



Portrait de santé de la population
de la région des Laurentides
De la connaissance à l'action

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec 

Direction de santé publique

COORDINATION

Geneviève Perreault

COMITÉ DE RÉDACTION

Marie-Pier Brisson-Sylvestre
François Lapointe
Sylvie Nadon

TRAITEMENT DES DONNÉES

Barbara Huot
Pascal Latreille
Annie Thériault

MISE EN PAGE ET CONCEPTION GRAPHIQUE

Hélène Michaud
Louise Dubois

RÉVISION LINGUISTIQUE

Élise Prévost

COMMUNICATION

David Gamache Antaya

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE CONTENU DE CETTE PUBLICATION :

Coordination de la surveillance, de la planification, de
l'évaluation et de la recherche
Direction de santé publique des Laurentides
Agence de la santé et des services sociaux des
Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : 450 436-8622
Télécopieur : 450 436-1761
Internet : www.santelaurentides.qc.ca
Courriel : 15agence.dsp.sre@ssss.gouv.qc.ca

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES
LAURENTIDES (2013). *Portrait de santé de la population de
la région des Laurentides - De la connaissance à l'action*,
Saint-Jérôme, Direction de santé publique des Laurentides,
91 pages.

EXPERTISE ET RELECTURE

André Allard
Élise Bertrand
Sandra Boivin
Bruno Cossette
Jean-Claude Dessau
Caroline Duchesne
Pierre Dupont
Stéphane Dupont
Anne-Karine Fortin
Diane Gauthier
Chantal Gosselin
Jean-Luc Grenier
Claire Jutras
Marie-Claude Lacombe
Nadia Lapointe
Nicole Lapointe
Manon Paul
Louis Rousseau

La reprographie à des fins non commerciales est autorisée
à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Réseau Santécom, 2013

ISBN : 978-89547-204-9 (version PDF)

La forme masculine utilisée dans ce texte désigne, lorsqu'il
y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site
Web de l'Agence de la santé et des services sociaux des
Laurentides : www.santelaurentides.qc.ca

© 2013 Agence de la santé et des services sociaux des
Laurentides

Mise à jour février 2014 - corrections apportées page 37



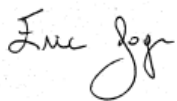
L'état de santé d'une population est tributaire d'un ensemble de facteurs individuels et collectifs qui interagissent dans un contexte démographique, économique et social particulier. Plusieurs acteurs de différents secteurs sont désormais impliqués dans le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population des Laurentides. Dans cet environnement complexe, le système de santé et de services sociaux, de par sa responsabilité populationnelle, joue un rôle primordial tant pour promouvoir la santé et prévenir l'apparition des maladies que pour offrir les soins et services à la population.

Au-delà de répondre à la responsabilité légale d'assurer la surveillance de l'état de santé de la population, le *Portrait de santé de la population de la région des Laurentides – De la connaissance à l'action* vise à rendre utiles les données de santé pour planifier l'offre des services de santé dans la région. En plus de mettre en évidence les principaux problèmes de santé régionaux, le portrait permet d'approfondir la compréhension des causes de ces problèmes et fait ressortir les interventions possibles pour en prévenir l'apparition.

Ce portrait de santé s'adresse à tous les gestionnaires et intervenants régionaux ou locaux du réseau de la santé et des services sociaux qui désirent mieux comprendre les différents enjeux de santé de la région. Il interpelle également les divers partenaires impliqués, de près ou de loin, dans le maintien et l'amélioration de la santé de la population des Laurentides.

Nous espérons que ce portrait s'avérera des plus utiles pour soutenir l'ensemble des acteurs dans la détermination des priorités régionales de santé et la planification des activités dans les domaines d'intervention qui leur sont propres.

Le directeur de santé publique,



Dr Éric Goyer, Md, M.Sc., FRCPC

Avec ses 569 049 habitants en 2012, la région des Laurentides représente 7 % de la population du Québec. La région couvre un vaste territoire de 21 554 km² dont l'occupation et la vocation diffèrent selon les territoires. Composée de sept territoires de réseaux locaux de services (RLS), ceux du sud sont plus densément peuplés et urbanisés alors que les territoires du nord, ruraux, comportent davantage de petites agglomérations. La région se démarque par :

- une croissance démographique parmi les plus fortes au Québec;
- un vieillissement marqué de sa population;
- une plus grande proportion de jeunes.

Globalement, la région connaît des conditions socioéconomiques plutôt favorables au chapitre du revenu et de l'emploi. Il existe toutefois des disparités importantes entre ses territoires et à l'intérieur de ceux-ci. Ses caractéristiques socioéconomiques ont un impact sur l'état de santé de la population.

Les habitudes de vie constituent des facteurs de risque importants dans le développement des maladies chroniques

Les maladies chroniques, telles que le cancer, les maladies cardiaques et les maladies respiratoires, causent environ 70 % des décès. Les constats suivants sur les maladies chroniques 1) soulignent des tendances, 2) soulèvent des problèmes de santé pour lesquels la région se distingue défavorablement du Québec.

- On observe une diminution de la mortalité par maladies chroniques chez les hommes.
- La région se distingue du Québec par une mortalité plus élevée chez les femmes, notamment la mortalité par cancer du poumon et par maladies respiratoires. Cela pourrait découler de leurs habitudes tabagiques antérieures.
- La région présente également une mortalité plus élevée par cancer de la peau, qui suit une tendance à la hausse. Ce type de cancer est associé à l'exposition aux rayons ultraviolets. D'ailleurs, les comportements à risque lors de l'exposition au soleil sont très répandus dans la région.
- L'hypertension et le diabète contribuent au développement de maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires. On retrouve 19 % de la population qui souffre d'hypertension et 7,3 % de diabète. Ces maladies en augmentation sont souvent associées au surplus de poids, qui affecte plus de la moitié de la population adulte.

Plusieurs de ces maladies chroniques sont évitables par l'adoption de saines habitudes de vie. Les trois quarts de la population laurentienne ont au moins une habitude de vie à améliorer. En fait, dans la population :

- près des deux tiers des adultes ne sont pas suffisamment actifs durant leurs loisirs;
- la moitié ont une consommation insuffisante de fruits et de légumes;
- un quart fument la cigarette, dont une forte proportion des jeunes de 18 à 24 ans (32 %).

Même si l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac est en diminution, l'exposition régulière au domicile demeure plus importante dans la région qu'au Québec (13 % c. 9 %). De plus, au-delà du quart des jeunes non-fumeurs sont exposés régulièrement à la fumée de tabac à la maison.



Les maladies infectieuses sont en contrôle sauf pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Les données indiquent que plusieurs infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont en progression importante au Québec et dans la région, surtout chez les jeunes de 15 à 24 ans. Plus spécifiquement, on remarque :

- que le nombre de nouveaux cas de chlamydie génitale par rapport à la population est plus élevé dans la région qu'au Québec;
- la réapparition de cas de la syphilis, qui est désormais présente même chez des jeunes de 15 à 19 ans;
- que le nombre de nouveaux cas d'hépatite C est particulièrement élevé et constant dans la région chez les populations vulnérables.

La vaccination est une mesure essentielle pour contrôler l'apparition de nouveaux cas de plusieurs maladies infectieuses. Toutefois, pour que cette mesure soit efficace, il faut maintenir des taux de couverture vaccinale élevés dans l'ensemble de la population. On observe dans la région que :

- la proportion de nourrissons vaccinés ainsi que le respect des délais prescrits dans le calendrier de vaccination sont à améliorer;
- la baisse des taux de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et l'hépatite B chez les élèves est préoccupante.

La santé mentale et l'adaptation sociale à ne pas négliger

Plusieurs facteurs influencent l'état de santé mentale et psychosociale. Il s'agit principalement du revenu, de la scolarité, du soutien social, du stress, du travail, de l'estime de soi et de la santé physique. À son tour, la santé mentale peut jouer un rôle dans la délinquance et les actes criminels. Même si plus des trois quarts des résidents de la région perçoivent leur santé mentale positivement, plusieurs font face à des problèmes de santé mentale et d'adaptation sociale. En fait, on observe que :

- environ 10 % de la population souffre de troubles mentaux (ex. : dépression, anxiété);
- la problématique du suicide demeure préoccupante même si elle est en diminution;
- la criminalité est plus élevée et les victimes de violence sont plus nombreuses dans la région qu'au Québec.

L'intensité des liens qui unissent les membres d'une collectivité peut favoriser une bonne santé psychosociale. Cet aspect pourrait être renforcé dans la région, car certaines données indiquent qu'elle est plus faible qu'au Québec.

Les blessures sont fréquentes

Les traumatismes non intentionnels sont des blessures involontaires survenues, par exemple, suite à des accidents, des chutes, des intoxications ou des brûlures. Elles peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé et occasionner des limitations d'activités, des hospitalisations et même des décès. Plus de 10 % des personnes rapportent avoir eu une blessure grave durant l'année. Les sports et le travail sont impliqués dans une partie importante des blessures. D'ailleurs, près du quart des travailleurs sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail pouvant les rendre plus à risque de blessures.

Les accidents de véhicules à moteur sont responsables d'une grande partie des décès par traumatisme, particulièrement chez les jeunes et les hommes. Les chutes constituent la principale cause d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels surtout chez les aînés. La région se démarque du Québec par davantage d'hospitalisations :

- causées par une chute chez les moins de 65 ans;
- causées par des accidents de véhicules hors route.



La santé des nouveau-nés sur la bonne voie

Près de 6 000 enfants naissent chaque année dans la région des Laurentides. La majorité d'entre eux sont en bonne santé. Toutefois, certains sont à risque de développer des problèmes de santé et de décès, tels que les nouveau-nés prématurés et de faible poids à la naissance. Les conditions comme la scolarité de la mère, l'âge de cette dernière, ses habitudes de vie durant la grossesse, particulièrement le tabagisme et l'organisation des soins et services périnataux constituent des facteurs importants de la santé du nourrisson. Les données indiquent que :

- la mortalité périnatale décroît et est même inférieure dans la région qu'au Québec;
- les naissances de faible poids diminuent, alors que celles prématurées augmentent légèrement.

L'allaitement maternel constitue un facteur protecteur pour la santé des bébés et des mères. En effet, l'allaitement est bénéfique au bien-être de l'enfant, à son développement global et diminue le risque d'être affecté par plusieurs maladies. Bien que plus de 85 % des bébés soient allaités à la naissance, très peu bénéficient d'un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois (5 %). Cette pratique pourrait être améliorée étant donné que l'intensité des effets de l'allaitement maternel est liée à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement.

Santé des jeunes : des problèmes d'adaptation sociale et des comportements à risque

La majorité des jeunes sont en bonne santé. Néanmoins durant l'enfance, des proportions importantes de jeunes vivent des difficultés socioémotionnelles. Lorsqu'elles persistent, ces difficultés peuvent se traduire par des problèmes d'adaptation à long terme. On remarque dans la région :

- davantage de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) qu'au Québec;
- une hausse de la criminalité chez les jeunes;
- plus de victimes de délits sexuels.

On observe aussi que davantage d'élèves du secondaire expérimentent des comportements à risque pour leur santé. Par exemple, une plus grande proportion d'élèves de la région comparée au Québec :

- ont consommé de l'alcool (64 % c. 60 %) et en ont consommé de façon excessive (46 % c. 41 %);
- ont consommé de la drogue (29 % c. 26 %);
- fument la cigarette (13 % c. 11 %);
- ont eu des relations sexuelles (42 % c. 37 %) et le tiers de ceux-ci n'a pas utilisé de condom.

Un point positif à souligner est la diminution du décrochage scolaire. Toutefois, les efforts sont à poursuivre afin de pouvoir observer un effet bénéfique sur l'adaptation et l'intégration tout au long de la vie.

Les aînés : prévenir la perte d'autonomie

Même si plus des trois quarts des aînés se perçoivent en bonne santé, la majorité est aux prises avec un problème de santé chronique. Il s'agit principalement de l'hypertension artérielle (48 %), de l'arthrite (28 %), du diabète (19 %), des maux de dos (22 %) et des maladies cardiaques (17 %). La combinaison de plusieurs problèmes de santé augmente les risques de perte d'autonomie.

Un peu plus du quart déclarent souffrir d'une incapacité. Cette proportion augmente avec l'âge et conduit plus du tiers des personnes de 75 ans ou plus à avoir besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne. On retrouve également plus d'un aîné sur trois de ce groupe d'âge qui vit seul. Le soutien social de ces personnes est malheureusement plus faible. Ceci soulève l'importance de conserver l'autonomie des aînés.

Avec l'accroissement marqué de la population âgée de la région, la prévention des maladies chroniques et le maintien de l'autonomie des aînés sont des stratégies qui permettront de diminuer les impacts du vieillissement sur les services de santé dans la région.





TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	11
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	12
CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES.....	17
HABITUDES DE VIE.....	23
L'ÉTAT DE SANTÉ.....	27
MALADIES CHRONIQUES	28
SANTÉ BUCCODENTAIRE.....	33
MALADIES INFECTIEUSES.....	36
INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS).....	36
MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION	39
MALADIES ENTÉRIQUES	42
INFECTIONS NOSOCOMIALES.....	44
TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS.....	46
SANTÉ MENTALE ET ADAPTATION SOCIALE	52
LA SANTÉ PAR THÉMATIQUE	61
SANTÉ ENVIRONNEMENTALE.....	62
SANTÉ AU TRAVAIL	72
SANTÉ DES JEUNES	77
SANTÉ DES NOURRISSONS	77
SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS.....	81
SANTÉ DES ÂÎNÉS.....	86
DES ENJEUX QUI RETIENNENT L'ATTENTION.....	90





LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ALV	Appareil de loterie vidéo
AMT	Agence métropolitaine de transport
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
ASSSL	Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
c.	Comparé à
CAPQ	Centre antipoison du Québec
CO	Monoxyde de carbone
CPE	Centre de la petite enfance
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DACD	Diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSP	Direction de santé publique
EQCOTESST	Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FTE	Fumée de tabac dans l'environnement
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPCDC	Initiative sur le partage des connaissances et le développement des connaissances
IQA	Indice de la qualité de l'air
IRIS	Institut de recherche et d'informations socioéconomiques
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infections transmises sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JHA	Jeux de hasard et d'argent
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MDDEFP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OSBL	Organisme sans but lucratif
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RLS Arg	Réseau local de services d'Argenteuil



RLS AL	Réseau local de services d'Antoine-Labelle
RLS DM	Réseau local de services de Deux-Montagnes – Mirabel-Sud
RLS Lau	Réseau local de services des Laurentides
RLS PH	Réseau local de services des Pays-d'en-Haut
RLS RN	Réseau local de services de la Rivière-du-Nord – Mirabel-Nord
RLS TB	Réseau local de services de Thérèse-De Blainville
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SISS	Surveillance des inégalités sociales de santé
TCNS	Table de concertation nationale de surveillance
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TMS	Trouble musculosquelettique
TNI	Traumatismes non intentionnels
UDI	Utilisateurs de drogues par injection
UV	Rayons ultraviolets
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
VTT	Véhicules tout-terrain



Dans le cadre de sa collection *De la connaissance à l'action*, la coordination de la surveillance, de la planification, de l'évaluation et de la recherche de la Direction de santé publique des Laurentides a développé différents outils de diffusion des données de santé de la population dans le but de soutenir la planification des interventions des services de santé et des services sociaux. En 2011, le lancement des *Fiches Regard Santé* et des *Tableaux Coup d'Oeil* a permis de diffuser des données de santé pour les sept territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la région. Ces outils, disponibles sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (ASSSL), fournissent les données de santé les plus récentes à l'échelle régionale et locale et sont mis à jour régulièrement.

Le portrait de santé de la population de la région des Laurentides – De la connaissance à l'action vient compléter ces outils par une analyse plus approfondie permettant de faire ressortir, d'un point de vue régional, les liens entre les déterminants de la santé et l'état de santé de la population. Il analyse les données de santé populationnelles de façon à mieux comprendre les principaux enjeux de santé publique et à les rendre utiles à la planification des interventions et des services de santé pour l'ensemble de la région.

De façon plus spécifique, le portrait documente l'ampleur des problèmes de santé de la population laurentienne et fait ressortir ceux pour lesquels la région se démarque du reste de la province. Il met en évidence les tendances afin de suivre l'évolution des problèmes de santé dans le temps. Lorsque les données le permettent, il indique également les sous-populations les plus atteintes par ces différentes problématiques.

Le présent ouvrage comprend trois sections. La première porte sur les déterminants de la santé : les caractéristiques sociodémographiques, les conditions socioéconomiques et les habitudes de vie. Il aborde ensuite les différents aspects de l'état de santé que sont les maladies chroniques, les maladies infectieuses, les traumatismes non intentionnels, la santé buccodentaire ainsi que la santé psychosociale. La dernière section est composée de portraits thématiques et touche la santé environnementale, la santé des travailleurs, la santé des jeunes et la santé des aînés.

Chaque section est constituée de différents chapitres traitant chacun d'un thème particulier et pouvant être lus séparément. Au début de chaque chapitre, des *Faits saillants* condensent en quelques points les principaux constats à retenir. On trouvera des précisions techniques dans les *Notes méthodologiques* et des approfondissements du contenu dans les encadrés intitulés *Plus en profondeur*.

Enfin, le lecteur désireux d'obtenir une vue d'ensemble rapide du portrait régional pourra consulter les sections *Résumé* ainsi que *Des enjeux qui retiennent l'attention*. Cette dernière fait ressortir les enjeux qui retiennent particulièrement l'attention d'un point de vue de santé publique, soit par l'ampleur de leurs conséquences sur l'état de santé global de la population, soit parce qu'ils soulèvent des problèmes sur lesquels nous avons la capacité d'agir de façon préventive.





LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

HABITUDES DE VIE

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

FAITS SAILLANTS

- La région connaît une forte croissance démographique.
- Le vieillissement de la population y est particulièrement marqué.
- La population demeure jeune malgré tout.
- On note des différences démographiques importantes entre les territoires de la région.

MISE EN CONTEXTE

La démographie étudie les caractéristiques d'une population comme l'âge, la mobilité, la natalité et la mortalité. Elle apporte donc des connaissances sur de multiples dimensions liées à la santé et ses déterminants. Les pages suivantes font état :

- de la diversité de la population des territoires de la région des Laurentides;
- de la forte croissance démographique des dernières années;
- du vieillissement de la population et de la façon dont il se traduit pour les différents groupes d'âge;
- des langues parlées et de l'immigration;
- de la nécessité de tenir compte, dans la planification, des effets particuliers des différentes réalités démographiques de la région pour la planification.

L'étendue géographique de la région, d'une superficie de 21 554 km², va de pair avec des différences notables dans les caractéristiques sociodémographiques de ses territoires. Les trois quarts de la population vivent dans trois territoires du sud² de la région. Il s'agit d'un secteur densément peuplé faisant partie de la grande région de Montréal et à vocation largement résidentielle. Les territoires plus au nord sont constitués d'agglomérations de petite taille (moins de 15 000 habitants). Leur développement s'appuie davantage sur les secteurs récréotouristique et forestier. Une forte population touristique et saisonnière s'ajoute aux résidents permanents de ces territoires, particulièrement dans les RLS des Pays-d'en-Haut et des Laurentides.

ÉTAT DE LA SITUATION

Un territoire vaste et diversifié

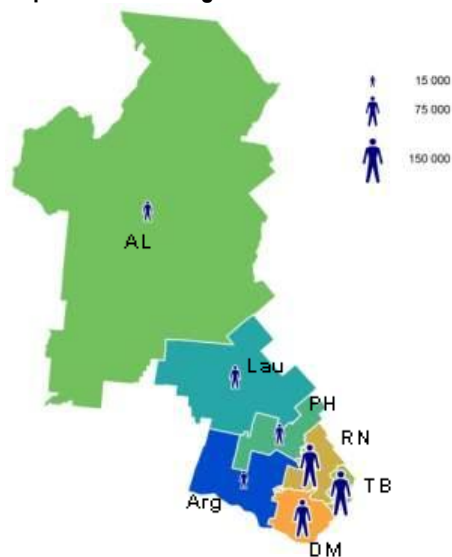
Avec ses 569 049 habitants en 2012, la région des Laurentides représente 7 % de la population du Québec. Elle se situe au quatrième rang des dix-huit régions sociosanitaires pour la taille de sa population, après les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale. Le réseau sociosanitaire de la région est composé de sept territoires de réseaux locaux de services (RLS)¹.

¹ Ces derniers correspondent au découpage territorial des huit municipalités régionales de comté (MRC), sauf celle de Mirabel, répartie entre le RLS de Deux-Montagnes - Mirabel-Sud et le RLS de la Rivière-du-Nord - Mirabel-Nord.

² Les RLS de Deux-Montagnes - Mirabel-Sud, de Thérèse-De Blainville et de la Rivière-du-Nord - Mirabel-Nord.



Population de la région des Laurentides selon les RLS, 2012



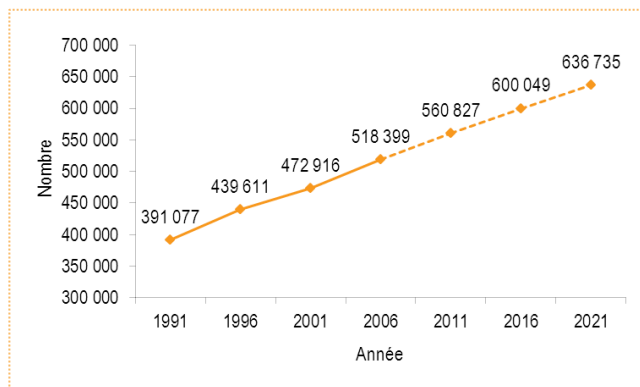
RLS de Deux-Montagnes – Mirabel-Sud (DM)	112 846 habitants
RLS de Thérèse-De Blainville (TB)	156 719 habitants
RLS de la Rivière-du-Nord – Mirabel-Nord (RN)	144 445 habitants
RLS des Pays-d'en-Haut (PH)	40 716 habitants
RLS des Laurentides (Lau)	46 517 habitants
RLS d'Antoine-Labelle (AL)	36 087 habitants
RLS d'Argenteuil (Arg)	31 719 habitants

Source : MSSS, Projections de la population du Québec 2006-2031 (édition 2010).

