



ÉTAT DE SITUATION SUR LA SANTÉ DES MONTRÉALAIS ET SES DÉTERMINANTS - 2014





ÉTAT DE SITUATION SUR LA SANTÉ DES MONTRÉALAIS ET SES DÉTERMINANTS - 2014



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants - 2014
est une production de la direction de santé publique de l’Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

1301, Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400
dsp.santemontreal.qc.ca

Coordination
Emmanuelle St-Arnaud-Trempe
Éric Litvak
Carl Drouin

Rédaction
Fannie Defay
Vicky Springmann
Marie-Pierre Markon
Emmanuelle St-Arnaud-Trempe

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à cette production (expertise-conseil, production de données, validation, relecture, liaison) :

Coordination Tout-petits et Jeunes
Jean-François Biron
Danielle Blanchard
Martine Comeau
Danièle Dorval
Laurie Fradette
Danielle Guay
Sylvie Lavoie
Jenny Ingrid Lebounga-Vouma
Marie-José Legault
Cat Tuong Nguyen
Carole Poulin
Nathalie Ratté
Hélène Riberdy
Francine Trickey
Ginette Veilleux

Coordination Environnement urbain et santé
Monique Beausoleil
Julie Brodeur
Louis Drouin
Francine Hubert
David Kaiser
Norman King
Luc Lefèbvre
Caroline Marier
Patrick Morency

Anne Pelletier
Stéphane Perron
Karine Price
Maxime Roy

Coordination Vigie et protection
Alix Adrien
Lucie Bédard
Geneviève Boily
Joseph Cox
Doris Deshaies
Manon Dugas
Chloé Healy
Alexandra Kosowski
Gilles Lambert
Maryse Lapierre
Jérôme Latreille
Pascale Leclerc
Paul LeGuerrier
Monique Letellier
Sarah-Amélie Mercure
Carole Morissette
Renée Paré
Pierre Pilon
Paul Rivest

Coordination Santé au travail
Nathalie Bourdeau
Suzanne Brisson

France Labrèche (IRSST)
Pierre Phénix
Pierre Séguin
Ghislaine Tougas
Daniel Vergara

Coordination Services préventifs en milieu clinique
André Gervais
Andrée Gilbert
Marie Jacques
Viviane Leane
Valérie Lemieux
Johanne Lessard
Léo-Roch Poirier
Lynda Thibeault

Coordination Surveillance de l’état de santé à Montréal
Serge Chevalier
Maude Couture
France Goyette
Jean Gratton
James Massie

Direction adjointe
Angèle Bilodeau
Marie-Martine Fortier
Élisabeth Rivest

Ce document est disponible en ligne sur l’Espace montréalais d’information sur la santé (EMIS) du site Web de l’Agence : emis.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014

ISBN 978-2-89673-445-0 (version électronique)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

MOT DU DIRECTEUR

Afin de planifier des actions en santé publique bien adaptées à la réalité des Montréalais, il importe avant toute chose de bien comprendre les besoins de la population. Une démarche rigoureuse de planification en santé repose donc avant tout sur l'interprétation de l'ensemble des données sociosanitaires dont nous disposons et est enrichie par la perspective de différents groupes œuvrant auprès de la population.

L'État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants constitue une solide base d'information sociosanitaire qui servira à soutenir notre planification en santé publique à Montréal. Il traite de l'ensemble des problèmes de santé évitables et des déterminants qui les influencent. Colligées de manière synthétique et uniforme, les informations les plus pertinentes sont rassemblées dans ce document, offrant un outil simple, riche et surtout utile pour établir des priorités en lien avec les besoins de santé des Montréalais ainsi que les possibilités de prévention qui en découlent.

La production de ce document est une des premières étapes de la démarche d'élaboration du prochain plan d'action régional (PAR) en santé publique. Il servira comme intrant à un processus visant à faire des choix optimaux pour continuer à réaliser notre mission : améliorer la santé et le bien-être de tous les Montréalais tout en réduisant les inégalités de santé entre les divers groupes de la population.

Bonne lecture!

Le directeur de santé publique

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Massé', written in a cursive style.

Richard Massé

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Démarche	1
Sélection des thématiques	1
Modèle de fiches	1
Glossaire	2
Correspondance états de santé – déterminants	3
Fiches thématiques	5
Mise en contexte	
Démographie	6
Conditions sociales, culturelles et économiques	7
Aperçu de l'état de santé global	8
Couverture populationnelle de la première ligne	9
État de santé	
Développement des enfants et des jeunes	
Santé des nouveau-nés	10
Développement global des tout-petits	11
Problèmes de santé mentale (tout-petits et jeunes)	12
Grossesses à l'adolescence	13
Décrochage scolaire	14
Surplus de poids (tout-petits et jeunes)	15
Maladies cardiométaboliques	
Diabète	16
Maladies cardiovasculaires	17
Dyslipidémie	18
Hypertension	19
Surplus de poids (adultes)	20
Autres maladies chroniques	
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	21
Rhinite allergique et asthme	22
Maladies chroniques du foie	23
Problèmes de santé mentale (adultes)	24
Maladies neurodégénératives	25
Santé buccodentaire	26
Ostéoporose	27
Cancers	
Cancer du poumon	28
Cancer du sein	29
Cancer colorectal	30
Cancer du col de l'utérus	31
Cancers de la peau	32
Maladies infectieuses	
ITSS : Chlamydia et Gonorrhée	33
ITSS : VIH-VHC-Syphilis-LGV	34
Maladies entériques	35
Maladies évitables par la vaccination (MEV)	36
Infections nosocomiales	37
Tuberculose	38
MRSI et MSET	39

Infections invasives à streptocoque du groupe A et légionellose	40
Zoonoses et maladies à transmission vectorielle	41
Traumas, intoxications et autres problèmes aigus	
Traumatismes non intentionnels	42
Traumatismes intentionnels	43
Surdoses de drogues	44
Problèmes de santé liés à la chaleur et à la qualité de l'air	45
Maladies professionnelles	
Troubles musculo-squelettiques (TMS)	46
Maladies liées à l'amiante	47
Pneumoconioses (silicose, beryllose)	48
Cancers liés aux expositions professionnelles	49
Intoxications d'origine professionnelle et environnementale	50
Surdité	51
Déterminants	
Habitudes de vie et comportements	
Activité physique et sédentarité (adultes)	52
Activité physique et sédentarité (tout-petits jeunes)	53
Habitudes alimentaires (adultes)	54
Habitudes alimentaires (tout-petits et jeunes)	55
Comportements sexuels des jeunes	56
Comportements sexuels chez les populations vulnérables	57
Allaitement maternel	58
Manque de sommeil	59
Habitudes buccodentaires	60
Comportements protecteurs	61
Comportements à risque de dépendance	
Consommation d'alcool, drogues ou jeu (adultes)	62
Consommation d'alcool, drogues ou jeu (jeunes)	63
Comportements de consommation de drogues chez les UDI	64
Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement	65
Tabagisme chez les jeunes	66
Facteurs psycho-sociaux	
Violence : parentale / entre jeunes partenaires amoureux	67
Violence interpersonnelle à l'école et dans la communauté (jeunes)	68
Compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes	69
Conciliation travail-études	70
Milieux de vie	
Milieu familial	71
Milieu de garde	72
Milieu scolaire	73
Accessibilité au logement abordable	74
Ressources communautaires	75
Environnement physique	
Salubrité des logements et des bâtiments	76
Système de transport et aménagement urbain	77
Exposition aux sols contaminés, au radon et aux autres sources environnementales	78
Eau potable et eaux récréatives	79
Qualité de l'air extérieur	80
Îlots de chaleur	81
Bruit communautaire	82
Environnement de travail	
Exposition à des facteurs de risque de TMS	83
Exposition à l'amiante	84
Exposition à la silice cristalline et au béryllium	85
Exposition aux substances sensibilisantes	86

Exposition à des cancérogènes	87
Exposition aux risques biologiques	88
Surexposition aux agents chimiques causant une intoxication	89
Exposition au bruit en milieu de travail	90
Exposition à des facteurs de risque psychosociaux au travail	91
Système de soins	
Couverture populationnelle des PCP en prévention et gestion des maladies chroniques	92
Couverture populationnelle du dépistage du cancer	93
Accessibilité au dépistage des ITSS	94
Couverture vaccinale (CV)	95
Couverture populationnelle des soins dentaires	96
Couverture populationnelle des services préventifs en périnatalité et petite enfance (0-5ans)	97
Services préventifs spécifiques pour les jeunes	98
Services préventifs en santé mentale	99
Organisation de la PCI en établissement	100
Prise en charge des cas et contacts	101
Glossaire	102

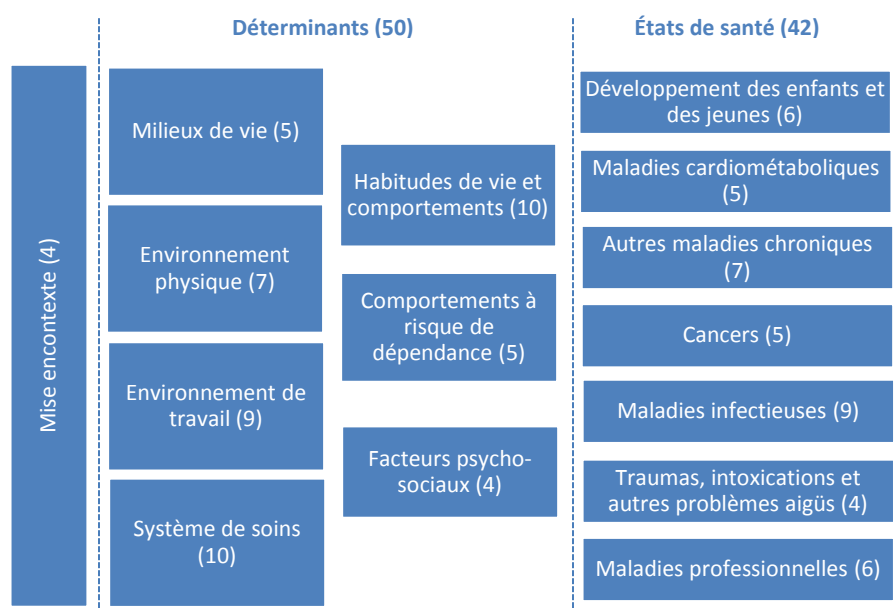
INTRODUCTION

Le présent état de situation collige sous une forme synthétique les données sociosanitaires essentielles pour alimenter la prise de décision concernant les objets prioritaires de santé publique et l'équilibre dans l'utilisation des ressources. Chacun des objets abordés est décrit selon un modèle uniforme qui en caractérise l'ampleur, les tendances temporelles ainsi que les disparités sociales et économiques, à partir d'une sélection des données statistiques les plus pertinentes et évocatrices. L'ensemble des fiches produites, en plus de dresser un portrait global de la santé des Montréalais, constitue le principal intrant pour une première phase de priorisation devant mener à la planification des interventions de santé publique pour les prochaines années.

Démarche

Sélection des thématiques

Les thématiques traitées dans cet état de situation ont été sélectionnées suite à une réflexion alimentée à la fois par la recherche de modèles existants dans la littérature et par la consultation de plusieurs professionnels en santé publique. Le principe de départ était d'inclure tous les états de santé évitables, qu'ils fassent ou non l'objet de programmes existants, ainsi que tous les facteurs en amont qui influencent directement ces états, que nous appelons déterminants. Une liste de 96 objets (42 états de santé, 50 déterminants et 4 éléments de contexte) a ainsi été retenue. Le schéma suivant illustre la répartition des thématiques.



Modèle de fiches

Afin de présenter l'information pour chacune des thématiques de façon uniforme, un modèle standardisé de fiche a été développé. Les fiches *État de santé* et *Déterminant* présentent sensiblement les mêmes informations. D'abord, une description de la thématique permet de situer le lecteur d'entrée de jeu. Est ensuite présentée une liste des **fiches associées**, qui permet d'établir rapidement les liens existants entre les déterminants et les états de santé. Dans le corps de la fiche, on retrouve trois sections :

- **État de situation à Montréal**, où l'on présente les principales données disponibles sur l'ampleur du phénomène, son évolution et certaines comparaisons géographiques;
- **Impacts** (pour les fiches *État de santé*) ou **Facteurs en amont** (pour les fiche *Déterminant*), qui permet soit d'évaluer l'impact d'un problème de santé sur l'individu et sur le système de soins, ou encore de décrire les différents facteurs qui exercent une influence sur un déterminant;
- **Analyse des disparités**, qui fait état des groupes les plus touchés par chacune des thématiques.

Glossaire

Dans un esprit de synthèse et afin d'alléger le texte des fiches, les acronymes et termes techniques récurrents ont été consignés dans un glossaire, disponible à la fin de ce document.

Déterminants / États de santé		Maladies infectieuses	ITSS : Chlamydia et Gonorrhée	ITSS : VIH-VHC-Syphilis-LGV	Maladies entériques	Maladies évitables par la vaccination (MEV)	Infections nosocomiales	Tuberculose	MRSI et MSET	Infections invasives à streptocoque du groupe A et légionellose	Zoonoses et maladies à transmission vectorielle	Traumas, intoxications et autres problèmes aigus	Traumatismes non intentionnels	Traumatismes intentionnels	Surdoses de drogue	Problèmes de santé liés à la chaleur et à la qualité de l'air	Maladies professionnelles	Troubles musculo-squelettiques (TMS)	Maladies liées à l'amiante	Pneumoconioses (silicose, bérilliose)	Cancers liés aux expositions professionnelles	Intoxications d'origine professionnelle et environnementale	Surdité	TOTAL (états de santé par déterminants)	
Habitudes de vie et comportements																									
Activité physique et sédentarité (adultes)												☒	•				☒	•							24
Activité physique et sédentarité (tout-petits et jeunes)												☒	•												20
Habitudes alimentaires (adultes)																									19
Habitudes alimentaires (tout-petits et jeunes)																									8
Comportements sexuels des jeunes	☒	•	•	•	•																				9
Comportements sexuels chez les populations vulnérables	☒	•	•	•																					11
Allaitement maternel	☒				•	•						☒				•									14
Manque de sommeil												☒	•												13
Habitudes buccodentaires																									5
Comportements protecteurs	☒				•	•	•		•		•	☒	•												9
Comportements à risque de dépendance																									
Consommation d'alcool, drogues ou jeu (adultes)												☒	•		•										23
Consommation d'alcool, drogues ou jeu (jeunes)												☒	•		•										12
Comportements de consommation de drogues chez les UDI	☒		•					•				☒			•										7
Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement																									29
Tabagisme chez les jeunes																									14
Facteurs psycho-sociaux																									
Violence : parentale / entre jeunes partenaires amoureux												☒		•											4
Violence interpersonnelle à l'école et dans la communauté (jeunes)												☒		•											2
Compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes												☒		•											5
Conciliation travail-études																									2
Milieux de vie																									
Milieu familial												☒		•											6
Milieu de garde																									1
Milieu scolaire												☒		•											4
Accessibilité au logement abordable																									6
Ressources communautaires																									7
Environnement physique																									
Salubrité des logements et des bâtiments	☒										•						☒					•			19
Système de transport et aménagement urbain												☒	•	•											9
environnementales	☒									•							☒					•			5
Eau potable et eaux récréatives	☒			•																					1
Qualité de l'air extérieur												☒				•									15
Îlots de chaleur												☒				•									4
Bruit communautaire																									8
Environnement de travail																									
Exposition à des facteurs de risque de TMS																	☒	•							5
Exposition à l'amiante																	☒		•		•				5
Exposition à la silice cristalline et au béryllium																	☒			•	•				5
Exposition aux substances sensibilisantes																	☒			•	•				5
Exposition à des cancérogènes																	☒		•		•				7
Exposition aux risques biologiques	☒	•	•	•	•	•	•	•	•		•						☒				•	•			15
Surexposition aux agents chimiques causant une intoxication																	☒				•	•			2
Exposition au bruit en milieu de travail																	☒	•					•		8
Exposition à des facteurs de risque psychosociaux au travail												☒		•			☒	•							9
Système de soins																									
maladies chroniques																									12
Couverture populationnelle du dépistage du cancer																									7
Accessibilité au dépistage des ITSS	☒	•	•																						2
Couverture vaccinale (CV)	☒			•	•	•		•																	11
Couverture populationnelle des soins dentaires																									5
petite enfance (0-5ans)						•																			5
Services préventifs spécifiques pour les jeunes												☒		•											4
Services préventifs en santé mentale												☒		•											8
Organisation de la PCI en établissement	☒					•																			1
Prise en charge des cas et contacts	☒	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	☒			•		☒					•			11
TOTAL (déterminants par états de santé)																									
	13	4	6	8	7	5	3	4		2	4	20	7	9	4	3	13	4	2	1	6	5		1	

FICHES THÉMATIQUES

Démographie

Cette fiche présente diverses caractéristiques démographiques de la région sociosanitaire (RSS) de Montréal qui permettent de positionner la ville par rapport au reste de la province, notamment sur les plans de la densité de la population, de la structure d’âge, de la composition des familles, de la natalité et de la migration interrégionale ou infraprovinciale¹.

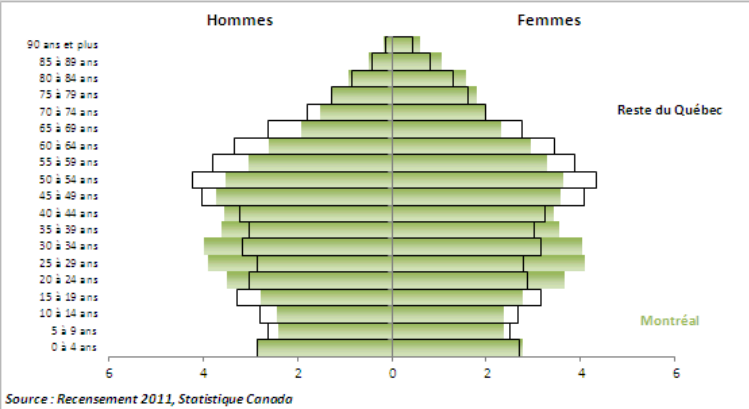
Densité

- Montréal compte près de 2 millions d’habitants².
- Il s’agit de la 2^e ville la plus peuplée au Canada (derrière Toronto)².
- Elle se distingue des autres régions sociosanitaires du Québec par sa grande densité, comptant environ 3 800 habitants au km², comparativement à 130 en Montérégie qui est la deuxième RSS québécoise la plus peuplée³.

Âge des Montréalais

- La proportion de jeunes de moins de 15 ans est plus faible à Montréal (15 %) qu’ailleurs au pays (17 %)².
- Il y a proportionnellement plus de personnes âgées entre 20 et 44 ans à Montréal (37 %) que dans le reste du Québec (30 %). La ville est un pôle d’attraction important pour les jeunes adultes âgés entre 20 à 34 ans des autres régions du Québec, qui y viennent entre autres pour effectuer leurs études universitaires².
- La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus (16 %) au sein de la population augmente de manière lente mais constante d’année en année².
- Il y a près de 20 000 aînés de plus aujourd’hui qu’en 2001².
- Selon les projections, la proportion des aînés au sein de la population montréalaise dépassera 20 % d’ici 20 ans. Cette situation pourrait avoir un impact important sur la prestation de soins et de services sociaux dont les aînés sont de grands bénéficiaires⁴.

Pyramide des âges, Montréal et le reste du Québec, 2011²



Familles et natalité

- Montréal compte près du quart des familles avec enfants au Québec².
- Parmi les familles ayant des enfants, le tiers sont monoparentales².
- Environ 3 000 familles avec enfant(s) se sont ajoutées à la population montréalaise en dix ans².
- Montréal compte plus de nouveau-nés par habitant que le reste de la province (12 pour 1 000 contre 11 pour 1 000)².
- Entre 2002 et 2012, le nombre de naissances a connu une hausse d’environ 15 % à Montréal. En 2012, il y a eu plus de 23 000 naissances (poupons) de mères montréalaises⁵.
- Plus de la moitié (56 %) des nouveau-nés provenaient de mères immigrantes en 2012⁵.
- L’indice de fécondité, c’est-à-dire l’estimation du nombre moyen d’enfants que les femmes âgées de 15 à 49 ans auront au cours de leur vie, est de 1,58 à Montréal. Cet indice est plus faible que celui du reste du Québec (1,72)⁵.
- L’âge moyen des mères de nouveau-nés montréalais (31,2 ans) ne cesse d’augmenter et est plus élevé que dans le reste de la province (29,3 ans)⁵.

Migration interrégionale

- Au cours de l’année 2012-2013, environ 37 800 personnes se sont installées à Montréal en provenance d’ailleurs au Québec, mais 55 600 personnes ont quitté pour s’établir dans une autre région de la province⁶. Les pertes nettes de Montréal reliées à la migration interrégionale étaient d’environ 17 700 personnes pour l’année 2012-2013.
- Environ la moitié des personnes qui quittent Montréal sont des adultes de 30 à 44 ans et leurs enfants qui vont s’établir principalement dans les régions avoisinantes, soit la Montérégie, Laval, Lanaudière et les Laurentides⁶.
- De nombreuses personnes changent de quartier de résidence au sein de la région de Montréal. Entre 2004 et 2009, ce nombre était estimé à 115 000 personnes par année⁷.

¹ La migration internationale fait partie de la fiche Condition sociale, économique et culturelle.

² Statistique Canada, Recensement 2011.

³ Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques, 2013.

⁴ Les projections de population, Institut de la Statistique du Québec, janvier 2010.

⁵ Ministère de la santé et des services sociaux, Fichier des naissances, 2012.

⁶ St-Amour, Martine. La migration interrégionale au Québec en 2012-2013, Institut de la statistique du Québec, mars 2014, no.31.

⁷ Lachance, J.-F. « Une analyse décortiquée de la mobilité à Montréal ». Données démographiques en bref. Institut de la statistique du Québec. Vol. 15, numéro 1.

Conditions sociales, culturelles et économiques

Montréal compte de multiples atouts tels que de nombreux établissements d’éducation supérieure, une offre abondante d’activités culturelles et sociales et un marché de l’emploi varié. La situation socioéconomique des habitants de la métropole du Québec n’est pas pour autant entièrement enviable. La région fait face à d’importants défis dus notamment à la surreprésentation de populations particulièrement vulnérables à la pauvreté et à la maladie par rapport au reste du Québec. Les conditions sociales et économiques parfois plus défavorables que l’on retrouve à Montréal peuvent avoir une incidence négative sur la santé.

Surreprésentation de populations vulnérables	• Une personne sur 4 vit sous la mesure du faible revenu (MFR) à Montréal (25 %), soit 450 000 personnes, ce qui est très supérieur à l’ensemble de la province (17 %)¹. • Vingt-neuf pourcent, soit presque un enfant sur trois âgé de moins de 6 ans, vit sous la MFR à Montréal. C’est une proportion beaucoup plus élevée que pour l’ensemble du Québec (17 %) et du Canada (18 %)¹. • Dix pourcent des adultes montréalais sont prestataires de l’assistance sociale². • Une famille montréalaise sur trois est monoparentale (33 %), ce qui dépasse la proportion pour l’ensemble du Québec (29 %)¹. La majorité de ces familles sont prises en charge par des femmes. • La part de la population vivant seule a augmenté en dix ans et est plus grande à Montréal (18 %) que dans l’ensemble du Québec (14 %) et du Canada (11 %). Il en va de même de la part de la population de 65 ans et plus vivant seule qui est de 36 % à Montréal, alors qu’elle est de 30 % pour l’ensemble du Québec¹. • La concentration de personnes en situation d’itinérance est plus forte qu’ailleurs au Québec. Selon le dernier dénombrement des itinérants (1996-97), plus de 28 200 personnes différentes avaient fréquenté un centre d’hébergement, une soupe populaire ou un centre de jour à Montréal. Parmi ceux-ci, plus de 12 600 avaient été sans domicile fixe au cours des 12 derniers mois³.
Écarts de revenu	• Les contrastes au niveau du revenu sont très marqués à Montréal. C’est dans la métropole que l’on retrouve les 20 secteurs où le revenu moyen des ménages est le plus élevé au Québec. Toutefois, le revenu médian de l’ensemble des ménages montréalais (après impôt) est plus bas que celui des ménages de l’ensemble du Québec (39 897\$ c. 45 968\$)¹. • Les écarts de revenus ne cessent de croître entre les plus riches et les plus pauvres depuis les années 1980. En 1981, le revenu moyen des Montréalais résidant dans les secteurs de la ville représentant les 10 % les plus riches était 2,7 fois plus élevé que celui de ceux qui résidaient dans les secteurs représentant les 10 % les plus pauvres; alors qu’en 2011 le revenu des 10 % les plus riches est désormais 3,5 fois plus élevé que celui des 10 % les plus pauvres⁴
Scolarité	• Les Montréalais sont avantagés au niveau de la scolarité. La proportion de personnes de 25-64 ans détenant un diplôme universitaire (37 %) dépasse par plus de dix points de pourcentage les moyennes provinciale (23 %) et nationale (26 %)¹. • On retrouve moins de personnes âgées entre 25 et 64 ans ne détenant aucun diplôme à Montréal (12 %) que dans l’ensemble du Québec (15 %)¹.
Emploi	• En mai 2014, le taux d’emploi à Montréal était de 58 % et le taux de chômage était de 9 %. Le taux de chômage à Montréal est supérieur à celui de l’ensemble de la province (8 %)⁵. • Les Montréalais travaillent dans une moins grande proportion que le reste des Québécois dans le secteur primaire, le secteur manufacturier (fabrication) et le secteur de la construction. En revanche, ils sont proportionnellement plus nombreux à œuvrer dans les domaines de l’information, de la culture, des arts et des loisirs, de la finance, des assurances, des services immobiliers, de la gestion et administrations et dans les services professionnels, scientifiques et techniques⁶.
Immigration et langue	• Une personne sur trois est issue de l’immigration à Montréal, soit plus de 612 000 personnes¹. • Près de 153 000 immigrants sont arrivés à Montréal entre 2006 et 2011¹. • La proportion de la population immigrante à Montréal a cru de manière significative entre 1986 et 2011, passant de 22 % à 33 %⁷. • Près des deux tiers des immigrants du Québec résident dans la métropole¹. • Les pays de naissance les plus fréquents des immigrants sont l’Italie, Haïti et l’Algérie. Les plus importantes concentrations d’immigrants se retrouvent sur les territoires des CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, St-Léonard et St-Michel et de la Montagne¹. • Le tiers des Montréalais a une langue maternelle autre qu’une langue officielle et environ un Montréalais sur cinq parle une langue non officielle à la maison¹.

¹ Statistique Canada, Recensement, 2011.
² Ministère de la santé et des services sociaux, 2009.
³ Chevalier, S. et Fournier, L. Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d’hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997, Québec, Santé Québec, 1998.
⁴ Statistique Canada, Recensement 1981, 2011.
⁵ Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques, 2014.
⁶ Infocentre de santé publique du Québec, Données du recensement 2006.
⁷ Statistique Canada, Recensement 1986, 2011.

Aperçu de l'état de santé global

État de la situation à Montréal

Analyse des disparités

La santé peut être définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹. Cette définition met en lumière le lien étroit entre la santé et le bien-être. Ainsi, une personne peut avoir un handicap mais se considérer en bonne santé, ou à contrario se considérer en mauvaise santé sans toutefois souffrir d'une maladie si, par exemple, elle n'arrive pas à gérer le stress et à entretenir des relations.

Perception de la santé

- Douze pourcent des Montréalais ont une perception négative de leur état de santé².
- Cinq pourcent des Montréalais perçoivent leur état de santé mentale de manière négative².
- Près d'une personne sur quatre rapporte éprouver un stress quotidien élevé².

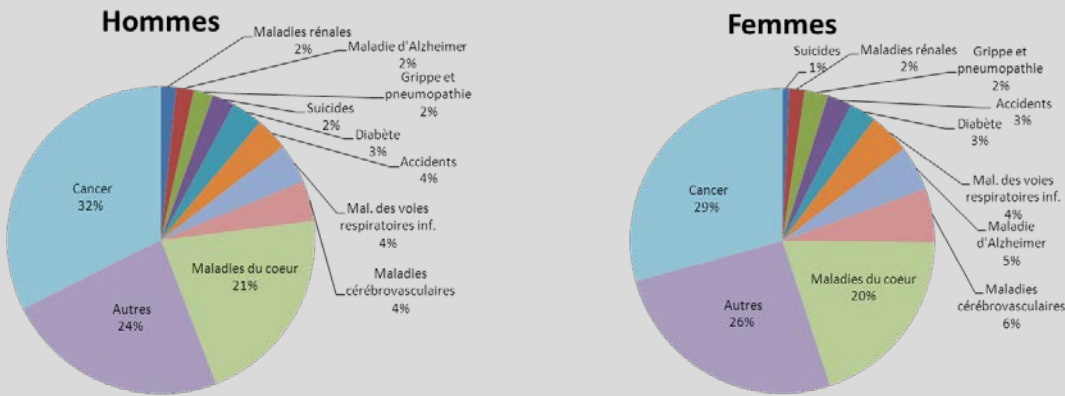
Espérance de vie et incapacité

- Suivant la tendance mondiale, l'espérance de vie des Montréalais est en hausse et dépasse légèrement celle du reste des Québécois. Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (84 ans c. 80 ans)³.
- L'espérance de vie en bonne santé atteint 67 ans pour les femmes et 66 ans pour les hommes⁴.
- Un Montréalais sur quatre vit avec une limitation d'activité⁵.

Principales causes de mortalité et de morbidité

- Le cancer et les maladies du cœur sont encore en cause dans environ la moitié des décès à Montréal⁶.
- L'ensemble des maladies chroniques sont responsables de 70 % des décès prématurés à Montréal chez les personnes de 20 ans et plus⁷ en plus d'être une des principales sources d'incapacité.
- Le taux ajusté de mortalité pour les maladies chroniques a toutefois diminué au cours des dernières années⁸.

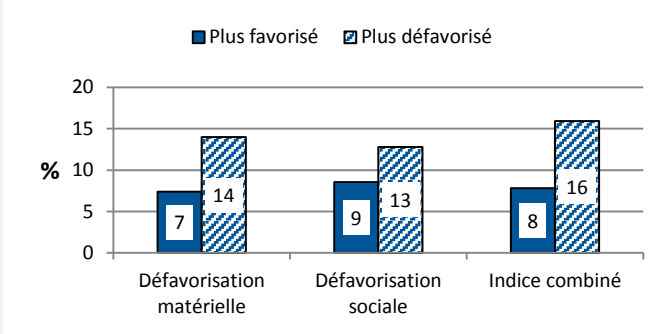
Pourcentage de décès selon la cause, Montréal, 2008-2010⁶



- Le taux de mortalité dû au cancer est moins élevé à Montréal qu'ailleurs au Québec, mais le taux de mortalité lié à l'appareil circulatoire (maladies du cœur) est plus élevé⁹.

- Les différences entre les **hommes** et les **femmes** sur le plan de la santé globale sont nombreuses. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais elles sont proportionnellement moins nombreuses à se percevoir en bonne santé².
- Les personnes ayant un plus faible **revenu** évaluent moins souvent leur santé mentale de manière positive et sont moins souvent satisfaites ou très satisfaites de leur vie que celles ayant un revenu plus élevé¹⁰.
- La proportion de Montréalais ayant une perception négative de leur état de santé est plus élevée dans les milieux plus **défavorisés matériellement et socialement**².
- Certains groupes sont particulièrement touchés par les maladies chroniques, soit les personnes âgées de **55 ans et plus**, qui sont **sans emploi**, **moins scolarisées** ou **nées au Canada**².

Proportion des Montréalais de 15 ans et plus ayant une perception négative de l'état de santé selon la défavorisation, 2012²



¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

² Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal, Enquête TOPO, 2012.

³ Ministère de la santé et des services sociaux, Fichier des décès, 2007-2011.

⁴ Ministère de la santé et des services sociaux, Fichier des décès, 2004-2008.

⁵ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2009-2010.

⁶ Ministère de la santé et des services sociaux, Fichier des décès, 2008-2010.

⁷ Ministère de la santé et des services sociaux, Fichier des décès, 2005-2009.

⁸ Ministère de la santé et des services sociaux, Fichier des décès, 2002-2010.

⁹ Ministère de la santé et des services sociaux, Fichier des décès, 2002-2010.

¹⁰ Lesage, A., Bernèche, F. et Bordeleau, M. (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec, 104 p.

Couverture populationnelle de la première ligne

Les services de 1^{re} ligne font ici référence à « l’ensemble de services courants qui s’appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques assurant le premier contact entre le malade et le système de santé et permettant de résoudre la majorité des problèmes d’ordre médical de la population »¹.

État de la situation à Montréal

Utilisation des services de 1^{re} ligne

- Les deux tiers des Montréalais de 20 ans et plus ont eu au moins une visite en clinique de première ligne et 18 % au moins une visite à l’urgence au cours d’une année (2009-2010)¹.
- Les salles d’urgence de Montréal ont enregistré 838 994 visites en 2012-2013, et le séjour moyen sur civière a été de 20,5 heures².
- Info-Santé a traité 768 457 appels, avec un délai d’attente de moins de 4 minutes dans 67 % des cas².

Source de soins de 1^{re} ligne de la population

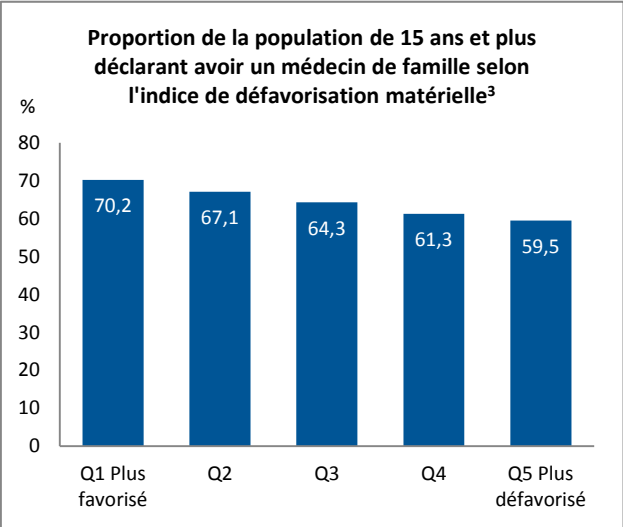
- 65 % des Montréalais ont un médecin de famille³.
- La proportion de personnes rapportant avoir un médecin de famille est plus basse à Montréal qu’ailleurs au Québec (différence de plus de dix points de pourcentage)⁴.
- Le type de clinique le plus souvent identifiée (39 %) comme source habituelle de soins est la clinique de groupe (sans statut GMF ou CR)⁵ en 2010.
- La proportion des utilisateurs de services de 18 ans et plus ayant leur source habituelle de soins sur le territoire de CSSS de résidence a diminué entre 2005 et 2010, passant de 61 % à 57 %¹.

Expérience de soins et accessibilité des services de 1^{re} ligne

- 19 % des Montréalais identifient des besoins de services de santé non comblés (BNC)⁵.
- Près de 60 % des personnes ayant rapporté un BNC affirment avoir subi (beaucoup ou moyennement) de l’inquiétude, du stress ou de l’anxiété en lien avec celui-ci. Plus du quart des personnes (27 %) ont eu (beaucoup ou moyennement) une détérioration de leur état de santé⁵.
- Le temps d’attente pour voir un médecin sur rendez-vous à la source habituelle de soins est estimé à 2 semaines ou plus par près de 60 % des utilisateurs de services¹.
- En cas d’urgence, le délai pour voir un médecin à la source habituelle de soins est de 24 heures ou plus pour le quart des utilisateurs de services¹.

Analyse des disparités

- Les enfants montréalais de moins de 5 ans de **milieux défavorisés** consultent moins de pédiatres et d’autres spécialistes en cabinet privé ou en clinique externe, mais consultent davantage à l’urgence et sont hospitalisés près de deux fois plus souvent que les enfants de milieux plus favorisés⁶.
- De même, les adultes montréalais provenant de milieux défavorisés sont davantage hospitalisés que ceux provenant de milieux plus favorisés⁵.
- Il y a proportionnellement moins de personnes ayant un médecin de famille chez les **jeunes adultes**, les personnes ayant **immigré depuis moins de 10 ans** et les personnes provenant de milieux plus défavorisés^{1,3}.
- La déclaration de BNC est plus grande chez les **femmes**, les jeunes adultes, les personnes immigrées depuis moins de 10 ans et les personnes plus scolarisées¹.
- Le recours à l’urgence est plus grand chez : les personnes de 18 à 29 ans, les femmes, les personnes ayant un plus faible **niveau de scolarité**, les personnes dont le niveau de **revenu est plus faible** et les personnes **sans emploi**⁷.



¹ Équipe santé des populations et services de santé (ESPSS). Direction de santé publique de l’ASSS de Montréal. Portrait de la population, de l’organisation et de l’utilisation des services médicaux de 1^{re} ligne, 2014.

² ASSS de Montréal, Rapport annuel de gestion 2012-2013 - Vivre une île en santé, 2013.

³ Direction de santé publique de l’ASSS de Montréal, Enquête TOPO, 2012.

⁴ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2009-2010.

⁵ Équipe Santé des populations et services de santé, équipe conjointe de la Direction de santé publique de l’ASSS de Montréal et de l’INSPQ. Projet « L’évolution de l’organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et la Montérégie » - enquête populationnelle 2010.

⁶ Direction de santé publique de l’ASSS de Montréal. L’utilisation des services médicaux chez les enfants montréalais de moins de cinq ans, 2011.

⁷ ASSS de Montréal et INSPQ. Le recours à l’urgence hospitalière à Montréal et en Montérégie, 2010, 2013.

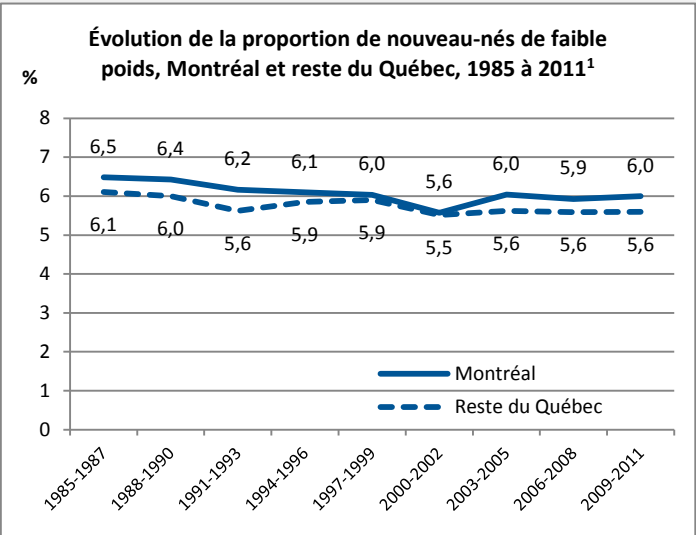
Santé des nouveau-nés

La santé des nouveau-nés demeure une préoccupation de santé publique puisqu'elle a un impact sur la santé à l'âge adulte et qu'il est important d'agir tôt dans la période périnatale. À cet effet, il importe de surveiller la prévalence de certains indicateurs, comme le faible poids à la naissance (poids de naissance inférieur à 2 500 grammes), la prématurité (naissance avant 37 semaines de gestation) et le retard de croissance intra-utérine (RCIU) (poids de naissance inférieur au 10^e percentile selon l'âge gestationnel et le sexe), qui sont susceptibles d'entraîner des problèmes de santé immédiats et, à plus long terme, des risques pour la santé des enfants. Ils occasionnent également des coûts supplémentaires pour les familles et la société, car, dans bien des cas, ces enfants nécessiteront des soins de santé spécialisés.

Fiches DÉTERMINANT associées (6) : [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement](#); [Couverture populationnelle des services préventifs en périnatalité et petite enfance \(0-5 ans\)](#); [Consommation d'alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#); [Milieu familial](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#)

État de la situation à Montréal

- En moyenne, Montréal compte annuellement un peu plus de **1 300** nouveau-nés de faible poids. Malgré une très légère baisse depuis les années 80, la proportion de nouveau-nés de faible poids semble se stabiliser depuis quelques années autour de 6 %¹.
- La proportion de nouveau-nés de faible poids, en 2009-2011, est légèrement, mais significativement supérieure à celle du reste du Québec (6,0 % c. 5,6 %¹)
- Pour la même période, on observe à Montréal une proportion de naissances prématurées de 7,1 %, similaire à celle observée dans le reste du Québec¹.
- La proportion de nouveau-nés présentant un RCIU pour Montréal se situe à 9,4 %, proportion supérieure à celle du reste de la province (8,3 %). Le RCIU a connu une forte baisse depuis les années 80, mais s'est stabilisée au cours des dernières années¹.

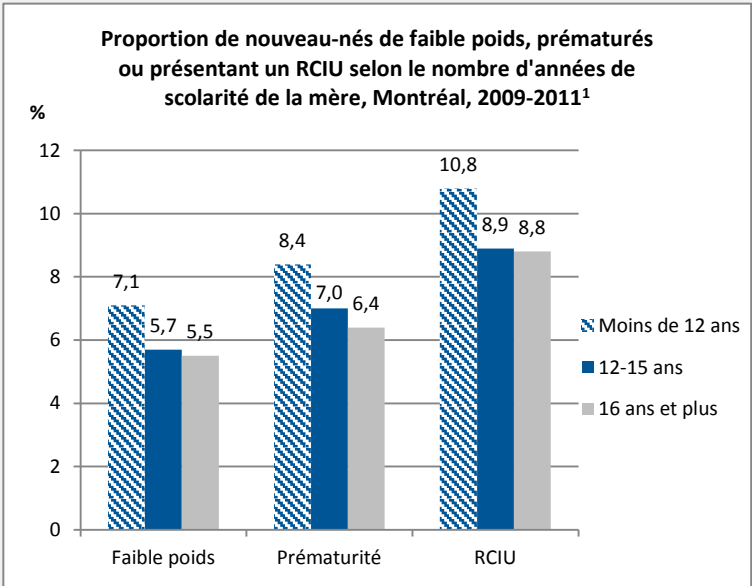


Impacts

- Santé Canada considère la prématurité comme le plus important déterminant de mortalité périnatale et infantile². Chez les nourrissons ne présentant pas d'anomalies congénitales, de 60 % à 80 % des décès y sont attribuables³.
- La prématurité, le faible poids à la naissance et le RCIU, phénomènes souvent étroitement reliés, pourraient être responsables de troubles neurologiques, de problèmes respiratoires chroniques, de retard de croissance, de cécité et de surdité, de problèmes de comportement et de difficultés d'apprentissage².

Analyse des disparités

- Comparativement aux mères les plus scolarisées, les **mères les moins scolarisées** donnent plus fréquemment naissance à un bébé de faible poids, prématuré ou ayant un RCIU¹.
- Un **milieu de vie matériellement défavorisé pour la mère** est également associé à de plus fortes proportions de nouveau-nés de faible poids, prématurés ou présentant un RCIU¹.
- Les **mères plus âgées (40 ans et plus)** sont proportionnellement plus nombreuses à donner naissance à un bébé de faible poids ou prématuré que celles des autres groupes d'âge.¹ Les femmes de ce groupe d'âge sont d'ailleurs de plus en plus nombreuses à donner naissance à un enfant.



¹ L'évolution des naissances à Montréal, 1984 à 2009 – Fascicule 3 : La santé des nouveau-nés à Montréal. DSP de l'ASSS de Montréal, 2011 – Fascicule et données complémentaires.

² Plan régional de surveillance – Région de Montréal 2011-2015. DSP de l'ASSS de Montréal, 2011.

³ Politique de périnatalité 2008-2018. MSSS, 2008.

Développement global des tout-petits

L'EQDEM (2012)¹ utilise l'*Instrument de mesure du développement de la petite enfance* (IMDPE)² afin de fournir une mesure du développement des enfants de maternelle. Cet outil couvre cinq domaines de développement : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier et habiletés de communication et connaissances générales. Un enfant est considéré « vulnérable » dans un domaine lorsque son score est égal ou inférieur au 10^e percentile de l'ensemble des enfants québécois dans ce domaine. La mesure globale de développement identifie les enfants vulnérables dans au moins un domaine, peu importe lequel.

Fiches DÉTERMINANT associées (14) : [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Habitudes alimentaires \(tout-petits et jeunes\)](#); [Allaitement maternel](#); [Manque de sommeil](#); [Bruit communautaire](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#); [Accessibilité au logement abordable](#); [Couverture populationnelle des services préventifs en périnatalité et petite enfance \(0-5 ans\)](#); [Milieu familial](#); [Ressources communautaires](#); [Milieu de garde](#); [Compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes](#); [Violence : parentale / entre jeunes partenaires amoureux](#); [Couverture populationnelle des soins dentaires](#); [Habitudes buccodentaires](#)

État de la situation à Montréal	- En 2012, 29 % des enfants montréalais de la maternelle des réseaux public et privé sont considérés vulnérables dans au moins un domaine de développement³. De ces 29 % : 49 % sont vulnérables dans 1 seul domaine; 25 % dans 2 domaines; 5 % dans les 5 domaines. - On observe une proportion moins élevée d'enfants montréalais vulnérables dans au moins un domaine en 2012 (30,4 %) qu'en 2006 (32,5 %), dans le réseau d'enseignement public³. - La proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine est plus élevée à Montréal (29 %) que dans le reste du Québec (25 %)³.	Proportion d'enfants de la maternelle vulnérables, selon le domaine de développement, Montréal et reste du Québec, EQDEM 2012³ <table><thead><tr><th>Domaine</th><th>Montréal</th><th>Reste du Québec</th></tr></thead><tbody><tr><td>Santé physique et bien-être</td><td>12%</td><td>9%</td></tr><tr><td>Compétences sociales</td><td>10%</td><td>9%</td></tr><tr><td>Maturité affective</td><td>10%</td><td>10%</td></tr><tr><td>Dév. cognitif et langagier</td><td>10%</td><td>10%</td></tr><tr><td>Habiletés de communication et con. gén.</td><td>15%</td><td>10%</td></tr><tr><td>Au moins un domaine</td><td>29%</td><td>25%</td></tr></tbody></table> (+) Différence significative (seuil de 0,05) entre Montréal et le reste du Québec	Domaine	Montréal	Reste du Québec	Santé physique et bien-être	12%	9%	Compétences sociales	10%	9%	Maturité affective	10%	10%	Dév. cognitif et langagier	10%	10%	Habiletés de communication et con. gén.	15%	10%	Au moins un domaine	29%	25%
Domaine	Montréal	Reste du Québec																					
Santé physique et bien-être	12%	9%																					
Compétences sociales	10%	9%																					
Maturité affective	10%	10%																					
Dév. cognitif et langagier	10%	10%																					
Habiletés de communication et con. gén.	15%	10%																					
Au moins un domaine	29%	25%																					
Impacts	- Le développement des tout-petits est un déterminant de la santé et a un impact sur le bien-être et les capacités d'apprentissage de l'enfant tout au long de sa vie⁴. - Le niveau de développement des enfants est associé au rendement scolaire et à l'intégration sociale. Un retard du développement est associé à des problèmes d'apprentissage et d'adaptation à l'école⁵. - À long terme, le développement de l'enfant a des impacts économiques puisqu'il est associé à une meilleure productivité de la main d'œuvre et à une diminution des coûts reliés aux systèmes judiciaire et aux services sociaux⁴.																						
Analyse des disparités	- Proportionnellement plus de garçons (36 %) que de filles (22 %) sont vulnérables dans au moins un domaine³. - Les enfants nés à l'étranger sont plus fréquemment vulnérables (34 %) que les enfants nés au pays (27 %)³. - Les enfants issus de milieux très défavorisés sont proportionnellement plus nombreux à être vulnérables dans au moins un domaine (34 %) que les enfants de milieux très favorisés (22 %). Cette situation est observée pour chacun des 5 domaines³. - La fréquentation d'un service éducatif (maternelle 4 ans ou service de garde) avant l'entrée à la maternelle est associée à une plus faible proportion d'enfants vulnérables chez ceux de milieux défavorisés¹.	Proportion d'enfants de maternelle vulnérables, selon le quartile de défavorisation matérielle, Montréal, EQDEM 2012³ <table><thead><tr><th>Domaine</th><th>Q1: très favorisé</th><th>Q4: très défavorisé</th></tr></thead><tbody><tr><td>Santé physique et bien-être</td><td>7%</td><td>14%</td></tr><tr><td>Compétences sociales</td><td>7%</td><td>12%</td></tr><tr><td>Maturité affective</td><td>8%</td><td>12%</td></tr><tr><td>Dév. cognitif et langagier</td><td>6%</td><td>13%</td></tr><tr><td>Habiletés de communication et con. gén.</td><td>11%</td><td>17%</td></tr><tr><td>Au moins un domaine</td><td>22%</td><td>34%</td></tr></tbody></table> (+) Différence significative (seuil de 0,05) entre Q1 et Q4	Domaine	Q1: très favorisé	Q4: très défavorisé	Santé physique et bien-être	7%	14%	Compétences sociales	7%	12%	Maturité affective	8%	12%	Dév. cognitif et langagier	6%	13%	Habiletés de communication et con. gén.	11%	17%	Au moins un domaine	22%	34%
Domaine	Q1: très favorisé	Q4: très défavorisé																					
Santé physique et bien-être	7%	14%																					
Compétences sociales	7%	12%																					
Maturité affective	8%	12%																					
Dév. cognitif et langagier	6%	13%																					
Habiletés de communication et con. gén.	11%	17%																					
Au moins un domaine	22%	34%																					

¹Simard, M. et autres (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 104 p.

²Janus, M. et D. R. Offord (2000). "Reporting on readiness to learn in Canada". *ISUMA Canadian Journal of Policy Research*, 1, p. 71-75.

³Blanchard, D., et al. (2012). *Portrait montréalais du développement des enfants à la maternelle*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

⁴"Dix faits et chiffres sur le développement dans la petite enfance en tant que déterminant social de la santé." 2014, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/fr/

⁵Alix, C., et al. (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Riches de tous nos enfants, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Problèmes de santé mentale (tout-petits et jeunes)

Les problèmes de santé mentale se caractérisent par un ensemble de pensées, d’émotions, de comportements et d’interactions sociales qui perturbent et nuisent au fonctionnement et au développement des tout-petits et des jeunes dans plusieurs sphères de leur vie. Leur nature varie selon l’âge car leur manifestation survient à différents stades de leur développement (par exemple, le trouble de l’attachement plus spécifique à la petite enfance)¹. Cette fiche porte sur les principaux problèmes déclarés et ceux diagnostiqués dont l’anxiété, la dépression et les problèmes extériorisés liés à des comportements perturbateurs². Elle porte aussi sur la détresse psychologique qui mesure globalement la présence *persistante* de symptômes d’ordre affectifs ressentis, qui peuvent donner lieu à des problèmes de dépression ou d’anxiété³. Les problèmes de santé mentale peuvent être spécifiques ou coexister².

Fiches DÉTERMINANT associées (18) : [Milieu familial](#); [Couverture populationnelle des services préventifs en périnatalité et petite enfance \(0-5ans\)](#); [Violence : parentale / entre jeunes partenaires amoureux](#); [Violence interpersonnelle à l’école et dans la communauté \(jeunes\)](#); [Compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes](#); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Services préventifs en santé mentale](#); [Conciliation travail-études](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(jeunes\)](#); [Exposition à des facteurs de risque psychosociaux au travail](#); [Comportements sexuels des jeunes](#); [Comportements sexuels chez les populations vulnérables](#); [Milieu scolaire](#); [Ressources communautaires](#); [Services préventifs spécifiques pour les jeunes](#); [Manque de sommeil](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#); [Accessibilité au logement abordable](#)

État de la situation à Montréal

- Entre 1998 et 2008 la moitié des enfants québécois suivis de la naissance à 10 ans dans le cadre d’une étude longitudinale ont présenté des symptômes de problèmes d’adaptation sociale. Ces symptômes ont persisté chez un enfant sur cinq, ceux-ci ayant reçu au moins un diagnostic de troubles d’adaptation ou d’apprentissage⁴.
- En 2010-2011, la proportion des élèves du secondaire de Montréal se situant à un niveau élevé sur l’indice de détresse psychologique est supérieure à celle du reste du Québec (23 % contre 20 %)⁵.
- Neuf pourcent des consultations médicales en cabinet privé ou en clinique externe pour des jeunes montréalais de 5 à 19 ans l’ont été pour des troubles mentaux, soit **53 785** consultations. De plus, chez les 10 à 14 ans, cette catégorie de diagnostic arrive au 3^e rang⁶.
- Chez les utilisateurs montréalais de services de santé âgés de 0-19 ans en 2009-2010, 23 % des diagnostics de santé mentale concernent notamment les troubles envahissants du développement, les troubles de l’attention, de l’affectivité, et de retard de développement⁷.
- Environ 12 % des élèves du secondaire à Montréal ont reçu au moins un diagnostic médical d’anxiété, de dépression ou de trouble de l’alimentation⁵.
- Entre 6 et 11 ans, 20 % des enfants ayant au moins un trouble de santé mentale en présentaient deux ou plus, cette proportion était de 25 % chez les enfants âgés de 12-14 ans².

Impacts

- Les problèmes de santé mentale chez les tout-petits et les jeunes sont liés à une diminution du rendement scolaire, à des difficultés dans leurs relations sociales et affectives, à la toxicomanie, à la violence et ultimement au suicide⁸.
- S’ils ne sont pas traités adéquatement, ils sont aussi associés à des taux élevés de troubles mentaux chez l’adulte, à des difficultés sur le marché du travail, à un revenu moindre, à des problèmes conjugaux et à des désordres de conduite^{1,9}.
- Ainsi, ils ont des répercussions non seulement sur l’individu touché, mais sur la famille, le système de soins de santé et la collectivité¹⁰.

Analyse des disparités

- À Montréal, les élèves du **2^e cycle du secondaire** sont proportionnellement plus nombreux que ceux du 1^{er} cycle à se situer à un niveau élevé sur l’indice de détresse psychologique (25 % contre 19 %)⁵.
- Entre 17 mois et 10 ans, une proportion plus élevée de **garçons** (45 %) que de filles (31 %) ont présenté des symptômes de niveau élevé de problèmes extériorisés⁴.
- Lorsque l’on considère les diagnostics de santé mentale, les **garçons** manifestent plus de troubles extériorisés que les filles, alors que les celles-ci manifestent plus de troubles intériorisés^{2,5}.
- Les enfants ayant connu une **faible position sociale** (i.e. revenu du ménage, la scolarité des parents et le prestige de la profession), peu importe la fréquence, sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu au moins un problème de santé mentale perçu et à avoir reçu un diagnostic pour un problème de santé mentale que les enfants n’ayant pas connu d’épisode de faible position sociale⁴.

¹ OMS. *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l’enfant et de l’adolescent*. Guide des politiques et des services de santé mentale. Genève.2005.

² Breton, J.J. *Faits saillants. Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*. Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec. 1993.

³ Camirand, H., Deschesnes, M. et Pica, L. A. (2012) *Estime de soi, compétences sociales et problèmes de santé mentale dans L’Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*. Le visage des jeunes d’aujourd’hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale. Tome 2, Institut de la statistique du Québec.

⁴ Riberdy, H., Tétréault, K. et Desrosiers, H. *La santé physique et mentale des enfants: une étude de prévalences cumulatives*. Institut de la statistique du Québec, volume 6, fascicule 4, juin 2013.

⁵ Enquête québécoise de santé des élèves du secondaire (EQSJS), 2010-2011 (infocentre, INSPQ).Les proportions de cet indice doivent être utilisées dans un but de comparaison, car le niveau élevé a été défini sur la base de quintile. EQSJS 2010-2011.

⁶ Blanchard, D. et coll. L’utilisation des services médicaux chez les jeunes montréalais de 5 à 19 ans. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012.

⁷ Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux, MED-ECHO), Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009-2010.

⁸ Fergusson, D.M., Horwood, L. J. et Ridder, E. M. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology*, 46, 837-849. 2005.

⁹ Richards, M., Abbott, R. (2009). *Childhood mental health and life chances in post-war Britain. Insights from three national cohort studies*. Sainsbury Centre for Mental Health (http://www.scmh.org.uk/pdfs/life_chances_report.pdf).

¹⁰ Santé Canada. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada. 2002.

Grossesses à l’adolescence

Bien que le taux de grossesses à l’adolescence soit en baisse, il s’agit d’un phénomène qui continue d’engendrer des conséquences psychologiques et sociales chez les jeunes en plus de représenter un coût important pour la société. Les grossesses à l’adolescence représentent l’ensemble des grossesses chez les adolescentes âgées entre 14 et 17 ans (âge à la fin de la grossesse) ainsi que l’ensemble des événements suivants ayant fait l’objet de déclaration : les naissances vivantes, les mortinaissances, les interruptions volontaires de grossesses (IVG) pratiquées en établissement (centre hospitalier ou CLSC) ou en clinique (privée ou centre de santé des femmes) et les avortements spontanés.

Fiches DÉTERMINANT associées (8) : [Comportements sexuels des jeunes](#); [Comportements sexuels chez les populations vulnérables](#); [Milieu familial](#); [Milieu scolaire](#); [Services préventifs spécifiques pour les jeunes](#); [Couverture populationnelle des services préventifs en périnatalité et petite enfance \(0-5 ans\)](#); [Violence : parentale / entre jeunes partenaires amoureux](#); [Compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes](#)

État de la situation à Montréal

- Pour la période de 2010-2012, on dénombre à Montréal environ **477** grossesses en moyenne annuellement chez les 14-17 ans, soit un taux annuel moyen de 12,1 grossesses pour 1000 femmes de ce groupe d’âge (les grossesses des femmes de moins de 14 ans sont incluses au numérateur). Ce taux est significativement supérieur à celui du reste de la province (9,6 pour 1000)¹.
- À Montréal, au cours des 15 dernières années, le taux de grossesses à l’adolescence a constamment diminué, soit de plus de la moitié¹.
- Environ les trois quarts des grossesses à l’adolescence se soldent par une interruption volontaire de grossesse¹.
- Quelques grossesses sont menées à terme (nombre annuel moyen : 88). Ainsi, pour la période de 2010-2012, le taux de fécondité chez les jeunes filles de 15-17 ans est de 2,9 naissances pour 1000 femmes à Montréal. Ce taux est inférieur à celui du reste du Québec (3,6 pour 1000)¹.
- Il n’existe pas de données fiables sur l’utilisation de la contraception orale d’urgence (COU) à l’échelle de Montréal. Néanmoins, l’implantation de l’ordonnance collective de contraception hormonale en 2009 a favorisé l’accessibilité de la COU auprès du pharmacien et de l’infirmière scolaire, ce qui pourrait avoir contribué à la diminution des grossesses chez les adolescentes². De plus, la COU est offerte gratuitement aux jeunes dans 94 % des CLSC de Montréal³.

Taux annuel moyen de grossesses chez les 14-17 ans, Montréal et reste du Québec, 1998-2000 à 2010-2012¹

Période	Montréal	Reste du Québec
1998-2000	25,8	~18
2001-2003	~23	~16
2004-2006	~20	~14
2007-2009	~18	~12
2010-2012	12,1	~10

Impacts

- Les adolescentes qui poursuivent leur grossesse sont plus à risque de décrochage scolaire. Par conséquent, elles risquent davantage de se retrouver en situation de pauvreté⁴. Celles qui sont victimes de violence dans le cadre de leur relation amoureuse risquent de tolérer davantage cette violence⁵.
- En ce qui concerne les nouveau-nés issus de grossesses à l’adolescence, ils ont plus de risques de naître prématurément et d’avoir un faible poids^{4,6}.
- Le soutien familial et social ainsi que l’utilisation des services de santé et services sociaux peuvent atténuer les conséquences négatives vécues par les jeunes qui deviennent parents et leurs nouveau-nés⁷.
- Le fait de vivre une IVG peut également engendrer certaines conséquences, notamment des symptômes d’anxiété et de stress post-traumatique⁸.

Analyse des disparités

- Un **niveau socioéconomique** plus faible s’accompagne d’un taux de grossesses plus élevé et d’une proportion plus faible d’IVG⁷.
- À Montréal, pour la période 2007-2011, le taux de fécondité chez les 15-17 ans s’accroît avec la défavorisation matérielle⁹.
- Une étude menée auprès de 610 jeunes hébergés **en centre jeunesse** au Québec a révélé que parmi les 217 filles âgées entre 14 et 17 ans ayant déjà eu une relation sexuelle, 28 % avaient vécu au moins une grossesse¹⁰.

Taux de fécondité chez les 15-17 ans selon l’indice de défavorisation matérielle, Montréal, 2007-2011⁹

Dimension matérielle (quintile)	Taux pour 1000
Quintile 1 (Favorisé)	1,0
Quintile 2	2,5
Quintile 3	3,5
Quintile 4	4,5
Quintile 5 (Défavorisé)	6,0

Les naissances des mères < 15 ans sont incluses au numérateur.

1 Infocentre de Santé Publique de l’INSPO. Naissances et mortinaissances 2012 provisoires. Consulté le 25 mai 2014.

2 <http://www.opq.org/fr-CA/presse/communiqués-de-presse/communiqués-2010/2010-02-05-le-nombre-d-avortements-en-baisse-au-quebec/> Lu le 12 mars 2014

3 Vers des services adaptés aux jeunes de 12 à 25 ans dans les CLSC de Montréal. DSP de l’ASSM 2012

4 Luong M., Que sont devenues les mères adolescentes ? L’emploi et le revenu en perspective, 2008. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2008105/article/10577-fra.htm>. Consulté le 6 mars 2014.

5 Levesque, Sylvie. (2011). Trajectoires de résilience chez des mères adolescentes victimes de violence de la part de leur partenaire amoureux : implications théoriques et pratiques pour le domaine de la promotion de la santé, Thèse de doctorat, école de santé publique, UdeM

6 Prévention en pratique médicale, *Prévenir la grossesse à l’adolescence*. ASSM, Direction de Santé publique, 2003.

7 Faucher, P., S. Dappe et P. Madelena. (2002). Maternité à l’adolescence : analyse obstétricale et revue de l’influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d’une étude rétrospective de 62 dossiers, Gynécologie obstétrique et fertilité, vol.30, no.12, p. 944-952

8 Entretien avec Marie-Alexia Allard (2009). L’avortement crée un stress post-traumatique : <http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-sociales-psychologie/20090202-lavortement-cree-un-stress-post-traumatique.html>. Consulté le 12 juin 2014

9 Fichier des naissances – 2007-2011; Indice de défavorisation matérielle (Pampalon).

10 Lambert et coll. (2012). Sexe, drogue et autres questions de santé. : http://publications.santemontreal.gc.ca/uploads/tx_ assmpublications/978-2-89673-134-3.pdf

Décrochage scolaire

Pour les jeunes, l’importance de terminer leurs études secondaires ne fait aucun doute, car l’absence d’un diplôme est un frein à l’insertion professionnelle et accroît les risques d’éprouver une panoplie de problèmes sociaux, économiques et sanitaires. Le taux de décrochage scolaire correspond au taux de sortants du secondaire sans diplôme ni qualification pour une année donnée. Il s’agit de tous les sortants du secondaire (1^{re} à 5^e secondaire) qui étaient inscrits au 30 septembre en formation générale des jeunes et qui ont quitté temporairement ou définitivement les études sans avoir obtenu un diplôme ou une qualification¹. Ces élèves ne doivent donc pas être réinscrits au 30 septembre de l’année scolaire suivante dans un réseau public ou privé, que ce soit en formation générale des jeunes ou des adultes, en formation professionnelle ou encore dans un établissement d’enseignement collégial.

Fiches DÉTERMINANT associées (7) : [Milieu scolaire](#); [Conciliation travail-études](#); [Milieu familial](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(jeunes\)](#); [Ressources communautaires](#); [Services préventifs spécifiques pour les jeunes](#); [Compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes](#)

État de la situation à Montréal

- Le taux de décrochage scolaire à Montréal a subi une baisse au cours des dix dernières années, mais demeure plus élevé que dans le reste du Québec.
- En 2010-2011, environ un jeune sur cinq (20,8 %) fréquentant le réseau public montréalais a quitté le secondaire temporairement ou définitivement sans avoir obtenu diplôme ou qualification, ce qui représente plus de **2 600** jeunes².

Taux annuel de sorties sans diplôme ni qualification (décrocheurs) parmi l'ensemble des sortants du secondaire, réseau public, Montréal et reste du Québec, 1999-2000 à 2011-2012²

Année scolaire	Montréal (%)	Reste du Québec (%)
1999-2000	28,6	23,2
2000-2001	27,0	24,6
2001-2002	26,1	23,7
2002-2003	27,4	23,1
2003-2004	24,6	20,5
2004-2005	26,1	23,7
2005-2006	27,4	23,1
2006-2007	24,6	20,5
2007-2008	20,8	18,1
2008-2009	20,8	18,1
2009-2010	20,8	18,1
2010-2011	20,8	18,1

Impacts

- Le décrochage scolaire est une composante pouvant mener à l'exclusion, celle-ci pouvant prendre la forme d'itinérance, de toxicomanie ou de prostitution³.
- Les décrocheurs sont plus susceptibles d'être associés à la criminalité juvénile et adulte, de développer des problèmes psychosociaux ou d'adopter des comportements sexuels à risque et, quand ils seront parents, de voir leurs enfants décrocher de l'école⁴.
- Le décrochage scolaire est également associé à des difficultés accrues d'intégration socioprofessionnelle, à des emplois précaires et sous-payés, donc des revenus instables. De plus, ce groupe s'engage moins sur le plan social^{4,5}.
- Le décrochage scolaire pénalise les personnes sur le plan de la santé. Ils ont notamment un risque accru de dépression à l'âge adulte et une espérance de vie plus faible⁵.

Analyse des disparités

- Le décrochage scolaire touche davantage les **garçons** que les filles².
- Si, en 2010-2011, on note peu d'écart entre les garçons montréalais et ceux du reste du Québec, le portrait est différent pour les filles. À Montréal, ces dernières présentent un taux de décrochage scolaire plus élevé qu'ailleurs au Québec (17,9% c. 14,8%)².
- Plus les jeunes vivent dans des territoires de CLSC où les conditions de **vulnérabilité socioéconomique**⁶ sont défavorables, plus le taux de décrochage scolaire est élevé.
- À Montréal, pour l'année 2010-2011, les **commissions scolaires francophones** enregistrent des taux de décrochage scolaire plus élevés que les commissions scolaires anglophones. En effet, le taux se situe à 26,6 % dans les commissions scolaires de la Pointe-de-l'Île et de Montréal et à 18,5 % pour la commission scolaire Marguerite-Bourgeoys, tandis qu'il est de 15,7 % à la commission scolaire English-Montréal et 12,5 % à Lester-B.-Pearson².

Taux annuel de sorties sans diplôme ni qualification (décrocheurs) parmi l'ensemble des sortants du secondaire, selon le sexe, réseau public, Montréal, 1999-2000 à 2010-2011²

Année scolaire	Mtl Gars (%)	Mtl Filles (%)	RdQc Gars (%)	RdQc Filles (%)
1999-2000	34,0	23,0	23,0	23,0
2000-2001	34,0	23,0	23,0	23,0
2001-2002	32,0	22,0	23,0	23,0
2002-2003	32,0	22,0	23,0	23,0
2003-2004	33,0	22,0	23,0	23,0
2004-2005	31,0	21,0	23,0	23,0
2005-2006	31,0	21,0	23,0	23,0
2006-2007	31,0	21,0	23,0	23,0
2007-2008	29,0	20,0	23,0	23,0
2008-2009	28,0	19,0	23,0	23,0
2009-2010	26,6	17,9	23,0	23,0
2010-2011	26,6	17,9	23,0	23,0

¹ Les sortants du secondaire attribuables à l’émigration, vers une autre province ou un autre pays, à la mortalité ou à la morbidité sont inclus dans le calcul de l’indicateur, le MELS estime à 0,7 % les jeunes qui se trouvent dans cette situation.

² Ministère de l’Éducation, du Loisir et du Sport, système Charlemagne, données 1999-2000 à 2010-2011.

³ <http://reussitemonteregie.ca/abc-de-la-perseverance/>

⁴ Le décrochage scolaire chez les jeunes du secondaire du réseau public à Montréal, Direction de santé publique de l’ASSSM, Octobre 2012.

⁵ Persévérance et réussite scolaire : La situation à Montréal. Réseau réussite Montréal, édition 2013.

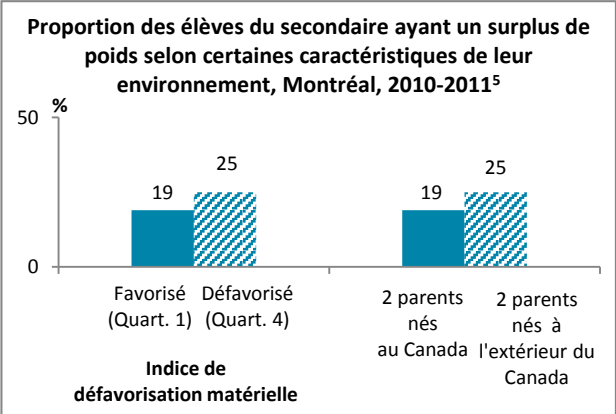
⁶ L’équipe de surveillance des Secteurs Tout-Petits- Jeunes a créé un indice de vulnérabilité socioéconomique des jeunes pour chaque CSSS à partir des variables suivantes : familles prestataires de l’assistance-emploi, familles sous le seuil de faible revenu, taux de chômage des parents, parents sans diplôme, grade ou certificat, familles monoparentales (femmes), familles immigrantes vivant sous le seuil de faible revenu.

Surplus de poids (tout-petits et jeunes)

L'épidémie d'obésité qui affecte nos sociétés est un phénomène inquiétant qui a des conséquences graves sur la santé et la qualité de vie de nos populations, ainsi que sur l'état des finances publiques¹. Elle est le résultat de l'effet cumulatif de multiples transformations dans nos sociétés qui ont entraîné les individus dans un mode de vie plus sédentaire et dans une modification profonde des habitudes alimentaires. Ainsi, au-delà du choix des personnes, notre environnement moderne ne facilite pas les choix favorables au maintien de poids normal, à l'alimentation saine ou à une mode de vie physiquement actif. Paradoxalement, l'environnement dans lequel on vit exige une image corporelle difficile à atteindre, ce qui amène un certain nombre de jeunes, préoccupés de façon excessive par leur poids, à développer des comportements malsains pour le contrôler^{2,3}. Les données recueillies dans les enquêtes peuvent être mesurées ou autodéclarées. Toutefois il existe des divergences entre les données mesurées et auto déclarées, ces dernières impliquant souvent une sous-estimation de la prévalence du surplus de poids⁴. Le statut pondéral est déterminé grâce à l'indice de masse corporel (IMC), dont les seuils de référence pour les catégories de surplus de poids (embonpoint, obésité) sont définis en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant.

Fiches DÉTERMINANT associées (6) : [Habitudes alimentaires \(tout-petits et jeunes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Manque de sommeil](#); [Système de transport et aménagement urbain](#); [Allaitement maternel](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement](#);

État de la situation à Montréal	- Presque le quart (22 %) des élèves des écoles secondaires à Montréal, soit 21 900 jeunes, présentent un surplus de poids (embonpoint; 15 % et obésité; 7 %). Cette proportion est comparable à celle du reste du Québec (21%) (données auto déclarées, année 2010-2011)⁵. - Ce sont 28 % des élèves montréalais de 6^e année qui présentent un surplus de poids (données autodéclarées, 2003⁶). - Parmi les enfants montréalais de 7 ans, 21 % sont atteints d'un surplus de poids, soit environ 2 fois plus que ceux des autres régions urbaines du Québec (13 %) (données mesurées, 2005)⁷. - À l'âge de 4 ans, 16 % des québécois ont déjà un surplus de poids (12 % présentent de l'embonpoint et 4 % sont obèses) (données mesurées, 2002)⁸. - Entre les années 1978-1979 et 2004, la proportion de jeunes québécois de 2 à 17 ans présentant un surplus de poids (embonpoint ou obésité) a bondi de 55 %, passant de 15 % à 23 % (données mesurées)⁴.
Impacts	- Les jeunes ayant un surplus de poids courent plus de risques de stigmatisation et de violence par leurs pairs, ce qui peut influencer négativement leur santé émotionnelle et psychosociale. Ils sont alors plus à risque de présenter une faible estime de soi et des symptômes de dépression⁹. - Les comportements discriminatoires, autant de la part des enfants que des adultes, peuvent causer une insatisfaction relative à l'image corporelle et des comportements alimentaires malsains chez les enfants atteints d'un surplus de poids¹⁰. - Le surplus de poids expose les jeunes aux risques de souffrir d'obésité avec l'âge et de développer certaines maladies chroniques telles que l'asthme, le diabète de type 2 et l'apnée du sommeil, maladies autrefois associées aux adultes et aux aînés^{10,11}. À plus long terme, la persistance du surplus de poids à l'âge adulte accroît notamment le risque de diabète de type 2, d'hypertension, de certains types de cancer et de maladies cardiovasculaires¹².
Analyse des disparités	- En 2010-2011, parmi les élèves des écoles secondaires à Montréal, l'obésité est plus prévalente chez les garçons que chez les filles (27 % c. 17 %)⁵. - En 2005, la prévalence de surplus de poids s'avère significativement plus élevée chez les enfants de 4 ans vivant dans des ménages ayant souffert d'insécurité alimentaire comparativement à ceux vivant dans les autres ménages (21 % c. 13 %)⁸. - De façon générale, on observe que les enfants vivant dans des milieux socioéconomiques plus défavorisés semblent plus à risque de surplus de poids^{5,7,13,14}. - Les enfants dont les parents sont nés à l'extérieur du Canada semblent également être exposés à un plus grand risque de surplus de poids^{5,7}.



¹ Approche de la prévention de l'obésité de l'enfant, OMS, 2012.

² Agir ensemble pour prévenir les problèmes liés au poids : optimiser nos pratiques, réduire les inégalités sociales de santé, promouvoir le développement durable, INSPQ, Agence régionale de santé de l'Île de France et coll., 2013.

³ Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation, Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, (GTPPP), Association pour la santé publique du Québec, 2004.

⁴ Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005. INSPQ, 2009.

⁵ Portail de santé publique de l'INSPQ, EQSJS 2010-2011, ISQ, 2011.

⁶ Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais 2003 (EBJM), DSP de Montréal, 2003.

⁷ Le surplus de poids chez les enfants de 4 à 7 ans : des cibles pour l'action. Série Je suis-je serai, Volume 4, Fascicule 3, ISQ, 2009.

⁸ Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans, Québec, ISQ, 2005.

⁹ Plan régional de santé publique 2010-2015 - Garder notre monde en santé, DSP de Montréal, 2011.

¹⁰ Série de Rapports techniques, Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale, OMS, 2003.

¹¹ Plan of action for the prevention of obesity in children and adolescents, OMS et la Pan American Health Organization, 2014.

¹² Center for Disease Control and prevention (2103) Childhood obesity facts : Health effects of childhood obesity.

¹³ Use of neighbourhood parks : does socio-economic status matter? A four city study.

¹⁴ Politiques publiques et santé : L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids : synthèse, INSPQ, 2010.

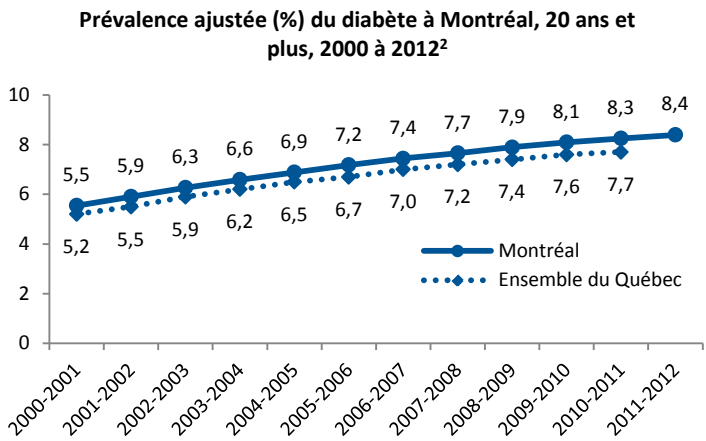
Diabète

Le diabète est une incapacité du corps à sécréter ou à métaboliser l’insuline. Les cas de diabète à Montréal incluent tant le diabète de type 1 que le diabète de type 2.

Fiches DÉTERMINANT associées (8) : [Habitudes alimentaires \(tout-petits et jeunes\)](#); [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#) (part attribuable : 20 %¹); [Couverture populationnelle des PCP en prévention et gestion des maladies chroniques](#); [Allaitement maternel](#); [Manque de sommeil](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement](#)

État de la situation à Montréal

- En 2011-2012, près d’une personne de vingt ans et plus sur dix (8,4 %) est atteinte de diabète, ce qui représente, environ **138 000** personnes².
- Depuis le début des années 2000, la prévalence augmente de façon constante. Le taux d’incidence, lui, se maintient autour de 8 nouveaux cas pour 1000 personnes de vingt ans et plus par année².
- La prévalence du diabète à Montréal suit la même tendance que celle observée pour le Québec, mais est significativement supérieure depuis 2000-2001³.

