les facteurs à l'origine des problèmes. Les données présentées dans ce document seront d'autant plus riches que leurs utilisateurs les mettront en perspective avec les connaissances qu'ils ont par ailleurs de leur communauté et s'en serviront comme un outil de réflexion sur les questions de santé qui les préoccupent.

Ce portrait de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine a d'abord mis en évidence des gains considérables au cours des dernières décennies relativement à l'espérance de vie et à la mortalité infantile, au niveau de scolarité de la population, au taux de fécondité chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, au tabagisme et à la mortalité par maladies circulatoires et par accidents de transport. De plus, les femmes et les hommes de la Gaspésie et des Îles peuvent espérer vivre aussi longtemps que les Québécoises et Québécois. D'ailleurs, les Gaspésiennes et Madeliniennes ne meurent pas davantage de cancers, de maladies circulatoires, de maladies respiratoires et de diabète que les Québécoises. Si de leur côté les hommes de la région décèdent davantage de cancers que leurs homologues provinciaux, notamment de cancers pulmonaires et gastriques, cette surmortalité est entièrement contrebalancée par le fait qu'ils ne meurent pas plus par ailleurs de maladies respiratoires et de diabète et qu'ils décèdent même moins de maladies circulatoires.

Toutefois, plusieurs problèmes menacent encore la santé et le bien-être de la population, qu'on pense à la prématurité et au taux de jeunes de moins de 18 ans pris en charge par les services sociaux en raison de la maltraitance dont ils sont victimes, deux indicateurs qui sont en hausse. On ne saurait non plus passer outre le nombre encore important de jeunes mères peu scolarisées et qui sont seules à élever leurs enfants, les jeunes de la région qui entrent au secondaire avec un retard de cheminement scolaire, les crimes commis en contexte conjugal envers les femmes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ainsi que les infractions sexuelles envers les jeunes filles de moins de 18 ans de la région. Également, bien que la majorité de la population gaspésienne et madelinienne considère sa santé mentale très bonne ou même excellente, le haut taux de suicide des hommes de l'ensemble de la région en 1999-2003 demeure une préoccupation. En somme, ces quelques constats traduisent l'importance de continuer à se soucier des problèmes de développement et d'adaptation sociale des enfants mais aussi de ceux des adultes, et à investir les efforts nécessaires à leur prévention.

La réalisation de ce portrait de santé a aussi permis de mettre en évidence une surmortalité par accidents de transport en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, particulièrement chez les hommes, dont une bonne part est attribuable aux véhicules hors route. Également, bien qu'on ne puisse être catégorique quant à la responsabilité de l'alcool dans ces décès, il reste qu'un minimum de quatre décès de conducteurs ayant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise surviennent en moyenne chaque année dans la région.

Par ailleurs, certains problèmes mériteront très certainement une attention nouvelle au cours des prochaines années, et ce, en Gaspésie et aux Îles comme partout au Québec. Nous pensons ici plus particulièrement à l'obésité qui a connu une hausse générale au Québec ces dernières années et à la pandémie d'influenza pour



laquelle notre système de santé et de services sociaux s’investit déjà pour y faire face et atténuer éventuellement ses conséquences.

Cela dit, deux réalités frappent fortement la région depuis plusieurs années, à savoir la décroissance importante de la population ainsi que son vieillissement. La Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine est d’ailleurs la région du Québec qui connaît le vieillissement le plus rapide de sa population. Ce phénomène démographique aura bien sûr pour conséquence d’augmenter au cours des prochaines années l’ampleur de certains problèmes de santé, dont les maladies chroniques, les chutes et la maladie d’Alzheimer, avec les pressions supplémentaires que cela ne manquera pas d’exercer et exerce même déjà, sur notre système de soins. Le vieillissement de la population constitue donc un défi de taille pour notre région auquel nous devons faire face.

Par contre, le vieillissement de la population est loin d’être l’unique facteur à l’origine des problèmes de santé qui confrontent notre population et ne devrait donc pas nous faire perdre de vue tous les autres facteurs qui influencent la santé et que nous pouvons modifier. L’adoption de saines habitudes de vie, de politiques publiques favorables à la santé, le développement économique, l’amélioration de l’accès aux services de santé, à l’éducation, aux logements et aux services de garde pour les plus démunis et l’amélioration de la qualité des environnements où ils vivent, pour ne nommer que ceux-là, sont reconnus comme des facteurs d’influence plus importants encore que le vieillissement et sur lesquels, par surcroît, nous avons le pouvoir d’agir.