Une forte croissance démographique

La région des Laurentides a connu un taux d'accroissement de sa population qui a peu d'égal ailleurs au Québec. En vingt ans, la population régionale aura augmenté de plus de 40 %, passant de 391 000 habitants en 1991 à 560 800 en 2011. Si les projections se maintiennent, en 2021 on prévoit que la population de la région sera de l'ordre de 637 000 habitants. Cela représente une croissance de 14 % par rapport à 2011, alors qu'au Québec, la croissance ne sera que de 7 %.

Évolution de la population de la région des Laurentides



Sources : MSSS, Estimations de la population du Québec 1981-2006 et Projections de la population du Québec 2006-2031 (édition 2010).

Cet accroissement de la population découle en partie de l'augmentation des naissances et de la longévité, mais surtout de la migration interrégionale, qui compte pour les deux tiers de ce résultat.

En effet, en 2009-2010, le taux net de migration interrégionale³ de la région des Laurentides est le plus élevé parmi l'ensemble des régions du Québec, à 0,95 %, ce qui représente 5 162 personnes (Lachance, 2011). À l'échelle sous-régionale, les municipalités régionales de comté (MRC) de Mirabel, de la Rivière-du-Nord et des Pays-d'en-Haut figurent parmi les six MRC ayant le plus fort taux de migration interrégionale du Québec. Les régions de provenance des nouveaux résidents sont principalement Laval et Montréal.

La migration interrégionale est particulièrement importante chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans et chez les enfants de 5 à 9 ans, peut-être en raison de l'installation de jeunes familles dans la partie de la région comprise dans la couronne nord de Montréal. On remarque aussi une migration importante de personnes âgées de 55 à 64 ans venant s'installer dans les secteurs à vocation récréotouristique en début de retraite. Les 15-24 ans sont le seul groupe d'âge à présenter un solde migratoire négatif, en partie parce qu'ils doivent souvent poursuivre des études supérieures à l'extérieur de la région.

Résultat de ce fort accroissement migratoire, plusieurs communautés comptent des proportions importantes de nouveaux résidents. En 2006⁴, 7,8 % de la population de la

³ Le taux net de migration interrégionale est la proportion, par rapport à l'ensemble de la population d'une région, des entrées moins les sorties parmi les changements de résidence avec les autres régions administratives.

⁴ Statistique Canada, Recensement de la population de 2006.



région habitait une autre ville l'année précédente, comparativement à 5,2 % pour l'ensemble du Québec. Plus du quart (26,7 %) de la population régionale habitait une autre ville cinq ans plus tôt (17,6 % pour le Québec).

PLUS EN PROFONDEUR

Le sentiment d'appartenance dans des communautés en mouvement

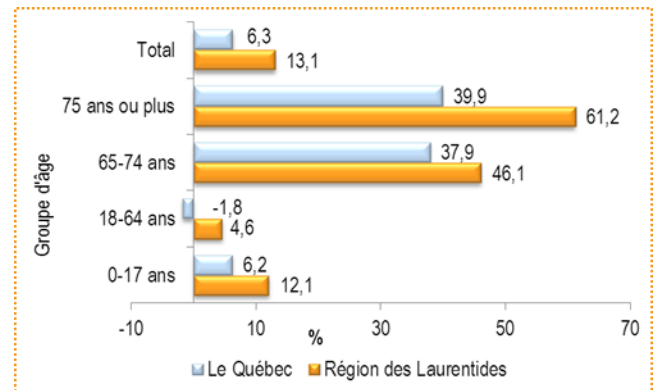
L'association entre les relations sociales et la santé est clairement démontrée : les personnes isolées socialement et ayant peu de liens avec autrui sont plus susceptibles d'avoir un mauvais état de santé physique et mentale (Shields, 2008). La mobilité due aux déménagements fréquents de la famille est aussi associée à un plus faible engagement scolaire et à d'autres problèmes de comportements pour certains groupes chez les jeunes, notamment pour les filles (Gaudreault et coll., 2010).

Une proportion importante de nouveaux résidents peut contribuer à expliquer un faible sentiment d'appartenance à la communauté locale. On observe, en effet, que 50,4 % des habitants de la région déclarent avoir un faible sentiment d'appartenance à leur communauté locale en 2009-2010⁵, comparativement à 43,4 % pour le reste du Québec. Cet écart avec la province se manifeste autant chez les hommes que chez les femmes. Ce phénomène est moins prononcé dans la plupart des territoires ruraux du nord de la région. Selon l'âge, ce sont les personnes âgées de 18 à 44 ans et celles de 65 ans ou plus de la région qui se démarquent par un plus faible sentiment d'appartenance à la communauté.

Un vieillissement marqué

Le vieillissement de la population se fait sentir de façon prononcée dans les Laurentides. Les projections démographiques indiquent que la population âgée de 65 ans ou plus va croître plus rapidement, passant de 84 500 en 2012 à 128 300 en 2022, soit une augmentation de 52 % en 10 ans dans la région des Laurentides comparativement à 39 % au Québec. On s'attend à une progression de plus de 60 % chez les 75 ans ou plus, le groupe qui requiert le plus de soins et de services.

Croissance démographique de 2012 à 2022 selon les groupes d'âge, région des Laurentides et le Québec



Source : MSSS, Projections de la population du Québec 2006-2031 (édition 2010).

Cette tendance découle principalement de deux phénomènes. Le premier est l'avancée en âge de la cohorte des *baby-boomers*, qui est en proportion particulièrement importante dans la région. Le second est l'augmentation de la longévité pour une partie de plus en plus grande de la population. Leur espérance de vie étant supérieure à celle des hommes, on retrouve davantage de femmes parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus et leur proportion s'accroît avec l'avancée en âge. C'est le cas pour l'ensemble des sociétés industrialisées et la région des Laurentides ne fait pas exception.

À l'échelle sous-régionale, les projections démographiques laissent entrevoir que ce sont les territoires du sud de la région qui devraient voir leur proportion d'aînés s'accroître le plus par rapport à la situation actuelle. Mais malgré cet accroissement, on s'attend à ce que la partie sud de la région conserve un profil plus jeune que la partie nord.

La région conserve un profil jeune

En 2012, environ 20,1 % de la population de la région des Laurentides a moins de 18 ans, comparativement à 19,0 % au Québec. Pour la région, cette différence représente environ 7 000 jeunes de plus que si la proportion des 0-17 ans y était la même que celle de la province. Cette population jeune se retrouve surtout dans la partie sud de la région, qui bénéficie le plus de la migration de jeunes familles.

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



Selon les projections démographiques, la région des Laurentides conservera un profil plus jeune que le Québec dans les années à venir, mais dans une proportion moindre.

Répartition de la population selon les groupes d'âge en 2012 et 2022, région des Laurentides et le Québec

2012

	RÉGION DES LAURENTIDES		LE QUÉBEC
0-17 ans	114 387	20,1 %	19,0 %
18-64 ans	370 162	65,0 %	64,8 %
65 ans ou plus	84 500	14,8 %	16,2 %
Total	569 049	100,0 %	100,0 %

2022

	RÉGION DES LAURENTIDES		LE QUÉBEC
0-17 ans	128 217	19,9 %	19,0 %
18-64 ans	387 038	60,1 %	59,8 %
65 ans ou plus	128 377	19,9 %	21,2 %
Total	643 662	100,0 %	100,0 %

Source : MSSS, Projections de la population du Québec 2006-2031 (édition 2010).

Le nombre de naissances dans la région a connu une hausse marquée au milieu des années 2000. Il est passé de 5 029 en 2005 à près de 6 000 par année à partir de 2008. Ce nombre a toutefois légèrement fléchi en 2011 à 5 782 naissances (ISQ, 2011).

Une population très majoritairement francophone

La région est principalement francophone, avec une proportion de 93,1 % de la population ayant le français comme langue parlée le plus souvent à la maison en 2006⁶. La population anglophone est plus importante dans certains territoires, particulièrement dans Argenteuil (18,6 %), situé à la frontière de l'Ontario, et très peu présente dans d'autres, comme Antoine-Labelle (1,4 %).

On retrouvait, en 2006, une proportion relativement faible de personnes originaires d'un pays autre que le Canada (3,9 %), qui correspond néanmoins à près de 20 000 personnes⁷. Parmi celles-ci, il n'y a qu'une petite part d'immigrants récents⁸ (0,6 % de la population totale).

Cependant, la présence d'immigrants est en croissance au Québec, particulièrement en milieu urbain. Dans ce contexte, la composition culturelle de la région pourrait évoluer rapidement dans l'avenir, surtout dans les territoires faisant partie de la grande région de Montréal.

La diversité de la région : un enjeu pour l'analyse et la planification

Les territoires du sud de la région ayant un poids démographique beaucoup plus important que ceux du nord, leurs caractéristiques influencent grandement les moyennes régionales. Il faut tenir compte de cette réalité dans l'interprétation des données régionales. On ne doit pas perdre de vue l'importance de la diversité de la région des Laurentides et de ses territoires. Notamment, on retrouve dans la partie sud les plus fortes proportions de personnes de 0 à 14 ans, un important apport migratoire de jeunes familles et des taux de natalité élevés. La partie nord est plutôt constituée de territoires ruraux, dont la population est globalement plus âgée que celle du sud. Mais comme les territoires du nord sont moins peuplés, leurs caractéristiques peuvent passer inaperçues dans une lecture régionale. On peut également retrouver des écarts significatifs entre les secteurs d'un même territoire. Ces différentes réalités démographiques ont une incidence sur plusieurs déterminants de la santé et appellent une planification adaptée aux différentes réalités locales.

⁶ Statistique Canada, Recensement de la population de 2006.

⁷ Idem.

⁸ Ici, les immigrants récents sont ceux qui ont immigré entre 2001 et le jour du recensement de 2006.



RÉFÉRENCES

GAUDREAU, Marco, Luc PARENT, Marie-Ève BLACKBURN, Suzanne VEILLETTE, Nadine ARBOUR, Julie LABROSSE, Michaël GAUDREAU, Josée THIVIERGE et Michel PERRON (2010). *Comprendre les aspirations, les habiletés cognitives et l'engagement scolaire des jeunes des Laurentides*. Série Enquête interrégionale 2008, Jonquière, ÉCOBES Recherche et transfert, Cégep de Jonquière, 188 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Naissances, décès et accroissement naturel, Laurentides et ensemble du Québec, 1991, 1996, 2001 et 2006-2011*, octobre 2011, [en ligne], http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil15/societe/demographie/nais_deces/deces15_mrc.htm (consulté en août 2012).

LACHANCE, Jean-François (2011). « Survol de la migration interrégionale au Québec en 2009-2010 », *Coup d'œil sociodémographique*, Institut de la statistique du Québec, n° 6, janvier, 10 p.

SHIELDS, Margot (2008). « Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé », *Rapport sur la santé*, Statistique Canada, vol. 19, n° 2, juin, 12 p.



FAITS SAILLANTS

- Les conditions socioéconomiques sont plutôt favorables dans la région des Laurentides.
- Il y a des disparités socioéconomiques importantes entre les territoires et à l'intérieur de ceux-ci.
- Les situations de vulnérabilité socioéconomique affectent davantage les femmes.

MISE EN CONTEXTE

La position socioéconomique est souvent présentée comme une « cause des causes », car elle conditionne d'autres facteurs qui agissent sur la santé (Groupe SISS, à paraître). Plusieurs indicateurs permettent de cerner les conditions socioéconomiques et les disparités qui en découlent. Ces indicateurs traduisent des réalités souvent interreliées, qui s'influencent mutuellement. Par exemple, un niveau de scolarité supérieur est souvent associé à de meilleures perspectives d'emploi qui, à leur tour, influencent le revenu.

D'abord, le revenu moyen et le seuil de faible revenu donneront une première vue d'ensemble de la situation socioéconomique régionale. Le taux d'emploi servira aussi de point de repère à ce portrait, un emploi contribuant au revenu et à une meilleure intégration sociale. Ensuite, l'évolution de la diplomation sera présentée. Les personnes faiblement scolarisées sont plus susceptibles d'occuper un emploi moins bien rémunéré, peu valorisant, présentant plus de risques d'accidents ou de maladies professionnelles. De plus, les recherches estiment qu'une majorité de ces personnes n'atteignent pas un niveau de littératie¹ suffisant pour prendre soin de leur santé de façon adéquate.

Un regard sera également porté sur l'évolution de conditions sociales : le fait de vivre seul et la monoparentalité. En plus d'entraîner une plus grande vulnérabilité économique, l'isolement limite l'accès à l'information, au support émotif et à l'aide matérielle dont ont besoin les individus et les familles pour surmonter les obstacles et le stress du quotidien. Pour terminer, il sera démontré que la défavorisation matérielle et sociale se présente de façon différente à travers la région. Ces

différences peuvent se traduire par des besoins distincts en matière d'intervention. En effet, les conditions socioéconomiques défavorables et les inégalités de revenus au sein d'une même population sont associées à un nombre plus important de problèmes de santé physique, mentale, sociale et même à une mortalité précoce.

ÉTAT DE LA SITUATION²

La situation économique de la région est favorable sous plusieurs aspects

Dans la région, plusieurs conditions socioéconomiques sont favorables en comparaison au Québec. Il y a cependant des écarts notables dans la situation socioéconomique des divers territoires et sous-groupes de population de la région.

Le revenu moyen donne une vue d'ensemble de la condition économique d'une population. Le seuil de faible revenu permet d'estimer la proportion de la population potentiellement plus vulnérable que la moyenne sur le plan matériel. Il s'agit donc de deux indicateurs complémentaires de la situation économique d'une population.

En 2005, le revenu moyen APRÈS impôts était de 27 702 \$ dans la région, comparativement à 26 552 \$ pour le Québec. Il existe cependant des écarts de revenus importants entre les territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la région : on remarque une différence de plus de 10 000 \$ entre les territoires des Pays-d'en-Haut et d'Antoine-Labelle. De plus, il est à considérer qu'il existe aussi des disparités à l'intérieur des territoires même les plus avantagés. C'est d'ailleurs dans ces endroits que l'on rencontre les écarts de revenus les plus importants.

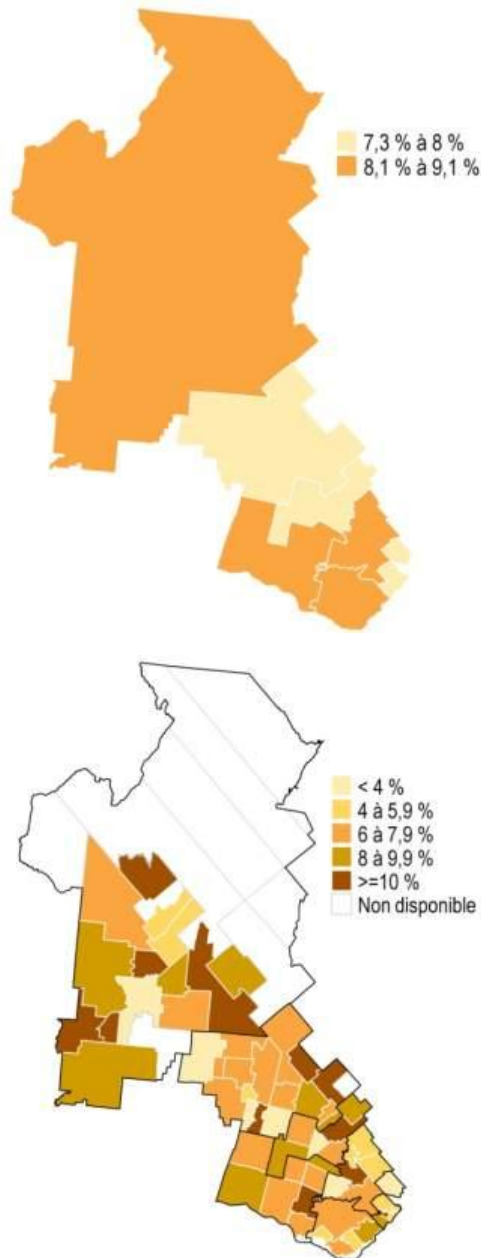
¹ La littératie peut être définie comme « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » (Legendre, 2005).

² Toutes les données présentées dans cette section proviennent du recensement de la population de 2006, de Statistique Canada.



En 2005, la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu APRÈS impôts dans la région se chiffrait à 8,1 %, ce qui est inférieur à la situation provinciale (12,4 %). Les proportions varient à l'intérieur de la région, passant de 7 % dans Pays-d'en-Haut et Thérèse-De Blainville à 9,1 % dans Argenteuil. Des variations importantes s'observent aussi à l'intérieur des territoires.

Cartographie de la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu APRÈS impôts par territoire de RLS et par municipalité de la région des Laurentides, 2005



Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2006.

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Définition du seuil de faible revenu

Établi par Statistique Canada, le seuil de faible revenu « correspond à un seuil de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne » (Statistique Canada, 2009). Le seuil varie selon le nombre de personnes dans la famille et la taille de la collectivité.

Doit-on utiliser les revenus AVANT impôts ou APRÈS impôts?

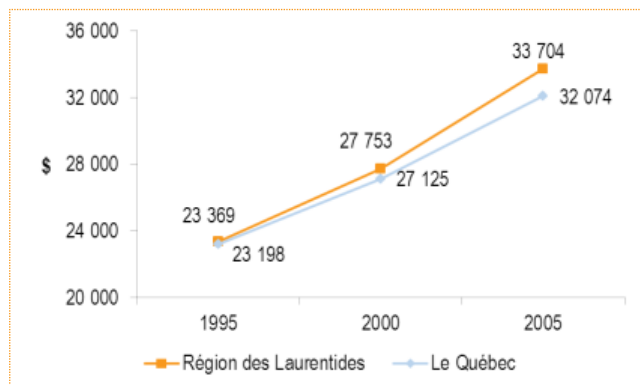
Les revenus moyens et les seuils de faible revenu sont calculés AVANT et APRÈS impôts. Les mesures faites à partir du revenu APRÈS impôts permettent une estimation plus juste, car elles prennent en considération le revenu réellement disponible. Cependant, comme les revenus APRÈS impôts ne sont disponibles que depuis le recensement de 2006, on doit utiliser le revenu et le seuil AVANT impôts pour suivre l'évolution dans le temps.

On retrouve aussi des disparités de revenus importantes entre les hommes et les femmes. Pour les premiers, le revenu moyen APRÈS impôts était de 32 496 \$ en 2005 dans la région des Laurentides, comparativement à 22 980 \$ pour les femmes. De même, une plus grande proportion de femmes que d'hommes vivent sous le seuil de faible revenu APRÈS impôts. Cet écart est plus important dans les territoires du sud, alors que pour les territoires du nord, les proportions sont égales ou plus élevées chez les hommes.

En ce qui concerne les tendances, le revenu moyen a augmenté plus rapidement dans la région qu'au Québec. De 1995 à 2005, le revenu moyen AVANT impôts dans la région des Laurentides est passé de 23 369 \$ à 33 704 \$. Toutefois, ces augmentations de revenus ne tiennent pas compte de la hausse du coût de la vie. Il s'agit néanmoins d'une progression de 44,2 %. À titre de comparaison, l'augmentation du revenu moyen de l'ensemble du Québec pour la même période a été de 38,3 %.



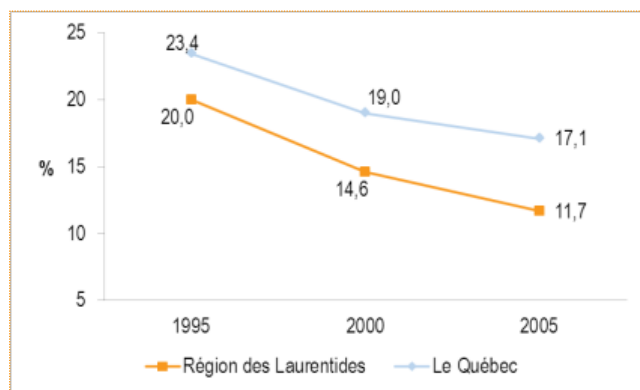
Évolution du revenu moyen AVANT impôts, région des Laurentides et le Québec



Source : Statistique Canada, Recensements de la population de 1996, 2001 et 2006.

Depuis 1995, la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu AVANT impôts connaît une tendance à la baisse. Cette diminution s'observe aussi pour tous les territoires de RLS de la région des Laurentides. On observe également une baisse de la proportion de personnes ayant un revenu très faible. Ainsi, parmi les personnes sous le seuil de faible revenu, la proportion de personnes ayant un revenu inférieur à 50 % de ce seuil est passée de 35,6 % en 1996 à 26,0 % en 2006.

Évolution de la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu AVANT impôts, région des Laurentides et le Québec



Source : Statistique Canada, Recensements de la population de 1996, 2001 et 2006.

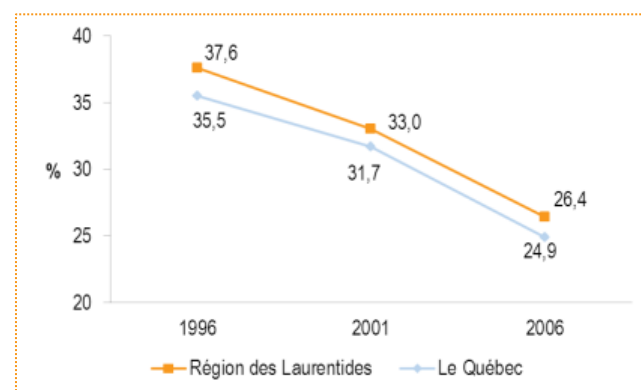
L'emploi et la scolarité s'améliorent

La région présente un taux d'emploi supérieur à celui du Québec, à 63,5 % comparativement à 60,4 %. Cette proportion a augmenté de 2001 à 2006. Le taux d'emploi est historiquement plus élevé chez les hommes que chez les femmes et cette tendance se poursuit en 2006 (67,8 % c. à 59,3 %). Les différences dans la structure d'âge des

territoires influencent les taux d'emploi : les secteurs ruraux du nord de la région ont une plus grande proportion de retraités que la partie sud, ce qui a évidemment une incidence sur les taux d'emploi.