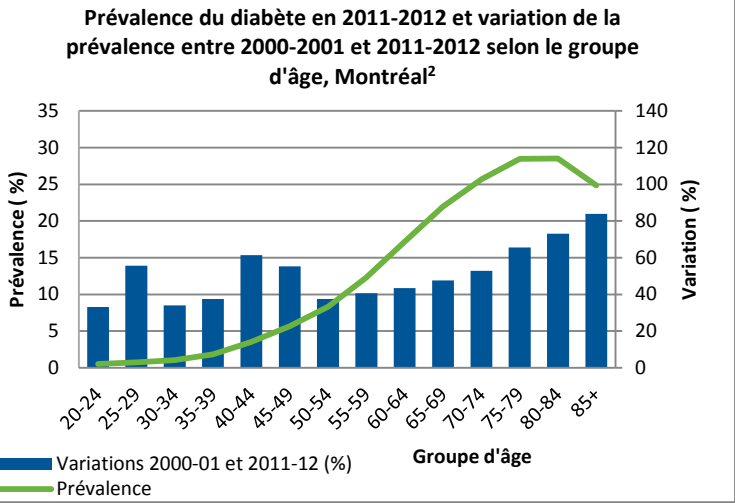


Impacts

- Le diabète exerce une forte pression sur le système de soins : par rapport à l’ensemble de la population, les diabétiques consultent plus, sont plus souvent hospitalisés et visitent plus fréquemment l’urgence⁴. En effet, environ 10 % des visites à l’urgence en 2009-2010⁵ et plus de 15 % des hospitalisations de courte durée entre 2009 et 2012⁶ étaient liées au diabète.
- Le diabète mène souvent à d’importantes complications, entre autres : problèmes vasculaires (crise cardiaque, AVC, néphropathie), atteinte nerveuse et perte de la vue⁷. De plus, le diabète entraîne une réduction de l’espérance de vie pouvant atteindre 10 ans³.
- Le fardeau économique du diabète au Québec est estimé à près de trois milliards de dollars annuellement, en coûts directs et indirects⁸.

Analyse des disparités

- Le diabète touche plus les **personnes âgées** que les jeunes : plus de 50 % des diabétiques ont 65 ans ou plus. Cependant, la prévalence est en augmentation chez tous les groupes d’âge, y compris les plus jeunes².
- À partir de 40 ans, la prévalence chez les **hommes** est plus élevée que chez les femmes².
- Les **individus vivant dans des milieux défavorisés** sont plus à risque de développer le diabète : la prévalence augmente avec l’indice de défavorisation matérielle⁵.



¹ Katzmarzyk, P.T. et al, The Economic burden of physical inactivity in Canada, CMAJ, Vol. 163, No. 11,p. 1435-1440, 2000.

² Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), INSPQ, 2013.

³ Fiche thématique de l’IPCCD, Diabète, 2012.

⁴ L’utilisation des services de santé par les Montréalais atteints de diabète – années 2001-2002 à 2009-2010, DSP et INSPQ 2013.

⁵ Banque de données médico-administratives jumelées. Données analysées par l’équipe conjointe INSPQ et DSP de Montréal, 2009-2010.

⁶ Fichiers Med-ECHO, MSSS, 2009-2012.

⁷ Le diabète : un défi de santé publique – Montréal et ses CSSS, 2003-2004, DSP, 2007.

⁸ http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/questcequedia.html, consulté le 07-05-2014.

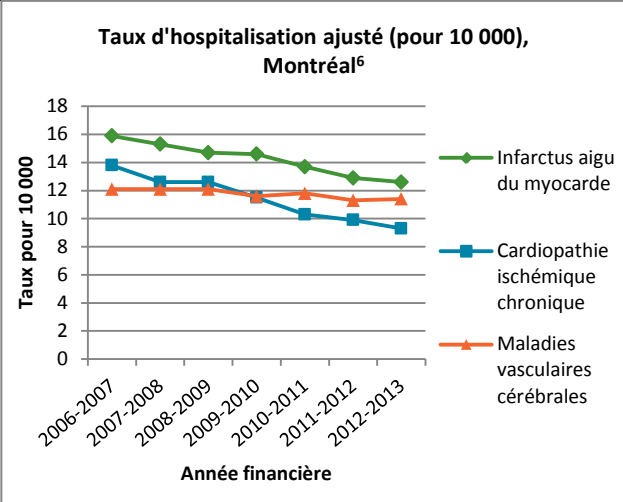
Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (MCV) regroupent les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins, dont les conditions aiguës (ex. accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde) et chroniques (ex. insuffisance cardiaque et cardiopathies ischémiques). Les maladies cardiovasculaires aiguës peuvent engendrer des problèmes chroniques. Les facteurs de risque principaux des MCV sont de nature comportementale : tabagisme, sédentarité et alimentation (pauvre en fruits et légumes et riche en sodium)¹. On estime que 80 % des MCV sont évitables par le changement d'habitudes de vie². Les facteurs de risque intermédiaires incluent le diabète, l'hypertension, l'obésité (surtout l'obésité abdominale) et l'hypercholestérolémie^{2,3}.

Fiches DÉTERMINANT associées (12) : [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement](#) (part attribuable : 25 à 30 %⁴); [Tabagisme chez les jeunes](#); [Couverture populationnelle des PCP en prévention et gestion des maladies chroniques](#); [Système de transport et aménagement urbain](#); [Qualité de l'air extérieur](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#); [Manque de sommeil](#); [Consommation d'alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#); [Bruit communautaire](#)

État de la situation à Montréal

- En 2012, environ **131 000** Montréalais de 15 ans et plus sont atteints d'une maladie cardiaque, soit 8,0 % de la population (n'inclut pas les maladies vasculaires)⁵.
- Pour l'année 2012-2013, à Montréal, on compte 2 632 hospitalisations pour infarctus aigu du myocarde (IM), 1 859 hospitalisations pour cardiopathie ischémique chronique (CIC) et 2 465 hospitalisations pour maladies vasculaires cérébrales (MVC)⁶.
- Le taux d'hospitalisation pour IM est significativement plus bas à Montréal que dans l'ensemble de la province, alors qu'il est plus élevé pour les CIC. Le taux d'hospitalisation pour MVC à Montréal est semblable à celui de l'ensemble de la province⁶.
- Les taux d'hospitalisation montréalais pour IM et CIC sont significativement plus bas en 2012-2013 qu'ils ne l'étaient en 2006-2007⁵. On note la même tendance décroissante pour les MVC, mais la différence entre 2006-2007 et 2012-2013 n'est significative qu'à l'échelle de l'ensemble du Québec⁶.
- On observe un déclin du taux de mortalité et du taux d'hospitalisation des MCV au cours des dernières années, grâce à l'amélioration des traitements et au changement des habitudes de vie. Cette tendance a été notée à l'échelle du Canada et du Québec^{1,6,7}.

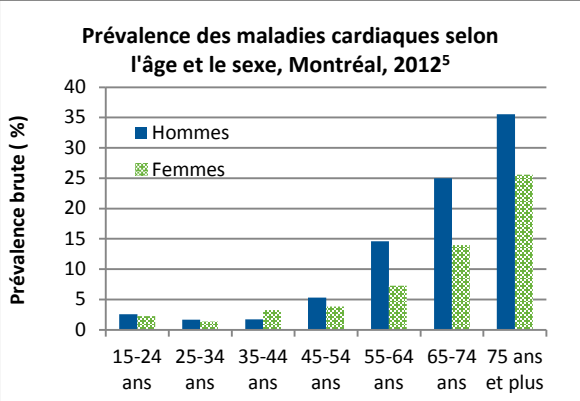


Impacts

- En 2011, les maladies cardiaques et maladies vasculaires cérébrales se trouvaient, respectivement, au 2^e et 3^e rang des causes de décès les plus fréquentes au Canada. Ensemble, elles étaient à l'origine de 25 % des décès⁸.
- Les MCV mènent à des incapacités et sont associées à une perception négative de la santé globale de l'individu. Les MCV sont aussi associés à des troubles d'anxiété et de dépression¹.
- Bien qu'on observe une légère baisse à Montréal, les MCV demeurent les causes les plus fréquentes d'hospitalisation au Québec⁷ et engendrent d'importants coûts directs (hospitalisations, médicaments) et indirects (production économique perdue). Au Canada, en 2005, les coûts directs et indirects des MCV étaient estimés à 20,9 milliards de dollars. On estime que ces coûts atteindront 28,3 millions de dollars en 2020⁹.

Analyse des disparités

- Le risque d'être atteint d'une MCV augmente avec l'âge^{1,7}.
- Les **hommes** sont plus à risque de développer une maladie cardiaque que les femmes. Parmi la population canadienne de 75 ans et plus, 27 % des hommes sont atteints d'une maladie du cœur, contrairement à 20 % des femmes¹.
- Les personnes **moins scolarisées** et celles ayant un **faible revenu** sont plus à risque de développer une MCV ou de cumuler des facteurs de risque (sédentarité, tabagisme, alimentation pauvre en fruits et légumes, surplus de poids, stress, hypertension)¹.



¹ Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2009. ASPC, 2009.

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>

³ Obésité abdominale et facteurs de risque de maladie cardiovasculaire à l'intérieur des catégories d'indice de masse corporelle. ASPC, 2012.

⁴ http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/tabagisme/problematique.html?L=iigdachfdxbvkh, consulté le 30 juillet 2014.

⁵ DSP Montréal, Enquête TOPO, 2012.

⁶ Portail INSPQ, Fichiers MED-ECHO, années 2006-2007 à 2012-2013.

⁷ Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : prévalence, morbidité et mortalité au Québec. INSPQ, 2006.

⁸ Les dix principales causes de décès, 2011, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/11896-fra.htm> (Statistique Canada).

⁹ The Canadian Heart Health Strategy: Risk factors and future cost implications, Le Conference Board du Canada, 2010.

Une dyslipidémie désigne un taux de lipides sanguins (ex. cholestérol, triglycérides) anormal². Cette condition est souvent asymptomatique et non détectée jusqu’à ce que les graisses forment un dépôt sur les parois des vaisseaux sanguins (plaques d’athérome), bloquant la circulation sanguine². La dyslipidémie est un des facteurs de risque principaux des maladies cardiovasculaires³. Des associations ont été démontrées entre le stress et l’hypercholestérolémie⁴. Il est recommandé que les hommes de ≥40 ans et les femmes ménopausées ou de ≥50 ans passent un test de dépistage de la dyslipidémie aux 3 à 5 ans (mesure du taux de cholestérol – HDL et LDL – et mesure des triglycérides)⁵. Les personnes avec une maladie cardiovasculaire connue devraient faire un bilan lipidique annuellement et les diabétiques tous les 1 à 3 ans⁶.

Fiches DÉTERMINANT associées (6) : [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement](#); [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Habitudes alimentaires \(tout-petits et jeunes\)](#); [Couverture populationnelle des PCP en prévention et gestion des maladies chroniques](#)

État de la situation à Montréal

- Selon une enquête effectuée entre 1986 et 1992, près de la moitié (48 %) des Québécois de 18 à 74 ans étaient atteints de dyslipidémie, proportion supérieure au reste du Canada (43 %). Cet écart est présent chez les hommes comme chez les femmes, et pour tous les groupes d’âge⁷.
- Selon une enquête menée pendant la période 2007-2009, 45 % des Canadiens étaient atteints de dyslipidémie et seulement le quart (24 %) d’entre eux recevait un traitement pharmacologique³.
- Pour la période 2007 à 2009, parmi les adultes canadiens :
 - le quart (25 %) avait un taux de triglycérides au-delà des niveaux favorables à la santé¹;
 - près de la moitié (41 %) présentait une hypercholestérolémie¹;
 - plus du tiers (36 %) avait des taux de mauvais cholestérol (LDL) au-delà du seuil recommandé¹;
 - près du tiers (30 %) avait des taux de bon cholestérol (HDL) sous le seuil recommandé¹.
- La proportion d’enfants canadiens dont les taux de triglycérides dépassent les valeurs recommandées est faible (<10 %). Par contre, entre 22 et 32 % des enfants de 6 à 19 ans ont des taux de cholestérol total au-dessus des valeurs recommandées, dépendamment de l’âge et du sexe¹.
- On prédit un déclin de la prévalence de l’hypercholestérolémie d’ici 2021, en partie attribuable à une meilleur prise en charge de cette condition médicale⁸.

Impacts

- Au Canada, les coûts estimés reliés à la prise de médicaments contre la dyslipidémie et calculés à partir de l’âge moyen lors du diagnostic (57 ans) sont de 14 000\$ par individu, pour la durée de la maladie⁹.
- Des taux de lipides élevés constituent un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires³.
- L’hypercholestérolémie se place au 7^e rang des déterminants responsables du plus grand nombre de DALYs au Canada, dû à son rôle dans le développement des maladies cardiovasculaires (environ 3,5 % des DALYs)¹⁰.

Analyse des disparités

- La prévalence de dyslipidémie est plus élevée chez les **hommes** que chez les femmes³.
- La prévalence de la dyslipidémie augmente avec l’âge³.
- Un **faible statut socioéconomique** est associé à un plus grand risque de cumuler des facteurs de risques de MCV tels que la dyslipidémie¹¹.

Prévalence d'un taux néfaste de cholestérol ou de triglycérides, population canadienne, 2007-2009¹

Catégorie	Prévalence (%)
Taux de cholestérol total élevé	41%
Taux de cholestérol LDL élevé	36%
Taux de cholestérol HDL bas	30%
Taux de triglycérides élevé	25%

Prévalence d'un taux de triglycérides et de cholestérol total élevé selon l'âge, population canadienne, 2007-2009¹

Âge	Taux de triglycérides élevé (%)	Taux de cholestérol total élevé (%)
20-39 ans	17%	27%
40-49 ans	28%	47%
50-79 ans	34%	54%

¹ <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010001/article/11136-fra.htm>, consulté en juillet 2014.

² <http://www.coeurpoumons.ca/patients/maladies-cardiovasculaires/dyslipidemie-cholesterol/>, consulté en juillet 2014.

³ Joffres, M. et al, Dyslipidemia prevalence, treatment, control and awareness in the Canadian Health Measures survey, Revue canadienne de santé publique, Vol. 104, No. 3, 2013, p. 252-257.

⁴ http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVOxFoG/b.3669943/k.F29/Maladies_du_coeur_G233rez_votre_stress.htm, consulté en juillet 2014.

⁵ Anderson, T.J. et al, 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guideline for the Diagnosis of Dyslipidemia For the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult, Can J Cardiol, Vol. 29, 2013, p. 151-167.

⁶ L’évaluation médicale périodique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des Médecins du Québec, 2014.

⁷ Joffres, M.R. et al, Comparison of the prevalence of cardiovascular risk factors between Quebec and other Canadian provinces: the Canadian Heart Health Surveys, Ethn Dis, Vol. 9, No. 2, printemps-été 1999, p. 243-253.

⁸ Manuel, D.G. et al, Projections of preventable risks for cardiovascular disease in Canada to 2021: a microsimulation modelling approach, CMAJ Vol. 2, No. 2, 2014, p. 94-101.

⁹ Grover, S. et al, Preventing cardiovascular disease among Candadians: Is the treatment of hypertension or dyslipidemia-effective?, Can J Cardiol, Vol. 24, No. 12, 2008, p. 891-898.

¹⁰ Global Burden of Diseases Profile : Canada, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010.

¹¹ Kreatsoulas, C. et al, The impact of social determinants on cardiovascular disease, Can J Cardiol, Vol. 26, Supp. C, août-septembre 2010, p. 8c-13c.

18

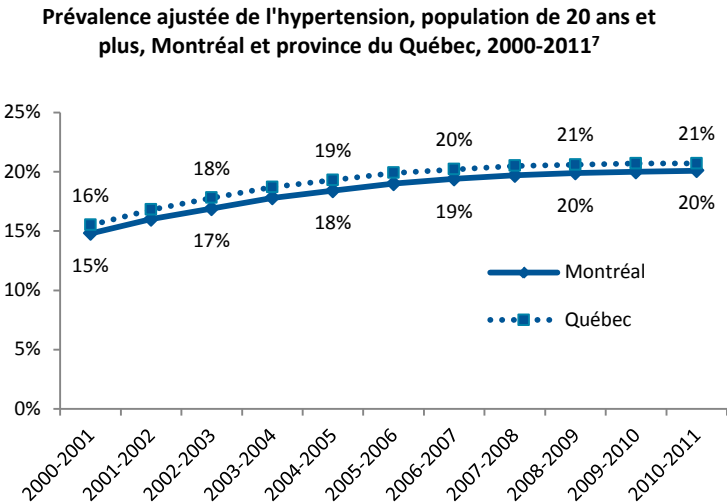
Hypertension

L'hypertension désigne une élévation de la pression sanguine. L'hypertension est habituellement asymptomatique, bien qu'elle puisse causer des maux de tête, essoufflement, étourdissements, douleurs thoraciques, saignements de nez et palpitations cardiaques chez certaines personnes¹.

Fiches DÉTERMINANT associées (13) : [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#) (part attribuable : 20%²); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement](#); [Tabagisme chez les jeunes](#); [Couverture populationnelle des PCP en prévention et gestion des maladies chroniques](#); [Consommation d'alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#); [Qualité de l'air extérieur](#); [Bruit communautaire](#); [Exposition au bruit en milieu de travail](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#); [Exposition à des facteurs de risque psychosociaux au travail](#); [Manque de sommeil](#)

État de la situation à Montréal

- En 2012, **271 000** Montréalais de 20 ans et plus sont atteints d'hypertension³. Parmi les 45 ans et plus, près du tiers (30 %) sont hypertendus⁴.
- En 2011-2012, la prévalence (ajustée selon l'âge) de l'hypertension parmi les Montréalais de 18 ans et plus est comparable à celle du reste du Québec (16 % et 19 %, respectivement)⁵.
- La prévalence de l'hypertension a continué de croître au cours de la dernière décennie malgré une légère diminution du nombre annuel de nouveaux cas^{6,7}.

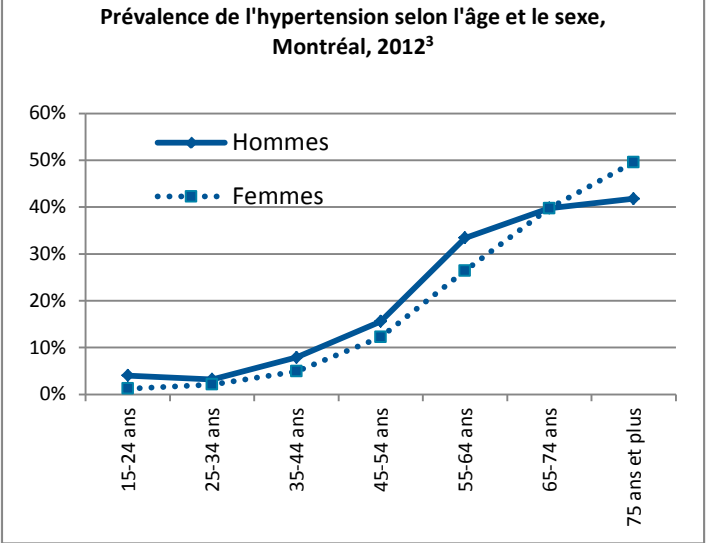


Impacts

- Au Canada, l'hypertension est à l'origine du plus grand nombre de consultations médicales⁸. À Montréal, pour l'année 2009-2010, l'hypertension a fait l'objet de plus d'un million (1 056 525) de consultations chez un médecin⁹.
- L'hypertension est la cause la plus fréquente de la prise de médicaments au Canada, et la moitié (49,6 %) des coûts liés aux médicaments pour maladies cardiovasculaires est attribuable à cette condition^{6,10}.
- L'hypertension est un des facteurs de risque principaux des maladies cardiovasculaires et peut mener à des infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque, des maladies rénales et des accidents vasculaires cérébraux^{1,10}.

Analyse des disparités

- La prévalence de l'hypertension augmente avec l'âge; on note une forte augmentation de la prévalence après l'âge de 45 ans³.
- Des **facteurs socioéconomiques** tels que le **revenu**, l'**emploi** et la **scolarité** influent sur le risque d'hypertension, par le biais des conditions de vie et des déterminants comportementaux^{1,11}.
 - Par exemple : 39 % des Montréalais de 45 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (DES) sont hypertendus, comparativement à 31 % des détenteurs d'un DES et à 23 % des détenteurs d'un diplôme universitaire (données non ajustées)³.



¹ Panorama mondial de l'hypertension, Organisation mondiale de la santé, 2013.

² Katzmarzyk, P.T. et al, The Economic burden of physical inactivity in Canada, CMAJ, Vol. 163, No. 11,p. 1435-1440, 2000.

³ Enquête TOPO 2012, Direction de santé publique de Montréal, 2012.

⁴ Chiffres-clés, Enquête TOPO 2012, Direction de santé publique de Montréal, 2012.

⁵ Infocentre de santé publique de l'INSPQ, ESCC (Statistique Canada), 2011-2012.

⁶ Surveillance de l'hypertension au Québec, INSPQ, 2011.

⁷ Infocentre de santé publique de l'INSPQ, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2000-2011.

⁸ Faits et chiffres sur l'hypertension, http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/hypertension_figures_fra.php, consulté en avril 2014.

⁹ ÉMIS, Banque de données médico-administratives jumelées, INSPQ et DSP, consulté avril 2014.

¹⁰ Fondation des maladies du cœur du Canada : Le Fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003.

¹¹ Relation entre la défavorisation et l'incidence de l'hypertension artérielle chez les individus de 20 ans et plus au Québec en 2006-2007, INSPQ, 2010.

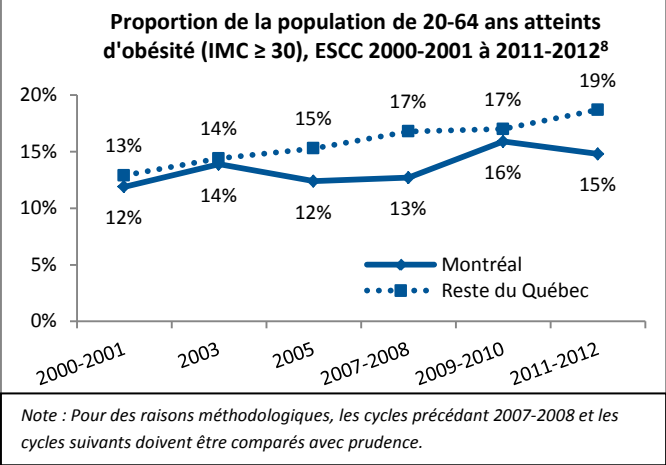
Surplus de poids (adultes)

Le surpoids est depuis longtemps associé à un risque accru de développer une maladie chronique. Cependant, cette relation n’est pas linéaire, notamment parce que l’utilisation de l’indice de masse corporelle (IMC) comme indicateur individuel de l’adiposité comporte de nombreuses limites : il ne tient pas compte de la répartition des tissus adipeux (le gras viscéral est plus dangereux que le gras sous-cutané) ni de la présence d’autres facteurs de risque (alimentation déséquilibrée, tabagisme, sédentarité). Il est donc recommandé de combiner l’IMC avec le tour de taille et la mesure de triglycérides afin d’évaluer les risques réels pour la santé reliés au surplus de poids, et de considérer que ce ne sont pas toutes les personnes en situation de surpoids qui sont à risque^{1,2,3,4}. Enfin, la préoccupation excessive à l’égard de son poids est un problème presque aussi répandu que l’excès de poids lui-même et son impact, bien que moins documenté, constitue un enjeu important de santé publique⁵. Au Canada, le surplus de poids est à l’origine de ~9% des DALYs⁶.

Fiches DÉTERMINANT associées (5) : [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement](#); [Système de transport et environnement urbain](#); [Manque de sommeil](#)

État de la situation à Montréal

- En 2012, la moitié des Montréalais de 18 ans et plus ont un surplus de poids. Environ le tiers (34 %) sont atteints d’embonpoint (IMC entre 25 et 29,9) alors que 16 %, soit environ **246 500** personnes, sont atteintes d’obésité (IMC supérieur à 29,9).⁷
- En 2011-2012, la proportion de Montréalais atteints d’obésité est significativement inférieure à celle du reste du Québec (15 % c. 19 %)⁸.
- La prévalence de l’obésité à Montréal augmente depuis 1987, alors que la proportion de Montréalais obèses était de 8 %.⁹
- En 2008, 35 % des Montréalais(e)s entreprenaient des actions pour perdre ou contrôler leur poids au cours d’une année, dont la moitié avec un IMC normal (IMC de 18,5 à 24,9)¹⁰.

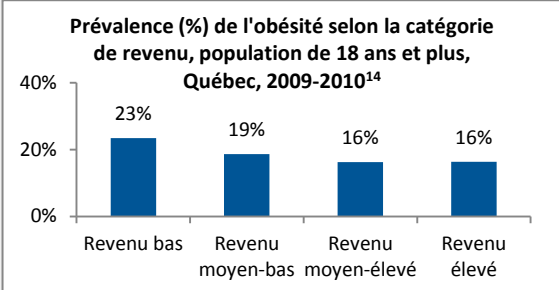


Impacts

- Le surplus de poids est associé à plusieurs maladies chroniques : les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l’hypertension et certains cancers¹¹. De plus, l’obésité est associée à certains problèmes psychosociaux (ex. faible estime de soi et discrimination sociale et discrimination en lien avec l’emploi)^{11,12}.
- Une étude ontarienne révèle que l’obésité chez les hommes et les femmes engendre des coûts médicaux plus élevés (15 % et 18 %, respectivement) que chez les personnes ayant un poids dit « normal »¹².
- Un des impacts de l’épidémie d’obésité et de l’importance médiatique qu’on y accorde est la préoccupation excessive à l’égard du poids, c’est-à-dire lorsque l’insatisfaction par rapport à son poids porte atteinte à la santé physique ou mentale de l’individu⁵. Une large part de Montréalais(e)s éprouve de telles préoccupations pouvant se traduire par des comportements nuisibles pour la santé¹³ :
 - o parmi les Montréalais(e)s de 15 ans et plus ayant essayé de perdre du poids, 27 % ont utilisé une diète ou programme d’amaigrissement commercial (période de référence de six mois);
 - o les Montréalais(e)s sont les plus forts utilisateurs de méthodes dangereuses (ex. sauter des repas, jeûner, prendre des médicaments) : 11,5 % à Montréal contre 7,8 % au Québec.
- L’un des impacts connus des tentatives répétées de perte de poids et de l’utilisation de régimes, produits et méthodes commerciales d’amaigrissement est le risque plus élevé d’obésité à long terme⁵.

Analyse des disparités

- La prévalence du surplus de poids augmente avec l’âge jusqu’à l’âge de 65 ans, après quoi elle diminue¹⁴.
- La prévalence de l’obésité varie selon le **statut socio-économique** (scolarité, revenu, statut d’emploi). Par contre, au cours des dernières décennies, l’augmentation de la prévalence de l’obésité touche l’ensemble de la population¹⁴.
- Les **femmes** sont plus susceptibles d’avoir une préoccupation excessive à l’égard de leur poids, de faire des tentatives répétées de perte de poids et d’utiliser des méthodes commerciales ou potentiellement dangereuses¹⁰.



¹ Mieux intervenir sur le poids et la santé : Messages clés, DSP Montréal.

² Flegal et al, Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis, JAMA, Vol. 309, No. 1, 2 janvier 2013, p. 71-82.

³ Chen et al, Association between body mass index and cardiovascular disease mortality in east Asians and south Asians: pooled analysis of prospective data from the Asia Cohort Consortium, BMJ, Vol. 347, No. 7927, octobre 2013, p. 12-30.

⁴ Bacon et al, Weight science : evaluating the evidence for a paradigm shift, Nutr. J, Vol. 10, No. 9, 24 janvier 2011, 13 p.

⁵ Bénéfices, risques et encadrement associés à l’utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). INSPQ, 2008.

⁶ Global Burden of Diseases Profile : Canada, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010.

⁷ Chiffres-clés TOPO 2012, <http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Outil/Chiffres-cl%C3%A9s/TOPO2012/Chiffrescl%C3%A9sTOPO-MTL.pdf>, consulté juin 2014.

⁸ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, ESCC, 2000-2001 à 2011-2012.

⁹ Tableau statistique de l’ISQ, <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil06/societe/sante/masse06.htm>, consulté juin 2014.

¹⁰ EQSP, 2008 (ISQ).

¹¹ Les inégalités sociales à Montréal : Surplus de poids, DSP de Montréal, 2012.

¹² Obesity in Canada, Agence de la santé publique du Canada et l’Institut canadien de l’information sur la santé, 2011.

¹³ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, EQSP (ISQ), 2008.

¹⁴ Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois, INSPQ, 2013.

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est « un trouble respiratoire causé en grande partie par le tabagisme et caractérisé par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, l’hyperinflation pulmonaire, des manifestations systémiques » et des exacerbations de fréquence et de sévérité croissantes¹. Dans 80 à 90 % des cas, le tabagisme est la principale cause de la MPOC, et le risque de développer une MPOC augmente avec le nombre de paquets-année². Il n’y a pas de traitement définitif contre les MPOC; il est possible de ralentir l’évolution mais elle est irréversible. Si la MPOC est diagnostiquée tôt, elle est plus facile à traiter³. On estime que pour environ 50 % des individus atteints d’une MPOC, le diagnostic n’a pas été posé³.

Fiches DÉTERMINANT associées (5) : [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement](#) (part attribuable : 85%⁴); [Tabagisme chez les jeunes](#); [Qualité de l’air extérieur](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#); [Couverture populationnelle des PCP en prévention et gestion des maladies chroniques](#)

État de la situation à Montréal	- En 2012, environ 48 400 Montréalais sont atteints d’une MPOC, soit 4 % de la population de 35 ans et plus⁵. - La prévalence de la MPOC à Montréal augmente depuis 2001-2002⁶. - On note une hausse globale de l’incidence de la MPOC au cours des 20 dernières années dans les pays développés. Cette tendance semble se renverser au cours des 10 dernières années⁷. - La MPOC est la seule maladie chronique pour laquelle le taux de mortalité est à la hausse³.	Nombre et pourcentage des Montréalais de ≥35 ans atteints d'une MPOC parmi les utilisateurs de services de santé, années 2001-2002 à 2009-2010⁶ <table border="1"><thead><tr><th>Année</th><th>Nombre</th><th>Prévalence (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2001-2002</td><td>40 000</td><td>3.5</td></tr><tr><td>2002-2003</td><td>45 000</td><td>4.0</td></tr><tr><td>2003-2004</td><td>50 000</td><td>4.5</td></tr><tr><td>2004-2005</td><td>55 000</td><td>5.0</td></tr><tr><td>2005-2006</td><td>60 000</td><td>5.5</td></tr><tr><td>2006-2007</td><td>65 000</td><td>6.0</td></tr><tr><td>2007-2008</td><td>68 000</td><td>6.2</td></tr><tr><td>2008-2009</td><td>70 000</td><td>6.4</td></tr><tr><td>2009-2010</td><td>70 000</td><td>6.5</td></tr></tbody></table>	Année	Nombre	Prévalence (%)	2001-2002	40 000	3.5	2002-2003	45 000	4.0	2003-2004	50 000	4.5	2004-2005	55 000	5.0	2005-2006	60 000	5.5	2006-2007	65 000	6.0	2007-2008	68 000	6.2	2008-2009	70 000	6.4	2009-2010	70 000	6.5
Année	Nombre	Prévalence (%)																														
2001-2002	40 000	3.5																														
2002-2003	45 000	4.0																														
2003-2004	50 000	4.5																														
2004-2005	55 000	5.0																														
2005-2006	60 000	5.5																														
2006-2007	65 000	6.0																														
2007-2008	68 000	6.2																														
2008-2009	70 000	6.4																														
2009-2010	70 000	6.5																														
Impacts	- Les symptômes de MPOC incluent de la toux, de l’essoufflement progressif et une plus grande vulnérabilité à des infections respiratoires^{3,7}. De plus, la MPOC est associée à une réduction de la masse musculaire et à un déclin significatif de l’état de santé général^{7,8}. Les conséquences de la MPOC, en termes de qualité de vie, d’hospitalisation et de mortalité, sont semblables à celles d’un infarctus du myocarde³. - Ce sont 8 % des patients hospitalisés en raison d’une MPOC qui décèdent au cours de leur séjour à l’hôpital alors qu’un quart (environ 25 %) décèdent au cours de l’année suivante³. - Les complications cardiaques des MPOC constituent 20-25 % de la mortalité associée aux MPOC⁸. - La durée moyenne d’une hospitalisation pour MPOC est de 10 jours (estimation du coût d’une telle hospitalisation : 10 000\$)³. - Depuis 1990, le nombre d’années de vie perdues ajustées sur l’incapacité due à la maladie (DALYs) pour les MPOC a augmenté d’environ 3 %⁸. En 2010, les MPOC se classent au 6^e rang des maladies qui causent le plus d’années de vie perdues, représentant 3,5 % de toutes les années de vie perdues au Canada⁹. - Les coûts d’hospitalisation associés aux MPOC au Canada s’élèvent à ~1,5 milliards de dollars par année³. Les individus atteints d’une MPOC constituent, avec les individus atteints d’insuffisance cardiaque, les plus forts utilisateurs des services hospitaliers et des urgences¹⁰.																															
Analyse des disparités	- Les femmes sont plus fréquemment atteintes d’une MPOC que les hommes, dans tous les groupes d’âge à l’exception des 75 ans et plus¹. L’augmentation de la prévalence du tabagisme parmi les femmes se traduit par une augmentation de l’incidence de MPOC chez ces dernières⁷. - La prévalence de MPOC est plus élevée parmi les ≥75 ans, notamment parce que ce groupe d’âge a été fortement exposé au tabagisme et à la fumée de tabac dans l’environnement et que la MPOC se développe généralement sur une longue période^{2,7}. - Plusieurs études ont montré un lien entre un statut socioéconomique faible et une augmentation du risque de MPOC et des conséquences associées. Cette association est probablement multifactorielle, car le statut socioéconomique est associé à plusieurs facteurs de risque de développer une MPOC, dont le tabagisme et la qualité de l’air extérieur et intérieur¹¹.																															

¹ O'Donnell, D.E. et al, Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Mise à jour de 2008 – Points saillants pour les soins primaires, R Can Pneu Vol. 15. Supp. A, 2008, p. 1A-8A.

² Forey, B. et al, Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema, BMC Pulmonary Medicine, Vol. 11 No. 36, 2011, p. 1-61.

³ The Human and Economic Burden of COPD : A leading cause of hospital admissions in Canada, Société canadienne de thoracologie, 2010.

⁴ http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/tabagisme/problematique.html?L=jigdachfdxbvkh consulté le 30 juillet 2014.

⁵ Enquête TOPO 2012, DSP Montréal, 2012.

⁶ L'utilisation des services de santé par les Montréalais atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) Années 2001-2002 à 2009-2010, DSP de Montréal et INSPQ, 2013.

⁷ Rycroft, C.E. et al, Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease : a literature review. International Journal of COPD, vol. 7, 2012, p. 457-494.

⁸ Van Eden, S.F. et al, Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A Chronic Systemic Inflammatory Disease. Respiration, 2008, vol. 75, p. 224-238.

⁹ Global Burden of Diseases Profile : Canada, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010.

¹⁰ La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais, ASSS Montréal, 2012.

¹¹ Gershon et al, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and SocioEconomic Status : a Systematic Review, vol. 9 No. 3, juin 2012, p. 216-226.

Rhinite allergique et asthme

Les maladies respiratoires sont les conditions médicales les plus fréquentes chez les enfants, la rhinite allergique et l’asthme étant parmi les plus prévalentes¹. L’*asthme* est causé, entre autres, par une exposition à des allergènes ou irritants présents dans l’air. L’asthme professionnel, causé par l’exposition à des sensibilisants dans l’environnement de travail, représenterait 10-15 % des cas d’asthme apparaissant à l’âge adulte². La *rhinite allergique* est une inflammation des muqueuses nasales déclenchée par certains allergènes. Elle peut être saisonnière (réaction à des allergènes à l’extérieur tels que l’herbe à poux, pollens d’arbres, graminées, etc.) ou persistante (allergènes à l’intérieur, ex. acariens, moisissures et poussières)³. On estime que la rhinite allergique affecte environ 20 % de la population montréalaise, ce qui est concordant avec la situation aux États-Unis⁴. L’asthme et la rhinite sont importants non seulement parce que ces maladies affectent grandement la santé respiratoire et la qualité de vie, mais aussi parce que les personnes qui en souffrent sont plus à risque d’infections respiratoires diverses (rhumes, otites, sinusites, bronchites et pneumonies).

Fiches DÉTERMINANT associées (8) : [Qualité de l’air extérieur](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#) (part attribuable – PA - de l’asthme chez les enfants : 13-17 %, PA de rhinite allergique hivernale chez les enfants : 14 %¹); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement](#) (PA pour asthme infantile à vie : 13 % pour tabagisme *in utero*)¹; [Tabagisme chez les jeunes](#); [Allaitement maternel](#) (PA de l’absence d’allaitement pour l’asthme infantile à vie : 12 %¹); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Exposition aux substances sensibilisantes](#); [Exposition aux risques biologiques](#)

État de la situation à Montréal

Impacts

Analyse des disparités

- Parmi la population montréalaise de 15 ans et plus, 8 % (**135 900 personnes**) est atteinte d’asthme⁵. On estime que 19 % de la population adulte montréalaise a déjà reçu un diagnostic médical de rhinite allergique, proportion plus élevée que pour le reste du Québec (16 %) ⁶.
- Des études démontrent que parmi les cas d’asthme survenant chez les adultes, de 10-15 % sont des cas d’asthme professionnel². Cependant, en 2012 à Montréal, il n’y eut que 9 cas de rhinite allergique et asthme professionnel déclarés et acceptés par la CSST (7 chez les hommes, 2 chez les femmes)⁷. Ce faible nombre de cas déclarés et acceptés indique une sous-déclaration des cas d’asthme professionnel à Montréal.
- Selon l’EQSJS, 17 % des jeunes montréalais du secondaire (pour la plupart âgés de 13- 16 ans) ont déjà fait des crises d’asthme, proportion comparable au reste du Québec (19 %) ⁸.
- Chez les enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, 15 % ont déjà reçu un diagnostic d’asthme. La prévalence de la rhinite allergique hivernale est de 13 % (~30 000 enfants)¹.
- La prévalence de l’asthme chez les enfants québécois de 2 à 7 ans a connu une augmentation entre les années 1994-1995 et 2000-2001 de 11 % à 16 %, pour ensuite retomber à 11 % en 2008-2009⁹.

Prévalence de l’asthme et de la rhinite allergique hivernale, enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, 2006¹

Asthme à vie (au moins 1 diagnostic au cours de la vie)	15%
Asthme actif (symptômes/usage de médicaments au cours de la dernière année)	13%
Asthme actif non contrôlé (asthme actif avec toux sèche, respiration sifflante, etc.)	5%
Asthme actif sévère (asthme actif ayant nécessité visite aux urgences ou hospitalisation)	3%
Rhinite allergique hivernale	13%

- Lorsque non contrôlée, la rhinite allergique peut provoquer des symptômes systémiques et affecter la santé mentale (malaise, fatigue, perte de sommeil, anxiété, changements d’humeur, dépression)^{3,10}.
- En 2005, les coûts associés à la rhinite allergique due au pollen de l’herbe à poux, au Québec, étaient estimés à plus de 150 millions de dollars (inclut les coûts associés aux médicaments et consultations d’un professionnel de la santé, les coûts d’achat d’un appareil pour purifier l’air intérieur et les coûts associés à l’absentéisme)¹¹.
- L’asthme peut causer de la toux et de la respiration sifflante et, si non contrôlé, nécessiter l’usage de bronchodilatateurs, limiter les activités physiques des tout-petits et jeunes, mener à de l’absentéisme de l’école, de la garderie ou au travail, à des visites à l’urgence et à des hospitalisations^{2,11}.

- Les enfants issus de ménages à **faible revenu** et dont la mère est **peu scolarisée** sont plus susceptibles d’être exposés à des facteurs de risque tels que l’humidité excessive et allergènes (moisissures, blattes, etc.) et sont ainsi plus à risque de développer une rhinite allergique ou de l’asthme¹.
- La population vivant **près des voies routières à haut débit** de trafic et à **moins de 1 km de terrains infestés** par l’herbe à poux est plus susceptibles de développer l’asthme et la rhinite allergique.
- Les **3 premiers groupes prioritaires de la CSST** (classification selon les risques à la santé) comptent une plus grande proportion de cas d’asthme professionnel reconnu⁷. Les travailleurs exposés aux poussières (de bois et autres) et ceux exposés aux isocyanates et aux animaux sont les plus susceptibles de déclarer un cas d’asthme professionnel⁹. Les travailleurs oeuvrant dans les domaines de la menuiserie, ébénisterie, construction et peinture automobile sont, entre autres, particulièrement exposés à des sensibilisants reliés à l’asthme¹².

¹ Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 moins à 12 ans, DSP Montréal, 2011.

² Tarlo et al, Diagnosis and management of work-related asthma, Chest, Vol. 134, No. 3, 2008, 1S-41S.

³ La rhinite allergique au Québec, MSSS, 2011.

⁴ Settupane P.A. et al, Demographics and epidemiology of allergic and nonallergic rhinitis. Allergy Asthma Proc. Vol. 22, No. 4, 2001, 22 :185-9.

⁵ Chiffres-clés, Enquête TOPO 2012 Maladies chroniques et leurs déterminants, DSP Montréal, 2012.

⁶ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, EQSP (ISQ), 2008.

⁷ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, Fichier des lésions professionnelles (CSST), 1997-2012.

⁸ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, EQSJS (ISQ), 2010.

⁹ Recent trends in upper respiratory infections, ear infections and asthma among young Canadian children, Statistique Canada, 2010.

¹⁰ Li, Z. et al, The relationships between asthma control, daytime sleepiness, and quality of life among children with asthma: a path analysis, Sleep Med, Vol. 14, No. 7, juillet 2013, p. 641-647.

¹¹ Portrait des coûts de santé associés à l’allergie au pollen de l’herbe à poux : Année 2005, ASSS Montérégie, 2008.

¹² Asthme au travail, IRSST, 2007.

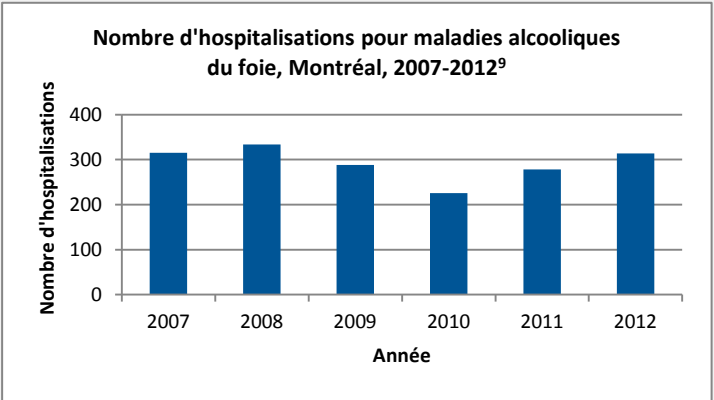
Maladies chroniques du foie

Les maladies chroniques du foie (MCF) comprennent les hépatites virales chroniques (B et C), la maladie alcoolique du foie et les stéatohépatites non-alcooliques. Les facteurs de risque varient grandement d’une MCF à l’autre. Toutes peuvent résulter en une cirrhose ou un cancer du foie, maladies souvent mortelles¹.

Fiches DÉTERMINANT associées (6) : [Couverture vaccinale \(CV\)](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(jeunes\)](#); [Comportements de consommation de drogues chez les UDI](#); [Comportements sexuels chez les populations vulnérables](#); [Exposition aux risques biologiques](#)

État de la situation à Montréal

- La prévalence d’hépatites virales chroniques de type B, au Canada, est de 0,4 %, alors que la prévalence d’hépatites de type C est de 0,5 %².
- La prévalence de la stéatohépatite non-alcoolique au Canada n’est pas connue, car il s’agit d’une condition asymptomatique. Par contre, nous estimons que jusqu’à 25 % des Canadiens pourraient avoir cette maladie¹, à différents degrés de sévérité. La tendance est à la hausse, étant donné l’augmentation d’obésité et de diabète (facteurs de risque). Il s’agit de la maladie chronique du foie la plus répandue au Canada¹.
- Il n’y a pas de données de prévalence canadiennes pour les maladies alcooliques du foie. Le taux de mortalité par maladie alcoolique du foie, à Montréal, était de 3,5/100 000 pour les années 2006-2010 (taux ajusté moyen). Au Québec, pour la même période, le taux était de 3,2/100 000³.



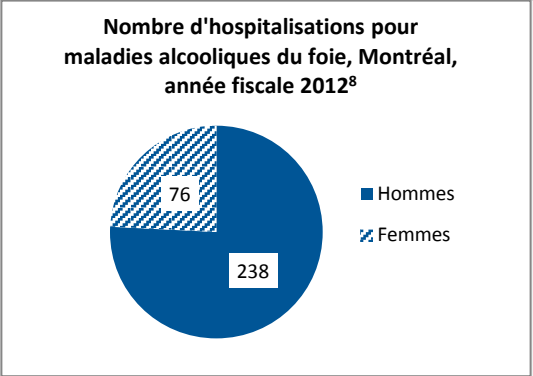
Impacts

- Les MCF causent l’inflammation récurrente du foie, pouvant mener à une cirrhose ou un cancer du foie¹. Les MCF et la cirrhose du foie se trouvent au 11^e rang des principales causes de décès au Canada⁴.
- Cirrhose du foie* : L’inflammation récurrente due aux MCF entraîne la cicatrisation des cellules hépatiques (cirrhose). La diminution des fonctions hépatiques qui en découle peut causer des œdèmes, ascites, hémorragies internes et encéphalopathies, conditions pouvant être fatales¹. Le taux de mortalité montréalais pour la fibrose et la cirrhose du foie était de 4,5/100 000 personnes (années 2006-2010)³.
- Cancer du foie* : Les MCF sont à l’origine de plus de 80 % des cancers primitifs du foie⁴. Le taux d’incidence du cancer du foie est à la hausse⁴. Pour les années 2006-2010, le taux d’incidence annuel moyen montréalais était de 7,2/100 000 personnes (significativement plus élevé que le taux pour le reste du Québec, soit 4,7/100 000 personnes)⁵.

Analyse des disparités

- Hépatites virales chroniques*^{6, 7} :
 - Immigration** : le risque d’hépatite virale chronique est plus élevé parmi les immigrants de pays endémiques, ainsi que parmi ceux qui voyagent dans ces pays.
 - Transmission par le sang : les **utilisateurs de drogues injectables** sont plus à risque, ainsi que les **travailleurs exposés à des risques biologiques** (ex. travailleurs œuvrant dans le domaine de la santé).
 - Transmission sexuelle : les **HARSAH** et les personnes ayant le **VIH** sont plus à risque.
 - Les **Autochtones** et les **itinérants** présentent des prévalences plus élevées d’hépatite B chronique.
- Maladie alcoolique du foie* :

Le **sexe** : les hommes sont plus susceptibles que les femmes de développer une maladie alcoolique du foie. Ceci s’explique par le fait que les hommes, en général, consomment plus d’alcool que les femmes. Lorsqu’elles boivent, par contre, le développement d’hépatite est plus rapide chez les femmes que chez les hommes (facteurs biologiques)^{3, 8}.



¹ Liver Disease in Canada: A Crisis in the Making. Canadian Liver Foundation, 2013.

² Rotermann, M., et al. "Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections: Results from the 2007 to 2009 and 2009 to 2011 Canadian Health Measures Survey." *Statistics Canada Health Reports* Vol. **24** No.11, 2013, p. 3-13.

³ Infocentre de Santé Publique de l’INSPQ, Fichier des décès (MSSS), 2006-2010.

⁴ Sanabria, A. J., et al. "Évolution des déterminants des maladies chroniques du foie au Québec." *Maladies chroniques et blessures au Canada* Vol. **33** No.3, 2013, p.155-164.

⁵ Infocentre de Santé Publique de l’INSPQ, Fichier des tumeurs (MSSS), 2006-2010.

⁶ <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-5-7-eng.php#footnote2>, consulté en avril 2014.

⁷ <http://www.phac-aspc.gc.ca/hep/index-fra.php>, consulté en avril 2014.

⁸ Brabant, M. (2002). "La maladie hépatique alcoolique." *Le médecin du Québec* vol.**37** No.10, p.41-45.

⁹ Fichiers des hospitalisations MED-ÉCHO (MSSS), 2006-2013.

Problèmes de santé mentale (adultes)

Les problèmes de santé mentale tout comme les troubles mentaux se caractérisent par une perturbation de la pensée, de l'humeur ou du comportement qui ne cadre plus avec les normes sociales ou les croyances culturelles¹. Cette fiche porte à la fois sur les problèmes de santé mentale déclarés et ceux diagnostiqués (considérés comme des troubles). La détresse psychologique, problème déclaré, est le résultat d’un ensemble d’émotions négatives qui, lorsqu’elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d’anxiété. Un accent particulier est mis sur les troubles anxio-dépressifs (problèmes diagnostiqués) puisqu’ils sont ceux qui affectent le plus grand nombre d’individus et qui, dans une perspective de santé publique et selon l’état actuel des connaissances, peuvent être prévenus. Dans cette optique, il serait aussi intéressant de documenter davantage les troubles de dépendance, mais les données d’enquête à ce sujet sont beaucoup plus rares dû, entre autres, au nombre plus restreint de personnes touchées.

Fiches DÉTERMINANT associées (14) : [Exposition à des facteurs de risque psychosociaux au travail](#); [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#); [Manque de sommeil](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(jeunes\)](#); [Services préventifs en santé mentale](#); [Ressources communautaires](#); [Comportements sexuels chez les populations vulnérables](#); [Exposition à des facteurs de risque de TMS](#); [Exposition au bruit en milieu de travail](#); [Bruit communautaire](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#); [Accessibilité au logement abordable](#); [Système de transport et aménagement urbain](#)

État de la situation à Montréal	- La proportion de la population de 15 ans et plus se situant à un niveau élevé sur l’indice de détresse psychologique est supérieure à Montréal que dans le reste du Québec (25 % c. 21 %)². - En 2011-2012, 12 % des Montréalais de 18 ans et plus (190 239 personnes) ont reçu un diagnostic de trouble mental³. - Les troubles anxio-dépressifs sont ceux qui touchent le plus grand nombre de Montréalais. En 2011-2012, 9 % des adultes montréalais, soit 137 218 personnes, ont reçu un diagnostic de trouble anxio-dépressif³. - Huit Montréalais sur cent (8 %) disent avoir reçu un diagnostic d’anxiété (tel que phobie, trouble obsessionnel compulsif ou trouble panique)⁴. - Sept Montréalais sur cent (7 %) rapportent être touchés par un trouble de l’humeur (tel que dépression, trouble bipolaire, manie ou dysthymie incluant la maniaco-dépression)⁴.
Impacts	- En plus d’être associés à diverses maladies chroniques et à une espérance de vie réduite, les problèmes de santé mentale sont une des premières causes d’incapacité⁵. - L’absence de traitement adéquat pour les troubles mentaux peut non seulement détériorer la qualité de vie et la santé des personnes touchées, mais peut ultimement mener au suicide⁶. - Les coûts de ces problèmes sont considérables sur le réseau de la santé. En 2003-2004 près d’un séjour hospitalier sur trois était lié à un diagnostic primaire ou secondaire de santé mentale⁷. - La perte de productivité leur étant associée se chiffrait à 33 milliards de dollars en 2006⁸. Parmi les travailleurs présentant des symptômes dépressifs liés au travail, 42 % se sont absentés du travail dans la dernière année.⁹
Analyse des disparités	- Les Montréalais n’ayant pas de diplôme d’études secondaires, ceux qui ont un faible revenu, ceux qui sont sans emploi ou les travailleurs temporaires et finalement ceux qui vivent dans une famille monoparentale ont un niveau de détresse psychologique plus élevé². - Une plus grande proportion de femmes que d’hommes rapporte un niveau élevé de détresse psychologique (28 % c. 21 %)². - Lorsque l’on considère les diagnostics de trouble mentaux, on observe aussi qu’une plus grande proportion de femmes que d’hommes âgés entre 18 et 64 ans en reçoivent (13 % c. 10 %)³. - La prévalence des symptômes dépressifs chez les travailleurs est de 12 % (8,7 % hommes et 16 % femmes); 60 % d’entre eux les attribuent spécifiquement à leur travail⁹. - La prévalence des troubles mentaux augmente avec l’âge : elle est de 11 % chez les Montréalais âgés de 18 à 64 ans, alors qu’elle est de 17 % chez les Montréalais de 65 ans et plus³. - Plus des deux tiers de personnes âgées de 20 à 64 ans ayant reçu des services en santé mentale dans le réseau public proviennent d’un milieu socialement défavorisé (Q4 et Q5), contre moins de 20 % chez les personnes provenant d’un milieu socialement favorisé (Q1 et Q2)¹⁰.

¹ Organisation mondiale de la santé, 2014.

² Infocentre de Santé Publique de l’INSPQ, données : EQSP, 2008.

³ Infocentre de Santé Publique de l’INSPQ, données : SISMACQ 2011-2012. *Note : Les problèmes de santé mentale peuvent être spécifiques ou coexister (particulièrement dans le cas de l’anxiété et de la dépression).*

⁴ Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants, 2012.

⁵ Royal College of Psychiatrists (2010). *No health without public health: The case for action*. Londres.

⁶ Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.

⁷ Institut canadien d’information sur la santé, 2007.

⁸ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, 2006.

⁹ Vézina, M. et coll. *EQCOTESST*, Québec, IRSST – INSPQ et ISQ. 2011.

¹⁰ Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux, MED-ECHO, I-CLSC), ASSM, 2009-2010. *Note : Les clientèles hospitalisées, suivies en CLSC (I-CLSC) ayant consulté en santé mentale à l’urgence, en clinique externe ou en cabinet privé (actes RAMQ) sont toutes considérées, mais comptabilisées une seule fois pendant la même année.*

Maladies neurodégénératives

Les maladies neurodégénératives se caractérisent par une détérioration du fonctionnement des cellules nerveuses et une altération progressive et souvent irréversible du système nerveux, qui peut mener jusqu’à la mort. Elles sont associées à des symptômes tels qu’une dégradation de la mémoire, la modification du jugement, du raisonnement et de l’humeur et des changements comportementaux qui nuisent à la réalisation de tâches quotidiennes. Plus de 600 troubles sont répertoriés comme des maladies neurodégénératives, mais la fiche porte surtout sur les démences, dont la maladie d’Alzheimer qui est le sous-type le plus répandu. Cette maladie commence habituellement après 60 ans et elle évolue progressivement. Comme les autres formes de démence, la maladie d’Alzheimer est un état pathologique qui ne fait pas partie du processus normal de vieillissement et pour lequel il n’existe pas de traitement curatif actuellement.

Fiches DÉTERMINANT associées (6) : [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#); [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#); [Couverture populationnelle des PCP en prévention et gestion des maladies chroniques](#); [Services préventifs en santé mentale](#)

État de la situation à Montréal	- Au Canada, la majorité des personnes qui souffrent d’un trouble cognitif (64 %) sont atteintes de la maladie d’Alzheimer¹. - On estime que presque un <i>baby-boomer</i> sur cinq souffrira de la maladie d’Alzheimer au cours de sa vie. En 2009, 100 000 Québécois en étaient atteints², ce qui se traduit par environ 25 000 Montréalais (basé sur les données de l’Institut de la statistique du Québec). - Entre avril 2008 et mars 2013, 2 492 Montréalais ont été hospitalisés en soins physiques de courte durée pour un diagnostic principal de maladie d’Alzheimer, ce qui représente une moyenne annuelle de 498 personnes³. - Entre 2006 et 2010, la moyenne annuelle de décès dû à la maladie d’Alzheimer chez les Montréalais de 65 ans et plus a été de 509 personnes (soit un taux de 177 par 100 000)⁴. - Cinq pourcent des décès chez les Montréalaises et 2 % des décès chez les Montréalais sont attribuables à la maladie d’Alzheimer. La maladie constitue ainsi la quatrième cause principale de mortalité chez les femmes, alors que chez les hommes elle arrive en neuvième position⁵. - Avec le vieillissement de la population, la prévalence de la maladie d’Alzheimer augmentera assurément. En 2011, 747 000 Canadiens étaient atteints de la maladie d’Alzheimer ou d’une forme de démence connexe et selon les projections, plus de 1,4 millions de Canadiens pourraient en être atteints en 2031⁶.
Impacts	- Les conséquences de la maladie d’Alzheimer et des maladies apparentées sont graves sur le plan individuel, car elles peuvent porter atteinte à de nombreuses fonctions et activités du corps, tel le mouvement, la respiration et la fonction cardiaque, en plus de détériorer les fonctions cognitives et émotionnelles. Les conséquences de ces maladies compromettent les caractéristiques mêmes qui forment l’identité d’une personne et déterminent son autonomie⁷. Les personnes atteintes deviennent dépendantes pour la réalisation des activités de la vie quotidienne et leur qualité de vie diminue. Aux stades avancés de la maladie, plusieurs personnes devront être hébergées en milieu de soins de longue durée. - Les proches de l’individu atteint de démence sont souvent fortement éprouvés sur les plans émotionnels et physiques. Les aidants naturels des personnes atteintes de maladie d’Alzheimer sont plus à risque d’éprouver une grande détresse, des troubles du sommeil, un stress chronique, un isolement social et une diminution de l’activité physique en comparaison aux personnes du même âge qui n’ont pas de tels malades à leur charge⁷. - En 2011, c’est 444 millions d’heures non rémunérées que les aidants naturels ont consacrées à prendre soin d’une personne atteinte d’un trouble cognitif, dont la maladie d’Alzheimer et les maladies apparentées⁸. Les personnes atteintes d’une démence ainsi que leur famille font souvent face à des conséquences financières importantes associées au coût de la provision de soins et de la réduction ou de la perte de salaire⁹. - En 2011, au Canada, les coûts économiques directs et indirects de la démence étaient estimés à 33 milliards de dollars par an. D’ici à 2040, ce chiffre pourrait atteindre 293 milliards de dollars par an⁸.
Analyse des disparités	- Les femmes sont plus touchées par la maladie d’Alzheimer et les maladies apparentées que les hommes. Elles représentent les deux tiers des personnes de plus de 65 ans qui en sont atteintes. De plus, la plupart des aidants sont des femmes¹. - L’âge est un facteur de risque important pour la maladie d’Alzheimer. Cinq pourcent des Canadiens de 65 ans et plus en sont atteints et à partir de 85 ans, le quart des Canadiens en est atteint⁶. - La prévalence de la maladie d’Alzheimer est plus élevée chez les personnes ayant un très faible niveau de scolarité que chez les personnes ayant un plus haut niveau de scolarité¹⁰.

¹ Société Alzheimer de Montréal. La maladie. <http://www.alzheimer.ca/fr/montreal/About-dementia>. Consulté le 22 juillet 2014.

² Bergman, H. et coll. Relever le défi de la maladie d’Alzheimer et des maladies apparentées. Gouvernement du Québec, 2009.

³ Infocentre de Santé Publique de l’INSPQ, données du Système MED-ÉCHO et de la Base de données sur les congés des patients. *Note : Les statistiques sur les hospitalisations pour la maladie d’Alzheimer disponibles sont celles compilées pour les soins de courte durée et n’incluent pas les soins de longue durée ni les hospitalisations pour troubles mentaux, ce qui ne rend pas nécessairement compte de toute la charge morbide que constitue cette maladie.*

⁴ Infocentre de Santé Publique de l’INSPQ, données du Fichier des décès et du MSSS.

⁵ Source : Fichier des décès, MSSS, 2006 à 2010. *Note : Catégories de causes retenues par le National Center for Health Statistics (NCHS).*

⁶ Instituts de recherche en santé du Canada. Information sur la maladie d’Alzheimer. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45554.html>, consulté le 4 août 2014.

⁷ Aziz Gbaya, A. Les maladies neurodégénératives. Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique de Lanaudière, Québec, 2012.

⁸ Société Alzheimer du Canada. Une nouvelle façon de voir l’impact de la maladie d’Alzheimer et les maladies apparentées au Canada, 2012.

⁹ World Health Organization. Dementia : A public health priority, 2012.

¹⁰ Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., Brayne, C. Potential for primary prevention of Alzheimer’s disease: an analysis of population-based data. The Lancet, vol.13, août 2014.

Santé buccodentaire

Le regard sur l'état de santé buccodentaire fait ressortir un certain nombre de problèmes évitables : carie dentaire, maladies parodontales (tissus de soutien des dents), édentation complète (absence de dents naturelles), blessures aux dents, cancer. D'autres sont de nature congénitale (fissures labiales) ou infectieuse (fongique, bactérienne ou virale). Il y également certains problèmes en émergence peu documentés encore en surveillance, par exemple, l'érosion dentaire.

Fiches DÉTERMINANT associées (11) : [Habitudes buccodentaires](#); [Habitudes alimentaires \(tout-petits et jeunes\)](#); [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Couverture populationnelle des soins dentaires](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement](#); [Tabagisme chez les jeunes](#); [Allaitement maternel](#); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#); [Consommation d'alcool, drogues ou jeu \(jeunes\)](#); [Consommation d'alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#)

État de la situation
à Montréal

- Une mauvaise santé buccodentaire est rapportée par 14 % des Montréalais de 12 ans et plus en 2007-2008, proportion significativement plus élevée que pour le reste du Québec (11%)¹.
- La carie dentaire touche plusieurs enfants en bas âge. Dès la maternelle 5 ans, en 1998-1999, 40 % des élèves montréalais en sont atteints² soit environ **7 200 enfants**³. La maladie se concentre chez 21 % d'entre eux qui cumulent 90 % de toutes les faces de dents atteintes². Chez les élèves montréalais de 11-12 ans, 54 % sont atteints de carie dentaire⁴. Selon l'ECMS 2007-2009, 96 % des canadiens dentés de 20 à 79 ans comptent au moins une dent atteinte de carie dentaire, 20 % dans le cas de la carie radiculaire⁵.
- Des problèmes parodontaux s'observent déjà à 11-12 ans puisque près de 20 % des élèves montréalais présentent au moins une dent avec du tartre et cette proportion est de 27 % pour ceux du Québec⁴. Chez les Québécois dentés de 35-44 ans, 21 % ont au moins une dent avec perte osseuse de 6 mm et plus⁶.
- L'édentation complète touche, en 2008, 8 % des montréalais de 45 à 64 ans et 31 % des 65 ans et plus⁷.
- Environ un adulte canadien sur quatre présente au moins une dent antérieure perdue ou fracturée à la suite d'un traumatisme, selon l'ECMS 2007-2009⁵.
- Le cancer buccal au Québec a une incidence de 7 pour 100 000 chez les femmes et de 17 pour 100 000 chez les hommes⁸.

Impacts

- Les problèmes de santé dentaire, de façon générale, sont inter reliés, peuvent être associés au diabète et aux maladies cardiaques, et ont des conséquences diverses tels que douleur, problèmes de mastication, de nutrition et atteinte à l'estime de soi. Ils représentent des coûts élevés pour l'individu affecté⁹, en l'absence de couverture d'assurance dentaire publique ou privée.
- Les conséquences de la carie dentaire sont multiples : douleur, infections, perte de dents, problèmes de mastication, de nutrition, d'élocution, d'estime de soi et de bien-être général. Chez les enfants, de multiples lésions carieuses sont associées à un poids inférieur à 80 % du poids idéal pour l'âge et à une taille plus petite⁹ de même qu'à des absences de l'école et à une faible performance scolaire¹⁰.
- Dans le cas du cancer buccal, on note l'augmentation ou l'apparition de problèmes psychosociaux et une perte de productivité⁹.

Analyse des
disparités

- La majorité des problèmes buccodentaires s'observent de façon plus marquée en milieu socioéconomique moins favorable. À titre d'exemple, les élèves montréalais de la maternelle 5 ans sont proportionnellement plus nombreux à être atteints de carie dentaire en dentition temporaire si leurs parents ont un **revenu familial inférieur à 30 000\$, n'ont pas de diplôme d'études secondaire** (55 % c. 29 % pour ceux dont les parents ont un diplôme universitaire) ou sont **des immigrants récents** (45 % c. 35% pour ceux dont les parents ne sont pas immigrants²).
- Le risque de carie dentaire est plus faible dans les **zones où l'eau potable est fluorée**¹¹.

Prévalence de certains problèmes de santé buccodentaire évitables^{2,4-7}

Carie dentaire	Maternelle 5 ans	40
	11-12 ans	54
Problèmes parodontaux	11-12 ans	18
	35-44 ans	21
Édentation complète	45-64 ans	8
	65 ans et plus	31
Dents ant. perdues ou fracturées (≥1)	6-11 ans	7
	12-19 ans	16
	20-79 ans	24

Proportion d'élèves de la maternelle 5 ans atteints de carie dentaire selon le revenu familial, Montréal, 1998-1999²

Moins de 30 000 \$	30 000 \$ à 49 999 \$	50 000 \$ ou plus
53	42	22

¹ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008, Infocentre de santé publique, INSPQ.

² Brodeur, J.M. et al. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de maternelle et de deuxième année, Résultats détaillés de la région de Montréal-Centre et comparaison avec l'ensemble du Québec, MSSS et DSP de la région de Montréal-Centre, 2000.

³ MELS, direction régionale.

⁴ Brodeur, J. M. et al. Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans, MSSS, Collection analyses et surveillance n° 11, 1999.

⁵ Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009, Santé Canada, 2010.

⁶ Brodeur, J. M. et al. Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans, MSSS, Collection analyses et surveillance n° 8, 1998.

⁷ Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008, Infocentre de santé publique, INSPQ.

⁸ Registre québécois du cancer, MSSS, 1984-2010.

⁹ Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012, MSSS, 2006.

¹⁰ Jackson, S.L. et al. Impact of Poor Oral Health on Children's School Attendance and Performance, American Journal of Public Health, vol. 101, 2011, p. 1900-1906.

¹¹ Fluoruration de l'eau : analyse des bénéfices et des risques pour la santé. Avis scientifique, INSPQ, 2007.

26

Ostéoporose

L’ostéoporose est un trouble squelettique caractérisé par la diminution de la densité minérale osseuse et une détérioration dans l’organisation du tissu osseux, entraînant une fragilité accrue des os¹. Les principaux facteurs protecteurs comprennent de bonnes habitudes alimentaires, en particulier un apport suffisant en calcium et en vitamine D, et la pratique d’activité physique. Le traitement pharmacologique de l’ostéoporose (bisphosphonates, traitement hormonal, etc.) en vue de prévenir une première fracture ostéoporotique a été montré efficace chez les femmes ayant un diagnostic d’ostéoporose. Peu d’études ont été effectuées pour évaluer ce lien chez les hommes et l’efficacité de traitements préventifs parmi cette sous-population est moins bien établie^{2, 3}. En 2010, au Canada, la faible densité minérale osseuse était à l’origine d’environ 0,3 % des DALYs (années de vie perdues ajustées sur l’incapacité due à la maladie), en raison des traumatismes non-intentionnels qui en découlent⁴.

Fiches DÉTERMINANT associées (3) : [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#) (part attribuable : 27 %⁵); [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement](#)

État de la situation à

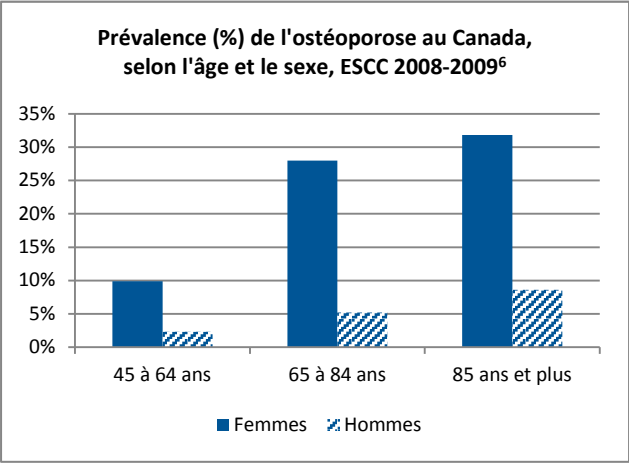
- La prévalence de l’ostéoporose au Québec, parmi la population de 45 ans et plus, est de 10,2 %, ce qui est très semblable à la prévalence canadienne (10,0 %)⁶. Il n’y a présentement pas de données de surveillance de l’ostéoporose à l’échelle régionale.
- Puisque la prévalence de l’ostéoporose augmente avec l’âge, et en raison du vieillissement de la population, une augmentation du fardeau de cette condition médicale est prévue au cours de la prochaine décennie⁷.
- On estime qu’au moins 1 femme sur 3 et 1 homme sur 5 subit une fracture ostéoporotique dans sa vie⁸.

Impacts

- L’impact principal lié à l’ostéoporose est le risque accru de fractures, notamment en cas de chute, et de complications associées, principalement au niveau de la colonne vertébrale, de la hanche et du poignet⁸. On estime qu’au moins 80 % des fractures chez les personnes âgées de plus de 60 ans sont reliées à l’ostéoporose⁸.
- On estime que 10 % des chutes chez les personnes âgées ont des conséquences sévères telles qu’une fracture. Les fractures de la hanche sont particulièrement dangereuses chez les personnes âgées⁹ et constituent la conséquence la plus sérieuse de l’ostéoporose si l’on considère la perte d’autonomie, la mortalité et les coûts sociaux qui y sont associés. La mortalité dans l’année suivant une fracture de la hanche est de 30 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes¹⁰.
- Le coût relié à l’hospitalisation suite à une fracture de la hanche est de plus de 21 000\$ la première année, et de plus de 44 000\$ si le patient doit ensuite être placé en institution⁸. Parmi les personnes qui survivent au-delà d’un an après une fracture de hanche, 40 % sont incapables de marcher sans aide et plus de 60 % ont de la difficulté à accomplir au moins une tâche de la vie quotidienne. Entre 15 % et 31 % doivent vivre en établissement comme conséquence directe d’une telle fracture⁷.
- En plus des coûts liés à l’utilisation du système de soins, des coûts sont liés aux médicaments prescrits pour la prévention et le traitement de l’ostéoporose (bisphosphates, hormonothérapie, etc).

Analyse des disparités

- L’ostéoporose touche plus de **femmes** que d’hommes, et les femmes en subissent davantage des conséquences incapacitantes^{10,11} :
 - o 70 % des personnes admises en CH pour une fracture ostéoporotique sont des femmes;
 - o 73 % des jours d’hospitalisations sont pour des femmes;
 - o 72 % de toutes les fractures de la hanche se produisent chez des femmes.
- Le risque est également corrélé avec l’**âge** : bien que l’ostéoporose puisse survenir à n’importe quel âge, chez les femmes, le risque augmente plus rapidement dès la **ménopause** alors que chez les hommes, la baisse de densité osseuse devient plus rapide vers l’âge de 70 ans¹².



¹ Points saillants de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009 - réponse rapide sur l’ostéoporose. ASPC, 2010.

² Conseil consultative scientifique de la Société de l’ostéoporose du Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l’ostéoporose au Canada – Sommaire. JAMC, Vol. 182 No. 17, 2010; p. 1-11.

³ Nelson HD et al. Screening for Osteoporosis: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. Vol. 152, No. 2, 2010; p. 99-111.

⁴ Global Burden of Diseases Profile : Canada, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010.

⁵ Katzmarzyk, P.T. et al, The Economic burden of physical inactivity in Canada, CMAJ, Vol. 163, No. 11,p. 1435-1440, 2000.

⁶ Tableaux Cansim (No. 105-1200), Statistique Canada, données de l’ESCC 2008-2009, volet Vieillesse.

⁷ Cadarette et al, The Burden of Osteoporosis in Canada. Revue des pharmaciens du Canada. Voll 144, Supp 1; p. S3.

⁸ <http://www.osteoporosecanada.ca/lostéoporose-et-vous/donnees-et-statistiques-sur-lostéoporose/>, consulté avril 2014.

⁹ Beauchemin, JP., Ne laissons pas tomber les personnes âgées!, Clinicien plus, avril 2012, p. 50-53.

¹⁰ J.-E. Tarride, et al, The burden of illness of osteoporosis in Canada. Osteoporos Int. Vol. 23, No. 11, Nov 2012, p. 2591–2600.

¹¹ Tenenhaus A et al, Estimation of the prevalence of Low Bone Density in Canadian Men and Women Using a Population-specific DXA Reference Standard : The Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). Osteoporosis Int. Vol. 11, 2000. p. 897-904.

¹² L’Ostéoporose: Santé des os et prévention des fractures. Réseau québécois d’action pour la santé des femmes, 2009.

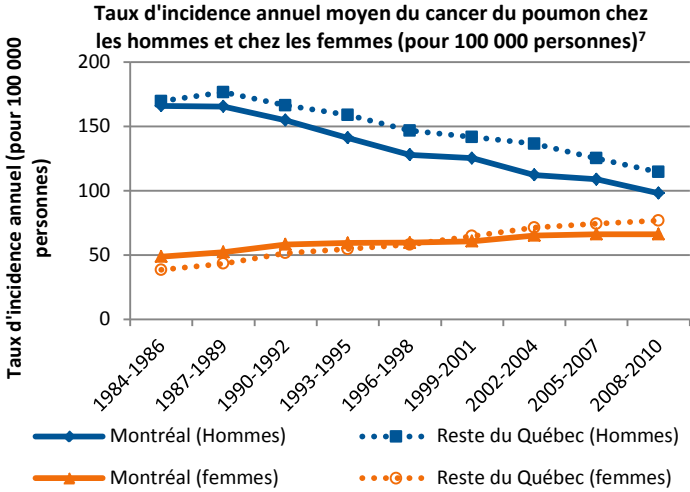
Cancer du poumon

Le cancer du poumon est le plus mortel des cancers et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. Le tabagisme est le principal facteur de risque du cancer du poumon, le risque étant corrélé au nombre de paquets et d’années fumés¹. L’exposition à la fumée secondaire est aussi un facteur de risque, tout comme l’exposition au radon (principale cause du cancer du poumon chez les non-fumeurs)^{1,2}, l’exposition à la poussière d’amiante et l’exposition à certains polluants atmosphériques³.

Fiches DÉTERMINANT associées (8) : [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement](#) (part attribuable (PA) : >85 %¹); [Tabagisme chez les jeunes](#); [Exposition aux sols contaminés, au radon et aux autres sources environnementales](#) (PA : 10 %⁴); [Exposition à l’amiante](#); [Exposition à la silice cristalline et au béryllium](#); [Exposition à des cancérogènes](#); [Qualité de l’air extérieur](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#)

État de la situation à Montréal

- En 2014, on estime que le cancer du poumon représentera 14 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes et 13 % chez les femmes. Ce type de cancer est au 1^{er} rang selon le taux de mortalité; on prédit qu’il sera responsable du quart (27 %) des décès par cancer en 2014⁵.
- Le taux d’incidence canadien global du cancer du poumon diminue depuis le milieu des années 1980. Cependant, le taux est en augmentation chez les femmes. Cette tendance est surtout attribuable aux tendances du tabagisme⁶.
- En 2010, Montréal comptait **1 516** cas incidents du cancer du poumon (taux d’incidence annuel : 76/100 000 personnes); 835 cas chez les hommes et 681 chez les femmes⁷. Le taux d’incidence est significativement plus bas à Montréal que dans le reste du Québec⁷.

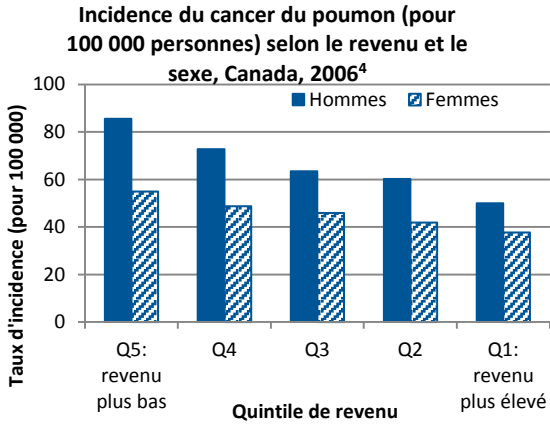


Impacts

- Impacts sur la qualité de vie du patient :** Les traitements contre le cancer peuvent comprendre la chimiothérapie et la radiothérapie, dont les effets secondaires (nausées, vomissements, perte d’appétit, ostéoporose, etc.) ont un grand impact sur la qualité de vie^{4,8}. Le traitement peut également inclure la chirurgie dont les effets secondaires peuvent comprendre douleur, troubles pulmonaires, troubles respiratoires, pneumonie, affaissement du poumon, troubles cardiaques, etc.^{4,9}.
- Mortalité :** Au cours des 30 dernières années, le taux de mortalité canadien pour le cancer du poumon a chuté chez les hommes (78 % en 1985 à une estimation de 47 % en 2014). Par contre, la mortalité a augmenté chez les femmes (24 % en 1985 à 36 % en 2014), toutefois, cette augmentation ralentit⁵.
- Taux de survie relatif à 5 ans :** Au Canada, le taux de survie pour le cancer du poumon (période 2006-2008) est de 17 %. En 1992-1994, ce taux était de 13 % (différence statistiquement significative)⁵. Ces faibles taux sont probablement en partie attribuables au stade avancé du cancer lors de la majorité des diagnostics⁴.