La santé est une richesse et une responsabilité collectives et individuelles. Son amélioration passe donc nécessairement par des efforts à la fois collectifs et individuels et par la volonté et la capacité que nous aurons à faire converger nos actions dans le sens de la prévention, c’est-à-dire en agissant de façon efficace sur les déterminants de la santé que sont les services de santé et les services sociaux, les habitudes de vie, les conditions de vie et l’environnement physique.

Notes méthodologiques

Les sources de données

Nous présentons dans le tableau suivant la liste des indicateurs que nous avons abordés à l'intérieur de ce portrait de santé et pour chacun d'eux, nous indiquons par des nombres la ou les sources de données utilisées pour les documenter. La liste complète des sources de données suit immédiatement après le tableau.

Parties du document et indicateurs traités	Sources de données
La démographie, la situation socioéconomique	
Chiffres de population et projections démographiques	1
Naissances	2
Scolarité de la population	6
Taux d'emploi	6, 7
Prestataires de l'assistance-emploi	26
Prestataires du Supplément de revenu garanti	14
Revenu personnel	7
L'état de santé globale de la population	
Espérance de vie	1, 3
Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé	14
Mortalité infantile	2, 3
Perception de l'état de santé	12
Principaux problèmes de santé déclarés	12
Les problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes	
Types de famille	6
Âge et scolarité des mères	2
Prématurité et insuffisance de poids	2
Allaitement maternel	15
Santé dentaire des enfants de maternelle	16
Effectifs scolaires et retards scolaires	17
Taux de grossesse précoce	27
Taux de fécondité chez les 15-19 ans	1, 2
Maltraitance et troubles de comportement :	
• Données régionales	18
• Données provinciales	19
Infractions sexuelles	20
Criminalité	21
Jeunes contrevenants	22

Parties du document et indicateurs traités**Sources de données****La violence, les troubles mentaux et le suicide**

Violence conjugale	23
Agressions sexuelles	20
Troubles mentaux	3, 4
Perception de sa santé mentale	12
Suicide	3

Les maladies chroniques et leurs déterminants

Décès	3
Hospitalisations	4
Incidence du cancer	5
Mammographie	24
Prévalence du diabète	25
Tabagisme	8, 9, 10, 12
Activité physique	12
Consommation de fruits et légumes	12
Insécurité alimentaire	12
Obésité et embonpoint	8, 9, 10, 11, 12
Pollution atmosphérique	14
Exposition à la fumée secondaire	12

Les blessures accidentelles

Décès	3
Hospitalisations	4
Conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise	14
Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies	14
Consommation élevée d'alcool	14
Port de la ceinture de sécurité la nuit	14

Les maladies infectieuses

Déclarations des maladies infectieuses	13
--	----

La santé des aînés

Chiffres de population et perspectives démographiques	1
Types de ménage	6
Situation de vie	6
Scolarité	6
Prestataires du Supplément de revenu garanti	14
Soutien social	11
Sentiment d'appartenance à la communauté	12
Tabagisme	8, 9, 10, 12
Activité physique	12

Parties du document et indicateurs traités**Sources de données****La santé des aînés (suite)**

Consommation de fruits et légumes	12
Obésité et embonpoint	12
Consommation de médicaments	12
Espérance de vie à 65 ans	1, 3
Espérance de vie à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé	14
Perception de l'état de santé	12
Incapacités	6, 14
Problèmes de santé déclarés	12
Hospitalisations associées aux chutes	4
Décès associés aux chutes et aux maladies chroniques	3
Incidence du cancer	5