En matière de scolarité, la tendance est également à l'amélioration. Comme pour l'ensemble du Québec, la proportion de la population de 15 ans ou plus des Laurentides sans diplôme d'études secondaires diminue avec les années. Alors qu'elle était de 41,2 % en 1991, la proportion régionale se situe à 26,4 % en 2006. Certains territoires affichent des pourcentages bien plus élevés que la moyenne régionale : soit environ 35 % dans les RLS d'Antoine-Labelle et d'Argenteuil. Dans la région, pour environ un sixième de la population (15,7 %), le plus haut niveau de scolarité atteint est un diplôme de niveau collégial et pour une proportion équivalente (16,9 %) c'est un diplôme universitaire.

Évolution de la proportion de la population de 15 ans ou plus sans diplôme d'études secondaires, région des Laurentides et le Québec



Source : Statistique Canada, Recensements de la population de 1996, 2001 et 2006.

Des conditions sociales de vulnérabilité qui affectent davantage les femmes

Dans la région des Laurentides, la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules s'élève à 12,9 %, ce qui est inférieur au Québec (16,0 %). Les territoires de RLS qui affichent les plus hauts pourcentages de personnes vivant seules sont ceux où l'on retrouve une grande concentration de personnes âgées comme le RLS des Pays-d'en-Haut, qui compte 17,7 % de personnes seules. À titre de comparaison, 9,9 % de la population du RLS de Thérèse-De Blainville vit seule. En 2006, on observe une plus grande proportion de femmes que d'hommes vivant seules dans la région (13,4 % c. 12,3 %).



Ce dernier constat est étroitement lié à la proportion de personnes âgées chez les femmes, ces dernières vivant en général plus longtemps que les hommes.

D'ailleurs, les femmes sont aussi proportionnellement plus nombreuses que les hommes à être des parents seuls. Pour 76 % des familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans, le parent est de sexe féminin. La proportion de l'ensemble des familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans est à la hausse. En 2006, ces dernières constituaient 23 % des familles de la région, ce qui représente plus de 15 000 foyers. D'autre part, on sait que 18 % des familles monoparentales de la région des Laurentides vivent sous le seuil de faible revenu après impôts comparativement à 4 % des familles ayant deux parents.

La défavorisation socioéconomique dans la région : des différences entre les territoires

Souvent, les conditions de vulnérabilité économique et sociale s'influencent mutuellement. Composer avec des opportunités moindres, des réseaux d'entraide restreints, le stress et le sentiment d'avoir peu de contrôle sur sa vie sont des situations qui comportent des effets négatifs sur la santé.

La défavorisation est définie comme un état de désavantage d'un individu ou d'un groupe. Elle comporte de multiples aspects, qu'on peut regrouper en deux dimensions : l'une matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante; l'autre sociale, qui fait référence à la fragilité du réseau social et à l'isolement des personnes. L'indice de défavorisation est un outil qui permet d'intégrer ces différents aspects pour mieux saisir les inégalités socioéconomiques et d'en mesurer l'ampleur.

Sur le plan de la défavorisation matérielle, le plus grand écart se situe entre les territoires d'Antoine-Labelle et celui des Pays-d'en-Haut. Cependant, certains des territoires ayant la plus forte proportion de défavorisation matérielle sont aussi ceux où l'on retrouve l'indice moyen de défavorisation le plus avantageux sur le plan social. Pour Antoine-Labelle, notamment, la situation sur le plan social constitue une force qu'on pourrait mettre à contribution pour atténuer certains effets de la défavorisation matérielle.

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Qu'est-ce que l'indice de défavorisation?

L'une des façons de mesurer la défavorisation est d'utiliser un indice (Pampalon et coll., 2001) calculé à partir de six indicateurs répartis selon deux dimensions :

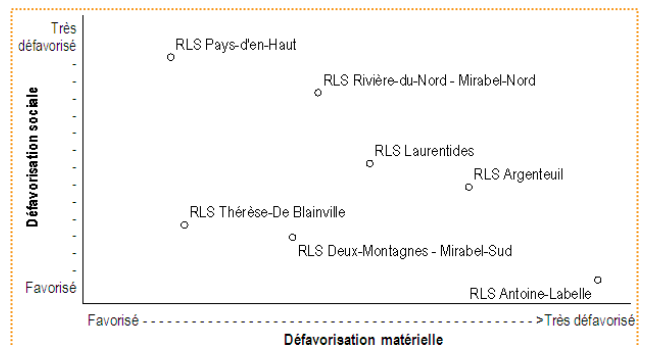
1) la **dimension matérielle**, à partir de la synthèse :

- de la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires;
- du revenu personnel moyen;
- de la proportion de personnes occupant un emploi.

2) la **dimension sociale**, calculée à partir de :

- la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves;
- la proportion de familles monoparentales;
- la proportion de personnes vivant seules.

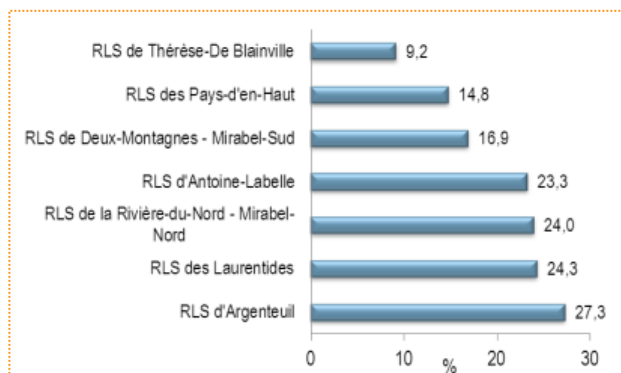
Positionnement des territoires de RLS de la région des Laurentides selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, 2006



Source : INSPQ, Tables d'équivalence, Québec 2006 (version juin 2009), compilées à partir du recensement de la population de 2006.

On estime que c'est la combinaison des dimensions matérielle et sociale de la défavorisation qui a généralement le plus d'impact sur la santé. Les territoires ruraux les plus éloignés au nord et à l'ouest de la région ainsi que les environs de Saint-Jérôme ont plus d'un cinquième de leur population qui réside dans des secteurs défavorisés pour ces deux dimensions. À l'inverse, la partie la plus au sud de la région et le territoire des Pays-d'en-Haut affichent un profil plus avantageux. Les écarts varient presque du simple au triple entre le territoire le plus favorisé (Thérèse-De Blainville, avec 9,2 %) et le plus défavorisé (Argenteuil, avec 27,3 %).



Proportion de la population des territoires de RLS vivant dans les secteurs les plus défavorisés des dimensions matérielles et sociales de la région des Laurentides, 2006

Source : INSPQ, Tables d'équivalence, Québec 2006 (version juin 2009), compilées à partir du recensement de la population de 2006.

Les effets néfastes de la défavorisation sur la santé font appel à des interventions en matière de développement des communautés, de lutte à la pauvreté et aux inégalités socioéconomiques.



RÉFÉRENCES

GROUPE DE TRAVAIL INSPQ-TCNS SUR LA SURVEILLANCE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (GROUPE SISS) (à paraître). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec. Rapport intérimaire.*

LEGENDRE, Rénaud (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*, 3^e éd., Montréal, Guérin Éditeur, p. 841, cité dans : ISQ, *Zoom santé*, « Y a-t-il des liens entre la littératie et la santé? », novembre 2007.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Guy RAYMOND (2004). *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec - Mise à jour 2001*, Institut national de santé publique du Québec, 12 p.

STATISTIQUE CANADA (2009). *Les seuils de faible revenu*, [en ligne], <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2009002/s2-fra.htm> (page consultée le 30 novembre 2011).



FAITS SAILLANTS

- Les trois quarts de la population ont au moins une habitude de vie à améliorer.
- Près des deux tiers des adultes ne sont pas suffisamment actifs durant leurs loisirs.
- La moitié de la population a une consommation insuffisante de fruits et de légumes.
- L'usage de la cigarette est à la baisse, mais le quart de la population fume.

MISE EN CONTEXTE

Le tabagisme, la sédentarité et une alimentation inadéquate constituent des facteurs de risque communs dans le développement des maladies chroniques. Ces habitudes de vie sont responsables d'une part importante de certaines maladies telles que l'obésité, le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire et certains cancers. Souvent ces habitudes coexistent et leurs effets sur le développement de maladies chroniques peuvent s'additionner. Les habitudes de vie s'acquièrent tôt dans l'existence et le suivi de l'évolution de l'adoption de saines habitudes par les jeunes représente un enjeu majeur.

ÉTAT DE LA SITUATION

Des habitudes de vie à améliorer

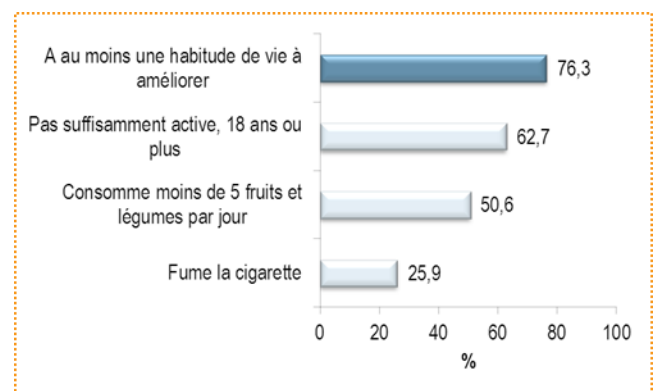
Selon une enquête¹, environ 76 % de la population de 12 ans ou plus de la région des Laurentides avait au moins une habitude de vie à améliorer en 2009-2010. C'est le cas pour davantage d'hommes que de femmes (81 % c. 72 %).

En fait, environ 30 % des personnes avaient deux habitudes à risque sur les trois nommées précédemment et 10 % combinaient les trois.

On ne bouge pas assez

La pratique de l'activité physique a une influence importante sur l'état de santé. L'activité physique aide à prévenir des problèmes majeurs de santé comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers ainsi que le surpoids et l'obésité. Le niveau d'activité physique nécessaire pour être qualifié d'actif est l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour. L'activité physique durant les loisirs et les déplacements sont deux avenues possibles pour augmenter le niveau total d'exercice.

Proportion de la population de 12 ans ou plus ayant des habitudes de vie à améliorer, région des Laurentides, 2009-2010



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

¹ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010.



Environ 63 % des adultes de 18 ans ou plus de la région n'étaient pas suffisamment actifs durant leurs loisirs. Cette proportion augmente avec l'âge. On n'observe pas de différences significatives entre les hommes et les femmes dans la région. Des données québécoises indiquent que la proportion de personnes actives durant leurs loisirs aurait augmenté entre 1994-1995 et 2003 pour ensuite plafonner (Nolin et Hamel, 2008).

Une consommation de fruits et de légumes insuffisante

Une consommation insuffisante de fruits et de légumes est associée à une augmentation du risque de développer une maladie chronique telle qu'une maladie cardiovasculaire ou un cancer. De plus, une faible consommation de fruits et de légumes va souvent de pair avec une alimentation de moins bonne qualité. Consommer moins de cinq fruits et de légumes par jour est considéré insuffisant.

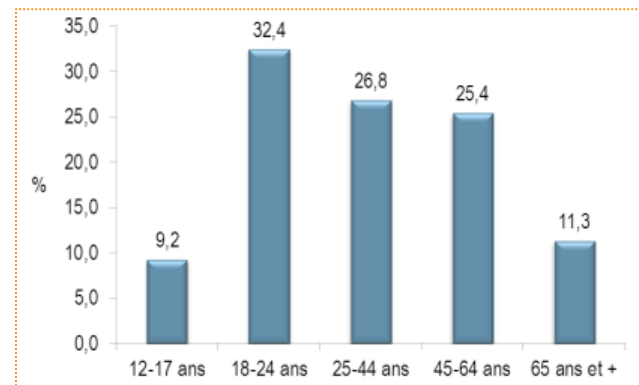
Environ 51 % de la population ne consomme pas suffisamment de fruits et de légumes dans la région en 2009-2010. C'est le cas pour une proportion plus élevée d'hommes que de femmes (63 % c. 39 %). On retrouve également une proportion plus importante chez les personnes âgées de plus de 45 ans que chez les plus jeunes. Toutefois, on observe au Québec une tendance à la baisse de la proportion de personnes ne consommant pas suffisamment de fruits et de légumes entre 2000-2001 et 2007-2008 (de 58 % à 47 %). On ne peut affirmer la même chose à l'échelle régionale en raison de la fluctuation des données d'une période à l'autre.

L'usage de la cigarette en baisse, mais encore trop élevé

L'usage du tabac est le principal facteur de risque de plusieurs maladies pulmonaires et maladies cardiaques, du cancer du poumon de même que de plusieurs autres cancers. L'élimination du tabagisme permettrait de diminuer considérablement ces maladies. La diminution du tabagisme passe non seulement par le soutien à la cessation de l'usage du tabac, mais également par la prévention de l'initiation aux produits du tabac.

Malgré une tendance à la baisse, environ le quart de la population de 12 ans ou plus fume la cigarette dans la région en 2009-2010 (26 %). La proportion la plus élevée de fumeurs est dans le groupe des jeunes adultes de 18 à 24 ans (32 % au Québec). La proportion de fumeurs diminue ensuite graduellement avec l'âge. De plus, on remarque qu'elle est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (25 % c. 21 % au Québec).

Proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels de cigarettes selon le groupe d'âge, le Québec, 2009-2010



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

À long terme, on observe une tendance à la baisse du tabagisme. Par exemple, au Québec, la proportion de fumeurs de 15 ans ou plus est passée de 35 % en 1994-1995 (Bernier et Hamel, 2006) à 24 % en 2009-2010². C'est principalement la proportion de fumeurs quotidiens qui diminue, passant de 25 % en 2000-2001² à 17 % en 2009-2010² au Québec. La proportion de fumeurs occasionnels demeure assez stable et avoisine les 5 %. On note aussi que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement suit également une tendance à la baisse.

Lorsqu'on interroge tous les fumeurs actuels, on observe que l'initiation aux produits du tabac se fait essentiellement chez les adolescents. En effet, selon les données recueillies en 2009-2010², on remarque que plus de 80 % des fumeurs réguliers de la région ont commencé à fumer quotidiennement la cigarette avant l'âge de 20 ans.

Les habitudes de vie chez les jeunes sont préoccupantes

Selon une étude canadienne, la condition physique des enfants et des jeunes s'est détériorée entre 1981 et 2008-2009. L'adiposité a augmenté alors que la force musculaire et la souplesse ont diminué. Cette diminution de la condition physique pourrait amener un développement plus précoce de maladies chroniques (Tremblay et coll., 2010). En conséquence, le suivi des habitudes de vie des jeunes, incluant le tabagisme, s'avère important dans la prévention des maladies chroniques.

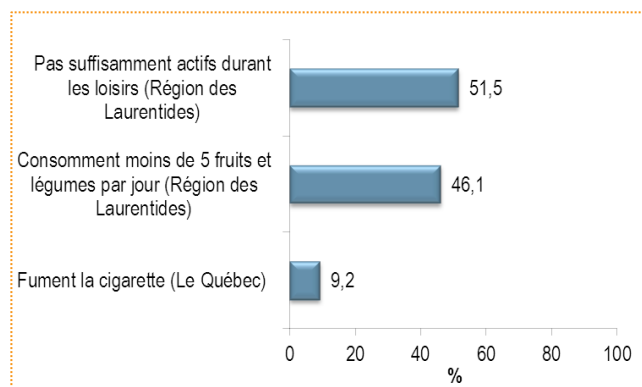
² Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).



Pour les jeunes, il est recommandé de pratiquer au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée par jour. En 2009-2010, la proportion de jeunes de 12 à 17 ans ne faisant pas suffisamment d'activité physique durant leurs loisirs s'élève à 52 % dans la région des Laurentides. On retrouve par contre une différence entre les garçons et les filles. Par exemple, au Québec, 67 % des filles ne seraient pas suffisamment actives comparativement à 52 % des garçons.

En matière d'alimentation, environ 46 % des jeunes de 12 à 17 ans dans la région ont une consommation insuffisante de fruits et de légumes en 2009-2010. La consommation des garçons et des filles ne diffère pas significativement.

Proportion des jeunes de 12 à 17 ans ayant des habitudes de vie néfastes à la santé, région des Laurentides ou le Québec, 2009-2010



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

En ce qui concerne le tabagisme, la proportion de jeunes de 12 à 17 ans au Québec qui fument la cigarette régulièrement ou occasionnellement avoisine 9 % en 2009-2010. On observe une proportion de fumeurs semblable chez les garçons et les filles.

PLUS EN PROFONDEUR

Le tabagisme chez les élèves du secondaire

Au Québec, on exerce un suivi particulier du tabagisme chez les jeunes à l'aide d'enquêtes réalisées auprès des élèves des écoles secondaires³. Ces enquêtes permettent d'obtenir une information détaillée et utile pour planifier la prévention du tabagisme chez les jeunes.

Ainsi, ces enquêtes relèvent que la proportion d'élèves du secondaire qui fument la cigarette⁴ a diminué en une décennie, passant de 30 % en 1998 à 15 % en 2008 (Dubé et coll., 2010). On y apprend également que la prévalence de l'usage de la cigarette augmente avec l'âge, passant de 8 % en 1^{re} secondaire à 21 % en 5^e secondaire et que l'âge moyen d'initiation à la cigarette se situe à 12,7 ans. Ces enquêtes ont permis également de documenter l'usage d'un autre produit du tabac, soit les cigarillos. La proportion d'élèves qui fument le cigarillo (18 %) dépasse celle des fumeurs de cigarettes en 2008 (15 %). Lorsqu'on tient compte à la fois de l'usage de la cigarette et du cigarillo, c'est 22 % des élèves qui font usage du tabac.

³ Enquête québécoise sur l'alcool, le tabac, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, Institut de la statistique du Québec.

⁴ Inclut les fumeurs réguliers et occasionnels de cigarettes ainsi que les fumeurs débutants, qui ont fumé moins de 100 cigarettes au cours de leur vie.



RÉFÉRENCES

BERNIER, Sylvie et Denis HAMEL (2006). *Évolution de l'usage de la cigarette chez les Québécois de 15 ans et plus 1994-1995 à 2003*, Institut national de santé publique du Québec, 12 p.

DUBÉ, Gaétane, Monique BORDELEAU, Linda CAZALE, Claire FOURNIER et Isabelle MARTIN (2010). « Alors que le cigarillo perd des adeptes, le poker gagne du terrain chez les élèves du secondaire », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, n° 19, janvier 2010, 8 p.

NOLIN, Bertrand et Denis HAMEL (2008). « L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous... ou presque », Tiré à part. Institut national de santé publique du Québec, dans M. Fahmy (sous la direction de), *l'État du Québec 2009 : tout ce qu'il faut savoir sur le Québec d'aujourd'hui*, Montréal, Fides, p. 271-277.

TREMBLAY, Mark S., Margot SHIELDS, Manon LAVIOLETTE, Cora L. CRAIG, Ian JANSSEN et Sarah CONNER GERBER (2010). « Condition physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 21, n° 1, mars, p.1-16.





L'ÉTAT DE SANTÉ

MALADIES CHRONIQUES

SANTÉ BUCCODENTAIRE

MALADIES INFECTIEUSES

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

SANTÉ MENTALE ET ADAPTATION SOCIALE

FAITS SAILLANTS

- La majorité des décès sont attribuables aux maladies chroniques.
- La mortalité est plus élevée chez les femmes de la région comparativement au Québec.
- La mortalité diminue chez les hommes.
- L'incidence de cancer du poumon et la mortalité sont plus élevées dans la région qu'au Québec.
- Plus de la moitié de la population présente un surplus de poids.
- L'hypertension et le diabète sont en augmentation constante.

MISE EN CONTEXTE

Les maladies chroniques se développent lentement, peuvent se prolonger dans le temps et sont souvent incurables, mais évitables. Leurs causes sont multiples et proviennent du cumul et de l'interaction de plusieurs facteurs de risque tout au long de la vie. Tel qu'on peut le lire dans le chapitre « Habitudes de vie », la sédentarité, le tabagisme et une alimentation inadéquate sont responsables de la plupart des maladies chroniques. Ces habitudes de vie favorisent le développement de problèmes ou de maladies comme l'obésité, l'hypertension et le diabète. À leur tour, ces derniers sont des précurseurs de maladies chroniques, telles que les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire. Il n'est pas rare de constater plusieurs maladies chroniques chez une même personne. Ce sont ces personnes qui nécessitent généralement le plus de soins et de services de santé.

Ce chapitre présente brièvement l'évolution et la situation de la mortalité causée par les principales maladies chroniques chez les hommes et les femmes dans la région des Laurentides. La situation de la région concernant les principaux cancers, le surplus de poids, l'hypertension et le diabète est décrite par la suite.

ÉTAT DE LA SITUATION

Une mortalité plus élevée chez les femmes de la région

Entre 2005 et 2009, près de 70 % des décès étaient attribuables aux maladies chroniques¹. Les cancers sont désormais la première cause de mortalité avec 35 % des

décès, suivis des maladies de l'appareil circulatoire (25 %) et des maladies de l'appareil respiratoire (9 %). De nos jours, les maladies chroniques constituent les principales causes de décès au Québec et ont un impact sur l'espérance de vie. En 20 ans, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de près de 5 ans. Toutefois, cette dernière pour la région des Laurentides est inférieure à celle du Québec. Pour la période 2004-2008, on observe une espérance de vie moindre chez les femmes de la région qu'au Québec (82,0 ans c. 83,0 ans), alors qu'elle est presque identique pour les hommes (78,0 ans c. 78,1 ans). Cet écart défavorable pour les femmes de la région s'explique en grande partie par la mortalité attribuable aux grandes causes de décès, comme les maladies chroniques. Leur évolution et la situation de la région diffèrent chez les hommes et les femmes.

L'évolution de la mortalité des femmes de la région des Laurentides varie selon la maladie. Depuis plusieurs années, on note chez les femmes de la région une mortalité causée par cancer plus élevée qu'au Québec. Toutefois, on observe plus récemment que le nombre de décès par 100 000 femmes (taux de mortalité) a diminué dans la région, rétrécissant ainsi l'écart avec le Québec.