Analyse des disparités

- Les **hommes** sont plus susceptibles que les femmes de développer un cancer du poumon, différence généralement attribuable au fait que les hommes sont plus nombreux à fumer et commencent à un âge plus précoce⁶.
- Le risque de cancer du poumon **augmente avec l’âge** : 96 % des cas surviennent après l’âge de 50 ans et le groupe d’âge le plus touché est celui des 75 ans et plus⁶.
- On observe une relation inverse entre le **revenu** et l’incidence du cancer du poumon, possiblement lié aux différences des taux de tabagisme^{4,10}.
- L’incidence du cancer du poumon est plus élevée parmi les **Canadiens nés au pays** que parmi les immigrants, probablement attribuable, du moins partiellement, aux taux de tabagisme plus bas parmi les immigrants¹¹.



¹ http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cancer/cancer_poumon-lung_cancer-fra.php, consulté août 2014.

² http://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm, consulté juillet 2014.

³ Cadre de référence du système de surveillance de l’exposition à l’amiante et des maladies qui y sont reliées, INSPQ, 2008.

⁴ Cancer du poumon au Canada : Rapport supplémentaire sur le rendement du système, Partenariat Canadien contre le Cancer, 2011.

⁵ Statistiques canadiennes sur le cancer 2014. ASPC et Société canadienne du cancer, 2014.

⁶ <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11596-fra.htm>, consulté juillet 2014.

⁷ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, fichier des tumeurs, 1984-2010.

⁸ Cancer du poumon : comprendre le diagnostic. Société canadienne du cancer, 2013.

⁹ <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/lung-cancer/?region=qc>, consulté juillet 2014.

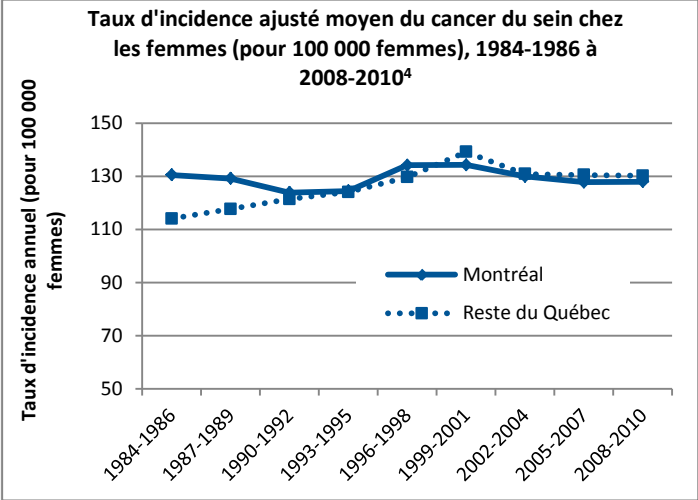
¹⁰ Toronto’s health status indicator series: Lung cancer, Toronto Public Health, 2013.

¹¹ Carrière, G.M. et al, Rates of cancer incidence across terciles of the foreign-born population in Canada from 2001-2006, Can J Public Health, Vol. 104, No. 7, p. 443-449, 2013.

Cancer du sein

État de la situation à Montréal

- On estime qu’au Canada, le cancer du sein représentera 26 % de tous les nouveaux cas de cancer chez la femme en 2014 et 14 % des décès par cancer.¹
- Depuis le milieu des années 1990, on observe une augmentation du taux d’incidence du cancer du sein, puis une stabilisation depuis les années 2000. Une partie de la hausse pourrait être attribuable à l’implantation de programmes de dépistage populationnel. Le taux de mortalité, par contre, est en diminution, probablement en raison du dépistage plus fréquent par mammographie (permettant de dépister le cancer à un stade précoce) et à l’amélioration des traitements, entre autres^{1,4}.
- En 2010, le nombre de cas incidents du cancer du sein féminin à Montréal était de **1 281**. Ceci représente un taux ajusté de 125 cas/100 000 femmes, comparable au taux québécois pour la même période (129 cas/100 000 femmes)⁴.

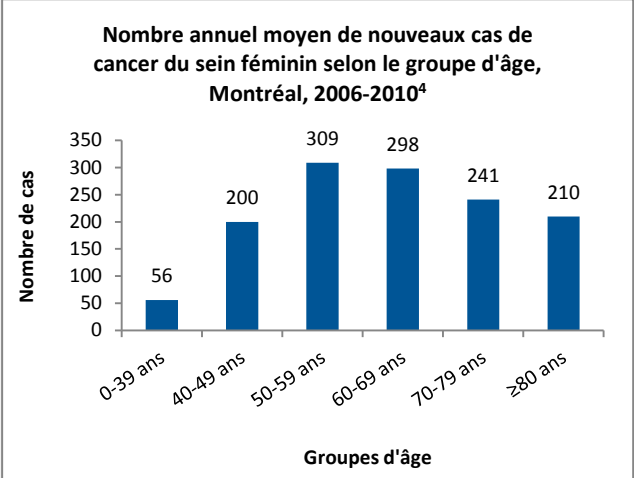


Impacts

- Impact sur la qualité de vie du patient* : La plupart des traitements pour le cancer du sein comprennent une chirurgie (mastectomie). La chirurgie peut être combinée à la chimiothérapie, radiothérapie, thérapie hormonale et pharmacothérapie, souvent accompagnées d’effets secondaires tels que la fatigue, la nausée, la prise de poids, l’apparition de symptômes de ménopause, etc. De plus, le cancer et le traitement ont des répercussions sur la qualité de vie sociale de la patiente : anxiété associée à la possibilité que leur fille développera ce cancer, difficultés à maintenir un emploi ou à retourner au travail après le traitement, impact sur la sexualité à la suite d’une mastectomie. Finalement, on note plusieurs effets du cancer du sein sur le bien-être psychologique des patientes tels que la dépression, l’anxiété et la détresse psychologique^{5,6,7}.
- Mortalité* : On estime qu’en 2014, le taux de mortalité ajusté pour l’âge du cancer du sein chez les femmes sera de 18/100 000. En 1985, ce taux était de 32/100 000¹.
- Taux de survie relatif à 5 ans* : Le taux de survie était de 88 % pour les années 2006-2008, une augmentation statistiquement significative depuis les années 1992-1994, alors que le taux de survie était de 82 %¹.

Analyse des disparités

- Le cancer du sein est beaucoup plus prévalent chez la **femme** que chez l’homme (taux d’incidence montréalais en 2010 : 132/100 000 chez la femme c. 1/100 000 chez l’homme)⁴.
- Le cancer du sein est plus fréquent chez les femmes âgées de **50 à 69 ans**^{1,4}.
- Les taux d’incidence et de mortalité sont plus élevés chez les femmes de **statut socioéconomique élevé**⁸.
- L’incidence et la mortalité du cancer du sein varient selon l’**origine ethnique** : les femmes blanches et les femmes noires démontrent des taux d’incidence et de mortalité plus élevés que les femmes asiatiques ou hispaniques^{8,9}.



¹ Statistiques canadiennes sur le cancer 2014. ASPC et Société canadienne du cancer, 2014.
² http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cancer/cancer_du_sein-breast_cancer-fra.php, consulté juillet 2014.
³ Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein, pamphlet produit par Santé et services sociaux du Québec.
⁴ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, Fichier des Tumeurs, MSSS, 1984-2010.
⁵ Ely, S. et al, Breast cancer overview, Plastic Surgical Nursing, Vol. 27, No. 3, juillet-septembre 2007, p. 128-133.
⁶ Ferrell, B.R. et al, Quality of life in breast cancer : Part I : Physical and social well-being, Cancer Nursing, Vol. 20, No. 6, décembre 1997, p. 398-408.
⁷ Ferrell, B.R. et al, Quality of life in breast cancer : Part II: Psychological and spiritual well-being, Cancer Nursing, Vol. 21, No. 1, février 1998, p. 1-9.
⁸ L’incidence du cancer du sein et le revenu du quartier, Statistique Canada, 2011.
⁹ Harper, S. et al, Trends in area-socioeconomic and race-ethnic disparities in breast cancer incidence, stage at diagnosis, screening, mortality and survival among women ages 50 years and over (1987-2005), Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, Vol. 18, No. 1, janvier 2009, p. 121-131.

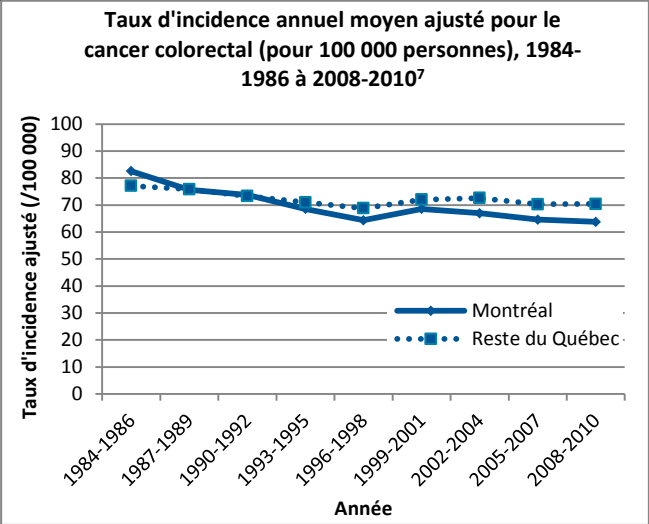
Cancer colorectal

Le cancer colorectal désigne les tumeurs qui se développent sur les parois du côlon et du rectum. Ce type de cancer est dépistable à un stade précoce grâce au test RSOS (recherche de sang occulte dans les selles)¹. Au Québec, ce test est recommandé aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans et ce, à tous les 2 ans^{1,2}. Si le test de RSOS s’avère positif, une coloscopie est effectuée. Cette procédure, plus invasive que le test RSOS, permet à la fois de détecter des polypes précancéreux dans le côlon et de les retirer au cours du même examen³. L’évolution du cancer colorectal est généralement lente; le taux de survie est donc élevé lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade précoce⁴.

Fiches DÉTERMINANT associées (6) : [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Habitudes alimentaires \(adultes\)](#); [Couverture populationnelle du dépistage du cancer](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement](#)

État de la situation à Montréal

- Le cancer colorectal est le 2^e cancer le plus fréquent au Canada chez les hommes (14 % des nouveaux cas de cancer estimés en 2014) et le 3^e plus fréquent chez les femmes (12 %)⁵.
- Ce cancer cause 13 % de la mortalité par cancer chez les hommes et 12 % chez les femmes⁵.
- Le taux d’incidence canadien du cancer colorectal était en augmentation jusqu’au milieu des années 1980. Un déclin du taux d’incidence fut alors observé jusqu’en 1992. Depuis, les taux sont relativement stables⁶.
- En 2010, il y eut **1 288 nouveaux cas** de cancer colorectal à Montréal. Ceci représente un taux d’incidence ajusté de 62,7/100 000 personnes, taux significativement plus bas que celui du reste de la province (68,3/100 000 personnes)⁷.

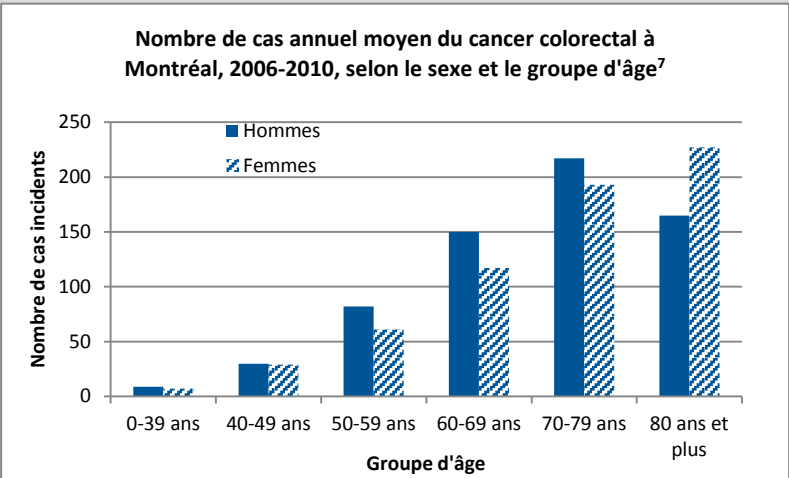


Impacts

- Qualité de vie du patient** : Les traitements contre le cancer peuvent comprendre la chimiothérapie et la radiothérapie, dont les effets secondaires (nausées, vomissements, perte d’appétit, etc.) ont un grand impact sur la qualité de vie⁴. Le traitement le plus fréquent est la chirurgie (ablation d’une partie ou de la totalité du côlon ou rectum). La résection ou la colectomie ont toutefois des effets négatifs sur la qualité de vie post-chirurgicale du patient : douleur, fatigue, détresse psychologique, etc⁸.
- Mortalité** : Le taux de mortalité canadien pour le cancer colorectal diminue constamment depuis 1985 : en 1985, le taux de mortalité était de 33 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes alors que les taux estimés pour 2014 sont de 22 % chez les hommes et 14 % chez les femmes⁵.
- Taux de survie relatif à 5 ans** : Le taux de survie canadien du cancer colorectal a augmenté de 55 % à 64 % entre les périodes 1992-1994 et 2006-2008 (différence significative)⁵.

Analyse des disparités

- Le taux d’incidence est plus élevé chez les **hommes** que chez les femmes. Par contre, cette différence est plus importante parmi les populations plus âgées que chez les plus jeunes⁶.
- Le risque du cancer colorectal augmente après l’âge de **50 ans**⁹.
- Les personnes ayant un **faible revenu** ont un risque accru de développer un cancer colorectal¹⁰.



¹ <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/colorectal/screening/?region=qc>, consulté en juillet 2014.

² <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/cancer-colorectal/>, consulté en juillet 2014.

³ Benhaberou-Brun, D, Dépistage du cancer colorectal. Perspective Infirmière, Vol. 10, No. 3, mai-juin 2013, p. 52-55.

⁴ Cancer colorectal : comprendre le diagnostic. Société canadienne du cancer, 2013.

⁵ Statistiques canadiennes sur le cancer 2014. ASPC et Société canadienne du cancer, 2014.

⁶ <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11596-eng.htm>, consulté en juillet 2014.

⁷ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, fichier des tumeurs, 1984-2010.

⁸ Theodoropoulos, G.E. et al, Quality of life after laparoscopic colectomy for cancer. JSLS, vol. 8, 2014, p. 225-235.

⁹ <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/depistage-du-cancer-colorectal/>, consulté en juillet 2014.

¹⁰ Incidence du cancer colorectal plus faible au Québec pour les secteurs urbains de résidence les mieux nantis, Aperçu du cancer au Québec, volume 2, INSPQ, 2011.

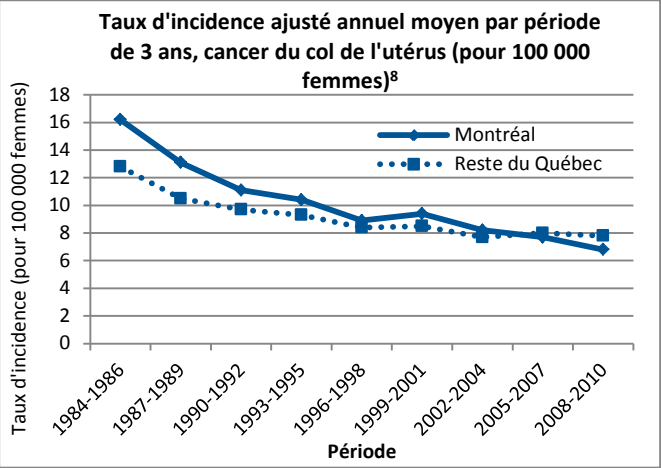
Cancer du col de l’utérus

Le facteur de risque prédominant pour le cancer du col de l’utérus est le virus du papillome humain (VPH). Ce virus transmis sexuellement est considéré comme l’une des ITSS les plus fréquentes^{1,2}. Au Québec, le programme de vaccination contre le VPH s’adresse aux filles de 4^e année³. Le risque de cancer du col de l’utérus est associé à l’activité sexuelle (nombre de partenaires sexuels, antécédents sexuels des partenaires, âge auquel une femme est devenue sexuellement active) et au statut immunitaire. Le tabagisme, la multiparité et l’usage de contraceptifs oraux sont également des facteurs de risque^{2,4}. Le test Pap permet le dépistage de ce cancer à un stade précancéreux, prévenant le développement vers un cancer invasif.

Fiches DÉTERMINANT associées (5) : [Couverture vaccinale \(CV\)](#); [Comportements sexuels des jeunes](#); [Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement](#); [Couverture populationnelle du dépistage du cancer](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#)

État de la situation à Montréal

- Au Canada, on estime que le cancer du col utérin invasif représentera 1,6 % des nouveaux cas de cancers féminins et 1,0 % des décès parmi les cancers féminins en 2014⁵.
- Depuis 1972, le taux d’incidence canadien de cancer invasif du col de l’utérus a diminué de 58 % et le taux de mortalité a diminué de moitié⁶. Ce déclin pourrait être attribuable, entre autres, à de meilleures techniques de dépistage et/ou de traitement^{6,7}. Cependant, certaines études démontrent une réémergence de ce cancer dans plusieurs pays développés au cours des dernières années. Les causes à l’origine de cette réémergence sont inconnues; un effet de cohorte ou de meilleures techniques de dépistage comptent parmi les hypothèses émises⁴.
- En 2010, il y eut **70** cas incidents de cancer du col de l’utérus à Montréal. Le taux d’incidence ajusté était de 7,0/100 000 personnes⁸. Le taux d’incidence du cancer du col de l’utérus montréalais ne diffère pas significativement de celui du reste de la province⁸.

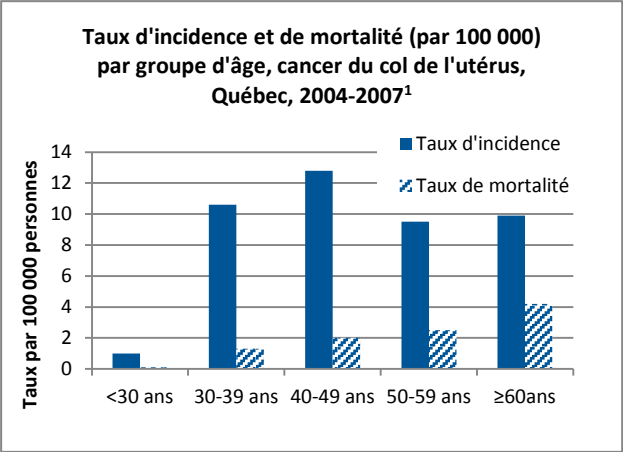


Impacts

- Impact sur la qualité de vie du patient** : Le fardeau du cancer est très lourd pour la patiente au plan physique, émotionnel et spirituel⁹. Les traitements contre le cancer peuvent comprendre la chimiothérapie et la radiothérapie, dont les effets secondaires (nausées, vomissements, perte d’appétit, etc.) ont un grand impact sur la qualité de vie⁹. De plus, l’hystérectomie constitue un des principaux traitements pour le cancer du col utérin, ce qui cause l’infertilité. Certaines alternatives chirurgicales permettent de préserver la fertilité mais ne sont possibles que lorsque le cancer est dépisté à un stade précoce².
- Mortalité** : Entre 1952 et 2006, le taux de mortalité du cancer du col utérin au Canada a chuté de 83 % (de 7,7 à 2,2/100 000 femmes)⁶. Ce taux aurait diminué de moitié depuis car on estime qu’en 2014, le taux de mortalité canadien pour le cancer du col de l’utérus est de 1,0/100 000 femmes⁵.
- Taux de survie relatif à 5 ans** : Pour les années 2006-2008, ce taux est de 73 %. De 1992-1994, le taux était de 70 % (différence non statistiquement significative)⁵.

Analyse des disparités

- Le taux d’incidence est le plus élevé parmi les **femmes de 40-49 ans** (12,8/100 000 chez les 40-49 ans c. 1,0/100 000 chez les ≤30 ans). Le taux de mortalité est plus élevé chez les femmes de **≥ 60 ans**¹.
- Certains sous-groupes de femmes sont plus à risque de développer un cancer invasif du col utérin, principalement car elles ont moins tendance à se faire dépister : les **immigrantes**, les femmes **moins scolarisées**, les femmes **plus âgées**, les femmes n’ayant pas de médecin de famille et les **célibataires**¹⁰.



¹ Les infections au virus du papillome humain (VPH) et le portrait des cancers associés à ces infections au Québec. INSPQ, 2013.
² <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/cervical/cervical-cancer/?region=qc>, consulté en juin 2014.
³ <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?programme-de-vaccination-contre-le-vph>, consulté en juin 2014.
⁴ Franco, E.L. et al. Cervical cancer : epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. CMAJ, vol. 164 No. 7, 2001, p. 1017-1025.
⁵ Statistiques canadiennes sur le cancer 2014. ASPC et Société canadienne du cancer, 2014.
⁶ Dickinson, J.A. et al. Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada : national data from 1932 to 2006. BMC Public Health, vol. 12, 2012, p. 992-1005.
⁷ Avis sur l’optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec. INSPQ, 2009.
⁸ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, fichier des tumeurs, 2006-2010.
⁹ Cancer du col de l’utérus : comprendre le diagnostic. Société canadienne du cancer, 2013.
¹⁰ Maxwell, C.J. et al, Factors important in promoting cervical cancer screening among Canadian women: Findings from the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS), CJP, mars-avril 2001, p. 127-133.

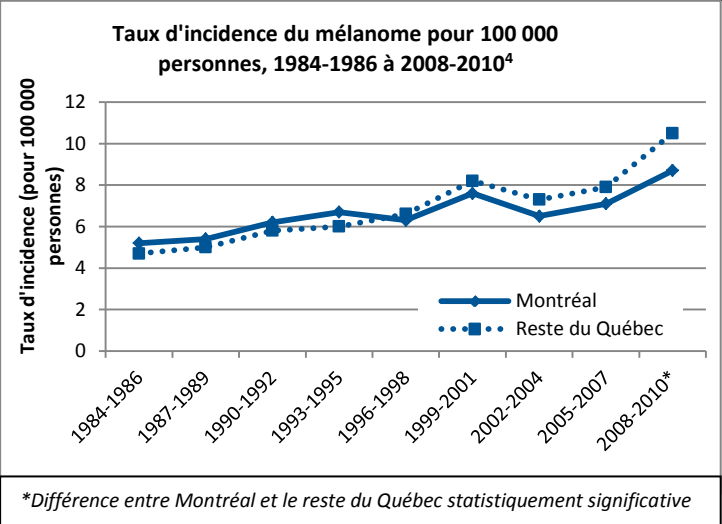
Cancers de la peau

Les cancers de la peau peuvent être classés selon 2 catégories. La première, le mélanome, ne représente que 4 % des nouveaux cas de cancers, mais est la plus mortelle, causant 80 % des décès par cancer de la peau. Le cancer de la peau autre que le mélanome comprend, entre autres, le carcinome basocellulaire et le carcinome spinocellulaire, cancers dont l’incidence est beaucoup plus élevée^{1,2}. Le facteur de risque principal est l’exposition aux rayons ultraviolets (UV) par le soleil, le bronzage artificiel ou l’exposition en milieu de travail (ex. soudure, imprimerie)¹. Plusieurs travailleurs œuvrant dans des secteurs tels que la construction ou l’agriculture sont particulièrement exposés aux rayons du soleil par l’entremise de leur emploi³. Les rayons UV seraient responsables d’environ 90 % des mélanomes; le cancer de la peau est majoritairement évitable par la protection contre l’exposition aux rayons UV^{1,2}.

Fiches DÉTERMINANT associées (6) : [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Exposition à des cancérrogènes](#); [Comportements protecteurs](#); [Îlots de chaleur](#); [Qualité de l’air extérieur](#)

État de la situation à Montréal

- Le cancer de la peau est le cancer le plus fréquent au Canada (mélanomes et non-mélanomes combinés)¹.
 - Le mélanome compte pour 3,6 % des cancers incidents chez les hommes et 3,2 % chez les femmes, et est à l’origine de 1,4 % de tous les décès par cancer¹.
 - Le cancer de la peau autre qu’un mélanome compterait pour 40 % de tous les cas incidents de cancer¹.
- En 2010, il y eut **185** nouveaux cas de mélanome à Montréal, soit 107 cas masculins et 78 cas féminins (taux ajusté : 9/100 000 personnes). Ce taux est comparable à celui du Québec (11/100 000 personnes)⁴.
- À l’échelle canadienne, on estime que le taux d’incidence pour les cancers autre qu’un mélanome est de 121/100 000 pour le carcinome basocellulaire et 40/100 000 pour le carcinome spinocellulaire (compilation des registres de cancer de l’Alberta, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador)¹.
- Les taux d’incidence et de mortalité canadiens pour le cancer de la peau augmentent depuis 1986 (le taux d’incidence chez les hommes augmente d’environ 2 % par année tandis que celui des femmes augmente de 1,5 % par année)¹. On prédit une augmentation de l’incidence au cours des années à venir, attribuable au vieillissement de la population².

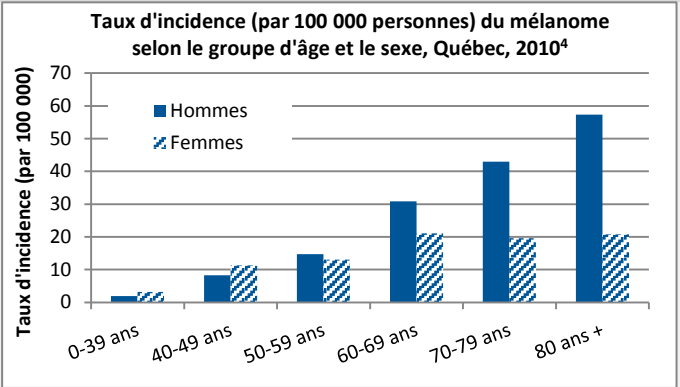


Impacts

- La chirurgie est le traitement principal pour le cancer de la peau^{5,6}. Les traitements parviennent habituellement à guérir le patient. Cependant, un premier cancer de la peau augmente les risques de récurrence, de survenue de plusieurs cancers de la peau du même type ainsi que d’un deuxième cancer primaire⁷.
- Le Partenariat canadien contre le cancer estimait, en 2004, que les coûts directs (soins primaires, hospitalisation, chirurgie) et indirects (morbidité, mortalité) associés cancer de la peau au Canada s’élevaient à plus de 530 millions de dollars par année^{1,2}.
- Taux de survie relative à 5 ans** : Pour le mélanome, ce taux est de 85 % chez les hommes et 92 % chez les femmes. Le taux de survie a augmenté de façon significative au cours des dernières années, passant de 84 % pour la période 1992-1994 à 89 % pour la période 2006-2008. Le taux de survie pour le cancer autre que le mélanome est de plus de 90 %¹.

Analyse des disparités

- En général, l’incidence du mélanome est plus élevée chez les **hommes** que chez les femmes, sauf avant l’âge de 50 ans, où le mélanome est plus souvent diagnostiqué chez les femmes^{1,2}.
- L’incidence du cancer de la peau et la mortalité associée augmentent avec l’âge².
- Selon une étude américaine, les **personnes blanches** sont plus susceptibles d’avoir un cancer de la peau, suivies des populations hispaniques, asiatiques et noires².



¹ Statistiques canadiennes sur le cancer 2014. ASPC et Société canadienne du cancer, 2014.
² The Economic burden of skin cancer in Canada : Current and projected, Partenariat canadien contre le cancer, 2010.
³ Peters, C.E. et al, Prevalence of exposure to solar ultraviolet radiation (SUR) on the job in Canada, Revue canadienne de santé publique, Vol. 103 No. 3, 2012.
⁴ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, Fichier des tumeurs, 1984-2010.
⁵ <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-non-melanoma/treatment/?region=on>, consulté en août 2014.
⁶ <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-melanoma/treatment/?region=on>, consulté en août 2014.
⁷ Krueger, H. et al, Burden of malignancy after a primary skin cancer: recurrence, multiple skin cancers and second primary skin cancers, Revue canadienne de santé publique, Vol. 101 No. 4, p. I23-I27.

ITSS : Chlamydia et Gonorrhée

L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, toutes deux à déclaration obligatoire (MADO), sont les infections bactériennes transmises sexuellement les plus fréquentes. Elles sont généralement asymptomatiques, peuvent être acquises à répétition et entraînent souvent des séquelles importantes¹.

Fiches DÉTERMINANT associées (4) : [Comportements sexuels des jeunes](#); [Accessibilité au dépistage des ITSS](#); [Comportements sexuels chez les populations vulnérables](#); [Prise en charge des cas et contacts](#)

État de la situation à

Montréal

Impacts

Analyse des disparités

Il y a une recrudescence des infections à chlamydia et des infections gonococciques à Montréal depuis les quinze dernières années^{2,3} :

o en 2013, la DSP a reçu **1 369** déclarations de cas d'infection gonococcique. Depuis 1996, cette infection a augmenté constamment chez les hommes pour atteindre son plus haut niveau en 2013. L'augmentation s'est produite de 2005 à 2009 chez les femmes;

o en 2013, on note **5 700** nouveaux cas de chlamydiae génitale. Depuis 1996, le taux d'incidence augmente de façon importante pour les deux sexes.

- Avec un âge médian de 24 ans, on observe que les jeunes sont particulièrement touchés par ces deux ITS bactériennes.

Taux d'incidence (TI) des infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) et infections gonococciques, Montréal, 2010-2013³

Année	Inf. à CT (TI / 100 000 pa)	Inf. gonococcique (TI / 100 000 pa)
2003	191,5	27,7
2004	173,1	29,3
2005	178,9	30,0
2006	187,0	42,2
2007	196,7	43,8
2008	218,9	42,8
2009	224,2	51,1
2010	236,5	52,0
2011	252,2	43,8
2012	269,1	55,6
2013	292,4	70,2

- Ces deux maladies contribuent le plus au nombre de MADO-ITSS déclarées (88 %) qui, elles, représentent déjà 75 % des MADO infectieuses déclarées à Montréal.
- L'augmentation de l'incidence des cas déclarés d'ITS bactériennes révèle une situation préoccupante en raison des complications possibles en l'absence de traitement⁴.
 - Chez les femmes : atteinte inflammatoire pelvienne, grossesse ectopique, stérilité.
 - Chez les hommes : risque d'infection chronique de la prostate (prostatite) pour la gonorrhée et risque d'épididymite/orchi-épididymite pour les deux infections.
 - Ces deux infections augmentent le risque de contracter ou de transmettre le VIH.
- D'une perspective plus globale, les conséquences sur la santé reproductive des femmes, combinées à l'augmentation de l'incidence, rendent la situation en regard de la reproduction préoccupante⁴.
- La moitié des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes et les trois quarts de celles chez les femmes sont asymptomatiques. Les personnes infectées peuvent ainsi propager l'infection sans le savoir.
- Le programme de surveillance des gonococcies initié par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) en 1988 démontre le développement progressif de résistance aux antibiotiques généralement utilisés (en 2013, 7,5 % des infections étaient résistantes à la ciprofloxacine), soulignant l'importance du dépistage et du traitement précoce⁵.

- En 2013 à Montréal, 51 % des cas de chlamydiae sont âgés de **15 à 29 ans** et la majorité (65 %) sont des **hommes**².
- À Montréal par rapport au reste de la province, le taux d'infection gonococcique chez les **hommes** est nettement supérieur à celui chez les femmes, reflétant un plus grand nombre de **HARSAH**².
- Chez les 12-17 ans, la chlamydia et l'infection gonococcique touchent plus particulièrement les **adolescentes** avec près de 6 fois plus de cas déclarés d'infection à chlamydia que chez les adolescents, ainsi que 2,5 fois plus de cas de gonorrhée. Elles sont également très touchées par les réinfections (en moyenne dans les 9 mois) à *Chlamydia trachomatis*, phénomène important à Montréal⁶.
- Plus généralement, l'infection à *Chlamydia trachomatis* touche un groupe diversifié de personnes, sans égard à leurs conditions socioéconomiques et cela, même si le nombre de leurs partenaires sexuels est limité. Toutefois, le fait d'avoir eu **plus d'un partenaire sexuel** pendant la dernière année ou des **antécédents d'ITSS** contribuent à augmenter le risque de contracter la maladie. Les facteurs suivants influencent également le risque de contracter cette infection : célibataire, race noire, début précoce des activités sexuelles, utilisation inconstante des méthodes contraceptives barrières, consommation d'alcool ou de drogue⁷.
- En ce qui concerne l'infection gonococcique, les personnes touchées sont plus fréquemment âgées de **15 à 24 ans**, de **sexe masculin**, avec un **statut socioéconomique faible**, des **HARSAH**, des **jeunes de la rue** ou encore des **travailleurs ou travailleuses du sexe** ainsi que leurs clients².

¹ MSSS, Portail santé mieux-être, ITSS <http://www.sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/itss>, consulté le 5 août 2014.

² Rapport sur les risques infectieux et environnementaux – MONTRÉAL 2004-2010. DSP de l'ASSM. 2014.

³ Données MADO. 2003 à 2009 issues de <http://emis.santemontreal.qc.ca>, 2010-2013 : Dossier client informatisé en maladies infectieuses (DCI-MI). 25-07-2014.

⁴ Rapport intégré : épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, INSPQ 2012.

⁵ Surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : rapport 2012, INSPQ 2013.

⁶ Généreux, M. et coll. *The upsurge of Chlamydia reinfection in a large Canadian city: an indication of suboptimal Chlamydia screening practices*. Canadian Medical Association Journal. Février 2010.

⁷ Guide Québécois de dépistage des ITSS. MSSS. 2006.

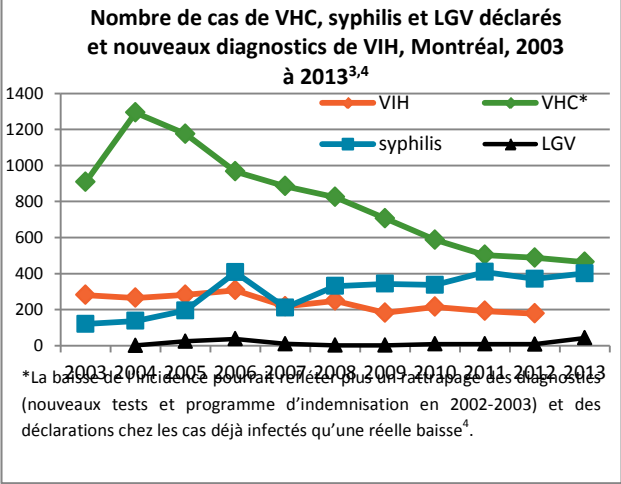
ITSS : VIH-VHC-Syphilis-LGV

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO) au Québec. Elles doivent être déclarées aux autorités de santé publique par le médecin ou l'infirmière ayant demandé le test et par le laboratoire l'ayant effectué. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas une MADO sauf dans les cas liés aux donneurs et receveurs de sang, d'organes ou de produits sanguins (depuis 2002). Sa surveillance est faite par le Programme de surveillance de l'infection par le VIH à l'INSPQ. Le VIH est transmissible sexuellement et par le sang, le VHC l'est principalement par le sang et les deux dernières sexuellement. De plus, toutes ces infections ont un potentiel de transmission verticale (de la mère à l'enfant, 2 cas de VIH en 2012 et 1 cas de syphilis en 2011).

Fiches DÉTERMINANT associées (6) : [Comportements sexuels des jeunes](#); [Accessibilité au dépistage des ITSS](#); [Comportements sexuels chez les populations vulnérables](#); [Comportements de consommation de drogues chez les UDI](#); [Prise en charge des cas et contacts](#); [Exposition aux risques biologiques](#)

État de la situation à Montréal

- Depuis 1998, les infections par le VHC, le VIH et la syphilis ont pris des proportions alarmantes sur toute l'île de Montréal. En 2009, >50 % des nouveaux diagnostics de VIH et syphilis au Québec et 45 % des cas de VHC étaient montréalais, alors que la région ne compte que 25 % de la population du Québec¹.
- En 2012, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH était de **178**². En 2013, **464** cas de VHC*, **401** cas de syphilis et **43** cas de LGV ont été déclarés^{3,4}.
- Les HARSAH représentent 94 % des cas de syphilis et 46 % d'entre eux sont coinfectés par le VIH⁵.
- De surcroît, certaines populations ne sont pas nécessairement conscientes de leurs infections⁵ :
 - chez les UDI, 18 % sont infectés par le VIH et 26 % d'entre eux l'ignorent; 69 % sont infectés par le VHC et 25 % d'entre eux l'ignorent.
 - chez les HARSAH, 15 % sont infectés par le VIH et 13 % d'entre eux l'ignorent.
- Comme plusieurs personnes infectées sont asymptomatiques avant la survenue de complications, l'incidence des ITSS est sous-évaluée⁶.



Impacts

- Les conséquences de ces infections sont lourdes pour les personnes atteintes et leur entourage, mais également pour le système de santé et l'environnement social, économique et politique⁷ :
 - VIH** : une fois contractée, l'infection et la contagiosité persistent toute la vie. Des traitements permettent de diminuer l'incidence des infections opportunistes, des hospitalisations et des décès. Toutefois, ils peuvent engendrer des effets secondaires importants, doivent être pris pour la vie et nécessitent une observance stricte.
 - VHC** : 75-85 % des personnes infectées deviennent porteuses chroniques de l'infection et demeurent contagieuses. La principale complication est la cirrhose du foie (20 % des hépatites C chroniques). Moins de 10 % des personnes infectées par le VHC à Montréal en 2010 auraient initié un traitement. Parmi les personnes infectées, on retrouve principalement les populations déjà connues pour une accessibilité limitée aux soins de santé, notamment les toxicomanes et les populations immigrantes. Or, depuis l'arrivée de nouvelles molécules pour le traitement du VHC, on s'approche maintenant d'un taux de guérison de 90 % à 100 % selon les génotypes. Ce potentiel thérapeutique renforce l'importance de joindre davantage ces clientèles à risque via les services de proximité.
 - Syphilis** : non traitée, la syphilis peut causer des complications cardiaques et neurologiques sévères. La syphilis peut également causer des malformations importantes chez les nouveau-nés.
- Toutes ces infections sont associées à un risque plus élevé de contracter une autre ITSS ou de les transmettre.
- Pour minimiser les probabilités de transmission et de réinfection, il faut accroître le recours au dépistage et au traitement par les populations vulnérables, surtout compte tenu de l'amélioration récente de plusieurs traitements.

Analyse des disparités

- Les **HARSAH**, les personnes **UDI**, les **jeunes de la rue** (15-24 ans), les **personnes incarcérées**, les **personnes originaires de régions où les ITSS sont endémiques**, les **Autochtones** et les **travailleurs et travailleuses du sexe** sont autant de groupes vulnérables aux ITSS surreprésentés dans la ville de Montréal¹. Plus précisément, les groupes suivants affichent des taux d'infection nettement supérieurs à ceux de la population en général :
 - pour le VIH : les HARSAH (72 % des nouveaux cas diagnostiqués), les personnes UDI (18 % sont infectées)⁸;
 - pour le VHC : majoritairement les personnes UDI (69 % sont infectées)⁸.
- Les Québécois **d'origine haïtienne**, en particulier les immigrants récents, sont une communauté ethnoculturelle plus à risque de contracter ou d'être porteur du VIH, notamment les hommes⁹.
- Des **sous-groupes des communautés africaines subsahariennes et caribéennes anglophones** sont plus vulnérables aux ITSS (manque de connaissances sur les ITSS et comportements sexuels à risque) : les femmes, ceux âgés de 30 à 49 ans et les personnes peu scolarisées et en situation de précarité sociale¹⁰.

¹ Portrait de santé des montréalais. 2011.
² Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec. Cas cumulatifs 2002-2012. LSPQ, INSPQ, 2013.
³ Données MADO. 2003 à 2009 issues de <http://emis.santemontreal.gc.ca>, 2010-2013, Dossier client informatisé en maladies infectieuses (DCI-MI) extrait le 25 juillet 2014.
⁴ Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2012 (et projections 2013). MSSS, 2013.
⁵ Rapport intégré : épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec. INSPQ, 2012.
⁶ Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions, MSSS en collaboration avec INSPQ et ISQ, 2011.
⁷ ITSS – dossier thématique Infections et Intoxication sur <http://www.dsp.santemontreal.gc.ca> consulté le 31 mars 2014.
⁸ Rapport du Directeur de santé publique 2010 : Joindre plus, dépister plus, traiter plus. DSP de l'ASSM, 2010.
⁹ Lépine V. Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne, ASSM, 2008.
¹⁰ Aïssatou Fall et coll. Surveillance de 2^{de} génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones. DSP de l'ASSM, 2014.

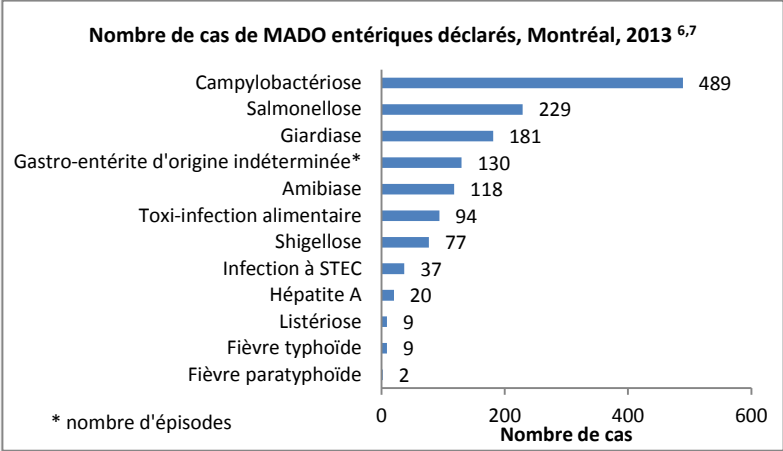
Maladies entériques

Malgré les efforts déployés pour limiter la transmission des maladies entériques (ou maladies intestinales) infectieuses, ces dernières causent toujours des cas sporadiques et des éclosions d’année en année. Les maladies entériques à déclaration obligatoire au Québec – causées par un agent bactérien, parasitaire ou viral – sont basées sur l’identification de l’agent pathogène en laboratoire, ce qui permet de recueillir de l’information seulement sur une fraction des cas survenant dans une communauté, soit ceux ayant été prélevés, testés et déclarés¹. À Montréal, les maladies entériques représentent les MADO les plus fréquentes après les ITSS, c’est-à-dire 15 à 20 % des signalements et déclarations reçus chaque année. Elles représentent également un fardeau important du fait de la perte de productivité et des autres coûts apparentés.

Fiches DÉTERMINANT associées (8) : [Allaitement maternel](#); [Comportements protecteurs](#); [Comportements sexuels des jeunes](#); [Comportements sexuels chez les populations vulnérables](#); [Couverture vaccinale \(CV\)](#); [Eau potable et eaux récréatives](#); [Exposition aux risques biologiques](#); [Prise en charge des cas et contacts](#)

État de la situation à Montréal

- Des agents pathogènes présents dans l’eau et les aliments consommés (ex. *Campylobacter*, *Salmonella*, *Escherichia coli*, *Listeria*, *Shigella*, *Giardia*, les norovirus) sont encore responsables de maladies entériques². Globalement, environ 10 % des cas de maladies entériques font l’objet d’une déclaration³. Plus la maladie est grave, moins elle est sous-diagnostiquée et sous-déclarée : pour la listériose, on estime qu’un cas déclaré équivaut à 1,1 cas réel alors que pour la giardiase, le facteur multiplicatif serait de 40,7⁴.
- Les maladies entériques déclarées à Montréal sont surtout d’origine bactérienne.
- Le taux d’incidence de ces maladies bactériennes est demeuré plutôt stable ces 10 dernières années^{5,6} :
 - c’est le cas pour la campylobactériose (moyenne annuelle de 440 cas) et la salmonellose (moyenne annuelle de 245 cas) qui présentent des taux d’incidence moyens élevés : respectivement 23,1 pour 100 000 personnes-années (pa) et 12,9/100 000 pa⁷;
 - la shigellose affecte essentiellement certains groupes de la population (ex. HARSAH), comme la listériose (personnes âgées, personnes immunodéprimées, femmes enceintes);
 - les gastro-entérites épidémiques, le plus souvent associées aux norovirus, touchent de façon significative plusieurs milieux tels que les garderies, écoles et résidences pour personnes âgées.
 - En 2012, le plus faible taux d’incidence de l’hépatite A (0,6 cas /100 000 pa; 12 cas) a été enregistré.



Impacts

- Les maladies entériques sont plus souvent bénignes et n’imposent un ralentissement des activités que pendant un ou deux jours. Certains cas sont graves et peuvent conduire à une hospitalisation, à des maladies chroniques, voire au décès, en particulier la listériose et les infections à *E. coli* producteur de Shiga-toxines (STEC)².
- L’émergence de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (ex. *Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella*) est une préoccupation du fait qu’elles peuvent causer des maladies plus graves et compliquer les traitements^{8,9,10,11}.
- Du fait d’une forte prévalence, les coûts associés aux maladies entériques sont impressionnants : ils sont estimés à 115 \$ par Canadien par an ou à 1 089\$ par cas, ce qui représente des coûts annuels de ~3,7 milliards \$ (incluant les journées de travail perdues, les coûts pour le système de santé et les frais médicaux)¹².

Analyse des disparités

- Chez les HARSAH, certaines pratiques favorisent la transmission de la shigellose et de la campylobactériose, particulièrement **le fait de fréquenter les saunas**^{9,10,11}.
- Des pratiques de **préparation d’aliments par certains groupes ethniques** lors de fêtes religieuses favorisent les infections à *Campylobacter* et à STEC¹³.
- Les **voyageurs internationaux**, surtout en région tropicale, constituent un groupe plus exposé aux maladies entériques qu’ils peuvent contracter et développer une fois de retour sur le sol montréalais.
- La **production industrielle et l’importation** de plusieurs produits alimentaires frais peuvent accroître le risque de contracter certaines maladies entériques (ex. salmonellose, infection à STEC, cyclospore).
- De manière générale, les **jeunes enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes dont le système immunitaire est affaibli** courent un plus grand risque de complications liées aux maladies entériques.

¹ Pilon P.A. et coll. Cas de maladies entériques sporadiques, Guide sur les notions de base. DSP de l’ASSS de Montréal, 2008.
² <http://www.phac-aspc.gc.ca/foodnetcanada/ed-me-fra.php> consulté le 6 mai 2014.
³ MSSS en collaboration avec l’INSPQ et l’ISQ. Pour guider l’action – Portrait de santé du Québec et de ses régions. MSSS, 2011.
⁴ Thomas MK et coll. Estimates of the burden of foodborne illness in Canada for 30 specified pathogens and unspecified agents, circa 2006. Foodborne Pathog Dis. 2013 Jul;10(7):639-48.
⁵ Rapport sur les risques infectieux et environnementaux – MONTRÉAL 2004-2010. DSP de l’ASSS de Montréal. 2014.
⁶ Données MADO, disponibles sur <http://emis.santemontreal.gc.ca/sante-des-montrealais/maladies-a-declaration-obligatoire/mado-statistiques> consulté le 19 juin 2014.
⁷ Dossier client informatisé en maladies infectieuses (DCI-MI) extraction le 17 juillet 2014, populations : recensement de 2006 (MSSS), produit par : SEV (CS).
⁸ Antibiotic resistance threats in the United States, CDC, 2013.
⁹ Gaudreau C. et coll. Ciprofloxacin-resistant *Shigella sonnei* among men who have sex with men, Canada, 2010. Emerg. Infect. Dis. 2011 Sept;17(9) :1747-1750.
¹⁰ Gaudreau C. et coll. *Campylobacter coli* outbreak among men who have sex with men, Québec, Canada, 2010-2011. Emerg. Infect. Dis. 2013 May;19(5) :764-767.
¹¹ Gaudreau C. et coll. *Shigella* spp. With reduced azithromycin susceptibility, Québec, Canada, 2012-2013. Emerg. Infect. Dis. 2014 May;20(5) :854-856.
¹² Majowicz, S.E. et coll. « Burden and Cost of Gastroenteritis in a Canadian Community », Journal of Food Protection, vol. 69, no 3 (2006) : 651-659.
¹³ Bekal S. et coll. First documented case of human infection with ovine Shiga-toxin-producing *E. Coli* serotype O52 :H45 Can J Microbiol. 60 :147-418 (2014).

Maladies évitables par la vaccination (MEV)

La vaccination a permis l'éradication de la variole, l'élimination de la poliomyélite et le contrôle¹ progressif d'un grand nombre de maladies infectieuses, bactériennes ou virales, souvent graves ou mortelles. Les maladies suivantes peuvent être évitées et/ou leurs effets atténués par l'utilisation adéquate d'un vaccin protecteur recommandé dans le calendrier régulier de vaccination au Québec : coqueluche, diphtérie, hépatite B, infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, à méningocoques de type A-C-Y-W135 et B ou aux pneumocoques, infection à rotavirus, infection par le VPH, influenza, oreillons, polyomélite, rougeole, rubéole, tétanos, varicelle (zona). Celles soulignées sont des MADO.

Fiches DÉTERMINANT associées (7) : [Couverture vaccinale \(CV\)](#); [Prise en charge des cas et contacts](#); [Exposition aux risques biologiques](#); [Allaitement maternel](#); [Comportements sexuels des jeunes](#); [Couverture populationnelle des services préventifs en périnatalité et petite enfance \(0-5 ans\)](#); [Comportements protecteurs](#)

État de la situation à Montréal

- La diphtérie (dernier cas au Québec : 1977) et le tétanos (dernier cas à Montréal : 1999) sont sous contrôle.
- Même sans cas de poliomyélite au Québec depuis 1979, la surveillance des paralysies flasques est maintenue.
- Les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b chez les moins de 5 ans ont chuté rapidement à Montréal suite à l'introduction, en 1992, d'un vaccin conjugué pour les pouspons dès l'âge de 2 mois.
- La vaccination contre la rubéole a permis de réduire à zéro les cas de rubéole congénitale (dernier cas : 1993).
- Malgré les gains notoires liés à la vaccination, la vigilance est toujours de mise². Une recrudescence cyclique / occasionnelle peut survenir si les taux de vaccination sont insuffisants ou à la baisse, si des cas infectants arrivent dans notre bassin de population (mobilité internationale : ce fut le cas pour la rougeole en 2011) ou lorsque le microbe modifie son écologie. Dans ce contexte, toutes les MEV continuent d'être surveillées :
 - En 2010, 52 cas d'oreillons ont été recensés à Montréal alors que 9 cas/an en moyenne l'étaient précédemment.
 - Le taux d'incidence de la rougeole se maintient sous le seuil d'élimination à Montréal depuis la vaccination à deux doses au Québec en 1996. L'éclosion de 2011 a menacé ce seuil, mais Montréal a heureusement connu très peu de cas (15 cas confirmés pour 725 dans la province).
 - Le taux d'incidence de la coqueluche dans la région de Montréal est en baisse depuis l'arrivée d'un vaccin acellulaire en 1998. En 2010, ce taux était à moins de 5 cas par 100 000. Les hospitalisations sont surtout chez les pouspons de 0 à 3 mois alors qu'ils ne sont pas encore vaccinés ou n'ont reçu qu'une dose.
 - Suite à la vaccination des enfants de 1 an contre la varicelle depuis 2006, le nombre annuel d'hospitalisations à cause de la varicelle a chuté de 93% chez les enfants de 1 à 4 ans.
 - L'hépatite B est en baisse importante depuis l'introduction progressive de la vaccination gratuite pour différentes populations depuis 1983. Le taux de 0,6 cas par 100 000, (11 cas à Montréal en 2010), devrait encore diminuer avec l'élargissement du programme en 2013 pour inclure tous les nourrissons.
 - Pour le méningocoque (enfants et adolescents) comme pour le pneumocoque (enfants < 5 ans), on observe que les infections par les souches visées par la vaccination sont contrôlées au sein des populations vaccinées.
- Malgré une densité de population élevée à Montréal, les taux d'incidence des maladies évitables par la vaccination y sont généralement plus faibles que dans le reste du Québec, excepté pour l'hépatite B.²
- Chaque hiver, une nouvelle souche d'influenza circule et atteint environ 1 personne sur 6 au Québec. Des éclosions d'influenza surviennent en milieux fermés, occasionnant des morbidités et mortalités dues à la diminution de la réponse au vaccin chez les personnes âgées alors que les taux de couverture vaccinale des travailleurs de la santé (TS) demeurent nettement sous-optimaux.
- Un programme provincial de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles suite à la vaccination (MCI) permet un suivi de la qualité des produits et de l'acte de vaccination².

Impacts

- Les complications possibles suite à une MEV sont très différentes d'une maladie à l'autre. La morbidité, les séquelles et la mortalité que l'on connaissait avant la vaccination sont maintenant évitables et d'autant plus inacceptables, particulièrement chez des enfants en bonne santé.
- Une MEV entraîne un impact socio-économique important : contagiosité donc isolement du cas, gardiennage ou absence au travail pour le parent, consultations médicales, hospitalisations (10 % des enfants atteints de rougeole sont hospitalisés). La vaccination est l'action la plus efficace et la plus rentable pour empêcher les individus de développer ces maladies, réduire la mortalité et la morbidité associées et la circulation des microbes.
- Outre un risque personnel, une personne non vaccinée qui entre en contact avec ces microbes sera aussi plus à même de transmettre la maladie aux personnes vulnérables ou ne pouvant recevoir le vaccin : nourrissons < 1an, personnes avec immunodéficience ou en traitement réduisant leur immunité, etc.
- Les faibles taux de vaccination contre l'influenza chez les TS augmentent chaque année les risques d'éclosions dans les établissements de santé.

Analyse des disparités

- Avant la vaccination, la majorité des MEV touchaient les enfants et impliquaient une morbidité et mortalité élevées. Actuellement les enfants vaccinés sont protégés, mais les **enfants et adultes non vaccinés** demeurent à risque de contracter ces maladies et de les transmettre aux autres personnes non vaccinées, à celles pour qui la **vaccination est contre-indiquée** ou à celles qui **répondent moins bien aux vaccins**. À titre d'exemple, lors d'une éclosion de rougeole au Québec en 2007 (environ 100 cas), 12 des 16 cas déclarés à Montréal n'étaient pas vaccinés.
- Dans certains groupes de personnes qui **craignent la vaccination, préfèrent avoir la maladie** ou ne se voient pas comme des transmetteurs potentiels et **refusent la vaccination**, on a observé une augmentation des cas de coqueluche, d'oreillons et d'hépatite A. L'appartenance à ces groupes et la **promiscuité** multiplient les contacts potentiels avec un individu infecté et augmentent le risque de contracter la maladie. Des agrégats de gens non vaccinés peuvent aussi se former dans les **milieux scolaires**, les **milieux de garde à l'enfance** ou les communautés.

¹ Le contrôle d'une maladie transmissible correspond à la réduction importante de la transmission de sorte que la maladie ne représente plus un problème de santé publique.

² Rapport sur les risques infectieux et environnementaux – MONTRÉAL 2004-2010. DSP de l'ASSM. 2014.

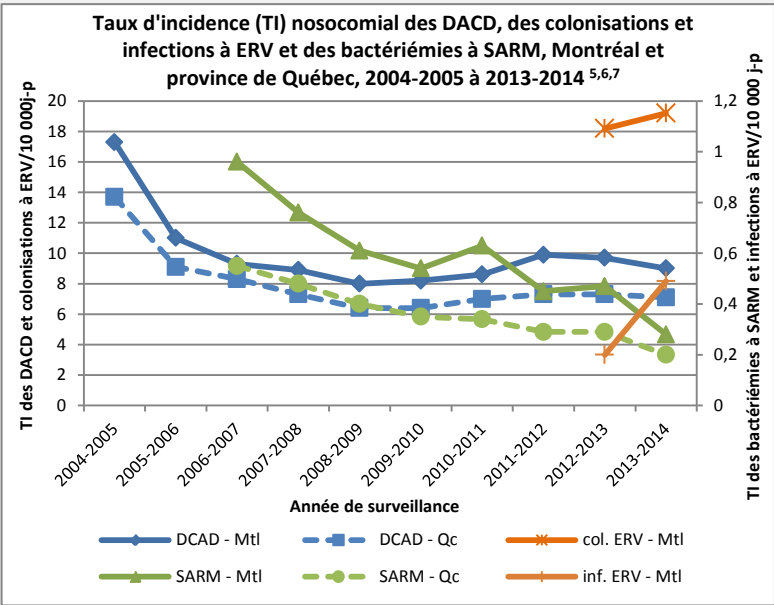
Infections nosocomiales

Les infections nosocomiales (IN) sont des « infections acquises au cours d’un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ils sont administrés »¹. Il existe au Québec sept programmes de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) réalisés sous le mandat de l’INSPQ. Six sont obligatoires [diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD), entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs, bactériémies associées aux voies d’accès en hémodialyse et bactériémies nosocomiales panhospitalières] et un est facultatif actuellement [bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC)]. En plus de ces programmes, certains établissements réalisent également d’autres surveillances locales pour certaines IN d’intérêt [ex. syndrome d’allure grippale/influenza, gastroentérite, infection du site opératoire (ISO), infection urinaire, pneumonie]. Le risque d’acquisition d’une IN est plus important à Montréal qu’ailleurs au Québec, du fait notamment de la vocation suprarégionale d’une partie des centres hospitaliers pour certaines spécialisations et surspécialisations. La surveillance des IN est un élément incontournable des programmes de prévention et contrôle des infections (PCI). Elle permet entre autres de documenter l’ampleur du problème, d’évaluer l’efficacité des mesures de PCI et la qualité des soins ainsi que d’assurer la sécurité des patients (ex. exigences d’agrément Canada, campagne québécoise des soins sécuritaires). En 2013-2014, on note une réduction de 60 % du taux d’incidence provincial et de plus de 50 % du taux d’incidence régional des DACD depuis l’instauration du système de surveillance provinciale en 2004². Globalement, le tiers des IN seraient évitables par des programmes de PCI bien structurés³.

Fiches DÉTERMINANT associées (5) : [Organisation de la PCI en établissement](#); [Prise en charge des cas et contacts](#); [Comportements protecteurs](#); [Couverture vaccinale \(CV\)](#); [Exposition aux risques biologiques](#)

État de la situation à Montréal

- Environ 5 à 10 % des patients admis à l’hôpital contractent une IN lors de leur séjour. Ceci représenterait entre **17 700 et 35 500** infections nosocomiales dans les hôpitaux de Montréal en se référant au nombre total d’hospitalisations (355 549) en 2012-2013⁴.
- En 2013-2014, on a recensé dans les hôpitaux montréalais participants aux programmes SPIN : 1 530 DACD (dont 202 décès), 3 750 ERV (incluant 90 infections dont 30 bactériémies) et 1 077 bactériémies panhospitalières (dont 48 à SARM) qui sont d’origine nosocomiale².
- Le taux d’incidence des DACD d’origine nosocomiale demeure parmi les plus élevés de la province (3^e rang en 2013-2014)^{2,5,6}.
- Le taux d’incidence montréalais de bactériémies à SARM d’origine nosocomiale est presque le double du taux provincial. Toutefois, la tendance observée est à la baisse partout^{5,6}.
- Le nombre de nouveaux cas de colonisations et d’infections à ERV recensés dans les hôpitaux a augmenté d’environ 66 % : 4 343 cas (3 750 nosocomiaux) en 2013-2014 comparativement à 2 622 cas en 2010-2011. Les déclarations d’éclosions à ERV sont en hausse continue depuis 2007. La région compte 77 % de l’ensemble des cas détectés dans la province en 2013-2014^{5,7}. Les taux d’incidence des colonisations et des infections nosocomiales sont le double des taux provinciaux.
- Au cours de la saison 2013-2014 (période du 25 août au 5 juillet), le nombre d’éclosions signalées dans la région (toutes missions confondues) était de 86 pour les éclosions de gastroentérites et de 87 pour les éclosions de SAG/influenza⁸.
- Depuis 2013 [début du système régional des signalements d’entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)], 75 signalements individuels d’EPC, 6 éclosions d’EPC et 2 d’*Acinetobacter baumannii* multirésistant ont été signalés à la DSP.



Impacts

- Les IN entraînent des impacts humains importants : hospitalisation prolongée, incapacité temporaire ou permanente et, parfois, décès (4 % en mourront⁹) qui pourraient être évités en partie.
- En plus de leurs effets directs sur les personnes atteintes, les IN affectent le fonctionnement du réseau hospitalier, notamment en raison des mesures supplémentaires nécessaires pour les combattre (ex. isolement, dépistage), réduisent la disponibilité de lits et créent des engorgements (urgences, unité de réadaptation fonctionnelle intensive).
- Le Plan d’action sur la PCI 2010-2015 du MSSS souligne que les hospitalisations prolongées et les soins additionnels dus aux IN coûtent au Québec environ 180 millions de dollars par année¹⁰.

Analyse des disparités

- Les risques de contracter une IN sont **multifactoriels** et peuvent être liés aux facteurs intrinsèques des patients (âge, comorbidités, immunosuppression, etc.), aux interventions médicales et à l’environnement dans lequel celles-ci sont effectuées (mission et taille de l’hôpital, pratiques de PCI, infrastructure, etc.), aux caractéristiques de l’agent (virulence, saisonnalité), mais également à l’adhérence du personnel aux mesures PCI (vaccination antigrippale, hygiène des mains et pratiques de base, précautions additionnelles, ensembles de pratiques exemplaires).
- À Montréal, la surveillance a permis de confirmer les facteurs de risque significatifs d’une incidence élevée : **taille de l’hôpital, vocation universitaire et proportion de personnes de 65 ans et plus** y séjournant⁶.
- Plusieurs établissements de la région ont des défis de taille pour contrôler la transmission de certaines bactéries multirésistantes dans un contexte **d’endémicité ou de vétusté de leurs installations** et en raison des plans d’optimisation à réaliser.

¹ Pour guider l’action - Portrait de santé du Québec et de ses régions, MSSS en collaboration avec INSPQ et ISQ, 2011.
² Système d’information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN) extraction le 3 juillet 2014.
³ Aucoin L, et coll. D’abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité. MSSS, 2005.
⁴ PRSM 2011-2015. DSP de l’ASSM. 2011. Données d’hospitalisations mises à jour le 10 juillet 2014 (Med-Echo 2012-2013).
⁵ Résultats de surveillance 2012-2013 pour chacune des infections surveillées. SPIN. INSPQ, 2013.
⁶ Rapport sur les risques infectieux et environnementaux – MONTRÉAL 2004-2010. DSP de l’ASSM. 2014.
⁷ Rapport de surveillance provinciale des nouveaux cas d’entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) : 12 septembre 2010-10 septembre 2011. INSPQ, 2012.
⁸ Dossier client informatisé en maladies infectieuses (DCI-MI), DSP de l’Agence de Montréal (extraction : 4 juillet 2014).
⁹ SHEA. Improving patient safety through infection control: A new healthcare imperative. Infect. control Hosp. Epidemiol 2008; 29 :S3-S11.
¹⁰ Mesures de prévention et contrôle des infections à l’urgence. INSPQ, 2013.

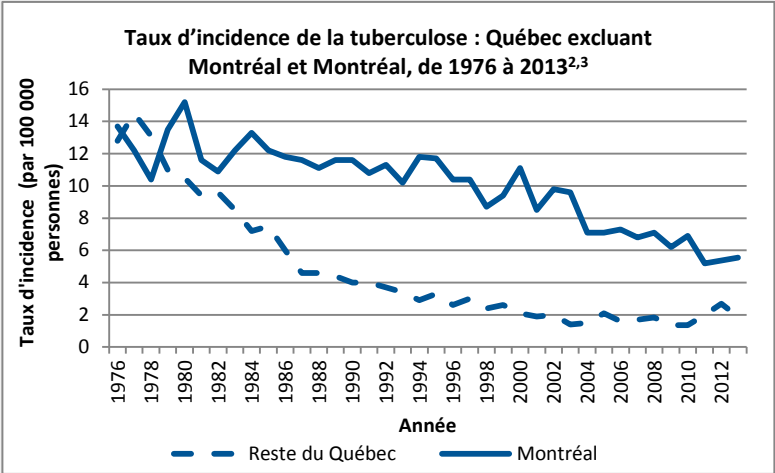
Tuberculose

La tuberculose est causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis* et la forme pulmonaire de la maladie est la seule qui est contagieuse. Transmise par les voies aériennes, la bactérie pénètre dans l’organisme et y demeure à l’état de latence pendant des mois, voire des années. La très grande majorité des personnes infectées ne développeront pas la maladie. Toutefois, seule maladie infectieuse à la fois à déclaration obligatoire et à traitement obligatoire, la tuberculose demeure un défi de santé publique et un enjeu d’inégalités sociales à Montréal¹.

Fiches DÉTERMINANT associées (3) : [Prise en charge des cas et contacts](#); [Comportements de consommation de drogues chez les UDI](#); [Exposition aux risques biologiques](#)

État de la situation à Montréal

- À Montréal en 2013, **115 cas** ont été déclarés à la DSP. Ce nombre a varié de 100 à 135 cas annuellement entre 2009 et 2013².
- Les cas déclarés à Montréal représentent environ 50 % des cas de la province³.
- Pour la même période, le taux d’incidence annuel moyen est de 5,8 cas pour 100 000 personnes à Montréal et de 1,9 pour 100 000 dans le reste du Québec³.
- Le taux d’incidence annuel de tuberculose au Québec est le plus bas des provinces canadiennes, après celui des provinces atlantiques, et se situe parmi les plus bas des pays industrialisés³.

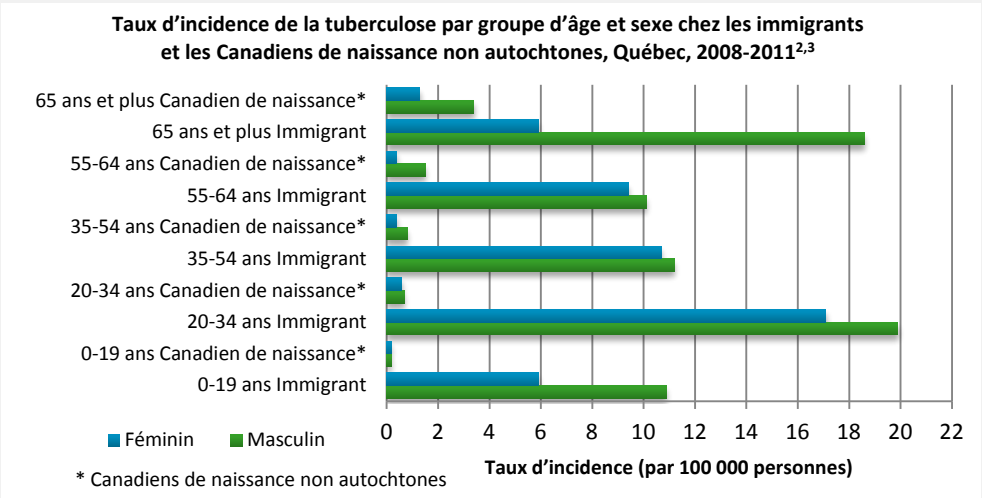


Impacts

- Toute personne qui en est atteinte doit obligatoirement se soumettre aux traitements médicaux pour éviter toute contagion ou récidence de la contagiosité (durée du traitement : minimum 6 mois pouvant parfois être plus de 12 mois). Il existe un programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la tuberculose et de l’infection tuberculeuse latente¹. Toutefois les populations les plus touchées ont souvent un accès limité aux soins de santé, ce qui entraîne des difficultés de prise en charge et de compliance au traitement.
- La thérapie sous observation directe (TOD) est à privilégier puisqu’elle permet d’accompagner le patient vers la guérison et contribue à renforcer la motivation de ceux qui seraient tentés d’arrêter leur traitement. Elle nécessite généralement l’intervention à domicile d’un professionnel de la santé (2 premiers mois), en soutien aux patients, puis d’un suivi spécifique à une pharmacie communautaire par la suite¹.
- Toutes les personnes souffrant de tuberculose pulmonaire contagieuse font l’objet de mesures d’isolement respiratoires appropriées. Les contacts des malades sont également dépistés et traités s’il y a lieu¹.
- Toutes les souches de *Mycobacterium tuberculosis* isolées en laboratoire sont testées pour détecter une résistance aux antituberculeux. Environ 1 souche sur 10 présente une résistance à l’isoniazide, le principal médicament de l’arsenal thérapeutique, ce qui peut alors impliquer un traitement plus long ou plus complexe, dans l’attente de trouver l’antituberculeux le plus approprié pour le traitement de ces patients³.

Analyse des disparités

- Immigration** : près de 80 % des cas de tuberculose rapportés à Montréal sont des personnes issues de pays où les taux d’incidence de la tuberculose sont 10 à 100 fois plus élevés qu’au Québec ou au Canada.
- En ce qui concerne les personnes nées au Canada, les populations touchées sont surtout les personnes les plus démunies, soit **les sans-abri, les personnes qui font usage de drogues par injection, les personnes âgées et celles issues de communautés autochtones**.
- La morbidité accrue chez les **hommes** s’observe à compter de la vingtaine et s’accroît à partir de 65 ans sauf chez les 30-39 ans où les taux d’incidence des femmes dépassent ceux des hommes.
- La distribution des cas en fonction de l’âge diffère **beaucoup selon l’appartenance ethnique**. Parmi les personnes nées à l’extérieur du Canada, seulement 1 personne sur 5 est âgée de 65 ans et plus comparativement à 50 % des Canadiens non autochtones.



¹ Comprendre la tuberculose pour mieux appliquer la thérapie sous observation directe, Guide d’application de la TOD. DSP, ASSM. 2013.

² Fichier central MADQ, MSSS 2013.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2008 à 2011, Québec, MSSS, 2013, 51 p.

MRSI et MSET

Avec la mondialisation des échanges commerciaux et la facilité avec laquelle on peut maintenant se déplacer en moins d’une journée d’un coin du monde à un autre, Montréal n’est pas à l’abri de ces infections qui émergent même dans des pays lointains. Les maladies respiratoires sévères émergentes d’origine infectieuse (MRSI) ainsi que les maladies à surveillance extrême transmissibles (MSET — fièvre hémorragique virale, peste, syndrome pulmonaire à Hantavirus et variole) revêtent une importance majeure pour la santé publique de par leur potentiel épidémique et par la préparation qu’elles nécessitent.

Les leçons tirées de la crise du SRAS, des infections d’influenza aviaire de type A (H5N1) chez les humains dans plusieurs pays de l’Asie, du virus pandémique A (H1N1) d’origine porcine de 2009 et, plus récemment, de l’éclosion de coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) qui sévit présentement dans la péninsule arabique et de l’éclosion sans précédent en Afrique de l’ouest de la maladie à virus Ebola, soulignent l’importance d’une vigilance rehaussée par le réseau de la santé concernant les MRSI ainsi que les MSET.

Fiches *DÉTERMINANT* associées (5) : [Prise en charge des cas et contacts](#); [Couverture vaccinale \(CV\)](#); [Exposition aux risques biologiques](#); [Comportements protecteurs](#)

État de la situation à Montréal	- En 2003, plus de 400 Montréalais ont été mis en quarantaine et suivis par la santé publique après avoir été en contact avec un cas de SRAS. Le Service de police de la ville de Montréal (SPVM) a dû être sollicité pour faire respecter la quarantaine chez quelques individus. - Lors de la première vague de la pandémie de la grippe A (H1N1) en 2009, 1 227 cas ont été confirmés dont 232 hospitalisés. Lors de la deuxième vague, 1 888 cas ont été confirmés dont 326 hospitalisés. Pour ces deux vagues, il y a eu au total 23 décès. De plus, la DSP a reçu des centaines d’appels de la population. De nombreuses équipes de la DSP ont été impliquées dans cette opération sans précédent. Une campagne de vaccination avec ouverture de centres de vaccination de masse a permis de vacciner 1 331 500 personnes en l’espace de huit semaines^{1,2}. - Depuis une dizaine d’années, il y a eu plusieurs signalements de cas suspects d’influenza A (H5N1) et A (H7N9)². - Au printemps et à l’automne 2013, plusieurs cas suspects du nouveau coronavirus (MERS-CoV) ont été signalés à la DSP, ce qui a nécessité des travaux en collaboration avec les hôpitaux et le Laboratoire de santé publique du Québec². - Depuis avril 2014, 11 cas possibles de maladie à virus Ebola ont été déclarés à la DSP. Des outils et des guides ont été développés afin d’aider les cliniciens à bien identifier et à prendre en charge ces cas possibles de maladie à virus Ebola².
Impacts	- L’éclosion de SRAS qui a eu lieu à Toronto en 2003 a eu des conséquences graves pour l’ensemble du réseau de santé publique et au-delà; citons entre autres : une paralysie de plus de la moitié des hôpitaux de la ville, des centaines de cas dont plusieurs décès, des milliers de contacts étroits à surveiller, une peur de la contagion extrême et un repli majeur de l’économie de la ville. - Les hôpitaux sont les premiers à recevoir les patients atteints de ces maladies qui surviennent, soit par l’émergence de nouvelles variantes d’agents pathogènes respiratoires connus (ex. influenza,) ou par d’autres encore inconnus. Elles peuvent s’accompagner d’une létalité et d’une morbidité importantes. Si elles ne sont pas rapidement détectées dès l’arrivée du patient à l’urgence, leur transmission peut entraîner des conséquences importantes pour l’hôpital et la communauté. Par un triage efficace et une évaluation médicale rapide, le personnel hospitalier peut mettre en place les mesures de prévention et de contrôle requises pour limiter la transmission de ces agents pathogènes et permettre de donner les soins appropriés au patient tout en assurant la gestion des demandes d’analyses de laboratoire.
Analyse des disparités	- De manière générale, ces maladies s’attaquent en premier et ont des conséquences plus importantes chez les personnes plus fragiles comme les enfants âgés de moins de 5 ans, les personnes âgées de plus de 60 ans, les personnes présentant des maladies chroniques ou un système immunitaire affaibli. - Toutefois certaines spécificités peuvent être observées, comme pour la grippe A(H1N1) pour laquelle les personnes plus âgées bénéficiaient d’une certaine immunité du fait de la circulation de souches similaires plusieurs dizaines d’années auparavant. Ainsi les personnes de moins de 65 ans ont été plus touchées lors de la pandémie de grippe A(H1N1) que lors des saisons grippales habituelles.

¹ Bilan épidémiologique de la pandémie d’influenza A(H1N1). Province de Québec 2009. INSPQ, 2010.
² Dossier client informatisé en maladies infectieuses (DCI-MI). DSP de l’ASSS de Montréal, août 2014.

Infections invasives à streptocoque du groupe A et légionellose

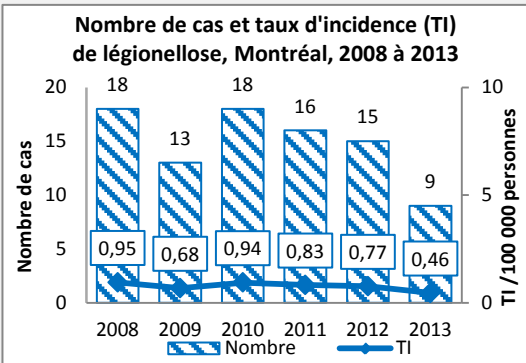
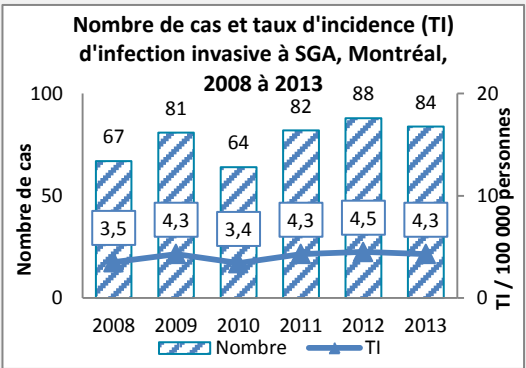
Les infections invasives à streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) sont à déclaration obligatoire. Elles peuvent causer des maladies graves comme une nécrose des tissus mous ou un choc toxique dont la morbidité et la létalité sont importantes. Une prophylaxie antibiotique peut être recommandée pour prévenir l'apparition de la maladie chez les contacts étroits des cas.