- 1- Estimations et projections de population diffusées par le service de développement du MSSS en février 2005.
- 2- Fichier des naissances vivantes, MSSS.
- 3- Fichier des décès, MSSS.
- 4- Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS.
- 5- Fichier des tumeurs, MSSS.
- 6- Recensements de Statistique Canada.
- 7- Institut de la statistique du Québec.
- 8- Enquête Santé Québec 1987, Institut de la statistique du Québec.
- 9- Enquête sociale et de santé 1992-1993, Institut de la statistique du Québec.
- 10- Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec.
- 11- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada.
- 12- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003, Statistique Canada.
- 13- Fichier des maladies à déclaration obligatoire, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- 14- Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, Institut national de santé publique du Québec.
- 15- Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006, Institut de la statistique du Québec.
- 16- Programme public régional de services dentaires préventifs. Bilan de l'année scolaire 2004-2005 réalisé par Sylvie Gagnon, dentiste-conseil à la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- 17- Portrait statistique de l'éducation 2005. Région administrative de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- 18- Nombre de prises en charge compilé à l'automne 2006 par Michel Laflamme, analyste responsable de l'informatique, Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles.
- 19- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse 2006, Association des centres jeunesse du Québec.
- 20- Statistiques 2003 et 2004 sur les agressions sexuelles au Québec, Ministère de la Sécurité publique.
- 21- Statistiques 2002, 2003 et 2004 sur la criminalité au Québec, Ministère de la Sécurité publique.
- 22- Nombre de suivis compilé par Chantal Cloutier et Michel Laflamme, Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles.
- 23- Statistiques 2003, 2004 et 2005 sur la criminalité commise en contexte conjugal au Québec, Ministère de la Sécurité publique.
- 24- Compilation effectuée par Wilber Deck, médecin-conseil à la Direction de santé publique de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine à compter des données du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
- 25- Description des données de prévalence du diabète par territoire de CLSC, Institut national de santé publique du Québec, 2004.
- 26- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- 27- Institut national de santé publique du Québec.

L'analyse des données

Voici finalement les analyses que nous avons effectuées pour comparer les résultats locaux et régional avec les résultats provinciaux.

Comparaison du taux standardisé de la population étudiée (Taux région) avec le taux standardisé de la population du Québec (Taux Québec)

On calcule d'abord la valeur Z selon la formule suivante :

$$Z = \frac{\ln(\text{Taux région}) - \ln(\text{Taux Québec})}{\sqrt{\text{variance}(\ln(\text{RTS}))}} \quad \text{où RTS} = \frac{(\text{Taux région})}{(\text{Taux Québec})}$$

La valeur Z ainsi centrée réduite (sous l'hypothèse d'égalité des taux) est comparée à la distribution normale (0,1). Au seuil de 5 %, on conclut à une différence significative entre Taux région et Taux Québec lorsque la valeur absolue de Z est plus grande que 1,96.

Comparaison de l'espérance de vie de la population étudiée (E région) avec l'espérance de vie de la population du Québec (E Québec)

On calcule la valeur Z selon la formule suivante :

$$Z = \frac{E \text{ région} - E \text{ Québec}}{\sqrt{\text{variance}(E \text{ région}) + \text{variance}(E \text{ Québec})}}$$

Au seuil de 5 %, on conclut à une différence significative entre E région et E Québec lorsque la valeur absolue de Z est plus grande que 1,96.

Comparaison de proportions

Nous avons utilisé le test du Khi carré sauf dans le cas de données provenant des enquêtes ESCC de Statistique Canada. Pour ces dernières, une procédure prédéfinie par l'Institut de la statistique du Québec fut utilisée¹⁰³. Dans tous les cas, nous avons fixé le seuil à 5 %.

Références bibliographiques

- 1 SAUVY, A. *Conjoncture et prévision économiques*, Collection « Que sais-je? », no 112, (1^{re} édition : 1943), Paris, PUF, 1977, p. 27.
- 2 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. Chapitre S-4.2, dernière mise à jour juillet 2006.
- 3 CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES. *Deux Québec dans un. Rapport sur le développement social et démographique*, gouvernement du Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1989, 124 p.
- 4 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Direction du programme de santé publique, 2005, 120 p.
- 5 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, gouvernement du Québec, avril 2002, 50 p.
- 6 RAPHAEL, 2004, tiré de MSSS, 2005. *Op. cit.*
- 7 COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ. *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 52 p.
- 8 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2002. *Op. cit.*
- 9 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 10 LÉGARÉ et autres, 2000, tiré de Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, octobre 2006, 131 pages.
- 11 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, octobre 2006, 659 pages.
- 12 GROUPE DE TRAVAIL POUR LES JEUNES. *Un Québec fou de ses enfants*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 1991, 179 p.
- 13 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, 2003, 133 p.
- 14 BOYER et autres, 2001, tiré de Lefebvre, *Un portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 23 p.
- 15 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices*, septembre 2001, 75 p.
- 16 LUCAS et autres, 1997, tiré de MSSS, septembre 2001. *Op. cit.*
- 17 LEFEBVRE, 2004, JOSEPH, et autres, 2001, tirés de MSSS, 2005. *Op. cit.*
- 18 HAIEK, NEILL, PLANTE et BEAUVAIS. *L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales*, Zoom santé, santé et bien-être, Institut de la statistique du Québec, octobre 2006, 4 p.
- 19 HAIEK, NEILL, PLANTE et BEAUVAIS, octobre 2006. *Op. cit.*