La légionellose est une maladie infectieuse d'origine environnementale. En effet, *Legionella* est une bactérie répandue dans l'environnement qui prolifère dans les eaux stagnantes et chaudes. Une infection peut survenir si de fines particules d'eau contaminée sont inhalées par une personne réceptive. La légionellose est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) qui peut se manifester par une pneumonie (maladie du légionnaire) ou, plus rarement, par un syndrome pseudo-grippal (fièvre de Pontiac). La maladie du légionnaire est sous-déclarée, car le diagnostic étiologique d'une pneumonie n'est pas toujours établi et un traitement antibiotique est souvent amorcé de façon empirique. Toutefois, la maladie peut être diagnostiquée plus facilement par la détection de l'antigène urinaire, mais seulement pour les infections causées par *Legionella pneumophila* séro groupe 1. Une épidémie de grande ampleur survenue dans la ville de Québec en 2012 et associée à une tour de refroidissement à l'eau a entraîné la mise en place d'un cadre législatif pour la gestion de la contamination microbiologique de ces tours. Le contrôle des sources environnementales potentielles peut réduire le risque d'infection.

Fiches DÉTERMINANT associées (2) : [Prise en charge des cas et contacts](#); [Exposition aux sols contaminés, au radon et aux autres sources environnementales](#)

État de la situation à Montréal

- *Infections invasives à SGA* : les infections invasives à SGA continuent d'être une source de préoccupation. De 2005 à 2009, le nombre annuel de cas déclarés d'infections invasives à SGA a doublé, passant de 42 à 81 cas, pour un taux d'incidence de 2,2 à 4,3 cas par 100 000 personnes-années (pa), ce qui est comparable à la province du Québec. Pour les 3 dernières années, le taux d'incidence demeure stable (**84 cas en 2013**)^{1, 2}.
- La reprise de la surveillance en laboratoire au Québec en 2008 a montré qu'une proportion élevée (13 %) de souches invasives exprimait une résistance à la fois à l'érythromycine et à la clindamycine¹.
- *Légionellose* : Les données de surveillance de la légionellose pour les années 2000 à 2006 montrent une variation annuelle de 1 à 3 cas par million de personnes (ce qui représente 1 à 7 cas par an). Par contre, depuis 2007, le taux d'incidence a augmenté pour s'établir à près de 10 cas par million d'habitants (ce qui représente 13 à 18 cas par an). Cette hausse reflète en partie l'utilisation plus grande du test de détection urinaire mentionné plus haut^{1, 2}.
- Presque tous les cas déclarés et investigués de légionellose à Montréal sont des cas sporadiques d'origine communautaire. L'origine de la contamination environnementale n'est connue que dans un faible pourcentage de cas¹.



Impacts

- *Infections invasives à SGA* : les infections invasives à SGA se diagnostiquent par la survenue de différentes maladies. Pour la période 2004-2010, les diagnostics les plus fréquents ont été la cellulite et l'érysipèle (12 %), la fasciite nécrosante (7 %), la pneumonie et autre manifestation pulmonaire (6 %) et l'arthrite septique (3 %). Lorsqu'il y a un choc toxique streptococcique, il est le plus souvent associé à une fasciite nécrosante ou à une pneumonie et autre manifestation pulmonaire. La létalité globale des infections invasives à SGA est estimée à 11 % sur les données obtenues au moment de l'enquête¹. La résistance aux antibiotiques de ces infections est un sujet préoccupant. Il complique la prise en charge des cas et le traitement en devient plus long et plus coûteux¹.
- *Légionellose* : même si la majorité des cas déclarés de légionellose sont des cas sporadiques, une épidémie peut survenir et avoir un impact significatif, surtout si la source commune de contamination n'est pas identifiée rapidement. Cent quatre-vingt-trois cas ont été associés à l'écllosion survenue à Québec en 2012. De ce nombre, 133 personnes ont été hospitalisées (73 %) et 23 % admises aux soins intensifs. Parmi elles, 13 sont décédées³.

Analyse des disparités

- *Infections invasives à SGA* : l'incidence de la maladie est plus importante chez les enfants âgés de **moins de 5 ans** et chez les **personnes âgées de plus de 60 ans**. Il est estimé qu'environ 75 % des cas ont au moins un facteur de risque associé à la maladie tel que **présence de maladie chronique, système immunitaire affaibli, présence de traumatisme, personne utilisatrice de drogue injectable**.
- *Légionellose* : l'incidence en fonction de l'âge montre que les **personnes âgées de plus de 60 ans** sont davantage affectées, et presque tous les cas surviennent chez des personnes ayant des facteurs de risque tels que **présence de maladie chronique ou de cancer, système immunitaire affaibli, fumeur, abus d'alcool**³³.

¹ Rapport sur les risques infectieux et environnementaux – MONTRÉAL 2004-2010. DSP de l'ASSM. 2014.

² Données MADO, disponibles sur <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/maladies-a-declaration-obligatoire/mado-statistiques>, juillet 2014.

³ Goupil-Sormany, I. et coll. Écllosion de légionellose dans la ville de Québec, Québec, Canada, été 2012. DSP de la Capitale Nationale, 2012.

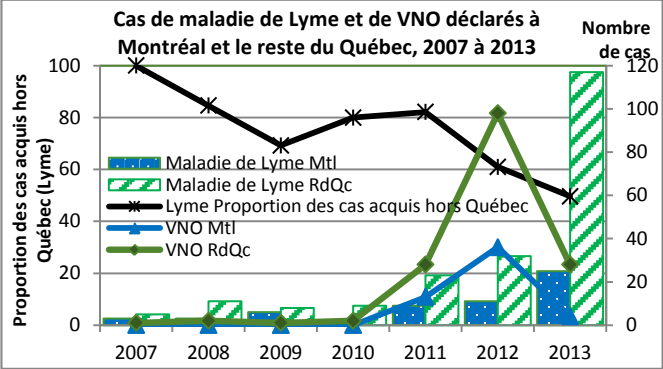
Zoonoses et maladies à transmission vectorielle

Des maladies transmises à l’homme par l’animal (zoonoses), comme la rage, sont connues depuis toujours et le Québec n’y a pas échappé. Jusqu’à récemment, le climat frais ou froid du Québec nous a protégés des maladies transmises par les moustiques et les tiques (maladies à transmission vectorielle) existantes ailleurs. Avec les changements climatiques, de nouvelles maladies s’installent. Le virus du Nil occidental (VNO, vecteur : moustique) et la maladie de Lyme, (vecteur : tique) sont de nouvelles réalités dans la province. Depuis juillet 2014, la surveillance inclut les infections au virus chikungunya, virus nouvellement présent dans l’hémisphère occidental et acquis par des voyageurs lors d’une piqûre par un moustique infecté. La surveillance des zoonoses et des maladies à transmission vectorielle est indispensable pour nous informer de la présence ou l’évolution de maladies telles que le syndrome pulmonaire à hantavirus, l’anaplasmose, la babésiose, etc. Il existe un besoin général d’information et d’outils, tant pour les cliniciens de santé humaine ou animale, les laboratoires et les professionnels de la santé publique que pour la population générale. Les personnes qui contractent ces maladies le font souvent par un manque de connaissances face au risque encouru (au Québec ou lors d’un voyage). Un comportement adéquat (ne pas s’approcher ou nourrir les animaux sauvages et utiliser des insectifuges) permettrait d’en éviter une part non négligeable^{1,2,3}.

Fiches DÉTERMINANT associées (4) : [Comportements protecteurs](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#); [Exposition aux risques biologiques](#); [Prise en charge des cas et contacts](#)

État de la situation à Montréal

- La dernière victime de la rage au Québec remonte à l’an 2000 (Montréalais âgé de 9 ans infecté par une chauve-souris rabique à 200 km au nord-ouest de Montréal)⁴. De façon générale, peu d’animaux rabiques sont recensés à Montréal, à part quelques chauves-souris rabiques retrouvées annuellement. Toutefois en 2012, près de 100 enquêtes ont été faites par la santé publique lors de signalements de morsures ou autres expositions significatives à un animal, afin d’évaluer la pertinence d’administrer ou non une prophylaxie postexposition contre la rage (PPE, environ 30 annuellement). Sur la côte Est des États-Unis, la rage du raton-laveur est un problème de santé publique. Après son incursion dans le sud du Québec en 2006, un programme de surveillance et de contrôle intensif a réussi à faire rebrousser la rage du raton dès 2009 par l’épandage de vaccins oraux pour les animaux sans que cela n’atteigne Montréal.
- La maladie de Lyme est à déclaration obligatoire (MADO) au Québec depuis novembre 2003¹ :
 - de 2004 à 2010, moins de 15 cas ont été déclarés annuellement. En 2013, 142 cas ont été rapportés au Québec comparativement à 43 en 2012 et 32 en 2011, dont **25**, 11 et 9 cas respectivement à Montréal;
 - depuis 2004, la proportion de cas québécois acquis au Québec n’a cessé d’augmenter (50 % en 2013).
- En 2002, la région de Montréal enregistrait ses premiers cas d’infection par le VNO (12 cas c. 8 dans le reste du Québec)¹. Après 7 ans et peu de cas, une recrudescence majeure a été observée depuis 2011 : 134 cas déclarés au Québec en 2012 (36 à Montréal) et 32 cas québécois en 2013 (**4** à Montréal).



Impacts

- Les zoonoses étant moins connues du réseau de la santé et de la population, une latence pour le diagnostic et la prise en charge des cas peuvent survenir, impliquant parfois des complications chez les patients, des coûts et du travail supplémentaire pour le réseau de la santé.
- La PPE contre la rage comprend l’administration d’immunoglobulines contre la rage et plusieurs doses de vaccin. Cette PPE peut être recommandée directement par la première ligne ou par la DSP. En l’absence de prophylaxie, si la maladie s’installe, aucun traitement spécifique n’est possible et le décès survient. Si le programme pour la rage du raton n’était pas renouvelé (décision à défendre annuellement), l’entrée de la rage dans une région urbaine comme Montréal provoquerait des coûts explosifs, notamment en PPE.
- Les manifestations cliniques de la maladie de Lyme peuvent être non spécifiques (cutanées, musculo-squelettiques, neurologiques, cardiaques ou oculaires), entrecoupées de latence, et peuvent évoluer vers la chronicité. Le traitement par antibiotiques peut s’avérer complexe et long lorsque la maladie est avancée^{5,6}.
- Une personne infectée par le VNO sur 150 développe des complications neurologiques comme une encéphalite ou une méningite et peut avoir des séquelles⁷.

Analyse des disparités

- Concernant la maladie de Lyme, les personnes les plus exposées à la tique sont celles qui **travaillent** (ex. agent de la faune, biologiste, horticulteur dans les grands parcs) ou qui font des **activités dans les boisés et les hautes herbes** entre avril et novembre, notamment dans certaines régions plus à risque du sud du Québec et de plusieurs provinces canadiennes, le nord-est, mid-Atlantique et centre-nord des États-Unis.
- Toute personne passant de longues heures à l’extérieur (pour le travail ou les loisirs) peut se faire piquer par un moustique porteur du VNO. Le risque d’attraper le VNO est plus élevé **en ville**. Ces 3 dernières années, le VNO a été plus présent dans le sud-ouest du Québec, incluant Montréal. Les personnes âgées de **50 ans ou plus** et celles ayant un **système immunitaire affaibli** sont plus à risque de développer des complications.

¹Rapport sur les risques infectieux et environnementaux – MONTRÉAL 2004-2010. DSP de l’ASSM, 2014.
²<http://www.monclimatmasante.gc.ca/maladies-vectorielles-et-zoonoses.aspx>, consulté le 8 août 2014.
³Consultation sur l’état actuel de la surveillance des zoonoses au Québec et son adéquation avec les changements climatiques et écologiques. INSPQ, 2012.
⁴Deshais D. et coll. Intervention de la santé publique lors de la survenue d’un cas de rage humaine au Québec, Revue Can. de Santé Publique, vol. 95, no 2. 2004.
⁵<http://www.santemontreal.qc.ca/vivre-en-sante/maladies/maladie-de-lyme>, consulté le 26 juin 2014.
⁶http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/maladie_de_lyme/problematique.html, 26 juin 2014.
⁷Aviz Scientifique. Le risque relié au virus du Nil occidental au Québec et les interventions à privilégier en 2013. INSPQ, 2013.

Traumatismes non intentionnels

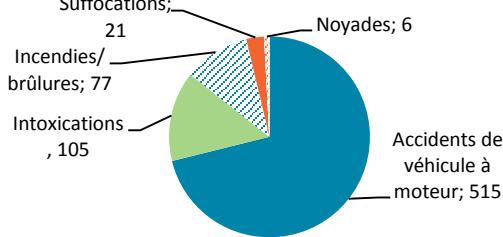
Les traumatismes non intentionnels (TNI) comprennent, entre autres, les décès et blessures associés aux accidents de la route (conducteurs, cyclistes et piétons), les chutes, les traumatismes d'origine récréative et sportive, les noyades, les brûlures, les suffocations et les intoxications (ex. ingestion accidentelle de médicaments, produits chimiques, gaz nocifs, etc.)¹. Les chutes chez la personne âgée ou atteinte d'ostéoporose ainsi que les conséquences associées sont cependant exclues de la présente fiche et sont plutôt traitées dans la fiche sur l'ostéoporose.

Fiches DÉTERMINANT associées (7) : [Système de transport et aménagement urbain](#); [Comportements protecteurs](#); [Consommation d'alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#); [Consommation d'alcool, drogues ou jeu \(jeunes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#); [Activité physique et sédentarité \(tout-petits et jeunes\)](#); [Manque de sommeil](#)

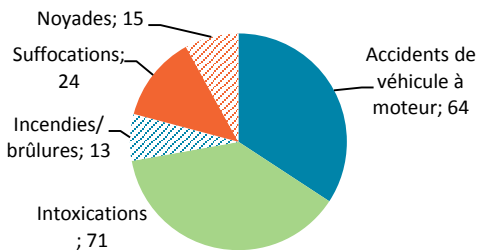
État de la situation à Montréal

- On note une diminution des taux de mortalité pour TNI au Québec de 17 % entre 1985 et 1999, surtout attribuable aux années précédant 1990. Depuis 1999, le taux de mortalité s'est stabilisé¹.
- Les taux de mortalité et d'hospitalisation pour TNI sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain¹. Les taux ajustés d'hospitalisation et de mortalité sont généralement plus bas à Montréal que dans le reste du Québec, à l'exception de la mortalité par intoxication^{2,3}.
- Les TNI causent 4 % des décès au Québec. Ils sont la première cause de mortalité chez les jeunes, à l'origine d'environ 40 % des décès chez les 18 ans et moins^{1,4}.
 - Les premières causes de mortalité par TNI chez les moins de 18 ans sont la suffocation (parmi les moins de 1 an), les noyades (1-4 ans) et les traumatismes chez les occupants d'un véhicule à moteur (5-18 ans)⁴.
 - Les TNI constituent la première cause des visites à l'urgence chez les 5-19 ans⁵.
- Les accidents de la route représentent la plus grande part des TNI. De 1999 à 2008, on compte en moyenne annuellement 7 275 interventions ambulancières pour traumatismes routiers à Montréal : 5 078 occupants de véhicules, 982 piétons, 967 cyclistes et 248 motocyclistes⁶.
- Selon les rapports policiers, une moyenne d'environ **1 500** piétons furent blessés annuellement sur l'île de Montréal au cours de la période 2000-2012⁷.

Nombre annuel moyen d'hospitalisations pour TNI (diverses causes), Montréal, années financières 2008-2013⁴



Nombre annuel moyen de décès pour TNI (diverses causes), Montréal, années civiles 2006-2010⁵



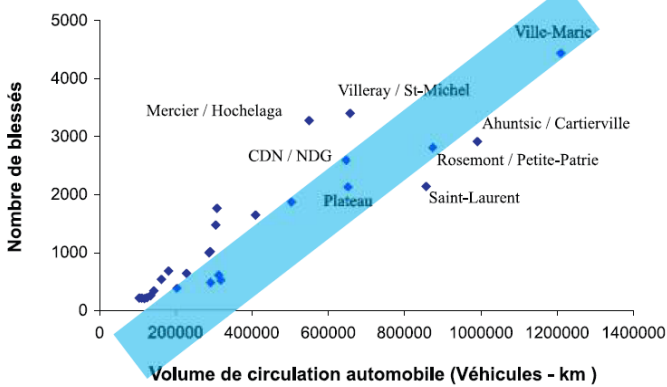
Impacts

- Bien que l'incidence des traumatismes soit relativement basse, le fardeau en années de vie perdues est très lourd, car une large part des TNI survient chez les jeunes⁸. Les décès ne représentent qu'une fraction des séquelles associées aux TNI. Les TNI sont à l'origine de plusieurs incapacités dévastatrices telles que l'atteinte des fonctions cognitives ou physiques, la paralysie, les amputations, les traumatismes psychologiques, la surdité et la cécité⁹.
- On estime que les coûts associés aux traumatismes, au Canada, s'élèvent à 19,8 milliards de dollars par année (10,7 milliards de dollars en coûts directs et 9,1 milliards en coûts indirects)⁸.

Analyse des disparités

- Les décès et hospitalisations pour TNI sont plus fréquents chez les jeunes **garçons** que les filles, particulièrement chez les **15 à 18 ans**⁴.
- Traumatismes routiers** : Le nombre de blessés est directement relié au volume de circulation et à l'absence d'aménagement sécuritaire au niveau des intersections des artères¹⁰. Les quartiers où le niveau de **défavorisation socioéconomique** est plus élevé comptent plus de TNI routiers, surtout car ils sont habituellement situés près d'axes routiers majeurs².
- Chutes** : Le risque de chutes et la sévérité des séquelles augmentent avec l'**âge**¹¹. L'incidence des chutes augmente au cours l'**hiver**, en particulier à la suite de précipitations (**verglas** ou **pluie**) suivies d'une baisse de la température. Contrairement aux TNI dus aux chutes à l'intérieur des bâtiments, la majorité des traumatismes reliés aux chutes à l'extérieur surviennent parmi la population de **moins de 65 ans**¹².

Nombre total de blessés de la route par arrondissement en fonction du volume de circulation automobile, Montréal, 1999-2003¹⁰



¹ Portrait de santé du Québec et de ses régions, INSPQ, 2006.
² Infocentre de santé publique de l'INSPQ, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (MSSS), 2008-2009 à 2012-2012-2013.
³ Infocentre de santé publique de l'INSPQ, Fichier des décès (MSSS), années civiles 2006-2010.
⁴ Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation. INSPQ, 2009.
⁵ L'utilisation des services médicaux chez les jeunes montréalais de 5 à 19 ans, DSP Montréal, 2012.
⁶ Victimes d'une collision routière ayant entraîné une intervention d'Urgences-santé, 1999-2008.
⁷ Nombre de victimes d'une collision routière ayant entraîné un constat policier, registres de la SAAQ, 2000-2012.
⁸ Pourquoi nous sommes inquiets : Les Faits; Les traumatismes, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2013.
⁹ http://www.who.int/violence_injury_prevention/disability/en/, consulté août 2014.
¹⁰ Un environnement urbain favorable à la santé, plan régional de santé 2010-2015, Orientation 5 : Une ville et des quartiers sécuritaires qui favorisent un mode de vie physiquement actif. DSP, 2012.
¹¹ Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile, MSSS, 2012.
¹² Morency, P. et al, Outdoor Falls in an Urban Context : Winter Weather Impacts and Geographical Variations, Can J Public Health, vol. 103 No. 3, 2012, p. 218-222.

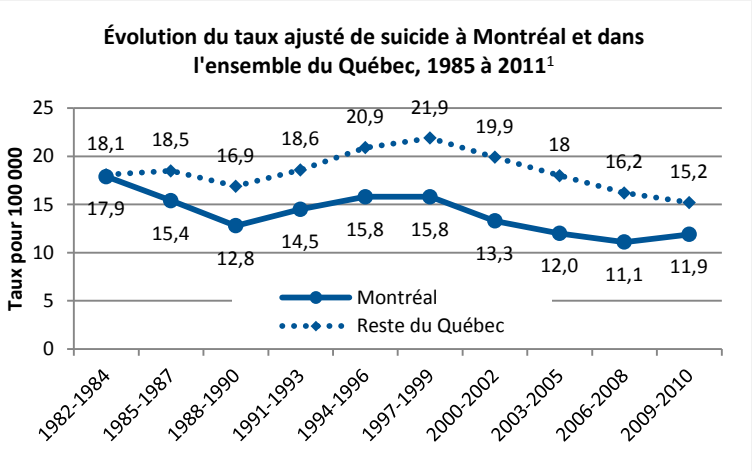
Traumatismes intentionnels

Les traumatismes intentionnels tels que présentés dans cette fiche incluent la mortalité par suicide et les hospitalisations pour tentative de suicide. Ils représentent environ 50 % de toutes les hospitalisations pour traumatismes intentionnels, et environ 85 % des décès dus à cette cause. Les autres types de traumatismes intentionnels, non traités ici, sont les agressions, les interventions de la force publique et les faits de guerre.

Fiches DÉTERMINANT associées (9) : [Violence interpersonnelle à l'école et dans la communauté \(jeunes\)](#); [Violence : parentale / entre jeunes partenaires amoureux](#); [Milieu familial](#); [Milieu scolaire](#); [Exposition aux facteurs de risque psychosociaux au travail](#); [Services préventifs en santé mentale](#); [Services préventifs spécifiques pour les jeunes](#); [Compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes](#); [Système de transport et aménagement urbain](#)

État de la situation à Montréal

- Le suicide est en baisse à Montréal, tout comme dans l'ensemble de la province. Bien que le taux de suicide dans la métropole se maintienne sous la valeur québécoise, ce sont tout de même **environ 200** Montréalais qui s'enlèvent la vie chaque année¹.
- De plus, on dénombre chaque année environ 290 hospitalisations pour tentatives de suicide parmi les Montréalais².
- Environ la moitié des suicides montréalais sont faits par pendaison, tout comme ce que l'on observe à l'échelle de la province. Dans la métropole, on retrouve toutefois plus de suicides par saut dans le vide ou devant un objet en mouvement (respectivement 8,2 % et 5,5 % des suicides) que dans le reste du Québec³.

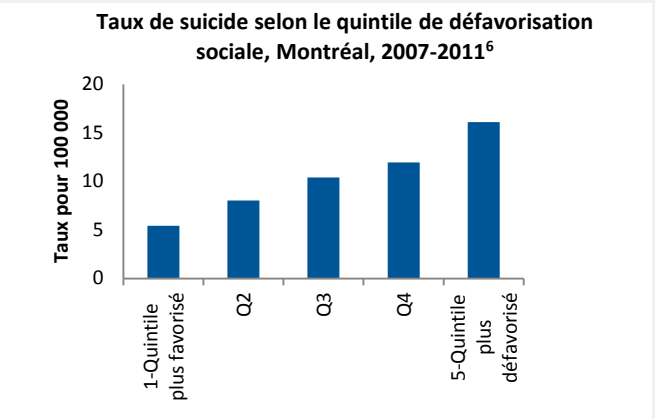


Impacts

- Parmi l'entourage d'une personne décédée par suicide, le risque de suicide augmenterait de huit fois. En milieu scolaire, on estime que dans l'école fréquentée par un jeune ayant commis un suicide, le risque de suicide augmente de quatre fois⁴.
- Le suicide est également associé, chez les proches de la victime, à l'apparition ou l'aggravation des problèmes de santé physique ou mentale⁴.
- Le coût moyen estimé d'un suicide est de près de 850 000\$, incluant les coûts directs (ambulance, soins hospitaliers et médicaux, autopsie, funérailles, enquête policière) et les coûts indirects (années potentielles de vie perdues et revenus futurs perdus)⁴.

Analyse des disparités

- C'est parmi la population active, plus particulièrement chez les **35-64 ans**, que le taux de suicide est le plus élevé. Par contre, bien que le taux de suicide chez les jeunes soit plus faible que dans d'autres groupes d'âge, son poids parmi l'ensemble des décès y est plus grand : chez les 15-34 ans, près du quart des décès sont des suicides².
- On dénombre environ trois fois plus de suicides chez les **hommes** que chez les femmes. Par contre, les données provinciales démontrent plus de tentatives de suicide chez les femmes que chez les hommes².
- Les personnes disposant d'un **faible revenu** sont plus susceptibles de présenter un niveau de détresse psychologique élevé, une caractéristique fortement associée au risque de suicide ou de tentative de suicide⁵.
- Les **personnes vivant seules** ou dans une **famille monoparentale** sont plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires sérieuses⁵. D'ailleurs, le taux de suicide est fortement associé à l'indice de défavorisation sociale⁶.
- La forte majorité (près de 90 %) des cas de suicide présentent au moins un **trouble de santé mentale**⁷.



¹ Infocentre de Santé Publique de l'INSPQ, Fichier des décès (MSSS), 1982-2010.
² Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2010-2013.
³ Fichier des décès (MSSS), 2009-2010.
⁴ La prévention du suicide au Québec : mettre en œuvre les mesures efficaces. AQPS, 2012.
⁵ Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec. MSSS, 2012.
⁶ Fichier des décès (MSSS), 2007-2011, Recensement de 2006 (Statistique Canada).
⁷ Lesage A. et al. Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. Santé mentale au Québec, vol. 37 No. 2, automne 2012, p. 239-255.

Surdoses de drogues

Les surdoses de drogues sont un grave problème de santé qui se définit comme une intoxication aiguë, suite à une seule consommation d’une ou plusieurs substances psychoactives. Les symptômes d’une surdose varient selon la substance consommée et peuvent inclure des troubles respiratoires, des signes neurologiques, des problèmes cardiovasculaires, une perte de conscience¹. Les surdoses traitées dans cette fiche sont les surdoses accidentelles ou dont l’intention est indéterminée. Afin de limiter le plus possible les données aux surdoses liées à la drogue (et non aux médicaments), les personnes de moins de 14 ans et celles de 80 ans ou plus ont été retirées des analyses.

Fiches DÉTERMINANT associées (4) : [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(jeunes\)](#); [Consommation d’alcool, drogues ou jeu \(adultes\)](#); [Comportements de consommation de drogues chez les UDI](#); [Prise en charge des cas et contacts](#)

État de la situation à Montréal

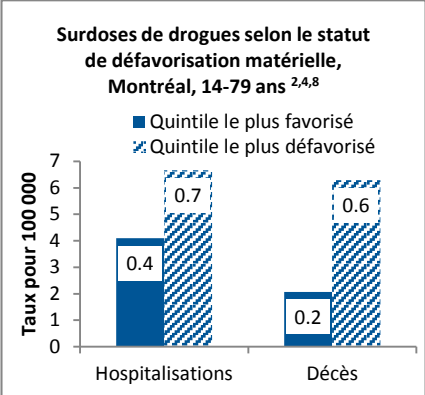
- Annuellement, on compte à Montréal environ 70 décès liés à une surdose de drogues². Une étude révèle qu’entre 2000 et 2009, un peu plus du quart (27 %) des décès par surdose étaient liés à l’injection de drogue (soit en moyenne 17,5 par année)³.
- En moyenne, 86 Montréalais sont hospitalisés chaque année pour des surdoses de drogue⁴.
- Alors que Montréal compte proportionnellement plus de décès par surdose qu’ailleurs au Québec (4,6 c. 2,9 pour 100 000), le taux d’hospitalisation pour surdose y est plus faible que dans le reste de la province (5,6 c. 9,0 pour 100 000). La durée moyenne de séjour pour ces hospitalisations est toutefois plus longue à Montréal (12,5 jours) que dans le reste du Québec (7,6 jours)^{2,4}.
- Une analyse préliminaire des données du coroner indiquent que le nombre annuel moyen de décès par surdose de drogues qui peuvent s’injecter tend à augmenter à Montréal (de 51 pour les années 2000-2005 à 72 pour 2006-2009)⁵.
- En mai 2014, un signalement de nombreuses surdoses sévères a été fait à la DSP. En réponse à ce signalement, des moyens de vigie ont été déployés, en collaboration avec de nombreux partenaires (incluant Urgences-Santé, Bureau du Coroner, SPVM, laboratoires d’hôpitaux et de référence), pour suivre la situation. Entre le 1^{er} mai et le 27 juin, 18 décès, dont 13 possiblement liés à l’injection, ont été signalés soit près de cinq fois plus que les 2,7 décès liés à l’injection attendus selon les estimations antérieures⁶.

Impact

- Les conséquences d’une surdose peuvent aller jusqu’au décès. Même les surdoses non mortelles peuvent avoir des conséquences importantes, notamment des complications neurologiques (accident vasculaire cérébral, convulsions, etc.), une insuffisance cardio-respiratoire, rénale ou hépatique, de même que d’autres séquelles¹. De plus, les survivants d’une surdose sont à risque élevé de mourir d’une surdose ultérieure⁷.
- À Montréal, les surdoses occasionnent chaque année près de 1 100 jours d’hospitalisation, soit concrètement l’équivalent de trois lits quotidiennement occupés par des cas de surdose⁴.

Analyse des disparités

- Le taux de mortalité par surdose est plus élevé chez les **hommes** que chez les femmes (6,8 c. 2,4 pour 100 000)². Lorsqu’on considère uniquement les décès par injection, la part des hommes s’élève à 83 %³.
- Les taux d’hospitalisation et de décès par surdose sont significativement plus élevés chez les personnes vivant dans les **milieux les plus défavorisés matériellement**, comparativement à celles vivant dans les milieux les plus favorisés^{2,4,8}.
- Alors que les décès par surdoses touchent davantage la **population active** (25-64 ans), les taux d’hospitalisation pour surdoses sont plus élevés chez les **personnes plus âgées (65-74 ans)**^{2,4}.
- Les **personnes UDI** sont nettement plus susceptibles de faire une surdose que les autres consommateurs de drogues. Le taux annuel de décès par surdose parmi l’ensemble des consommateurs de drogues est estimé à 30 par 100 000 consommateurs, alors que chez les personnes UDI, l’estimation est plutôt de l’ordre de 450 par 100 000 consommateurs^{3,9}.
- Près de la moitié (47 %) des **jeunes de la rue** qui consomment des drogues rapportent avoir déjà fait une surdose¹⁰.



¹ Têtu, I., Mercure, S. A., Côté, F., Gagnon, J., et al. 2005. Les overdoses de cocaïne et d’opiacés: les connaître, les reconnaître, les gérer. Québec (Guide pratique). http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/cahiers_BTEC/cahier-6-overdose.pdf.

² Fichier des décès (MSSS), 2005-2010.

³ Leclerc, P. et al. Planning phases of SIS in Montréal: documenting the health needs of injection drug users (IDUs). Canadian Journal of infectious diseases & medical microbiology, vol 24, suppl.A, Spring 2013.

⁴ MedEcho (MSSS), 2009-2013.

⁵ Vers un service d’injection supervisée : Rapport de l’étude de faisabilité sur l’implantation d’une offre régionale de services d’injection supervisée à Montréal. DSP de l’ASSS de Montréal, 2011.

⁶ DCI-MI, DSP de l’ASSS de Montréal, consulté le 8 juillet 2014, 8h30.

⁷ European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA), 2011. Mortality related to drug use in Europe: public health implications. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143663_EN_TDSI11003ENC_web.pdf.

⁸ INSPQ, Indice de défavorisation, 2006.

⁹ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, EQSP (ISQ), 2008.

¹⁰ Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal, DSP de l’ASSS de Montréal, 2013.

Problèmes de santé liés à la chaleur et à la qualité de l'air

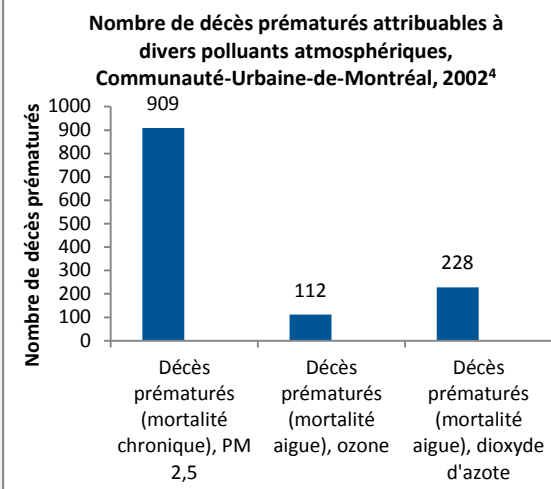
Un épisode de chaleur extrême est défini, à Montréal, par une succession de 3 jours ou plus pendant lesquels la température maximale est égale ou supérieure à 33°C et la température minimale, égale ou supérieure à 20°C, ou lorsque la température nocturne dépasse 25°C pendant 2 nuits consécutives¹. Ces seuils de température reflètent les températures à partir desquelles nous pouvons observer une augmentation significative de la mortalité à Montréal². Le cumul des facteurs de risques individuels (présence de maladies chroniques cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires, respiratoires, rénales, neurologiques, diabète, santé mentale), environnementaux (absence d'air climatisé, îlot de chaleur urbain) ou sociaux (isolement, perte d'autonomie) peut rendre certaines personnes plus vulnérables aux effets de la chaleur³.

Les polluants atmosphériques sont responsables de problèmes de santé de nature respiratoire et cardiovasculaire⁴. Une exposition à la pollution atmosphérique, principalement aux particules fines (PM_{2,5}) et à l'ozone est associée à une hausse des visites à l'urgence pour des problèmes cardiovasculaires ou respiratoires, une hausse du nombre de jours de symptômes d'asthme et des cas de bronchite infantile ainsi que des décès prématurés⁴.

Fiches DÉTERMINANT associées (3) : [Îlots de chaleur](#); [Qualité de l'air extérieur](#); [Allaitement maternel](#)

État de la situation à Montréal

- Depuis 1984, il y a eu 5 épisodes de chaleur extrême à Montréal, soit en 1987, 1994, 2002, 2010 et 2011.
- En juillet 2010, la moyenne des températures a dépassé 33°C pendant 5 jours consécutifs. Durant cette période, la chaleur a possiblement contribué à 106 décès, la grande majorité survenant dans la communauté (hors du milieu hospitalier)³.
- L'exposition à des polluants atmosphériques serait responsable de 1 540 décès annuellement à Montréal. De ces décès, 440 seraient à la suite d'épisodes aigus et 1 100 décès seraient le résultat d'une exposition chronique⁵.
- En 2002, l'exposition aux PM_{2,5} serait reliée à 6 028 cas de bronchite aiguë infantile. De plus, **114 023** jours de symptômes d'asthme chez les Montréalais seraient associés à une exposition à l'ozone et aux PM_{2,5}⁴.
- D'après le rapport du *Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat*, les épisodes de chaleur extrême devraient être plus nombreux dans les prochaines années⁶. Ceux-ci peuvent également être accompagnés d'épisodes de mauvaise qualité de l'air. Des mesures d'adaptation adéquates doivent être mises en place afin d'éviter une augmentation de la morbidité et de la mortalité associée à ces facteurs environnementaux^{3,5}.



Impacts

- L'épuisement dû à la chaleur peut se manifester par des maux de tête, une fatigue intense, un malaise général pouvant mener à des étourdissements et de la confusion. Les coups de chaleur se manifestent par une température interne supérieure à 40°C (en l'absence d'infection) et une atteinte du système nerveux (confusion, hallucinations, coma). Un épisode de chaleur extrême peut mener à un décès en l'espace de quelques heures³.
- Pour la Communauté urbaine de Montréal, on estime que l'exposition aux PM_{2,5}, en 2002, fut à l'origine de 24 visites à l'urgence pour problèmes cardiaques et 275 visites pour problèmes respiratoires⁴.
- En 2002, les coûts annuels reliés aux problèmes de santé attribuables à la qualité de l'air (PM_{2,5}, ozone, NO₂) s'élevaient à 9,5 milliards de dollars pour l'ensemble du Québec. Cette estimation inclut les coûts associés à la mortalité prématurée, aux visites à l'urgence pour problèmes respiratoires et cardiovasculaires, aux jours de symptômes d'asthme et aux cas de bronchite infantile⁴.

Analyse des disparités

- Les **personnes âgées, souffrant de maladies chroniques, isolées socialement et vivant dans des milieux non climatisés** sont particulièrement à risque lors d'épisodes de chaleur extrême³.
- Parmi les décès attribuables à la canicule de 2010, 55 personnes décédées dans la communauté présentaient une **maladie ou des facteurs de risque cardiovasculaires**. De plus, 31 personnes étaient atteintes de **problèmes de santé mentale**, dont 13 atteintes de schizophrénie et 12 atteintes d'éthylisme ou de toxicomanie³.
- Les décès dus à la chaleur chez les enfants sont presque exclusivement causés par un **enfant laissé seul dans une voiture**.
- Lors des journées de mauvaise qualité de l'air, les **enfants asthmatiques** et les personnes **atteintes de maladies cardiovasculaires ou respiratoires** peuvent voir les symptômes de leur maladie s'aggraver.
- Les risques d'hospitalisation pour une maladie respiratoire sont environ 24 % plus élevés chez les personnes âgées de plus de 60 ans **habitant le long d'artères routières** dont l'intensité de circulation excède 3 160 véhicules lors de l'achalandage matinal à Montréal⁷.

¹http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/dossiers_thematiques/environnement_urbain/thematiques/chaleur_accablante/problematique.html, consulté en juillet 2014.

²Litvak, E. et al, Programme de Vigie et de prévention des effets de la chaleur accablante à Montréal. Définition épidémiologique des seuils d'alerte et de mobilisation pour Montréal, DSP Montréal, 2005.

³Canicule 2010 à Montréal : Rapport du directeur de santé publique, DSP de Montréal, 2011.

⁴Estimation des impacts de la pollution atmosphérique au Québec : Essai d'utilisation du *Air Quality Benefits Assessment Tool* (AQBAT), INSPQ, 2007.

⁵Un environnement urbain favorable à la santé, plan régional de santé 2010-2015, Orientation 5: volets Pollution atmosphérique et Herbe à poux. DSP, 2012.

⁶Climate change 2014. Impacts, Adaptation and vulnerability, Intergovernmental Panel on Climate Change, 2014.

⁷Smargiassi, A. et al, Traffic intensity, dwelling value, and hospital admissions for respiratory disease among the elderly in Montreal (Canada): a case-control analysis, J Epidemiol Community Health, Vol. 60, 2006, p. 507-512.

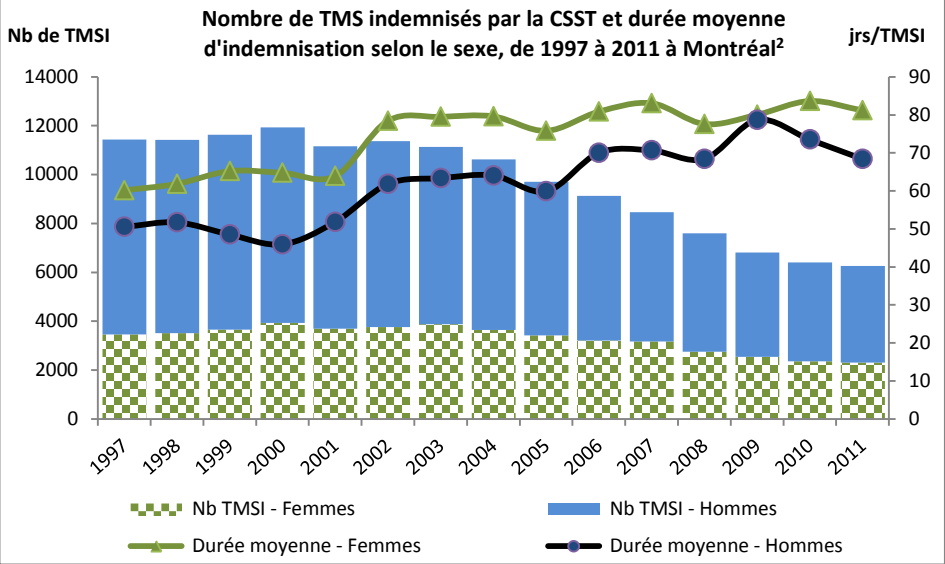
Troubles musculo-squelettiques (TMS)

Les TMS ont trait à un ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l’appareil locomoteur au cou, au dos, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. Ils touchent diverses structures, telles que les tendons, les muscles, les ligaments, etc. Bien qu’ils puissent se manifester soudainement, ces troubles évoluent habituellement de façon progressive¹.

Fiches *DETERMINANT* associées (4) : [Exposition à des facteurs de risque de TMS](#); [Exposition à des facteurs de risque psychosociaux au travail](#); [Exposition au bruit en milieu de travail](#); [Activité physique et sédentarité \(adultes\)](#)

État de la situation à Montréal

- Selon l’EQSP, 29 % des Montréalais (23 % chez les hommes et 35 % chez les femmes), soit environ **450 900** personnes, ont souffert souvent ou tout le temps de douleurs importantes aux muscles, aux tendons ou aux articulations limitant leurs activités, au cours des 12 derniers mois².
- Pour plus de la moitié d’entre eux les TMS seraient liés à leur emploi actuel ou antérieur.
- De plus, 17 % des travailleurs montréalais estiment souffrir de TMS qu’ils attribuent à leur emploi principal (14 % pour les hommes et 21 % pour les femmes), ce qui est significativement plus faible que dans le reste du Québec (20 %).
- En moyenne, à Montréal entre 1997 et 2011², 11 254 TMS sont indemnisés annuellement, soit 622 505 jours indemnisés/an, 28 % des cas de la province.
- Au cours de la même période, le nombre de TMS indemnisés (TMSI) a diminué de 45 % et leur gravité a augmenté de 37 %³.



Impacts

- Les TMS sont la principale cause d’incapacité dans la population québécoise⁴. Ils engendrent des coûts humains, sociaux et financiers très importants⁵.
- Ces troubles laissent des séquelles persistantes et récidivantes chez une proportion non négligeable de travailleurs soit environ 8 %, qui compte pour la moitié des coûts d’indemnisation⁶.
- Ils sont l’une des principales causes d’absence du travail : 35 % des hommes et 31 % des femmes se sont absentés du travail à cause de leur TMS (en moyenne 64,5 jours, médiane 15 jours)⁷.
- En 2008, la CSST a déboursé 1,75 milliards de dollars en prestations pour des lésions professionnelles au Québec, dont 40 % sont des TMS⁸, le dos étant le siège des lésions entraînant le plus de coûts par année⁹.
- Il existe une importante sous-déclaration (80 %⁷) des TMS auprès de la CSST menant à un fardeau inutilement payé par le système de santé et les régimes privés des employés, sans compter le fardeau d’incapacité que doit porter le travailleur qui peut même se retrouver sans source de revenus.

Analyse des disparités

- Les **femmes** sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de TMS (liés au travail ou non), ce qui est particulièrement marqué pour les douleurs au cou : elles sont 2 fois plus touchées que les hommes dans cette région du corps et il s’agit généralement d’un **travail non manuel ou mixte**.
- Les deux tiers des TMSI sont observées dans les secteurs d’activités économiques (SAE) des groupes 4 à 6¹⁰ (particulièrement les **services médicaux et sociaux, l’industrie textile et le commerce**) alors que les SAE où l’on observe le plus de contraintes biomécaniques font partie des groupes prioritaires 1 à 3 (les taux d’incidence de TMSI les plus élevés sont observés dans **l’industrie du bois, des aliments et boissons et la première transformation des métaux**)³.
- Il existe une interrelation complexe et bidirectionnelle entre les **contraintes biomécaniques, les facteurs organisationnels et d’autres facteurs psychosociaux** dans le développement des TMS.
- Il existe une relation dose-réponse entre le cumul d’exposition à des contraintes biomécaniques et organisationnelles et la prévalence des TMS liés à l’emploi principal : plus il y en a plus la prévalence est élevée.

¹ CPRE. Guide d'animation. La prévention des risques de troubles musculosquelettiques (TMS) reliés au travail 2007.

² Infocentre de santé publique à l'INSPQ, données EQSP 2008, page consultée le 26 février 2014.

³ Vergara, D (2012). Les troubles musculosquelettiques liés au travail : portrait montréalais de surveillance des TMS indemnisés 1998-2007, Québec, ASSS Montréal.

⁴ Groupe scientifique sur les TMS. <http://www.inspq.qc.ca/gstms>

⁵ http://www.santeautravail.qc.ca/documents/127206/211403/1072985_doc-Lq59A.pdf

⁶ CSST. (2002). "Statistiques sur les affections vertébrales, 1998-2001" et "Statistiques sur les lésions en 'ITE' du système musculo-squelettique".

⁷ ISQ, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

⁸ MSSS, *Le travail, un déterminant important de la santé*. 2012.

⁹ Lebeau M et coll., Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007.

¹⁰ Voir Glossaire pour la définition des secteurs d’activités économiques selon 6 groupes prioritaires.

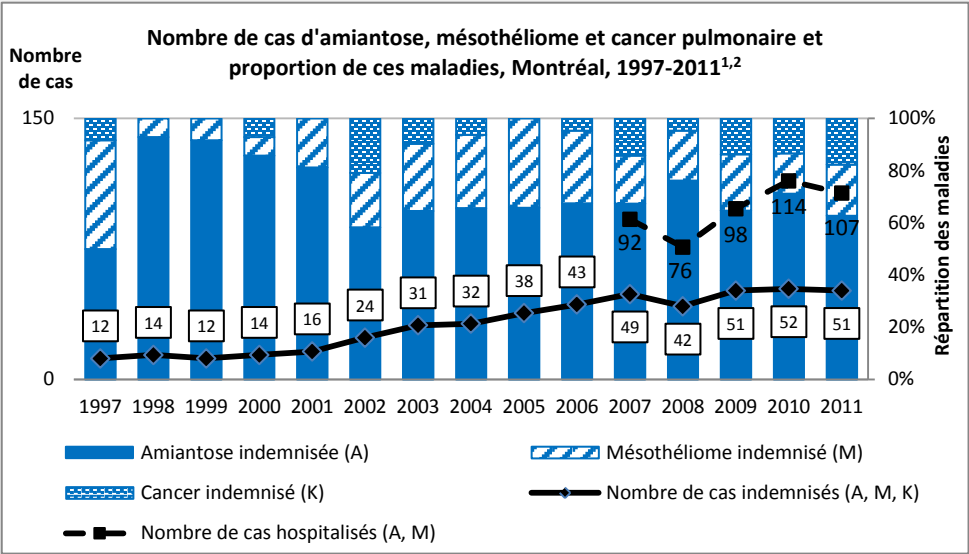
Maladies liées à l’amiante

L’amiante cause trois principaux effets sur la santé : l’amiantose, le mésothéliome et le cancer du poumon relié à l'exposition à l'amiante. Toutes ces maladies apparaissent après une latence qui varie entre 20 et 40 ans selon la pathologie. De plus, tous les types d’amiante ont été associés aux trois maladies.

Fiches DÉTERMINANT associées (2) : [Exposition à l’amiante](#); [Exposition à des cancérogènes](#)

État de la situation à Montréal

- À Montréal entre 2007 et 2012, 593 hospitalisations de Montréalais mentionnant un diagnostic d’amiantose ou de mésothéliome (30 % en diagnostic principal) ont été recensées, dont **106** pour l’année 2012¹.
- Les hospitalisations de Montréalais représentent environ 25 % des hospitalisations du Québec¹.
- 481 cas d’amiantose, de mésothéliome ou de cancer du poumon ont été indemnisés par la CSST pour des travailleurs habitant Montréal entre 1997 et 2011, dont 51 en 2011. Plus des deux tiers des cas étaient des amiantoses (69 %), 22 % des mésothéliomes et 10 % des cancers du poumon reliés à l’amiante².
- Pour l’ensemble de la province, la répartition des cas de ces maladies étaient un peu différente : 61 % des cas étaient des amiantoses, 25 % des mésothéliomes et 14 % des cancers du poumon reliés à l’amiante. Le nombre de cas acceptés par la CSST de ces maladies a plus que doublé en 15 ans².



Impacts

- Les maladies causées par l’amiante sont incurables. Le but de la plupart des traitements pour les trois maladies est de maîtriser la maladie le plus longtemps possible, de soulager les symptômes et d’améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.
- Entre 2005 et 2008, l’amiante était responsable de 77 % à 89 % de tous les décès causés par des maladies professionnelles qui ont été acceptées par la CSST³.
- Selon une étude réalisée au Québec, les cas de mésothéliomes et d’amiantoses reconnus comme maladies professionnelles par le comité spécial des maladies pulmonaires professionnelles (CSMPP) représentent respectivement 21 % des cas de mésothéliomes de la plèvre enregistrés au Fichier des Tumeurs du Québec et 35 % des personnes hospitalisées avec une mention d’amiantose enregistrées dans le système MED-ECHO³.

Analyse des disparités

- Quasiment tous les cas sont âgés de **50 ans ou plus**, du fait de la longue latence entre l’exposition et la survenue de la maladie. Une analyse âge-cohorte des cas québécois de mésothéliome de la plèvre enregistrés au fichier des tumeurs du Canada montre que les taux d’incidence ont atteint un sommet dans la cohorte de naissance de 1940 à 1949, et diminuent drastiquement par la suite⁴. Notons que ces cohortes ont été exposées durant l’époque où l’amiante a été le plus largement exploité, importé et employé.
- Seulement 11 cas indemnisés ont touché des femmes entre 1997 et 2011, soit 2,3 % des cas. Toutefois en ce qui concerne les hospitalisations, la proportion **d’hommes** était plutôt de 90 %^{1,2}.
- Plus de la moitié des cas indemnisés étaient **travailleurs du bâtiment**, soit dans la construction, soit dans l’entretien/réparation, en particuliers les tuyauteurs-plombiers, les soudeurs, et les électriciens².
- Un dépistage de l’amiantose a été réalisé entre 2006 et 2010 auprès des travailleurs de sept métiers de la construction du Québec qui avaient été exposés à l’amiante pendant au moins un an. Les travailleurs retraités avaient une prévalence d’anomalies compatibles avec une exposition à l’amiante plus élevée que les travailleurs actifs. Les deux professions particulièrement affectées étaient les **tuyauteurs-plombiers** (18 %) et les **calorifugeurs** (34 %) ⁵.

¹ Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2007-2012.
² Infocentre de Santé Publique à l’INSPQ. Fichier des lésions professionnelles. CSST.
³ Amiante : connaissances acquises sur l’exposition et les maladies des travailleurs et de la population générale du Québec de 2003 à 2009. INSPQ. 2011.
⁴ Tendances de l’incidence des mésothéliomes au Québec et au Canada de 1984 à 2007 et projections de 2008 à 2032, INSPQ 2013.
⁵ Dépistage de l’amiantose, de 2006 à 2010, chez les travailleurs de sept métiers de la construction du Québec, INSPQ, 2013.

Pneumoconioses (silicose, béryllose)

Les pneumoconioses sont des maladies pulmonaires causées par l’inhalation de particules minérales ou métalliques. On peut les classifier en deux catégories. Les pneumoconioses de surcharge dans lesquelles des particules inertes s’accumulent progressivement dans les poumons n’affectent pas de façon significative la fonction pulmonaire. C’est le cas notamment de la sidérose (oxyde de fer), la stannose (oxyde d’étain) et la barytose (sulfate de barium). Les pneumoconioses fibrogènes dans lesquelles les particules sont toxiques pour les cellules pulmonaires causent une réaction inflammatoire et une fibrose pulmonaire qui entraînent une atteinte de la fonction pulmonaire et éventuellement une insuffisance respiratoire. C’est le cas notamment de la silicose, l’amiantose et la béryllose. Les pneumoconioses sont des maladies qui progressent généralement lentement et qui apparaissent après une longue période de latence qui varie entre 10 et 30 ans. Elles peuvent progresser et même apparaître après l’arrêt de l’exposition^{1,2}.

Fiche DÉTERMINANT associée (1) : [Exposition à la silice cristalline et au béryllium](#)

État de la situation à Montréal	- Entre 2006-2007 et 2012-2013, 151 Montréalais ont été hospitalisés avec une mention de silicose (7,3 % en diagnostic principal, le reste en diagnostic secondaire) dont 17 en 2012-2013. Pendant cette période, il n’y a eu qu’une hospitalisation reliée à la béryllose parmi les Montréalais (en 2008-2009)³. - Les cas montréalais hospitalisés ne représentent que 13 % des cas hospitalisés dans la province avec mention de l’une de ces deux maladies (1 208 cas pour la même période)³. - Trente-six cas de silicose ou de béryllose ont été acceptés par la CSST pour des travailleurs habitant Montréal entre 1997 et 2012, dont aucun en 2012. Les deux tiers des cas étaient des silicoses (61 %)⁴. - Les cas montréalais ne représentent que 8,4 % de l’ensemble des cas acceptés par la CSST au Québec. Le nombre de cas est resté relativement stable au cours de ces 15 années⁴. - Étant donné que la maladie se déclare longtemps après le début de l’exposition et qu’elle est difficile à diagnostiquer (symptômes initiaux non spécifiques), il semblerait que les cas soient peu déclarés à la CSST. Ils sont aussi, dans une moindre mesure, sous déclarés à la santé publique bien que cela soit obligatoire : le système MADO-chimique a enregistré 46 cas de béryllose et 343 cas de silicose entre 2006 et 2010 au Québec⁵.
Impacts	- La silicose est la pneumoconiose la plus fréquente au Québec. Elle est causée par une réaction fibrosante des tissus pulmonaires suite à l’inhalation de poussières contenant de la silice cristalline. Elle est asymptomatique au début. Les symptômes (dyspnée d’effort et toux) apparaissent lorsque l’atteinte pulmonaire est importante. On observe trois modes de présentation selon le type et l’importance de l’exposition : la silicose chronique (la plus fréquente), accélérée ou aigue (exposition très importante dans des tâches telles que : nettoyage au jet d’abrasif, forage de roches et broyages de quartz)⁶. - La béryllose chronique est une maladie granulomateuse pulmonaire et cutanée causée par une sensibilisation à médiation cellulaire au béryllium (Be). La maladie apparaît généralement plusieurs années après le début de l’exposition et peut survenir dans certains cas après une exposition minime. Les symptômes cliniques comprennent la toux, la dyspnée, la fatigue et la perte de poids. L’évolution de la maladie est variable, pouvant aller de la stabilisation à l’insuffisance respiratoire. La maladie peut être précédée d’une réaction d’hypersensibilité au Be, identifiable avec un test immunologique (BeLPT). La relation entre la sensibilisation au Be et la béryllose chronique est incomplètement comprise. La prévalence de la maladie lors de l’évaluation initiale chez les travailleurs sensibilisés au Be varie de 14 à 100 % selon les études^{7,8}. - L’exposition à la silice et au Be augmentent également le risque de cancer du poumon. - Ces problèmes de santé constituent une source importante d’absentéisme au travail, d’invalidité et même de mortalité, et représentent un fardeau socioéconomique important. Entre 2005 et 2011, on dénombrait en moyenne annuellement 13 décès par maladies professionnelles causées par la silice⁹.
Analyse des disparités	- Quatre cas montréalais sur cinq acceptés par la CSST étaient âgés de 50 ans ou plus, du fait de la latence entre l’exposition et la survenue de la maladie. Trois cas sur quatre l’étaient à l’échelle provinciale⁴. - Seulement 4 cas acceptés par la CSST ont touché des femmes entre 1997 et 2011 pour l’ensemble de la province, soit 0,9 % des cas. Parmi elles, 2 étaient montréalaises. En ce qui concerne les hospitalisations, la proportion d’hommes était également très élevée dans la province : 98,6 %^{3,4}. - Le secteur d’activité économique (SAE) n’était pas codé pour une grande proportion des cas dans les données de la CSST, ce qui découle probablement du fait qu’une partie des travailleurs avaient atteint ou dépassé l’âge de la retraite au moment de la réclamation⁴. Dans les épisodes de silicose et béryllose déclarés de 2006 à 2010 au système MADO-chimique, le SAE reste non disponible pour plus d’un sur cinq, mais on observe que⁵ : - les groupes prioritaires 1 et 2¹⁰ de la CSST sont plus touchés (66 % pour la silicose et 88 % pour la béryllose); - les secteurs de la première transformation des métaux, de la fabrication de produits minéraux non métalliques et du bâtiment et des travaux publics sont particulièrement touchés, exclusion faite du secteur des mines, carrières et puits de pétrole, qui ne concerne pas Montréal.

¹ Pneumoconioses – Quand les poussières s’accumulent dans les poumons, INRS, 2014
² Darby A et Fishwick, Other respiratory diseases review, Health and Safety Executive (HSE), 2011 (<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr874.pdf>)
³ Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2006-2007 à 2012-2013 (hospitalisation de courte durée).
⁴ Infocentre de Santé Publique à l’INSPQ. Fichier des lésions professionnelles. CSST. 2012
⁵ Rapport des maladies et intoxications d’origine chimique déclarées au Québec de 2005 à 2010. MSSS, 2012
⁶ Guide de surveillance médicale des travailleurs exposés à la silice et recommandations sur les seuils d’interventions préventives (SIP), Guide de pratique professionnelle, Comité médical provincial en santé au travail du Québec, 2014
⁷ Darby A et Fishwick, Other respiratory diseases review, Health and Safety Executive (HSE), 2011 (<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr874.pdf>)
⁸ Béryllose pulmonaire, Documents pour le Médecin du travail, No 104, INRS 2005 (<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=TR%2036>)
⁹ <http://www.irsst.qc.ca/intro-prevention-des-risques-chimiques-et-biologiques.html> consulté le 8 août 2014
¹⁰ Voir Glossaire pour la définition des secteurs d’activités économiques selon 6 groupes prioritaires.

Cancers liés aux expositions professionnelles

« Un cancer est considéré d’origine professionnelle lorsqu’il résulte de l’exposition, en milieu de travail, à un agent chimique, physique ou biologique, ou encore de conditions inhérentes à une activité de travail. Il s’agit d’un cancer qui ne se serait probablement pas produit si la personne n’avait pas exercé ce travail. Plusieurs études ont estimé que de 2 à 8 % de l’ensemble des cancers seraient attribuables au travail, selon les pays et le nombre de sièges et de types de cancer considérés. Cependant, pour certains sièges ou types de cancer, la proportion attribuable au travail est beaucoup plus élevée, allant par exemple jusqu’à plus de 90 % pour le mésothéliome de la plèvre chez les hommes. »¹ Les cancers reliés à l’amiante sont considérés dans cette fiche mais, étant donné leur importance, ils sont aussi documentés dans une fiche spécifique.

Fiches DÉTERMINANT associées (6) : [Exposition à des cancérogènes](#); [Exposition à l’amiante](#); [Exposition à la silice cristalline et au béryllium](#); [Exposition aux risques biologiques](#); [Exposition aux substances sensibilisantes](#); [Surexposition aux agents chimiques causant une intoxication](#)

État de la situation à Montréal	- À Montréal, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a reconnu 179 cas de cancer entre 1997 et 2012 comme reliés au travail, soit 11 cas en moyenne par année. 96 % des cancers avaient comme siège les poumons, bronches ou plèvre et 2 % le péritoine². - Au Québec, 60 cas par année étaient acceptés par la CSST de 1997 à 2012. 90 % des cancers avaient comme siège les bronches, les poumons ou la plèvre et 6 % la vessie². - Très peu de cancers sont acceptés par la CSST. Cela se doit en partie aux difficultés à prouver une relation causale entre la maladie et le travail, ainsi qu’à la difficulté de retracer les expositions professionnelles antérieures. En effet, une période de latence allant de 10 à 50 ans s’écoule entre l’exposition et l’apparition de la maladie¹. - On estime que 6 % (entre 5 % et 8 %) de tous les nouveaux cas de cancers (incluant ici le mésothéliome) pourraient être causés par le travail (8 % à 13 % chez les hommes et 2 % à 3 % chez les femmes). Au Québec cela signifie de 1 800 à 3 000 nouveaux cas de cancers annuellement entre 2002 et 2006 et à Montréal de 460 à 740 cas¹. - Ces estimations mettent en évidence l’importance sous-estimée du fardeau des cas déclarés de cancers d’origine professionnelle à Montréal. - D’après l’étude susmentionnée, les cancers d’origine professionnelle touchant le plus d’hommes seraient ceux de la trachée, des bronches et des poumons, de la prostate, de la peau (excluant le mélanome), de la vessie, de même que le mésothéliome, le cancer du côlon et les lymphomes non hodgkiniens. Les cancers touchant le plus de femmes seraient ceux du sein et de la trachée, des bronches et des poumons. - D’après la même étude, il a aussi été estimé que 8 % (entre 7 % et 11 %) de tous les décès par cancer (11 % à 17 % chez les hommes et 2 % à 4 % chez les femmes) seraient associés au travail, soit de 1 110 à 1 700 décès par cancer annuellement entre 2002 et 2006 au Québec et de 300 à 500 décès à Montréal¹.
Impacts	- En Alberta, avec les données de cancer de 2006 et les coûts de 2008, des chercheurs ont estimé que, pour 761 nouveaux cas annuels de cancer liés au travail et 2 700 personnes vivant avec un cancer d’origine professionnelle, chaque année 15,7 millions de dollars étaient dépensés en coûts médicaux directs et 64,1 millions de dollars en coûts socio-économiques indirects³. - La longue latence entre l’exposition à un cancérogène et la survenue des cancers signifie que les cancers observés maintenant sont le résultat d’expositions datant de 10 à 50 ans. Cependant, les travailleurs montréalais continuent d’être exposés à des cancérogènes et il faut agir maintenant pour influencer l’état de santé qu’ils auront au cours des prochaines décennies. - Plus généralement, les cancers et les maladies cardiovasculaires se disputent le premier rang comme cause de décès dans les pays industrialisés, les cancers prenant la première place au Québec et au Canada⁴. En 2014, quelque 20 500 personnes seront emportées par un cancer au Québec, et 49 100 nouveaux cas seront diagnostiqués⁵.
Analyse des disparités	- Quatre Montréalais sur cinq dont le cancer a été accepté par la CSST comme étant d’origine professionnelle étaient âgés de 65 ans ou plus au moment de la réclamation. Pour l’ensemble de la province, cette proportion est de 73 %. - Le secteur d’activité économique (SAE) n’était pas codé pour plus de la moitié des cas, ce qui découle probablement du fait que près des deux tiers des travailleurs avaient atteint ou dépassé l’âge de la retraite au moment de la réclamation. Pour les 53 dossiers codés, les SAE du bâtiment et travaux publics (11/53, 21 %) et des autres services commerciaux et personnels (8/53, 15 %) prédominent à Montréal, suivis du transport et entreposage (7/53, 13 %)².

¹ Labrèche F et coll., Estimation du nombre de cancers d'origine professionnelle au Québec, IRSST, 2013. Données : proportion de cancer attribuables au travail, nombre total de décès par cancer et nombre de cancers incidents diagnostiqués annuellement.
² Infocentre de Santé Publique à l’INSPQ. Fichier des lésions professionnelles. CSST Note : la région de résidence est considérée pour Montréal.
³ Orenstein MR, et coll. The economic burden of occupational cancers in Alberta. Calgary, AB: Alberta Health Services. 2010.
⁴ <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/> Mortalité par tumeurs malignes vs appareil circulatoire, INSPQ, consulté le 18 juillet 2014.
⁵ <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/canadian-cancer-statistics-publication/?region=qc#ixzz37qTMKKTV>, consulté le 18 juillet 2014.

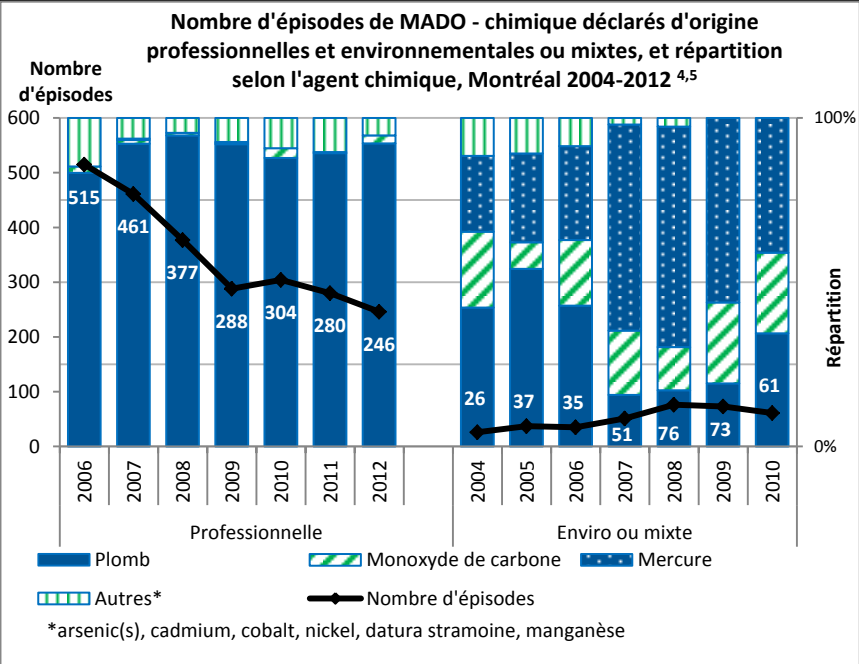
Intoxications d'origine professionnelle et environnementale

De nombreuses intoxications sont à déclaration obligatoire au Québec (maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique, MADO-C). Elles représentent un risque de survenue d'autres intoxications au sein de la population si elles proviennent d'une source de contamination ou d'exposition dans l'environnement de la personne atteinte. Elles peuvent entraîner des problèmes de santé importants pour les personnes atteintes^{1,2}. Au Québec, la majorité (87,8 %) des épisodes de MADO-C déclarés sont consécutifs à une exposition professionnelle (actuelle ou antérieure) ou à une exposition mixte (exposition à la fois professionnelle et environnementale). Ces épisodes incluent d'autres maladies (21 %) que des intoxications qui ne sont donc pas présentés ici. Les épisodes de MADO-C consécutifs à une exposition environnementale représentent 11,2 % des épisodes déclarés de 2005 à 2010 et seuls 2 épisodes n'étaient pas des intoxications³.

Fiches DÉTERMINANT associées (5) : [Surexposition aux agents chimiques causant une intoxication](#); [Salubrité des logements et des bâtiments](#); [Prise en charge des cas et contacts](#); [Exposition aux sols contaminés, au radon et aux autres sources environnementales](#); [Exposition aux risques biologiques](#)

État de la situation à Montréal

- Intoxications d'origine professionnelle :*
- Entre 2005 et 2010, 28 % des épisodes de MADO-C d'origine professionnelle déclarés au Québec étaient montréalais (2^e région d'où proviennent les déclarations)³.
 - Entre 2006 et 2012, 353 épisodes ont été déclarés annuellement (**246** en 2012). Le plomb est l'agent majoritairement rapporté (90 %)^{3,4}.
- Intoxications d'origine environnementale et mixte :*
- En 2010, Montréal recueillait 17 % des déclarations provinciales d'épisodes de MADO-C d'expositions environnementales et mixtes (**61/350**). Les intoxications au mercure sont presque 2 fois plus élevées à Montréal qu'ailleurs au Québec (1,3 cas par 100 000 personnes c. 0,8 cas /100 000)^{4,5}.



- Entre 2004 et 2010, après le mercure (50 %), 28 % des épisodes sont dus au plomb et 19 % au CO.
- Les intoxications au CO sont souvent collectives. Depuis 2006, 7 événements non reliées à un incendie occasionnant des intoxications collectives au CO ont été déclarés à Montréal, pour un total de 35 intoxications. Depuis 2004, il y a eu 2 décès accidentels liés à l'exposition au CO.

Impacts

- Le plomb provoque des maladies graves (saturnisme) en s'accumulant dans l'organisme, en particulier dans les os. Il s'élimine très lentement (plusieurs dizaines d'années). Le plomb peut également atteindre le système nerveux, les reins, le sang, le système digestif, etc. Les enfants y sont particulièrement sensibles, avec des effets sur le système nerveux central d'autant plus importants que le sujet est jeune⁶.
- Le CO est un gaz toxique inodore et incolore (d'où l'importance de posséder un détecteur de CO pour repérer sa présence rapidement), dont l'effet augmente avec la dose : d'un mal de tête à la mort. Il est la première cause de décès par intoxication aiguë en milieu de travail. Certaines personnes peuvent avoir des séquelles neurologiques irréversibles suite à une intoxication sévère¹.

Analyse des disparités

- Les **femmes enceintes**, les **enfants**, les **personnes âgées**, les **personnes ayant des problèmes de santé** sous-jacents peuvent être plus malades lors d'une exposition aux agents chimiques¹.
- La majorité des épisodes d'intoxications d'origine professionnelle déclarés au Québec concernent les groupes prioritaires 1 et 2 de la CSST⁷ et sont principalement associés au secteur d'activité économique de la **première transformation des métaux**³. Toutefois, la surveillance accrue des risques du fait de la présence d'équipes de santé au travail augmente les occasions de déclaration des cas dans ces groupes prioritaires, à l'exception du secteur de la construction (équipes santé au travail encore peu impliquées).
- Les épisodes d'intoxications d'origine environnementale au plomb touchent **indifféremment les deux sexes chez les moins de 20 ans**. Chez les adultes, les épisodes touchent presque exclusivement les **hommes**. Enfin, les enfants les plus touchés par cette intoxication ont **4 ans et moins**⁵.
- Les taux de mercure sont plus élevés chez les **grands consommateurs de poisson** (une clinique montréalaise effectue le dépistage systématique de sa clientèle qui consomme beaucoup de poisson). Cela souligne l'importance de suivre les recommandations de Santé Canada sur le choix de son poisson⁵.

¹ http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/monoxyde_de_carbone_co/problematique.html?L=1%27

² <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>

³ Rapport des maladies et intoxications d'origine chimique déclarées au Québec de 2005 à 2010. MSSS, 2011

⁴ Données : Fichier régional MADO-chimique (années 2004-2005), Système MADO-chimique (années 2006-2012), extraction janvier 2012 et juillet 2014.

⁵ Rapport sur les risques infectieux et environnementaux – MONTRÉAL 2004-2010. DSP ASSM. 2014.

⁶ <http://www.inrs.fr/accueil/accidents-maladies/maladie-professionnelle/intoxication-chronique/plomb.html>

⁷ Note : Voir Glossaire pour la définition des secteurs d'activités économiques selon 6 groupes prioritaires.

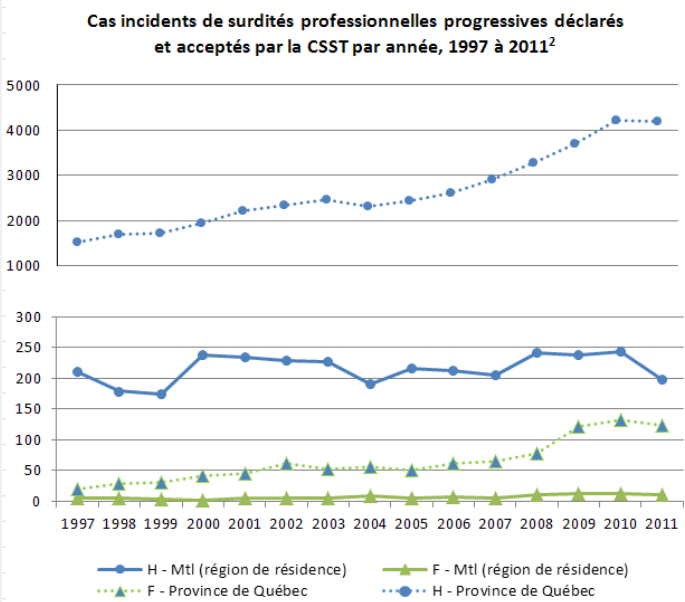
Surdité

L'exposition chronique au bruit en milieu de travail conduit à une surdité professionnelle. L'atteinte auditive peut progresser vers une surdité tant que le travailleur continue à être exposé au bruit, elle est permanente et elle ne se guérit pas. Cette atteinte est définie selon 4 stades (début, avancée, sévère et grave) dont certains sont difficilement décelables sans audiogramme. Le stade 1 (début d'atteinte auditive) est le plus faible niveau d'atteinte, le 4 est le plus élevé et le seul que la CSST reconnaît comme surdité professionnelle. Il existe également des surdités brusques, liées à un traumatisme soudain¹.

Fiche DÉTERMINANT associée (1) : [Exposition au bruit en milieu de travail](#)

 tat de la situation à Montréal

- Entre 1997 et 2011, parmi les 352 037 lésions professionnelles acceptées par la CSST pour Montréal, 3 636 sont des lésions survenues à l'oreille².
- Ces lésions représentent 1 % de l'ensemble des lésions acceptées par la CSST au cours de cette période pour Montr al².
- La presque totalité des lésions à l'oreille sont des surdités (N=3 346, soit 92 % des cas)¹.
- Le nombre annuel de nouveaux cas de surdités professionnelles montréalaises est stable depuis 1997, et était de **209** cas en 2011 (pour 220 lésions survenues à l'oreille)².
- Au Québec, les cas augmentent de façon constante entre 1997 et 2010 malgré un léger recul observé en 2004. Leur nombre passe de 1 540 en 1997 à 4 341 cas en 2010, soit une augmentation de près du triple².
- Quant à la gravité de ces lésions, chez les travailleurs montréalais ayant une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (APIPP) liée à leur surdité, la moyenne est de 11 % d'APPIP pour la période 1997 à 2011, se plaçant au-dessus de la moyenne provinciale de 8,3 %².
-   Montréal, de 2007 à 2013, les équipes de santé au travail ont réalisé 4 580 audiogrammes pour dépister des atteintes auditives d'origine professionnelle. Un audiogramme sur dix montrait une atteinte auditive (stade 3 ou 4) d'origine professionnelle et trois audiogrammes sur cinq avaient un résultat d'atteinte auditive d'origine professionnelle de stade 1 ou 2 ou ayant d'autres causes que le travail³.



Impacts

- Les troubles de l'oreille engendrent les coûts moyens par lésion professionnelle déclarée et acceptée par la CSST les plus élevés au Québec, et se classent 3^e au rang des coûts totaux par année. Cette observation reste vraie lorsqu'on s'intéresse à l'agent causal (le bruit), le siège de la lésion (l'oreille), le genre d'accident (exposition au bruit)⁴.
- Au Québec, la surdité professionnelle est le problème de santé le plus fréquemment accepté par la CSST après les troubles musculo-squelettiques¹.

Analyse des disparités

- Dans l'ensemble de la province, l'importance relative de la surdité professionnelle diffère selon le genre : « entre 1997 et 2010, près de 98 % des surdités professionnelles acceptées par la CSST, soit 35 344 cas, affectent des **hommes** comparativement à 844 cas chez les femmes (2,3 %) »¹.
- Les travailleurs québécois atteints sont âgés en moyenne de 59 ans ( ge médian de 59 ans) tant chez les femmes que chez les hommes. L'âge moyen augmente au cours de la période étudiée, passant de 57 ans en 1997 à 61 ans en 2010. Les travailleurs âgés de **55 à 64 ans** constituent le groupe dont le nombre de cas acceptés est le plus important¹.
- Les cinq professions regroupant le plus grand nombre de cas (près de 70 %) sont : les manutentionnaires; les travailleurs spécialisés dans la fabrication; le montage et la réparation; les travailleurs du bâtiment; ceux des industries de transformation et les usineurs et travailleurs des secteurs connexes¹.
- Soixante-dix-sept pour cent des surdités professionnelles dont le secteur d'activité économique est connu se retrouvent dans les groupes prioritaires 1, 2 et 3 (groupes déterminés par la CSST au Qu bec⁵, dans lesquels interviennent les équipes de santé au travail pr sente ment)¹.

¹ Portrait de la surdité professionnelle acceptée par la CSST au Québec : 1997-2010. Troubles de l'audition sous surveillance, INSPQ, 2014.

² Infocentre de santé publique à l'INSPQ, données du fichier des lésions professionnelles, CSST. (Montréal = région de résidence).

³ SISAT (Extraction de données effectuée en avril 2014).

⁴ Lebeau et coll., *Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007*. IRSST.

⁵ Voir glossaire pour la description des groupes prioritaires.

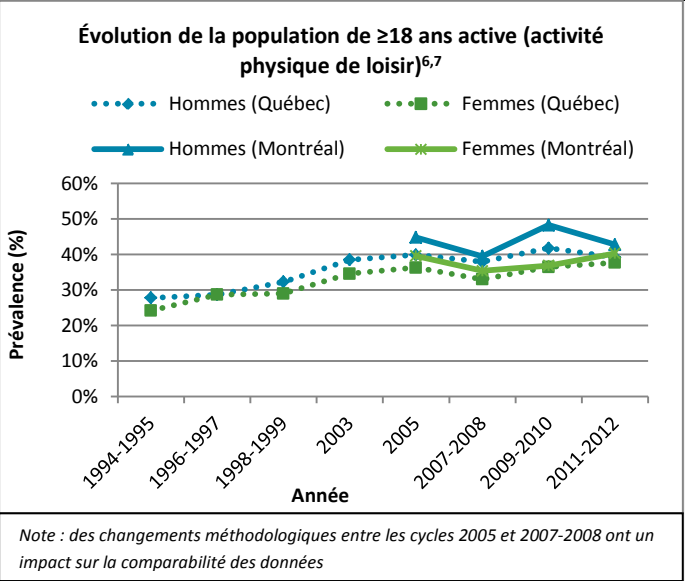
Activité physique et sédentarité (adultes)

L'activité physique peut être classée selon 4 catégories : de loisir, de transport, de travail et utilitaire. L'activité physique réduit le risque de développer plusieurs maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, plusieurs cancers, diabète, haute tension artérielle, ostéoporose)¹ et contribue à réduire le risque de mortalité dans des proportions entre 10 % et 40 %². La *Société canadienne de physiologie* recommande au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée à élevée par semaine, en sessions de ≥10 minutes³. S'adonner à plus d'activité physique, à intensité plus élevée, entraîne plus de bienfaits pour la santé^{2,3}. Environ 5 % des DALYs au Canada sont attribuables à la sédentarité⁴.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (13) : [Ostéoporose](#) (part attribuable (PA) : 27 %¹); [Diabète](#) (PA : 20 %¹); [Hypertension](#) (PA : 20 %¹); [Surplus de poids \(adultes\)](#); [Dyslipidémie](#); [Cancers de la peau](#); [Traumatismes non intentionnels](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Troubles musculo-squelettiques \(TMS\)](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Cancer colorectal](#); [Santé buccodentaire](#); [Maladies neurodégénératives](#)

État de la situation à Montréal

- En 2012, **294 500** (21 %) des Montréalais de 15-69 ans ont un niveau d'activité physique faible⁵.
- La proportion de Québécois pratiquant des activités physiques de loisir a augmenté des années 1970 au début des années 1980, après quoi on observe une stabilisation du niveau d'activité physique jusqu'aux années 1990. Depuis 1994-1995, le niveau d'activité physique des Québécois est à la hausse⁶.
- Pour l'année 2011-2012, 42 % des Montréalais sont actifs pendant leurs temps libres, 19 % sont moyennement actifs, 18 % sont un peu actifs et 22 % sont sédentaires, proportions similaires à celles du reste du Québec⁷.
- En 2011, 11 % des Montréalais effectuaient le trajet domicile-travail en transport actif (marche ou bicyclette)⁸.

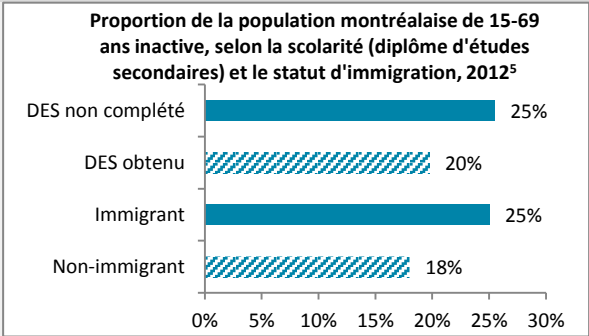


Facteurs en amont

- L'environnement bâti influence la participation des individus à des activités physiques de loisir ou transport⁹.
 - Un quartier densément peuplé, avec une grande mixité d'occupation des sols (présence de résidences, commerces, écoles, etc. à proximités les uns des autres) et une bonne infrastructure de transport non-motorisé (pistes cyclables, trottoirs, etc.) favorisent l'activité physique de transport.
 - L'infrastructure du transport collectif a un impact sur l'activité physique, car l'utilisation du transport en commun implique souvent un déplacement en transport actif pour se rendre à une station.
 - L'infrastructure de loisirs et de sports (parcs, terrains de jeux, etc.) favorise l'activité physique de loisirs.
- Certains facteurs individuels influencent la pratique d'activité physique : la motivation, la perception de la santé, le plaisir lié à l'activité physique, etc.¹⁰.
- Certains facteurs sociaux tels que le soutien des pairs et l'influence d'un médecin de famille favorisent la pratique d'activité physique¹⁰.
- Des mesures qui favorisent l'accès au transport en commun (ex. tarifs abordables) et aux activités physiques récréatives contribuent à encourager la pratique d'activité physique^{10,11}.

Analyse des disparités

- À Montréal, les **femmes** sont plus nombreuses à avoir un faible niveau d'activité physique que les hommes (23 % sont inactives c. 18 %)⁵. La proportion de personnes inactives durant leurs temps libres augmente avec l'**âge** : 14 % chez les 15-24 ans, 21 % chez les 25-44 ans, 23 % chez les 45-64 ans et 22 % chez les 65-69 ans⁵.
- Les personnes **moins scolarisées** tendent à être moins actives^{5,12}.
- La pratique d'activité physique varie en fonction du **statut d'immigration** : la proportion d'immigrants inactifs est plus élevée que chez les non-immigrants⁵.



¹ Katzmarzyk, P.T. et al, The Economic burden of physical inactivity in Canada, CMAJ, Vol. 163, No. 11, p. 1435-1440, 2000.

² Wen, C.P., Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study, Lancet, Vol. 378, p. 1244-53, 2011.

³ <http://www.csep.ca/Francais/view.asp?x=949>, consulté juillet 2014.

⁴ Global Burden of Diseases Profile : Canada, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010.

⁵ Enquête TOPO 2012, DSP Montréal, 2012.

⁶ L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous... ou presque, INSPQ, 2008.

⁷ Infocentre de santé publique de l'INSPQ, ESCC (Statistique Canada), 2005 à 2011-2012

⁸ Enquête nationale auprès des ménages, Statistique Canada, 2011.

⁹ L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids, INSPQ, 2010.

¹⁰ Trost, S.G. et al, Correlates of adults' participation in physical activity : review and update, Medicine & Science in Sports & Exercise, Vol. 34, No. 12, 2002, p. 1996-2001.

¹¹ Le transport urbain, une question de santé, DSP Montréal, 2006.

¹² L'activité physique chez les adultes québécois en 2005 : Portrait de l'activité physique de loisir et aperçu des transports actifs, ISQ, 2008.

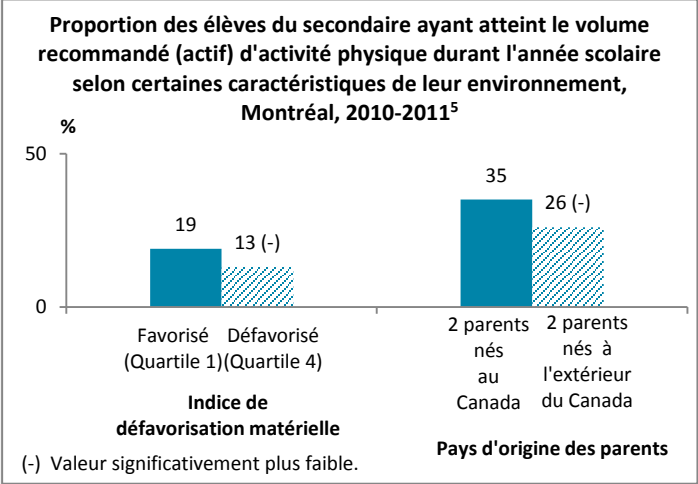
DÉTERMINANT

Activité physique et sédentarité (tout-petits et jeunes)

L’activité physique diversifiée, fréquente et ininterrompue a de nombreux effets positifs sur la santé des tout-petits et des jeunes, notamment un effet protecteur sur le surplus de poids, une amélioration du taux de cholestérol, de la pression artérielle, de la santé musculo-squelettique, de la capacité cardiorespiratoire et de la santé mentale. Elle favorise la réussite scolaire et semble contribuer à la persévérance scolaire¹. De plus, tout au long du développement des jeunes, et plus particulièrement chez les tout-petits, l’activité physique contribue au développement des habiletés motrices de base qui leur permettront de pratiquer plus facilement, et avec plus de plaisir, des activités physiques et sportives. L’activité physique pratiquée durant l’enfance et avant la puberté est particulièrement bénéfique puisque certains effets perdurent à l’âge adulte. Par ailleurs, les activités sédentaires, telles que le temps passé devant un écran, seraient associées à une participation moins grande à des activités physiques d’intensité élevée, à une moins bonne condition physique et à un risque accru de surplus de poids et de victimisation à l’école. Il est recommandé d’éviter l’exposition à des écrans chez les moins de 2 ans, de limiter le temps d’écran à moins d’une heure par jour pour les enfants de 2 à 4 ans et à un maximum de 2 heures par jour pour les enfants plus âgés². Il est également recommandé que les enfants de moins de 5 ans cumulent quotidiennement au moins 180 minutes d’activité physique, peu importe l’intensité de l’activité, tout en progressant vers au moins 60 minutes de jeux actifs par jour à l’âge 5 ans. Chez les 5 à 17 ans, un minimum de 60 minutes d’activité physique d’intensité modérée à élevée est recommandé³.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (12) : [Surplus de poids \(tout-petits et jeunes\)](#); [Dyslipidémie](#); [Diabète](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Rhinite allergique et asthme](#); [Développement global des tout-petits](#); [Traumatismes non intentionnels](#); [Hypertension](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Cancers de la peau](#); [Cancer colorectal](#); [Santé buccodentaire](#)

État de la situation à Montréal	- En 2004, au Québec, environ un garçon sur quatre (26 %) et une fille sur deux (49 %) de 6 à 11 ans font moins de sept heures par semaine d’activité physique d’intensité moyenne ou élevée pendant leurs loisirs⁴. - En 2010-2011, plus des deux tiers (70 %) des élèves du secondaire à Montréal (69 500 jeunes) n’atteignent pas le volume d’activité physique recommandé, proportion comparable à celle du reste du Québec. La grande majorité d’entre eux sont peu actifs ou sédentaires.⁵ - On note une diminution de la proportion d’élèves montréalais de 6-12 ans qui se rendent à l’école à pied ou à vélo (45 % en 1993 c. 34 % en 2003), tendance qui s’est stabilisée depuis (34 % en 2008)⁶. - En 2010, ce sont environ 11 % des petits Québécois de 2½ ans et 23 % des enfants de 4½ ans qui regardent la télévision plus de 2 heures par jour⁷. - En 2007-2008, 37 % des Montréalais de 12-17 ans consacrent plus de 25 heures par semaine à la télévision, aux jeux vidéo ou à l’ordinateur, proportion plus élevée que dans le reste du Québec (26 %)⁸.
Facteurs en amont	Les déterminants ayant un impact sur l’activité physique des tout-petits et des jeunes sont multiples : - Les déterminants sociaux, par exemple le revenu familial, l’origine ethnique et la scolarité. - Les déterminants individuels, par exemple l’âge, les habiletés, la motivation. - Les déterminants environnementaux, par exemple l’offre d’activités physiques dans les quartiers, les services de garde et les écoles, les infrastructures de transport actif et de loisirs, l’aménagement des cours d’école et des terrains des services de garde éducatifs à l’enfance, la perception de la sécurité, les politiques publiques (loisirs, familiale, transport, éducation, etc.), le temps passé à l’extérieur et le temps actif des parents.
Analyse des disparités	- Les garçons québécois d’âge préscolaire sont plus actifs que les filles du même âge^{9,10}. Le même constat est observé chez les plus âgés : en 2010-2011, 37 % des garçons du secondaire sont actifs, comparés à 23 % de leurs camarades féminines⁵. - En 2010-2011, parmi les élèves du secondaire des écoles de Montréal, ceux provenant de milieux défavorisés sont proportionnellement moins nombreux à atteindre le volume d’activité physique recommandé comparé à ceux issus de milieux favorisés⁵. - En 2010-2011, dans les écoles secondaires de Montréal, les jeunes dont les parents sont nés à l’extérieur du Canada pratiquent significativement moins d’activités physiques que ceux dont les parents sont nés au pays⁵.



¹ L’activité physique – le sport et les jeunes. Avis scientifique de Kino Québec, MELS, 2011.

² Lipnowski S. et al, Une vie saine et active : des directives en matière d’activité physique chez les enfants et les adolescents, Paediatr Child Health, Vol. 17, No. 24, 2012, p. 2011-2012.

³ Directives canadiennes en matière d’activité physique et en matière de comportement sédentaire, Société canadienne de physiologie et de l’exercice.

⁴ L’activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous... ou presque. INSPQ, 2009.

⁵ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 (EQSJS), ISQ.

⁶ Une ville et des quartiers sécuritaires qui favorisent un mode de vie physiquement actif, DSP Montréal (données calculées à partir des données de l’enquête Origine-Destination de l’AMT).

⁷ Pagani, L. S. et al, Prospective Associations Between Early Childhood Television Exposure and Academic, Psychosocial and Physical Well- Being by Middle Childhood. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. Vol. 164 No. 5, 2010, p. 425-31.

⁸ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008 (ESCC), FMGD, Statistique Canada.

⁹ Hinkley, T. et al, Corrélats de l’activité physique au cours de la petite enfance, Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2011.

¹⁰ Timmons et coll. (2007). Physical activity for preschool children – how much and how? App. Physiol. Nutr. Metab. 32 : S122-S134

DÉTERMINANT

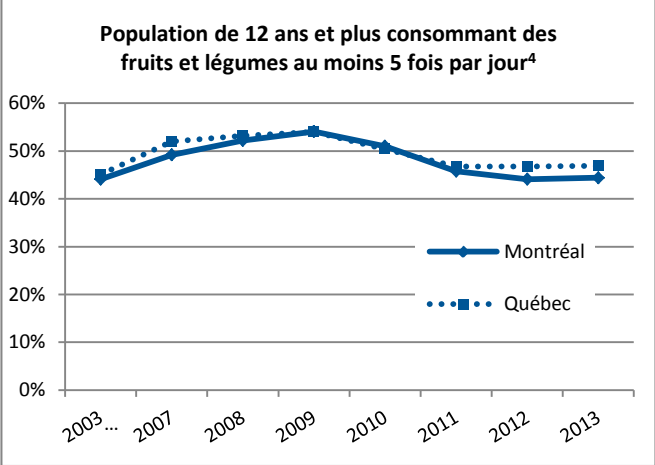
Habitudes alimentaires (adultes)

L'alimentation est le facteur de risque ayant le plus grand impact sur les DALYs au Canada (~12% des DALYs)¹. La consommation de fruits et légumes frais² est souvent employée comme indicateur d'une alimentation saine. Les quantités quotidiennes recommandées des différents produits alimentaires sont basées sur celles du Guide alimentaire canadien (GAC).

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (10) : [Diabète](#); [Hypertension](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Surplus de poids \(adultes\)](#); [Ostéoporose](#); [Dyslipidémie](#); [Santé buccodentaire](#); [Santé des nouveau-nés](#); [Cancer colorectal](#); [Maladies neurodégénératives](#)

État de la situation à Montréal

- En 2012, la majorité des Montréalais de 15 ans et plus (59 %) ne consomment pas de fruits et légumes au moins 5 fois par jour (environ **971 300 personnes**)³. Au cours de la dernière décennie, la proportion des Montréalais ne consommant pas la quantité recommandée de fruits et légumes reste comparable à celle de l'ensemble du Québec⁴.
- Au cours de la période 2002-2007, 64 % des Montréalais ne consommaient pas la quantité recommandée de produits laitiers, 48 % ne consommaient pas la quantité recommandée de pain à grains entiers et 41 % ne consommaient pas de légumineuses au moins une fois par semaine⁵.
- Près de la moitié (44 %) des parents québécois n'ont pas planifié le repas du soir à 17h et ce, 3 fois ou plus par semaine⁶. Dans une telle situation, 38 % improvisent avec des ingrédients se trouvant déjà dans leur cuisine alors que 24 % optent pour des aliments livrés ou prêts-à-manger⁶. De plus, 34 % des familles mangent devant la télévision⁶.
- En 2008, près de 5 % de la population québécoise de 15 ans et plus tentant de perdre du poids ou de le maintenir ont rapporté sauter des repas⁷.



Facteurs en amont

- Le revenu des ménages constitue une contrainte à la sécurité alimentaire : 10,6 % des Montréalais ont vécu de l'insécurité alimentaire au cours de l'année 2011-2012⁸ (c. 7,5% des Québécois) à cause d'un manque d'argent. L'insécurité alimentaire peut varier de marginale (inquiétude de manquer de nourriture ou limitation de la sélection d'aliments) à grave (repas sautés, consommation réduite)⁸. Selon le Dispensaire diététique de Montréal, le coût minimum d'un régime nutritif est de 7,84\$ par personne par jour (ou environ 940\$ par mois) pour une famille de 4 personnes⁹.
- Quarante-quatre pourcent de la population montréalaise (près de 800 000 personnes) ont un accès géographique nul ou négligeable à des fruits et légumes frais, soit une offre inférieure à 215 pi² d'étalage à distance de marche (≤500m) de leur domicile. Plusieurs Montréalais cumulent des obstacles économiques et géographiques dans leur quête de fruits et légumes frais : on estime que plus de 135 000 personnes vivant sous le seuil de faible revenu n'ont pas accès à ces aliments à une distance de marche².
- Plusieurs facteurs sociaux influencent les comportements individuels tels que l'entourage, le réseau social, les rites, coutumes, croyances et les normes sociales, notamment celles véhiculées par les médias¹⁰.
- De plus, l'âge, les préférences alimentaires, les modèles comportementaux, de même que les compétences culinaires et alimentaires ont des répercussions sur les habitudes alimentaires¹¹.

Analyse des disparités

- Les personnes à faible revenu sont plus à risque d'insécurité alimentaire⁷.
- Plus le **revenu** ou la **scolarité** augmentent, plus les Montréalais sont susceptibles de consommer des fruits légumes cinq fois et plus par jour⁵.
- L'offre en fruits et légumes frais à distance de marche est surtout concentrée dans les **secteurs centraux** de l'Île de Montréal, mais les secteurs où l'offre est nulle ou négligeable sont dispersés à travers l'ensemble du territoire².
- Les Québécois **parents de jeunes enfants** sont moins souvent en situation de dernière minute (n'ayant pas encore planifié le repas du soir à 17h) que les Québécois n'ayant pas d'enfants. De plus, les Québécois n'ayant pas de jeunes enfants ont plus souvent recours à des repas livrés ou prêts-à-manger⁶.
- La proportion des Québécois préparant leurs repas à la maison augmente avec l'**âge** (à partir de la trentaine)¹². Les **femmes** québécoises sont plus fréquemment responsables de la planification des repas que les hommes⁶.

¹ Global Burden of Diseases Profile : Canada, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010.
² Étude sur l'accès aux aliments santé à Montréal, DSP Montréal, 2013.
³ Chiffres clés TOPO, <http://emis.santemontreal.gc.ca/fileadmin/emis/Outil/Chiffres-cl%C3%A9s/TOPO2012/Chiffrescl%C3%A9sTOPO-MTL.pdf>, consulté juillet 2014.
⁴ Cubes de données, L'Infobase des maladies chroniques de l'Agence de santé publique du Canada, ESCC 2003-2013 (Statistique Canada).
⁵ La santé est-elle au menu des Montréalais? DSP Montréal, 2009
⁶ Tout le monde à table, rapport national sommaire, Extensio (Université de Montréal), 2011.
⁷ Enquête EQSP (ISQ) 2008.
⁸ ESCC 2011-2012 (Statistique Canada).
⁹ http://www.dispensaire.ca/files/14-01_Cout_PPN_fr.pdf, consulté en juillet 2014.
¹⁰ Les normes sociales et l'alimentation, INSPQ, 2012.
¹¹ Planification stratégique : document de réflexion (document de travail), Alimentation et activité physique, Secteur TPJ, DSP Montréal, 2014.
¹² La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois. INSPQ, 2009.

DÉTERMINANT

Habitudes alimentaires (tout-petits et jeunes)

Les habitudes alimentaires des tout-petits et des jeunes ont un impact sur leur croissance, leur santé buccodentaire, leur capacité d'apprentissage et leur sentiment de bien-être. Elles sont également un déterminant majeur du surpoids chez ceux-ci. Les habitudes alimentaires acquises au cours de l'enfance et de l'adolescence ont tendance à se perpétuer à l'âge adulte¹. Les recommandations du Guide alimentaire canadien (GAC, 2007) sont employées pour déterminer le nombre de portions quotidiennes recommandées selon l'âge et le sexe, pour chaque groupe alimentaire²:

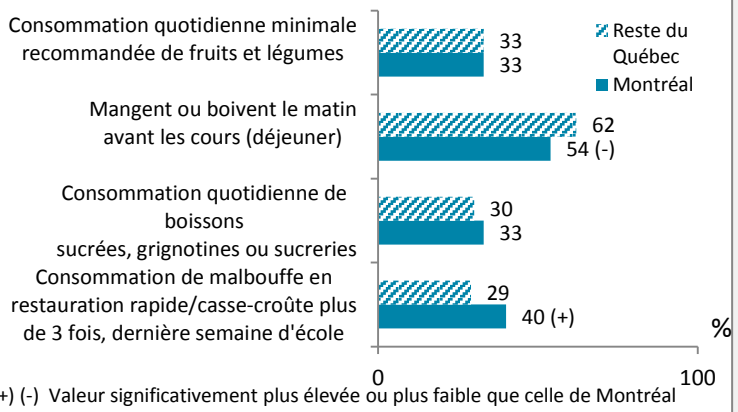
- Fruits et légumes : 2-3 ans, 4 portions; 4-8 ans, 5 portions; 9-13 ans, 7 portions; 14-18 ans (filles), 7 portions. (garçons), 8 portions.
- Produits laitiers : 2-3 ans et 4-8 ans, 2 portions; 9-13 ans et 14-18 ans, 3 à 4 portions.²

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (5) : [Surplus de poids \(tout-petits et jeunes\)](#); [Développement global des tout-petits](#); [Santé buccodentaire](#); [Diabète](#); [Dyslipidémie](#)

État de la situation à Montréal

- En 2005, environ 80 % des enfants québécois de 4 ans consomment quotidiennement moins de 5 portions de fruits et légumes et 52 % consomment moins de 2 portions de produits laitiers³.
- En 2010-2011, parmi les élèves des écoles secondaires de Montréal, 67 %, (environ **66 000 jeunes**) ne consomment pas quotidiennement le nombre de portions recommandées de fruits et de légumes. Par ailleurs, 44 % ne consomment pas quotidiennement le nombre minimal de portions recommandées de produits laitiers (reste du Québec : 49 %, écart significatif)⁴.
- En 2005, 20 % de l'énergie absorbée en une journée chez les enfants québécois âgés de 4 ans provenait d'aliments à teneur élevée en gras, en sucre ou en sel alors que ceux-ci ne devraient être consommés que de façon exceptionnelle (ex. 20 % d'entre eux consomment des boissons sucrées sur une base quotidienne)³.
- En 2010-2011, 26 % des élèves des écoles secondaires de Montréal consomment une boisson sucrée au moins une fois par jour. Par ailleurs, 40 % ont mentionné avoir consommé des aliments de restauration rapide au moins 3 fois au cours de la semaine précédant l'étude, soit un écart significatif avec le reste du Québec (29 %)³.
- La proportion d'élèves du secondaire n'ayant pas déjeuné (mangé ou bu le matin avant les cours) au cours de la dernière semaine est plus élevée à Montréal que dans le reste du Québec (46 % c. 39 %, écart significatif).³

Proportion des des élèves du secondaire selon certaines habitudes alimentaires, Montréal et reste du Québec, 2010-2011⁴



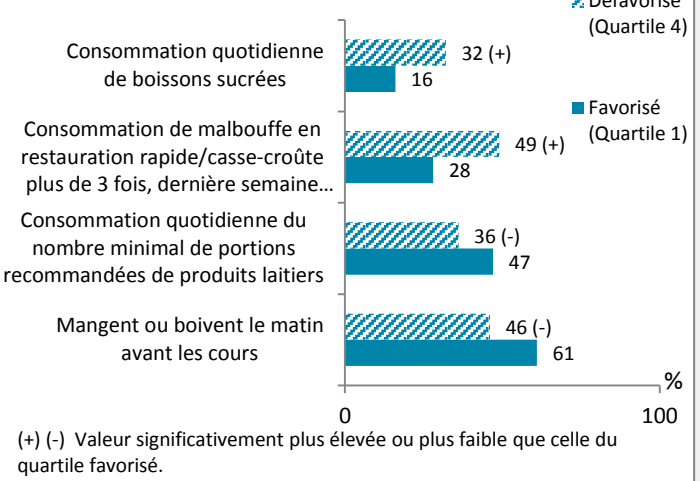
Facteurs en amont

- Les déterminants ayant un impact sur les habitudes alimentaires chez les tout-petits et les jeunes sont multiples:
 - déterminants sociaux (ex. le revenu familial, l'origine ethnique, la scolarité).
 - déterminants individuels (ex. l'âge, l'attitude envers la saine alimentation, les préférences alimentaires, les modèles comportementaux qui ont trait à l'alimentation).
 - déterminants environnementaux, par exemple : l'accès physique et économique aux aliments sains dans les milieux de vie fréquentés par les jeunes et leur famille, les politiques publiques (alimentaire, familiale, sociale, agricole, transport, éducation, etc.), l'encadrement parental et scolaire, l'influence des éducateurs, des frères et sœurs plus âgés et des pairs, le marketing massif et la publicité associés aux boissons sucrées et aux aliments de restauration rapide.

Analyse des disparités

- Parmi les élèves du secondaire des écoles de Montréal, plus de **garçons** que de filles consomment quotidiennement des boissons sucrées, des grignotines, des sucreries et des aliments de restauration rapide (37 % c. 28 %)⁴.
- Parmi ces mêmes élèves, un **niveau socioéconomique plus faible** s'accompagne souvent de certaines habitudes alimentaires moins saines. Le portrait est semblable chez les jeunes issus de **familles monoparentales**, en plus d'avoir une situation moins favorable concernant la consommation quotidienne minimale de fruits et légumes⁴.
- Parmi les enfants de 4 ans, un **faible revenu familial** est relié à l'insécurité alimentaire, à des difficultés d'accès à des aliments sains et à une plus grande susceptibilité à ne pas déjeuner le matin (15 % c. 8 %)³.

Proportion des des élèves du secondaire selon certaines habitudes alimentaires et l'indice de défavorisation matérielle, Montréal, 2010-2011⁴



¹ Taylor J. P. (2005) Les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes, Revue canadienne de santé publique, volume 96, Supplément 3.

² Guide alimentaire canadien, <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/track-suivi/index-fra.php>, consulté juillet 2014

³ Bédard, B., et L. Dubois (2005). Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans, Québec, Institut de la statistique du Québec.

⁴ Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 (EQSJS), Infocentre de santé publique, INSPQ.

Comportements sexuels des jeunes

L’adolescence est une période déterminante pour l’exploration des relations amoureuses et sexuelles. La manière dont les jeunes vivront et exprimeront leur sexualité aura une influence sur leur bien-être et leur santé. Les comportements sexuels à risque se définissent comme étant des pratiques sexuelles pouvant augmenter la probabilité de contracter une infection transmise sexuellement (ITS), de s’exposer à une grossesse à l’adolescence et de nuire à l’épanouissement et au bien-être des jeunes.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (7) : [ITSS : Chlamydia et Gonorrhée](#); [ITSS : VIH-VHC-Syphilis-LGV](#); [Grossesses à l'adolescence](#); [Maladies évitables par la vaccination \(MEV\)](#); [Cancer du col de l’utérus](#); [Maladies entériques](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#)

État de la situation à Montréal	- Selon une étude réalisée auprès des étudiants des cégeps de Montréal, l'âge moyen de la première relation sexuelle est de 16 ans¹. - À Montréal en 2010-2011, parmi les élèves du secondaire âgés de 14 ans et plus, près de 3 élèves sur 10, soit 20 500 jeunes, ont déjà eu au moins une relation sexuelle (vaginale, orale ou anale) au cours de leur vie² : - parmi eux, plus du tiers ont déclaré avoir eu trois partenaires sexuels ou plus au cours de leur vie; - un peu plus de 7 élèves sur 10 ont utilisé le condom lors de la dernière relation vaginale. - Une étude menée auprès de 610 jeunes hébergés en centre jeunesse au Québec rapporte que seulement le quart des jeunes âgés de 14-17 ans (24 % des filles et 25 % des garçons) ont utilisé une « double protection » (un condom et une autre méthode contraceptive) lors de leur dernière relation vaginale³. Proportion des élèves du secondaire selon certains comportements sexuels, Montréal et reste du Québec, 2010-2011² <table> <tr> <th>Comportement</th> <th>Montréal (%)</th> <th>Reste du Québec (%)</th> </tr> <tr> <td>Ayant eu au moins une relation sexuelle (orale, vaginale, anale) au cours de sa vie</td> <td>29 (-)</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>Ayant utilisé le condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale*</td> <td>72 (+)</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>Ayant eu 3 partenaires ou plus au cours de leur vie*</td> <td>36 (+)</td> <td>28</td> </tr> </table> * Parmi ceux qui ont eu des relations vaginales (+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec.	Comportement	Montréal (%)	Reste du Québec (%)	Ayant eu au moins une relation sexuelle (orale, vaginale, anale) au cours de sa vie	29 (-)	39	Ayant utilisé le condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale*	72 (+)	67	Ayant eu 3 partenaires ou plus au cours de leur vie*	36 (+)	28
Comportement	Montréal (%)	Reste du Québec (%)											
Ayant eu au moins une relation sexuelle (orale, vaginale, anale) au cours de sa vie	29 (-)	39											
Ayant utilisé le condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale*	72 (+)	67											
Ayant eu 3 partenaires ou plus au cours de leur vie*	36 (+)	28											
Facteurs en amont	- Différents facteurs concomitants peuvent influencer l'adoption de comportements sexuels à risque chez les jeunes tels que : <i>facteurs individuels</i> : la consommation d'alcool ou de drogues, l'activité sexuelle précoce (avant l'âge de 14 ans, ce qui concerne 27 % des jeunes du secondaire ayant eu au moins une relation sexuelle), le mauvais rendement scolaire, les connaissances erronées sur les diverses dimensions de la sexualité, avoir vécu une agression sexuelle, avoir vécu ou vivre de la violence dans ses relations amoureuses; <i>facteurs socioculturels</i> : pauvreté, origine ethnique, modalités d'interactions avec les nouveaux médias (sexto⁴, clavardage explicite, etc.); <i>facteurs environnementaux</i> : difficulté d'accès au condom, pratiques parentales, influence des amis.												
Analyse des disparités	- À Montréal, en 2010-2011² : - plus de garçons du secondaire rapportent avoir utilisé un condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale que de filles (76% c. 68%). Ils sont aussi plus susceptibles que les filles (44% c. 28%) d'avoir eu 3 partenaires ou plus au cours de leur vie; - parmi ceux ayant eu des relations sexuelles vaginales, la proportion d'élèves ayant eu 3 partenaires ou plus au cours de leur vie est plus élevée chez les jeunes issus de milieux défavorisés et les élèves nés à l'étranger. - D'après une étude américaine, réalisée de 2001 à 2009 auprès d'élèves américains du secondaire, les élèves LGBT (Lesbiennes, Gays, Bisexuels ou Transsexuels) ont eu plus de partenaires sexuels au cours de leur vie et utilisent moins le condom que les élèves hétérosexuels⁵. Proportion des élèves du secondaire ayant eu 3 partenaires ou plus au cours de leur vie parmi ceux ayant eu de relations sexuelles vaginales selon certaines caractéristiques, Montréal, 2010-2011² <table> <tr> <th>Caractéristique</th> <th>Proportion (%)</th> </tr> <tr> <td>Favorisé (Quartile 1)</td> <td>24*</td> </tr> <tr> <td>Défavorisé (Quartile 4)</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>Canada</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Extérieur du Canada</td> <td>58</td> </tr> </table> * Coefficient de variation supérieur à 15% et inférieur ou égal à 25%, interpréter avec prudence.	Caractéristique	Proportion (%)	Favorisé (Quartile 1)	24*	Défavorisé (Quartile 4)	45	Canada	29	Extérieur du Canada	58		
Caractéristique	Proportion (%)												
Favorisé (Quartile 1)	24*												
Défavorisé (Quartile 4)	45												
Canada	29												
Extérieur du Canada	58												

¹ Lambert, G. et coll. « Je passe le Test »- Rapport d’étape Octobre 2005 à Novembre 2006. DSP de l’ASSSM, 2007.

² Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011, (EQSJS). Infocentre de santé publique, INSPQ.

³ Lambert, G. et coll. Sexe, drogue et autres questions de santé : Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. DSP de l’ASSSM, 2012

⁴ Sexto : Échange de messages-textes ou de photos sexuellement explicites par téléphone.

⁵ Centers for disease control and prevention. Sexual Identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9-12- Youth risk behavior surveillance, selected sites, United States, 2001-2009.

DÉTERMINANT

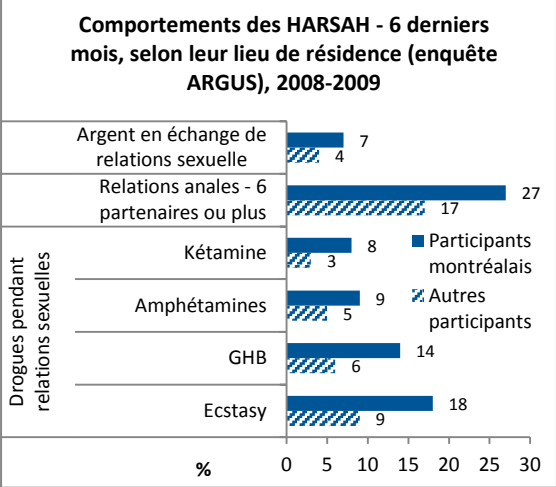
Comportements sexuels chez les populations vulnérables

Différentes populations à Montréal sont particulièrement vulnérables aux infections transmises sexuellement : les hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (HARSAH), les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI), les Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique (principalement les Caraïbes et les pays de l’Afrique subsaharienne), les travailleuses et travailleurs du sexe, les jeunes en difficulté (jeunes de la rue ou en centre jeunesse) et les jeunes en général. Cette fiche porte principalement sur les comportements sexuels des HARSAH, bien que quelques données soient présentées pour les jeunes de la rue, les Québécois d’origine haïtienne et les personnes UDI.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (7) : [ITSS : VIH-VHC-Syphilis-LGV](#); [ITSS : Chlamydia et Gonorrhée](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Grossesses à l’adolescence](#); [Maladies entériques](#); [Maladies chroniques du foie](#)

État de la situation à Montréal

- En 2008, on estimait à environ **31 800** le nombre de HARSAH montréalais¹. Parmi les HARSAH québécois sexuellement actifs, au cours des 6 derniers mois :
 - près de la moitié (44 %) ont eu des relations sexuelles orales ou anales avec six partenaires ou plus; le cinquième (21 %) ont eu des relations anales avec six partenaires sexuels ou plus²;
 - le tiers (32 %) ont eu au moins une relation anale non protégée avec un partenaire à risque (partenaire d’un soir, partenaire occasionnel ou régulier infecté par le VIH ou dont le statut sérologique est inconnu)².
- Par rapport aux HARSAH résidant à l’extérieur de Montréal, les HARSAH montréalais sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu des relations sexuelles anales avec six partenaires ou plus, à avoir donné de l’argent en échange de relations sexuelles et à avoir été sous l’effet de l’*ecstasy*, du gamma-hydroxybutyrate (GHB), des amphétamines ou de la kétamine une fois ou plus pendant leurs relations sexuelles des derniers 6 mois².
- Les différentes sources de données disponibles tendent à montrer que la proportion de relations anales non protégées avec un partenaire à risque demeure relativement stable depuis 2005.
- Autres populations vulnérables :
 - Chez les jeunes de la rue (14-24 ans) : 51 % n’avaient pas utilisé de condom lors de leur dernière relation sexuelle vaginale et 42 % ne l’avaient pas utilisé lors de leur dernière relation sexuelle anale. Par ailleurs, 20 % d’entre eux avaient déjà reçu de l’argent ou autre chose en échange d’activités sexuelles³.
 - Chez les Montréalais d’origine haïtienne (15-49 ans) : parmi les hommes n’ayant jamais utilisé le condom avec leur partenaire sexuelle régulière ou ne l’ayant fait que rarement ou occasionnellement, plus du quart (27 %) n’ont pas utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel⁴.
 - Chez les UDI : 18 % des hommes avaient eu des relations sexuelles avec des hommes, 35 % des femmes avaient eu des relations anales avec leurs partenaires hommes réguliers et 7 % des hommes et 33 % des femmes avaient reçu de l’argent ou autre chose en échange d’activités sexuelles (6 derniers mois)⁵.



Facteurs en amont

- Les effets désinhibiteurs de l’alcool et des drogues altèrent de façon significative la motivation et la capacité à utiliser le condom de façon adéquate².
- Les difficultés affectives dans la vie, la lassitude ponctuelle à l’égard de ce qui relève du VIH et du condom, la quête de sensations fortes sur le plan sexuel et la quête d’intimité peuvent rendre difficile le recours au condom, de même que le fait d’éprouver de la difficulté à prendre le leadership en matière sexuelle et à faire connaître ses intentions quant à la protection.
- Les présomptions sur le statut sérologique des partenaires jouent également un rôle ainsi que la question de l’accès au condom au bon moment.

Analyse des disparités

- Au Québec, par rapport aux 30 ans et plus, les HARSAH de **18 à 29 ans** sont plus susceptibles d’avoir, au cours des 6 derniers mois, eu une relation anale non protégée avec un partenaire masculin (53 % c. 40 %) et d’avoir recherché un partenaire sexuel sur Internet une fois par mois ou plus au (38 % c. 27 %)².
- Toujours au Québec, les HARSAH **se sachant infectés par le VIH** sont plus susceptibles que les autres d’avoir, au cours de 6 derniers mois² :
 - eu des relations sexuelles en groupe (47 % c. 31 %), des relations anales avec six partenaires masculins ou plus (50 % c. 24 %) ou des relations anales non protégées avec un partenaire masculin d’un soir (38 % c. 15 %);
 - été sous l’effet de drogues récréatives à l’occasion de la moitié ou plus de leurs relations sexuelles.

¹ Infocentre de Santé Publique de l’INSPQ, EQSP, 2008.
² Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2012 (et projections 2013). MSSS, 2013.
³ Surveillance des ITSS et des comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal. DSP de l’ASSS de Montréal, 2013.
⁴ Adrien A. et al. Behavioural risks for HIV infection among Quebec residents of Haitian origin, Journal of Immigrant and Minority Health, Vol. 12, No.6, p.894-899.
⁵ Le volet montréalais du réseau SurvUDI – Volume 3 – données au 31 mars 2011. DSP de l’ASSS de Montréal, 2013.

DÉTERMINANT

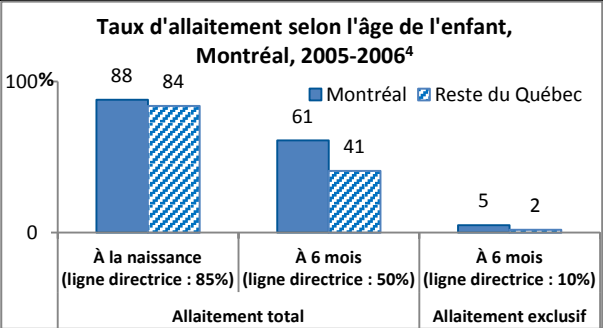
Allaitement maternel

En 2001, l’OMS invitait les États membres à protéger, promouvoir et soutenir l’allaitement maternel exclusif pendant 6 mois et la poursuite de l’allaitement maternel jusqu’à 2 ans ou au-delà, ce qui doit être considéré comme une recommandation de santé publique mondiale¹. Au Québec, le MSSS a retenu l’Initiative des amis des bébés (IAB) de l’OMS/UNICEF, comme la principale stratégie de promotion, protection et soutien de l’allaitement maternel. On parle d’allaitement exclusif lorsque l’enfant est nourri avec du lait maternel uniquement. L’allaitement total signifie que l’enfant reçoit du lait maternel avec ou sans autres liquides ou solides². Les effets protecteurs de l’allaitement maternel, pour le nourrisson et sa mère, sont habituellement reliés à sa durée et à son exclusivité.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (9) : [Rhinite allergique et asthme](#) (part attribuable de l’absence d’allaitement pour l’asthme infantile à vie : 12 %³); [Maladies entériques](#); [Maladies évitables par la vaccination \(MEV\)](#); [Diabète](#); [Surplus de poids \(tout-petits et jeunes\)](#); [Développement global des tout-petits](#); [Cancer du sein](#); [Problèmes de santé liés à la chaleur et à la qualité de l’air](#); [Santé buccodentaire](#)

État de la situation à Montréal

- En 2005-2006, à Montréal, 88 % des enfants étaient allaités à leur congé de l’hôpital ou de la maison de naissance (allaitement exclusif : 52%), ainsi qu’à une semaine de vie. Montréal est, en 2005-2006, la seule région du Québec qui atteigne l’objectif de la ligne directrice 50 % d’allaitement total à 6 mois fixé par le MSSS. Toutefois, du chemin reste à faire pour atteindre le taux d’exclusivité attendue à 6 mois (10 %) puisque ce taux est de 4,7 % en 2005-2006. On estime qu’environ **22 400** enfants montréalais ne sont pas allaités exclusivement à l’âge de 6 mois en 2011.⁴
- Outre les données de l’ESCC, il n’existe pas d’autres sources de données permettant de faire un suivi des taux d’allaitement. Au congé des maternités, les données sur l’allaitement ne sont pas comptabilisées et les statistiques issues du I-CLSC sont limitées à la clientèle qui est suivie.

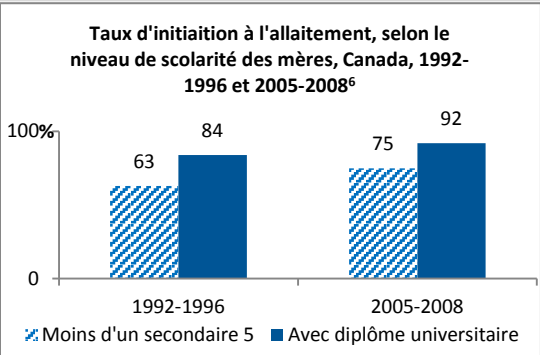


Facteurs en amont

- Aucun recensement concernant la disponibilité et l’accessibilité des services de soutien à l’allaitement n’a été fait sur le territoire de Montréal. Il semblerait que l’offre de service en 1^{ère} ligne soit très hétérogène et qu’il y ait un problème d’accès à des services plus spécialisés en soutien à l’allaitement.
- Les établissements ayant les pratiques les plus favorables à l’allaitement maternel sont reconnus Amis des bébés (IAB) (autour du tiers des établissements à Montréal en 2014)⁵. La priorisation de cette reconnaissance IAB par les autres établissements pose un immense défi et le maintien de l’IAB comme principale stratégie est menacée :
 - les Lignes directrices en allaitement qui ont soutenu l’implantation de l’IAB sont échues depuis 2007²;
 - le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS/UNICEF) qui balise leur mise en marché par les compagnies pharmaceutiques n’est pas respecté au Québec, ce qui constitue un frein important à l’implantation de l’IAB.
- Il existe une méconnaissance de l’importance de l’allaitement tant dans la population générale que parmi les professionnels de la santé. La place de l’allaitement dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé qui interviennent en périnatalité est très hétérogène et ne répond pas aux critères IAB.

Analyse des disparités

- L’impact des inégalités sociales sur l’initiation à l’allaitement maternel a diminué au Canada, bien qu’il demeure important. En effet, de 1992-1996 à 2005-2008, on constate que l’écart entre les proportions de mères qui ont initié l’allaitement a diminué dans le temps entre celles qui n’ont **pas complété un secondaire 5** et celles ayant un diplôme universitaire⁶.
- Cependant, les données des CSSS suggèrent que l’allaitement est poursuivi plus longtemps par les **clientèles spécifiques** que par les clientèles régulières⁷.
- Dans une étude réalisée en Angleterre, on a démontré que dans les **hôpitaux IAB**, davantage de mères allaitaient exclusivement à 4 semaines comparativement aux autres hôpitaux, et que cet effet était plus important chez les mères ayant un faible niveau de scolarité ou un plus faible niveau socio-économique⁸.
- Dans l’Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ), un allaitement maternel d’au moins 4 mois **annihilait l’effet de la pauvreté** sur le taux d’hospitalisation de plus de 24 heures chez les enfants les plus défavorisés et ce, jusqu’à l’âge de 6 ans⁹.



¹ Compte-rendu de la 54^{ième} assemblée mondiale de la santé WHA54.2 du 18 mai 2001 page 3.
² L’allaitement maternel au Québec. Lignes directrices. MSSS, 2001
³ Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, DSP Montréal, 2011.
⁴ L’allaitement maternel à Montréal. DSP ASSSM, 2010. Données ESCC 2005-2006 et Fichier des naissance pour 2011
⁵ <https://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php>
⁶ Gilbert N. et coll. Temporal trends in social disparities in maternal smoking and breastfeeding in Canada, 1992-2008. Maternal Child Health Journal, 2014.
⁷ Données I-CLSC 2013. La clientèle spécifique représente les clientèles SIPPE, OLO et celles du Programme Canadien de Nutrition Périnatale.
⁸ Early Intervention and Social Mobility: Are pro-breastfeeding policies worth it? Institute of Social and Economic Research (ISER), octobre 2012
⁹ Avant les premières années scolaires, peut-on déjouer l’adversité liée au fait de vivre au bas de l’échelle? INSPQ, présentation scientifique réalisée aux JASP par Ginette Paquet et coll., 27 octobre 2006.

DÉTERMINANT

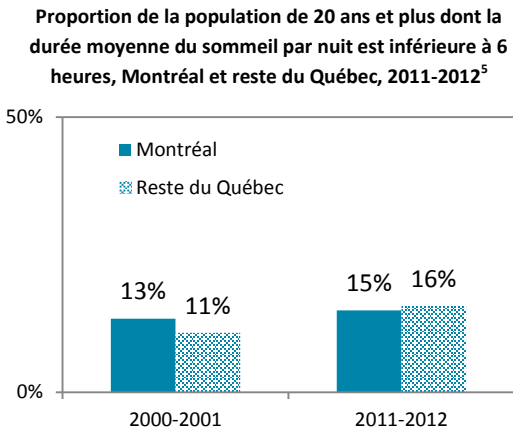
Manque de sommeil

Cette fiche porte sur le manque de sommeil tant chez les adultes que chez les tout-petits et les jeunes. La thématique comprend le sommeil de courte durée ainsi que le sommeil de mauvaise qualité (attribuable, par exemple, à l'apnée du sommeil, au somnambulisme, etc.). Un enfant d'âge scolaire a besoin de 10 à 11 heures de sommeil par jour; un adolescent, de 9 à 9,5 et un adulte, de 7,5 à 8,5¹. À court terme, le manque de sommeil cause une baisse de l'attention ainsi qu'un ralentissement des réflexes, des déficits de mémoire et d'apprentissage, et de la difficulté à agir ou à prendre des décisions². Chez les enfants, ces effets peuvent mener à des problèmes de développement socio-affectifs, cognitifs et physiques³. À long terme, il a été démontré que le manque de sommeil est associé à l'obésité, au diabète, à l'hypertension et aux maladies cardiovasculaires^{2,4}.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (9) : [Développement global des tout-petits](#); [Traumatismes non intentionnels](#); [Diabète](#); [Hypertension](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Surplus de poids \(adultes\)](#); [Surplus de poids \(tout-petits et jeunes\)](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#)

État de la situation à Montréal

- En 2006, environ le quart des enfants québécois âgé de 8 ans dorment moins que le nombre d'heures recommandé à cet âge³.
- En 2011-2012, plus de 7 jeunes montréalais sur 10 (72 %) âgés de 12 à 17 ans dorment moins de 9 heures par nuit, soit en dessous de ce qui est recommandé à cet âge⁵.
- La proportion des Montréalais de 20 ans et plus qui indiquent dormir moins de 6 heures par jour atteint 15 % (**230 000 personnes**) en 2011-2012. Pendant cette même période, 15 % des Montréalais de cet âge déclarent avoir « la plupart du temps » ou « tout le temps » des problèmes à s'endormir⁵.
- Les Québécois de 20 ans ou plus dorment de moins en moins. La proportion des Québécois dormant < 6 heures par nuit est significativement plus élevée en 2011-2012 qu'elle ne l'était en 2000-2001 (une tendance est également observée à l'échelle montréalaise, cependant la différence n'est pas significative)⁵.



Facteurs en amont

- Chez les enfants, la présence parentale lors du coucher, la séparation des parents ainsi que des facteurs génétiques comme le somnambulisme, les terreurs nocturnes, l'énurésie et le syndrome des jambes sans repos sont associés à la durée et la qualité du sommeil. De plus, des problèmes de santé sérieux ou récurrents (reflux gastrique, coliques, otites), des problèmes neurodéveloppementaux et un ralentissement de la maturation du système nerveux de l'enfant sont des facteurs sous-jacents au désordre du sommeil³.
- D'autres facteurs ayant un effet sur le sommeil chez les adultes et les enfants comprennent l'exposition prolongée à la lumière d'écrans⁶, le stress, la caféine, le tabac, l'alcool et la consommation d'un repas tout juste avant de se mettre au lit^{1,7}.
- Des facteurs environnementaux tels que le bruit relié aux commerces, restaurants, festivals, etc., ainsi que le bruit lié au transport (routier, aérien et ferroviaire) nuisent à la qualité du sommeil⁸.

Analyse des disparités

- Les **hommes** dorment en général moins longtemps que les femmes. Par contre, les **femmes** sont proportionnellement plus nombreuses à éprouver des difficultés à s'endormir et se réveillent plus fréquemment pendant la nuit⁷.
- Les **travailleurs** dorment moins que les personnes qui ne travaillent pas⁷.
- Les horaires de travail par quarts nuisent à la qualité du sommeil (1/3 des **travailleurs par quarts** ont de la difficulté à s'endormir ou à rester endormis c. 1/4 des travailleurs avec un horaire conventionnel)⁷.
- Les Canadiens ayant un **revenu élevé** (> 60 000 \$ par année) dorment environ 40 minutes de moins par nuit que les personnes gagnant < 20 000 \$ par année⁷.
- Chez les jeunes, les **grands utilisateurs d'outils informatiques**, en particulier ceux qui participent à des clavardages ou blogues, dorment moins que les non-utilisateurs⁶.
- Les Montréalais dont la résidence se situe près de **l'aéroport de Montréal** ou aux **abords d'une voie ferrée** sont plus exposés à des bruits ayant un impact négatif sur le sommeil⁸.

¹ <https://www.douglas.qc.ca/info/sommeil-et-enfant-donnees-scientifiques>, consulté en mai 2014

² Capronnier, O. Manque de sommeil: Quelle menace sur la santé? Science & Vie, **Hors-série** No. 262, mars 2013, p. 68-79

³ Le sommeil: un acteur méconnu dans le développement du jeune enfant, Institut de la statistique du Québec, 2010.

⁴ <http://www.douglas.qc.ca/news/1087?&locale=fr>, consulté en mai 2014

⁵ ESCC, 2000-2001 et 2010-2011

⁶ Sanga, Boureima. Nos enfants ne dorment pas assez. Québec Science, août-septembre 2013.

⁷ <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2008001/article/10553-fra.htm>, consulté en mai 2014

⁸ Un environnement urbain favorable à la santé : Un air extérieur et un environnement sonore de bonne qualité, DSP Montréal, 2012

DÉTERMINANT

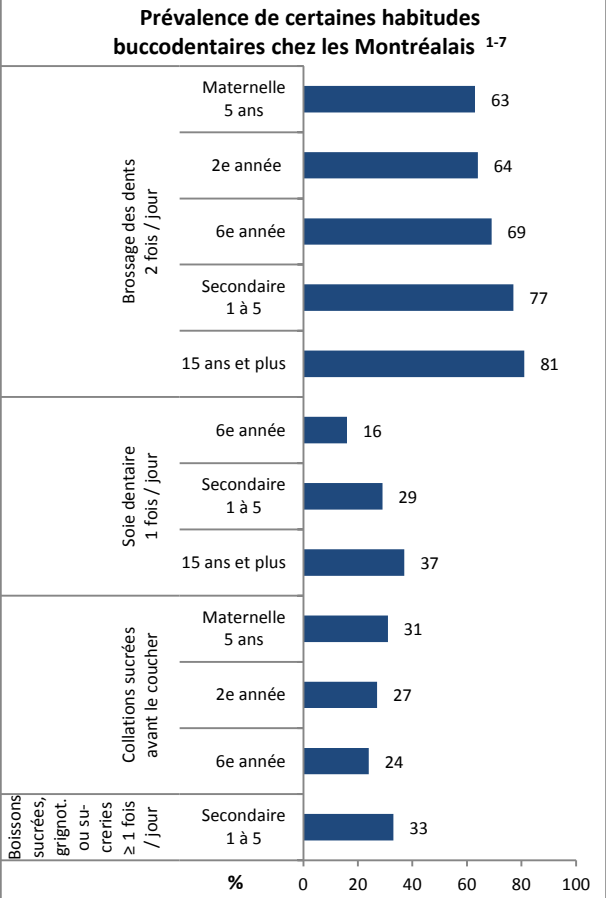
Habitudes buccodentaires

Un état de santé buccodentaire optimal relève de l’adoption d’habitudes qui se prennent tôt dans la vie et se maintiennent au fil des années : se brosser les dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré et contrôler le brossage de dents chez les tout-petits, utiliser la soie dentaire une fois par jour, avoir une alimentation favorable à la santé buccodentaire (faible en aliments sucrés ou acides), faire des visites régulières chez le dentiste, prévenir et réduire les blessures à la bouche et aux dents (utiliser un protecteur buccal), éviter le perçage buccal (piercing).

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (2) : Santé buccodentaire; Développement global des tout-petits

État de la situation à Montréal

- Les habitudes de brossage des dents chez les jeunes Québécois tendent à s’améliorer, bien que nous ne disposions pas de données montréalaises sur cette évolution^{1,2,3}.
- Diverses sources de données révèlent que la proportion des élèves des écoles montréalaises qui mentionnent se brosser les dents au moins 2 fois par jour varie entre 63 % et 77 % selon le niveau scolaire^{1,4,5}. Selon l’EQSJS 2010-2011, ce sont près de **22 100 jeunes** du secondaire qui n’ont pas cette habitude⁵. Chez les Montréalais de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, selon l’EQSP 2008, 81 % se brossent les dents au moins deux fois par jour⁶.
- L’utilisation quotidienne de la soie dentaire est peu fréquente dans la population. Des données indiquent qu’environ 15 à 30 % des élèves des écoles montréalaises ont adopté cette habitude^{1,5}. Ceux du secondaire semblent plus enclins à l’utiliser que les élèves du reste de la province (29 % c. 23 %)⁵. Par ailleurs, selon l’EQSP 2008, 37 % des Montréalais de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle utilisent la soie dentaire tous les jours⁶.
- La consommation d’aliments sucrés est assez répandue. Environ trois élèves sur dix en maternelle 5 ans et deuxième année prennent une collation sucrée avant le coucher alors que 24 % en sixième année mentionnent cette habitude, proportion significativement plus faible que pour ceux du reste du Québec (30 %)^{1,4}. De plus, selon l’EQSJS 2010-2011, environ le tiers des élèves des écoles montréalaises du secondaire consomme au moins une fois par jour des boissons sucrées, des grignotines ou des sucreries, proportion semblable au reste du Québec⁵.

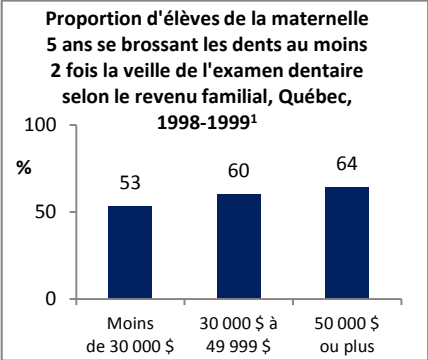


Facteurs en amont

- Les parents ont la responsabilité de développer de bonnes habitudes buccodentaires chez leurs enfants, notamment le brossage des dents, ainsi qu’une relation positive avec les professionnels de la santé dentaire. Les choix et le modèle de comportements qu’ils offrent à leur enfant varient selon certaines de leurs caractéristiques sociodémographiques (éducation, revenu, statut immigrant, jeune âge, etc.) et selon leurs attitudes, connaissances et croyances⁷.
- Quel que soit le groupe d’âge, de meilleures pratiques d’hygiène buccodentaire s’observent chez les jeunes ayant visité un dentiste dans la dernière année^{1,4}.

Analyse des disparités

- Chez les 5-8 ans et les 11-14 ans, les **garçons**, les **francophones** et les enfants de **familles à faible revenu** ou de **parents moins scolarisés** sont proportionnellement plus nombreux à ne pas se brosser les dents au moins deux fois par jour^{1,4}. Pour les 11-14 ans, les **garçons** sont proportionnellement moins nombreux à utiliser la soie dentaire quotidiennement⁴.
- Les **jeunes mères** semblent moins portées à amorcer des habitudes préventives telles le brossage des dents et le contrôle de la consommation de sucreries comparativement à celles plus âgées, souvent mieux préparées⁸.



¹ Brodeur, J.M. et al. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, MSSS, Collection Analyses et surveillance, n° 11, 1999.

² Payette, M. et al. *Enquête santé dentaire Québec 1989-1990, Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans*, DSC de l’hôpital Saint-Luc, AHQ, 1991.

³ Payette, M. et al. *Enquête santé dentaire Québec 1983-1984: Rapport complémentaire - volet provincial*, AHQ – Division CH-DSC, MSSS, 1987.

⁴ Brodeur, J.M. et al. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de maternelle et de deuxième année*, Résultats détaillés de la région de Montréal-Centre et comparaison avec l’ensemble du Québec, MSSS et DSP de la région de Montréal-Centre, 2000.

⁵ *Principaux résultats sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire à Montréal – données tirées de l’EQSJS 2010-2011*. DSP de l’ASSS de Montréal, 2014.

⁶ *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008*, Infocentre de santé publique, INSPQ.

⁷ Hooley, M. et al. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: a systematic review of the literature. *Journal of dentistry*, vol. 40, n° 11, 2012, p. 873-885.

⁸ Hallett, K.B. et P.K. O’Rourke. Pattern and severity of early childhood caries, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 34, n° 1, 2006, p. 25-35.

Comportements protecteurs

Certains comportements protecteurs peuvent être adoptés par les Montréalais pour éviter des risques quotidiens. Ceux abordés ici comprennent des mesures individuelles prises pour réduire les risques de traumatisme non intentionnels (TNI), de cancer de la peau, de transmission d’agents pathogènes et de maladies vectorielles et zoonoses. Les comportements protecteurs qui réduisent les risques de cancer de la peau (protection contre les rayons ultraviolets) comprennent rester à l’ombre, utiliser de la crème solaire, porter un chapeau ou des vêtements protecteurs et porter des lunettes de soleil¹. L’adhérence des professionnels de la santé aux mesures d’hygiène des mains n’est pas documentée à Montréal, bien que ce soit une mesure reconnue par l’OMS comme essentielle pour réduire les infections². Ce geste simple est aussi recommandé dans la population pour éviter de contracter et propager des infections, et fait régulièrement l’objet de campagnes de promotion³. Afin de se protéger contre le virus du Nil occidental (VNO) et la maladie de Lyme (transmis par une piqûre, respectivement de moustique et de tique), le port de vêtements longs et clairs et de chaussures fermées, l’utilisation d’insectifuges ainsi que l’installation de moustiquaires dans les fenêtres de maison (pour le VNO) sont recommandés^{4,5}.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (7) : [Traumatismes non intentionnels](#); [Cancers de la peau](#); [Maladies entériques](#); [Zoonoses et maladies à transmission vectorielle](#); [Infections nosocomiales](#); [Maladies évitables par la vaccination \(MEV\)](#); [MRSI et MSET](#)

État de la situation à Montréal	- Protection contre les traumatismes non intentionnels : - En 2013, 37 % des Montréalais portent toujours un casque lorsqu’ils font du vélo, une proportion qui s’est améliorée de 8 points depuis 2010 (29 %) et qui est comparable à celle du Québec (34 %) ⁶. - En 2009, 86 % des enfants québécois de 0-4 ans sont installés dans un siège approprié à leur poids et taille lorsqu’ils circulent en voiture (79 % chez les 5-6 ans). Toutefois, seulement la moitié des enfants sont installés correctement dans un siège approprié (50 % et 51 % pour les 0-4 ans et 5-6 ans, respectivement) ⁷. - En 2009, 1,5% des Québécois de <5 ans et 5,1% des 5-6 ans circulent en voiture assis sur la banquette avant⁵. - Protection contre le soleil : - En 2006, 69 % des Québécois emploient au moins une méthode de protection contre les rayons UV lorsqu’ils sont exposés au soleil pendant plus de 30 minutes, comme ailleurs au Canada. Chez les 12 ans et moins, cette proportion est de 83%, similaire à l’ensemble du Canada¹. - De 1996 à 2006, la proportion de Canadiens qui déclare avoir eu au moins un coup de soleil pendant l’été a diminué (51 % à 37 %). Cependant, la proportion de Canadiens adoptant les diverses mesures protectrices contre les rayons UV demeure stable, sauf pour le pourcentage de personnes portant un chapeau ou des vêtements protecteurs, qui diminue¹. - En Ontario en 2008-2009, un peu plus de la moitié (53 %) des travailleurs de la santé (TS) se lavaient les mains avant un contact avec un patient ou son environnement de soins et 69 % des TS se lavaient les mains après le contact. En 2013-2014, ces proportions atteignaient respectivement 86 % et 91 %⁸. - En 2012, 91 % des Montréalais affirment que les fenêtres de leur maison donnant sur l’extérieur sont pourvues d’une moustiquaire, et 62 % affirment que les portes laissées ouvertes pour aérer le sont ⁹.
Facteurs en amont	<i>Protection contre les TNI</i> : Selon une étude anglaise, les jeunes dont les parents encouragent le port du casque à vélo sont plus susceptibles d’en porter un, ainsi que ceux dont le ou la meilleur(e) ami(e) porte un casque. De plus, les jeunes qui déclarent faire de la bicyclette en terrain accidenté sont plus nombreux à porter un casque¹⁰. Au Québec, la législation oblige l’utilisation d’un siège d’auto pour les enfants mesurant moins de 63 cm en position assise, règlement ayant un impact direct sur l’utilisation du siège⁷. <i>Protection contre les rayons UV</i> : La durée de l’exposition au soleil a un effet sur les comportements protecteurs; les personnes qui passent plus de temps au soleil sont plus portées à se protéger. De plus, les connaissances personnelles des risques associés à l’exposition aux rayons UV ainsi que des recommandations émises à cet égard favorisent l’adoption de comportements protecteurs¹¹.
Analyse des disparités	<i>Protection contre les TNI</i> : Les jeunes (12 à 34 ans) sont les moins susceptibles de porter un casque à bicyclette¹². Les hommes sont moins nombreux que les femmes à porter un casque (34 % c. 40 %) ¹⁰. <i>Protection contre les rayons du soleil</i> : Les personnes plus jeunes (16-24 ans) sont les moins susceptibles de se protéger des rayons du soleil, en particulier les hommes de cet âge¹. Chez les enfants, les comportements protecteurs varient entre les garçons et les filles : les garçons canadiens de 6-12 ans sont plus nombreux à porter un chapeau lorsqu’ils passent du temps au soleil que les filles (62 % c. 45 %) et les garçons de tous âges sont plus portés à porter des vêtements protecteurs. Les filles, par contre, sont plus nombreuses à porter de la crème solaire que les garçons (63 % c. 46 %, groupe des 10-12 ans) ¹³.

¹ Exposure to and protection from the sun in Canada :A report based on the 2006 Second National Sun Survey, Partenariat canadien contre le cancer, 2010.
² http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf consulté août 2014
³ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-207-04F.pdf> consulté août 2014
⁴ Maladie de Lyme, INSPQ, 2009.
⁵ <http://www.monclimatmasante.qc.ca/adaptation-maladies-vectorielles-et-zoonoses.aspx>, consulté août 2014.
⁶ Tableau CANSIM 105-0501, ESCC 2010 et 2013 (Statistique Canada)
⁷ <http://www.inspq.qc.ca/prevention-traumatismes/utilisation-correcte-des-sieges-d-auto-pour-les-enfants>, consulté août 2014.
⁸ <http://www.hqontario.ca/public-reporting/patient-safety>, consulté août 2014
⁹ Enquête Omnibus, DSP Montréal, 2012.
¹⁰ Cryer, P.C. et al, Rates of, and the factors affecting, cycle helmet use among secondary school children in East Sussex and Kent, Inj Prev, Vol. 4, 1998, p. 106-110.
¹¹ Sattler, U. et al, Factors associated with sun protection compliance: results from a nationwide cross-sectional evaluation of 2215 patients from a dermatological consultation, British Journal of Dermatology, Vol. 170, No. 6, 2014, p. 1327-1335.
¹² <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11274-fra.htm>, consulté août 2014.
¹³ Pichora, E.C. et al, Sun behaviour in Canadian children : Results of the 2006 National Sun Survey, Rev can santé publique, Vol. 101, No. 4, 2010, p. 114-118.

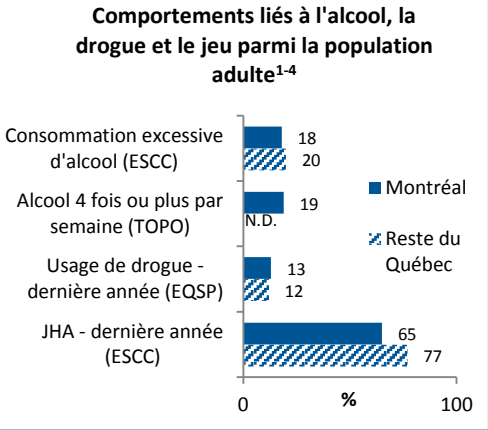
Consommation d'alcool, drogues ou jeu (adultes)

La consommation d'alcool, de drogues ou la participation à des jeux de hasard et d'argent (JHA) peuvent avoir des conséquences importantes sur le bien-être, la qualité de vie, la santé et le fonctionnement social des individus, en raison de la nature même des substances ou activités, mais également parce que leur potentiel de dépendance est élevé. Cette fiche fait état de ces comportements potentiellement problématiques chez la population adulte.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (12) : [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Traumatismes non intentionnels](#); [Maladies chroniques du foie](#); [Hypertension](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Surdoses de drogues](#); [Santé buccodentaire](#); [Cancer du sein](#); [Cancer colorectal](#); [Cancer du col de l'utérus](#); [Santé des nouveau-nés](#); [Maladies neurodégénératives](#)

État de la situation à Montréal

- Dix-huit pourcent des Montréalais adultes ont une consommation excessive d'alcool (5 consommations ou plus à la même occasion, au moins 12 fois dans la dernière année), soit environ **290 000 personnes**. La situation de Montréal à l'égard de la consommation excessive d'alcool est similaire à celle du reste de la province¹. Par ailleurs, indépendamment du nombre de consommation, près d'un Montréalais sur cinq (19 %) consomme de l'alcool quatre fois ou plus par semaine².
- À Montréal, 45 % des adultes ont déjà consommé de la drogue, et 13 % l'ont fait au cours de la dernière année, ce qui représente environ 198 000 personnes. Parmi elles, près des trois quarts (73 %) ont consommé uniquement du cannabis. Ces données montréalaises sont similaires à celles observées dans le reste du Québec³.
- En 2009, près d'un joueur québécois sur dix (9,1 %) considérait avoir dépensé trop d'argent ou avoir consacré trop de temps aux JHA⁴. Deux adultes Montréalais sur trois ont participé aux JHA dans la dernière année, soit près d'un million de personnes⁵. Cette proportion est moindre que celle observée dans le reste du Québec (77 %). La proportion de Montréalais présentant un symptôme ou plus liés au jeu problématique (ex. miser plus d'argent que ce que l'on peut se permettre de perdre ou retourner jouer pour récupérer l'argent perdu) est estimée à 3 %, proportion similaire à ce que l'on observe pour le reste de la province. La présence de graves problèmes de jeu (seuil clinique) est estimée à 0,3 % dans la population québécoise adulte au cours des 12 derniers mois⁵.
- Plus de 100 000 personnes fréquentent le Casino de Montréal chaque semaine et 94 % de sa clientèle est locale⁶.



Facteurs en amont

- La cooccurrence élevée des problèmes liés aux JHA, aux drogues et à l'alcool suggère des antécédents communs qui s'enracinent dès l'adolescence et comprennent, notamment, les caractéristiques personnelles des individus, l'environnement sociofamilial, intrafamilial et extrafamilial. À ces antécédents s'ajoutent des facteurs de risque spécifiques à l'adoption de comportements problématiques (ex. accessibilité des substances, biais cognitifs, fausses croyances entretenues par les individus, présence de proches adoptant ces comportements) et des facteurs de risque liés au produit ou à l'activité même (ex. potentiel addictif de certaines substances psychotropes, gains fréquents et immédiats des appareils de loterie vidéo)^{6,7}.
- La consommation d'alcool, en altérant la capacité de jugement, augmente la prise de risques et favorise l'adoption de comportements problématiques. Elle est notamment associée au développement de problèmes de jeu, entraînant une augmentation de la durée des sessions de jeu et des sommes mises⁶.

Analyse des disparités

- Les **hommes** sont proportionnellement plus nombreux à être des consommateurs actifs de drogue (19 % c. 8 % chez les femmes). Des données québécoises montrent cependant que la répartition des types de drogues consommées (cannabis c. autres drogues) est relativement la même peu importe le sexe³. On note également parmi les hommes une proportion près de deux fois plus élevée de buveurs excessifs (19 % c. 10 % chez les femmes)². À l'échelle de la province, les hommes semblent aussi légèrement plus susceptibles de participer à des JHA que les femmes⁵.
- Les **classes supérieures de revenu** sont associées à de plus fortes proportions de personnes ayant une consommation excessive d'alcool¹ ou participant à des JHA⁵. Pour le jeu préjudiciable (ayant des conséquences négatives sur l'individu, ses proches ou sa communauté), toutefois, le fait de disposer d'un **plus faible revenu** (40 000\$ ou moins avant impôt) ou d'une **faible scolarité** est bien documenté comme facteur de risque⁶.
- Les personnes vivant dans des **milieux socialement défavorisés** (plus fortes proportions de familles monoparentales, de personnes vivant seules, séparées, divorcées ou veuves) sont plus susceptibles d'avoir consommé de la drogue dans la dernière année par rapport aux personnes les plus favorisées socialement³.

¹ Infocentre de l'INSPQ, ESCC (Statistique Canada), 2011-2012.
² Enquête TOPO 2012.
³ Infocentre de l'INSPQ, EQSP (ISQ), 2008.
⁴ Collectif sur le jeu et ses impacts : Partager une perspective de santé publique. Données tirées de l'Enquête sur les habitudes de jeu des Québécois (ENHJEU), Université Concordia, 2009.
⁵ Infocentre de l'INSPQ, ESCC (Statistique Canada), 2007-2008.
⁶ Vente, service et consommation d'alcool dans les aires de jeu des casinos québécois. DSP de l'ASSS de Montréal, 2013.
⁷ Guyon L. et al. Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent : à l'heure de l'intégration des pratiques. INSPQ, Presses de l'Université Laval, 2009.

DÉTERMINANT

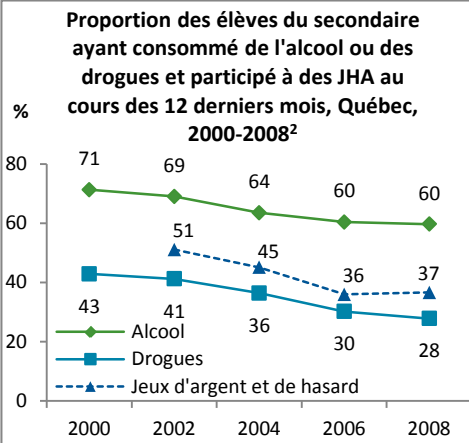
Consommation d'alcool, drogues ou jeu (jeunes)

L'adolescence est une période d'apprentissage et d'expérimentation. Le désir de prendre des risques, de connaître ses limites et de faire ses propres choix marque cette période, notamment en ce qui a trait à l'adoption de comportements potentiellement néfastes tels que la consommation de drogue et d'alcool ou la participation à des jeux de hasard et d'argent (JHA). L'impact important de ces comportements sur la santé physique, psychosociale et mentale en font un enjeu de santé publique de taille. Les jeunes joueurs ayant des problèmes de jeu consomment aussi fréquemment de l'alcool ou des drogues illicites¹.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (7) : [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Traumatismes non intentionnels](#); [Décrochage scolaire](#); [Surdoses de drogues](#); [Maladies chroniques du foie](#); [Santé buccodentaire](#)

État de la situation à Montréal

- Au Québec, depuis le début des années 2000, on observe une baisse de la proportion de consommateurs d'alcool et de drogues chez les élèves du secondaire et d'adeptes du boire excessif, ainsi qu'un report de l'âge d'initiation à la consommation d'alcool en milieu scolaire². Toutefois aucune donnée ne permet de documenter cette évolution pour Montréal.
- La présence d'un problème en émergence ou important de consommation d'alcool ou de drogues est observée chez près d'un élève du secondaire sur dix (8%) à Montréal, soit environ **8 200 jeunes**³.
Alcool :
 - En 2010-2011, près de la moitié (47 %) des élèves du secondaire à Montréal déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans la dernière année, une proportion significativement plus faible que dans le reste du Québec (63 %). Parmi ces consommateurs, 62 % ont pris au moins une fois 5 consommations ou plus d'alcool à la même occasion³.
 - Avant l'âge de 13 ans, un élève du secondaire sur cinq (19 %) a consommé de l'alcool pour la première fois³.*Drogues :*
 - En 2010-2011, environ un élève sur cinq (20 %) du secondaire à Montréal déclare avoir consommé de la drogue, une proportion significativement plus faible que dans le reste du Québec (27 %)³.
 - Avant l'âge de 14 ans, un élève du secondaire sur dix (9 %) a consommé de la drogue pour la première fois³.*Jeu :*
 - Au Québec, la participation des élèves du secondaire aux JHA se situait à 37 % en 2008. On estime que 6 % des élèves québécois éprouvent des problèmes de jeu².
 - On dispose actuellement de peu d'information sur l'évolution du phénomène des JHA chez les jeunes à Montréal. Toutefois, l'émergence de l'offre des JHA par Internet est une préoccupation importante des autorités de santé publique; des données québécoises montrent que la proportion de jeunes élèves s'adonnant à des jeux d'argent sur Internet serait en hausse et atteignait déjà 5 % en 2008⁴.

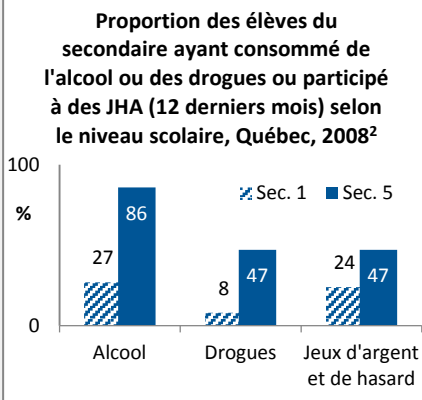


Facteurs en amont

- L'accessibilité joue un rôle majeur dans l'usage des produits à risque de dépendance et ainsi sur les problèmes qui en découlent. Par exemple, les jeux d'argent sur Internet facilitent la participation des jeunes, qui peuvent jouer illégalement et impunément⁴.
- Les caractéristiques des produits consommés par les individus comme leur attrait, leur potentiel addictogène, leur toxicité ou encore une structure qui peut favoriser l'excès dans le cas d'un jeu d'argent (hauteur des mises, rapidité des tours de jeu, etc.) constitue un autre facteur de risque¹.
- La dépendance au jeu, à l'alcool et aux drogues semblent présenter des facteurs de risque individuels communs, notamment l'impulsivité, l'hyperactivité, les problèmes de déficit d'attention, la fréquentation de pairs déviants et les difficultés affectives¹.

Analyse des disparités

- Les données québécoises montrent que les comportements de consommation liés à l'alcool, aux drogues et la participation aux JHA augmentent considérablement avec l'âge².
- La consommation d'alcool et de drogues est plus importante chez les jeunes vivant dans une **situation familiale autre que biparentale** (famille monoparentale, recomposée, etc.) ou dont les **parents ont une scolarité inférieure aux études collégiales**. La consommation d'alcool est également plus élevée lorsque les **deux parents travaillent**².
- Une structure familiale autre que biparentale semble également associée à une plus forte proportion de jeunes ayant participé à des JHA au cours de la dernière année².