- 20 DUBOIS et GIRARD, 2002, tiré de Haiek, Neill, Plante et Beauvais, 2006. *Op. cit.*
- 21 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Portrait statistique de l'éducation 2005. Région administrative de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, gouvernement du Québec, 2005.
- 22 GROUPE DE TRAVAIL POUR LES JEUNES, 1991. *Op. cit.*
- 23 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, 2005. *Op. cit.*
- 24 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 25 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, 1995, p. 23.
- 26 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1995. *Op. cit.*
- 27 MOTARD, L. *Violence conjugale, Statistiques 2003*, ministère de la Sécurité publique, Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité, 2005, 76 p.
- 28 STATISTIQUE CANADA, 2005, tiré de Motard, Louise. *La criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec, Statistiques 2004*, ministère de la Sécurité publique, janvier 2006, 27 p.
- 29 MOTARD, L, janvier 2006. *Op. cit.*
- 30 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, p. 52. *Op. cit.*
- 31 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Classification internationale des maladies. Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, neuvième révision, volume 1, Genève, 1977.
- 32 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 33 *Ibid.*
- 34 BOUCHARD et BOISVERT. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, 1999, 27 p.
- 35 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 36 *Ibid.*
- 37 Données compilées par Wilber Deck, médecin-conseil à la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, octobre 2006.
- 38 ÉMOND. *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*, Institut national de santé publique du Québec, 2002, p. 2.
- 39 *Ibid.*
- 40 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 41 ÉMOND, 2002. *Op. cit.*
- 42 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Prévalence du diabète par territoire de CLSC*, décembre 2004, p. 2.
- 43 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 44 MAXCY-ROSENAU-LAST. *Public Health and Preventive Medicine*, 13th ed. 1992, Appleton & Lange, East Norwalk, Connecticut, USA.
- 45 SANTÉ CANADA. *Dormir avec un tueur : les effets du tabagisme sur la santé humaine*, site Web mis à jour en 2005, consulté le 27 octobre 2006.
- 46 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 47 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour notre progrès vers un avenir sans tabac. Développement de la législation québécoise contre le tabagisme*, Document de consultation, 2005, 38 pages, tiré de MSSS, 2005. *Op. cit.*
- 48 KUSHI et FORESTER, 1998, tiré de MSSS, 2003. *Op. cit.*
- 49 CÔTÉ, J. *Dis-moi quel usage fais-tu de l'alcool et des drogues? Étude sur les usages des psychotropes par les élèves du secondaire en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2002, 164 p.
- 50 SHEPARD et FUTCHER. *Physical activity and cancer : how may protection be maximized?* Crit Rev Oncog, 1997, 8(2-3), p. 219-272, tiré de Dubé, Parent et Deck. La situation du cancer aux Îles-de-la-Madeleine, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2005, 41 p.
- 51 BERLIN et COLDITZ, 1990, tiré de Bouchard et Boisvert, 1999. *Op. cit.*