¹ Papineau, E. et al. La prévention des problèmes liés au jeu : évolution, pratiques et acquis des autres dépendances. Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent. A l'heure de l'intégration des pratiques, Presses de l'Université Laval, 2009.
² Dubé, G. et al. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*, Québec, ISQ, 2009, 222p.
³ Principaux résultats sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire à Montréal – Données tirées de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. ASSS de Montréal, 2014.
⁴ Enjeux de santé publique reliés à l'étatisation des jeux d'argent sur Internet. INSPQ, 2010.

DÉTERMINANT

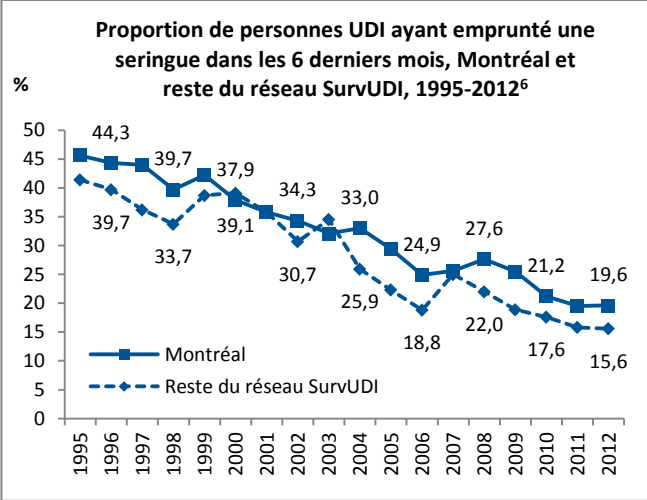
Comportements de consommation de drogues chez les personnes UDI

Les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI) figurent parmi les personnes les plus vulnérables aux ITSS, particulièrement au VIH et au virus de l’hépatite C. Le partage de matériel d’injection non stérile est la principale voie de transmission de ces infections parmi la population UDI. Il s’agit également d’une population qui cumule d’autres comportements à risque tels que relations sexuelles anales ou vaginales non protégées, incluant celles effectuées en échange d’argent. Toutefois, cette fiche sera axée sur les comportements de consommation de drogue.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (4) : [ITSS : VIH-VHC-Syphilis-LGV](#); [Surdoses de drogues](#); [Maladies chroniques du foie](#); [Tuberculose](#)

État de la situation à Montréal

- En 2009-2010, le nombre de Montréalais s’étant récemment injecté des drogues a été estimé à **3 900**. Une diminution des deux-tiers serait survenue depuis l’estimation précédente de près de 12 000 en 1996¹.
- Entre 2003 et 2011, 62 % des personnes UDI s’étaient injectées le plus souvent de la cocaïne ou du crack, 19 % le plus souvent de l’héroïne et 17 % des médicaments opioïdes non prescrits². Nombreux sont ceux qui s’injectent plus d’un type de drogue³.
- Un peu plus du tiers (37 %) des personnes UDI s’injectent de la drogue tous les jours².
- La proportion de personnes UDI ayant utilisé une seringue empruntée (déjà utilisée par quelqu’un d’autre) est en déclin depuis les 46 % observés en 1995. C’était toutefois encore 20 % des personnes UDI qui l’avaient fait en 2012⁴. À titre comparatif, cette proportion était de 9 % en 2003 dans la ville de Vancouver⁵.
- La proportion de personnes UDI utilisant des seringues empruntées est plus élevée à Montréal que dans le reste du réseau SurvUDI, un réseau de surveillance épidémiologique chez les personnes UDI au Québec et à Ottawa⁶.



Facteurs en amont

- Le type de drogue injectée influence les comportements des utilisateurs. Ces dernières années, une importante hausse de l’injection de médicaments opioïdes est observée. Ces médicaments, non prévus pour l’injection, demandent plus de manipulations pour leur préparation, et les doses injectées étant souvent petites demandent des injections plus fréquentes (nombre médian d’injections mensuelles – héroïne : 60, médicaments opioïdes : 120, cocaïne : 35). Ceci augmente le risque d’utiliser du matériel non stérile².
- La disponibilité de matériel stérile a également une incidence sur les comportements d’injection. Les deux tiers (66 %) des personnes UDI ont réutilisé leur propre seringue au cours du mois précédent, suggérant que le matériel dont elles disposent ne suffit pas à leurs besoins². D’ailleurs, la non-disponibilité de seringue stérile lors de l’injection est la raison évoquée le plus souvent pour utiliser une seringue non stérile⁷. En 2009-2010, 973 000 seringues ont été distribuées à Montréal³. Les résultats préliminaires d’une analyse du nombre d’injections effectuées à Montréal suggèrent qu’il y en aurait environ 3 millions par année, soit beaucoup plus que le nombre de seringues distribuées annuellement.
- L’absence d’un toit ou de l’accès à un lieu d’injection sécuritaire expose les personnes UDI à plus de risques pour leur santé : problèmes liés à l’injection elle-même (abcès, injection dans une artère), partage de matériel d’injection, surdoses³.

Analyse des disparités

- Globalement, les personnes UDI de **30 ans et moins**, qui n’ont **pas complété leur secondaire** ou qui **s’injectent en présence d’autres personnes**, sont plus susceptibles de ne pas utiliser fréquemment de matériel stérile (seringues, contenants ou filtres)⁷.
- Les personnes UDI sans domicile fixe sont également plus susceptibles d’utiliser du matériel non stérile³.

¹ Leclerc, P. et al. Estimating the size of the population of persons who inject drugs in the island of Montréal, Canada, using a six-source capture–recapture model. Drug and Alcohol Dependence, 2014; 142 : 174-180.

² Le volet montréalais du réseau SurvUDI – Volume 3 – données au 31 mars 2011. DSP de l’ASSS de Montréal, 2013.

³ Vers un service d’injection supervisée : Rapport de l’étude de faisabilité sur l’implantation d’une offre régionale de services d’injection supervisée à Montréal. DSP de l’ASSS de Montréal, 2011.

⁴ Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection – épidémiologie du VIH de 1995 à 2010, épidémiologie du VHC de 2003 à 2010, INSPQ, 2012.

⁵ Kerr T. et al. Syringe sharing and HIV incidence among injection drug users and increased access to sterile syringes. American Journal of Public Health, 100(8), 2010, p.1449-1453.

⁶ Statistiques du réseau SurvUDI, 1995-2012, extraction du 12 août 2014.

⁷ Situation épidémiologique des ITSS pour la région de Montréal – 2006. DSP de l’ASSS de Montréal, 2007.

DÉTERMINANT

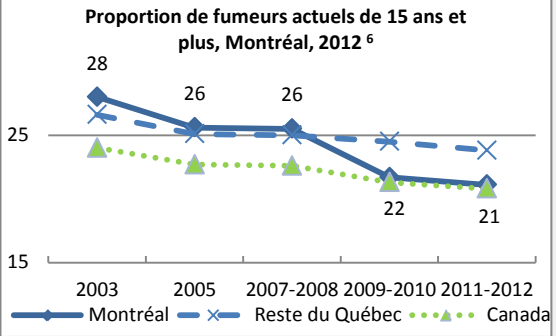
Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l’environnement

Les conséquences du tabagisme actif et passif sur la santé sont très importantes. Le tabagisme représente la principale cause modifiable de morbidité et de décès prématurés (entre 2007 et 2011, 11 861 décès étaient associés au tabagisme, soit 16,1 % de l’ensemble des décès au cours de cette période)¹. Il est le facteur de risque ayant le 2^{ème} plus grand impact sur les DALYs au Canada (~11% des DALYs)². En plus d’être responsable de la majorité des cas de cancer du poumon, le tabagisme augmente le risque de développer une maladie respiratoire, une maladie cardiovasculaire, un diabète, ainsi que d’autres types de cancer³. Chaque année, des milliers de non-fumeurs meurent de maladies cardiaques et du cancer du poumon, et des centaines de milliers d’enfants souffrent d’infections respiratoires suite à l’exposition à la fumée dans l’environnement.⁴ Le tabagisme se définit par l’usage actuel (régulier ou occasionnel) de la cigarette. On parle d’exposition à la fumée de tabac dans l’environnement (FTE) pour les individus qui y sont exposés alors qu’ils ne fument pas eux-mêmes.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (16) : [Cancer du Poumon](#) (part attribuable (PA) : >85 %¹); [Maladie pulmonaire obstructive chronique \(MPOC\)](#) (PA : 85 %¹); [Maladies cardiovasculaires](#) (PA : 25 à 30 %¹); [Santé des nouveau-nés](#); [Rhinite allergique et asthme](#) (PA pour asthme infantile à vie : 13 % pour tabagisme *in utero*⁵); [Santé buccodentaire](#); [Diabète](#); [Hypertension](#); [Cancer du sein](#); [Cancer colorectal](#); [Cancer du col de l'utérus](#); [Ostéoporose](#); [Surplus de poids \(adultes\)](#); [Surplus de poids \(tout-petits et jeunes\)](#); [Dyslipidémie](#); [Maladies neurodégénératives](#)

État de la situation à Montréal

- À Montréal, en 2012, 1 personne sur 5 âgée de 15 ans et plus fume la cigarette (18,9 %), soit **310 700** personnes qui fument régulièrement ou occasionnellement⁶.
- La proportion de Montréalais qui fument baisse régulièrement depuis les 10 dernières années, passant de 28 % en 2003 à 21 % en 2011-2012⁷.
- En 2011-2012, Montréal affiche un des taux de tabagisme les plus élevés (21 %) parmi les grandes villes canadiennes, soit le 3^{ème} le plus élevé après Halifax et Edmonton⁷.
- Moins d’un fumeur sur 10 (8,8 %) a cessé de fumer au cours des 12 derniers mois. Toutefois, plus d’1 fumeur sur 2 a déjà fait une tentative au cours des 12 derniers mois, et près d’1 sur 4 serait prêt à arrêter de fumer (avec intention d’arrêter de fumer dans les 30 prochains jours)⁶.
- D’après l’ESCC, l’exposition à la FTE diminue globalement depuis 2003. Elle est globalement 2 à 3 fois plus élevée dans les lieux publics (17 % en 2011-2012) que dans l’automobile (7,5 %) ou le domicile (5,3 %), bien qu’une baisse significative mais temporaire ait été rapportée lors des enquêtes 2007-2008 et 2009-2010 (autour de 11 % ces années-là)⁷.



Facteurs en amont

- Le prix, l’accessibilité des produits, les restrictions des pratiques de marketing de l’industrie et les campagnes sociétales sont des facteurs qui contribuent à augmenter la motivation d’un fumeur à cesser de fumer ou à prévenir l’initiation chez les jeunes. Le Québec reste cependant la province canadienne où les taxes sur le tabac sont les moins élevées.
- Moins de 2 % des Montréalais font appel à des services d’aide à la cessation, la Ligne *j’Arrête* ou le Défi *J’arrête. J’y gagne!*. En 2009-2010, seulement 9 % ont été exposé à un counseling médical tabagique, et en 2011, environ 5 % ont reçu un ordonnance collective pour une thérapie de remplacement nicotinique.

Analyse des disparités

- Les groupes suivants sont plus susceptibles d’avoir une proportion plus élevée de fumeurs actuels⁶:
 - o personnes qui ont des habitudes de **consommation excessive d’alcool** (par rapport à celles qui en n’ont pas, rapport de cote (RC)=3,1)⁸
 - o celles pour qui un **trouble de l’humeur ou d’anxiété** a été diagnostiqué (par rapport à celles n’ayant pas eu ce diagnostic (RC=1,5)
 - o celles qui n’ont **pas fait d’études universitaires** (par rapport aux universitaires, RC=1,3)
 - o celles **nées au Canada** (par rapport à celles nées hors Canada, RC=1,3)
 - o celles qui n’ont **pas de médecin de famille** (par rapport à celles qui en ont un, RC=1,3)
 - o celles qui **parlent principalement le français au domicile** (par rapport à celles parlant l’anglais, RC=1,2)
 - o **hommes** (par rapport aux femmes, =1,2)
- Les populations **vivant dans les secteurs défavorisés** présentent une prévalence du tabagisme 2 fois plus élevée, une proportion plus élevée de fumeurs quotidiens et de non-fumeurs exposés à la FTE, un plus faible taux de cessation que celles vivant dans les secteurs favorisés.
- Les groupes suivants de fumeurs sont également moins susceptibles de cesser de fumer : ceux ayant un diagnostic de trouble de l’humeur ou anxieux (RC=1,5) et ceux sans médecin de famille (RC=1,6).
- Les 12-19 ans sont toujours plus exposés aux 3 types de FTE (lieux publics, automobile ou domicile), alors qu’ils sont moins à même de pouvoir s’y soustraire⁷.

Indicateurs (%) selon l’indice de défavorisation ⁶		
Indicateur	Défavorisé	Favorisé
Prévalence du tabagisme	25,0	12,0
Proportion de fumeurs quotidiens	72,3	58,0
Taux de cessation	5,4	13,1
Proportion de non-fumeurs exposés à la FTE	10,8	6,2

¹ http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/tabagisme/problematique.html?L=iigdachfxbvkh consulté le 30 juillet 2014

² Global Burden of Diseases Profile : Canada, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010.

³ U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress : A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA : CDC, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. <http://www.surgeongeneral.gov>

⁴ U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease : The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease : A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA : CDC, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

⁵ Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, DSP Montréal, 2011.

⁶ DSP, ASSM, Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants 2012.Réalisation Secteur SESAM.

⁷ ESCC 2003 à 2011-2012.

⁸ Le rapport de cote (RC) permet de comparer la probabilité qu’un événement se produise dans un groupe par rapport à un autre groupe. Plus le RC est éloigné de la valeur 1, plus l’écart est grand entre les deux groupes.

DÉTERMINANT

Tabagisme chez les jeunes

La prévention est l’un des axes les plus importants de la lutte au tabagisme. Si la cessation contribue à la baisse du tabagisme, prévenir l’initiation chez les jeunes représente un objectif majeur pour diminuer les impacts du tabagisme sur la santé de la population. On sait que la dépendance à la nicotine se développe rapidement parmi les jeunes consommateurs de tabac et il est donc important d’agir avant l’initiation¹.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (6) : [Cancer du Poumon](#); [Maladie pulmonaire obstructive chronique \(MPOC\)](#); [Maladies Cardiovasculaires](#); [Rhinite allergique et asthme](#); [Santé buccodentaire](#); [Hypertension](#)

État de la situation à Montréal

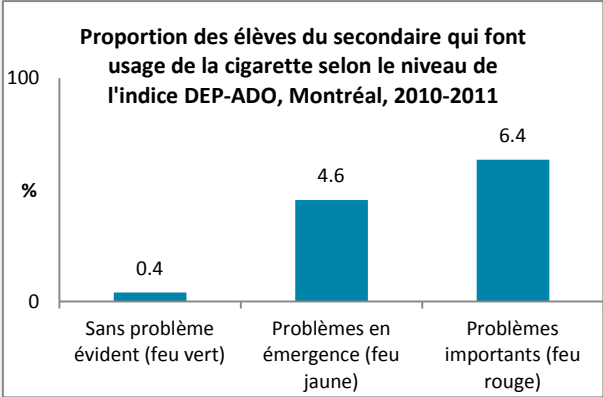
- L’initiation au tabac se produit généralement au courant de l’adolescence. Parmi les élèves du secondaire de la région de Montréal, près de 30 % affirment avoir expérimenté² la cigarette. Cette proportion augmente avec le niveau scolaire, passant de 9,7 % à 46 % entre le secondaire 1 et 5³.
- Les élèves du secondaire de Montréal sont proportionnellement moins nombreux à fumer quotidiennement ou occasionnellement la cigarette que leurs homologues du reste du Québec (8 % c. 11 %), et la proportion de fumeurs augmente avec le niveau scolaire (passant de 4 % à 13 %, entre le secondaire 1 et 5)³.
- D’après l’enquête TOPO, 19 % des 15-24 ans, soit **42 900** montréalais fument quotidiennement ou occasionnellement⁴.
- Le seul usage de la cigarette dresse un portrait incomplet du tabagisme chez les jeunes, il est nécessaire de prendre en compte aussi la consommation de petits cigares. Au Québec, d’après l’ETADJES, si on tient compte de la consommation combinée de la cigarette et des petits cigares, la proportion d’élèves du secondaire qui sont des fumeurs quotidiens, occasionnels ou débutants s’élève à 22 % (15 % avec la cigarette seulement)⁵.

Facteurs en amont

- L’accessibilité des produits du tabac pour les jeunes est réglementée et les moins de 18 ans ne peuvent s’en procurer directement dans les points de vente. Toutefois d’après l’ETADJES :
 - Environ la moitié des jeunes qui ont essayé d’acheter des cigarettes dans un commerce ne se sont jamais vu demander leur âge et n’ont pas essuyé de refus de vente⁶.
 - Les sources d’approvisionnement en produits du tabac chez les jeunes varient en fonction de la catégorie de fumeur du jeune : 60 % des fumeurs débutants se procurent leurs cigarettes auprès de leurs amis alors que 60 % des fumeurs quotidiens les achètent via un tiers ou par eux-mêmes⁵.
- La loi sur le tabac n’est également pas systématiquement appliquée puisque l’on voit encore des jeunes fumant sur les terrains de jeux des écoles⁷.

Analyse des disparités

- Les garçons ne se démarquent pas des filles, tant pour l’initiation à la cigarette que pour son usage^{1,2}.
- Les élèves dont les deux parents sont nés à l’extérieur du Canada sont moins susceptibles de faire usage de la cigarette que ceux dont **au moins un parent est né au pays**³.
- À l’inverse des adultes, il n’y a pas d’écart significatif entre les élèves des milieux défavorisés et ceux des milieux non défavorisés en termes d’initiation à la cigarette et de son usage³.
- Parmi les élèves qui présentent un niveau élevé de risque de **décrochage scolaire**, 16 % fument la cigarette, comparativement à 6 % parmi ceux dont ce niveau est nul, faible ou modéré. La proportion de fumeurs atteint 64 % parmi les élèves présentant des **problèmes importants ou en émergence de consommation d’alcool et de drogues** (DEP-ADO)³.
- Ils sont aussi plus susceptibles de s’initier à la cigarette et d’en faire usage s’ils ont un indice de **détresse psychologique élevé**, un **soutien familial faible** ou un **soutien élevé des amis**³.
- La prévalence du tabagisme est particulièrement élevée chez les jeunes ayant des **parcours scolaires particuliers**.
- Les deux tiers des jeunes de 14 à 17 ans hébergés en **centres jeunesse** fument tous les jours, et plus du tiers consomment plus de dix cigarettes par jour. Ils ont déjà presque tous consommés la cigarette ou un autre produit du tabac au cours de leur vie (80% ont consommé le cigarillo au cours de l’année précédant l’admission)⁴.



¹ O’Loughlin J. et al. (2014). Cohort Profile : The Nicotine Dependence in Teens (NDIT) Study. Int. J. Epidemiology, 1-10.
² L’expérimentation de la cigarette se traduit par le fait d’avoir fumé une cigarette au cours de la vie, même si ce ne sont que quelques bouffées.
³ L’usage de la cigarette chez les jeunes du secondaire de Montréal. (Données EQSIS) DSP ASS de Montréal. 2014 et Infocentre de santé publique. INSPQ.
⁴ DSP, ASSM, Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants 2012.Réalisation Secteur SESAM.
⁵ Dubé, G. et autres. Enquête québécoise sur le tabac, l’alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), 2009, Québec, ISQ.
⁶ Interdiction de vendre du tabac, de l’alcool et de la loterie aux mineurs. Analyse de la situation et des écrits scientifiques. INSPQ. 2013
⁷ Guide de mise en oeuvre d'une stratégie sur un terrain d'école sans tabac. Le Québec respire mieux. MSSS, 2006.

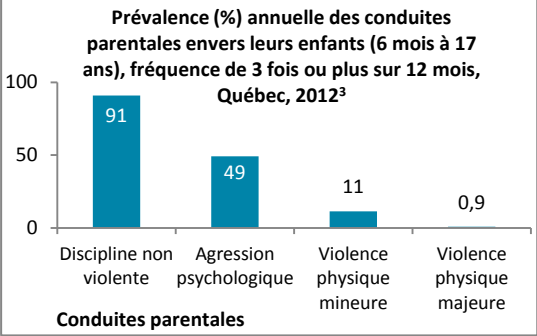
Violence : parentale / entre jeunes partenaires amoureux

La violence est un fardeau pour les sociétés car elle peut entraîner des problèmes physiques, psychologiques et sociaux qui peuvent durer des années après les premières manifestations¹. Chez les tout-petits et les jeunes au Québec, deux des trois types de violence définis par l’OMS peuvent se présenter : la violence auto-infligée (par exemple le suicide) et la violence interpersonnelle. Cette dernière comprend deux catégories : la violence familiale et la violence dans la communauté. Il est question ici de la violence familiale, plus précisément de la violence parentale et de celle entre jeunes partenaires amoureux.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (4) : [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Grossesses à l’adolescence](#); [Traumatismes intentionnels](#); [Développement global des tout-petits](#)

État de la situation à Montréal

- Entre 1998 et 2008 au Québec, le taux d'enfants victimes de maltraitance est demeuré stable sauf pour les taux d'enfants exposés à la violence conjugale et abusés physiquement qui présentaient une tendance à la hausse².
- En 2012, parmi les enfants québécois de 6 mois à 17 ans victimes de maltraitance, la conduite parentale la plus fréquente était les agressions psychologiques, et 49 % des enfants en ont été victimes 3 fois ou plus. Environ 4 % ont subi à la fois de la violence psychologique et physique (mineure ou sévère)³.
- Environ 28 % des enfants québécois âgés de 6 mois à 4 ans, 32% des enfants de 5 à 9 ans et 19% des enfants de 10 à 15 ans ont fait l’objet d’au moins une conduite à caractère négligent.³
- Par ailleurs, environ 6 % des enfants ont été témoins de conduites violentes entre ses parents³.
- Pour la période 2004-2006, il y a eu en moyenne annuellement 32 enfants montréalais sur 1000 âgés entre 0-17 ans signalé à la DPJ pour mauvais traitements⁴.
- En 2010-2011, parmi les élèves du secondaire à Montréal qui ont vécu une relation amoureuse dans la dernière année^{5, 6}:
 - Comme dans l’ensemble du Québec, 40 % ont vécu de la violence dans leur fréquentation (**18 000 jeunes**).
 - Environ 28 % des élèves ont expérimenté de la violence psychologique, 21 % de la violence physique et 12 % de la violence sexuelle⁶.
 - De plus, 15% des élèves ont été victimes de violence sans en avoir infligé, 16% ont été victime de violence et en ont fait subir à leur partenaire, 9% ont fait subir de la violence à leur partenaire sans en avoir été victime.



Facteurs en amont

- Pour la violence physique mineure, les facteurs les plus influents sont l’âge et le sexe de l’enfant, la violence subie dans l’enfance par les parents, les cognitions parentales, le stress généré par le tempérament de l’enfant, la conciliation travail-famille, le jeune âge des parents, l’absence de soutien social pour la famille et les normes culturelles. Pour la violence physique sévère, s’ajoutent à ces facteurs la consommation de drogues et d’alcool par les parents et la présence de difficultés conjugales.
- Pour la violence entre jeunes partenaires amoureux, les facteurs peuvent être d’ordres sociodémographiques, individuels, environnementaux ou contextuels, dont : l’exposition à la violence à l’école ou sur le chemin de l’école, l’exposition à la violence familiale, la consommation de substances psychoactives, les comportements sexuels à risque, l’abandon scolaire, avoir été victime d’agression sexuelle ou de mauvais traitements dans l’enfance, s’affilier à des amis déviants ou avoir été victime dans une relation amoureuse^{6,7}.
- L’ensemble de ces facteurs sous-jacents sont souvent interreliés.

Analyse des disparités

- Au Québec, la prévalence de violence physique mineure telle que les punitions corporelles diminuerait à **mesure que l’enfant vieillit** et elles seraient plus souvent dirigées à l’endroit **des garçons**³.
- Les enfants québécois vivant dans un ménage à **faible revenu** sont plus nombreux que ceux de ménages à revenu élevé à subir de la violence physique mineure (41 % c. 34 %) ou sévère (9 % c. 5 %) de la part d’un adulte du ménage.³
- L’étude des 9790 signalements reçus par les Centres jeunesse du Québec démontre que 74 % des enfants montréalais (0-5 ans) qui en font l’objet vivaient dans une **famille bénéficiant de l’aide sociale**⁸.
- Plus de **filles** que de garçons des écoles secondaires à Montréal déclarent avoir subi et infligé de la violence dans leurs relations amoureuses (21 % c. 11 %). Les filles mentionnent aussi avoir infligé de la violence sans en avoir subi dans une plus grande proportion (12 % c. 6 %).⁶
- Les jeunes qui ont déclaré avoir à la fois subi et infligé de la violence étaient près de 2 fois plus nombreux s’ils vivaient dans une famille défavorisée comparés à ceux de familles favorisées (20 % c. 11 %).⁶

¹ Krug, E.G., L. L. Dahlberg, J.A. Mercy, A. Zwi et R.Lozano-Ascencio (2002) Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, Genève, 376 pages.

² Hélie, S. et Clément, M.- È. (2013). L'épidémiologie de la maltraitance au Québec. Source : http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d%27oeil_sur_l%27%C3%A9pid%C3%A9miologie_de_la_maltraitance.aspx. Consultée le 22 juillet 2014.

³ Clément, M.E, et coll. La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012. Les attitudes parentales et les pratiques familiales, Québec, ISQ, 146 p. 2013

⁴ Fichier du Centre jeunesse de Montréal et du Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw, 2004-2005 à 2005-2006. Source : <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/axes-d'intervention/jeunes/victimisation-et-externalisation/>

⁵ Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011, données extraites de l’Infocentre de santé publique de l’INSPQ, février 2014.

⁶ Hébert, M., et autres (2014). Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence : constats et approches préventives. Source : http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_les_relations_amoureuses. Consultée le 23 juillet 2014.

⁷ Bernèche, F. (2014) La violence dans les relations amoureuses chez les jeunes : des liens avec certains comportements à risque ? Des résultats tirés de l’Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaires 2010-2011. Zoom Santé, numéro 44. Institut de la statistique du Québec.

⁸ Les tout-petits montréalais victimes de mauvais traitements. DSP de l’ASSS de Montréal, 2010. (Données ÉIQ, 1998).

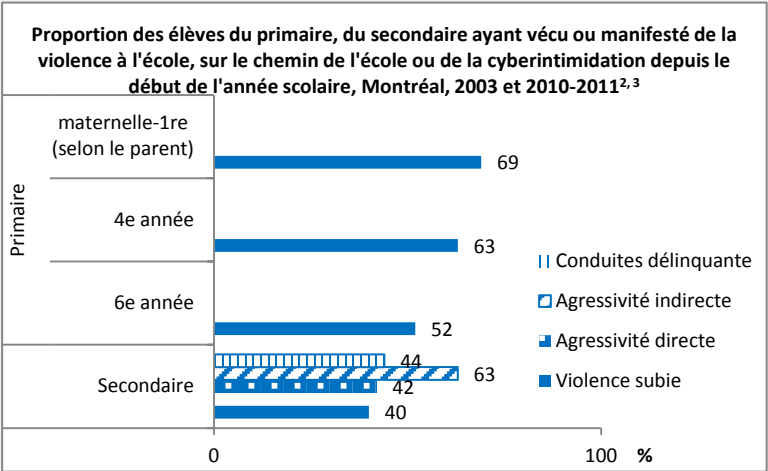
Violence interpersonnelle à l'école et dans la communauté (jeunes)

Chez les tout-petits et les jeunes au Québec, deux des trois types de violence définis par l'OMS peuvent se présenter : la violence auto-infligée (par exemple le suicide) et la violence interpersonnelle.¹ Cette dernière comprend deux catégories : la violence familiale et la violence vécue à l'école ou dans la communauté. Il est question ici de la violence à l'école ou dans la communauté. On y aborde tant la violence subie que la violence agie. Les données présentées permettent de connaître l'ampleur du problème, toutefois aucune information ne permet de statuer sur la gravité des actes afin de nuancer les propos.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (2) : [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Traumatismes intentionnels](#)

État de la situation à Montréal

- En 2003, 69 % des parents montréalais d'enfants de maternelle et de 1^{ère} année indiquent que leurs enfants ont vécu au moins une situation de violence à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année. En 4e et 6e année, plus de la moitié des élèves déclarent avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école².
- Parmi les élèves du secondaire en 2010-2011 à Montréal³:
 - environ 4 élèves sur 10 (**40 200 jeunes**) ont été victimes de violence à l'école, sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation; situation légèrement plus défavorable que celle observée dans le reste du Québec (36 %).
 - De plus, 42 % des élèves ont manifesté des comportements d'agressivité directe et 63 % d'agressivité indirecte.
 - Environ 44 % des élèves ont admis avoir enfreint la loi (conduite délinquante) sous au moins une forme au cours des 12 derniers mois.
- À Montréal en 2008, le taux de jeunes reconnus comme ayant contrevenu au Code criminel et aux lois était de 3,1 % pour les jeunes de 12 à 14 ans et de 6,8 % pour les jeunes de 15 à 17 ans. La situation est un peu plus favorable que celle de l'ensemble du Québec (respectivement 3,7 % et 8,3 %)⁴.
- Pour les troubles de comportements graves qui relèvent de la Loi de la protection de la jeunesse, le taux annuel moyen d'incidence des prises en charge de jeunes de 0-17 ans était de 1,2 pour 1000 à Montréal entre 2003 et 2007⁵.

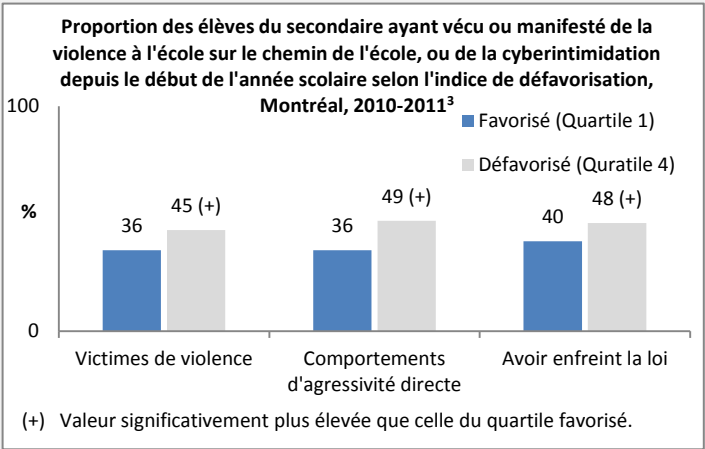


Facteurs en amont

- Aucun facteur de risque n'explique à lui seul les raisons pour lesquelles certaines personnes sont violentes envers d'autres, ou que certaines personnes sont victimes.
- Les divers types de violence ont plusieurs facteurs de risque en commun : les difficultés cognitives, affectives et relationnelles (faible niveau d'estime de soi et de compétences sociales), l'impulsivité, l'exposition à la violence étant plus jeune, la pauvreté, le faible niveau de scolarité des parents, l'isolement social, l'alcoolisme, la toxicomanie, l'influence négative des amis, la sécurité du quartier ainsi que les normes culturelles.

Analyse des disparités

- Les **garçons** du secondaire à Montréal sont proportionnellement plus souvent victimes de violence interpersonnelle que les filles (48 % c. 33 %) tout en manifestant plus souvent des comportements d'agressivité directe (respectivement 49 % c. 35 %). Toutefois, les filles manifestent plus souvent des comportements d'agressivité indirecte (57 % garçons c. 70 % filles).³
- Les jeunes du secondaire à Montréal qui vivent dans un **milieu matériellement défavorisé** sont en proportion plus nombreux que les autres à être victimes de violence, à manifester des comportements d'agressivité directe ou à avoir enfreint la loi.³



¹ Krug, E.G., L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A. Zwi et R. Lozano-Ascencio (2002) Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, Genève, 376 pages.
² Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, données traitées à la DSP de l'ASSS de Montréal. Données tirées de : Ayotte, V., S. Lavoie et H. Riberdy (2005) *Objectif jeunes : comprendre soutenir*. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise. Direction de santé publique, ADRLSSS de Montréal.
³ Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 (EQSJS), Infocentre de santé publique, INSPQ.
⁴ Programme de déclaration uniforme de la criminalité DUC2, ministère de la Sécurité publique et Service du développement de l'information, Infocentre de santé publique, INSPQ.
⁵ Banque de données commune CJ-LPJ et rapport statistique annuel des CJ, MSSS et Service du développement de l'information, Infocentre de santé publique, INSPQ.

Compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes

Tout au long de leur développement, les enfants acquièrent des compétences qui leur permettent de faire face aux défis quotidiens. Une bonne estime de soi et l’acquisition de compétences personnelles et sociales (ex. efficacité personnelle globale (confiance en soi et persévérance dans la tâche), autocontrôle, empathie, résolution de problèmes) ressortent comme des atouts individuels fondamentaux pour s’épanouir dans la plupart des sphères de leur vie et atteindre un développement optimal¹. En effet, ils sont des facteurs protecteurs pour un ensemble de problèmes de santé physique et mentale, tandis que leur insuffisance est associée notamment à des difficultés scolaires et à des conduites délinquantes.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (5) : [Développement global des tout-petits](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Traumatismes intentionnels](#); [Grossesses à l’adolescence](#); [Décrochage scolaire](#)

État de la situation à Montréal

- Il n’existe pas de mesure de prévalence pour les indicateurs liés à l’estime de soi et aux compétences mais une mesure qui établit la présence ou non de certaines caractéristiques, définie sur la base de quintiles. La proportion obtenue est estimée à partir d’un seuil statistique, car il n’existe pas de seuil universel reconnu. Ces indicateurs ne peuvent être utilisés que dans un but de comparaison (à d’autres régions ou à la province). En 2010-2011² :
 - les jeunes ayant une faible estime de soi sont ceux qui se situent parmi les 20 % des élèves québécois qui présentent le score global le plus faible et Montréal (18 %) ne présente aucun écart significatif avec le reste du Québec (19 %);
 - les jeunes ayant un niveau élevé d’autocontrôle sont ceux qui se situent parmi les 15 % des élèves québécois qui présentent le score global le plus élevé et Montréal (16 %) ne présente aucun écart significatif avec le reste du Québec (15 %).

Facteurs en amont

- L’estime de soi et les compétences sociales sont influencées par l’interaction complexe entre les caractéristiques de l’enfant (vulnérabilité biologiques, difficultés cognitives) et celles de l’environnement économique, culturel, physique et social dans lequel il vit. Notamment, la qualité des interactions entre l’enfant et son environnement immédiat (famille, amis, école, loisirs, etc.) constitue une force influente et déterminante dans la progression de son développement³.
- Le développement optimal d’un jeune ne repose pas uniquement sur un facteur de protection comme l’estime de soi, aussi crucial soit-il, et l’importance qui lui est accordée ne doit pas nous porter à négliger une vision plus globale du jeune avec ses forces, ses faiblesses, sa réalité socioéconomique et familiale, les événements stressants qui jalonnent son parcours de vie (ex. décès d’un parent), les forces de son milieu familial (sécurisant, chaleureux, soutenant, apte à offrir un encadrement et une supervision adéquate), la présence d’adultes projetant des modèles positifs et des comportements responsables, etc³.

Analyse des disparités

- À Montréal, en 2003, en 4^e et 6^e année, proportionnellement autant de filles que de garçons présentent une faible estime d’eux-mêmes (~24 %). Au secondaire, une proportion plus importante de **filles** que de garçons présentent une vision d’elles-mêmes négative (respectivement 23 % c. 14 % en sec. I et 27 % c. 14 % en sec. V)⁴.
- Au Québec, en 2010-2011⁵ :
 - les garçons du secondaire qui présentent un niveau élevé de persévérance dans une tâche sont proportionnellement plus nombreux que les **filles** (36 % c. 29 %);
 - les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les **garçons** à présenter des niveaux élevés dans les domaines de l’empathie, de la résolution de problème et de l’autocontrôle (respectivement 65 % c. 32 %, 41 % c. 22 % et 17 % c. 14 %);
 - les élèves vivant avec au moins un parent dont la **scolarité est inférieure au DES** sont proportionnellement moins nombreux à avoir un niveau élevé d’efficacité personnelle globale (confiance de soi et persévérance dans la tâche) ou d’estime de soi;
 - les élèves vivant dans un **milieu défavorisé matériellement et socialement** sont moins nombreux à avoir un niveau élevé d’efficacité personnelle globale (19 % c. 22 %) ou d’estime de soi (27 % c. 31 %).

Proportion des élèves du secondaire ayant un niveau élevé d'estime de soi, un niveau élevé d'efficacité personnelle selon le plus haut niveau de scolarité des parents, Québec, 2010-2011⁵

Niveau de compétence	Inférieur au DES	Études collégiales ou universitaire
Estime de soi élevée	13 (-)	22
Efficacité personnelle élevée	22 (-)	31

(-) Valeur significativement plus faible que celle des parents plus scolarisés.

¹ Dietsch, B., W. McCarthy, B. Bernard, C. Burgoa Et S. Bates (2007-2008) Resilience & Youth Development, Required Questions Core Module A, California School district secondary school survey results, Fall-2007/Spring 2008, WestEd.

² Dorval, D., H. Riberdy et M. Messier (2014) Principaux résultats sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire à Montréal. Données tirées de l’Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 38 pages.

³ Ayotte, V., C. Gagné, D. Malai et C. Poulin, (2008) Une communauté mobilisée pour ses jeunes. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 225 p

⁴ Ayotte, V., S. Lavoie et H. Riberdy (2005). Objectif jeunes : comprendre soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise, Direction de prévention et de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

⁵ Camirand, H., M. Deschesnes et L.A. Pica (2013) « Estime de soi, compétences sociales et problèmes de santé mentale », dans *L’Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 2010-2011, Le visage des jeunes d’aujourd’hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*. Tome 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 53-79.

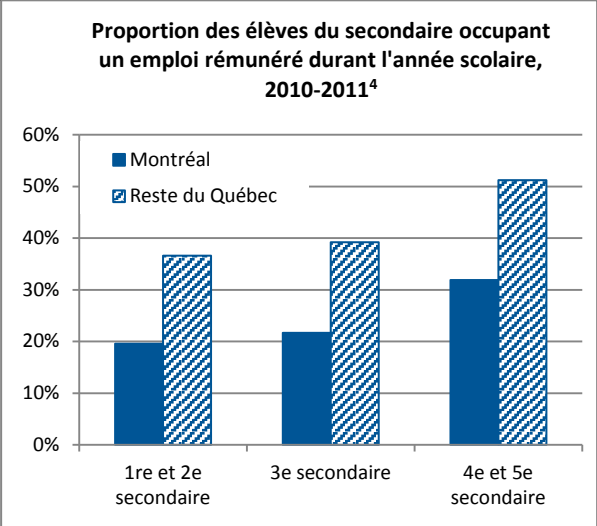
Conciliation travail-études

Au Québec, de plus en plus d'élèves du secondaire occupent un emploi rémunéré durant l'année scolaire. La plupart des études démontrent qu'un emploi « léger » (entre 1 et 5 heures/semaine) peut être bénéfique pour la majorité des jeunes (facilite la transition vers la vie adulte, aide à développer l'autonomie et le sens de la responsabilité, etc.)^{1,2}. Lorsque le nombre d'heures passées au travail dépasse un certain seuil, plusieurs effets néfastes peuvent se présenter. Or, comme il n'y a pas de seuil critique reconnu, différentes études proposent de le fixer entre 15 heures et plus/semaine ou 20 heures et plus/semaine (ce qui représente plus de 2 jours de 7 heures de travail par semaine)^{1,3}. À partir de ce seuil, ces études font ressortir que de longues heures de travail peuvent avoir un impact sur le développement et sur la santé des jeunes, et qu'elles sont associées à la détresse psychologique, au manque de sommeil, à la diminution des aspirations scolaires, à de faibles performances scolaires ainsi qu'à l'abandon scolaire^{1,3}. Les jeunes qui travaillent mais qui ont quitté l'école avant la fin de leur secondaire ne sont pas inclus dans cette fiche.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (2) : [Décrochage scolaire](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#)

État de la situation à Montréal

- En 2010-2011, 25 % des élèves du secondaire de Montréal occupent un emploi rémunéré durant l'année scolaire alors que dans le reste du Québec la proportion est près du double (43 %). Cette proportion augmente vers la fin de la scolarité (environ 20 % entre le secondaire 1 et 3 c. 32 % en secondaires 4 et 5)⁴.
- Parmi les types d'emploi rémunérés précisés, les élèves qui travaillent déclarent surtout faire du gardiennage d'enfant (29 %), les filles proportionnellement plus souvent que les garçons (45 % c. 11 %). Le type de travail varie toutefois selon le niveau scolaire, plusieurs laissant le gardiennage pour se tourner vers la restauration ou le travail en épicerie à la fin du secondaire⁴.
- La plupart des jeunes qui ont un emploi rémunéré pendant l'année scolaire travaillent en deçà du seuil recommandé de 15 heures/semaine. Douze pourcent de ces jeunes (**3 400**) dépassent toutefois ce seuil, proportion significativement moins importante que dans le reste du Québec (15 %)⁴.
- Au Québec, en 2010-2011, 19 % des élèves du secondaire, qui occupent un emploi rémunéré et qui estiment leurs résultats scolaires sous la moyenne, travaillent plus de 15 heures/semaine comparé à 11 % lorsqu'ils s'estiment au-dessus de la moyenne. De plus, environ 32 % des élèves qui travaillent plus de 15 heures/semaine présentent un risque de décrochage scolaire⁴.

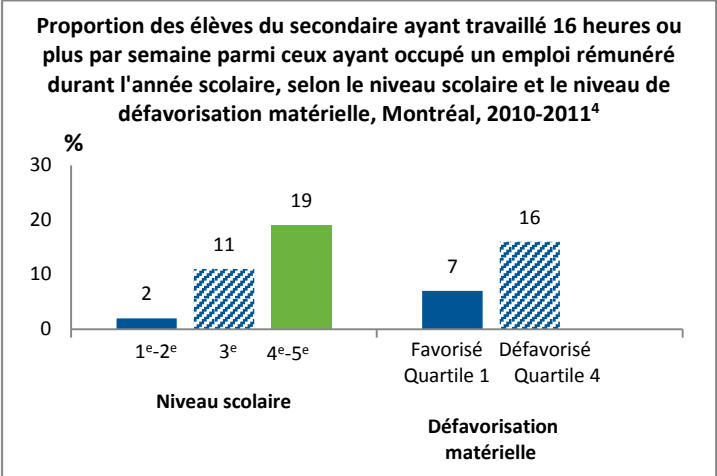


Facteurs en amont

- Une étude menée auprès des jeunes du secondaire démontre que les principaux motifs incitant les jeunes à travailler est la possibilité d'acheter des articles dont ils ont envie, par exemple des vêtements ou une voiture (88 %), des articles dont ils ont besoin (79 %) ou encore afin d'acquérir de l'expérience de travail (74 %)¹.
- Environ 1 élève sur 5 affirme travailler par nécessité, pour aider sa famille financièrement², ce qui est préoccupant considérant que l'éducation de niveau secondaire est gratuite au Québec dans les écoles publiques.

Analyse des disparités

- En 2010-2011, au secondaire, il y a proportionnellement **autant de garçons que de filles** qui travaillent durant leur année scolaire au-delà du seuil recommandé de 15 heures/semaine (13 % c. 10 %) à Montréal⁴.
- C'est vers la **fin du secondaire** (sec. 4 et 5) que les élèves travaillent le plus au-delà du seuil recommandé⁴.
- À Montréal, les élèves du secondaire qui sont dans une **situation de défavorisation matérielle** sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui sont dans une situation favorisée à travailler plus de 15 heures / semaine.⁴



¹ Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais 1991-1996-2002, DSP de l'Outaouais, 2003.
² Le travail rémunéré chez les étudiants québécois : portrait de trente années d'évolution. ISQ, 2010.
³ Turcotte, M.A. et al. Les Collégiens et le travail rémunéré pendant les études : portrait d'un phénomène social en expansion. Pédagogie collégiale, Vol. 22 No. 2, Hiver 2009, p. 40-44.
⁴ Infocentre de santé publique de l'INSPQ, EQSJS 2010-2011 (ISQ).

DÉTERMINANT

Milieu familial

La famille représente le premier contexte de développement de l'enfant. Les relations que ce dernier établit avec les membres de sa famille lui donnent les premières occasions de créer des liens affectifs et contribuent à son développement. Une interaction parent-enfant de qualité et stable dans le temps peut réduire les risques de problèmes de développement. De plus, elle peut constituer un important facteur de protection pour des enfants vivant dans des conditions de vie difficiles¹. Les pratiques que les parents adoptent pour répondre aux divers besoins de leur enfant de la naissance à l'âge adulte (stimulation, encadrement, affection, encouragement, supervision, etc.) se reflèteront dans la qualité de la relation parent-enfant.

Très peu de données montréalaises ou québécoises sont disponibles pour documenter le milieu familial, abordé ici sous l'angle des relations parent-enfant et des pratiques parentales. Les seules identifiées concernent le sentiment de compétence parentale, le soutien et la supervision procurés à l'enfant ou au jeune et la participation du jeune à la vie familiale.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (6) : [Santé des nouveau-nés](#); [Développement global des tout-petits](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Traumatismes intentionnels](#); [Grossesses à l'adolescence](#); [Décrochage scolaire](#)

État de la situation à Montréal	• Selon une enquête longitudinale (1998 à2002), les mères québécoises de jeunes enfants se perçoivent plutôt efficaces comme parent et croient que leur comportement aura un impact significatif sur le développement de leur enfant, et ce à trois temps de mesure (5 mois, 17 mois et 29 mois). Les pères se perçoivent un peu moins efficaces que les mères, mais la différence s’estompe avec l’âge de l’enfant². • En 2010-2011, 74 % des jeunes du secondaire scolarisés à Montréal (73 500 jeunes) rapportent un soutien social élevé dans leur environnement familial, c’est-à-dire qu’ils perçoivent la qualité des relations avec leurs parents comme bonne; proportion similaire à celle observée ailleurs au Québec (75 %). Il n’y a pas non plus de différence entre Montréal et le reste du Québec quant à la proportion de jeunes qui disent bénéficier d'un niveau élevé de supervision de la part de leurs parents (35 %)³. • Une enquête réalisée en 2003 auprès des jeunes montréalais de la 4^e année du primaire à la 5^e année du secondaire indique aussi que ces derniers considèrent leurs parents comme une source de soutien importante⁴ : ○ près de 9 jeunes sur 10 en 4^e année du primaire sont d’avis que leur mère pourrait « beaucoup » les écouter et les encourager en cas de besoin et près de 7 sur 10 sont du même avis pour leur père; ○ cette proportion diminue un peu avec l’âge, au profit notamment des amis, mais les parents demeurent une source importante de soutien pour la majorité des jeunes en secondaire 5.
Facteurs en amont	• Les facteurs sociaux et contextuels qui influencent les conduites parentales incluent les caractéristiques des enfants, l'histoire des parents durant leur enfance, leurs caractéristiques individuelles, les difficultés personnelles ou conjugales, l'isolement social et le contexte social élargi⁵. • Les connaissances des parents au sujet du développement de l'enfant jouent aussi un rôle déterminant, leur permettant d'anticiper les changements développementaux et de s'y adapter. Des études indiquent que les mères qui ont de meilleures connaissances sur le développement du nourrisson montrent plus de compétences dans leur rôle parental. • Les programmes de soutien aux parents et les organismes communautaires ayant pour objectif de soutenir et de développer les habiletés parentales peuvent contribuer à modifier les attitudes des parents, à enrichir leurs connaissances et leurs comportements et ainsi avoir un impact favorable sur les enfants.
Analyse des disparités	• Parmi les élèves des écoles secondaires de Montréal⁶ : ○ les filles (40 %) sont plus nombreuses que les garçons (30 %) à déclarer un niveau de supervision parentale élevé; ○ ceux de 1^{re} secondaire sont en proportion plus nombreux à rapporter un niveau élevé de soutien social familial, de supervision parentale et de participation significative dans leur environnement familial que ceux en 5^e secondaire; ○ ceux de milieux défavorisés au plan matériel et social sont proportionnellement moins nombreux à rapporter un niveau élevé de soutien parental et une participation significative dans leur famille, comparativement à ceux de milieux favorisés.

¹ Les SIPPE – Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales. MSSS, 2009.

² ELDEQ 1998-2002 – Évolution des perceptions et des conduites parentales. Collection la santé et le bien-être, vol. 2, no 9. ISQ, 2002.

³ Principaux résultats sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire à Montréal. Données tirées de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. DSP de l'ASS de Montréal, 2014.

⁴ Données tirées de l'Enquête sur le bien-être des jeunes montréalais (EBJM). DSP de l'ASS de Montréal, 2003.

⁵ Parents – Habiletés Synthèse. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, CEDJE / RSC-DJE, 2007-2008.

⁶ Données de l'Enquête québécoise sur le bien-être des jeunes du secondaire, 2010-2011, ISQ.

DÉTERMINANT

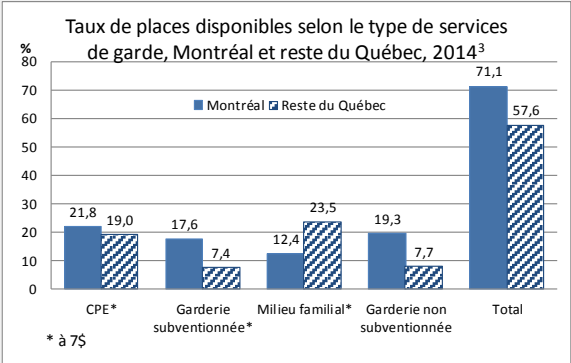
Milieu de garde

L'accès à un service de garde de qualité s'inscrit dans les objectifs poursuivis par le PNSP du MSSS et vise entre autres à favoriser le développement optimal des tout-petits dans une perspective d'équité sociale. Il a été démontré que l'utilisation d'un service de garde éducatif de qualité a des effets positifs sur les habiletés langagières, physiques, affectives, intellectuelles et sociales des enfants qui favoriseront leur réussite scolaire, et ce particulièrement pour les enfants des milieux défavorisés. Les services éducatifs sont offerts par les centres de la petite enfance (CPE), les services de garde en milieu familial et les garderies privées. Certains services de garde régis par la Loi reçoivent des subventions du gouvernement afin d'offrir des places à contribution réduite (7\$ par jour et par enfant)¹. Selon le rapport du directeur de Santé Publique de 2011, le développement de nouvelles places en service de garde subventionné et de qualité, en particulier les CPE reconnus pour leur qualité, est un atout important dans le développement de l'enfant et la réduction des inégalités sociales et de santé².

Fiche ÉTAT DE SANTÉ associée (1) : Développement global des tout-petits

État de la situation à Montréal

- En 2014, à Montréal, le taux de places en services de garde pour les enfants de moins de 5 ans est de 71 %, ce qui correspond à 76 690 places, dont **55 853** places à contribution réduite. Ce taux a plus que triplé au cours des deux dernières décennies (20 % en 1994)³.
- Plus spécifiquement pour les CPE, non seulement le taux de places n'a pas doublé pour la même période, mais la proportion de places a diminué au profit des autres types de services de garde, passant de 60 % en 1994 à 31 % en 2014³.
- Le taux de places en garderies non subventionnées augmente très légèrement de 1998 à 2008, mais fait un bond important par la suite et devient 7 fois plus élevé en 2014 qu'il ne l'était en 2008³.
 - Pour le reste du Québec, le taux de places en services de garde pour les moins de 5 ans en 2014 est de 58 %. Comparativement à Montréal, la répartition des places selon le service de garde est très différente. On observe un taux de places en garderies subventionnées et non subventionnées deux fois plus élevé à Montréal ainsi qu'un taux de places en milieu familial deux fois moins élevé³.
- Bien que Montréal semble pouvoir répondre à plus de familles ayant besoin d'un service de garde qu'ailleurs au Québec, plus de places subventionnées seraient nécessaires : on y observe près de 3 fois plus d'enfants de moins de 6 ans sous la mesure de faible revenu en 2011 (30 % à Montréal et 12,8 % dans le reste du Québec)⁴.

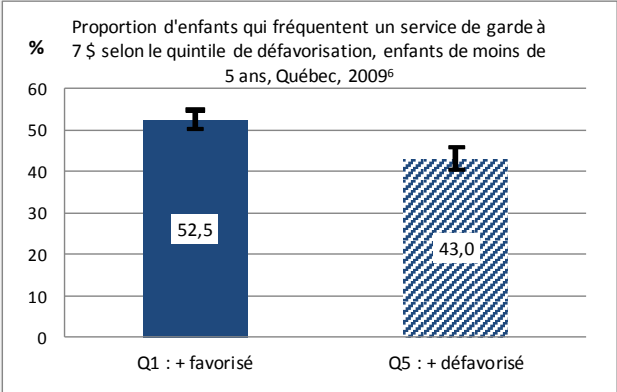


Facteurs en amont

- Les décisions gouvernementales influencent la disponibilité des places en services de garde :
 - au début des années 2000, le gouvernement avait favorisé le développement des places en milieu familial, et leur nombre a effectivement augmenté à cette période⁵;
 - l'augmentation des places en garderies non subventionnées coïncide avec la fin du moratoire émis en 1997 sur l'octroi de permis aux garderies privées et la bonification substantielle, à partir des années 2009, du crédit d'impôt pour frais de garde.
- Malgré une augmentation importante des places en services de garde depuis 1997, on estime qu'il manquerait encore une place pour environ 20 % des enfants de moins de 5 ans à Montréal, soit un peu plus de 20 000 places.
- Actuellement, un peu plus de trois enfants sur cinq bénéficient d'une place en service de garde.

Analyse des disparités

- Majoritairement par choix, environ 13 % des familles de Montréal n'ont pas recours à la garde régulière (tout type de garde confondu) particulièrement celles de **milieux défavorisés** ou appartenant à des **minorités ethniques ou religieuses**⁶. Alors que la fréquentation d'un service de garde par les enfants de ces familles aurait le potentiel de réduire les inégalités sociales de santé².
- L'offre de service de garde est inférieure à la moyenne montréalaise dans les **quartiers défavorisés**⁷.
- Seulement 64 % des enfants fréquentent le service de garde de leur territoire de résidence. L'analyse de l'offre de service par territoire de CSSS limite donc les constats que nous pourrions en tirer. Toutefois, d'après l'enquête de l'ISQ de 2009, **les enfants des familles les plus défavorisées** sont proportionnellement moins nombreux à fréquenter un service de garde à 7 \$.⁶



¹ Les services de garde à Montréal de 1990 à 2012. ASSM, 2012.
² Rapport du directeur de santé publique. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru. DSP ASS de Montréal, 2012.
³ Ministère de la Famille, 2014.
⁴ Faits saillants du Recensement et de l'Enquête nationale auprès de ménages (ENM) – 2011. DSP ASS de Montréal, 2014.
⁵ Lalonde-Graton M. Des salles d'asile aux centres de la petite enfance. La petite histoire des services de garde au Québec. Presses de l'université du Québec, 2002.
⁶ Enquête sur l'utilisation, les besoins et les préférences des familles en matière de service de garde. ISQ, 2009.
⁷ Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais *En route pour l'école !* DSP-ASSS de Montréal, 2008.

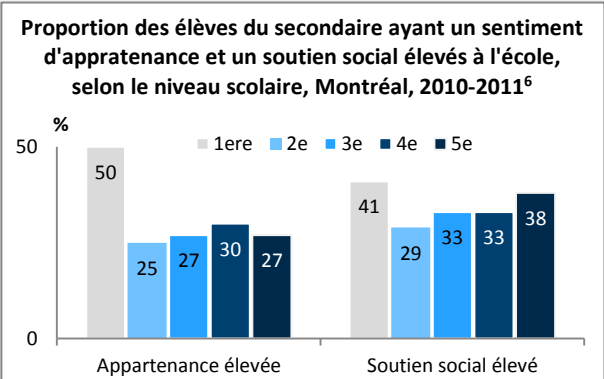
DÉTERMINANT

Milieu scolaire

Le milieu scolaire comprend l’environnement physique, pédagogique et social de l’école que l’enfant fréquente¹ et lui procure des conditions de vie et des expériences qui ont une influence déterminante sur son développement². Selon des études récentes, les facteurs les plus influents sont : les relations positives entre l’école, la famille et la communauté; l’attitude concernant le développement des valeurs et des compétences des élèves; l’engagement de l’école dans le développement d’un mode de vie sain et sécuritaire; l’implication des parents; la qualité du climat scolaire³. D’ailleurs, un climat scolaire positif ressort comme le facteur qui différencie le plus clairement les écoles les unes des autres quant aux niveaux de délinquance, d’absentéisme et de réussite scolaire⁴. Certains auteurs distinguent 5 dimensions au climat scolaire : le climat relationnel, le climat éducatif, le climat de sécurité, le climat de justice et le climat d’appartenance⁵. La fiche touche uniquement la dimension relationnelle et le sentiment d’appartenance puisque ce sont les seules données populationnelles dont nous disposons actuellement pour évaluer l’influence du milieu scolaire dans le développement des jeunes montréalais.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (4) : [Décrochage scolaire](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Traumatismes intentionnels](#); [Grossesses à l’adolescence](#)

État de la situation à Montréal	- Selon l’EQSJS 2010-2011⁶, parmi les élèves du secondaire de Montréal : - environ 69 % déclarent ne pas avoir de sentiment d’appartenance élevé à leur école, il n’y a pas de différence significative avec les élèves des écoles secondaires du reste du Québec (70 %); - environ 65 % (65 120) estiment ne pas bénéficier d’un soutien social élevé dans leur environnement scolaire, une proportion similaire à celle du reste du Québec (66 %); - Il faut garder en tête qu’il s’agit de moyennes pour l’ensemble des élèves du secondaire et qu’il est donc probable que la situation varie d’une école à l’autre.
Facteurs en amont	- L’état des édifices et des lieux, l’aménagement de l’espace, les ressources récréatives et sportives, la qualité de l’air, le niveau de bruit sont des facteurs en amont importants¹. - Le climat scolaire est influencé par plusieurs éléments tels que l’assurance d’un financement adéquat, les liens avec la communauté, le nombre de professionnels en soutien psychosocial, le nombre d’élèves par classe, le niveau du moral et d’engagement des enseignants, les questions d’ordre et de discipline, les problèmes de violence, la mise en place de programmes adéquats (ex. Le sac à dos, Vers le pacifique)⁷.
Analyse des disparités	- À Montréal, les filles tendent⁸ à être en proportion légèrement plus nombreuses que les garçons à rapporter un soutien social élevé dans l’environnement scolaire (36 % c. 33 %, respectivement). Il en est de même pour le sentiment d’appartenance élevé (34 % c. 29 %)⁶. - Le sentiment d’appartenance diminue après la première année de fréquentation de l’école. À Montréal, en première année secondaire, 50 % des élèves déclarent avoir un sentiment d’appartenance élevé, alors que cela chute à moins de 30 % pour les niveaux suivants⁶. - On observe également une tendance⁸ en ce sens concernant la proportion d’élèves rapportant un soutien social élevé à l’école : de 41 % en 1^{ère} secondaire, elle chute à 29 % en 2^e secondaire⁶. - Les élèves montréalais du secondaire qui vivent dans une famille favorisée au point de vue matériel et social sont proportionnellement plus nombreux à avoir un sentiment d’appartenance élevé que ceux qui vivent dans une famille défavorisée (37 % c. 29 %). On ne détecte pas cette variation pour le soutien social dans l’environnement scolaire⁶.



¹ Martin, C. et L. Arcand (2005) Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires, Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, p. 23-25

² EQSJS 2010-2011. Tome 2 : Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale. ISQ 2012.

³ Ayotte, V., C. Gagné, D. Malai et C. Poulin (2008) Une communauté mobilisée pour ses jeunes. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

⁴ Rutter, dans AUSTIN, G., S. BATES et M. DUERR. Guidebook to the California Healthy Kids Survey. Part II: Survey Content – Core Module 2011-2012 edition, WestEd., 131 p. 2011

⁵ Brault, C. (2004) L'influence du climat scolaire sur les résultats des élèves : effet-établissement ou perception individuelle? Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc) en sociologie. Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, pp. 20-29.

⁶ Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 (EQSJS). Infocentre de santé publique, INSPQ.

⁷ Debarbieux, E. et autres (2012) Le « climat scolaire » définition, effets et conditions d'amélioration. Rapport au Comité scientifique de la Direction de l'enseignement scolaire, Ministère de l'éducation nationale. MEN-DGESCO/Observatoire International de la Violence à l'école, 25 pages.

⁸ Il s'agit d'une différence non significative à cause des petits effectifs. Lorsque l'on considère la situation pour le Québec dans son ensemble, la différence est confirmée. Dans ce cas on peut parler de tendance.

DÉTERMINANT

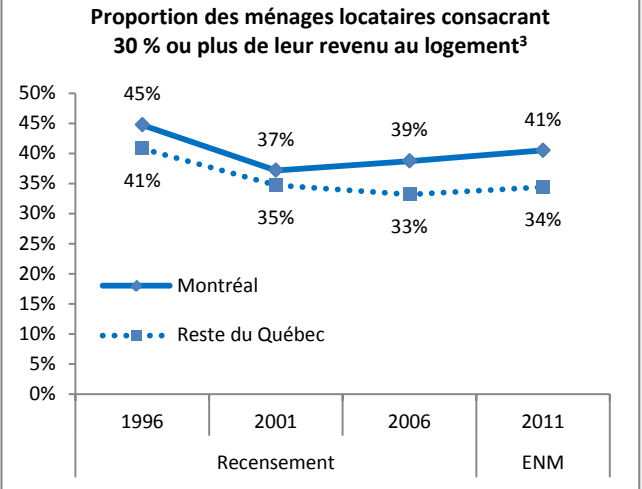
Accessibilité au logement abordable

L'accessibilité au logement abordable est un déterminant majeur de la santé car des loyers élevés obligent les ménages à faible revenu à consacrer une large part de leurs revenus au logement, au détriment d'autres besoins essentiels tels que l'alimentation, le transport, etc. C'est pour cela que les problèmes d'accessibilité sont associés, entre autres, à des retards de croissance chez les enfants. De plus, l'accessibilité au logement abordable est liée à la salubrité des logements et par conséquent, à l'exposition à des facteurs de risque environnementaux^{1,2}. Un indicateur utilisé par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) au Canada pour évaluer si un logement est abordable est la proportion du revenu dédié au loyer (des balises de 30 % et de 50 % sont habituellement utilisées).

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (3) : [Développement global des tout-petits](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#)

État de la situation à Montréal

- À Montréal, 41 % des ménages locataires consacrent 30 % ou plus de leurs revenus au logement (34 % pour le reste du Québec)³.
- La proportion des ménages locataires consacrant 30 % ou plus de leurs revenus au logement augmente à Montréal depuis 2001 alors que dans le reste de la province, on note une certaine stabilité³.
- Depuis 2001, une pénurie de logements à louer persiste à Montréal, ayant comme effet d'augmenter le prix des logements et d'emblée, le nombre de ménages ayant de la difficulté à trouver un logement abordable. Les logements de 2 chambres à coucher sont plus particulièrement touchés par cette pénurie, au détriment des familles cherchant un logement abordable. Cette situation est d'autant plus inquiétante que le prix des loyers augmente plus rapidement que le revenu des Montréalais¹.
- À Montréal, 9,2 % des logements sont de taille insuffisante et 8,6 % nécessitent des réparations majeures³.
- En 2012, **21 933** ménages de l'île de Montréal étaient en attente d'un HML (habitation à loyer modique) ou du PSL (Programme de supplément au loyer)⁴.
- En 2005, on estimait à 30 000 le nombre de personnes sans-abri ou à risque de le devenir dans la région du Grand-Montréal¹.



Facteurs en amont

- Offre de logements sociaux et abordables : À Montréal, on compte 23 801 HLM, représentant environ 4 % des logements locatifs occupés^{1,4}.
- Stratégies, programmes et règlements gouvernementaux et d'organismes à but non lucratif :
 - o la *Stratégie d'inclusion de logements abordables dans de nouveaux projets résidentiels*, de la Ville de Montréal, vise la construction de logements abordables. Elle comprend deux volets : la construction de logements sociaux et communautaires financés par le gouvernement et la construction de logements abordables par des compagnies privées (comprend des mesures incitatives)⁵;
 - o des programmes tels que Logement abordable Québec (LAQ) et des initiatives d'organismes à but non lucratif (ex. coopératives) ont également un impact sur l'offre de logements abordables¹;
 - o le *Règlement sur les critères de fixation du loyer* (Régie du logement du Québec) contrôle les hausses du loyer. Cependant, il n'y a pas de mesures en place pour s'assurer du respect de ce règlement par les propriétaires⁶;
 - o depuis 1994, le gouvernement fédéral ne finance plus la construction de logements sociaux qui impliquent des subventions à long terme.

Analyse des disparités

- Les sous-populations à **faible revenu** sont particulièrement vulnérables aux problèmes d'accessibilité au logement^{1,2}.
- Certains sous-groupes sont plus susceptibles d'avoir des difficultés d'accès à un logement abordable^{1,2} : les nouveaux **immigrants**, les **familles**, les **personnes âgées vivant seules**, les **personnes très âgées** (>85 ans), les **personnes ayant une incapacité ou un problème de santé mentale ou physique** et les personnes ayant récemment vécu un **changement de la structure familiale**.
- Le **centre de la ville de Montréal** comprend un plus grand nombre de personnes itinérantes ou à risque de le devenir¹.

¹ Plan d'action métropolitain pour le logement social et abordable, 2009-2013, Communauté métropolitaine de Montréal, 2008.
² Jacques, L. et al, Un environnement urbain favorable à la santé: Des logements salubres et accessibles. [Plan régional de santé 2010-2015, Orientation 5](#), DSP Montréal, 2012.
³ Enquête nationale auprès des ménages, Statistique Canada, 2011.
⁴ L'Habitation en bref 2013, Société d'habitation du Québec
⁵ La Stratégie d'inclusion de logements abordables dans de nouveaux projets résidentiels, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Montréal (Québec),
⁶ <http://www.rdl.gouv.qc.ca/fr/recours/fixation.asp>, consulté août 2014.

DÉTERMINANT

Ressources communautaires

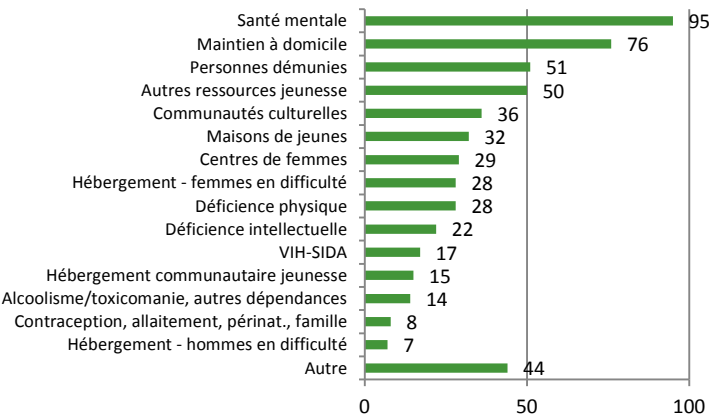
En raison des données disponibles, les ressources communautaires traitées dans cette fiche sont principalement celles du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), centré sur les organismes qui œuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux. D'autres types de ressources sont toutefois aussi abordés.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (4) : [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Développement global des tout-petits](#); [Décrochage scolaire](#)

État de la situation à Montréal

- Au 1^{er} avril 2013, le PSOC comptait **552** organismes communautaires (OC). La majorité sont du type «Milieu de vie et soutien dans la communauté» (55 %) ou «Aide et entraide» (26 %)¹.
- Les organismes œuvrant dans les domaines de la santé mentale, du maintien à domicile, des personnes démunies et des jeunes sont les plus nombreux¹.
- En moyenne, le financement du PSOC compte pour 34 % du budget des OC. Pour 43 % d'entre eux, le PSOC représente la principale source de financement, et pour 5 % des cas, l'entièreté du financement².
- En moyenne, les organismes communautaires montréalais estiment pouvoir répondre à moins des deux tiers (62 %) des demandes qui leurs sont adressées².
- Outre les organismes inscrits au PSOC, le territoire montréalais compte également 29 tables de quartier, financées conjointement par la Ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal et la DSP de l'ASSS de Montréal, via l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local³.
- La DSP finance aussi directement cinq autres mesures de santé publique : Milieux de vie favorables – jeunesse, Une ville et des quartiers qui favorisent l'accès aux aliments santé et leur consommation, Prévention des ITSS, Quartiers 21 et SIPPE –Soutien à la création d'environnements favorables (SCEF)⁴.

Nombre d'organismes communautaires faisant partie du PSOC en 2013-2014 selon leur catégorie¹



Catégorie	Nombre
Santé mentale	95
Maintien à domicile	76
Personnes démunies	51
Autres ressources jeunesse	50
Communautés culturelles	36
Maisons de jeunes	32
Centres de femmes	29
Hébergement - femmes en difficulté	28
Déficience physique	28
Déficience intellectuelle	22
VIH-SIDA	17
Hébergement communautaire jeunesse	15
Alcoolisme/toxicomanie, autres dépendances	14
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	8
Hébergement - hommes en difficulté	7
Autre	44

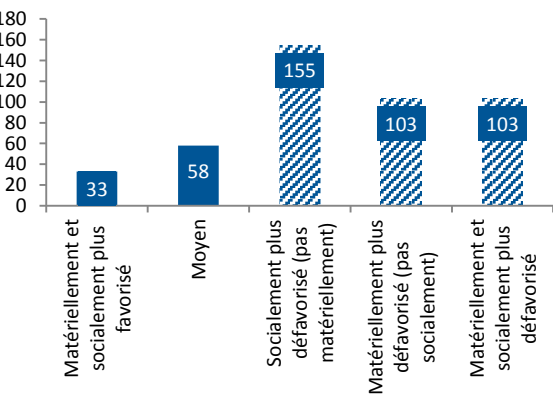
Facteurs en amont

- Afin que des organismes communautaires puissent être mis en place, le besoin et le désir doivent émaner de la communauté et l'organisme doit recevoir le financement approprié.
- La création d'organismes communautaires peut parfois résulter de la communautarisation des services (délestage des services publics vers les communautés).
- Pour que perdurent les organismes communautaires, il faut non seulement qu'ils répondent au besoin, mais que leurs services soient utilisés, connus et accessibles et qu'ils disposent d'un financement permettant de survivre et de poursuivre leurs activités.

Analyse des disparités

- La très forte majorité des organismes* (80 %) se trouvent dans des **zones défavorisées** (socialement, matériellement ou à la fois socialement et matériellement)⁵.
- Les **poches de pauvreté se trouvant dans des zones plus favorisées** bénéficient donc généralement d'un moins grand nombre d'organismes communautaires. Il en va de même pour les **populations ayant des besoins spécifiques, mais comptant peu d'individus** sur un territoire donné.
- Selon des données colligées sur neuf territoires, le nombre d'actions collectives réalisées par les instances de concertation à base communautaire varie en fonction du **domaine de développement social**. Les domaines de la vie communautaire, de l'éducation et de l'aménagement urbain sont les plus investis, alors que ceux de l'alimentation, du transport et du logement sont les domaines où contribuent le moins d'actions collectives communautaires⁶.

Nombre d'organismes communautaires membres du PSOC selon le statut de défavorisation de leur emplacement*, Montréal, avril 2014



Statut de défavorisation	Nombre
Matériellement et socialement plus favorisé	33
Moyen	58
Socialement plus défavorisé (pas matériellement)	155
Matériellement plus défavorisé (pas socialement)	103
Matériellement et socialement plus défavorisé	103

* Organismes dont le code postal n'est pas confidentiel et pour lequel une cote de défavorisation peut être calculée.

¹ Données du Programme de soutien aux organismes communautaire (PSOC). ASSS de Montréal, 2013-2014
² Chevalier, S. et al. Portrait montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire : une équation à revoir! RACOR en santé mentale et coll., 2013
³ <http://www1.ville.montreal.qc.ca/banque311/content/initiative-montr%C3%A9galaise-de-soutien-au-d%C3%A9veloppement-social-local>, consulté le 12-05-2014
⁴ Cadre de gestion du Programme régional de santé publique (PRSP) – Année 2013-2014. DSP de l'ASSS de Montréal, 2013
⁵ Données du Programme de soutien aux organismes communautaire (PSOC). ASSS de Montréal, 2013-2014 et INSPO, Indice de défavorisation 2006.
⁶ Bilodeau, A. et al. Les réseaux d'action en développement social local dans neuf territoires montréalais. Dans B Roy, N Vonarx, A Guichard et V Desgroseilliers (dirs.), Regards croisés sur la santé communautaire, Québec, Presses de l'Université Laval, 2014.

DÉTERMINANT

Salubrité des logements et des bâtiments

Logement insalubre : Un logement est considéré comme étant « insalubre » lorsqu’il comporte des risques qui peuvent affecter la santé des occupants. À Montréal, les principales causes d’insalubrité sont l’humidité excessive et les infiltrations d’eau (moisissures et acariens), ainsi que les infestations de punaises de lit, de blattes ou de rongeurs et leurs conséquences. L’insalubrité comprend aussi l’exposition à la fumée secondaire, au monoxyde de carbone et au plomb contenu dans la peinture en mauvais état. Les problèmes de santé reliés à l’insalubrité des logements sont surtout de nature respiratoire ou cutanée¹.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (11) : [Rhinite allergique et asthme](#) (Part attribuable de l’humidité excessive et de moisissures : 13-17 % des cas d’asthme et 14 % des cas de rhinite allergique hivernale³); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Développement global des tout-petits](#); [Santé des nouveau-nés](#); [Cancer du poumon](#); [Hypertension](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Maladie pulmonaire obstructive chronique \(MPOC\)](#); [Intoxications d’origine professionnelle et environnementale](#); [Zoonoses et maladies à transmission vectorielle](#)

État de la situation à Montréal	- Selon une étude datant de 1991, environ 50 000 logements montréalais seraient insalubres². <i>Infestations (coquerelles)</i> : En 2006, 4,5% des domiciles d’enfants montréalais de 6 mois à 12 ans étaient infestés de coquerelles³. <i>Infestations (rongeurs)</i> : 6,1% des domiciles d’enfants montréalais de 6 mois à 12 ans avaient une infestation de souris ou de rats³. <i>Infestations (punaises)</i> : Entre 2010 et 2012, 2,4% des ménages montréalais ont déclaré une infestation de punaises de lit⁴. <i>Humidité excessive et moisissures</i> : Plus du tiers (36,3%) des domiciles d’enfants montréalais de 6 mois à 12 ans ont des problèmes d’humidité excessive³. - Selon une évaluation de la Commission scolaire de Montréal, 27 des 226 écoles montréalaises ont trop de moisissures pour pouvoir être rénovées, et 55 des 226 nécessitent des travaux « incompatibles avec la présence des élèves⁵» ce qui, au total, représente plus du tiers (36,3%) des écoles. Les autres commissions scolaires de l’île de Montréal n’ont pas de données à ce sujet. <i>Fumée secondaire</i> : En 2006, 11,6% des enfants de 6 mois à 12 ans étaient exposés à la fumée secondaire au domicile³. En 2012, 8% des non-fumeurs montréalais de 15 ans et plus sont exposés à la fumée secondaire de façon régulière au domicile (plus de 100 000 personnes)⁶.
Facteurs en amont	- Les moisissures, ainsi que les infestations, sont surtout associées à un manque d’entretien des logements. Les infestations peuvent être attribuables à des trous ou fissures dans la structure du bâtiment, à des interventions inappropriées ou incomplètes de la part des propriétaires et parfois aux habitudes de vie des résidents. - Il y a une association entre le nombre d’appartements dans une même bâtisse et les infestations (les bâtiments comprenant 4 logements et plus sont plus à risque)².
Analyse des disparités	- Les sous-populations suivantes sont plus susceptibles d’habiter un logement insalubre : - Les femmes (surtout les chefs de familles monoparentales), les personnes âgées vivant seules, les personnes très âgées (>85 ans) et les personnes ayant une incapacité ou un problème de santé mentale ou physique⁷; - Les nouveaux immigrants; - Les personnes ayant récemment vécu un changement de la structure familiale⁷; - Les locataires⁷; - Les personnes ayant un faible revenu⁷.

¹ Jacques, L. et al. Et si c’était le logement? Le Médecin du Québec, vol. 45 No. 12, 2010, p. 36

² Impacts des conditions de logement sur la santé publique, Rapport synthèse de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, vol. 4, no. 5, décembre 2000, p. 1-4

³ Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, DSP Montréal, 2011.