- 52 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996, tiré de Bouchard et Boisvert, 1999. *Op. cit.*
- 53 NOLIN et HAMEL. *Les Québécois bougent plus mais pas encore assez*, dans : M. Venne et A. Robitaille (sous la direction de), l'Annuaire du Québec 2006, Montréal, Fides, 2005, p. 296 à 311.
- 54 *Ibid.*
- 55 WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 1997, tiré de Dubé, Parent et coll. *Le cancer du poumon dans la Baie-des-Chaleurs*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2006, 20 p.
- 56 DUBÉ, PARENT et DECK, 2005. *Op. cit.*
- 57 MONGEAU et autres. Lettre ouverte écrite dans la Presse du 19 mars 2001, consultée le 24 août 2006 sur le site Web de l'Association pour la santé publique du Québec au <http://aspq.org>
- 58 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 59 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003. *Op. cit.*
- 60 FONDATION DES MALADIES DU COEUR, 2006, site Web visité le 25 octobre 2006.
- 61 PULH et BROWNELL, 2001, tiré de Mongeau, Audet, Aubin et Baraldi. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2005, 24 p.
- 62 INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE, 2005, tiré de Mongeau, Audet, Aubin et Baraldi, 2005. *Op. cit.*
- 63 *Ibid.*
- 64 WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000, tiré de Mongeau, Audet, Aubin et Baraldi, 2005. *Op. cit.*
- 65 ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Site Web révisé en 2005, consulté le 24 août 2006 au <http://aspq.org>
- 66 MONGEAU, AUDET, AUBIN et BARALDI, 2005. *Op. cit.*
- 67 MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT DE L'ONTARIO, 2005, tiré de Dubé, Parent et coll., 2006. *Op. cit.*
- 68 LAJOIE, P. *Qualité de l'air intérieur des bâtiments publics et des résidences : une perspective de santé publique*, dans Environnement et santé. Air intérieur et eau potable, sous la direction de Pierre Lajoie et Patrick Levallois, Les Presses de l'Université Laval, 1995, p. 3 à 9.
- 69 CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY, 2005, tiré de Service de lutte contre le tabagisme. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010. Le Québec respire mieux*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 53 p.
- 70 INSERM, date inconnue, tiré de Sénat, 1997.
- 71 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Démarche préventive concernant les flocages d'amiante dans les écoles primaires et secondaires du Québec*, Bilan commun, 1999.
- 72 KOH et autres, 1995, tiré de MSSS, 2005. *Op. cit.*
- 73 Cancer, Causes and Control, 1996, tiré de COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons une équipe : Programme québécois de lutte contre le cancer*, MSSS, gouvernement du Québec, octobre 1997.
- 74 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir*, rédigé par un collectif d'auteurs sous la direction de Ginette Beaulne, Les Publications du Québec, 1991, 372 p.
- 75 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 76 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, octobre 2006, 131 p.
- 77 *Ibid.*
- 78 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine*, 2004, 156 p.
- 79 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 80 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Rapport annuel 2004 des maladies à déclaration obligatoire Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*. Diffusion-Protection : bulletin d'information en maladies infectieuses et en santé environnementale, édition spéciale, avril 2005, 8 p.

- 81 *Ibid.*
- 82 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 83 *Ibid.*
- 84 CANADIAN ASSOCIATION FOR STUDY OF THE LIVER, 2000, tiré de ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003. *Op. cit.*
- 85 SCHABAS, 1998, tiré de ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003. *Op. cit.*
- 86 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 87 DE WALS. *Évaluation du coût et des avantages potentiels d'une campagne d'immunisation contre le méningocoque de sérotype C au Québec*, Sherbrooke, Institut national de santé publique du Québec, 2001, tiré de ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003. *Op. cit.*
- 88 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003. *Op. cit.*
- 89 CHAMPAGNE, LADOUCEUR, DE RAVINEL et autres. *La vieillesse : voie d'évitement... ou voie d'avenir? Le vieillissement et la santé mentale*, Le Comité de la santé mentale du Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1992, 138 p.
- 90 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un défi de solidarité, les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, gouvernement du Québec, 2005, 51 p.
- 91 SERVICES CANADA. *Pension de la sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti, Allocation. Tableaux des taux en vigueur octobre-décembre 2006*, ISPB-119-10-06, gouvernement du Canada.
- 92 PAPILLON et autres, 2000, Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999a, tirés de Institut national de santé publique du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec, 2006. *Op. cit.*
- 93 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, 2006. *Op. cit.*
- 94 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Op. cit.*
- 95 CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP, 1994, tiré de Dubé. *Être proche en dépit de cette maladie qui les éloigne. Étude sur les aidants pour les personnes atteintes de démence*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, rapport de recherche, version abrégée, mai 2002, 47 p.
- 96 CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP, 1994, tiré de Dubé, 2002. *Op. cit.*
- 97 GAUTHIER, 2000, tiré de Dubé, 2002. *Op. cit.*
- 98 O'LOUGHLIN et autres. 1993, tiré de Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, Cadre de référence, Direction générale de la santé publique, novembre 2004, 61 p.
- 99 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, novembre 2004. *Op. cit.*
- 100 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003, 2004, Francoeur et Bourbonnais, 2002, Santé Canada, 2002, Trickey, 2003, tous tirés de Lemieux. *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. État de situation pour la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, avril 2005, 107 p.
- 101 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003. *Op. cit.*
- 102 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, 2006. *Op. cit.*
- 103 CÔTÉ et COURTEMANCHE. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003. Analyses régionales et provinciales. Aspects statistiques*, Document de référence pour les analyses régionales ou provinciales, Institut de la statistique du Québec, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, juin 2005.



*Agence de la santé et
des services sociaux
de la Gaspésie-
Îles-de-la-Madeleine*

Québec 