⁴ Enquête Omnibus 2010,2011 et 2012 (DSP Montréal)

⁵ Corniou, M. Mon école est pourrie. Québec science, vol. 52 No. 3, novembre 2013, p. 7-10

⁶ Enquête TOPO 2012 (DSP Montréal)

⁷ Un environnement urbain favorable à la santé: Des logements salubres et accessibles. Plan régional de santé 2010-2015, Orientation 5, DSP, 2012

Système de transport et aménagement urbain

Diverses composantes de l’aménagement urbain et du système de transport influencent le choix du mode de déplacement. En ce qui a trait à l’aménagement urbain, la densité résidentielle, la mixité des fonctions, la connectivité du réseau de rues ainsi que l’accessibilité aux infrastructures de transport sont les mieux documentées. Le système de transport comprend le réseau routier, les pistes cyclables, le transport en commun et le réseau piétonnier. Un système de transport qui favorise le transport collectif et actif a un impact positif sur la qualité de l’air extérieur (en réduisant différents contaminants dont les oxydes d’azote et les particules fines) tout en améliorant la santé physique de la population¹. La promotion de l’activité physique par le biais du transport actif et collectif (ex. marcher jusqu’à un arrêt d’autobus) a également un impact positif sur l’incidence de plusieurs maladies chroniques. Inversement, le volume de circulation automobile est corrélé au nombre de blessés de la route². De plus, une difficulté d’accès au transport est associée à l’exclusion sociale, soit une incapacité de participer pleinement à la société³.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (6) : [Traumatismes non intentionnels](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Surplus de poids \(tout-petits et jeunes\)](#); [Surplus de poids \(adultes\)](#); [Traumatismes intentionnels](#)

État de la situation à Montréal

- De 1996 à 2011, sur l’île de Montréal, le nombre de véhicules immatriculés a augmenté de 17 % alors que la population n’a augmenté que d’environ 4 %^{4,5}.
- En 2008, en période de pointe du matin, 41 % des Montréalais se déplaçaient en auto, 30 % en transport collectif et 15 % en transport actif. Ceci représente **286 401** déplacements en transport collectif et **137 544** déplacements en transport actif².
- Entre 1998 et 2003, on note une légère diminution de la part modale du transport actif en période de pointe du matin (13,4 % à 13,0 %), suivie d’une augmentation de 2003 à 2008 (13,0 % à 14,5 %)².
- Ce sont 84 % des logis montréalais qui ont accès à au moins un arrêt à haute fréquence (10 minutes ou moins) de la STM à moins de 500 m en heure de pointe du matin. Ce pourcentage varie grandement d’un territoire à l’autre (ex. 18 % pour le territoire de l’Ouest-de-l’Île)⁶.
- En 2012, plus de la moitié (58 %) des Montréalais ont accès à une voie cyclable à moins de 300 m de leur logis. En 2006, cette proportion était de 35 %⁷.

Évolution de la population et du parc automobile en territoire montréalais, ménages privés, 1987-2008⁹

Année	Population (en millions)	Parc automobile (en milliers)
1987	1,752	647,8
1993	1,775	703,3
1998	1,776	707,6
2003	1,813	752,5
2008	1,854	797,7

Facteurs en amont

- Les infrastructures associées au système routier, au transport collectif et au transport actif ont un impact sur le choix des Montréalais à l’égard du mode de transport. Par exemple, on observe une augmentation du nombre de cyclistes à Montréal en parallèle avec l’expansion du réseau cyclable⁷. De plus, le temps de déplacement entre l’origine et la destination influence le choix du mode de transport.
- L’aménagement des infrastructures (trottoirs, éclairage, mesures d’apaisement de la circulation, etc.) a un impact sur la perception de la sécurité le long du trajet à parcourir, ce qui influence le choix du mode de transport des Montréalais³.
- Des politiques municipales et gouvernementales en faveur de l’augmentation de l’implantation de mesures d’apaisement de la circulation, de l’intensification du transport en commun et de la réduction de l’étalement urbain (densification) facilitent l’utilisation de modes de transport actifs et collectifs.

Analyse des disparités

- Les **secteurs défavorisés** sont souvent situés près d’axes routiers à débit élevé de circulation. Par conséquent, ces territoires sont moins sécuritaires et moins propices à la marche. On retrouve un risque de traumatismes routiers quatre fois plus élevé parmi les jeunes piétons habitant les secteurs plus défavorisés du centre de Montréal que dans les territoires plus favorisés. De plus, le taux de possession d’automobile est plus faible dans ces quartiers².
- Les **secteurs centraux** sont mieux desservis par le système de transport en commun que les secteurs en périphérie, favorisant l’utilisation de ce mode de transport⁸.
- Les secteurs dont le **cadre bâti est plus compact** et les quartiers où les pôles d’emploi et les services de proximité sont facilement accessibles par rapport aux lieux de résidence favorisent les modes de déplacement collectifs et actifs.

Déplacement réalisé en Pr_TC

- 4 - 10
- 11 - 20
- 21 - 48

Densité d'intersections offre_TC / none

- 0 - 70
- 71 - 95
- 96 - 100

Proportion des déplacements réalisés en TC en fonction de la proportion de la population habitant à <500 m d'un arrêt d'autobus à haute fréquence⁸

¹ Woodcock, J. et al, Health Impact Modelling of Active Travel Visions for England and Wales Using an Integrated Transport and Health Impact Modelling Tool (ITHIM), PLOS ONE, janvier 2013, Vol. 8 No. 1, p. 1-17

² Un environnement urbain favorable à la santé: Une ville et des quartiers sécuritaires qui favorisent un mode de vie physiquement actif. Plan régional de santé 2010-2015, Orientation 5, DSP, 2012

³ Le transport urbain, une question de santé, DSP Montréal, 2006.

⁴ Bilans annuels 2000-2011, Dossier statistique, Société de l’assurance automobile du Québec (SAAQ).

⁵ Recensements, Statistique Canada, 2006 et 2011.

⁶ Données tirées du Rôle de l’évaluation foncière (2011) et des fichiers de la Société de transport de Montréal (STM).

⁷ Bilan quinquennal 2008-2012, Mise en œuvre du *Plan de transport*, Ville de Montréal, 2012.

⁸ Données de l’Enquête Origine-Destination 2008, carte produite par la DSP de Montréal.

⁹ Enquête Origine-Destination 2008, La mobilité des personnes dans la région de Montréal : Faits saillants, Société de transport de Montréal et collaborateurs.

DÉTERMINANT

Exposition aux sols contaminés, au radon et aux autres sources environnementales

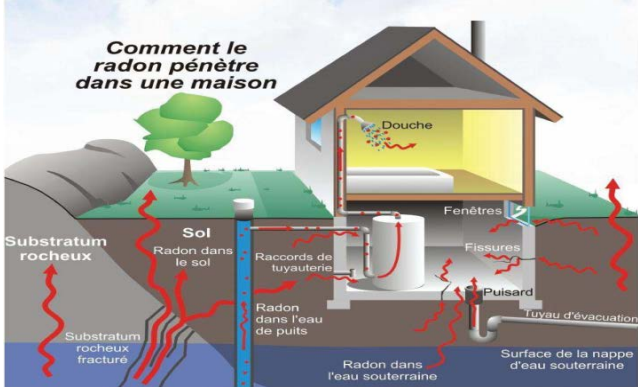
Sols contaminés : L'exposition à des sols fortement contaminés peut présenter des risques à la santé des occupants selon le type de contaminants des sols. La présence de sols contaminés entraîne également une diminution significative de la valeur marchande de la propriété des citoyens.

Radon : Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle dans les sols qui peut s'infiltrer dans les édifices (figure ci-contre¹). L'exposition au radon est associée au cancer du poumon.

Champs électromagnétiques (CEM) : L'exposition aux CEM des lignes à haute tension (LHT) et aux radiofréquences (RF) des appareils de communication sans fil suscitent des questionnements quant à leurs effets potentiels sur la santé même si, jusqu'à présent, l'évaluation de l'ensemble des études scientifiques est rassurante pour les niveaux auxquels la population est exposée.

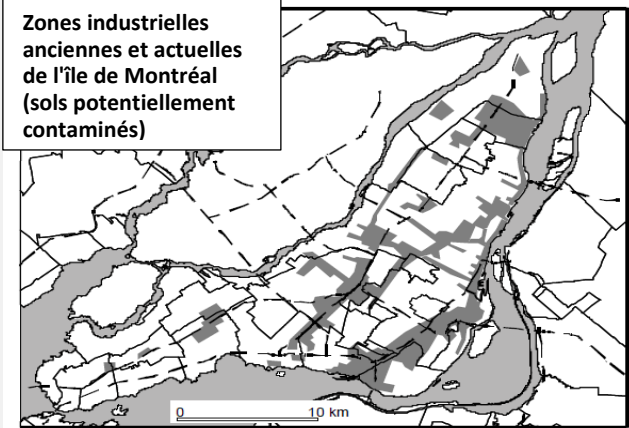
Legionella dans les tours de refroidissement : La présence de *Legionella* dans les tours de refroidissement peut être responsable d'une éclosion de légionellose, infection respiratoire grave pour les personnes vulnérables.

Autres contaminants : D'autres sources de contamination environnementale comprennent l'amiante à l'intérieur des bâtiments (maisons, écoles, etc.), les contaminants dans l'air des arénas, les contaminants émis par les sites d'enfouissement de déchets, les pesticides utilisés à l'intérieur et l'extérieur, les contaminants chimiques provenant d'activités industrielles, etc. L'exposition au plomb, au monoxyde de carbone et autres substances dangereuses sont traitées dans la fiche *Surexposition aux agents chimiques causant une intoxication*.



Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (3) : [Cancer du poumon](#) (part attribuable : 10 %²); [Intoxications d'origine professionnelle et environnementale](#); [Infections invasives à streptocoque du groupe A et légionellose](#)

État de la situation à Montréal	Sols contaminés : Il y a environ 6 000 terrains contaminés connus au Québec, dont environ 1 000 se situent sur l'île de Montréal³. Les terrains contaminés sur l'île de Montréal occuperaient environ 4 200 hectares; près des deux tiers de tous les terrains vacants seraient contaminés³. Radon : 10 % des 1 849 résidences soumises à un test de détection du radon au Québec auraient des teneurs en radon supérieures aux lignes directrices de Santé Canada de 200 Bq/m³ (mesure de la radioactivité) au rez-de-chaussée⁴. Des mesures de radon réalisées à l'intérieur de résidences il y a plus de 25 ans n'avaient pas identifié la région de l'île de Montréal comme une région géologique propice à émettre du radon⁵. CEM : Au cours des prochaines années, plusieurs projets de rehaussement de la puissance électrique des LHT et des postes électriques auront lieu à Montréal. De plus, l'utilisation d'appareils utilisant des radiofréquences ne cesse d'augmenter : actuellement, deux Québécois sur trois possèdent un téléphone cellulaire⁶. Tours de refroidissement : Sur l'île de Montréal, il y a 623 édifices possédant ≥1 tour(s) de refroidissement⁷.
Facteurs en amont	Sols contaminés : La présence de sols contaminés est principalement liée aux activités industrielles passées et à l'absence de réglementation environnementale à cette époque. Il existe maintenant un processus d'autorisation pour la réutilisation de ces terrains pour un nouvel usage, régi par le gouvernement provincial. Radon : Certaines formations rocheuses peuvent contenir davantage d'uranium et ainsi émettre du radon en plus grande quantité. La ventilation dans un sous-sol a un effet sur les concentrations de radon mesurées. CEM : Les projets de rehaussement de la puissance électrique des LHT et des postes électriques sont soumis à une procédure d'évaluation environnementale du gouvernement provincial. Tours de refroidissement : Pendant la période de service de la tour, les propriétaires doivent mesurer la concentration en <i>Legionella</i> périodiquement. En cas de concentrations supérieures au seuil de risque sanitaire, ils sont tenus de prendre des mesures correctives et d'aviser la Régie du bâtiment du Québec et la DSP.
Analyse des disparités	Contamination des sols : Les terrains situés dans des secteurs ayant déjà été fortement industrialisés (ex. raffineries désaffectées, sites d'enfouissement) et les propriétés où se trouvaient d'anciens réservoirs de mazout sont plus susceptibles d'être contaminés par des métaux, produits pétroliers ou autres substances chimiques⁸. Radon : Le tabagisme présente un effet multiplicatif sur le risque de cancer du poumon associé au radon : 90 % des décès par cancer du poumon associés au radon surviennent chez les fumeurs ou ex-fumeurs. Le risque de cancer pour un non-fumeur serait de 2 %⁹. Tours de refroidissement : Une grande partie des tours de refroidissement se retrouvent au centre-ville.



¹ Du radon dans votre maison?, L'Association pulmonaire Québec, 2014 (Disponible à <http://www.pq.poumon.ca/environnement-environnement/radon/maison/>.)
² Cancer du poumon au Canada : Rapport supplémentaire sur le rendement du système, Partenariat Canadien contre le Cancer, 2011.
³ Les terrains contaminés au Québec : Quels sont les risques pour les prêteurs? CIRANO et Université Laval, 2006.
⁴ Enquête pancanadienne sur les concentrations de radon dans les habitations. Rapport final., Santé Canada, 2012.
⁵ Étude d'exposition au radon²²² dans les résidences de la province de Québec, Centre de santé publique du Québec, 1995.
⁶ http://quebec.huffingtonpost.ca/2012/12/18/equipement-quebec-cellulaire_n_2323035.html, consulté juin 2014.
⁷ Géoportail de santé publique, Répertoire des tours de refroidissement de la Régie du Bâtiment du Québec en juillet 2013, INSPQ, 2013.
⁸ Le portrait environnemental de l'île de Montréal au regard de la durabilité urbaine – Rapport final. Institut national de la recherche scientifique – Urbanisation, 1999 (Disponible à <http://www.vrm.ca/enviro.asp>.)
⁹ MSSS, 2014. Radon domiciliaire, MSSS, 2014 (Disponible à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/index.php?radon>.)

DÉTERMINANT

Eau potable et eaux récréatives

Eau potable : L’île de Montréal compte 6 usines de production d’eau potable et 47 réseaux de distribution d’eau potable. Les dépassements des normes de qualité peuvent impliquer des paramètres microbiologiques (ex. coliformes totaux et coliformes fécaux) ou des paramètres physico-chimiques (ex. plomb). L’ingestion d’eau contaminée par des coliformes fécaux peut conduire à un risque de gastroentérites. Néanmoins, les paramètres microbiologiques impliqués dans les dépassements des normes de qualité sur l’île de Montréal concernent principalement les coliformes totaux et les colonies atypiques qui n’impliquent pas nécessairement un risque pour la santé publique.

Eaux récréatives : La Ville de Montréal compte 48 piscines intérieures, 74 piscines extérieures, 116 pataugeoires et 99 jeux d’eau. La qualité microbiologique de l’eau (ex. *E. coli*) et ses paramètres physico-chimiques (ex. désinfectant résiduel, pH) sont évalués périodiquement. Les 4 plages de l’île de Montréal sont échantillonnées durant la période estivale pour vérifier la qualité bactériologique de ces eaux. La contamination des eaux de baignade peut mener à certains problèmes de santé : conjonctivites, gastroentérites, problèmes cutanés et otites du baigneur. De plus, une exposition aux contaminants chimiques de l’eau ou de l’air d’un bassin artificiel (ex. chloramines) peut causer des irritations aux yeux et aux voies respiratoires.

Fiche ÉTAT DE SANTÉ associée (1) : [Maladies entériques](#)

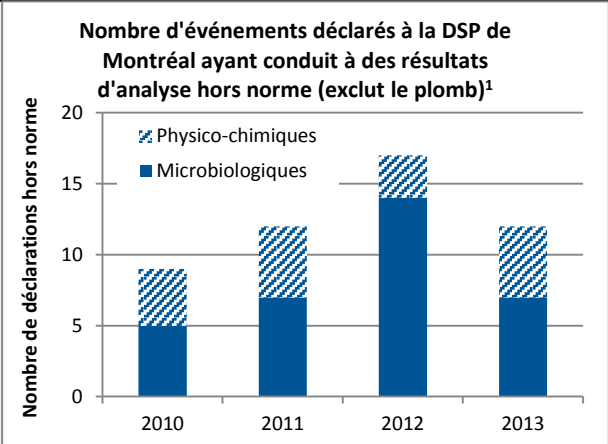
État de la situation à Montréal

Eau potable :

- Sur le territoire de l’île de Montréal, il y a peu d’avis d’ébullition obligatoires émis en raison d’une contamination d’origine fécale.
- Il n’y a jamais eu d’éclosion d’origine hydrique confirmée en lien avec la consommation d’eau potable à Montréal.
- Depuis 2010, le nombre annuel d’événements déclarés à la DSP ayant conduit à des résultats d’analyse hors norme se situe entre 9 et 17 (**12 en 2013**)¹. Ces nombres sont du même ordre de grandeur que les nombres d’événements des années précédant 2010.
- Plus de la moitié (53 %) des logements avec une entrée de service d’eau en plomb dépassent la norme de concentration de plomb (10 µg/L après 5 minutes d’écoulement), tout en respectant l’ancienne norme de 50 µg/L qui prévalait avant 2001².
- Le seuil de concentration en microcystines des cyanobactéries recommandé (1,5 µg/L) n’a jamais été dépassé pour les usines de production d’eau potable de l’île de Montréal et aucun avis de non-consommation de l’eau potable n’a été émis à ce jour en lien avec la présence de toxines de cyanobactéries dans l’eau potable.

Eaux récréatives :

- De 2005 à 2013, la DSP a été avisée de 5 éclosions d’origine hydrique en lien avec les piscines et autres bassins artificiels, où les baigneurs furent exposés à des contaminants chimiques dans l’eau ou dans l’air du bassin.
- La qualité bactériologique des eaux de baignade des plages est généralement d’excellente qualité (cote A).
- À ce jour, aucun avis de santé publique associé à l’exposition aux fleurs d’eau de cyanobactéries n’a été émis.



Facteurs en amont

Eau potable :

- La présence d’une entrée de service d’eau en plomb est le facteur qui augmente le plus les concentrations de plomb mesurées au robinet. Néanmoins, les caractéristiques physico-chimiques de l’eau potable distribuée sur l’île de Montréal favorisent peu la dissolution du plomb en provenance des soudures ou des tuyaux de l’entrée de service d’eau.
- Le Règlement sur la qualité de l’eau potable du MDDELCC oblige les responsables de réseaux d’eau potable et de laboratoires accrédités à déclarer les non-conformités au directeur de santé publique.

Eaux récréatives :

- Le Règlement sur la qualité de l’eau des piscines et autres bassins artificiels du MDDELCC oblige les responsables des bassins artificiels à s’assurer du maintien de la qualité de l’eau par des analyses physico-chimiques et microbiologiques.
- Le programme Environnement-Plage du MDDELCC applique la procédure de fermeture d’une plage lors de la présence d’une cote D (mauvaise qualité de l’eau).

Analyse des disparités

Eau potable :

- Le risque à la santé de l’exposition au plomb dans l’eau potable est faible et limité **aux femmes enceintes** (pour l’enfant à naître) et **aux enfants de moins de 6 ans** qui habitent **une résidence de moins de 8 logements construite avant 1970** et reliée au réseau d’aqueduc municipal par un **raccordement en plomb**².

¹ Bilan des avis et des déclarations relatives aux dépassements des normes de qualité de l’eau potable sur le territoire de l’île de Montréal de 2010 à 2013. DSP de Montréal, 2014.

² Le plomb dans l’eau potable sur l’île de Montréal – État de situation et évaluation des risques à la santé. DSP de Montréal, 2007.

DÉTERMINANT

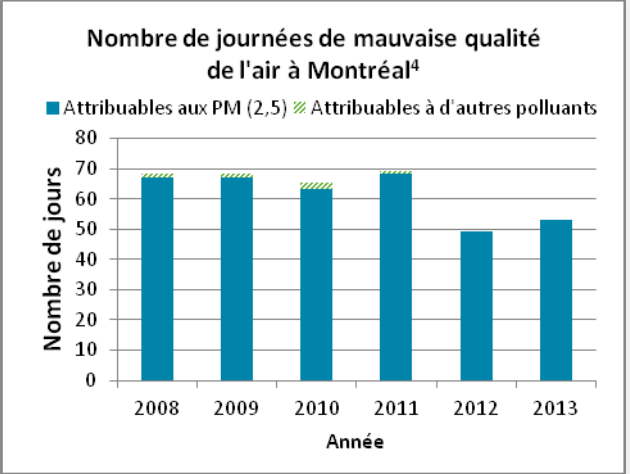
Qualité de l'air extérieur

Les principaux polluants atmosphériques au Québec sont les particules fines dont la taille est inférieure à 2,5 microns (PM_{2,5}), les oxydes d'azote (NOx), l'ozone (O₃), le dioxyde de soufre (SO₂) et les composés organiques volatiles (COV). Lorsque les concentrations de gaz ou de particules dépassent les normes ou critères en vigueur, la qualité de l'air peut être qualifiée de « mauvaise »¹. Depuis 2013, l'OMS reconnaît la pollution atmosphérique comme étant cancérigène². Le pollen issu de l'herbe à poux fait également partie des polluants de l'air ayant des effets sur la santé. Le pollen dans l'air, dont la concentration est mesurée en nombre de grains de pollen par m³, est responsable de 50 à 90 % des allergies saisonnières⁶. La Ville de Montréal a le mandat de surveiller l'état de la qualité de l'air à l'aide des 13 stations d'échantillonnage de son réseau de surveillance de la qualité de l'air (RSQA) réparties sur l'île de Montréal.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (7) : [Problèmes de santé liés à la chaleur et à la qualité de l'air](#); [Rhinite allergique et asthme](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Hypertension](#); [Maladie pulmonaire obstructive chronique \(MPOC\)](#); [Cancer du poumon](#); [Cancers de la peau](#)

État de la situation à Montréal

- Depuis 2008, le nombre de journées de mauvaise qualité de l'air a diminué légèrement, passant de 68 en 2008 à **53** en 2013. Toutefois, la météo a une grande influence sur le nombre de journées de mauvaise qualité de l'air. Les particules fines sont responsables de la totalité des 53 journées de mauvaise qualité de l'air enregistrées à Montréal en 2013³.
- Dans l'est de Montréal, la concentration moyenne sur 24 h de SO₂ a diminué de 67 % de 2000 à 2012 et celle de NO₂, de 39 %. Les concentrations annuelles d'O₃ et de PM_{2,5} sont stables et respectent les standards pancanadiens³.
- Au cours de la période du 6 août au 26 septembre 2010, le nombre de jours où les concentrations de pollen d'herbe à poux ont dépassé 100 grains/m³ était de 12 dans le secteur est de Montréal, de 5 dans le secteur du centre-ville et de 16 dans le secteur ouest⁶.
- Pour la collectivité montréalaise, les émissions globales de gaz à effet de serre (GES) ont diminué de 6 % entre 1990 et 2009. Toutefois, les émissions de GES liées au transport, secteur qui représente 39 % des émissions totales de la collectivité, ont augmenté de 5 % entre 1990 et 2009⁴.



Facteurs en amont

- Au Québec, les émissions de particules fines dans l'air proviennent du chauffage résidentiel au bois (44 %), des industries (39 %) et du transport (16 %)⁵. Le transport est également responsable de 85 % des émissions de NO_x sur l'île de Montréal⁶.
- Les conditions météorologiques influencent grandement la présence de contaminants dans l'air et le nombre de journées de mauvaise qualité de l'air. De plus, les concentrations de pollen d'herbe à poux dans l'air sont influencées par le vent, la pluie et l'humidité⁶.
- La pollution transfrontalière exerce également une influence sur la qualité de l'air sur l'île de Montréal.
- L'hiver, on dénombre habituellement plus de jours de mauvaise qualité de l'air que l'été et dans ce cas, les PM_{2,5} en sont la cause. L'été, l'O₃ contribue également aux journées de mauvaise qualité de l'air car les températures élevées en favorisent la formation par réaction photochimique avec les NO_x et les COV.
- La coupe de l'herbe à poux à deux reprises durant la saison estivale permet une diminution de la production de pollen et de graines chez la plante. De plus, la présence d'un couvert végétal compétitif permet de réduire l'implantation de l'herbe à poux⁶.

Analyse des disparités

- Les concentrations de NO₂ sont beaucoup plus élevées **le long des axes routiers**⁶.
- L'hiver, les concentrations de particules fines dans l'air sont plus élevées dans les quartiers montréalais où **l'usage du bois de chauffage** est plus courant⁶.
- Bien que l'on retrouve de l'herbe à poux partout sur le territoire montréalais, **les secteurs de l'est et de l'ouest** sont particulièrement touchés (CSSS de la Pointe-de-l'Île, d'Achuesic et Montréal-Nord, de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-Lasalle⁶).

¹ http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=7237,75941576&_dad=portal&_schema=PORTAL, consulté juin 2014

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/fr/>, consulté juin 2014.

³ Boulet, D. et S. Melançon. *Bilan environnemental. Qualité de l'air à Montréal. Rapport annuel 2012*. Ville de Montréal, Service des infrastructures, du transport et de l'environnement, Direction de l'environnement, Division de la planification et du suivi environnemental, RSQA, 8 p.

⁴ Inventaire 2009 des émissions de gaz à effet de serre de la collectivité montréalaise. Ville de Montréal, 2013.

⁵ Inventaire des émissions des principaux contaminants atmosphériques au Québec en 2008 et évolution depuis 1990. MDDEP, 2011.

⁶ Un environnement urbain favorable à la santé, plan régional de santé 2010-2015, Orientation 5 : volets Pollution atmosphérique et Herbe à poux. DSP, 2012.

DÉTERMINANT

Îlots de chaleur

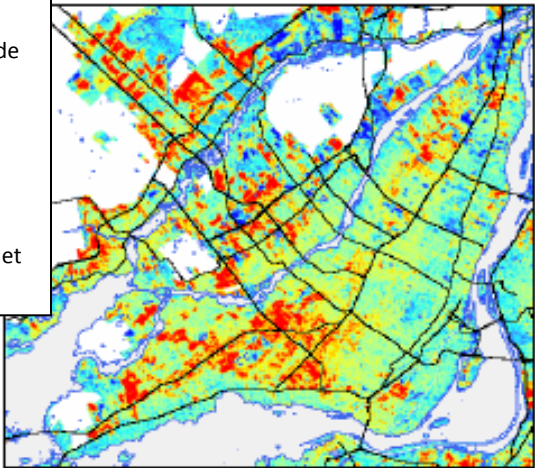
L'îlot de chaleur survient surtout en milieu urbain et se caractérise par une température de l'air de jour et de nuit supérieure à celle des régions périphériques. En effet, la nuit en milieu urbain, la chaleur emmagasinée par les surfaces est retransmise dans l'air, maintenant la température de l'air plus élevée qu'en banlieue ou en milieu rural. On distingue trois types d'îlots de chaleur : de canopée (à la hauteur des arbres ou immeubles), de la couche au-dessus de la canopée (limite urbaine) et de surface (tel que rapporté par les images satellitaires). Des micro-îlots de chaleur peuvent également être observés en région urbaine au niveau local, en fonction de la présence de différents facteurs dont la présence de surfaces minéralisées ou imperméables, l'insuffisance d'espaces verts, l'utilisation de matériaux qui absorbent la chaleur, etc.^{1,2} La différence de température entre les centres urbains et les territoires en périphérie peut atteindre jusqu'à 12°C². Les températures élevées observées dans les centres urbains contribuent à l'exacerbation des problèmes de santé liés à la chaleur et ont un impact sur la qualité de l'air extérieur, en plus d'augmenter les besoins en énergie liés à la climatisation des immeubles³.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (2) : [Problèmes de santé liés à la chaleur et à la qualité de l'air](#); [Cancers de la peau](#)

État de la situation à Montréal

- L'indice de canopée, soit la superficie du couvert végétal par rapport à la superficie totale, est très variable d'un arrondissement (ou ville liée) à l'autre. L'indice de canopée en zone commerciale ou industrielle est faible, allant de 2 % à 5 %. En général, il est de **20,5 %** pour tout le territoire de la collectivité montréalaise⁴.
- On note une augmentation du nombre de micro-îlots de chaleur urbains au cours du dernier demi-siècle, principalement attribuable à la hausse de surfaces minéralisées (ex. asphalte, béton, etc.)³.

Carte d'évolution thermique : secteurs de la Communauté métropolitaine de Montréal qui, thermiquement, ont connu une hausse (rouge) ou une baisse (bleu) entre juin 1984 et juin 2005.

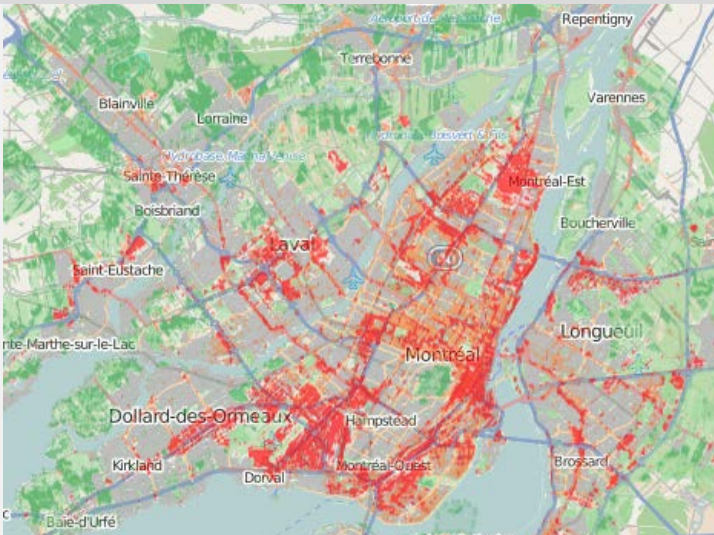


Facteurs en amont

- Aménagement urbain** : Le développement résidentiel, commercial ou industriel et la diminution conséquente des espaces verts sont les deux facteurs principaux à l'origine de la hausse du nombre de micro-îlots de chaleur à Montréal³. L'absence de verdure, la grandeur des surfaces minéralisées et en matériaux qui emmagasinent la chaleur ainsi que la densité élevée de bâtiments qui facilite la formation de canyon urbain limitant la circulation d'air contribuent grandement à la formation de nouveaux micro-îlots de chaleur³.
- Activités humaines** : Les activités qui dégagent de l'énergie (ex. transport et chauffage) contribuent à la hausse de température².
- Climat** : La température, l'humidité relative et le vent peuvent contribuer à la formation ou modification des îlots de chaleur⁴.
- Choix des matériaux de construction** : Un matériau ayant une faible réflexivité (albédo) ne réfléchira que très peu les rayons du soleil et un matériau avec une forte émissivité conservera la chaleur le jour et la rendra à l'atmosphère la nuit, augmentant ainsi la température de l'air au niveau local.

Analyse des disparités

- L'indice de canopée n'est pas uniforme sur le territoire montréalais : il est de ~10 % pour St-Léonard, Lasalle, Anjou ou St-Laurent et près de 35 % pour Outremont et Pierrefonds-Roxboro.
- Les micro-îlots de chaleur se retrouvent surtout dans les zones à forte concentration de surfaces minéralisées (proportion du territoire couverte par des stationnements, toitures, etc.) et à faible concentration de végétation^{3,5}. Cette problématique est plus fréquente dans les secteurs résidentiels à proximité de zones commerciales, industrielles et à utilité publique et à Montréal, les quartiers du centre-est de l'île se trouvent parmi les plus touchés^{5,6}.
- Les secteurs où la valeur foncière des immeubles est plus élevée sont moins touchés par les micro-îlots de chaleur, la présence de végétation y étant plus importante (ex. l'Ouest-de-l'île et en abords du Parc du Mont-Royal)⁵.



Îlots de chaleur (en rouge) et de fraîcheur (en vert) urbains, île de Montréal

Carte produite par l'INSPQ et le CERFO⁶, 2012

¹ <http://www.monclimatmasante.qc.ca/public/%C3%AElots-de-chaleur.aspx>, consulté juillet 2014.
² Mesures de lutte aux îlots de chaleur urbains, INSPQ, 2009.
³ Cavayas, F. et al, Étude des biotopes urbains et périurbains de la CMM, Volets 1 et 2 : Évolution des occupations du sol, du couvert végétal et des îlots de chaleur sur le territoire de la Communauté métropolitaine de Montréal (1984-2005), rapport destiné au Conseil Régional de l'Environnement de Laval, 2008.
⁴ Plan d'action canopée 2012-2021. Direction des grands parcs et du verdissement. Ville de Montréal.
⁵ <http://www.inspq.qc.ca/bise/post/2006/06/15/Etude-des-ilots-de-chaleur-montrealais-dans-une-perspective-de-sante-publique.aspx>, consulté juillet 2014.
⁶ Carte produite par l'INSPQ et le Centre d'enseignement et de recherche en foresterie de Sainte-Foy (CERFO), 2012, disponible en ligne : <http://geoegl.msp.gouv.qc.ca/golocmsp/?id=temperature>, consulté juillet 2014.

DÉTERMINANT

Bruit communautaire

Le bruit communautaire peut être classé selon deux catégories : le bruit engendré par les sources fixes (industries, commerces, bars, restaurants, etc.) et le bruit émis par les sources mobiles, dont le transport routier, aérien et ferroviaire. Outre la gêne et la perturbation du sommeil, le bruit communautaire a plusieurs effets sur la santé dont des impacts sur le système cardiovasculaire^{1,2}. L’intensité des effets sur la santé est toujours une fonction du niveau de bruit auquel l’individu est exposé et de la durée de cette exposition. Afin d’éviter les effets sur la santé, l’OMS recommande un niveau sonore extérieur maximum de 55 dB(A) (décibels) durant le jour³. Pour la nuit, la valeur maximale optimale pour l’extérieur est de 40 dB(A). Toutefois, cette valeur étant difficilement atteignable dans un contexte urbain, l’OMS suggère une valeur extérieure intérimaire de 55 dB(A) pour la nuit⁴.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (4) : [Hypertension](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Développement global des tout-petits](#)

État de la situation à Montréal

- La figure suivante présente les niveaux équivalents continus de bruit au cours d’une période de 24 heures (LA_{eq-24 hrs}) mesurés à 87 sites d’échantillonnage sur l’Île de Montréal en 2010⁵. À Montréal, les niveaux sonores mesurés dans plusieurs zones résidentielles dépassent la valeur recommandée de 55 dB(A) par l’OMS le jour ou sur une période de 24 heures⁵. Près de trois quart (70 %) des mesures de bruit sur 24 heures dépassent les recommandations de l’OMS⁵.

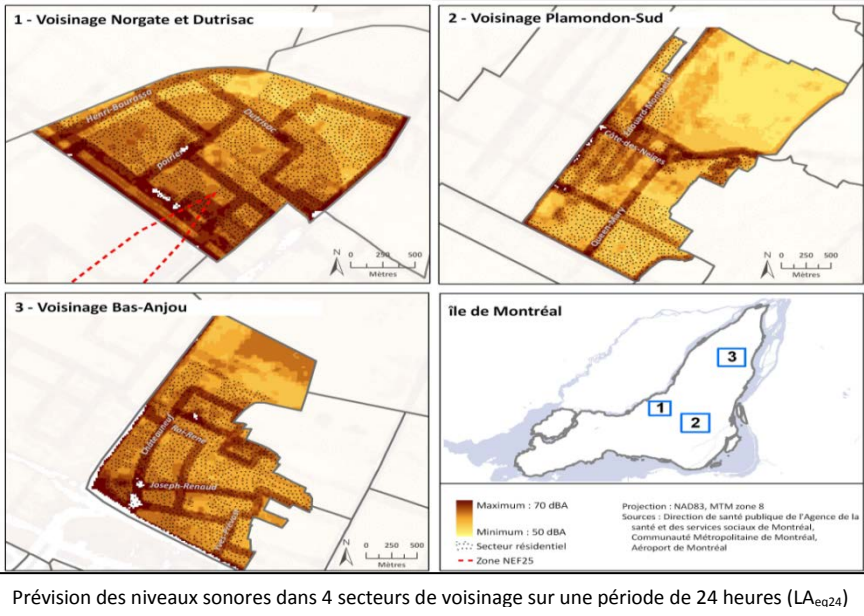


Facteurs en amont

- La proximité des résidences aux sources de bruit (en particulier les sources de transport routier, ferroviaire et aérien) ainsi que la mauvaise insonorisation de certains bâtiments influencent le niveau de bruit perçu par la population.
- La réglementation assure le contrôle du bruit en milieu urbain :
 - la Ville de Montréal possède une réglementation sur le bruit, visant principalement les sources fixes. Les arrondissements exercent la compétence de la ville quant à l’adoption et l’application de ce règlement;
 - d’autres organismes peuvent suggérer des interventions pour atténuer le bruit. Par exemple, le Ministère des transports du Québec peut mettre en place un protocole d’entente avec la municipalité pour la mise en œuvre des mesures d’atténuation. La Société canadienne d’hypothèques et de logements peut recommander la mise en place d’insonorisation lorsque le bruit dépasse un certain seuil et peut déconseiller la construction pour des raisons de bruit.

Analyse des disparités

- Le niveau équivalent continu de bruit sur 24 heures (LA_{eq-24 hrs}) est plus élevé à **proximité du réseau routier supérieur** (artères et autoroutes), tel que démontré par la cartographie de 4 zones de voisinage (Norgate, Dutrisac, Plamondon-Sud et Bas-Anjou)⁵.
- Le **trafic aérien** contribue également à la hausse des niveaux de bruit ambiant⁵.
- Ces cartes furent construites à partir des mesures de niveau sonore à 87 sites d’échantillonnage en 2010 et à une centaine de sites en 2014. À partir de ces données, un modèle de régression préliminaire permet d’estimer les niveaux de bruit en tout point sur l’Île de Montréal (zones de voisinage) en tenant compte de l’environnement bâti (indice de végétation, zones commerciales, etc.)⁵.



¹ Burden of Disease from Environmental Noise, OMS, 2011.
² Un air extérieur et un environnement sonore de bonne qualité: Volet bruit communautaire. [Plan régional de santé 2010-2015, Orientation 5](#), Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012.
³ Guidelines for community noise. OMS, 1999
⁴ Night noise guidelines for Europe. OMS, 2009.
⁵ Avis de santé publique sur le bruit du transport et ses impacts potentiels sur la santé des Montréalais. DSP Montréal, 2014

DÉTERMINANT

Exposition à des facteurs de risque de TMS

Les facteurs de risque de troubles musculo-squelettiques (TMS) en milieu de travail comprennent l’ensemble de contraintes biomécaniques liées notamment aux actions suivantes : postures contraignantes, gestes répétitifs, manipulation de charges lourdes, vibrations, efforts en utilisant des outils ou des machines, niveau de contraintes physiques au travail (ainsi que des facteurs organisationnels traités dans la fiche *Exposition à des facteurs de risque psychosociaux au travail*)¹.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (2) : [Troubles musculo-squelettiques \(TMS\)](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#)

État de la situation à	- À Montréal, 41 % des hommes et 30 % des femmes sont exposés à un niveau modéré (environ 181 700 travailleurs quel que soit le sexe) ou élevé (151 000 travailleurs) de contraintes biomécaniques au travail, significativement moins que dans le reste du Québec². - Environ 895 200 travailleurs québécois sont exposés à un niveau élevé de contraintes biomécaniques, soit 23 % (31 % hommes et 14 % femmes)². - Presque tous les travailleurs exposés à 4 contraintes biomécaniques sont aussi exposés à au moins une contrainte psychosociale (94 %)³. - Il n’existe pas encore d’information disponible concernant l’évolution des expositions aux facteurs de risque de TMS à Montréal ou au Québec.
Facteurs en amont	- Les contraintes psychosociales au travail (telles que le niveau d’exigence, la latitude décisionnelle et le soutien au travail) agissent sur l’exposition aux contraintes biomécaniques à titre de modérateur de l’impact de ces contraintes⁴. - L’environnement organisationnel et social du milieu de travail agit quant à lui à la fois sur les contraintes biomécaniques et sur les contraintes psychosociales, les facteurs personnels pouvant aussi moduler ces effets⁴. - Un niveau élevé de détresse psychologique au travail pourrait agir plus directement sur les TMS, en modifiant notamment la perception de la douleur⁴. - Des activités de prévention sont en place pour les 3 premiers groupes de secteurs d’activité économique (SAE) prioritaires définis par la CSST⁵. À Montréal, ils regroupent seulement 20 % des travailleurs. Les groupes 4 à 6 ne bénéficient pas des programmes de prévention où certains groupes de travailleurs à risque sont surreprésentés tels : les femmes, les jeunes, plusieurs professions mixtes et non manuelles et des travailleurs intérimaires (d’agence de placement).
Analyse des disparités	- Les hommes sont plus fréquemment exposés aux facteurs de risque physiques à l’exception des gestes répétitifs. - Les travailleurs les plus jeunes (15-34 ans) se voient souvent confier les tâches les plus pénibles, avec le moins de latitude décisionnelle dans leur travail, impliquant une exposition plus importante aux facteurs de risque de TMS. - Les travailleurs de professions manuelles sont plus nombreux, en proportion, à connaître un niveau élevé d’exposition aux contraintes biomécaniques (57 % chez les hommes et 45 % chez les femmes)³. - Les secteurs d’activité économique où l’on observe le plus de facteurs de risque d’exposition au TMS font partie des groupes prioritaires 1 à 3 (62 % des hommes sont exposés à un niveau faible ou modéré de contraintes physiques et 30 % des femmes)⁶. Néanmoins, les deux tiers des TMS indemnisés sont observés dans les SAE des groupes 4 à 6. - Plus le niveau de scolarité augmente, plus le niveau de contraintes biomécaniques auxquelles sont exposés les travailleurs diminue. Une tendance similaire est observée selon le revenu du ménage. - Les personnes les plus exposées aux contraintes physiques et organisationnelles du travail vivent également d’autres conditions de travail difficiles telles que l’insécurité d’emploi, un faible soutien au travail et un faible revenu.

¹ CPRE. Guide d'animation. La prévention des risques de troubles musculosquelettiques (TMS) reliés au travail 2007.

² Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* et Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ, données EQSP 2008.

³ Vézina, M., E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin et autres (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.

⁴ Stock et coll., *Quelle est la relation entre les troubles musculo-squelettiques liés au travail et les facteurs psychosociaux?* Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. 2013.

⁵ Voir Glossaire pour la définition des secteurs d’activité économique selon 6 groupes prioritaires.

⁶ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Le travail un déterminant important de la santé*, données EQSP 2008.

DÉTERMINANT

Exposition à l’amiante

L’exposition à l’amiante détaillée ici est celle dont la présence est reconnue en milieu de travail : utilisation d’amiante dans les procédés industriels, manipulation de produits manufacturés contenant de l’amiante et présence d’amiante dans les matériaux de construction. Si de minuscules fibres d’amiante flottent dans l’air, elles peuvent être inhalées ou avalées, et poser de sérieux problèmes de santé.

Dans le passé, la source principale d’exposition était liée à la fabrication des produits en amiante. À l’heure actuelle, la principale source d’exposition provient des travaux de construction (démolition, rénovation, modification, réparation ou entretien) effectués dans les édifices et structures de génie civil où l’amiante a été auparavant installé, ainsi que dans des équipements techniques des bâtiments qui en contiennent (systèmes de ventilation et chauffage, plomberie, chaudières, portes coupe-feu, cages d’ascenseur, etc.)¹.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (3) : [Maladies liées à l’amiante](#); [Cancer du poumon](#); [Cancers liés aux expositions professionnelles](#)

État de la situation à Montréal	- Selon des estimations, au Québec, entre 0,2 % et 0,6 % des travailleurs sont exposés à l’amiante, principalement dans le secteur de la construction. À Montréal, selon la source de données, entre 1 148 et 2 420 travailleurs seraient exposés à l’amiante². - Selon le système de surveillance MADO-Chimique, les sources principales d’exposition à l’amiante identifiées suite aux déclarations sont les isolants incluant les calorifugeages, les flocages, les isolants dans les chaudières et autres isolants non précisés³. - La mise en place d’un programme national de surveillance des expositions à l’amiante et des maladies qui en découlent est en réflexion. Toutefois, certaines contraintes éthiques restent à préciser et il n’est pour l’instant pas disponible. Seule la surveillance ponctuelle des travailleurs pour les secteurs d’activités économiques à risque reconnus prioritaires par la CSST permettrait d’obtenir certaines informations, mais cela reste généralement fait dans le but d’évaluer la présence de maladies reliées à cette exposition⁴. - Les maladies de l’amiante sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO) pour lesquelles des enquêtes épidémiologiques peuvent être réalisées. Les expositions à l’amiante sont identifiées lors des interventions réalisées par les équipes de santé au travail, lors des enquêtes MADO, dans le cadre des programmes de santé spécifiques aux établissements et lors d’interventions sur les chantiers.
Facteurs en amont	- La seule solution pour ne plus être exposé à l’amiante serait de ne plus l’utiliser. Même si son utilisation est plutôt limitée aujourd’hui, l’amiante n’est pas interdite au Québec. De plus, son installation dans les édifices de manière intensive entre les années 1950 et 1990 fait des travaux de construction la source principale d’exposition professionnelle à l’amiante. - Les travailleurs de la construction sous-estiment leur exposition à l’amiante. Une étude française a démontré en utilisant des badges de prélèvement sur un échantillon de professionnels de la construction que, parmi les individus exposés, 40 % pensaient ne jamais avoir été en contact avec des fibres d’amiante⁵. - Au Québec, on continue d’installer (en 2014) certains matériaux contenant de l’amiante dans les nouveaux édifices et structures (ex. tuyaux en amiante-ciment) et ce, malgré les impacts sur la santé humaine et les coûts sociaux engendrés par les maladies de l’amiante. - La nouvelle réglementation de la CSST « Disposition sur la gestion sécuritaire de l’amiante » a pour but d’identifier et de bien gérer l’amiante dans les édifices. Cette réglementation devrait avoir un impact significatif sur le repérage de l’amiante, qui est une étape bien souvent méconnue ou négligée, ainsi que sur l’utilisation des méthodes de travail et des moyens de protection adéquats. - Bien que la fabrication des produits en amiante soit marginale au Canada, l’importation des produits qui en contiennent ne l’est pas forcément. De telle sorte qu’en 2013, le gouvernement ontarien a signalé que des plaquettes de freins contenant de l’amiante sont entrées au Canada en 2011, pour une valeur de plus de 2,6 millions de dollars⁶.
Analyse des disparités	- Le plus grand nombre de travailleurs présentement exposés à l’amiante à Montréal comme au Québec se retrouve essentiellement dans les secteurs de la construction (incluant l’entretien des édifices) et des services publics. - La présence d’amiante dans des plaquettes de frein de rechange importées des marchés secondaires présente un risque accru de maladies liées à l’amiante pour les mécaniciens de freins d’automobiles⁶.

¹ Amiante : connaissances acquises sur l’exposition et les maladies des travailleurs et de la population générale du Québec de 2003 à 2009. INSPQ, 2011.

² Labrèche F, Substances cancérigènes – Portrait de l’exposition des travailleurs québécois. Rapport R-732. IRSST. 2012 *Note : Données combinées du recensement de 2006 et de CAREX Canada ou de l’enquête française SUMER.*

³ MADO-Chimique déclarations de 2009 à 2014.

⁴ Cadre de référence du système de surveillance de l’exposition à l’amiante et des maladies qui y sont reliées. INSPQ, 2009.

⁵ Eybert-Blaison C. et coll. *Use of a passive badge for sampling asbestos among building finishing workers.* INRS, 2014.

⁶ <http://www.labour.gov.on.ca/french/hs/pubs/alerts/i34.php>, consultée le 04 avril 2014.

DÉTERMINANT

Exposition à la silice cristalline et au béryllium

La silice cristalline existe sous différentes formes dont les principales sont le quartz, la cristobalite et la tridymite. L'exposition professionnelle à la silice cristalline survient principalement lors de l'extraction, la transformation et l'utilisation du quartz. Parmi les nombreuses sources d'exposition, mentionnons notamment les travaux dans les mines et carrières, les travaux dans les fonderies, l'utilisation du jet d'abrasifs siliceux, l'industrie de la pierre et des produits réfractaires, l'industrie du béton et l'industrie de la construction¹. Le béryllium (Be) est un métal utilisé dans plusieurs secteurs de haute technologie en raison de ses propriétés particulières. Il est léger, non magnétique, résistant à la corrosion, bon conducteur thermique et possède un point de fusion élevé². On l'utilise principalement dans des alliages (notamment avec le cuivre et l'aluminium) et dans des céramiques. L'exposition par inhalation et contact cutané a lieu principalement lors de la production du métal et des alliages et lors des activités d'usinage, d'ébarbage et de polissage de pièces contenant du Be³. Les normes d'expositions sont définies par le règlement sur la santé et la sécurité du travail (RSST).

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (3) : [Pneumoconioses \(silicose, béryllose\)](#); [Cancer du poumon](#); [Cancers liés aux expositions professionnelles](#)

État de la situation à Montréal	- À Montréal, l'estimation de l'exposition des travailleurs aux substances cancérogènes a montré qu'environ 1,5 % des travailleurs étaient exposés à la silice, soit 13 900, et 0,02% au béryllium, soit 385 personnes⁴. - En 2013 à Montréal, il y avait 110 établissements dans le secteur des produits minéraux non-métalliques qui exercent, entre autres, des activités de transformation du granit, du marbre ou de matériaux composites. Les quelque 2 600 travailleurs du secteur peuvent être exposés à la silice en fonction du métier exercé⁵. - Les quelque 25 000 travailleurs de la construction œuvrant dans les chantiers de Montréal sont souvent surexposés à la silice cristalline, ce composé étant présent dans de nombreux matériaux utilisés⁶. - De 2006 à 2011 dans les établissements de Montréal, les équipes santé au travail ont signalé 37 situations de surexposition à la silice, concernant 106 travailleurs. Des 77 échantillonnages réalisés entre 2008-2010, 18 % dépassaient le niveau d'exposition du RSST. La silice cristalline se trouvait ainsi au 2^e rang avec un niveau d'exposition 3 fois supérieur à la moyenne des contaminants chimiques mesurés dans la même période⁷. - Au Québec, l'opération béryllium a eu lieu de 2001 à 2012 dans 1 533 établissements, employant près de 70 000 travailleurs qui ont été ciblés pour une visite. Quatorze mille prélèvements de surface ont été utilisés pour détecter la présence de Be et 1 300 échantillons d'air ont servi à calculer l'exposition des travailleurs. On estime que 569 travailleurs dans 44 établissements, surtout dans les fonderies, étaient surexposés⁸.
Facteurs en amont	- Le RSST établit la valeur d'exposition moyenne pondérée (VEMP) de la silice à 0,1 mg/m³ pendant 8h/j. Le seuil d'intervention préventif adopté par le réseau de santé publique en santé au travail est de 0,025 mg/m³. - En présence de poussières de silice, des mesures de prévention doivent être mises en place par l'employeur et utilisées par les travailleurs⁹ : - mettre en place un équipement permettant de contrôler à la source les émissions de silice; - porter un appareil de protection respiratoire approprié et porter un vêtement de protection pour ne pas transporter des poussières de silice à l'extérieur de l'aire de travail; - délimiter clairement la zone de travail pour limiter l'exposition aux autres travailleurs; - s'abstenir de manger, boire ou fumer dans l'aire de travail et se laver les mains et le visage avant toutes ces actions. - Le RSST établit la VEMP du Be à 0,15 µg/m³ pendant 8 h/j. Par ailleurs, la recommandation des comités des maladies pulmonaires professionnelles (CMPP) préconise qu'un travailleur présentant une sensibilisation au Be ne soit pas exposé à des concentrations moyennes pondérées supérieures à 0,01 µg/m³.¹⁰ - Autant que possible, les alliages contenant du Be doivent être remplacés par un type qui n'en contient pas. - Malgré des mesures d'assainissement, des travailleurs sont encore exposés à des concentrations plus ou moins fortes de ces deux contaminants. Par ailleurs, selon le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), ces deux substances sont des cancérogènes démontrés chez l'humain. C'est pourquoi l'exposition des travailleurs doit être réduite au minimum, même lorsqu'elle demeure à l'intérieur des normes prescrites.
Analyse des disparités	- Les travailleurs identifiés par la CSST comme plus à risque d'exposition à la silice sont ceux qui travaillent dans la construction sur des ouvrages en béton ou en maçonnerie (brique, mortier, pavé uni, etc.). Il s'agit à la fois des personnes effectuant les travaux, mais également dans une moindre mesure de ceux travaillant à proximité, pour des tâches de démolition, cassage, concassage, perçage, sciage, ponçage ou meulage, déblayage ou balayage, nettoyage des surfaces et des outils. Les activités d'entretien de structures existantes comptent parmi les activités à risque, de même que la finition de comptoirs ou de monuments funéraires⁹. - Les secteurs des fonderies, de l'aéronautique, du nettoyage industriel, de l'usinage et du soudage, les laboratoires de fabrication de prothèses dentaires et les cabinets dentaires ont été identifiés comme plus à risque d'exposition au Be⁸. - Les signalements réalisés entre 2006 et 2011 concernaient principalement les secteurs de produits minéraux non-métalliques, d'équipement de transport et du bâtiment et travaux publics⁷.

¹ Guide de surveillance médicale des travailleurs exposés à la silice et recommandations sur les seuils d'interventions préventives (SIP), Guide de pratique professionnelle, Comité médical provincial en santé au travail du Québec, 2014.

² Exposition au béryllium des travailleurs de la transformation d'aluminium et du magnésium - Évaluation des paramètres de surveillance environnementale. IRSST, 2010.

³ Documentation for threshold limit value for Beryllium and compounds, ACGIH, 2009.

⁴ Labrèche F, Substances cancérogènes – Portrait de l'exposition des travailleurs québécois. Rapport R-732. IRSST. 2012 *Données combinées du recensement de 2006 et de CAREX Canada*.

⁵ Système d'information en Santé au Travail (SI-SAT) 2013.

⁶ Sauvé JF et coll. Rapport r-772. *Exposition des travailleurs de la construction à la silice cristalline – Exploitation d'une banque de données tirée de la littérature*. IRSST. 2013.

⁷ Vergara D. Le signalement des situations hors norme à Montréal : Bilan et analyse 2006-2011. DSP, ASSM, 2013.

⁸ Saint-Georges JP et coll. *Bilan Opération Béryllium*. RSPSAT 2013.

⁹ http://www.csst.qc.ca/prevention/secteur/construction/amiante_silice/Pages/reduire_exposition.aspx, consulté le 17 juillet 2014.

¹⁰ http://www.csst.qc.ca/SiteCollectionDocuments/www.csst.qc.ca/portail/fr/images/communiqués/dentisterie_article.pdf, consulté le 18 juillet 2014.

DÉTERMINANT

Exposition aux substances sensibilisantes

Les risques liés à l'exposition aux substances sensibilisantes (incluant les expositions digestives) peuvent être cutanés ou respiratoires. Les réactions cutanées sont de type allergique (rougeur, rash, démangeaison, enflure ou ampoule au point de contact ou ailleurs sur le corps). Ces risques cutanés sont classés en fonction des tests effectués sur des animaux ou selon des observations sur les humains. Les substances affectant les voies respiratoires ne causent pas d'asthme chez tous les travailleurs exposés, elles peuvent tout d'abord causer des symptômes similaires à un rhume ou à un rhume des foins bénin. Toutefois, des symptômes graves d'asthme (respiration sifflante, oppression, souffle court, difficulté à respirer et/ou toux) peuvent éventuellement apparaître chez les travailleurs sensibilisés. Une crise grave peut entraîner la mort. Une matière utilisée au travail est classée « sensibilisant des voies respiratoires » si elle a causé une réaction de sensibilisation chez un nombre important de travailleurs exposés¹. Les substances sensibilisantes peuvent causer d'autres effets toxiques ou également être cancérogènes. Les gaz et asphyxiants, dont le chlore gazeux et le dioxyde de soufre, ainsi que les poussières sont les principaux agents chimiques en cause dans les épisodes d'atteintes broncho-pulmonaires déclarés (20 à 30 épisodes/an) au Québec².

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (2) : [Rhinite allergique et asthme](#); [Cancers liés aux expositions professionnelles](#)

État de la situation à Montréal

- Selon l'EQSP 2008, environ 2,7 % des travailleurs montréalais (~**25 200** personnes) sont exposés souvent ou tout le temps à la poussière de bois, 2 fois moins que le reste du Québec (5,7 %). L'exposition à cette substance touche particulièrement les hommes (5,3 % c. 0,7 % chez les femmes)³.
- Les poussières de bois constituent le 3^e agresseur le plus fréquemment signalé comme dépassant la norme. Dans les établissements de Montréal entre 2006 et 2011 : 28 signalements et 80 travailleurs surexposés. La proportion la plus élevée de mesures échantillonnées en milieu de travail à Montréal ayant été signalées hors norme, soit 21 %, correspond à cette substance⁴.
- Les isocyanates sont largement utilisés dans plusieurs secteurs industriels (automobile, construction, fabrication de meubles, etc.) car ils entrent dans la composition de nombreux produits (peintures, mousse isolante, colles, etc.). En 2000, selon les informations provenant de l'industrie, il y avait au Québec environ 3 500 entreprises de travaux de carrosserie, dans lesquelles les travailleurs sont donc susceptibles d'être exposés aux isocyanates⁵. Il n'y a aucune autre estimation quant au nombre de travailleurs exposés.
- Il n'y a pas eu d'estimation de la quantité de travailleurs exposés aux farines et épices dans le secteur de l'industrie des aliments et des boissons. Toutefois, 7 % des cas d'asthme professionnel avaient comme source d'exposition un produit alimentaire autre que les poissons et les crustacés².
- Les produits de nettoyage contiennent un cocktail de sensibilisants (isothiazolinones, aldéhydes, ammoniums quaternaires, amines aliphatiques, surfactants, dérivés terpéniques, etc.) et d'irritants (ammoniaque, eau de javel, acides forts, etc.) des voies respiratoires auxquels est exposé le personnel d'entretien. Leur exposition s'aggrave lorsque ces produits sont pulvérisés, en plus d'être constamment exposés à des poussières remises en suspension⁶. Environ **34 000** travailleurs montréalais seraient exposés à ces substances.

Facteurs en amont

- Le protocole régional et guide de pratique pour la surveillance médicale de la rhinite et de l'asthme professionnels met l'accent sur le dépistage médical auprès des travailleurs à risque afin de détecter la maladie avant que l'individu n'ait besoin de consulter un médecin. Cela permet de prévenir l'apparition ou l'aggravation de ces maladies chez les travailleurs exposés à une substance sensibilisante, en éliminant ou en réduisant au minimum leur exposition. La détection de la rhinite comme précurseur de l'asthme professionnel constitue également un mécanisme de prévention des maladies chroniques induites par les sensibilisants⁷.
- Pour ce qui est de la prévention pour les travailleurs d'entretien, des changements dans l'environnement de travail n'étant le plus souvent pas possibles, la prévention doit comporter des mesures concernant l'organisation du travail, la formation et l'information sur les techniques adéquates de ménage, sur la limitation d'emploi des produits à risque, sur les mesures de protection individuelle⁶. Cependant, ces travailleurs ne sont pas couverts par les services de prévention offerts par les équipes de santé au travail et les domestiques sont exclues de la couverture de la CSST.

Analyse des disparités

- D'après l'EQSP, l'exposition à la poussière de bois touche plus particulièrement les travailleurs ayant un **niveau de scolarité inférieur au diplôme d'étude secondaire (DES)**. Une plus grande proportion de travailleurs des **professions manuelles et mixtes** est exposée.
- Les **travailleurs de la construction** sont particulièrement touchés par l'exposition aux poussières de bois avec une proportion plus de 5 fois plus grande (28 % c. <5 %).
- Le **personnel d'entretien**, composé en bonne partie de femmes, est exposé à un nombre important de substances irritantes et sensibilisantes, ainsi qu'à des poussières.

Les agents et les secteurs professionnels à risque ⁸	
Agents sensibilisants	Professions et métiers à risque
Farine et céréales	Boulangerie, pâtisserie, industrie des aliments
Épices	Industrie des aliments
Isocyanates	Peinture d'automobiles Industries du plastique
Bois variés	Menuiserie, ébénisterie, construction
Fruits de mer	Industries de la mer et des aliments
Métaux	Soudure, première transformation et fabrication produits en métal
Résines, colles et acrylates	Fabrication meubles et autres
Animaux	Services vétérinaires et laboratoires
Produits et poussières dans les activités de nettoyage	Personnel de nettoyage
Latex et médicaments	Professions de la santé et fabrication

¹ <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/whmis-simdut/sensitizers-sensibilisants-fra.php>, consulté le 28 juillet 2014.
² Maladies et intoxications d'origine chimique déclarées au Québec de 2005 à 2010. MSSS, 2011.
³ Infocentre de santé publique à l'INSPQ, données EQSP 2008.
⁴ Vergara D., Le signalement des situations hors norme à Montréal : Bilan et analyse 2006-2011. ASSM 2013.
⁵ Vincent J-Y et coll. Exposition des travailleurs aux isocyanates dans les ateliers de carrosserie : état de la situation. 2000.
⁶ Rosenberg N., Affections respiratoires professionnelles chez les personnels de nettoyage. INRS 2011, Documents pour le médecin du travail N128.
⁷ Bourdeau N et coll. Protocole et guide de pratique pour la surveillance médicale de la rhinite et de l'asthme professionnels avec période de latence. ASSM 2013.
⁸ Malo J-L. L'asthme au travail et l'asthme professionnel, Le Médecin du Québec, volume 44, numéro 3, mars 2009.

Exposition à des cancérogènes

La diminution des cancers associés au milieu de travail était l’une des priorités du PNSP 2003-2012, requérant une concentration des efforts vers l’exposition des travailleurs. Par ailleurs, la Société canadienne du cancer a également pris position en faveur d’éliminer ou de réduire l’exposition des travailleurs aux substances cancérogènes, et de les informer quant à leur niveau d’exposition en milieu de travail. « On parle d’exposition professionnelle lorsqu’une personne est exposée à des substances chimiques, physiques ou biologiques possiblement nocives dans son milieu de travail. Les personnes qui sont en contact avec des substances cancérogènes en milieu de travail risquent d’être en présence de concentrations beaucoup plus élevées de ces substances que si elles étaient exposées à la maison ou dans la communauté. Une plus grande exposition étant souvent associée à un risque accru de cancer, l’élimination ou du moins la réduction de l’exposition compte pour beaucoup dans la prévention primaire du cancer. »¹

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (4) : [Cancers liés aux expositions professionnelles](#); [Maladies liées à l’amiante](#); [Cancer du poumon](#); [Cancers de la peau](#)

État de la situation à Montréal

- Plusieurs classifications du risque cancérogène existent, mais l’une des plus reconnues est celle du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)². Toutefois le Règlement sur la santé et la sécurité au travail (RSST) ne suit pas exactement la même classification. Une étude de l’IRSST a dressé le portrait de l’exposition des travailleurs québécois aux cancérogènes avérés (groupe 1) ou probables (groupe 2A)³.
- Les travailleurs québécois sont susceptibles d’être exposés à de nombreuses substances ou situations dont on sait ou soupçonne qu’elles causent le cancer (estimation pour Montréal : **114 500** personnes)⁴.
- À Montréal, plus de 20 000 travailleurs seraient exposés aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), travail de nuit, rayonnement solaire, gaz d’échappement diesel, benzène et plomb.
- Les travailleurs de Montréal sont notamment à risque pour le cancer de poumon, qui est le plus fréquent et l’un des plus létaux, via entre autres la silice cristalline, le chrome, l’amiante, le nickel, les HAP et les gaz d’échappement diesel.

Cancérogènes (groupes CIRC 1 et 2A) auxquels plus de 10 000 travailleurs québécois seraient exposés⁴

Cancérogène (CIRC)	Montréal	Reste du Québec
Rayonnement solaire (1)	~220 000	~50 000
Poussières de bois (1)	~100 000	~50 000
Benzène (1)	~50 000	~50 000
Silice cristalline (1)	~50 000	~50 000
Rayons UV artificiels (1)	~50 000	~50 000
Rayonnements ionisants (1)	~50 000	~50 000
Chrome 6 (1)	~50 000	~50 000
Amiante (1)	~50 000	~50 000
Formaldéhyde (1)	~50 000	~50 000
Nickel & composés (1)	~50 000	~50 000
HAP (1, 2A)	~50 000	~50 000
Huiles minérales (1, 2A)	~50 000	~50 000
Travail de nuit (2A)	~220 000	~50 000
Diesel (échap.) (2A)	~150 000	~50 000
Plomb & composés inorganiques (2A)	~50 000	~50 000

Facteurs en amont

- Si l’exposition à des substances cancérogènes ne peut être totalement évitée, elle devrait à tout le moins être réduite au plus bas niveau possible. Par ailleurs, les éléments suivants sont à considérer¹ :
 - repérer les cancérogènes dans les milieux de travail afin de dresser leur liste et de faciliter la recherche sur les dangers qu’ils peuvent représenter;
 - sensibiliser les travailleurs à la possibilité de la présence de cancérogènes dans leur milieu de travail et les informer de leur niveau d’exposition;
 - éliminer ou limiter l’exposition à des cancérogènes en les retirant de l’environnement de travail ou en les remplaçant par d’autres produits moins toxiques (ex. remplacer une colle à base de solvants par une colle à base d’eau);
 - établir des méthodes de travail et apporter les modifications requises aux conditions de travail de façon à minimiser l’exposition des travailleurs à ces substances. L’utilisation d’équipement de protection individuelle devrait constituer une solution de dernier recours.
- Les individus ont le droit (en vertu des lois fédérales et de la Loi sur la santé et la sécurité du travail) de refuser d’effectuer un travail qui les expose à des substances cancérogènes¹. Cependant, les travailleurs ne sont pas toujours informés des risques à la santé des substances chimiques et ceux qui occupent des emplois précaires ne sont que rarement en mesure d’exercer ce droit.
- Le soutien des équipes de santé au travail aux petites et moyennes entreprises est souvent le seul mécanisme existant pour les aider à minimiser l’exposition de leurs travailleurs à des cancérogènes.

Analyse des disparités

- À Montréal, les secteurs d’activité économique (SAE) où plus de 25 cancérogènes ont été répertoriés sont : **l’industrie chimique, la construction, le commerce, les services commerciaux et personnels et les services publics**. Mais on trouve des travailleurs exposés à au moins un cancérogène dans tous les SAE.
- Au Québec en 2006, près de 100 000 jeunes travailleurs (**15-24 ans**, 15 % de la population active québécoise), travaillaient dans 26 secteurs d’activités où plus de 15 cancérogènes ont été identifiés. Ils sont surtout exposés aux HAP, rayonnement solaire, gaz d’échappement diesel et benzène, dans notamment les sous-secteurs d’activités des **restaurants à service complet, établissements de restauration à service restreint et stations-services**.

¹ Labrèche, F. et coll. Y a-t-il des cancérogènes dans votre milieu de travail ? Passez à l’action ! Montréal (Québec) : IRSST, 2013. RG-790, 14 pages. www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RG-790.pdf

² Le CIRC classe le risque pour l’Homme en 5 catégories : groupe 1, cancérogène avéré; groupe 2A, cancérogène probable; groupe 2B, cancérogène possible; groupe 3, inclassable; groupe 4, probablement non cancérogène (<http://monographs.iarc.fr/FR/Classification/index.php>)

³ Labrèche F, Substances cancérogènes – Portrait de l’exposition des travailleurs québécois. Rapport R-732. IRSST. 2012

⁴ Chiffres obtenus en se basant sur l’étude SUMER 2010 qui évalue à 10,1% la prévalence des Français exposés à au moins 1 cancérogène en milieu de travail <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=TF%20211>

87

Exposition aux risques biologiques

En santé au travail, la définition européenne de la notion d’agent biologique correspond aux microorganismes (bactéries, moisissures, virus), y compris les microorganismes génétiquement modifiés, prions ou agents transmissibles non conventionnels, les endoparasites humains et les cultures cellulaires¹. L’exposition à ces agents peut engendrer des risques. Ces risques sont de quatre ordres : infectieux, toxiques ou irritants (voir fiche *Intoxications d’origine professionnelle et environnementale*), cancérogènes (voir fiche *Exposition à des cancérogènes*) et immunoallergiques. De nombreux microorganismes sont porteurs d’allergènes. Ces derniers peuvent entraîner une réaction importante du système immunitaire lorsqu’ils entrent en contact avec le corps humain ou y pénètrent. En regard du risque infectieux, la présence de microbes n’implique pas nécessairement la transmission d’une infection. La transmission peut se produire si l’agent infectieux, qui est dans un réservoir, en sort par une porte de sortie, se déplace par une voie de transmission et pénètre par une porte d’entrée dans un hôte réceptif. Les travailleurs peuvent être exposés à des agents biologiques dans 2 types de situations :

- *utilisation délibérée* : on connaît l’identité précise des agents biologiques utilisés, les quantités et les étapes du procédé (ex. laboratoires de recherche);
- *exposition potentielle* : les agents biologiques ne sont pas introduits dans le procédé industriel, mais ils l’accompagnent soit du fait de l’activité elle-même (ex. métiers de la santé, du traitement de l’eau ou des déchets), soit du fait des caractéristiques de l’activité (ex. chaleur, humidité et présence de nutriments favorisant l’installation et le développement d’agents biologiques dans les papeteries).

Certaines maladies infectieuses transmissibles peuvent être contractées par les travailleurs. Par exemple, l’exposition à la tuberculose, l’influenza, les gastro entérites et les zoonoses en milieu de travail sont des risques connus et surveillés. On observe environ une dizaine de cas de transmission professionnelle de tuberculose chaque année à Montréal et leur survenue engendre des jours d’absence et indemnisations (puisque les personnes deviennent contagieuses).

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (11) : [Maladies évitables par la vaccination \(MEV\)](#); [ITSS : VIH-VHC-Syphilis-LGV](#); [Tuberculose](#); [Zoonoses et maladies à transmission vectorielle](#); [Maladies entériques](#); [Infections nosocomiales](#); [MRSI et MSET](#); [Maladies chroniques du foie](#); [Intoxications d’origine professionnelle et environnementale](#); [Rhinite allergique et asthme](#); [Cancers liés aux expositions professionnelles](#)

État de la situation à Montréal	• Certaines activités ou professions sont particulièrement exposées aux risques biologiques comme celles au contact d’humains, de produits d’origine humaine ou encore d’animaux. Dans l’enquête Sumer réalisée en France en 2002-2003, plus de 15 % des travailleurs se déclaraient exposés à des agents biologiques dans le cadre de leur activité. Cette exposition concernait rarement (< 1 %) le cadre d’une utilisation délibérée des agents biologiques. Ce sont en grande majorité les personnes travaillant au contact d’humains ou de produits d’origine humaine qui se déclaraient les plus exposées². • D’après les données disponibles et études réalisées (jusque ~2010), les transmissions professionnelles de virus hématogènes sont des événements rares (et en partie évitables par les pratiques de base, la vaccination quand elle existe, et des mesures de prophylaxie postexposition – PPE – appropriées)³. Par exemple, au Québec, sur les 2 482 infections par le VHC déclarées entre avril 2002 et mars 2004, 8 (soit 0,3 %) sont recensées dans la catégorie « Exposition accidentelle en milieu de travail »⁴. • En 2008 au Québec, près de la moitié des demandes de retrait préventif/réaffectation des travailleuses enceintes impliquait au moins un risque biologique. Cette proportion a doublé entre 1996 et 2008⁵.
Facteurs en amont	• Des démarches de prévention simples pour éliminer les risques biologiques existent. Pour cela, il faut d’abord identifier l’agent, prévenir les expositions et enfin contrôler le risque de réapparition. - o L’identification des dangers et la quantification du risque passent par l’analyse des situations ayant entraîné ou risquant une exposition. - o Des moyens et équipements de protection (individuels ou collectifs) peuvent souvent être mis en place et sont à évaluer au cas par cas. Dans le cas de maladies évitables par la vaccination, s’assurer que les travailleurs sont adéquatement vaccinés est une des solutions possibles. Ainsi un contact avec de la terre ou de la poussière qui pourrait exposer les travailleurs au bacille du tétanos ne serait plus un danger. • L’information et la formation du personnel concernant les risques biologiques auxquels ils sont exposés est importante. Cela leur permet notamment d’acquérir des habiletés en prévention de ces risques et d’adopter des attitudes et comportements sécuritaires. De plus, lorsque l’exposition survient, la connaissance et la disponibilité de mesures de PPE appropriées est primordiale pour une prise en charge adéquat du (des) cas.
Analyse des disparités	• Dans l’enquête Sumer, les travailleurs se déclarant le plus exposés à des agents biologiques travaillaient dans les secteurs de la santé et de l’action sociale (66 % des salariés). • Les policiers, pompiers et agents des services correctionnels interviennent régulièrement dans des situations d’urgence (contact possible avec du sang, des microbes). De plus, les policiers et les agents des services correctionnels œuvrent auprès de détenus et prévenus qui risquent davantage que la population générale d’être atteints de certaines maladies infectieuses⁶. Toutefois, une étude américaine chez les premiers répondants a montré que leur risque d’acquisition du VHC est semblable à celui de la population générale⁷. • Le secteur de l’assainissement (ex. les travailleurs de station d’épuration, de centre de tri et de compostage, les éboueurs) ainsi que les personnels d’entretien et maintenance dans tous les secteurs d’activité sont également d’autres catégories à risque, pour lesquels des mesures de prévention existent et sont applicables².

¹ *Visibilité sur un danger invisible*. Réalités et prévention, la lettre de l’INRS n°43, juin 2014.

² Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle, Résultats Sumer 2003. Direction de l’animation de la recherche, des études et des statistiques, 2006 (<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/DE121fichesfapsumer.pdf>)

³ Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail. MSSS, 2011.

⁴ Facteurs de risque pour l’hépatite C : analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d’infection par le VHC au Québec. INSPQ, 2008.

⁵ Infocentre de santé publique, INSPQ. Données : SISAT depuis 2008, SMEST jusqu’en 2004, MSSS.

⁶ La protection contre les risques biologiques pour les policiers, les pompiers et les agents de services correctionnels. CSST, oct. 2006.

⁷ CDC. « Hepatitis C virus infection among firefighters, emergency medical technicians, and paramedics – selected locations, United States, 1991-2000 », MMWR, juillet 2000, vol. 49, no 29, p. 660-665.

Surexposition aux agents chimiques causant une intoxication

L'exposition au plomb (Pb), à l'arsenic, au monoxyde de carbone (CO) et à d'autres substances dangereuses comme le chrome hexavalent (Cr VI) entraîne un risque de développer une intoxication (professionnelle ou environnementale) à ces différents contaminants. En milieu professionnel, l'intoxication au plomb peut survenir après inhalation (poussières ou fumées) ou ingestion (déglutition de particules inhalées ou problème d'hygiène) de Pb ou de ses composés minéraux. En revanche, l'absorption cutanée (passage par la peau) est faible¹. Les principales formes d'exposition à l'arsenic sont l'inhalation et l'ingestion². La principale source d'exposition au CO, un gaz inodore, incolore, indétectable sans appareil de mesure, provient généralement des gaz d'échappement de moteurs à combustion interne et d'appareils de chauffage à combustibles utilisés dans des endroits mal ventilés. La combustion incomplète de carburants produit du CO dont la quantité varie suivant la qualité du processus de combustion³. Les appareils mal entretenus ou défectueux sont particulièrement dangereux. L'inhalation et l'absorption cutanée sont les principales formes d'exposition professionnelle au Cr VI⁴.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (2) : [Intoxications d'origine professionnelle et environnementale](#); [Cancers liés aux expositions professionnelles](#)

État de la situation à Montréal	- Seules les enquêtes réalisées suite aux déclarations obligatoires d'épisodes d'intoxication (MADO-C) permettent de dresser un portrait des expositions professionnelles à Montréal entre 2006 et 2012⁵. Ce portrait est une sous-estimation de la réalité pour certains agents chimiques, les MADO-C étant souvent sous-déclarées. - L'exposition au Pb est la principale cause d'intoxication d'origine professionnelle déclarée par les laboratoires à Montréal (76 %). Les expositions au Pb étaient liées principalement à la fonte de métaux (76 %), suivies loin derrière par le travail dans des ateliers de radiateurs (10 %), des procédés industriels non spécifiés (7 %), ainsi que d'autres expositions qui cumulent ensemble 5 % des intoxications au plomb, telles que la soudure, les peintures, les poussières, le sablage au jet et autres isolants. - L'arsenic inorganique est le 2^e agent chimique ayant causé le plus d'intoxications déclarées (mais seulement 1 % des épisodes, ~10/an). Les expositions étaient presque toutes liées à la fonte des métaux. - Le benzène est le 3^e agent chimique avec 61 épisodes d'intoxications, 60 ayant eu lieu en 2006 et 1 en 2007. Le caractère ponctuel dans le temps de ces épisodes n'est pas clair (2/3 des sources d'expositions étaient inconnues). Pour celles qui sont connues, 26 % étaient attribués aux fuites de combustible. - Le Cr VI est le 4^e agent chimique en importance (~1 % des épisodes, ~8/an). Les expositions étaient liées à la peinture à métal (33 %), aux procédés industriels (27 %), au placage industriel (22 %), à la fonte des métaux (11 %) et aux dégraisseurs (4 %). - Le CO arrive au 5^e rang parmi les agents chimiques (5 épisodes/an). Les sources connues d'exposition étaient les chariots élévateurs (25 %), les fournaies-chaudières (17 %), les polisseuses de béton (6 %) et l'automobile (6 %). Une source sur 3 était inconnue. - Les sources d'exposition environnementale les plus communes de CO sont les fournaies de chauffage et les chauffe-eau, les véhicules moteurs, les petits outils et les chauffages d'appoint. Deux tiers des ménages ont au moins 1 source de CO dans leur domicile. Parmi eux, moins d'un tiers a installé un avertisseur de CO⁶. Plusieurs sources d'exposition au Pb n'existent plus de nos jours (retrait du Pb de l'essence et diminution dans les nouvelles peintures). On en trouve encore dans certains édifices de Montréal ou les loisirs comme le tir au fusil⁷.
Facteurs en amont	- L'exposition des travailleurs au Pb peut être influencée par : « les sources de plomb dans l'entreprise, les procédés générant des fumées et des poussières contaminées, la ventilation générale et locale, l'entretien ménager dans l'entreprise, l'équipement personnel fourni par l'entreprise, les installations sanitaires, les règles administratives, la tâche du travailleur, les habitudes et l'hygiène personnelles. Ces habitudes peuvent être fortement influencées par l'organisation dans le milieu de travail. »⁸ Tous ces facteurs sont également à considérer pour les autres substances chimiques présentes dans les milieux de travail. - Le CO peut exposer plusieurs travailleurs en même temps. À Montréal de 2006 à 2012, pour 22 signalements de dépassement de la norme en milieu de travail, 263 travailleurs s'y trouvaient surexposés⁹. - En milieu de travail, le programme <i>Pour une maternité sans danger</i>, permet de protéger la femme enceinte, l'enfant à naître et l'enfant allaité d'une exposition professionnelle à risque aux agents chimiques.
Analyse des disparités	- Les métiers les plus exposés aux intoxications au Pb sont : manœuvres de la métallurgie (18 %); mouleurs, noyauteurs, fondeurs de métaux (15 %). Pour l'arsenic, on trouve les : mécaniciens et réparateurs de machines industrielles, agricoles et de construction (13 %); grilleurs, cuiseurs et sécheurs de produits chimiques et de matières analogues (13 %). Pour le Cr VI : galvaniseurs, métalliseurs et travailleurs assimilés (60 %); peintres et décorateurs d'articles manufacturés (29 %). - Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à l'intoxication environnementale au Pb. D'une part, la proportion de Pb ingérée qui est absorbée atteint 42 à 66 % chez l'enfant alors qu'elle n'est habituellement que de 8 ou 9 % chez l'adulte. D'autre part, les jeunes enfants ont tendance à porter les objets à la bouche¹⁰.

¹ Groupe scientifique sur l'eau. Fiche arsenic. INSPQ 2002.
² CAREX Canada. Arsenic et ses composés. Monographie du CIRC, Vol.23, Suppl.7 (1987).
³ http://www.csst.qc.ca/prevention/reptox/pages/fiche-complete.aspx?no_produit=1172
⁴ CAREX Canada. Chrome hexavalent. Monographies du CIRC, Vol. 49 (1990).
⁵ Fichier MADO-C Montréal 2006-2012.
⁶ http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/monoxyde_de_carbone_co/problematique.html?L=1%27
⁷ Wong S. et coll. Taux de plomb, de mercure et de cadmium chez les canadiens. Statistique Canada, Rapports sur la santé, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2008.
⁸ Turcot J. L'exposition au plomb. CSST 2003.
⁹ Vergara D. Le signalement des situations hors norme à Montréal : Bilan et analyse 2006-2011. DSP-ASSM 2013.
¹⁰ http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/227-DefinitionMADO_Plomb.pdf

DÉTERMINANT

Exposition au bruit en milieu de travail

La norme québécoise d’exposition au bruit est de 90 décibels pondéré A (dB(A)) pour 8 heures. Cette norme est basée sur la méthode de mesure du bruit d’OSHA qui prévoit que la puissance sonore double à chaque augmentation de 5 dB¹. En 1994, le réseau de santé publique en santé au travail a adopté comme seuil d’intervention préventif pour le bruit une exposition de 85 dB(A) pour 8 heures. Ce seuil est basé sur la norme ISO qui prévoit que la puissance sonore double à chaque augmentation de 3 dB². La méthode de mesure ISO est beaucoup plus sensible pour évaluer le risque de développer une surdité professionnelle que la méthode OSHA. Lorsqu’aucune mesure environnementale n’est disponible, on considère qu’un travailleur est exposé à un niveau de bruit supérieur à 85 dB(A) lorsqu’il doit élever la voix pour tenir une conversation avec un interlocuteur situé à 1 mètre de distance³. À part la surdité, le bruit a divers impacts sur la santé : augmentation du risque d’accident au travail, stress, fatigue, mais il en a également sur la santé mentale et le développement de TMS⁴.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (4) : [Surdité](#); [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Troubles musculo-squelettiques \(TMS\)](#); [Hypertension](#)

État de la situation à

- D’après les données de l’EQSP, 5,5 % des travailleurs montréalais, soit environ **51 000** personnes, estiment être exposés souvent ou tout le temps à du bruit suffisamment intense pour rendre difficile une conversation, même en criant⁵.
 - De plus, 13 % des travailleurs indiquent y être exposés de temps en temps.
 - La proportion de travailleurs montréalais exposés au bruit est similaire à l’ensemble du Québec (7 %).
 - Les hommes montréalais semblent significativement moins exposés que les hommes du reste de la province (9,2 % c. 12,1 %)⁶.
- Le bruit est l’agresseur le plus souvent mesuré dans les établissements montréalais et également le plus souvent retenu dans les programmes de santé spécifiques aux établissements. Une intervention conjointe avec la CSST pour une exposition à un niveau sonore de 100 dB(A) ou plus a été nécessaire dans 5,4 % des mesures effectuées⁷.

Facteurs en amont

- La réduction du bruit à la source est le moyen le plus efficace pour réduire le risque de surdité professionnelle.
- Il existe plusieurs barrières à la mise en place de mesures de réduction du bruit à la source : exposition au bruit considérée comme inévitable ou non prioritaire, méconnaissance du risque et des moyens adéquats pour réduire le bruit à la source, absence de politique sur l’achat d’équipements industriels moins bruyants, mesures préventives considérées irréalistes ou trop dispendieuses, accessibilité limitée à des ressources spécialisées en réduction du bruit industriel, manque de soutien aux employeurs de la part des organismes gouvernementaux, fausse croyance de la part des employeurs qu’il suffit de fournir des protecteur auditifs pour prévenir la surdité⁸.
- Bien que la norme légale d’exposition soit de 90 dB(A), le réseau public de santé au travail et la CSST interviennent conjointement pour déployer des efforts de réduction du bruit à la source seulement lorsque les travailleurs sont exposés à des doses de bruit égales ou supérieures à 100 dB(A) pour 8 heures.
- La prévention de la surdité professionnelle basée sur le port de protecteurs auditifs est très souvent inefficace parce que les programmes de protection auditive (sensibilisation et information continues des travailleurs, politiques sur le port des protecteurs, choix des protecteurs, etc.) sont soit inexistants, soit mal conçus ou mal appliqués par les employeurs⁹.

Analyse des disparités

- Les **hommes** sont trois fois plus nombreux que les femmes à être exposés à du bruit intense au travail⁶.
- Près d’une personne sur cinq est exposée au bruit dans les **professions manuelles** contre environ 7 % pour les professions mixtes et 2,6 % pour les professions non manuelles⁶. Ces différences sont également observées par sexe¹⁰.
- La prévalence de l’exposition au bruit varie fortement selon le **niveau de scolarité** complété (primaire : 14 %, secondaire ou collégial : 8 %, universitaire : 2 %)⁶.
- Les **cadres, les professionnels et le personnel de bureau** sont les catégories socio-professionnelles les moins exposées au bruit (jusqu’à 4 fois moins)^{7,6}.
- Les secteurs d’activité économique où les travailleurs sont le plus exposés au bruit sont les **secteurs de la fabrication et de la construction** (environ 1 travailleur sur 5)^{11,6}.
- Les interventions conjointes avec la CSST dans les établissements où l’exposition au bruit dépassait 100dB(A) étaient significativement plus élevées dans les secteurs d’activité suivants : **Fabrication de produits en métal, Bois (sans scieries), Équipement de transport**⁷.

¹ Occupational Safety and Health Administration, Standard 1910.95, Occupational Noise Exposure.
² International Standard Organisation, Norme 199 :1990, Acoustique – Détermination de l’exposition au bruit en milieu professionnel et estimation du dommage auditif induit par le bruit.
³ Protocole « Tempo », Services cliniques de dépistage. Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ, révisé juin 2013.
⁴ Stansfeld S. Noise pollution: non-auditory effects on health. British Medical Bulletin. 2003; 68 : 243-257.
⁵ Infocentre de santé publique à l’INSPQ, données EQSP 2008.
⁶ Traoré I. et coll, EQSP 2008 : présentation des données régionales sur la santé au travail. Recueil Statistique. ISQ 2012.
⁷ Vergara D., Le signalement des situations hors norme à Montréal : Bilan et analyse 2006-2011. ASSM 2013.
⁸ Davies H et coll. A multidisciplinary study of factors infuencing hazard reduction strategies, using noise exposure and hearing lost as a model, WorkSafeBC, 2009.
⁹ Verbeek JH et all, Interventions to prevent occupational noise induced hearing loss (review) The Cochrane collaboration, 2009.
¹⁰ Vézina et coll. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d’emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, IRSST, INSPQ et ISQ.
¹¹ MSSS, *Le travail un déterminant important de la santé*, données EQSP 2008.

DÉTERMINANT

Exposition à des facteurs de risque psychosociaux au travail

Les facteurs de risque psychosociaux en milieu de travail considérés ici sont les contraintes organisationnelles reconnues et mesurées dans plusieurs études internationales et québécoises, dont la faible latitude décisionnelle (indice qui mesure entre autres la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s’y rattachent), l’exigence psychologique élevée du travail et le manque d’appréciation des efforts au travail ainsi que les situations de travail exigeantes. Ces facteurs de risque sont notamment associés à une prévalence plus élevée de la détresse psychologique attribuable au travail. Par ailleurs, le stress généré par cette exposition aux facteurs de risque psychosociaux contribue au développement de troubles musculo-squelettiques et aux accidents du travail¹.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (5) : [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Troubles musculo-squelettiques \(TMS\)](#); [Traumatismes intentionnels](#); [Hypertension](#)

État de la situation à Montréal	- Quasiment un travailleur montréalais sur deux (44 %) est exposé à une faible latitude décisionnelle et un sur trois (36 %) à une demande psychologique élevée, sans différence significative selon le sexe². - Ce sont près de 15 % des travailleurs montréalais qui vivent des tensions au travail, c’est-à-dire 137 100 personnes qui cumulent une demande psychologique élevée et une latitude décisionnelle faible, situation pour laquelle la prévalence de la détresse psychologique est la plus élevée. - Les travailleurs de Montréal sont plus exposés que ceux du reste de la province à des exigences psychologiques élevées au travail (36 % c. 34 %), et perçoivent plus fréquemment leurs efforts comme insuffisamment appréciés³. - Néanmoins, à l’échelle de la province, près de 90 % des travailleurs perçoivent que leurs efforts sont appréciés, leur travail facilité par leur supérieurs et leurs collègues et ne ressentent pas d’hostilité de la part de ces derniers. - D’après l’enquête EQCOTESST, 1 québécois sur 2 est exposé à un faible soutien au travail et 1 sur 4 fait face à un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance de son travail¹.
Facteurs en amont	- L’environnement organisationnel et social du milieu de travail (tels que culture d’entreprise, organisation et structure du travail, de la production, de la formation, de la santé au travail) agit sur les différentes contraintes psychosociales auxquelles font face les travailleurs⁴. - Les facteurs personnels peuvent aussi jouer un rôle dans l’exposition aux facteurs de risque psychosociaux, comme par exemple l’ancienneté dans l’entreprise sur les tâches assignées ou le soutien des collègues⁴. - L’exposition aux contraintes biomécaniques, au bruit, aux solvants etc. contribue à moduler la perception de l’exposition aux facteurs de risque psychosociaux¹.
Analyse des disparités	- Près de 3 jeunes montréalais de 15-24 ans sur 4 ont une faible latitude décisionnelle, contre environ 40 % pour les autres groupes d’âges. - Les professions manuelles comportent une plus faible latitude décisionnelle, mais une demande psychologique moins élevée, aboutissant toutefois à une tension au travail deux fois plus importante que pour les professions non manuelles et mixtes². - Au sein des groupes prioritaires 1 à 3 tels que définis par la CSSST⁵, les hommes sont plus exposés à une faible latitude décisionnelle, mais moins exposés à des exigences psychologiques élevées. Chez les femmes, elles sont plus exposées à des exigences psychologiques élevées et perçoivent également plus d’hostilité de la part de leurs collègues et/ou supérieurs³. - De manière générale, les professions manuelles, les jeunes, les personnes moins diplômées cumulent une plus faible latitude décisionnelle, peu de reconnaissance et un travail généralement moins exigeant psychologiquement. À l’inverse, les professions mixtes, les cadres, ainsi que les professions des secteurs publics et parapublics ont souvent un travail plus exigeant sur le plan émotionnel, avec plus d’exigences psychologiques et plus de responsabilités. - Par exemple, la faible latitude décisionnelle est particulièrement présente dans le secteur de l’hébergement-restauration et les exigences psychologiques élevées sont fortement présentes dans le secteur des soins de santé³.

¹ Vézina, M. et coll. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d’emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, IRSST - INSPQ et ISQ.
² Rapport de l’onglet Plan commun de surveillance produit par l’Infocentre de santé publique à l’INSPQ, données EQSP 2008.
³ MSSS, *Le travail un déterminant important de la santé*, données EQSP 2008
⁴ Stock et coll., *Quelle est la relation entre les troubles musculo-squelettiques liés au travail et les facteurs psychosociaux?* Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. 2013.
⁵ Voir Glossaire pour la définition des secteurs d’activités économiques selon 6 groupes prioritaires.

Couverture populationnelle des PCP en prévention et gestion des maladies chroniques

Les PCP (pratiques cliniques préventives) reliées à la prévention et à la gestion des maladies chroniques sont généralement réalisées dans les milieux cliniques de 1^{re} ligne, et comprennent le counseling sur les saines habitudes de vie, le dépistage (hypertension, dyslipidémie, diabète) et la prescription de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques préventifs^{1,2}. La couverture populationnelle du dépistage du cancer est abordée dans la fiche de ce nom. Lorsqu'elles sont intégrées aux services de 1^{re} ligne, ces PCP permettent de rejoindre une grande proportion de la population³. Une analyse américaine a démontré que l'usage optimal des PCP en maladies chroniques permettrait d'épargner 208,5 années potentielles de vie perdues (APVP) par 10 000 personnes et ce, pour chaque année d'intervention⁴.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (6) : [Hypertension](#); [Diabète](#); [Dyslipidémie](#); [Maladies cardiovasculaires](#); [Maladie pulmonaire obstructive chronique \(MPOC\)](#); [Maladies neurodégénératives](#)

État de la situation à Montréal	• Selon une enquête effectuée en 2010 auprès des Montréalais ayant une « source habituelle de soins médicaux de 1^{re} ligne » : - o 40 % ont discuté de leurs habitudes alimentaires avec un médecin ou une infirmière au cours des 2 années précédentes et 36 % ont reçu des recommandations en lien avec leur alimentation (à titre comparatif, ces proportions pour la Montérégie sont respectivement de 44 % et 39 %)⁵; - o 44 % des Montréalais ont discuté d'activité physique avec leur médecin et 39 % ont reçu des recommandations (Montérégie : 48 % et 44 %)⁵; - o 46 % furent questionnés au sujet de leur statut tabagique et 60 % des fumeurs ont reçu une recommandation de cesser (Montérégie : 45 % et 66 %)⁵. • À Montréal, en 2012, 71 % de la population de ≥ 15 ans (1 170 800 personnes) dit avoir fait mesurer sa pression artérielle au cours de l'année précédente et 81 % de la population de ≥ 40 ans rapporte avoir passé un test de glycémie dans les 3 dernières années (757 900 personnes)⁶. • En 2010, 87 % des Montréalais ayant une source habituelle de soins médicaux de 1^{re} ligne et pour lesquels le test de dépistage de l'hypercholestérolémie est recommandé ont été exposés à cette PCP⁵. Prévalence des PCP à Montréal selon l'Enquête populationnelle 2010⁵
Facteurs en amont	• Les principaux facteurs influençant l'exposition de la population à des PCP en maladie chronique sont l'accessibilité aux services préventifs en temps opportun et la continuité des soins. En effet, le fait d'avoir un médecin de famille est le facteur le plus important en lien avec l'exposition aux PCP^{5,7}. La proportion de patients exposés aux PCP augmente aussi avec le temps de fréquentation d'un même service de 1^{re} ligne (à l'exception des PCP reliées au tabagisme)⁵. • Plusieurs barrières à l'implantation des PCP sont évoquées par les médecins, dont certaines barrières de nature organisationnelle : manque de ressources, manque de temps pendant la consultation, rémunération inadéquate, manque de formation, etc². • Les croyances des médecins influencent également l'implantation de PCP (perception de leur rôle, doutes sur l'efficacité des pratiques préventives, etc.)². De plus, les médecins n'adoptant pas personnellement de saines habitudes de vie dans leur quotidien sont moins portés à en faire la promotion auprès des patients⁶. • Certaines caractéristiques des patients, telle que leur motivation, favorisent les PCP. De plus, les PCP sont plus fréquentes lors d'exams de routine que lorsqu'un patient consulte pour un problème en particulier⁸.
Analyse des disparités	• Les personnes issues de l'immigration récente, les personnes à faible revenu et les plus jeunes éprouvent des difficultés d'accès à un médecin de famille, principal facteur positivement associé à l'exposition aux PCP^{5,9}. • Les personnes ayant déjà une maladie chronique ou présentant des caractéristiques associées au développement des maladies chroniques sont plus susceptibles d'être exposées aux PCP⁵. Proportion de Montréalais ayant passé un test de dépistage selon l'accès à un médecin de famille (parmi la population ciblée par cette PCP)⁷

¹ Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008, MSSS, 2008.

² Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, MSSS, 2007.

³ La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais, DSP Montréal, 2012.

⁴ Maciosek, M.V. et al, Greater use of preventive services in U.S. health care could save lives at little or no cost, Health Affairs, Vol. 29, No. 9, 2010.

⁵ Les pratiques cliniques préventives : Résultats de l'enquête populationnelle 2010, DSP de Montréal et INSPQ, 2012.

⁶ <http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Outil/Chiffres-cl %C3 %A9s/TOPO2012/ChiffresclesTOPO-MTL.pdf>, consulté en juillet 2014.

⁷ Enquête TOPO 2012, DSP Montréal, 2012.

⁸ Soto, J. et al, Pratiques cliniques préventives et besoins pour leur intégration chez des médecins d'un centre hospitalier universitaire à Montréal, Rev can santé publique, Vol. 101, No. 1, 2010, p. 65-71.

⁹ La santé des Montréalais selon l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, DSP Montréal, 2008.

Couverture populationnelle du dépistage du cancer

Le dépistage du cancer permet de déceler la maladie à un stade pré-symptomatique, contribuant à l’amélioration des taux de réussite des traitements. Le cancer du sein (dont le test de dépistage, la mammographie, fait l’objet du Programme québécois du dépistage du cancer du sein ou PQDCS), le cancer colorectal (dépistable grâce au test de recherche de sang occulte dans les selles, RSOS, ou à la coloscopie) et le cancer du col utérin (dépistable à un stade précancéreux grâce au test Pap) comptent parmi les cancers pour lesquels le dépistage fait partie des soins préventifs.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (3) : [Cancer du col de l’utérus](#); [Cancer du sein](#); [Cancer colorectal](#)

État de la situation à Montréal

Facteurs en amont

Analyse des disparités

- En 2012, **183 500** (78 %) femmes montréalaises de 50-69 ans ont passé un test de mammographie de dépistage au cours des 2 dernières années¹. La couverture populationnelle du PQDCS augmente depuis son implantation en 1998, cependant, les taux montréalais sont systématiquement parmi les plus faibles de la province^{2,3,4}.
- En 2012, 21 % des Montréalais (109 100) de 50-74 ans ont passé un test de RSOS au cours des 2 dernières années. À l’échelle canadienne, on note une amélioration de la couverture populationnelle de ce test de dépistage au cours des dernières années⁵.
- En 2012, 70 % des Montréalaises de 18-69 ans (462 500 femmes) ont passé un test Pap pour le dépistage du cancer du col de l’utérus (3 dernières années)¹. Selon l’EQSP (2008), le taux de participation au dépistage du cancer du col utérin ne diffère pas de manière significative entre Montréal et le reste de la province⁶.

Taux de participation au PQDCS, femmes de 50-59 ans, Montréal et reste du Québec

Année	Montréal	Reste du Québec
1999-2000	34%	46%
2000-2001	34%	49%
2001-2002	35%	52%
2002-2003	39%	55%
2003-2004	43%	58%
2004-2005	45%	61%
2005-2006	46%	62%

- Avoir un médecin de famille favorise la participation aux tests de dépistage^{7,8}.
- Des facteurs cités comme étant des barrières à la participation aux tests de dépistage des cancers du sein et du col utérin comprennent un manque de connaissances des recommandations à l’égard du test, une appréhension de la douleur et de l’inconfort associée aux tests, des difficultés à comprendre le français ou l’anglais et des difficultés d’accès au transport pour se rendre au centre de dépistage^{8,9}.
- La perception des médecins à l’égard de l’efficacité du test et de la probabilité de participation du patient ainsi que le niveau de connaissance des lignes directrices sont d’autres facteurs qui influencent l’exposition des patients aux tests de dépistage^{8,10}.

- Les **immigrantes** sont moins susceptibles de passer un test de dépistage du cancer du sein ou du cancer du col utérin que les non-immigrantes^{11,12}.
- Un revenu** et une **scolarité** élevés sont associés à une exposition plus élevée au test Pap et à la mammographie de dépistage^{7,11,12}.
- Les femmes de 20-44 ans sont proportionnellement plus nombreuses à se faire dépister pour le cancer du col de l’utérus (>70 %), cette proportion n’est que de 45 % parmi les femmes de **65-69 ans**¹³.
- Les **femmes** sont plus susceptibles de passer un test de dépistage du cancer colorectal que les hommes; cette différence s’accroît avec l’âge⁵.

Participation au test de dépistage du cancer du col de l'utérus (test Pap) selon la scolarité, Montréalaises de 18-69 ans, 2012¹

Scolarité	Taux de participation
Avec DES	72%
Sans DES	55%

¹ Enquête TOPO 2012, DSP Montréal, 2012.

² http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/pqdc/problematique.html, consulté en juillet 2014.

³ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, Système d’information du PQDCS (INSPQ), 1999-2000 à 2012-2013.

⁴ Bilan 2009-2012 du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, MSSS et INSPQ, 2014.

⁵ Mise à jour sur le dépistage du cancer colorectal au Canada, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.

⁶ Infocentre de santé publique de l’INSPQ, EQSP (ISQ), 2008.

⁷ Hanson, K. et al, Factors influencing mammography participation in Canada: an integrative review of the literature, Current Oncology, Vol. 5, No. 16, 2009, p. 65-75.

⁸ Bryant, H. et al, Perception versus reality : Overcoming barriers to colorectal cancer screening, Le médecin de famille canadien, Vol. 54, avril 2008, p. 495-497.

⁹ Murphy, K.J. et al, Canadian Consensus guidelines on HPV, Chapter 5: Screening for cervical cancer, JOGC, Vol. 29, No. 8, 2007, S27-S36.

¹⁰ Cabana, M.D. et al, Why don’t clinicians follow clinical practise guidelines?, JAMA, Vol. 282, No. 15, 20 octobre 1999, p. 1458-1467.

¹¹ Quality determinants of breast cancer screening with mammography in Canada, Canadian Partnership Against Cancer, 2013.

¹² La santé des Montréalais selon l’enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Recueil statistique, DSP Montréal, 2008.

¹³ Les infections au virus du papillome humain (VPH) et le portrait des cancers associés à ces infections au Québec, INSPQ, 2013.

Accessibilité au dépistage des ITSS

La prévention des ITSS et la promotion d’une pratique sexuelle saine et responsable constitue le premier volet du continuum de services préventifs qui s’appliquent aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). L’offre de dépistage et de traitement des ITSS par les CSSS et les milieux cliniques est essentielle pour éviter les complications liées à ces maladies et la transmission au(x) partenaire(s) sexuel(s). Les populations vulnérables étant particulièrement touchées par les ITSS, des services spécifiques leurs sont réservés. Les Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) s’adressent notamment aux personnes suivantes : hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (HARSAH), personnes faisant usage de drogues par injection ou inhalation (UDII), jeunes en difficulté, femmes en difficulté, personnes détenues en milieu carcéral, personnes autochtones et personnes originaires de pays endémiques.¹

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (2) : [ITSS : Chlamydia et Gonorrhée](#); [ITSS : VIH-VHC-Syphilis-LGV](#)

État de la situation à Montréal

- Un grand nombre d’établissements publics ou privés (CLSC, hôpitaux, cliniques médicales, GMF, centres de réadaptation, milieux scolaires, etc.) offrent des services de dépistage des ITSS à Montréal, dans le contexte de services courants ou de cliniques avec ou sans rendez-vous. Ces services sont également dispensés dans les centres jeunesse, les organismes communautaires (OC) et parfois en pharmacie.²
- En 2012 à Montréal, 84 % des CLSC offraient des services de dépistage des ITSS spécifiquement aux jeunes.³
- En 2013-2014, les six SIDEP de la région de Montréal ont réalisé un total de 8 169 dépistages dans et hors les murs, ce qui représente le tiers des dépistages de la province auprès des populations vulnérables.
- Près de 50 % des dépistages réalisés par les SIDEP ont eu lieu hors les murs, c’est-à-dire directement là où se trouvent les personnes les plus à risque, soit dans les OC, les lieux de consommation de drogues, les saunas, les « sex partys », la rue, les parcs et les unités mobiles. L’offre SIDEP hors les murs est particulièrement développée pour les populations HARSAH et UDII.
- En ce qui concerne spécifiquement le VIH, une trousse de détection rapide (TDR-VIH) a été mise en place dès 2012 dans certains points de service. En 2013-2014, 3 671 tests avec la TDR-VIH ont été effectués dans les milieux cliniques fréquentés en grande majorité par des HARSAH.
- La mise en place de réseaux intégrés de suivi et de traitement de l’hépatite C, principalement en lien avec les SIDEP et les unités hospitalières de recherche, d’enseignement et de soins sur le sida, et l’arrivée de nouveaux traitements plus efficaces ont récemment permis d’améliorer l’accès au dépistage et au traitement des UDII et des personnes originaires de pays où le VHC est endémique.
- Les populations vulnérables aux ITSS peuvent compter sur l’offre de services préventifs de 16 organismes communautaires dédiés à la prévention des ITSS et à la promotion du dépistage auprès de ces clientèles.

Facteurs en amont

- La méconnaissance des ITSS, des services de dépistage et des procédures qui les accompagnent constitue un obstacle majeur à l’utilisation des services par les populations vulnérables.
- Avec seulement 14 infirmières SIDEP réparties sur tout le territoire, dont 7 au CSSS Jeanne-Mance, la pérennité des services de dépistage et de prise en charge des ITSS est un enjeu majeur. Certains SIDEP ne disposent d’aucun poste à temps complet et d’autres peinent à offrir un service permanent (roulement de personnel).
- L’arrimage entre les OC et les CSSS, mis en place depuis plusieurs années, constitue un atout inestimable pour joindre davantage les populations vulnérables. Là encore, la rétention du personnel et le manque d’infirmières sont un enjeu important.
- L’adoption d’ordonnances collectives et l’élaboration d’outils cliniques appropriés à la pratique infirmière de proximité constituent aussi des éléments essentiels pour favoriser le dépistage et la prise en charge des clientèles vulnérables. Des modèles régionaux ont été élaborés pour favoriser leur implantation locale.
- Certaines cliniques à grand débit spécialisées en ITSS facturent les tests de dépistage des ITSS à leurs clientèles, ce qui peut en limiter l’accès pour certaines populations. Des services adaptés aux UDII et offerts dans la plupart des territoires, incluant l’offre de matériel stérile d’injection et le counseling approprié à leur situation, contribuent à augmenter l’offre de dépistage en multipliant les occasions de rencontre avec cette population.
- L’homologation canadienne de trousses de détection rapide de la syphilis et du virus de l’hépatite C pourrait faciliter l’accès au dépistage pour certaines clientèles HARSAH et UDII.

Analyse des disparités

- L’enquête SOM de 2009, auprès de jeunes âgés de 16-24 ans, rapporte que les **filles** sont plus nombreuses à se faire dépister avant de cesser d’utiliser le condom avec leur partenaire régulier (62 % c.37 %).⁴
- L’essentiel de la clientèle rejointe avec les tests TDR-VIH appartient à la communauté **HARSAH** (99 %). Toutefois, ceci reflète davantage l’offre particulièrement développée dans les lieux ciblant cette population. L’offre de tests TDR-VIH aux UDII a débuté en 2014 dans un site communautaire.
- Les **clientèles itinérantes et les UDI** sont victimes d’inégalités sociales en ce qui concerne l’accessibilité et la qualité des services médicaux, en raison de la stigmatisation et des préjugés dont ils font l’objet. Il est connu que cette clientèle fréquente peu les services médicaux. Parmi les UDI, 18 % seraient infectés au VIH et 26 % ne seraient pas au courant de leur infection, tandis que 69 % seraient infectés au VHC et 25 % l’ignoraient.
- Un état de situation est en cours afin d’identifier les occasions de dépistage des ITSS auprès des **populations migrantes** à statut précaire et difficiles à rejoindre, souvent issus de **pays endémiques au VIH et VHC** (2014).

¹ http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?listes_centres_depistages consulté le 8 juillet 2014.

² <http://www.santemontreal.qc.ca/chercher-une-adresse/mots-cles/?motcle=0272> consulté le 10 juillet 2014.

³ Vers des services adaptés aux jeunes de 12 à 25 ans dans les CLSC de Montréal. DSP de l’ASSM, 2013.

⁴ SOM RECHERCHES ET SONDAGES. *Sondage sur les habitudes sexuelles des 16-24 ans et le port du condom*. 2009.

DÉTERMINANT

Couverture vaccinale (CV)

La CV d’une population indique la proportion des personnes protégées contre différentes maladies. Elle permet de juger du niveau de protection, selon un seuil minimal de couverture vaccinale atteint, d’un groupe ou d’une population en cas de contact avec la maladie (éclosion/importation de cas *via* des voyages ou l’immigration). Les CV donnent également un portrait de l’utilisation des services de vaccination. L’offre régionale de vaccination s’aligne sur les recommandations du Protocole d’immunisation du Québec (PIQ). Plusieurs programmes sont ainsi accessibles aux Montréalais. Afin d’atteindre ou de maintenir les taux de CV ciblés, il est essentiel d’améliorer constamment l’accessibilité des services tout en favorisant l’augmentation de la demande par la population. L’organisation des services de vaccination, la promotion auprès du public et la sensibilisation des professionnels de la santé sont des moyens à privilégier pour atteindre les objectifs. L’absence d’un registre provincial de vaccination rend complexe l’évaluation des taux de CV, ce qui contribue à la production de données incomplètes : en CSSS, les données de vaccination sont saisies dans un système local; dans le privé et dans plusieurs centres hospitaliers, les données sont conservées dans les dossiers des patients, non disponibles à des fins statistiques.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (6) : [Maladies évitables par la vaccination \(MEV\)](#); [MRSI et MSET](#); [Maladies chroniques du foie](#); [Maladies entériques](#); [Cancer du col de l’utérus](#); [Infections nosocomiales](#)

État de la situation à Montréal

- Une enquête (2012) montre qu’à Montréal, 82 % des enfants âgés de 2 ans reçoivent les vaccins recommandés pour leur âge, (objectif : 95 %). Plus de 50 % d’entre eux accusent un retard par rapport au calendrier recommandé¹.
- En milieu scolaire, la mise à jour et la complétion du statut vaccinal fait partie des activités régulières :²
 - o au cours de l’année 2013-2014, la CV contre l’hépatite B en 4^e année du primaire a atteint 78 % (obj. : 90 %) et la CV contre le VPH, a atteint 67 % en 4^e année du primaire (obj. : 90 %) et 69 % en 3^e année du secondaire (obj. : 85 %);
 - o depuis 2013-2014, un rappel du vaccin contre le méningocoque C est offert en 3^e année du secondaire;
 - o la campagne de rattrapage de vaccination contre la rougeole en 2011-2012 a permis d’atteindre des taux de CV à Montréal de 78 % chez les élèves du primaire et de 67 % chez ceux du secondaire. Ces résultats sont bien en deçà de la cible (95 %) et plus faibles que celles atteintes au Québec (88 % et 81 %, respectivement)³.
- Seuls 33 % des Québécois de ≥50 ans ont eu un rappel contre le tétanos dans les 10 dernières années ou à 50 ans⁴.
- Chez les ≥60 ans (ciblés par le programme de vaccination gratuit), 55 % avaient reçu le vaccin contre la grippe saisonnière en 2011-2012 et 57 % des ≥65 ans étaient vaccinés contre le pneumocoque, similairement à la province⁴.
- Seuls 31 % des adultes de <60 ans atteints de maladie chronique étaient vaccinés contre l’influenza en 2012-2013⁵.
- La CV des travailleurs de la santé (TS) contre l’influenza (40 % à Montréal pour 2013-2014) est de loin insuffisante (obj. : 80 %) et ne peut assurer la prévention de la transmission de l’influenza en milieu de soins et complique la gestion des éclosions pourtant évitables. Le vaccin est recommandé pour leur propre protection et celle des patients qu’ils côtoient. Les personnes âgées en CHSLD sont plus vulnérables à l’influenza que le reste de la population malgré une CV de 80 %, car elles répondent moins bien au vaccin. La vaccination des TS est primordiale à leur protection.

Facteurs en amont

- La vaccination est un acte qui demande temps et compétences particulières (formation de base et continue).
- L’adaptation au SI-PMI (système d’information en protection des maladies infectieuses, registre provincial) à implanter en 2015 devrait améliorer le suivi des CV mais impliquera plus de temps et d’énergie pour la vaccination.
- L’augmentation de la demande de vaccination en CSSS due, entre autres, à l’accroissement des cohortes de naissances génère une pression sur les ressources. L’ajout fréquent de nouveaux vaccins dans les programmes réguliers crée également une pression puisque les ressources ne sont pas nécessairement ajustées en conséquence. Les CSSS ont toutefois progressé, jusqu’ici, vers leurs engagements régionaux.
- En 2011, plusieurs des recommandations du *Plan d’action provincial de promotion de la vaccination* ont été implantées dans les CSSS. Ainsi, 85 % (obj. : 90 %) des enfants de 2 mois sont vaccinés dans les délais. Il demeure tout de même un écart entre la cible et le résultat. Pour les enfants d’un an, l’écart est encore plus grand (74 % c. objectif de 90 %). La prise de rendez-vous et le suivi des rappels/relances sont des procédures encore trop complexes et leur simplification permettrait d’améliorer le délai de vaccination des enfants de 0-1 an⁶.
- Un quart des parents mentionne la difficulté à obtenir un rendez-vous comme raison de retard à la 1^{re} visite de vaccination, toutefois 1 parent sur 10 indique avoir volontairement retardé la vaccination¹.
- L’hésitation face à la vaccination persiste dans la population et même chez certains TS. Les vacinateurs doivent investir du temps pour tenter de démystifier plusieurs peurs ou fausses croyances.
- Les personnes sans médecin de famille ou consultant peu sont moins à même de recevoir l’information pertinente et d’adopter des attitudes positives à l’égard de la vaccination.
- L’interprétation des carnets étrangers et la vaccination des nouveaux arrivants, nombreux à Montréal, exigent temps et ressources supplémentaires (traduction, communication).

Analyse des disparités

- Les enfants ayant **reçu leur premier vaccin en retard** ont 2 fois plus de risque de ne pas être à jour dans leur vaccination à 2 ans et de ne pas recevoir toutes les doses requises, d’où l’importance de diminuer les retard.
- Également, le **rang de l’enfant** dans la famille ainsi que **l’absence de fréquentation d’un milieu de garde** et le fait d’être **né hors du Québec** sont significativement associés à l’incomplétude vaccinale¹.
- Les enfants dont les **parents croient que les vaccins sont sécuritaires ou utiles** ont des CV significativement supérieures. C’est également le cas si les parents se sentent suffisamment informés sur la vaccination de leur enfant, s’ils pensent qu’il existe des risques à la santé de l’enfant si on retarde sa vaccination et qu’il est acceptable d’administrer 2 injections à la même visite de vaccination¹.
- Il existe des disparités significatives dans les CV entre les écoles, particulièrement entre les écoles privées. Le **ratio infirmière/école et les conditions socio-économiques** pourraient être, entre autres, en cause.
- **Recevoir une recommandation par un professionnel de la santé** est significativement associé à une meilleure CV⁴.

¹ Boulianne N. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2012. INSPQ, 2013.
² Rapport statistique régional, DSP de l’ASSM, juillet 2014.
³ Opération de vaccination contre la rougeole en milieu scolaire. Bilan de la Direction de la protection de la santé publique. MSSS, 2013.
⁴ Dubé E. Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole : 2012. INSPQ, 2013.
⁵ Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants 2012. Réalisation Secteur SESAM. DSP de l’ASSM, 2012.
⁶ Dubé E. Plan d’action pour la promotion de la vaccination au Québec, INSPQ, 2011.

DÉTERMINANT

Couverture populationnelle des soins dentaires

Les soins dentaires se définissent par un ensemble d’actes professionnels de nature diagnostique (examen, radiographie, tests de laboratoire etc.), préventive (nettoyage, application de fluorure ou de scellant, etc.), curative (insertion d’obturations, de couronnes ou d’implants, traitement de canal, détartrage parodontal, etc.), chirurgicale (ablation de dents, tumeur, etc.) ou orthodontique. Ils ne sont pas accessibles pour tous étant donné la couverture d’assurance dentaire publique limitée. En effet, pour les enfants de 9 ans et moins, certains services diagnostiques et curatifs mais non préventifs sont couverts par la RAMQ. Pour pallier ces restrictions, le MSSS a, depuis 1982, confié au réseau de santé publique le mandat de fournir des services préventifs aux enfants. Bien que le *Plan d’action de santé dentaire publique (PASDP) 2005-2015* vise tous les groupes d’âge, les activités préventives sont davantage structurées en milieu scolaire primaire, notamment auprès des élèves à risque élevé de carie dentaire. Pour les prestataires d’une aide financière de dernier recours, depuis une période déterminée, et les personnes à leur charge, des services dont certains préventifs sont également couverts par la RAMQ. De plus, toute personne a droit à des services de chirurgie buccale en milieu hospitalier en cas de traumatisme ou de maladie. Par ailleurs, on estime qu’environ 50 % des Québécois de 35 à 44 ans adhèrent à un régime d’assurance dentaire privé.

Soulignons également l’accessibilité limitée à une mesure préventive populationnelle ayant un rôle dans la réduction des inégalités socioéconomiques en santé dentaire, soit la fluoration de l’eau potable.

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (2) : [Santé buccodentaire](#); [Développement global des tout-petits](#)

État de la situation à Montréal

- La proportion d'élèves ayant consulté un dentiste au cours de la dernière année tend à être moins élevée à Montréal que dans le reste ou l'ensemble du Québec, quel que soit le niveau scolaire primaire public (ex. 79 % c. 85 % en maternelle 5 ans)^{1,2,3}. Dans la métropole, ce sont environ **3 800 enfants** de maternelle 5 ans qui n'ont pas consulté de dentiste dans la dernière année⁴.
- Les services couverts par la RAMQ ont été reçus par seulement 47 % des enfants québécois de 9 ans et moins, en 2012⁵.
- Chez les Québécois de 35 à 44 ans et les dentés de 65 ans et plus en CHSLD à Montréal, Montérégie et Québec, 69 % et 44 % avaient respectivement consulté un dentiste au cours de la dernière année^{6,7}.
- Dans le cadre de l'application du PASDP 2005-2015 à Montréal, 2 933 élèves de maternelle 5 ans (79 %), parmi les 3 708 à risque élevé de carie dentaire, ont bénéficié à l'école d'au moins un suivi préventif et 4 % des élèves de deuxième année à risque de carie dentaire et ayant un besoin d'agents de scellement en ont bénéficié, en 2012-2013⁸.

Utilisation des services dentaires dans la dernière année^{1-3,6}

Maternelle 5 ans	Montréal		79
	Ensemble du Québec		85
2e année	Montréal		87
	Reste du Québec		91
6e année	Montréal		81
	Reste du Québec		84
2e sec.	Québec		79
	Québec		69
%			0 20 40 60 80 100

Facteurs en amont

- Chez les 5-8 ans, la probabilité de ne pas avoir visité le dentiste au cours de la dernière année est de quatre à huit fois plus élevée lorsque les parents eux-mêmes n'ont pas eu une visite².
- Parmi les principales raisons du non-recours aux services dentaires au cours de la dernière année, deux éléments ressortent davantage, soit le manque d'argent et les besoins non perçus. Pour les parents d'enfants de 9 ans et moins, admissibles aux services couverts par la RAMQ, les besoins non perçus sont d'abord invoqués²; lorsque les enfants sont âgés de 11-14 ans, c'est le manque d'argent qui est indiqué en premier³. Environ quatre personnes sur dix de 35-44 ans ne percevaient pas le besoin de traitements ou la nécessité d'une visite de contrôle et près du tiers invoquaient des raisons financières⁶.

Analyse des disparités

- Au Québec, quel que soit l'âge, la probabilité de ne pas avoir visité le dentiste au cours de la dernière année est plus élevée en présence d'un **faible niveau de revenu familial**, d'un **statut d'immigrant récent**, d'une **faible scolarité** et de **l'absence de couverture d'assurance dentaire publique ou privée**^{2,3,6}.
- Les enfants québécois de 9 ans et moins à charge des **prestataires d'une aide de dernier recours** ont bénéficié dans une proportion moindre des services couverts par la RAMQ (39 % c. 48 % pour les autres) et présentent un coût plus élevé par enfant pour les services reçus (229\$ c. 131\$)⁵.

Proportion d'élèves de la maternelle 5 ans ayant utilisé les services dentaires dans la dernière année selon le revenu familial, Montréal, 1998-1999¹

Moins de 30 000 \$	30 000 \$ à 49 999 \$	50 000 \$ ou plus
66	83	92

¹ Brodeur, J.M. et al. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de maternelle et de deuxième année*, Résultats détaillés de la région de Montréal-Centre et comparaison avec l’ensemble du Québec, MSSS et DSP de la région de Montréal-Centre, 2000.

² Brodeur, J.M. et al. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, MSSS, Collection Analyses et surveillance, n° 18, 2001.

³ Brodeur, J.M. et al. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, MSSS, Collection Analyses et surveillance, n° 11, 1999.

⁴ MELs, direction régionale, 1998-1999.

⁵ Régie de l’assurance maladie du Québec, Services dentaires, Tableaux SD.02, SD.03, SD.04, [En ligne]. [\[https://www.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2&LANGUE=fr-CA#PosMiddleTab\]](https://www.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2&LANGUE=fr-CA#PosMiddleTab) (Consulté le 21 mai 2014).

⁶ Brodeur, J. M.et al. *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, MSSS, Collection analyses et surveillance n° 8, 1998.

⁷ Arpin, S. et al. Dental caries, problems perceived and use of services among institutionalized elderly in 3 regions of Quebec, Canada, *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 74, n° 9, 2008, p.807.

⁸ Généreux, M. *Plan d’action de santé dentaire publique 2005-2015*. Bilan régional montréalais des activités 2012-2013, DSP de l’Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013.

DÉTERMINANT

Couverture populationnelle des services préventifs en périnatalité et petite enfance (0-5 ans)

La majorité des pratiques médicales préventives en obstétrique (tabac, alcool, Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance - SIPPE, etc.) et en pédiatrie (suivi du développement, prévention de la négligence, etc.) sont incluses dans le suivi médical préventif. En périnatalité et petite enfance, il est reconnu que plus on intervient tôt, plus c’est efficace. La problématique d’accès à ces suivis préventifs a été documentée aussi bien pour la femme enceinte que pour l’enfant à partir de données recueillies en 2008. Le non-accès en temps opportun aux services préventifs, tout comme le suivi médical de grossesse, ont des conséquences sur le dépistage de certaines situations et pathologies^{1,2}.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (5) : [Santé des nouveau-nés](#); [Développement global des tout-petits](#); [Maladies évitables par la vaccination \(MEV\)](#); [Grossesses à l’adolescence](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#)

État de la situation à Montréal	- L’accès au suivi médical de grossesse est souvent en deçà des pratiques recommandées. On estime que 61 % des Montréalaises enceintes en 2008 ont eu accès à un suivi de grossesse dès le premier trimestre (64 % au Québec) alors que ce devrait être le cas de toutes les femmes enceintes. Près de 9 000 femmes enceintes auraient débuté ce suivi plus tardivement : 33 % au cours de leur deuxième trimestre et 6 % au troisième¹. - En 2009-2010, environ 6 % des 23 036 naissances étaient issues de familles inscrites au programme SIPPE¹. - Depuis 2008, environ 8 900 femmes sont prises en charge annuellement par le programme « maternité sans danger » (retrait préventif) de la CSST³. - En 2012-2013, près de 18 % des femmes enceintes (4 171 familles) ont bénéficié du programme Œufs, lait et oranges (OLO) qui soutient les futures mères dans l’acquisition précoce de saines habitudes alimentaires. - Le pourcentage de visites postnatales à domicile effectuées dans les 72 heures suivant le congé de la maternité, tel que recommandé, était évalué à 82 % par les CSSS montréalais en 2007⁴. Des informations recueillies au cours de la dernière année nous indiquent que le service ne serait plus offert de manière universelle dans tous les CSSS. - En 2008, il n’y avait aucun suivi médical chez 7 % des 0-2 ans, 11 % des 1-3 ans et 21 % des 4-6 ans, alors que la Société canadienne de pédiatrie recommande la prise en charge et le suivi médical préventif pour tous les enfants dès les premières semaines qui suivent leur naissance¹.
Facteurs en amont	- À Montréal, seulement 22 % des suivis de grossesse (43 % au Québec) et 44 % des suivis des enfants de 0-5 ans sont effectués majoritairement par des médecins de famille, le reste étant effectué par des médecins spécialistes. Ceci est un facteur à considérer dans le déploiement des services de première ligne¹. - À Montréal, il n’y a pas d’avis de grossesse. - Les CSSS vivent de nombreux défis dans le maintien de leur offre de services préventifs auprès des femmes enceintes et des tout-petits. De 2000 à 2012, une hausse des naissances de 20 %, ainsi que le déploiement de nouveaux services offerts à ces clientèles, ont alourdi la tâche des équipes en enfance-famille⁵. - Une quantité importante d’information de qualité est disponible dans le guide pratique « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à 2 ans ». Toutefois sa distribution dépend de l’accès au suivi médical, ce qui limite l’impact de cette mesure préventive.
Analyse des disparités	- Les problèmes d’accès aux services ont tendance à avoir plus d’impact sur la clientèle qui, traditionnellement, a moins recours aux services existants. Il nous apparaît très probable que les femmes enceintes orphelines de suivi médical regroupent plusieurs facteurs de vulnérabilité : faible niveau socio-économique, sous-scolarisation, immigration récente, problèmes de santé mentale ou de consommation. - Les Guichets d’accès pour les clientèles orphelines (GACO), qui ont pour objectif de référer certaines clientèles ciblées à des omnipraticiens, peinent à répondre rapidement à cette problématique. En 2013, dans un territoire de CSSS possédant un GACO qui priorise les femmes enceintes, presque 100 % des femmes en attente de référence n’ont pas eu accès à une prise en charge au cours de leur 1^{er} trimestre de grossesse. - L’application du programme SIPPE varie d’un CSSS à un autre : composition des équipes, recrutement des familles, priorisation des clientèles, etc. Des interventions éducatives précoces sont aussi déployées dans tous les CSSS, mais les ressources qui y sont dédiées varient d’un territoire à l’autre. - À Montréal, plus les enfants de 0-5 ans vivent dans un milieu défavorisé, moins ils consultent les médecins (omnipraticiens et pédiatres)⁶.

¹ Un Québec riche de tous ses professionnels de la santé. Pour une amélioration dans l’offre de service de première ligne en périnatalité et petite enfance. Organisation des services de première ligne, Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS. 2011.

² Portrait de l’accessibilité et de la continuité des services de maternité et des services de soins primaires pédiatriques (0-5 ans) pour la population de Montréal, Volet groupes de discussion auprès des professionnels et des gestionnaires de la santé, DSP de l’ASSS de Montréal, juin 2012.

³ Données du programme maternité sans danger. Mise à jour 2014.

⁴ Consultation de l’ASSSM auprès des 29 CLSC de Montréal en 2007. Données non publiées.

⁵ Portrait des naissances dans les maternités de Montréal, 2000 à 2009, DSP de l’ASSS de Montréal, novembre 2011.

⁶ L’utilisation des services médicaux chez les enfants montréalais de moins de 5 ans, DSP de l’ASSS de Montréal, 2011.

DÉTERMINANT

Services préventifs spécifiques pour les jeunes

Les services préventifs spécifiques aux jeunes comprennent ceux offerts par les programmes Jeunes en difficulté, Santé mentale des jeunes, Cliniques jeunesse et tout autre service exclusivement réservé aux jeunes quel que soit le lieu dispensant ces services, mais excluant les services dit généraux ou de soins courants. Les services préventifs liés au dépistage des ITSS sont traités dans une fiche dédiée à cette problématique. L'utilisation par les jeunes des services préventifs spécifiques n'est pas documentée à Montréal, mais un tour d'horizon de l'organisation des services disponibles en CLSC a toutefois été réalisé.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (4) : [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Traumatismes intentionnels](#); [Décrochage scolaire](#); [Grossesses à l'adolescence](#)

État de la situation à Montréal

- En 2011-2012, sur 29 CLSC et 3 points de services, 7 CLSC offrent des services préventifs spécifiques aux jeunes de 18 ans et moins alors que 22 CLSC dispensent ces services aux jeunes jusqu'à l'âge de 25 ans¹. Les services spécifiques aux jeunes sont à géométrie variable selon les territoires de CSSS et peuvent inclure ou non des services de type clinique jeunesse²:
 - une grande proportion des CLSC offrent des services spécifiques aux jeunes touchant leur santé sexuelle, certaines habitudes de vie et les suivis psychosociaux [ex. information sur la sexualité (97 % des CLSC), counseling tabac, alcool, drogue (91 %), évaluation et suivi psychosocial (94 %)];
 - 7 CLSC/10 offrent des services de jour et de soir, 9/10 n'en offrent que la semaine;
 - les consultations individuelles sont offertes sans rendez-vous dans 26 CLSC;
 - dans 26 CLSC, la prise de rendez-vous, si nécessaire, est obtenue immédiatement;
 - seulement la moitié des CLSC **soit 16**, déclare offrir des services de type « clinique jeunesse² »;
 - dans 10 CLSC, on retrouve une salle d'attente réservée exclusivement à l'usage des jeunes;
- Des services préventifs sont également dispensés par des professionnels provenant des CSSS au sein du milieu scolaire du secteur public (infirmières et travailleurs sociaux). En 2012, 24 sites de CLSC offrent des services infirmiers à l'école¹.
- Habituellement, les jeunes nécessitant des services plus spécifiques peuvent être référés vers des ressources extérieures aux écoles : services médicaux, services spécialisés, etc. Aucune donnée sur l'ampleur des références extérieures n'est toutefois disponible à Montréal.

Facteurs en amont

- Différents facteurs peuvent avoir un impact sur l'accessibilité des services préventifs spécifiques pour les jeunes tels que :
 - la flexibilité organisationnelle des services (horaire, sans rendez-vous, attente raisonnable);
 - l'accessibilité géographique;
 - la confidentialité;
 - les liens entre les différentes ressources des milieux (CLSC, cliniques médicales, réseau des organismes communautaires, famille, école) et la mise en place de corridors de services;
 - l'adoption d'ordonnances collectives;
 - la participation et l'adhésion de différents acteurs;
 - la présence de services de proximité à l'école;
 - la méconnaissance des services par les jeunes ainsi que de leurs droits d'accès à ces services;
 - la convivialité du lieu de dispensation des services.

Analyse des disparités

- La **diversité des services** : Une gamme de services variés et appropriés pour les jeunes permet de rejoindre un plus grand nombre de jeunes, et de les sensibiliser à un ensemble de problématiques même si elles ne constituaient pas l'objet de leur visite³.
- Les motifs de consultation varient selon le sexe. Les **filles** consultent davantage (près de 4 fois plus), et pour des motifs en lien avec la sexualité tandis que les garçons consultent pour des motifs en lien avec la santé physique, mentale ou un problème psychosocial³.
- Les garçons consultent deux fois plus lorsque **l'école possède une clinique jeunesse en son sein** comparativement à celles qui n'en ont pas.³
- Le délai d'obtention d'un rendez-vous étant tributaire du professionnel impliqué, il est possible de supposer que les jeunes habitant des territoires avec une pénurie de ressources peuvent avoir moins accès aux services que les jeunes vivant sur un **territoire ayant plus de ressources**.

¹ Vers des services adaptés aux jeunes de 12 à 25 ans dans les CLSC de Montréal. ASSM 2012

² Une clinique jeunesse offre des services préventifs et des services curatifs adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes (12-24 ans), de préférence en milieu scolaire ou près des milieux de vie des jeunes (définition tirée du Cadre de référence des services préventifs en clinique jeunesse de la DSP de l'ASSS de la Montérégie).

³ Lajoie E. Portrait de l'utilisation des services cliniques en matière de sexualité chez les Montérégiens de 5^{ème} secondaire, et impact des cliniques jeunes scolaires sur cette utilisation. Rapport de recherche, Université de Sherbrooke, Département des sciences de la santé communautaire. 2001

DÉTERMINANT

Services préventifs en santé mentale

Les services préventifs en santé mentale sont axés sur un continuum de services allant de la promotion et de la prévention aux services de première ligne et aux services spécialisés¹. Certains services présentés dans cette fiche visent la prévention primaire, c’est-à-dire la réduction de l’incidence de nouveaux problèmes de santé mentale, alors que d’autres se situent davantage au niveau de la prévention secondaire et tertiaire. La prévention secondaire vise le dépistage précoce des problèmes de santé mentale afin d’empêcher le processus pathologique, alors que la prévention tertiaire a pour but de réduire les complications ou les séquelles d’un trouble mental².

Fiches *ÉTAT DE SANTÉ* associées (4) : [Problèmes de santé mentale \(adultes\)](#); [Problèmes de santé mentale \(tout-petits et jeunes\)](#); [Traumatismes intentionnels](#); [Maladies neurodégénératives](#)

État de la situation à Montréal	- Soixante pourcent des gens ne vont pas chercher de l’aide en raison de leur méconnaissance de la maladie mentale et par crainte d’être stigmatisés³. Des campagnes d’information, organisées par le MSSS, pour réduire la stigmatisation et la discrimination, ont eu un taux d’exposition jugé très satisfaisant (entre 78 % et 82 %)⁴. - Les CSSS constituent la porte d’entrée des services de prévention secondaire et tertiaire en santé mentale avec la mise en place du guichet d’accès aux services en santé mentale et en dépendances. Deux équipes de santé mentale sont présentes dans chacun des CSSS : pour les enfants et les jeunes et pour les adultes⁵. - Le Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes (RACOR) en santé mentale de l’île de Montréal regroupe et représente près de 90 organismes communautaires qui interviennent en santé mentale auprès de la population montréalaise (ex. formation, groupe d’entraide, suivi dans la communauté)⁶. - Des services d’intervention de crise (7 au total, dont 5 communautaires) sont disponibles à la population adulte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ces services comprennent l’intervention téléphonique de crise, le service mobile « face à face », l’hébergement de crise et le suivi à court terme⁴. - Il existe de nombreux services de prévention du suicide sur l’île, tels que les centres de prévention du suicide, l’intervention téléphonique au moyen de la ligne 1-866-APPELLE et les sentinelles présentes dans différents milieux^{4,7}.
Facteurs en amont	- Une approche de collaboration et de concertation entre les partenaires de services est primordiale afin de favoriser un cheminement plus fluide à l’intérieur du continuum de soins et permettre d’accélérer l’accès aux services requis^{8,9}. - La continuité des services de santé mentale pour les jeunes vers les services aux adultes est un défi de taille. Afin de favoriser l’arrimage de multiples interlocuteurs de services, il importe que la trajectoire de services soit bien définie⁴. - Prendre en considération les préférences de l’usager augmente sa fidélisation au traitement. Il est donc souhaitable de renforcer l’autodétermination de l’usager afin qu’il puisse participer activement aux soins et aux décisions qui le concernent⁸.
Analyse des disparités	- Les hommes ont moins recours aux services psychosociaux que les femmes et ils attendent souvent d’être en crise pour les utiliser¹⁰. - Il est estimé qu’au Canada, seulement 25 % des jeunes âgées de 15 à 24 ans ayant des troubles mentaux vont chercher de l’aide, en comparaison à 40 % chez les adultes³. - Les individus ayant un revenu élevé ou une assurance peuvent recourir à une psychothérapie dans le privé, alors que ceux ayant un revenu plus faible doivent patienter plusieurs semaines, parfois même des mois pour y avoir accès dans le secteur public³. - Les clientèles aux prises avec des problèmes de comorbidité (ex. dépendance) quittent souvent le traitement prématurément et leur état s’améliore moins que les autres¹¹. - Le dépistage et le traitement des problèmes de santé mentale chez les nouveaux arrivants et les réfugiés sont complexifiés notamment à cause des différences culturelles et linguistiques et de facteurs de stress particuliers reliés à la migration¹².

¹ MSSS. Plan d’action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Québec, 2006.

² Normand-Guérrette, D. La spécificité du concept « prévention primaire ». http://www.adaptationscolaire.net/themes/prpr/textes_prpr.htm. Consulté le 4 août 2014.

³ Commissaire à la santé et au bien-être. Rapport d’appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Québec, 2012.

⁴ MSSS. Direction de l’évaluation et Direction de la santé mentale. Évaluation de l’implantation du Plan d’action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Québec, Août 2012.

⁵ Portail Santé Montréal. Santé mentale. <http://www.santemontreal.qc.ca/aide-et-services/servicespartheme/sante-mentale>. Consulté le 4 août 2014.

⁶ RACOR en santé mentale. Présentation. <http://racorsm.com/presentation-0>. Consulté le 15 août 2014.

⁷ Fournier, L., Roberge, P., Brouillet, H. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l’intention des intervenants de première ligne. Montréal, Centre de recherche CHUM, 2012.

⁸ MSSS. Orientations relatives à l’organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS. Québec, Avril 2011.

⁹ ASSS de Montréal. Agir maintenant : Constats et recommandations concernant l’amélioration de l’accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal. 2013.

¹⁰ MSSS. Bilan des projets d’intervention et d’évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité. Québec, Janvier 2012.

¹¹ Ross, D. et Nadeau, L. Pratiques éprouvées et prometteuses, Congrès Rond-Point 2005.

¹² Centre de ressources multiculturelles en santé mentale. Immigrants et réfugiés. <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/fr/clinical-tools/guidelines/immigrants-refugees/>. Consulté le 6 août 2014.

DÉTERMINANT

Organisation de la PCI en établissement

La propagation des infections nosocomiales (IN) s’explique par une série de facteurs : complexité des cas traités, procédures de traitement plus invasives, rythme de travail accéléré entraînant le non-respect des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI), vétusté des installations et déplacements des patients d’un établissement à l’autre¹. Le tiers des IN seraient évitables par des programmes de PCI bien structurés. En 2003, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec estimait que la mise en place de programmes efficaces de PCI permettrait des économies annuelles de 10 à 20 millions de dollars au Québec². L’éclosion de *C. difficile* dans les hôpitaux du Québec en 2004 a permis de mieux baliser la PCI dans les établissements grâce notamment à l’élaboration de documents de référence et de guides de bonne pratique, et à la mise en place ou au maintien de diverses structures (Tables nationale et régionale pour la prévention des IN, programme PCI, comité PCI, comité de gestion des éclosions, audits, etc.) pour l’opérationnalisation des actions de PCI aux niveaux national et régional. Selon le rapport Aucoin (2005) : « *La prévention des IN est d’abord la responsabilité de l’établissement de soins de santé. [...] Il s’agit d’une responsabilité partagée par le conseil d’administration ; le directeur général et son équipe de direction ; le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ; les soignants ; les autres personnels, notamment le personnel de l’entretien ménager et de l’entretien des installations ainsi que l’équipe en PCI.* » Chaque établissement doit ainsi élaborer, mettre en œuvre, maintenir et consolider un programme structuré de PCI. Ce programme doit couvrir 6 volets : surveillance des IN et vigie des problèmes infectieux émergents; politiques, procédures et mesures de soutien; éducation et formation; évaluation; communication et information; gestion des éclosions.

Fiche ETAT DE SANTÉ associée (1) : [Infections nosocomiales](#)

État de la situation à Montréal

- Au cours des 10 dernières années, la lutte aux IN à Montréal s’est mieux organisée et les échanges des médecins, professionnels et infirmières spécialisés en PCI de divers établissements ont été facilités. Les instances mises en place ont permis de mieux comprendre les enjeux liés à la PCI dans les établissements, de partager des outils et des connaissances et d’adopter des mécanismes communs de surveillance et de suivi de gestion.
- Des normes de ratios d’infirmières en PCI, selon les différentes missions, ont été établies par le MSSS et cet indicateur est suivi dans le cadre des ententes de gestion. Plus spécifiquement, les objectifs sont :
 - atteindre les ratios (ETC/lits) d’infirmières en PCI suivants pour les différents types d’établissements : 1/100 (CHU-IU-CAU), 1/133 (CHSGS et CRDP), 1/250 (CHSLD et CHPSY), soit 121,97 ETC à combler;
 - avoir un programme structuré de PCI et un comité PCI fonctionnel;
 - accorder 50 % du temps de travail des infirmières PCI à la surveillance des IN.
- En date du 31 mars 2014, dans la région de Montréal³ :
 - 77 % (10/13) des CHSGS, 60 % (24/40) des CHSLD, 50 % (4/8) des CHU-IU-CAU, 87 % (7/8) des CHPSY et 0 % (0/2) des CRDP atteignent le ratio recommandé d’infirmières selon la mission (**115,15 ETC** disponibles en 2013);
 - tous les établissements ont un comité PCI fonctionnel et 93 % d’entre eux, un programme structuré de PCI;
 - peu d’établissements (4/15) ont complété les 4 étapes de prise en charge des zones grises (voir Glossaire) : cette situation demeure problématique⁴.

Facteurs en amont

- Les ressources (incluant le soutien clérical, les technologies de l’information, les ressources financières, matérielles et d’infrastructures) sont limitées et doivent être priorisées. L’engagement des établissements pour la PCI est essentiel pour permettre l’application des programmes de PCI, surtout en contexte d’optimisation lorsque l’hygiène et la salubrité doivent pallier les problématiques d’ingénierie.
- La surveillance permet de détecter la survenue d’IN et d’éclosions et aide à déterminer les enjeux et priorités spécifiques du programme de PCI de l’établissement afin d’ajuster ses activités et les ressources allouées.
- Le soutien régional et national est essentiel pour l’amélioration de la situation à l’échelle locale. Lancée en juin 2014, la *Campagne québécoise des soins sécuritaires – Volet PCI* propose six grandes stratégies liées aux IN. Menée par l’INSPQ et ses partenaires, cette campagne vise entre autres l’amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Tous les établissements de soins de santé sont invités à participer à la campagne qui s’articule autour d’ensembles de pratiques exemplaires (EPE). Il est conseillé à tous d’adopter la stratégie *L’hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes* ainsi qu’une autre EPE parmi les cinq restantes.

Analyse des disparités

- « Les risques de contracter une infection nosocomiale ne sont pas uniformément répartis au sein des établissements, une part importante de ces risques étant imputable à certains **secteurs de soins spécialisés et à certaines interventions.** »⁵
- Les établissements font face à de nombreux défis pour **valoriser la spécialisation**/fonction d’infirmière PCI, **recruter** et **retenir** du personnel formé et compétent dans ce domaine.
- Le niveau de formation des infirmières PCI n’est pas uniforme. Les **contraintes budgétaires et de ressources humaines** des établissements influencent leur capacité à faire bénéficier leurs infirmières des niveaux complémentaires de formation continue. La **culture de PCI dans l’établissement**, l’organisation et la gestion de la PCI ainsi que la priorité accordée par l’administration au programme de PCI pourraient expliquer les différences observées dans l’atteinte des objectifs.
- Les mesures **d’ingénierie et d’organisation des lieux physiques** (ex. ratio de chambre individuelle avec toilette et douche, configuration des utilités propres et souillées, gestion des excréta), le manque de personnel et **l’organisation du travail** impactent l’épuisement professionnel et l’adhérence soutenue aux mesures de PCI.

¹ Pour guider l’action - Portrait de santé du Québec et de ses régions, MSSS en collaboration avec INSPQ et ISQ, 2011.
² Recommandations de normes en ressources humaines pour les programmes de PCI au Québec, CINQ, INSPQ, 2003.
³ Logiciel TBIG, ASSM, extraction le 30mai 2014.
⁴ Direction des immobilisations, des technologies médicales et services techniques (DITMST) de l’Agence. Tableau synthèse des résultats de l’indicateur sur les zones grises, 2013-2014.
⁵ Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population, MSSS 2008.

DÉTERMINANT

Prise en charge des cas et contacts

La déclaration des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et les signalements aux autorités de santé publique permettent d'exercer une vigie sanitaire afin de protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée et d'intervenir pour contrôler la menace¹. On vise ainsi à prévenir les éclosions de maladies contagieuses ou de maladies causées par une source commune de contamination ou d'exposition dans l'environnement ou au travail².

- Lorsqu'il s'agit d'une maladie infectieuse, la gestion des cas et des contacts étroits d'une infection représentant une menace sérieuse consiste à : effectuer une enquête auprès des cas et rechercher les contacts étroits (selon la période de contagiosité et la date du début de l'infection); s'assurer que les premiers cas soient isolés, bien traités et bien informés; évaluer, informer et effectuer un suivi régulier des contacts étroits, si cela est requis, pour vérifier la conformité aux consignes et la présence de symptômes; identifier et contrôler une source commune le cas échéant; offrir une prophylaxie post-exposition (PPE) si disponible aux contacts étroits et vérifier la présence d'effets indésirables.
- Lorsqu'il s'agit d'un agent non infectieux, les cas sont des personnes exposées au même risque chimique ou physique. La gestion des cas comprend l'identification et le contrôle de la source, l'évaluation de l'exposition, la décontamination et le traitement. On peut aussi procéder à un monitoring biologique et environnemental.
- Un exemple spécifique de prise en charge des contacts est l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP). Les objectifs de l'IPPAP sont d'interrompre la chaîne de transmission de l'infection dans la communauté, de prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée en offrant un traitement précoce aux partenaires³ et d'éviter la réinfection du cas index par un partenaire non traité.

Fiches ÉTAT DE SANTÉ associées (12) : [ITSS : Chlamydia et Gonorrhée](#); [ITSS : VIH-VHC-Syphilis-LGV](#); [MRSI et MSET](#); [Maladies évitables par la vaccination \(MEV\)](#); [Maladies entériques](#); [Infections nosocomiales](#); [Infections invasives à streptocoque du groupe A et légionellose](#); [Zoonoses et maladies à transmission vectorielle](#); [Tuberculose](#); [Intoxications d'origine professionnelle et environnementale](#); [Surdoses de drogues](#)

État de la situation à Montréal

- Annuellement à Montréal, autour de 10 000 MADO (106 chimiques [moyenne 2012 et 2013] et 9 900 infectieuses [moyenne 2006 à 2013], dont 75 % sont des ITSS) sont déclarées au directeur de santé publique chez des résidents, se traduisant ensuite par **3 663** enquêtes épidémiologiques et **274** enquêtes d'éclosions auprès des cas et des contacts⁴.
- De 2006 à 2013, une moyenne annuelle de 1 233 contacts montréalais a été prise en charge par la DSP, dont 60 % pour des cas de tuberculose⁴.
- Concernant les ITSS, on estime qu'au moins 30 % à 35 % des partenaires sexuels des personnes atteintes d'ITSS ignorent leur exposition à l'infection, ce qui justifie la mise en œuvre soutenue de l'IPPAP⁵.
- Une grande partie des démarches est assurée au niveau local (les CSSS doivent réaliser l'IPPAP pour les cas positifs). Toutefois, la DSP prend en charge les interventions préventives pour toutes les personnes atteintes d'une ITS prioritaire (syphilis infectieuse, syphilis latente tardive dont les résultats du test de dépistage sont anormaux, infection gonococcique et infection à *Chlamydia trachomatis*)⁶.

Nombre moyen de contacts Montréalais pris en charge par la DSP, 2006-2013⁴

Tuberculose	756
Hépatites	254
ITS	79
Maladies évitables par la vaccination	63
Maladies entériques	62
Autres	19

Facteurs en amont

- La prise en charge des cas et contacts est influencée par un grand nombre de facteurs tels que :
 - les caractéristiques microbiologiques de l'agent pathogène (sa période d'incubation et sa période de contagiosité s'il s'agit d'un agent infectieux, son mode de transmission);
 - la rapidité du signalement ou de la déclaration lorsqu'un cas est suspecté;
 - la possibilité d'identifier à temps les cas et les contacts ou d'autres personnes exposées;
 - la disponibilité de prophylaxie pré ou postexposition et/ou d'intervention adéquate pour gérer le risque.
- La responsabilité de la gestion et du suivi des cas et de leurs contacts revient à la DSP. Celle-ci a besoin du soutien de plusieurs partenaires pour mener à bien cette mission, notamment : les CSSS, les médecins concernés par les cas, la division de l'inspection des aliments de la ville de Montréal (en collaboration avec le MAPAQ), le LSPQ, etc.

Analyse des disparités

- On ne peut présenter les disparités liées à toutes les prises en charge de cas et contacts puisque chacune est spécifiquement liée aux facteurs en amont précisés ci-dessus.
- En ce qui concerne les ITSS, l'ignorance du risque d'exposition à une ITSS par les partenaires sexuels dépend du **type de relation** : 5 % des partenaires « réguliers », 30 % des partenaires « occasionnels » et jusqu'à 60 % des partenaires « d'aventure » ignorent qu'ils ont été exposés à l'infection. Le recensement de la totalité des partenaires sexuels prend ici tout son sens⁵.

¹ <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado>.
² Guide de traitement des déclarations de MADO et des signalements d'origine chimique ou physique. MSSS, 2011.
³ <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3202/ITSS-Rapport-IPPAP.pdf> consulté le 10 juillet 2014.
⁴ Dossier client informatisé en maladies infectieuses (DCI-MI). 14 août 2014. Seuls les contacts des cas pour lesquels un dossier a été ouvert à la DSP de l'Agence de Montréal sont comptabilisés.
⁵ <http://www.espaceitss.ca/DATA/DOCUMENT/104~v~IPPAP - Aide-memoire court.pdf> consulté le 8 juillet 2014.
⁶ Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires, Le programme en bref, Québec. MSSS, 2004.

GLOSSAIRE

Accronyme / terme	Signification
A.M.	Allaitement maternel
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
AQPS	Association québécoise en prévention du suicide
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
ASSSM	Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal
CAFE	Crise-Ado-Famille-Enfance
CAREX Canada	projet de surveillance nationale qui a pour but d’estimer le nombre de Canadiens exposés aux substances associées au cancer dans les milieux de travail et dans les collectivités
CH	Centre hospitalier
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU-IU-CAU	Centres hospitaliers universitaires (CHU), instituts universitaires (IU) et centres affiliés universitaires (CAU)
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
CO	Monoxyde de carbone
COU	Contraception orale d'urgence
CPRE	Comité provincial des représentants en ergonomie
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSMPP	Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DALYs	Disability-adjusted life years (années de vie perdues ajustées sur l’incapacité due à la maladie)
DCI-MI	Dossier client informatisé - maladies infectieuses
DES	Diplôme d’études secondaires
DSC	Département de santé communautaire
DSP	Direction de santé publique. En l'absence de précision, il s'agit de celle de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal
ÉIQ	Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec
ELDEQ	Étude longitudinale sur le développement des enfants
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ETC	Équivalent temps complet
FTE	Fumée de tabac dans l'environnement
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GMF	Groupe de médecine familiale
Groupe prioritaire 1	Six groupes prioritaires ont été définis par la CSST. Le groupe 1 comprend Bâtiment et travaux publics / Industrie chimique / Forêt et scieries / Mines, carrières et puits de pétrole / Fabrication de produits en métal
Groupe prioritaire 2	Le groupe 2 comprend Industrie du bois (sans scierie) / Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique / Fabrication d’équipement de transport / Première transformation des métaux / Fabrication de produits minéraux non métalliques

Groupe prioritaire 3	Le groupe 3 comprend Administration publique / Industrie des aliments et boissons / Industrie du meuble et des articles d’ameublement / Industrie du papier et activités diverses / Transport et entreposage
Groupe prioritaire 4	Le groupe 4 comprend Commerce / Industrie du cuir / Fabrication de machines (sauf électriques) / Industrie du tabac / Industrie textile
Groupe prioritaire 5	Le groupe 5 comprend Autres services commerciaux et personnels (ex. hébergement, restauration) / Communications, transport d’énergie et autres services publics / Imprimerie, édition et activités annexes / Fabrication de produits du pétrole et du charbon / Fabrication de produits électriques
Groupe prioritaire 6	Le groupe 6 comprend Agriculture / Bonneterie et habillement / Enseignement et services annexes / Finances, assurances et affaires immobilières / Services médicaux et sociaux / Chasse et pêche / Industries manufacturières diverses
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IAB	Initiative Amis des Bébé
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS - mission CLSC
IN	Infections nosocomiales
Indice DEP-ADO : Feu jaune	Regroupe les élèves qui présentent (sous toutes réserves) des problèmes en émergence et pour qui une intervention de première ligne est jugée souhaitable (information, discussion sur les résultats, intervention brève, etc.)
Indice DEP-ADO : Feu rouge	Regroupe les élèves qui présentent (sous toutes réserves) des problèmes importants de consommation et pour qui une intervention spécialisée est suggérée ou une intervention faite en complémentarité avec une ressource spécialisée dans ce type de problème
Indice DEP-ADO : Feu vert	Regroupe les élèves qui ne présentent (sous toutes réserves) aucun problème évident de consommation problématique et ne nécessitent donc aucune intervention, si ce n’est de nature préventive (information, sensibilisation)
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation du Québec
MCF	Maladies chroniques du foie
MDDEFP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs
MDDELCC	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OC	Organismes communautaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
PA	Part attribuable
PASDP	Plan d'action de santé dentaire publique
PCI	Prévention et contrôle des infections
PM 2,5	Particules fines (taille inférieure à 2,5 microns)
PNSP	Programme national de santé publique
PRSM	Plan régional de surveillance de Montréal
RACOR	Réseau alternatif et communautaire des organismes
RC	Rapport de cotes
RSST	Règlement sur la santé et la sécurité du travail
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé

SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAE	Secteur d'activité économique
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SESAM	Surveillance de l'état de santé à Montréal
SHEA	Society for Healthcare Epidemiology of America
SI-PMI	Système d'information en protection des maladies infectieuses : nouveau registre provincial de vaccination
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance : Ce programme est offert aux familles dont la future ou nouvelle mère est âgé de moins de 20 ans ou vit dans l'extrême pauvreté (sans diplôme d'études secondaires et vit sous le seuil de faible revenu)
SISAT	Système d'information en santé au travail
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
SMEST	Système de surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
STM	Société de transport de Montréal
TC	Transport en commun
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UDI	Utilisateur de drogue injectable
UDII	Utilisateur de drogue par injection et par inhalation
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
Zone grise	Tout équipement, matériel et surface dont la responsabilité du nettoyage et de la désinfection n'est pas attribuée

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec