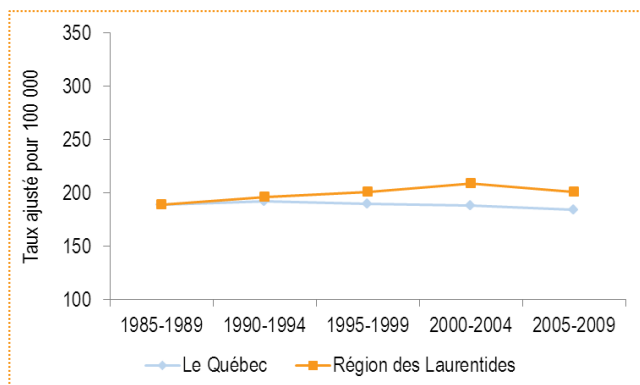
On remarque également que le taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est lui aussi supérieur chez les femmes de la région et suit une tendance à la hausse. En contrepartie, le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est à la baisse. Le taux régional est maintenant comparable à celui du Québec après avoir été supérieur pendant plusieurs années. Les excès de mortalité observés chez les femmes de la région pour ces groupes de maladies chroniques sont probablement en partie le résultat d'habitudes tabagiques antérieures.

¹ MSSS, Fichier des décès.

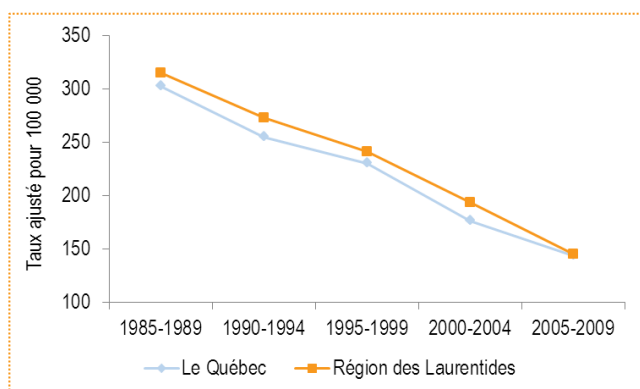


Évolution des taux de mortalité des trois principales causes chez les FEMMES, région des Laurentides et le Québec

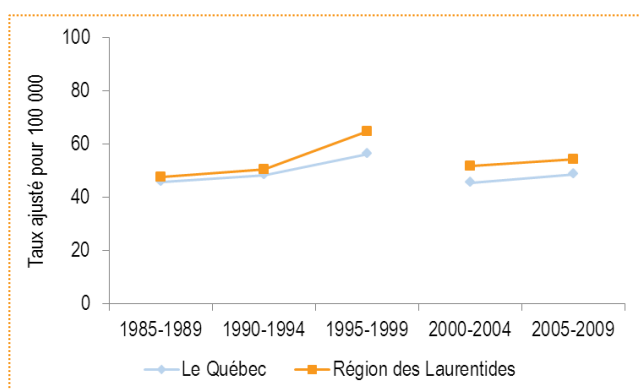
Cancer



Maladies de l'appareil circulatoire



Maladies de l'appareil respiratoire



Note : Le changement dans la codification des maladies survenu en 2000 a amené une coupure dans la tendance.

Source : MSSS, Fichier des décès.

Du côté des hommes, bien que leurs taux de mortalité soient plus élevés que celui des femmes, on note certaines tendances encourageantes. On constate une diminution des taux de mortalité par cancer, par maladies de l'appareil circulatoire et par maladies de l'appareil respiratoire. On remarque aussi que les taux de mortalité des hommes de la région sont comparables à ceux du Québec.

Le cancer du poumon : une préoccupation pour la région

Le cancer est la première cause de mortalité et constitue un problème de santé à surveiller dans la région. De façon générale, plus un cancer est fréquent, plus la mortalité attribuable à ce cancer sera importante. Les types de cancers les plus fréquemment diagnostiqués chez les hommes sont les cancers du poumon, de la prostate et du côlon-rectum, et chez les femmes, les cancers du sein, du poumon et du côlon-rectum. Le cancer du poumon est de loin le plus mortel, surtout chez les hommes. La situation de la région par rapport à celle du Québec varie selon le type de cancer.

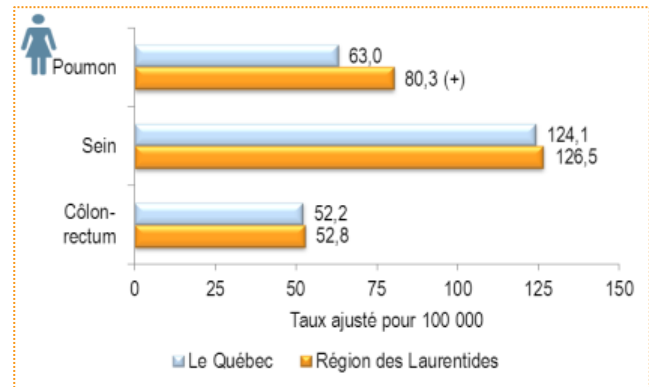
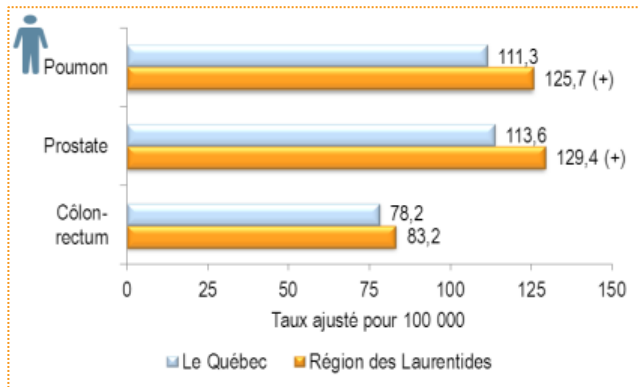
Le bilan régional de l'incidence du cancer est préoccupant puisqu'on observe un nombre de nouveaux cas de cancer par 100 000 habitants (taux d'incidence) plus élevé dans la région qu'au Québec. Plus spécifiquement, on observe des taux d'incidence de cancer du poumon et des taux de mortalité plus élevés chez les deux sexes. Cette situation existe de longue date et pourrait être le résultat des habitudes tabagiques.

De plus, on remarque chez les hommes un taux d'incidence de cancer de la prostate plus élevé dans la région. Les pratiques de dépistage pourraient être à l'origine de cette différence. Toutefois, le taux de mortalité pour la région est comparable à celui du Québec.

Pour d'autres types de cancer, la situation de la région est semblable à celle du Québec. C'est le cas pour les taux d'incidence du cancer du côlon-rectum des hommes et des femmes de même que pour ceux du cancer du sein chez les femmes. On observe le même constat pour les taux de mortalité pour ces cancers durant la période 2005-2009.



Taux de nouveaux cas de cancer selon les principaux sites anatomiques chez les hommes et les femmes, région des Laurentides, 2002-2006



(+) La région présente une valeur significativement plus élevée que celle du Québec, au seuil de 0,05.
Source : MSSS, Fichier des tumeurs (codification CIM-9).

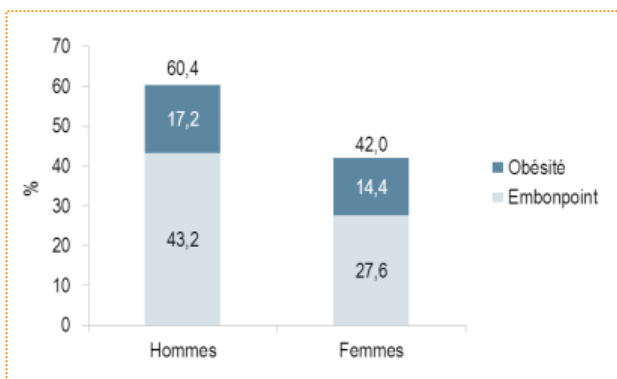
Plus de la moitié de la population présente un surplus de poids

Conséquence d'un mode de vie sédentaire et d'une suralimentation, l'obésité constitue un facteur de risque important pour le développement de plusieurs maladies chroniques.

En 2009-2010, plus de la moitié de la population de plus de 18 ans présentait un surplus de poids, environ 36 % faisait de l'embonpoint et 16 % de l'obésité. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à présenter de l'embonpoint que les femmes (43,2 % c. 27,6 %). Les proportions d'obésité selon les sexes sont comparables.

Des données québécoises indiquent que l'obésité connaît un accroissement important depuis plus de 20 ans, étant passée de 8 % en 1987 (Mongeau et coll., 2005) à 16 % en 2009-2010.

Proportion de la population de 18 ans ou plus présentant un surplus de poids, de l'obésité et de l'embonpoint, selon le sexe, région des Laurentides, 2009-2010



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

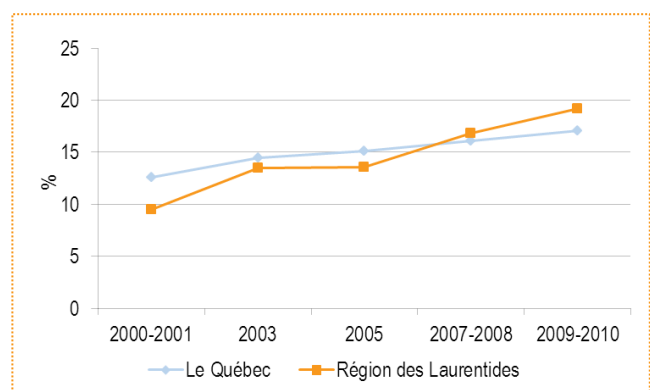
L'hypertension : tendance à la hausse à surveiller

L'hypertension constitue un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques, notamment les maladies de l'appareil circulatoire. En plus du vieillissement, elle est associée au surplus de poids et à un apport élevé en sel (sodium).

Le pourcentage de personnes (prévalence) atteintes d'hypertension a connu une augmentation importante au cours de la dernière décennie, passant d'environ 10 % en 2000-2001 à 19 % en 2009-2010 dans la région. La prévalence observée dans la région n'est pas significativement différente de celle au Québec pour chacune des années. Toutefois, la tendance à la hausse y semble plus prononcée et est à surveiller.

La prévalence de l'hypertension augmente considérablement avec l'âge allant d'environ 4 % parmi les 18 à 44 ans à 47 % chez les personnes de 65 ans ou plus au Québec.

Évolution de la prévalence de l'hypertension, 12 ans ou plus, région des Laurentides et le Québec



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 à 2009-2010.



Progression importante du diabète

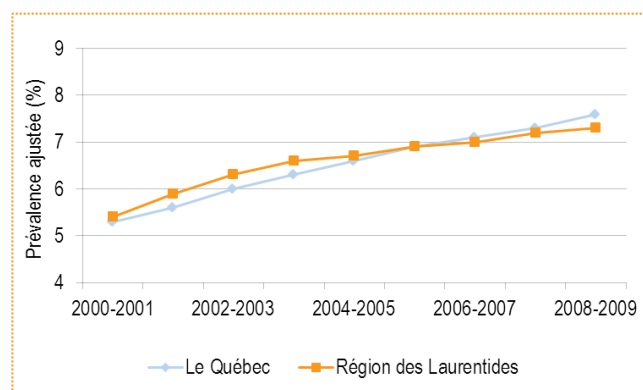
Le diabète est également une maladie chronique importante, puisqu'il contribue à l'apparition des maladies cardiovasculaires et de complications telles que l'insuffisance rénale, les cataractes et la cécité. Le surplus de poids et l'inactivité physique constituent des facteurs de risque modifiables du diabète.

Le pourcentage de personnes diagnostiquées avec un diabète a connu une augmentation importante de plus de 35 % entre 2000 et 2008 dans la région, hausse comparable au Québec.

La prévalence du diabète s'élève à 7,3 % en 2008-2009, ce qui représente 31 550 diabétiques de 20 ans ou plus dans la région. Or, depuis peu, on observe des prévalences légèrement inférieures à celles du Québec.

La prévalence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (8,3 % c. 6,4 %). La prévalence dans la population augmente considérablement avec l'avancée en âge, passant de 1,63 % chez les 20-44 ans à 22,19 % chez les 65 ans ou plus.

Évolution de la prévalence du diabète, 20 ans ou plus, région des Laurentides et le Québec



Source : RAMQ, Fichiers des services médicaux rémunérés à l'acte; RAMQ, Fichier d'inscription des personnes assurées; MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO. Compilation par INSPQ (version mai 2011).

PLUS EN PROFONDEUR

Un accroissement prévisible du fardeau des maladies chroniques

Le vieillissement de la population aura inévitablement un impact sur la prévalence des maladies chroniques, qui apparaissent généralement avec l'avancée en âge. Le nombre de personnes atteintes devrait donc s'accroître. Une partie de cet accroissement est attribuable aux progrès technologiques et médicaux, qui contribuent à la baisse des taux de mortalité en améliorant la longévité des personnes atteintes de ces maladies.

On peut aussi anticiper l'effet de l'augmentation de certains facteurs de risque dans la population comme l'obésité et ses maladies associées, telles que le diabète. En effet, des enquêtes ont permis d'observer une augmentation de l'obésité chez les jeunes (Shields, 2006). Ainsi, l'apparition de l'obésité à un plus jeune âge pourrait entraîner l'apparition de ces maladies plus tôt au cours de la vie. Toutefois, la baisse du tabagisme devrait amener une diminution de certains cancers, notamment le cancer du poumon, et des maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire.

Comme les maladies chroniques se développent lentement, sur de longues périodes, il faut plusieurs années avant de voir les impacts de l'évolution des habitudes de vie sur l'apparition des maladies et sur la mortalité. Il s'agit là d'un défi pour la promotion des interventions préventives en santé, dont les bénéfices ne sont mesurables qu'à très long terme.



RÉFÉRENCES

MONGEAU, Lyne, Nathalie AUDET, Jacinthe AUBIN et Rosanna BARALDI (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 23 p.

SHIELDS, Margot (2006). « L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 17, n° 3, p. 27-43.



FAITS SAILLANTS

- La carie dentaire demeure fréquente chez les enfants.
- La perception de l'état de santé buccodentaire varie grandement selon le revenu.
- Les comportements préventifs d'hygiène buccodentaire sont à améliorer.

MISE EN CONTEXTE

La santé dentaire est en interrelation avec la santé globale. Par exemple, une maladie des gencives (parodontite) chez une mère peut entraîner des naissances prématurées et la venue au monde de bébés de faible poids. Chez les personnes montrant une faiblesse du système immunitaire, une grande quantité de bactéries présentes dans la bouche, comme en cas de présence de caries dentaires, peut conduire à des pneumonies et même à des méningites. Une bonne santé dentaire favorise donc un meilleur état de santé général (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

La carie dentaire est une maladie chronique dont la prévalence a beaucoup diminué au Québec depuis une trentaine d'années, comme partout dans les pays industrialisés. Cette diminution est principalement attribuée à l'amélioration des mesures d'hygiène buccodentaire et à l'utilisation de dentifrice fluoré. Par contre, la prévalence de la carie dentaire demeure plus élevée au Québec que dans la plupart des autres provinces canadiennes ainsi que dans de nombreux pays industrialisés (Brodeur et coll., 1999).

ÉTAT DE LA SITUATION

Des problèmes de santé buccodentaire à tous les âges

Seulement quelques sources de données permettent d'avoir un aperçu parcellaire de l'état de santé buccodentaire de différents groupes d'âge de la population des Laurentides. Tout d'abord, une enquête canadienne indique que 57 % des enfants de 6 à 11 ans ont ou ont eu au moins une carie dentaire en 2007-2009 (Santé Canada, 2010). Il n'existe pas de données semblables sur l'état de santé buccodentaire du reste de la population de la région des Laurentides pour l'instant, mais les résultats de l'étude menée par l'Institut national de santé publique en 2012-2013 seront disponibles prochainement.

Toutefois, une enquête effectuée en 2007-2008¹ estime qu'environ 12 % de la population de 12 ans ou plus perçoit sa santé buccodentaire comme mauvaise ou passable dans la région. Cette perception varie grandement selon le revenu : par exemple, au Québec, la proportion passe de 7 % parmi les personnes ayant les revenus les plus élevés à 21 % parmi celles ayant les revenus les plus faibles.

Les caries dentaires et les maladies parodontales peuvent conduire à la perte partielle ou complète des dents. En conséquence, l'édentation complète est assez fréquente chez les personnes de 65 ans ou plus. Elle touchait environ 41 % d'entre elles dans la région en 2008². Des données pour le Québec indiquent un recul de l'édentation complète chez les aînés passant de 58 % en 1993 à 40 % en 2008 (Camirand et Galarneau, 2010).

Des comportements préventifs d'hygiène buccodentaire à améliorer

De bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire permettent de prévenir l'apparition de la carie dentaire et de maladies parodontales.

Le brossage des dents au moins deux fois par jour fait partie des bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire. Environ 76 % de la population de la région se brossent les dents à cette fréquence. Cette proportion est légèrement inférieure à celle observée au Québec (79 %). La différence entre la région et le Québec est plus marquée chez les hommes (63 % c. 69 %) et les personnes de 65 ans ou plus (64 % c. 71 %).

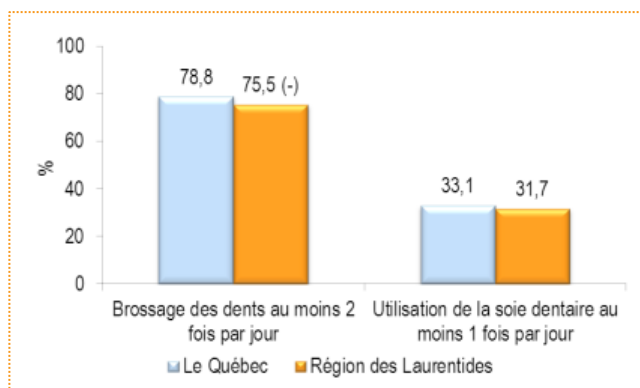
¹ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008.

² ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.



L'utilisation quotidienne de la soie dentaire fait aussi partie des bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire. Seulement le tiers de la population de la région a cette habitude.

Proportion de la population de 15 ans ou plus ayant certaines habitudes d'hygiène buccodentaire, région des Laurentides et le Québec, 2008



(-) Valeur significativement plus faible que celle du Québec, au seuil de 0,05.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.

Les soins d'hygiène dentaire donnés par une hygiéniste dentaire et par un dentiste font également partie des interventions de prévention de la carie dentaire et des maladies des gencives. Des données sur l'utilisation des services de soins dentaires nous révèlent que seulement 49 % des enfants de moins de 10 ans de la région ont participé au programme de services dentaires assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec en 2008 (MSSS et coll., 2011). Une proportion un peu plus élevée de personnes de 12 ans ou plus ont indiqué avoir consulté un spécialiste des soins dentaires l'année précédente selon les résultats d'une enquête menée en 2007-2008 (59 %). Cependant, on n'y distingue pas les interventions de prévention des interventions curatives.

PLUS EN PROFONDEUR

La fluoruration de l'eau : un outil de prévention accessible et efficace

La fluoruration de l'eau de consommation est considérée comme une mesure de prévention populationnelle sécuritaire, peu coûteuse et efficace (MSSS, 2011). Il s'agit d'un procédé qui permet d'ajuster la teneur en fluorure de l'eau potable à la concentration idéale pour prévenir la carie dentaire. Différentes études démontrent que la fluoruration de l'eau permet de réduire l'apparition de nouvelles caries dentaires de 18 % à 40 %. Cette mesure est accessible à l'ensemble de la population branchée au réseau d'eau potable des municipalités où elle est appliquée. Ce sont les personnes les plus atteintes par la carie dentaire, soit les enfants de milieu socioéconomiquement défavorisés, qui profitent le plus de cette mesure. Les aînés en retirent aussi des bénéfices, car ils sont sujets à la carie dentaire sur les racines exposées de leurs dents. De plus, les personnes aux prises avec une déficience physique, cognitive ou intellectuelle ont souvent un accès plus limité aux soins dentaires et sont ainsi plus à risque de carie. La fluoruration de l'eau permet en outre d'économiser des frais liés aux traitements dentaires. Toutes ces raisons font dire aux experts que « *La fluoruration de l'eau est la mesure de santé publique la plus efficace, la plus équitable et la plus rentable pour prévenir et réduire la carie dentaire* » (INSPQ, 2007).

Malheureusement, la fluoruration de l'eau potable n'est pas une pratique très répandue actuellement au Québec. En fait, environ 3 % de la population du Québec a accès à de l'eau potable fluorée (MSSS, 2011). Aucune municipalité de la région des Laurentides n'ajoute des fluorures à son réseau d'eau potable. Toutefois, dans quelques municipalités de la région, l'eau contient naturellement des concentrations de fluorures suffisantes pour prévenir la carie dentaire³.

³ Banque de données du MDDEP, 2012-01-27.



RÉFÉRENCES

- BRODEUR, Jean-Marc, Marie OLIVIER, Martin PAYETTE, Mike BENIGERI, Sylvie WILLIAMSON et Christophe BEDOS (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 161 p.
- CAMIRAND, Hélène et Chantal GALARNEAU (2010). « Santé buccodentaire », *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Institut de la statistique du Québec, p. 107-129.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Fluoration de l'eau : analyse des bénéfices et des risques pour la santé*, 44 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *La fluoration de l'eau : Position du directeur national de santé publique*, Québec, Direction des communications, 16 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et de ses régions : Les analyses*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 153 p.
- SANTÉ CANADA (2010). *Sommaire du rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, 19 p.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000). *Oral Health in America : A Report of the Surgeon General*, Rockville (MD), National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 308 p.



Les maladies infectieuses constituaient l'une des principales causes de mortalité avant le 20^e siècle. Elles ont régressé considérablement depuis l'avènement des vaccins et l'amélioration des conditions d'hygiène. Il n'en demeure pas moins que les efforts pour les contrôler doivent demeurer constants afin d'éviter l'émergence ou la recrudescence de microbes pathogènes et protéger la santé de la population.

Les maladies infectieuses entraînant les conséquences les plus graves et ayant un potentiel de transmission important font l'objet d'activités de vigie et de surveillance. La surveillance de ces maladies peut être effectuée par l'entremise du registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO)¹. Cette surveillance ainsi que le processus d'enquête des cas déclarés permettent de limiter la propagation de ces maladies. La Direction de santé publique des Laurentides (DSP) reçoit plus de 2 000 déclarations de MADO par année depuis 2009. Parmi celles-ci, environ 80 % sont des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), un peu plus de 10 % sont des maladies entériques² et moins de 5 % sont des maladies évitables par la vaccination. De plus, la DSP reçoit environ 60 signalements d'éclotions³, principalement de maladies entériques. Certaines maladies infectieuses contractées en milieu de soins font aussi l'objet d'une surveillance. Chaque section de ce chapitre traitera d'une des catégories de MADO.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

FAITS SAILLANTS

- Les ITSS connaissent une augmentation importante, surtout chez les jeunes de 15 à 24 ans.
- Le nombre de nouveaux cas de chlamydie génitale par rapport à la population est plus élevé dans la région qu'au Québec.
- Fait nouveau : la syphilis touche également les jeunes de 15 à 19 ans.
- Le nombre de nouveaux cas d'hépatite C est élevé et constant chez les populations vulnérables.

MISE EN CONTEXTE

Les ITSS sont préoccupantes, car elles peuvent avoir des conséquences graves à long terme. Par exemple, les chlamydioses génitales non traitées peuvent évoluer vers une maladie inflammatoire pelvienne chez les femmes et causer des grossesses ectopiques et de l'infertilité. On retrouve également des cas où une infection chez une femme enceinte, telle que la chlamydie, la gonorrhée ou la syphilis, est transmise à son nouveau-né lors de l'accouchement. Ces bébés sont plus à risque de développer d'autres infections graves (ex. : pneumonie, septicémie).

Certains virus évolueront vers des maladies chroniques, tel le virus de l'hépatite C, dont la majorité des cas développeront une hépatite chronique, qui pourra évoluer vers une cirrhose du foie puis un cancer du foie (MSSS, 2008). De plus, certaines ITSS facilitent la transmission du virus d'immunodéficience humaine (VIH).

¹ La source de données utilisée pour les MADO dans ce chapitre est la suivante à moins d'indication contraire : INSPQ, Registre central des MADO.

² Maladies intestinales qui se manifestent par des symptômes de diarrhées, de vomissements et de fièvre.

³ Au moins deux cas d'une même maladie ou au moins deux personnes présentant des symptômes similaires ayant un lien épidémiologique ou une exposition commune.



Certaines ITSS, telles que la chlamydie génitale, l'infection gonococcique, la syphilis, l'hépatite C et l'infection au VIH sont des maladies à déclaration obligatoire. Plus de 1 750 cas ont été déclarés dans la région des Laurentides en 2011. Toutefois, ces données sous-estiment la réalité puisqu'un grand nombre de personnes infectées ignorent qu'elles le sont en raison de l'absence de symptôme ou parce qu'elles n'ont pas eu de dépistage. L'identification des cas par le dépistage ainsi que le traitement des cas et des contacts demeurent importants afin d'interrompre la chaîne de transmission dans la population.

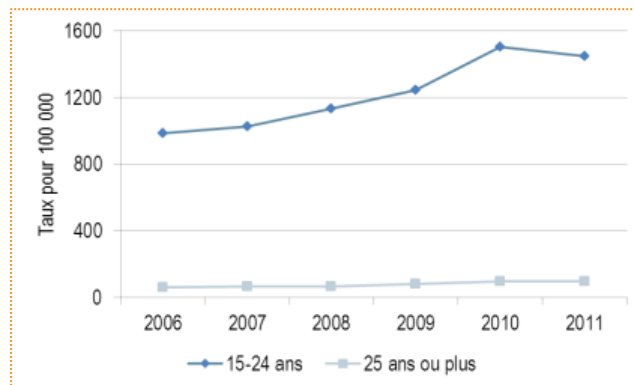
Il n'y a malheureusement pas de données disponibles actuellement pour suivre l'évolution des ITSS qui ne sont pas à déclaration obligatoire. C'est le cas notamment des infections par le virus du papillome humain ainsi que par le virus de l'herpès, qui sont des infections fréquentes (MSSS, 2008). Cette section portera sur les principales ITSS à déclaration obligatoire. Bien que l'hépatite B soit aussi une ITSS, les données de cette infection seront traitées dans la section des maladies évitables par la vaccination.

ÉTAT DE LA SITUATION

Hausse des infections transmises sexuellement

On observe une augmentation importante des déclarations de chlamydie génitale, principale ITSS déclarée, dans la région et au Québec. Leur nombre dans la région est passé de 505 en 2000 à 1 456 en 2011. De plus, le nombre de nouveaux cas par 100 000 habitants (taux d'incidence) est supérieur dans la région comparativement au Québec pour les années 2009 à 2011. Cette infection est diagnostiquée principalement chez les femmes, probablement parce qu'elle est dépistée plus régulièrement chez elles, notamment lors des examens annuels de routine. Les jeunes de 15 à 24 ans sont particulièrement affectés. Le taux d'incidence y est en effet plus de cinq fois supérieur à celui de la population totale.

Évolution du taux d'incidence de la chlamydie génitale, selon l'âge, région des Laurentides



Source : INSPQ, Registre central des MADO, juillet 2012.

L'infection gonococcique (gonorrhée), moins répandue, mais néanmoins la deuxième ITSS la plus fréquemment déclarée, est aussi en augmentation. Le nombre de déclarations dans la région, 18 en 2005, est passé à 87 en 2011. À l'inverse de ce qui est observé pour la chlamydie, les taux d'incidence de l'infection gonococcique de la région sont inférieurs à ceux qui sont observés au Québec. Cela peut s'expliquer par le fait que les caractéristiques des populations les plus affectées pour chacune de ces deux infections ne sont pas tout à fait les mêmes.

Les infections gonococciques affectent habituellement en plus grande proportion les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Contrairement à ce qu'on observe au Québec, l'écart entre le taux d'incidence chez les hommes et chez les femmes est plus restreint dans la région depuis 2009. Cette différence peut s'expliquer, en partie, par l'utilisation plus répandue de trousses permettant la détection simultanée de l'infection à chlamydia et de la gonorrhée chez les femmes depuis 2009 dans la région, qui ferait en sorte que davantage de cas seraient dépistés. De fait, l'augmentation des infections gonococciques est principalement attribuable au nombre de cas déclarés chez les jeunes femmes. La situation est plus stable chez les autres groupes d'âge, où l'on retrouve majoritairement des hommes.



La syphilis affecte maintenant des jeunes de 15 à 19 ans

Récemment, on a observé aussi une hausse des déclarations de syphilis. Cette infection était quasiment absente de la région depuis plusieurs années, mais 18 cas ont été déclarés en 2011. Habituellement, on retrouve une plus grande proportion de diagnostics de syphilis chez les hommes. Un fait nouveau : la syphilis affecte maintenant également des jeunes de 15 à 19 ans hétérosexuels, ce qui est inquiétant en raison du potentiel de transmission de la maladie.

Des comportements sexuels à risque

Selon les résultats d'une enquête menée en 2008¹ environ 9,4 % de la population de 15 ans ou plus dans la région a déclaré avoir déjà reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement (ITS). Cette proportion est légèrement supérieure à celle qui est observée au Québec (7,7 %). L'utilisation du condom est considérée comme un moyen efficace de prévenir la transmission des ITS. Toutefois, cette enquête révèle qu'une proportion importante des groupes à risque d'infection n'utilise pas toujours le condom. C'est le cas notamment d'environ 56 % des personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année et de 50 % des jeunes de 15 à 24 ans.

Des groupes plus vulnérables aux infections

D'autres infections, telles que l'hépatite C, se transmettent par le sang d'une personne infectée. Cette transmission peut se produire, par exemple, lors du partage des seringues chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) ou lors d'utilisation d'instruments non stériles, notamment pour le tatouage ou le perçage. Environ 160 nouveaux cas ont été déclarés en moyenne par année dans la région entre 2009 et 2011, ce qui représente une baisse comparativement à la période de 2002-2004. Cette diminution résulterait davantage du nombre élevé de cas anciennement infectés dépistés au début des années 2000 que d'une baisse réelle de cas nouvellement infectés. En effet, des études menées auprès des UDI suggèrent que

l'incidence d'infections transmises par le sang serait plutôt stable dans cette population, dont plus de 60 % en seraient atteints (INSPQ, 2011). On a observé pendant quelques années des taux d'incidence plus élevés dans la région que dans la province. Cela s'expliquerait en bonne partie par la forte concentration de personnes infectées dans les trois centres de détention situés dans la région. Les activités de dépistage importantes des centres de désintoxication et d'une clinique médicale dédiée à l'accompagnement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) et par le VIH peuvent également expliquer ces taux plus élevés observés dans la région (Rousseau, 2012).

L'infection au VIH peut se transmettre lors de relations sexuelles non protégées de même que par l'utilisation d'objets non stériles tels que des seringues souillées par le sang lors de l'usage de drogues par injection. L'évolution de l'infection au VIH est plutôt stable dans la région. On a observé 13 nouveaux cas en moyenne par année dans la région durant la période 2006-2009 (MSSS et coll., 2011a). Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes constituent une proportion importante des personnes infectées. De plus, une proportion importante d'utilisateurs de drogues par injection est infectée par le VIH et également par l'hépatite C (INSPQ, 2011).

PLUS EN PROFONDEUR

Des pistes pour expliquer les augmentations du nombre de cas déclarés d'ITSS

La hausse de certaines ITSS pourrait refléter une augmentation de l'incidence, mais peut s'expliquer aussi en partie par l'amélioration des tests de dépistage et leur utilisation accrue.

La hausse peut aussi provenir d'un relâchement des comportements sexuels sécuritaires découlant de la banalisation du VIH suite au traitement de trithérapie qui permet de prolonger la vie des personnes atteintes. On constate effectivement une augmentation des comportements sexuels à risque et des relations sexuelles non protégées. Il sera important de faire des efforts de sensibilisation pour rappeler que le VIH demeure une maladie grave et que l'absence de protection lors des relations sexuelles est un risque majeur pour l'ensemble des ITS.

¹ ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008.



MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

FAITS SAILLANTS

- Le nombre de nouveaux cas est très faible pour la plupart des maladies évitables par la vaccination.
- Le nombre de nouveaux cas d'hépatite B aiguë diminue.
- Les taux de vaccination chez les jeunes enfants et les délais de vaccination sont à améliorer.
- Les taux de vaccination chez les élèves sont à la baisse.

MISE EN CONTEXTE

La vaccination permet de prévenir l'apparition de plusieurs infections et d'empêcher la transmission de maladies dans la population. Actuellement, le Protocole d'immunisation du Québec recommande et offre la vaccination contre 15 maladies, principalement pour les personnes de trois groupes d'âge : les jeunes enfants, les élèves en milieu scolaire et les aînés. La vaccination des travailleurs de la santé est une autre mesure de prévention, qui vise à protéger des infections les personnes malades en milieu de soins.

ÉTAT DE LA SITUATION

Peu de nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination chez les enfants

Plusieurs maladies infectieuses affectent les enfants et certaines d'entre elles peuvent avoir des effets graves sur la santé, incluant le décès. Plusieurs de ces maladies sont à déclaration obligatoire à la Direction de santé publique (DSP). Cela permet d'en suivre l'évolution et d'en contrôler la transmission.

On observe rarement de nouveaux cas pour plusieurs maladies infectieuses dans la région, telles que la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos et la rubéole, et ce, depuis plusieurs années. Ces maladies font partie depuis longtemps du programme de vaccination. Il en est habituellement de même pour la rougeole. Toutefois, on a assisté à une éclosion de rougeole au Québec en 2011, dont 9 nouveaux cas dans la région des Laurentides. Un rattrapage de la vaccination contre la rougeole dans les milieux scolaires a permis de contrôler la propagation de l'infection.

Alors que l'on n'observe que quelques cas par année d'infection à *Haemophilus influenzae* de type b, d'infection à méningocoque et d'oreillons, la coqueluche et les infections invasives à pneumocoque sont plus fréquentes. Pour les infections invasives à pneumocoque, les souches

du virus ont changé depuis l'introduction du vaccin en 2004. Le vaccin a été modifié en 2011 pour tenir compte de ces changements. On pourrait s'attendre à une baisse éventuelle de cette infection.

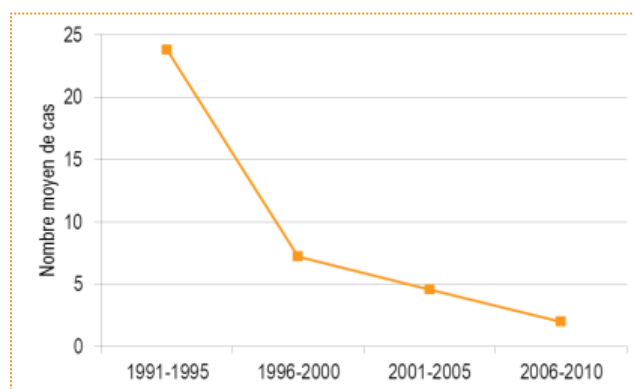
Incidence des maladies évitables par la vaccination à déclaration obligatoire, région des Laurentides, 2006-2010

	NOMBRE ANNUEL MOYEN DE CAS
Diphtérie	0
Poliomyélite	0
Tétanos	0
Rubéole	<1
Rougeole	<1
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	1
Hépatite B aiguë	2
Infection à méningocoque	4
Oreillons	5
Coqueluche	45
Infection invasive à pneumocoque	52

Source : INSPQ, Registre central des MADO, 15 juin 2011.

On a observé une diminution importante du nombre de cas d'hépatite B aiguë depuis l'introduction du vaccin en 1994-1995 chez les élèves de 4^e année du primaire, passant de plus de 30 cas par an en 1994 à moins de 5 cas par an depuis 2004.

Évolution de l'incidence de l'hépatite B aiguë, région des Laurentides



Source : INSPQ, Registre central des MADO.



Des taux de couverture vaccinale à améliorer

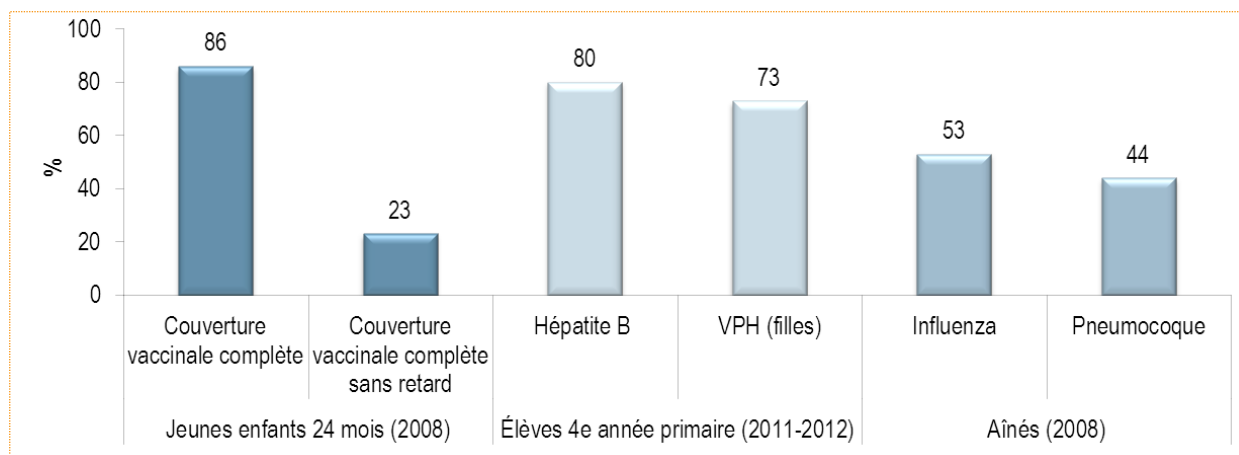
Le moyen le plus efficace de prévenir et de contrôler les maladies évitables par la vaccination est de maintenir des taux de couverture vaccinale élevés dans l'ensemble de la population. Une vaccination trop faible de façon généralisée ou à l'intérieur de certains sous-groupes peut mener à des éclosions de maladies et exposer la population à leurs conséquences sur la santé. Les taux d'incidence des maladies infectieuses présentées précédemment sont relativement faibles en raison du programme de vaccination et des taux de couverture vaccinale élevés.

Selon une enquête menée en 2008 (INSPQ, 2010), environ 86 % des enfants de 24 mois de la région des Laurentides avaient reçu tous les vaccins recommandés dans le programme d'immunisation (couverture vaccinale complète). Toutefois, seulement 23 % des enfants de cet âge avaient reçu tous les vaccins à l'âge prévu dans le calendrier de vaccination (couverture vaccinale complète sans retard). Ce sont des taux de couverture vaccinale satisfaisants, mais non optimaux. En effet, certaines infections contagieuses, telles que la rougeole, nécessitent un taux de vaccination de plus de 95 % pour éradiquer la maladie. La difficulté à améliorer les couvertures vaccinales et à respecter le calendrier vaccinal des enfants peut s'expliquer par l'acceptabilité parfois limitée, pour les parents et les vaccinoteurs, de l'administration de plusieurs vaccins au même rendez-vous. Des contraintes organisationnelles dans les services offerts limitent aussi l'accessibilité à la vaccination dans les délais prescrits.

Des vaccins sont recommandés pour les élèves de 4^e année du primaire afin d'assurer une protection éventuelle contre certaines maladies transmissibles sexuellement et par le sang comme l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH). La couverture vaccinale contre l'hépatite B rejoignait 90 % des élèves en 1997-1998, puis a diminué graduellement jusqu'à 80 % en 2011-2012. Le vaccin contre le VPH est offert aux filles de 4^e année du primaire et de 3^e secondaire depuis 2008-2009. Ce virus est responsable de presque tous les cas de cancer du col de l'utérus (Société canadienne du cancer, 2011). On a observé dans la région une couverture vaccinale d'environ 80 % en 2008-2009 chez les filles visées du primaire et du secondaire, puis elle a diminué à moins de 75 % en 2011-2012. Les diminutions de la couverture vaccinale chez les élèves sont plus prononcées que ce qu'on observe au Québec. On remarque même en 2011-2012 des taux de couverture vaccinale inférieurs à ceux du Québec, alors qu'ils étaient semblables auparavant. L'acceptabilité de ces vaccins pourrait être en diminution dans la région.

Pour les personnes âgées, la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée chez les plus de 60 ans ainsi que le vaccin contre les infections à pneumocoque chez les 65 ans ou plus afin de les protéger contre les complications de ces maladies. Selon une enquête menée en 2008 (ISQ, 2008), le taux de vaccination des aînés contre l'influenza s'élevait à plus de 53 % et celui contre le pneumocoque à environ 44 % dans la région des Laurentides. Ces taux de vaccination sont plutôt stables dans le temps.

Taux de couverture vaccinale selon différentes clientèles, région des Laurentides



Sources : INSPQ, Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2008.
 DSP des Laurentides, Couverture vaccinale dans les écoles.
 ISQ, Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque, 2008.



Les personnes malades hospitalisées en milieu de soins constituent un autre groupe particulièrement vulnérable aux infections comme la grippe saisonnière. La transmission de l'infection en milieu hospitalier se fait autant par l'entremise des patients que par le personnel soignant. Dans cette perspective, la vaccination contre l'influenza saisonnière des travailleurs de la santé est une action de prévention incontournable dans la lutte contre ces infections. L'objectif est une couverture vaccinale de 80 % des travailleurs. À la fin de la saison 2011-2012, la proportion de travailleurs vaccinés de la région des Laurentides¹ était d'environ 41 %. Le taux de vaccination régional se situe habituellement entre 40 % et 50 %, à l'exception de l'année de la grippe H1N1, en 2009, où deux campagnes de vaccination avaient été menées.

¹ Source : Direction de santé publique des Laurentides, Couverture vaccinale des travailleurs de la santé de la région.



MALADIES ENTÉRIQUES

FAITS SAILLANTS

- Le nombre de cas de maladies entériques diminue.
- Le nombre de nouveaux cas de maladies entériques par rapport à la population est plus faible dans la région qu'au Québec.

MISE EN CONTEXTE

Les maladies entériques se transmettent par voie fécale-orale. Elles se manifestent par des symptômes de diarrhées, de vomissements et de fièvre. Lorsque des cas sont déclarés à la Direction de santé publique (DSP), une enquête est effectuée afin de déceler si une cause commune provenant de l'eau ou d'aliments contaminés pourrait être en cause. Il est important d'identifier ces causes afin d'apporter les mesures nécessaires pour éviter la propagation de ces maladies. La plupart des cas de maladies entériques sont légers. Par contre, certains cas sont graves et peuvent conduire à une hospitalisation et même au décès, particulièrement chez les populations vulnérables, telles que les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes immunosupprimées. En raison de nombreuses mesures d'hygiène et de salubrité, ces maladies entraînent moins de conséquences graves dans les pays industrialisés tels que le nôtre.

ÉTAT DE LA SITUATION

Incidence plus faible des maladies entériques et tendance généralement à la baisse

Plus de 300 cas de maladies entériques ont été déclarés en moyenne par année dans la région des Laurentides au cours de la période 2008-2010. Toutefois, il y aurait une sous-déclaration importante : moins de 10 % des cas seulement seraient déclarés à la DSP (MSSS et coll., 2011b; ASPC, 2010). Cette sous-déclaration s'explique par le fait que pour que les cas soient déclarés, les personnes infectées doivent avoir consulté un médecin, avoir eu une analyse sur un prélèvement de selle dont le résultat s'avère positif, reçu un diagnostic et enfin, que le cas soit déclaré par le médecin ou le laboratoire à la DSP. Les principales maladies entériques¹ sont la campylobactériose, la salmonellose et la giardiase. Certaines éclosions sont également déclarées à la DSP. Il

s'agit principalement d'éclosions de gastro-entérites épidémiques² (42 déclarées en 2011) et de toxi-infections alimentaires³ (19 déclarées en 2011).

Au cours de la période 2005-2009, le nombre de nouveaux cas déclarés de plusieurs maladies entériques par rapport à la population (taux d'incidence) dans la région des Laurentides est légèrement inférieur à ce qui est observé au Québec. Il n'y a pas de raisons évidentes qui laissent croire que la population de la région soit moins affectée par ces maladies qu'ailleurs au Québec. L'importante sous-déclaration rend l'interprétation des comparaisons difficile.

On remarque également que le taux d'incidence de maladies entériques dans la population est généralement à la baisse. Il peut s'agir d'un effet de l'amélioration de l'application des mesures sanitaires, mais cela pourrait également refléter une sous-déclaration plus importante des cas. Par exemple, on note une diminution des taux de campylobactériose depuis 15 ans dans la région, qui sont passés de 37 cas pour 100 000 habitants en 1990-1994 à 24 cas pour 100 000 en 2005-2009. On observe également une diminution des taux de salmonellose, qui sont passés de 32 cas par 100 000 habitants à 13,5 cas durant les mêmes périodes.

¹ Plus de détails sur chacune des maladies entériques sont mentionnés dans le rapport annuel sur les MADO de 2010 de la Direction de santé publique des Laurentides (Lacombe, 2012).

² Définition : Symptômes gastro-intestinaux d'origine infectieuse chez au moins deux personnes et liens épidémiologiques entre les cas sans qu'une origine alimentaire ou hydrique ait été mise en évidence.

³ Définition : Symptômes cliniques similaires chez au moins deux personnes et un lien épidémiologique entre le fait d'être malade et la consommation d'aliments ou d'eau de source commune aux deux personnes.



Incidence des principales maladies entériques à déclaration obligatoire, région des Laurentides et le Québec, 2005-2009

MALADIES ENTÉRIQUES	RÉGION DES LAURENTIDES		LE QUÉBEC	
	NOMBRE ANNUEL MOYEN	TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000	NOMBRE ANNUEL MOYEN	TAUX D'INCIDENCE PAR 100 000
Campylobactériose	127	24,2 (-)	2 311	30,0
Salmonellose	71	13,5	1 112	14,5
Giardiase	52	9,8 (-)	940	12,2
Shigellose	8	1,6 (-)	186	2,4
Yersiniose	7	1,4	125	1,6
Infection à <i>Escherichia coli</i> entéro-hémorragique	7	1,3*	145	1,9
Amibiase	4	0,8* (-)	242	3,1
Hépatite A	4	0,7*	87	1,1

* Coefficient de variation supérieur à 16,33 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(-) La région a un taux significativement inférieur à celui du Québec, au seuil de 0,01.

Source : MSSS et coll., 2011a.

PLUS EN PROFONDEUR

Hausse des maladies entériques acquises à l'étranger

On observe une nouvelle tendance au Québec, soit une hausse des cas infectés (acquis) à l'étranger. Cela pourrait s'expliquer principalement par l'augmentation des voyages effectués par les Québécois (MSSS et coll., 2011b). Les infections acquises à l'étranger représentaient pour la région environ 10 % des cas de maladies entériques déclarées en 2010.¹

¹ Direction de santé publique des Laurentides, Registre des enquêtes des MADO.



INFECTIONS NOSOCOMIALES

FAITS SAILLANTS

- Après une diminution importante, on note une recrudescence des diarrhées associées au *Clostridium difficile*.

MISE EN CONTEXTE

Les infections nosocomiales sont des infections acquises en milieu de soins. Plusieurs facteurs sont associés à la propagation des infections nosocomiales. L'émergence de nouvelles souches virulentes de bactéries ou de virus de même que leur résistance aux antibiotiques peuvent entraîner une augmentation des infections. De plus, les personnes hospitalisées, plus âgées ou ayant un statut immunitaire affaibli et celles qui requièrent des soins intensifs sont plus susceptibles de développer des infections avec des complications graves et d'en décéder. D'autres facteurs peuvent contribuer à la propagation de ces infections, notamment l'utilisation inappropriée des antibiotiques, une médecine plus invasive dans les méthodes d'investigation et de traitement de même que des carences dans l'entretien ménager et les habitudes hygiéniques dans les établissements de santé. En plus d'entraîner de la morbidité et de la mortalité, les infections nosocomiales ont un impact sur l'accessibilité aux soins hospitaliers et sur les coûts des services de santé, car elles prolongent la durée de séjour à l'hôpital des patients qui en sont atteints.

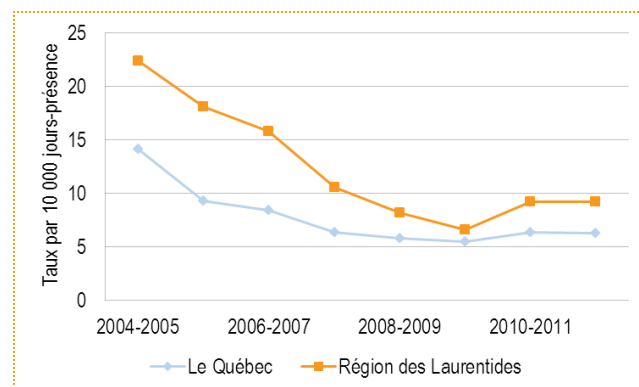
Les infections nosocomiales ne sont pas un phénomène nouveau. Les plus fréquentes sont les infections urinaires, les pneumonies nosocomiales, les infections de plaies, les bactériémies nosocomiales principalement associées à un cathéter, notamment celles à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), et la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD). Ces deux dernières infections retiennent notre attention, car elles causent davantage de morbidité, sont plus létales et difficiles à traiter. De plus, le risque de transmission de la résistance d'une bactérie à l'autre est un enjeu important et exige une grande vigilance.

ÉTAT DE LA SITUATION

Recrudescence des diarrhées associées au *Clostridium difficile*

Le *Clostridium difficile* serait responsable de 15 à 30 % des diarrhées infectieuses nosocomiales chez l'adulte (INSPQ, 2009). Le taux d'incidence régional des DACD est historiquement supérieur à la moyenne provinciale. Cependant, il a subi une baisse importante depuis 2004 passant d'un taux de 22,4 cas par 10 000 jours-présence en 2004-2005 à 6,6 cas en 2009-2010 dans les centres hospitaliers de la région des Laurentides. Toutefois, on a noté une recrudescence en 2010-2011. Par la suite, le taux s'est maintenu à 9,2 cas par 10 000 jours-présence en 2011-2012. La prédominance de la souche épidémique de 2005 a été observée dans les régions ayant une incidence plus élevée d'infections. Or, c'est la souche prédominante dans la région des Laurentides.

Depuis le début de la surveillance des bactériémies à SARM en 2006, le nombre de cas est encore restreint, soit environ 5 à 19 cas par année entre 2006 et 2010 dans la région. Cette infection est toutefois problématique, car les choix thérapeutiques pour traiter cette infection sont limités et le tiers de ces infections serait létales (MSSS et coll., 2011a).

Évolution du taux d'incidence de la diarrhée à *Clostridium difficile* (DACD) nosocomiale dans les centres hospitaliers, région des Laurentides et le Québec

Source : INSPQ/LSPQ, Surveillance des infections nosocomiales.



RÉFÉRENCES

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2010). *Les maladies entériques : un problème de santé important au Canada*, [en ligne], <http://phac-aspc.gc.ca/c-enternet/ed-me-fra.php> (page consultée le 10 mai 2012).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque*, Québec, 57 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Surveillance des diarrhées associées à Clostridium difficile au Québec. Rapport du 17 août 2008 au 15 août 2009*, 46 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2008*, Rapport de recherche, 200 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2011). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection – Épidémiologie du VIH 1995-2009 et Épidémiologie du VHC 2003-2009*, 87 p.

LACOMBE, Marie-Claude (2012). *Rapport des maladies à déclaration obligatoire dans les Laurentides (2011)*, Saint-Jérôme, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 29 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2007 et projection 2008*, Collection analyses et surveillance, 82 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011a). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions : Les statistiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 351 p.

----- (2011b). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions : Les analyses*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 156 p.

ROUSSEAU, Louis (2012). « Hépatite C », *Bulletin régional ITSS Laurentides (B.R.I.L.)*, vol. 4, n° 1, janvier, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, p. 1-4.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2011). *VPH et cancer du col de l'utérus*, [en ligne], <http://www.cancer.ca> (page consultée le 22 juin 2012).



FAITS SAILLANTS

- Les traumatismes sont un problème fréquent.
- Les sports et le travail sont impliqués dans une partie importante des blessures.
- Les accidents de véhicules à moteur sont responsables d'une grande partie des décès par traumatisme particulièrement chez les jeunes.
- Les chutes constituent une cause importante d'hospitalisations pour traumatismes surtout chez les aînés.
- Les hospitalisations pour chutes et accidents de véhicules hors route sont supérieures dans la région qu'au Québec.

MISE EN CONTEXTE

Parmi les traumatismes, on retrouve ceux qui sont causés intentionnellement (les blessures infligées volontairement, les homicides et les suicides) et les traumatismes non intentionnels. On entend par traumatismes non intentionnels (TNI) des blessures involontaires causées par exemple, par des accidents, des chutes, des intoxications ou des brûlures. Le présent chapitre portera sur cette deuxième catégorie de traumatismes alors que les traumatismes intentionnels seront traités dans le chapitre « Santé mentale et adaptation sociale ».

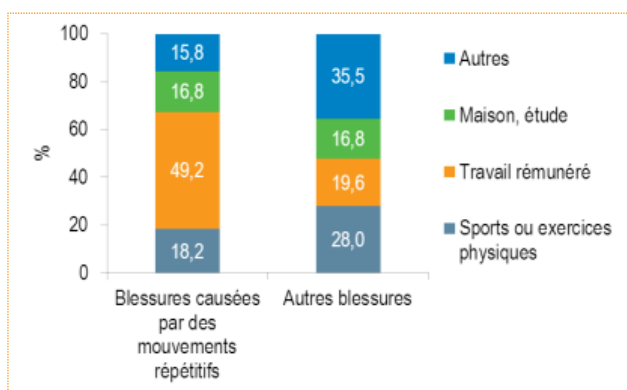
Les données régionales disponibles permettent de faire un portrait partiel des traumatismes non intentionnels. Ce portrait fera d'abord état des blessures involontaires, qui sont le plus souvent évitables et qui surviennent dans différents lieux. On verra par la suite les conséquences de ces traumatismes, qui peuvent parfois être suffisamment graves pour entraîner des hospitalisations¹ ou même le décès². Deux causes importantes de traumatismes sont à l'origine de la plupart des conséquences graves, soit les accidents de véhicules à moteur et les chutes. Le dernier aspect traité dans ce chapitre sera l'une des causes parmi les plus importantes de décès prématurés : les traumatismes chez les enfants.

ÉTAT DE LA SITUATION

Les blessures : un problème fréquent

Les blessures touchent un grand nombre de personnes chaque année. La connaissance du lieu ou de l'activité ayant causé la blessure permet de mieux cibler les interventions de prévention³. Une enquête a permis d'estimer la prévalence de deux types de blessures, soit les blessures liées à des mouvements répétitifs et les autres blessures, non reliées à des mouvements répétitifs, mais suffisamment importantes pour limiter les activités normales d'une personne durant l'année.

Répartition de deux types de blessures selon le lieu de l'activité dans la population de 15 ans ou plus, région des Laurentides, 2008



Source : ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.

¹ La source des données sur les hospitalisations dans ce chapitre est la suivante : MSSS, Fichier MED-ÉCHO.

² La source des données sur les décès dans ce chapitre est la suivante : MSSS, Fichier des décès.

³ Il est à noter que d'autres informations sur les blessures reliées au travail sont présentées dans le chapitre « Santé au travail ».



Tout d'abord, on remarque qu'environ 10 % des personnes auraient été victimes d'au moins une blessure suite à des mouvements répétitifs. Cela représente plus de 43 700 personnes de 15 ans ou plus dans la région des Laurentides. Près de la moitié de ces blessures sont attribuées à l'exercice du travail rémunéré (49 %) et moins de 20 % à la pratique de sports ou d'exercices physiques.

De plus, on constate qu'environ 12 % des personnes de 15 ans ou plus dans la région, soit environ 51 200 personnes, ont rapporté avoir été victimes d'au moins une blessure non reliée aux mouvements répétitifs. Davantage d'hommes que de femmes ont rapporté s'être blessés (15 % c. 9 %). Ces blessures se seraient produites principalement lors de la pratique d'un sport ou d'une activité récréative (28 %), sur les lieux d'un travail rémunéré (20 %) et à la maison ou sur les lieux d'études (17 %). On retrouve une plus grande proportion d'hommes que de femmes qui se blessent lors de sports ou d'exercices physiques.

PLUS EN PROFONDEUR

Des moyens pour aider à éviter les blessures : exemple de certaines activités sportives

Plusieurs blessures pourraient être évitées par différents moyens comme la législation, l'amélioration de la sécurité des produits ou de l'environnement physique et par la promotion de l'utilisation de dispositifs de sécurité. Comme on l'a vu, le sport et les activités récréatives sont en cause dans une grande proportion des blessures. Un des moyens pour réduire la gravité des blessures est le port d'équipement de protection.

Par exemple, dans la région, le port du casque varie selon le sport pratiqué. On remarque qu'en 2009-2010⁴, environ 45 % des skieurs disent toujours porter un casque alors que seulement 27 % des cyclistes et 21 % des utilisateurs de patins à roues alignées font de même. Une minorité des utilisateurs de patins à roues alignées affirment également toujours porter les autres équipements de protection, soit 28 % des protège-poignets, 13 % des protège-coudes et 16 % des protège-genoux.

Le port d'équipement de protection est également recommandé durant la pratique d'autres activités sportives, telles que la planche à roulettes et la planche à neige.

Toutefois, les données disponibles sur le port d'équipement n'ont pas une précision acceptable pour être utilisées.

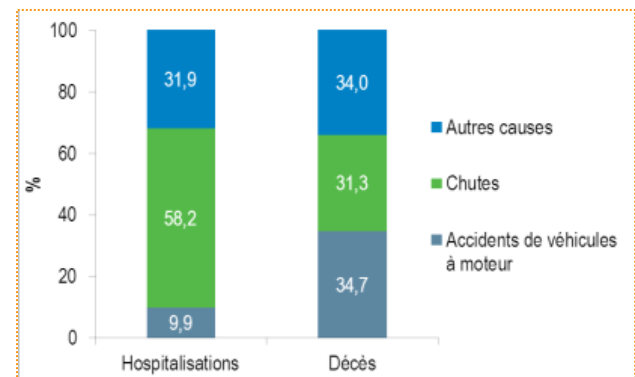
Les traumatismes non intentionnels peuvent avoir des conséquences graves

Certaines blessures peuvent nécessiter une hospitalisation et causent parfois même le décès. Heureusement, les tendances à long terme pour les hospitalisations et les décès suite à des blessures sont à la baisse.

Au chapitre des hospitalisations, on observe en moyenne par année environ 2 800 hospitalisations pour traumatismes non intentionnels dans la région durant la période 2007-2009. On remarque d'ailleurs un nombre d'hospitalisations par 100 000 habitants plus élevé dans la région des Laurentides qu'au Québec (taux de 526,1 pour 100 000 c. 466,9). Les deux principales causes d'hospitalisation pour TNI sont les chutes (58,2 %) et les accidents de véhicules à moteur (9,9 %).

En ce qui concerne les décès, on compte en moyenne par année environ 127 personnes de la région décédées suite à des TNI durant la période 2007-2009. Les accidents de véhicules à moteur sont responsables de la plus grande part de ces décès (34,7 %) suivis par les chutes (31,3 %).

Répartition des causes d'hospitalisation et de décès suite à un traumatisme non intentionnel, région des Laurentides, 2007-2009



Sources : MSSS, Fichier des décès; MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO et ICIS, Base de données sur les congés des patients.

Les accidents de véhicules à moteur : un problème plus important chez les jeunes et les hommes

Les accidents de véhicules à moteur sont la cause la plus importante de décès liés à un traumatisme. Les paragraphes qui suivent montrent que leurs conséquences affectent davantage certains sous-groupes de la population. Plus spécifiquement, les accidents de véhicules hors route retiennent l'attention en raison de la tendance à la hausse.

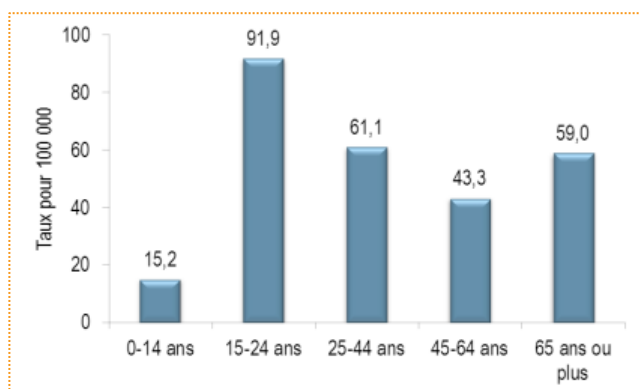
⁴ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010.



Dans toute la population de la région, les accidents de véhicules à moteur ont causé en moyenne chaque année la mort de 45 résidents ainsi qu'environ 278 hospitalisations. Alors que les taux d'hospitalisation pour cette cause connaissent une légère baisse, les taux des décès sont plutôt stables.

Les jeunes de 15 à 24 ans sont plus à risque d'être hospitalisés ou de décéder par accident de véhicules à moteur que les autres groupes d'âge (taux de 92 hospitalisations pour 100 000 jeunes durant la période 2007-2009). Les taux d'hospitalisation vont ensuite en diminuant avec l'âge, pour augmenter chez les 65 ans ou plus. Il s'agit aussi de la principale cause de décès pour les 15 à 24 ans, avec 16,8 décès par 100 000 jeunes. La tendance chez les jeunes semble stable depuis dix ans.

Taux d'hospitalisation pour accidents de véhicules à moteur selon l'âge, région des Laurentides, 2007-2009



Source : MSSS, Fichiers des hospitalisations MED-ECHO.

Les hommes sont plus affectés que les femmes par les accidents de véhicules à moteur. On observe des taux de mortalité plus élevés chez les hommes (12 décès pour 100 000 hommes c. 4 décès pour 100 000 femmes durant la période 2007-2009). Cela en fait la principale cause de décès par traumatisme chez les hommes. Les taux d'hospitalisation pour accidents de véhicules à moteur sont également plus élevés chez les hommes.

Les accidents impliquant des véhicules hors route⁵ constituent une sous-catégorie des accidents de véhicules à moteur particulièrement préoccupante. Les véhicules hors route sont en cause dans environ le quart des hospitalisations pour accidents de véhicules à moteur. On compte en moyenne 72 hospitalisations de résidents de la région des Laurentides par année durant la période 2007-2009. Le taux d'hospitalisation est même légèrement

supérieur dans la région des Laurentides comparativement au Québec (14 hospitalisations pour 100 000 personnes c. 12 pour 100 000). Les taux ont connu une tendance à la hausse entre 1991 et 2006. L'augmentation de la popularité de ces véhicules est une hypothèse pour expliquer cette hausse. On observe également environ trois décès de résidents de la région par année à la suite d'accidents survenus avec ces véhicules.

PLUS EN PROFONDEUR

Les accidents de véhicules à moteur : des causes connues

Certains facteurs de risque sont plus fréquemment impliqués dans les blessures associées aux accidents de véhicules à moteur. Tel que le montrent les statistiques, les hommes et les jeunes de 15 à 24 ans sont plus souvent blessés lors de ces accidents. Le dépassement des limites de vitesse au moment de l'impact et la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool sont souvent impliqués.

À titre d'exemple, on a observé en 2007, 770 condamnations reliées à des infractions pour conduite d'un véhicule avec facultés affaiblies dans la région des Laurentides. Fort heureusement, le taux de ces condamnations est à la baisse, passant de 623 condamnations pour 100 000 titulaires de permis en 1992 à 210 en 2007 (MSSS et coll., 2011).

Les chutes : une importante cause d'hospitalisation chez les aînés

Les chutes constituent la principale cause d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels. Elles touchent tous les groupes d'âge, mais certains en sont davantage affectés. Les constats concernant les données sur les chutes sont également différents chez les hommes et les femmes.

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Les causes de chutes

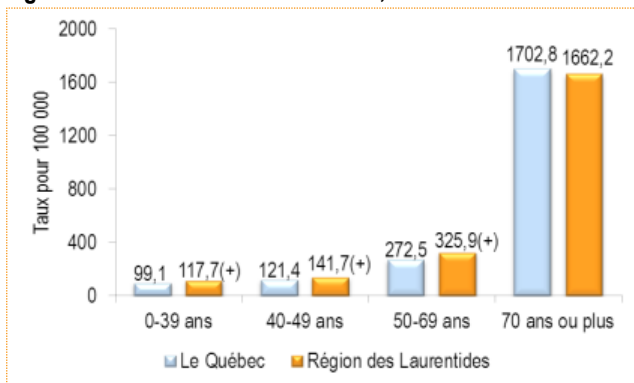
Les causes de chutes sont multiples dans les statistiques d'hospitalisations et de décès. On inclut, entre autres, les chutes résultant de faux pas, celles dues à la glace et à la neige, les chutes d'un lit, d'une chaise, d'un escalier, de même que celles du haut d'un bâtiment, d'un arbre, etc.

⁵ Par exemple, des véhicules tout-terrain (VTT), des motoneiges.



Durant la période 2007-2009, le nombre d'hospitalisations pour chutes s'est élevé à plus de 1 600 chaque année pour l'ensemble des résidents de la région. Durant cette même période, le taux d'hospitalisation pour chutes s'est avéré supérieur à celui du Québec dans la région, soit 33,2 hospitalisations pour 100 000 habitants comparativement à 29,8 pour le Québec. On note que les taux d'hospitalisation de la région sont plus élevés que ceux du Québec pour la population de moins de 70 ans. Il n'y a pas de cause évidente pour expliquer cet écart entre la région et le Québec.

Taux d'hospitalisation pour chutes accidentelles selon l'âge, région des Laurentides et le Québec, 2007-2009



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du Québec, au seuil de 0,05.

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

Les chutes ont causé, en moyenne, le décès d'environ 40 résidents de la région par année durant la période 2007-2009. On ne note toutefois pas de différence significative entre les taux de décès pour chutes de la région et ceux du Québec.

Les personnes de 70 ans ou plus sont beaucoup plus affectées par les chutes que les plus jeunes. Les taux d'hospitalisation et de décès pour chutes sont donc considérablement plus élevés dans ce groupe d'âge. Le taux d'hospitalisation pour chutes chez les personnes âgées est plutôt stable dans la région alors qu'il est en légère hausse au Québec.

Enfin, les chutes touchent davantage les femmes que les hommes. Elles comptent pour plus de 72 % des hospitalisations pour TNI chez ces dernières comparativement à 46 % chez les hommes. On remarque également davantage de décès occasionnés par une chute chez les femmes que chez les hommes. Cela s'explique en partie par le fait que les femmes âgées sont plus nombreuses. Les femmes âgées sont aussi plus à risque

de fracture, car elles sont plus souvent atteintes d'ostéoporose, une maladie qui fragilise leurs os.

PLUS EN PROFONDEUR

Les conséquences des chutes et des moyens pour les prévenir

Les chutes chez les personnes âgées sont un problème important à considérer, car elles peuvent occasionner des blessures, notamment des fractures. Elles peuvent survenir de façon répétitive et entraîner le retrait social, une diminution de l'activité physique, une faiblesse musculaire et une dégradation de l'état de santé.

Le problème des chutes est relativement fréquent. Selon des études, environ 30 % des personnes de 65 ans ou plus chutent à chaque année (O'Loughlin, 1993). On estime qu'au Québec, environ 4,2 % de ces personnes ont subi une chute ayant causé des blessures⁶. Tel qu'il a été vu dans les statistiques présentées plus haut, plusieurs de ces chutes conduiront à une hospitalisation et parfois au décès.

Il y a plusieurs interventions possibles pour prévenir les chutes chez les aînés. Le programme *VIACTIVE* est offert en continu à des regroupements d'aînés de 50 à 64 ans et de 65 ans ou plus. Il vise à augmenter la fréquence d'activités physiques en vue de conserver l'autonomie. Un autre programme multifactoriel comporte des activités de groupe pendant 12 semaines auprès des personnes à risque de chute vivant dans la communauté (*PIED*). Il existe également des interventions multifactorielles personnalisées à domicile avec les personnes à haut risque de chute.

Traumatismes évitables chez les jeunes enfants

Les TNI constituent la principale cause de mortalité parmi les jeunes enfants et une cause importante d'hospitalisation. La prévention des traumatismes, particulièrement à l'endroit des jeunes enfants, est donc un sujet de préoccupation, d'autant plus qu'un grand nombre de ces traumatismes pourraient être évités. Les causes des traumatismes changent selon l'âge des enfants.

Chez les enfants de 0 à 4 ans, durant la période de 2007 à 2009, on observe en moyenne par année 105 hospitalisations pour TNI dans la région et environ un décès. Les chutes sont responsables de la moitié de ces hospitalisations. On note que le total des intoxications, des suffocations et des noyades sont en cause pour environ 8 % des cas. La population de moins de cinq ans est celle

⁶ ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.



où l'on observe les taux d'hospitalisation les plus élevés pour ces trois dernières causes.

Chez les enfants de 5 à 11 ans, les taux d'hospitalisation pour TNI sont moins élevés que chez les enfants de quatre ans ou moins (169,9 hospitalisations pour 100 000 enfants de 5 à 11 ans c. 371,4 pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans). On observe en moyenne deux décès par année. Environ 54 % des hospitalisations pour TNI sont causées par des chutes. Une étude québécoise indique que vers l'âge de 10 ans, près de la moitié des blessures les plus graves sont liées à la pratique d'un sport ou à l'utilisation de la bicyclette ou de la trottinette (Simard et coll., 2010).



RÉFÉRENCES

O'LOUGHLIN, Jennifer L., Yvonne ROBITAILLE, Jean-François BOVIN, et Samy SUISSA (1993). « Incidence of and Risk factors for Falls and Injurious Falls among the Community-dwelling Elderly », *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 3, p. 342-354.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et de l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action : portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 351 p.

SIMARD, Micha, Karine TÉTREAU et Hélène DESROSIERS (2010). « Quand becquer bobo ne suffit pas : les blessures au cours de l'enfance », *Portrait et trajectoires*, Institut de la statistique du Québec, n° 10, juin.



FAITS SAILLANTS

- La cohésion sociale doit être renforcée.
- Près de 10 % de la population est affectée par au moins un des deux principaux troubles mentaux.
- Il y a plus de criminalité et de victimes de violence dans la région qu'au Québec.
- La consommation d'alcool augmente.
- Le suicide diminue, mais le phénomène demeure préoccupant.

MISE EN CONTEXTE

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2002) définit la santé mentale comme étant « la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière à mieux jouir de la vie, à mieux faire face aux défis ». La santé psychosociale est une composante essentielle de la santé. Elle réfère à la psychologie des individus dans le cadre de leur vie sociale. Plusieurs facteurs peuvent déterminer l'état de santé mentale et psychosociale. Il s'agit principalement du revenu, de la scolarité, du soutien social, du stress, de l'emploi, de l'estime de soi et de la santé physique. Les aspects positifs de ces déterminants agissent comme facteurs de protection pour une bonne santé mentale. Les aspects plus négatifs constituent, pour leur part, des facteurs de risque pouvant mener à différents problèmes de santé mentale et d'adaptation sociale. C'est le cas, notamment, des troubles mentaux, des dépendances, de la violence et de la criminalité. Ultimement, certaines personnes vont même songer au suicide, un phénomène encore trop présent dans notre société. Ce chapitre est consacré principalement à des données sur l'ensemble de la population de la région des Laurentides. Par ailleurs, le thème de la santé mentale et de l'adaptation sociale est aussi abordé dans les chapitres « Santé des jeunes », « Santé au travail » et « Santé des aînés », auxquels il est possible de se référer au besoin.

ÉTAT DE LA SITUATION¹

Des éléments positifs de la santé mentale

Pour décrire le concept de la santé mentale positive, il existe encore relativement peu d'indicateurs à explorer, en particulier à l'échelle régionale. Malgré tout, il sera possible dans cette section d'analyser la perception de l'état de santé mentale, la satisfaction face à la vie ainsi que l'estime de soi, qui permettront de soulever certains constats sur la santé mentale positive dans la région.

La perception de l'état de santé mentale est un indicateur global. Il réfère à l'aptitude de jouir de la vie, à la capacité d'adaptation aux événements de la vie et au bien-être émotionnel. Il est particulièrement associé au sentiment d'appartenance et au soutien social. Sa relation avec d'autres indicateurs tels que la perception de la santé physique positive, la non-consommation de médicaments, l'absence de dépendance à l'alcool et l'absence de diagnostic de troubles mentaux a aussi été démontrée. En 2009-2010, plus des trois quarts (77,6 %) de la population de la région des Laurentides considéraient positivement leur état de santé mentale.

La satisfaction face à la vie est un autre facteur qui permet de décrire l'état de santé psychosociale de la population. Les personnes qui ne vivent pas seules ou qui ont un revenu élevé sont plus nombreuses à être satisfaites de leur vie. Cet indicateur est aussi associé à une autoévaluation positive de la santé physique, à un risque moindre de dépendance à l'alcool et aux drogues, de consommation de médicaments et à un risque moindre de diagnostic de troubles mentaux. En 2009-2010, une très

¹ Sauf mention contraire, les données présentées dans cette section proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010 de Statistique Canada.



forte proportion de la population de la région (94,3 %) était satisfaite de sa vie en général.

L'estime de soi est aussi un facteur pouvant avoir une incidence positive sur la santé mentale. On l'associe principalement à la résilience individuelle, à l'intégration sociale et au sentiment d'appartenance à la communauté. En 2009-2010, une enquête évalue que près des deux tiers de la population de la région auraient une estime de soi élevée (59,7 %).

En somme, ces trois indicateurs reflètent une bonne santé psychosociale de la population de la région. Toutefois, l'analyse de différents déterminants de la santé mentale permet de constater certaines vulnérabilités, comme on le verra plus loin.

Renforcer la cohésion sociale dans la région

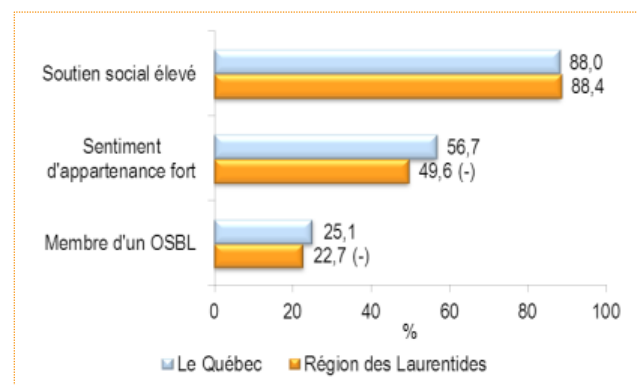
Le concept de cohésion sociale est défini par la nature et l'intensité des liens qui unissent les membres d'un groupe ou d'une collectivité. L'intégration des individus à un groupe ou une collectivité est favorisée par la présence d'une forte cohésion sociale. La littérature suggère même que les collectivités ayant une forte cohésion sociale sont en meilleure santé que les autres (Toye, 2007). Les indicateurs liés au concept de cohésion sociale peuvent ainsi agir comme des facteurs de protection pour une bonne santé psychosociale. C'est le cas du soutien social, du sentiment d'appartenance à sa communauté locale et du fait d'être membre d'un organisme à but non lucratif, qui seront étudiés dans cette section.

Le soutien social est un des éléments les plus importants de la santé psychosociale. Dans la littérature, un soutien social élevé est en lien avec l'évaluation positive de la santé physique et l'absence de diagnostic de troubles mentaux. Il est aussi associé à un risque moindre d'itinérance (ICIS, 2007). Dans la région des Laurentides, 88,4 % de la population déclarait avoir un niveau élevé de soutien social en 2009-2010, ce qui est comparable à la situation de la province.

Toutefois, deux indicateurs se positionnent défavorablement dans la région comparativement au Québec. Le premier est la proportion de la population considérant avoir un fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale (49,6 % dans la région c. 56,6 % au Québec). Notons qu'il peut y avoir une association entre le sentiment d'appartenance et la mobilité résidentielle

(déménagements) de la population d'un territoire². Second indicateur, la proportion de la population de la région qui déclarait être membre d'un organisme à but non lucratif (OSBL) était inférieure à celle du Québec en 2003 (22,7 % c. 25,1 %).

Proportion de la population selon des éléments de la cohésion sociale, région des Laurentides et le Québec, 2009-2010



(-) Valeur significativement plus faible que celle du Québec, au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010 et de 2003 pour l'indicateur « membre d'un OSBL ».

Le stress quotidien intense affecte près du tiers de la population

Le stress comme d'autres facteurs de risque, tels que la faible scolarité et la précarité financière, peut avoir des impacts négatifs sur la santé mentale. Les individus peuvent être confrontés à diverses sources de stress. Les principales sont les problèmes de santé physique, la situation financière, les contraintes de temps, l'école, la santé de la famille et les responsabilités personnelles et familiales. Le stress, et particulièrement le stress quotidien intense, peut ainsi avoir une influence déterminante sur la santé mentale.

Il est établi que le stress quotidien intense est associé à la mauvaise perception de la santé physique et à plusieurs problèmes psychosociaux. Statistique Canada considère qu'une personne éprouve un tel niveau de stress lorsqu'elle perçoit la plupart de ses journées comme étant assez ou extrêmement stressantes. En 2009-2010, près du tiers de la population (29,5 %) de la région éprouvait un stress quotidien intense, ce qui est comparable à la province.

² Se référer au chapitre « Caractéristiques sociodémographiques ».



Près de 10 % de la population est affectée par au moins un des deux principaux troubles mentaux

Cette section traitera, dans un premier temps, de la détresse psychologique, un élément étroitement lié à la santé mentale. Puis, il sera question des troubles mentaux les plus fréquents et pour lesquels des données sont disponibles. Enfin, le recours aux services psychosociaux sera abordé à partir d'un indicateur sur la consultation de professionnels de la santé.

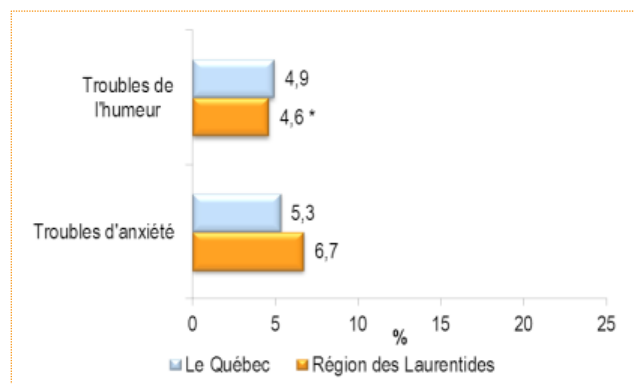
La détresse psychologique est un indicateur particulièrement révélateur de l'état de santé mentale d'une population. L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) définit la détresse psychologique comme étant « le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété » (ISQ, 2008). Dans la région, la proportion de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique atteint presque le quart de la population (24,0 %) en 2009-2010. À l'échelle provinciale, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à présenter un niveau élevé de détresse psychologique.

Il existe plusieurs types de troubles mentaux. Les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété sont parmi les plus fréquents. Dans la région des Laurentides, 9,8 % de la population est affectée par au moins un de ces troubles. La prévalence est comparable à celle du Québec (8,5 %). Les troubles mentaux peuvent avoir une incidence importante sur les capacités et le comportement des individus qui en souffrent. Il est d'ailleurs reconnu que les personnes qui en souffrent sont plus à risque de dépendance à l'alcool et aux drogues.

Les troubles de l'humeur comprennent essentiellement la dépression, le trouble bipolaire, la manie et la dysthymie. Selon la littérature, les personnes souffrant de troubles de l'humeur sont plus à risque de suicide. En 2009-2010, une enquête indiquait qu'environ 4,6 % de la population de la région des Laurentides souffrait de troubles de l'humeur diagnostiqués par un professionnel de la santé. Cela représente environ 21 500 personnes dans la région.

Les troubles d'anxiété incluent principalement les phobies, les troubles obsessionnels-compulsifs et le trouble panique. Ces troubles peuvent limiter sérieusement les activités scolaires, professionnelles, récréatives et sociales d'un individu. Dans la région, on observe une augmentation de la prévalence des troubles d'anxiété depuis 2003. En 2009-2010, la prévalence était de 6,7 %, ce qui représente environ 31 300 personnes.

Proportion de la population présentant les deux principaux troubles mentaux, région des Laurentides et le Québec, 2009-2010



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

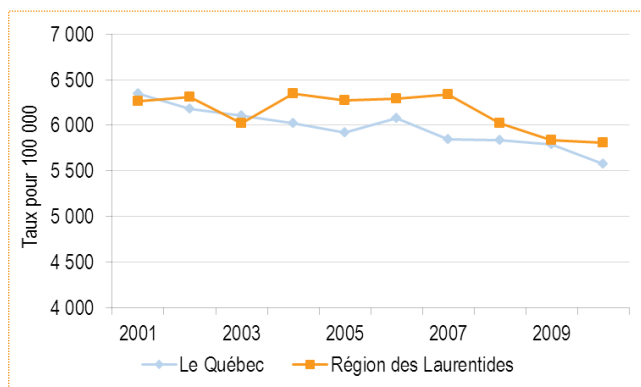
La consultation d'un professionnel au sujet de sa santé mentale est un indicateur qui reflète la proportion des personnes qui vont chercher de l'aide et du soutien psychosocial. En 2009-2010, 11,7 % de la population de la région des Laurentides a consulté un professionnel au sujet de sa santé émotionnelle ou mentale dans la dernière année. Cette proportion représente plus de 55 000 personnes. À l'échelle du Québec, les femmes consultent plus souvent que les hommes (12,5 % c. 7,5 %). D'ailleurs, les femmes sont plus affectées que les hommes par les troubles de l'humeur et d'anxiété. Cette tendance est principalement observée à l'échelle provinciale.



Plus d'infractions criminelles qu'au Québec

La santé psychosociale est un des déterminants de la délinquance. Plusieurs facteurs peuvent jouer un rôle dans la criminalité et l'utilisation de la violence. Ces principaux facteurs sont la capacité d'adaptation, l'isolement social, le niveau socioéconomique, la maladie mentale, l'agressivité et les conflits sociaux. Des indicateurs sur la criminalité et les auteurs présumés d'infractions aident à mesurer l'ampleur de la délinquance.

Évolution des taux d'infractions criminelles, région des Laurentides et le Québec



Source : MSP 2012a, Compilation par la DSP des Laurentides.

En 2010, le nombre d'infractions criminelles³ par 100 000 habitants était plus élevé dans la région des Laurentides qu'au Québec (taux de 5 813,5 c. 5 581,8 pour 100 000). On rapportait plus de 32 000 infractions dans la région. Malgré une tendance à la baisse des taux d'infractions dans la province, la région affiche des taux plus élevés depuis 2004, à l'exception de l'année 2009 seulement.

Les auteurs présumés d'infractions criminelles sont le plus souvent des hommes. En 2010, les hommes de la région présentaient un taux d'auteurs présumés de 5 322,1 pour 100 000 hommes alors que celui des femmes n'était que de 1 308,2 pour 100 000 femmes.

Les victimes de violence criminelle sont plus nombreuses dans la région

D'un autre point de vue, les données sur les victimes permettent de mieux identifier les populations touchées et dont l'intégrité physique et mentale a pu être affectée.

La région des Laurentides présente un taux de victimisation criminelle supérieur à celui de l'ensemble du Québec (1 212,8 c. 1 070,5 pour 100 000) en 2010. La victimisation criminelle comprend les victimes d'infractions contre la personne (les principales étant l'homicide, la voie de fait, l'agression sexuelle, l'enlèvement, le vol qualifié, le harcèlement criminel et la menace) et les infractions relatives à la conduite de véhicules (principalement la conduite avec facultés affaiblies et le délit de fuite). D'ailleurs, d'importantes campagnes de prévention contre l'alcool au volant sont déployées au Québec chaque année dans le but de réduire le nombre de victimes liées à ce type d'infraction criminelle. La victimisation criminelle affecte dans des proportions comparables les hommes et les femmes. Dans la région des Laurentides, cela représentait 3 159 hommes et 3 184 femmes en 2010.

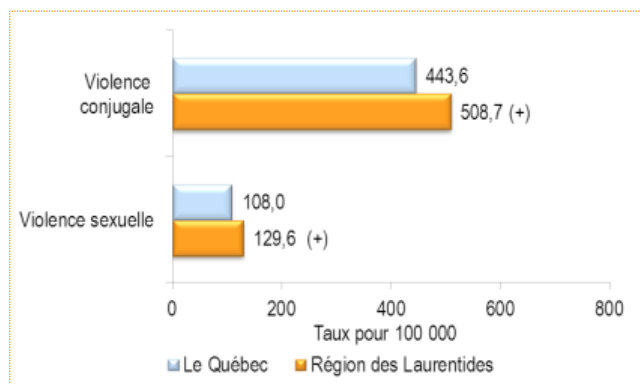
Selon le ministère de la Sécurité publique du Québec (MSP), la violence conjugale⁴ touche davantage les femmes que les hommes. Les données suggèrent qu'elles sont quatre fois plus nombreuses que les hommes à en être victimes. Chez les femmes, la violence conjugale est à la hausse dans la région depuis plus d'une dizaine d'années. Malgré une baisse à partir de 2007, la région a atteint un nouveau sommet de victimisation pour violence conjugale à 508,7 pour 100 000 en 2010. Ce taux est significativement supérieur à celui de la province. Il est difficile de porter un jugement sur les tendances et les comparaisons car les variations des taux de victimes de violence conjugale peuvent dépendre de nombreux facteurs démographiques, sociaux et économiques.

³ Le taux d'infractions total comprend les infractions au Code criminel, aux autres lois fédérales et aux lois provinciales. Plusieurs infractions peuvent avoir été commises par un même auteur et lors d'un même événement.

⁴ Il est reconnu qu'il existe une forte sous-déclaration des victimes de violence conjugale.



Taux de victimisation pour violence conjugale et violence sexuelle chez les femmes, région des Laurentides et le Québec, 2010



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du Québec, au seuil de 0,05.

Sources : MSP, 2012b et MSP, 2012c, Compilation par la DSP des Laurentides.

Dans la région, 358 femmes ont été victimes de violence sexuelle⁵ en 2010 selon les données officielles. À travers les années, on observe plusieurs fluctuations des taux. La présence de délais plus ou moins longs entre la commission d'une infraction sexuelle et le signalement aux autorités policières pourraient expliquer ces fluctuations. Le MSP indique qu'en 2010, au Québec, les auteurs présumés d'infractions sexuelles étaient de sexe masculin dans une proportion de 96 %. Les filles et les femmes représentaient, pour leur part, 82 % des victimes d'infractions sexuelles (MSP, 2012). Les taux de victimisation pour infractions sexuelles ne représenteraient qu'un dixième du total réel des victimes en raison de la sous-déclaration de tels actes.

Augmentation de la consommation d'alcool

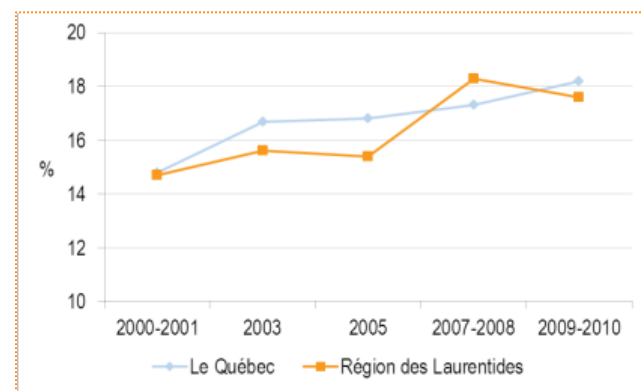
On retrouve différents types de consommateurs d'alcool. Il y a les buveurs non problématiques qui font usage d'alcool de façon récréative et occasionnelle, et qui n'engendrent pas de répercussions négatives sur leur santé et leur vie sociale. La consommation d'alcool à faible dose peut même avoir des effets bénéfiques sur la santé. La consommation devient problématique lorsqu'il y a abus d'alcool et peut mener à une incapacité à remplir ses obligations au travail, à l'école ou à la maison, et engendrer des problèmes de santé. Une consommation abusive augmente plus particulièrement le risque de traumatismes, d'accidents routiers et de problèmes sociaux et de santé aigus. À long terme, cette consommation peut

mener au développement de maladies chroniques, telles que des cancers, une cirrhose du foie et une pancréatite.

Les données disponibles sur la consommation d'alcool indiquent que la proportion de buveurs d'alcool⁶ a augmenté graduellement passant de 83 % en 2000-2001 à 86 % en 2009-2010 dans la région. Cette augmentation s'observe également ailleurs au Québec. On précise que les Québécois consommeraient de plus en plus de vin alors que la consommation de bières et de spiritueux est demeurée plutôt constante (INSPQ, 2010).

Une consommation d'alcool problématique peut être une consommation excessive, c'est-à-dire une quantité importante d'alcool consommée dans une courte période de temps. La consommation d'alcool excessive⁷ suit également une tendance à la hausse. Par exemple au Québec, la proportion de buveurs ayant une consommation excessive est passée de 13 % en 1996-1997 (INSPQ, 2010) à près de 18 % en 2009-2010. Cette augmentation aurait été plus marquée chez les femmes. Dans la région, on constate également que près de 18 % de la population présentait une consommation excessive en 2009-2010, soit 25 % chez les hommes et 10 % chez les femmes. Ce comportement est particulièrement fréquent chez les jeunes de 15 à 24 ans (35 %).

Évolution de la proportion de la population ayant une consommation d'alcool excessive¹, 12 ans ou plus, région des Laurentides et le Québec



¹ 5 consommations ou plus d'alcool lors d'une même occasion au moins 12 fois au cours de la dernière année.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

⁶ Population de 12 ans ou plus ayant consommé de l'alcool au moins une fois l'année précédente.

⁷ Consommation d'alcool excessive : 5 consommations ou plus au cours d'une même occasion 12 fois ou plus au cours de l'année précédente.

⁵ Comprend les victimes d'infractions sexuelles pour lesquelles un signalement a été fait aux corps policiers.



La consommation d'alcool peut être problématique lorsqu'elle est élevée et étalée sur une longue période de temps. La consommation d'alcool hebdomadaire élevée⁸ suivait également une hausse au Québec passant de 8,1 % en 1994-1995 à 11,2 % en 2005 chez les hommes et de 3,8 % à 7,8 % chez les femmes (INSPQ, 2010). On observait une proportion de 13 % d'hommes et 6 % de femmes ayant une consommation d'alcool élevée dans la région en 2005⁹.

Enfin, on parle de dépendance à l'alcool lorsque plusieurs manifestations physiologiques et mentales sont présentes. À titre indicatif, on observait au Québec une prévalence de dépendance à l'alcool qui s'élevait à 5,2 % chez les hommes et à moins de 2 % chez les femmes en 2002¹⁰.

Environ une personne sur huit consomme de la drogue

La consommation de substances psychoactives autres que l'alcool est associée à des problèmes psychosociaux et de santé physique pouvant varier selon le type de drogue et de consommation. En 2008, la proportion de personnes qui ont déclaré avoir consommé des drogues dans la dernière année (consommateurs actuels) était de 12,8 % dans la région des Laurentides¹¹. Cette proportion est plus grande chez les hommes (17,0 %) que chez les femmes (8,7 %). La proportion de consommateurs est également plus importante chez les jeunes de 15 à 24 ans (32 %).

Le cannabis est la substance psychoactive la plus consommée après l'alcool, avec 12,2 % de consommateurs actuels parmi la population québécoise de 15 ans ou plus. On lui associe des problèmes pulmonaires et cardiovasculaires, des difficultés d'ordre cognitif (mémoire, attention) et des problèmes de santé mentale (dépression, psychose) (ISQ, 2010).

Chacune des autres drogues, principalement les amphétamines, la cocaïne, l'ecstasy et les hallucinogènes, est consommée par moins de 2 % de la population québécoise de 15 ans ou plus. L'usage de drogues par injection présente des risques particulièrement élevés de dépendance et de contracter des infections transmises par le sang comme l'hépatite C et le VIH (MSSS, 2011). La

prévalence de la dépendance aux drogues était estimée à 0,9 % au Québec en 2002 (Statistique Canada, 2004).

Les problèmes de jeux de hasard et d'argent varient selon le type de jeux

On retrouve différents comportements des joueurs qui s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent (JHA). Les joueurs récréatifs participent surtout à des jeux moins risqués et la pratique du jeu n'amène aucune conséquence négative. Parmi les joueurs problématiques, on retrouve les joueurs à risque et les joueurs pathologiques. Les joueurs à risque jouent à des jeux plus risqués de façon régulière ou par épisode. Ils dépassent leur budget et le temps dont ils disposent. Ils vivent de la culpabilité et des tensions. Le jeu devient pathologique lorsqu'il engendre des répercussions psychologiques graves. Les joueurs sont incapables de cesser de jouer. Ils éprouvent des dysfonctions sociales et ont besoin d'aide. Cette dépendance passe souvent inaperçue parce qu'elle n'engendre pas de symptômes physiques. En plus des conséquences financières, les problèmes de jeux peuvent affecter la santé psychosociale du joueur lui-même et également son réseau familial et social. La structure du jeu de même que l'environnement associé au jeu, soit son accessibilité, la promotion qui en est faite et les normes sociales, sont des déterminants des comportements de jeu. La surveillance des impacts de l'augmentation de l'offre de jeux, telle que l'ouverture d'un casino dans la région en 2009, constitue une activité importante afin de soutenir les interventions découlant du *Plan d'action en prévention et en intervention lié au jeu problématique dans les Laurentides* (ASSS des Laurentides, 2009).

Dans la région, la participation à des JHA est une pratique assez répandue, mais elle varie selon le type de jeu. En 2007-2008¹², environ trois adultes sur quatre (77 %) ont participé au moins une fois à un JHA au cours de la dernière année. Les jeux comprenant le plus d'adeptes sont les loteries de type 6/49 et les levées de fonds avec tirage (69 %), suivies par les quotidiennes et les instantanés (27 %), les machines à sous au casino (10 %), les jeux de cartes et de société (9 %), le bingo (7 %) et les appareils de loterie vidéo (ALV) (4 %).

⁸ Hommes ayant consommé plus de 14 consommations la semaine précédente et femmes ayant consommé plus de 9 consommations la semaine précédente dans la population de 12 ans ou plus.

⁹ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005. Population de 12 ans ou plus.

¹⁰ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC cycle 1,2) de 2002.

¹¹ ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.

¹² Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008 (fichier maître avec suréchantillonnage).



La proportion de joueurs problématiques¹³ varie grandement selon le type de jeu. En fait, on estime la proportion de joueurs problématiques à 2,5 % dans la population adulte de la région. Toutefois, cette proportion est beaucoup plus importante parmi les joueurs d'ALV (28 %), de jeux de table au casino (17 %) et de machines à sous (10 %). Selon certaines études, les JHA en ligne compteraient des proportions importantes de joueurs problématiques (Papineau et Leblond, 2011). Compte tenu de l'augmentation récente de l'offre, les jeux en ligne constituent un phénomène à surveiller.

PLUS EN PROFONDEUR

Facteurs de risque et conséquences de certains comportements à risque et dépendances

« La consommation problématique de substances découle non pas d'une seule cause, mais d'un ensemble de facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques » (Gouvernement du Canada, 2006). Diverses sources de stress causant de la détresse peuvent mener à la consommation de substances psychoactives, de même que des facteurs sociaux et la maladie.

La consommation élevée d'alcool et de drogues, ainsi que la participation problématique aux jeux de hasard et d'argent, peuvent conduire à des problèmes de dépendance. Il s'agit de comportements qui présentent des risques pour la santé, particulièrement s'ils sont associés à d'autres facteurs tels que le stress, un faible soutien social, une insatisfaction face à la vie, une détresse psychologique élevée et une mauvaise perception de la santé. De plus, les conséquences sont nombreuses sur les différentes sphères de la vie des individus incluant le travail, la famille et les relations sociales. Le cumul de plusieurs dépendances augmente le risque de problèmes psychosociaux graves et constitue un facteur de risque de suicide (Statistique Canada, 2012).

Diminution des décès par suicide, mais phénomène toujours préoccupant

Le suicide, les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont souvent le reflet d'une détresse psychologique et sociale des individus ou d'un problème de santé mentale.

Un nombre non négligeable de personnes ont des idées suicidaires. En 2008, dans la région des Laurentides, 3,4 % de la population, c'est-à-dire environ 15 000 personnes¹⁴, avaient songé sérieusement au suicide dans la dernière année. Des proportions semblables d'hommes et de femmes songent au suicide. Toutefois, les femmes vont davantage chercher de l'aide dans cette situation. Dans la région, environ 65,7 % des femmes ayant songé au suicide au cours de leur vie ont indiqué avoir consulté les services d'aide comparativement à seulement 45,1 % des hommes.

À cela s'ajoute une proportion de personnes qui font des tentatives de suicide. En 2008, 0,5 % de la population québécoise avait tenté de se suicider l'année précédente. Selon la plus récente source de données disponible (EQSP de 2008) une plus grande proportion de femmes que d'hommes aurait tenté de se suicider dans la dernière année au Québec. Toutefois, des sources de données antérieures ne corroborent pas ces résultats et rapportent plutôt des proportions comparables selon le sexe. La littérature indique que les femmes consultent plus souvent que les hommes à la suite d'une tentative de suicide, ce qui pourrait expliquer cette différence.

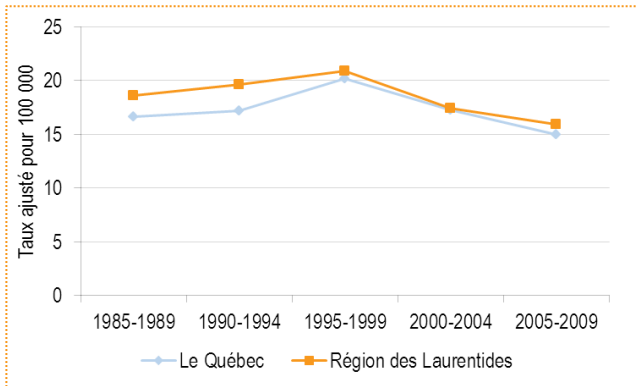
Dans la région, on retrouve en moyenne 85 suicides par année pour la période 2005-2009. La mortalité par suicide connaît une tendance à la baisse depuis 2000. Le suicide affecte particulièrement les hommes, dans un rapport d'environ quatre hommes pour une femme. Pour la période 2005-2009, les hommes de la région présentaient un taux de décès par suicide de 25,2 pour 100 000 alors que celui des femmes était de 6,8 pour 100 000. Les adultes de 45 à 64 ans représentent le groupe d'âge avec le plus haut taux de mortalité par suicide. La pendaison, la strangulation et l'asphyxie demeurent les moyens les plus souvent utilisés tant chez les hommes que chez les femmes. Vient ensuite l'utilisation d'une arme à feu, plus fréquente chez les hommes, et l'utilisation de substances solides ou liquides (incluant les médicaments), plus commune chez les femmes.

¹³ Joueurs problématiques : joueurs à risque faible ou modéré et joueurs pathologiques.

¹⁴ ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.



Évolution des taux de mortalité par suicide, région des Laurentides et le Québec



Source : MSSS, Fichier des décès.

PLUS EN PROFONDEUR

La promotion de la santé positive

La littérature favorise la promotion de la santé mentale positive et de la résilience individuelle comme moyen de favoriser une bonne santé mentale et de prévenir l'apparition de problèmes (ICIS, 2009). Pour ce faire, on gagne à avoir recours à une gamme de stratégies pour agir à l'échelle sociétale, communautaire et individuelle. Des actions telles que le renforcement de la cohésion sociale et la création d'environnements de soutien pourraient, entre autres, être intégrées à une approche de développement des communautés. Le développement de réseaux sociaux et d'un sentiment d'appartenance dans les milieux scolaires, les milieux de travail et les municipalités peuvent aussi constituer des moyens d'agir de façon préventive sur la santé psychosociale. Plusieurs programmes d'intervention sont déployés à travers la province à l'intention de clientèles spécifiques. Plusieurs autres actions sont aussi destinées à l'ensemble de la population, aux adultes, aux aînés ou encore aux travailleurs.



RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2009). *Plan d'action en prévention et en intervention lié au jeu problématique dans les Laurentides 2009-2012*, 11 p.
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Aspects humains de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2007). *Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale et itinérance*.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie, et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010). *L'enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2011). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec*.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2012a). *Statistique 2010 sur la criminalité au Québec*.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2012b). *Statistique 2010 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec*.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2012c). *Statistique 2010 sur les agressions sexuelles au Québec*.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2012d). *Statistiques 2010 sur les agressions sexuelles au Québec - Faits saillants*, Gouvernement du Québec, [en ligne], <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-statistiques-police/statistique-agressions-sexuelles/statistiques-agression-sexuelle/agressions-sexuelles-2010/9797/11776.html> (consulté le 13 février 2013).
- PAPINEAU, Élisabeth et Jean LEBLOND (2011). « Les enjeux de l'étatisation du jeu en ligne au Canada : une analyse de santé publique », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 102, n° 6, p. 417-419,
- STATISTIQUE CANADA (2004). *Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites - Supplément aux rapports sur la santé*.
- STATISTIQUE CANADA (2012). « Les taux de suicide : un aperçu », *Coup d'œil sur la santé*, juillet.
- TOYE, Michael (2007). *La cohésion sociale : le contexte urbain au Canada*, Bibliothèque du Parlement.





LA SANTÉ PAR THÉMATIQUE

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

SANTÉ AU TRAVAIL

SANTÉ DES JEUNES

SANTÉ DES AÎNÉS

FAITS SAILLANTS

- L'approvisionnement en eau potable à un puits individuel ou à un réseau privé est plus élevé dans la région qu'au Québec.
- La qualité de l'air extérieur varie en fonction des territoires.
- La population adopte des comportements à risque lors de son exposition au soleil et est plus affectée par les coups de soleil.
- La mortalité par cancer de la peau augmente et est supérieure dans la région.
- Une personne sur cinq est affectée par l'herbe à poux.
- L'exposition à la fumée de tabac diminue, mais les non-fumeurs sont plus exposés qu'au Québec, particulièrement à la maison.

MISE EN CONTEXTE

L'environnement constitue un déterminant important de la santé. Les liens entre la santé et l'environnement sont nombreux et complexes. Les activités humaines sans cesse croissantes, telles que les transports, les industries, l'aménagement des territoires et la production agricole, provoquent des bouleversements environnementaux. Ces changements peuvent affecter l'air, l'eau, la faune et la flore, et entraîner des effets nuisibles à la santé. Qu'il soit question de la qualité de l'eau, de la qualité de l'air ou de la qualité des environnements, ces enjeux demeurent des incontournables dans la réduction des impacts potentiels sur la santé des populations.

ÉTAT DE LA SITUATION

LA QUALITÉ DE L'EAU

Que l'eau soit utilisée à des fins de consommation ou de récréation, sa contamination comporte des risques pour la santé. Plusieurs types de contaminants peuvent affecter la qualité de l'eau. C'est le cas, entre autres, de certains microorganismes comme les bactéries (ex. : *E. Coli*), les virus, les matières organiques ainsi que les cyanobactéries. Pour la santé de la population, il est primordial de préserver la qualité des eaux et de réduire les risques de contaminations. Cette section traitera des différentes sources d'eau potable et de leur traitement ainsi que de la problématique des cyanobactéries dans les cours d'eau.

L'approvisionnement à un puits individuel ou à un réseau privé est plus élevé dans la région qu'au Québec

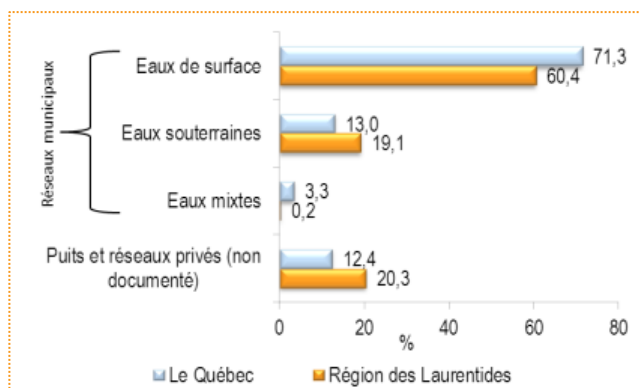
Une eau potable de qualité est essentielle à une bonne santé. Certaines sources d'eau sont plus vulnérables à une contamination et doivent être traitées afin de les rendre propres à la consommation. Malgré tout, il arrive qu'un réseau d'eau potable soit contaminé. Dans ce cas, les exploitants des réseaux d'aqueducs ont la responsabilité d'émettre des avis de restrictions d'usage (ébullition, non-consommation, etc.) selon la nature de la contamination. Cependant, ce n'est pas l'ensemble de la population qui est approvisionné en eau potable par un réseau municipal. Une partie de la population se ravitaille individuellement à un puits ou à un réseau privé. Comme les puits privés ne sont pas soumis à un contrôle réglementaire de la qualité de l'eau, certaines contaminations peuvent passer inaperçues.

Dans la région des Laurentides, 20,3 % de la population était desservie en eau potable par un puits individuel ou un réseau privé, comparativement à seulement 12,4 % dans l'ensemble de la province en 2009. Ainsi un peu plus des trois quarts de la population (79,7 %) étaient desservis par un réseau d'aqueduc municipal. Les réseaux municipaux s'approvisionnent à partir d'eau de surface, ou d'eau souterraine, ou encore des deux eaux mixtes). Les deux tiers (60,4 %) de la population desservie par un réseau municipal sont approvisionnés par des eaux de surface, en totalité ou en partie. De par leur nature, les eaux de surface sont plus vulnérables à la contamination que les sources d'eau souterraine puisqu'elles n'ont aucune barrière de protection. Les eaux de surface, tout comme les eaux souterraines, peuvent contenir des



microorganismes nuisibles tels que des bactéries, des virus ou des parasites, ainsi que des contaminants chimiques comme les pesticides.

Répartition de la population selon la source d'approvisionnement en eau potable, région des Laurentides et le Québec, 2009



Note : Cet indicateur n'a pas fait l'objet d'un test statistique.

Source : MSSS et coll., 2011.

L'absence de barrière (filtration naturelle par le sol) justifie le traitement des eaux de surface. Les réseaux municipaux de distribution utilisent différents types de traitement de l'eau. Environ 90 % des réseaux municipaux qui ont recours à des eaux de surface utilisent les traitements reconnus¹. L'utilisation du traitement « à la chloration seulement » ou l'absence de traitement sont peu sécuritaires et comportent des risques pour la santé.

Lorsque l'eau présente des risques pour la santé, la Direction de santé publique recommande aux exploitants des réseaux d'aqueducs d'émettre des avis (restrictions d'usage). Alors que les avis de non-consommation sont rares, la région des Laurentides est touchée chaque année par plusieurs avis d'ébullition (INSPQ, 2011a). La tendance des avis d'ébullition est plutôt stable dans le temps. Dans la région, en 2008, 17 avis d'ébullition municipaux ont été émis. Pour la période 2005-2008, la proportion moyenne de personnes touchées quotidiennement par un avis d'ébullition municipal dans la région était de 0,4 %. Cela représente un nombre annuel moyen de 2 236 personnes par jour. Enfin, il n'y a eu aucun avis de non-consommation municipal émis dans la région entre 2005 et 2011. Au début 2012, un secteur de la région des Laurentides a

toutefois fait l'objet d'un tel avis dû à une contamination au benzène².

PLUS EN PROFONDEUR

Le respect des avis d'ébullition

Une étude québécoise s'est penchée sur les habitudes de la population quant au respect des avis d'ébullition (INSPQ, 2011a). Selon les résultats de l'étude menée en 2007, il semblerait que 92 % de la population respecte les avis concernant la consommation directe de l'eau (eau à boire). Toutefois, seulement 35 % respecterait les avis concernant tous les usages (incluant le brossage de dents, la préparation de jus et de glaçons et le lavage des fruits et des légumes). Le non-respect des avis d'ébullition augmente le risque pour la population de subir des problèmes de santé occasionnés par des contaminants présents dans l'eau.

Les cyanobactéries dans l'eau : une problématique amplifiée par l'activité humaine

Au Québec et dans la région des Laurentides, la présence sur un plan d'eau de cyanobactéries, ou d'algues bleu-vert, fait l'objet d'un signalement. Ces microorganismes naturellement présents dans l'eau peuvent produire des substances toxiques pouvant, à certaines concentrations, nuire à la santé. Suite à un contact direct ou à leur ingestion, ils peuvent entraîner des gastroentérites, des dermatites, des conjonctivites, des otites et des infections respiratoires.

Les activités humaines telles que l'agriculture et la dénaturalisation des berges sont en grande partie responsables de l'augmentation importante de ces microorganismes sur les plans d'eau. En effet, leur croissance serait amplifiée par une surcharge de phosphore et d'azote issue de ces activités et qui, par ruissellement, parviendrait aux cours d'eau.

Selon les dernières données disponibles, 35 plans d'eau de la région des Laurentides ont été affectés par les cyanobactéries en 2009 (MSSS et coll., 2011). Comme il s'agit d'un indicateur basé sur des déclarations volontaires qui peuvent varier d'une année à l'autre, il est impossible d'analyser la tendance de cette problématique. Toutefois, compte tenu de leur potentiel toxique ainsi que de la vocation récréotouristique de la région, les cyanobactéries demeurent un problème de santé environnementale à surveiller.

¹ Source : MSSS et coll., 2011. Compilation spéciale à partir de la fiche 58.

² Source : Direction de santé publique des Laurentides, 2012. Compilation spéciale.



LA QUALITÉ DE L'AIR ET DE L'ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR

La pollution atmosphérique est générée principalement par le transport, les industries et le chauffage au bois. Elle peut entraîner une mauvaise qualité de l'air, en particulier des épisodes de smog, occasionnant ainsi des risques pour la santé. L'environnement extérieur est également affecté par deux autres problématiques qui seront abordées dans cette section. Il s'agit des rayonnements ultraviolets et de l'herbe à poux.

La qualité de l'air extérieur varie en fonction des territoires

Du point de vue de la santé environnementale, la pollution de l'air extérieur constitue un risque majeur pour la santé de l'ensemble de la population. La mauvaise qualité de l'air et le smog sont associés à des problèmes respiratoires, des problèmes cardiovasculaires ainsi qu'au cancer du poumon.

Compte tenu de la vaste étendue et de la morphologie variée du territoire de la région des Laurentides, la qualité de l'air varie selon les secteurs. L'indice de la qualité de l'air (IQA) qui est utilisé au Québec permet de qualifier la qualité de l'air comme étant « bonne », « acceptable » ou « mauvaise ». Le secteur sud de la région des Laurentides, de par sa proximité avec la région métropolitaine, est plus touché que le centre et le nord par une mauvaise qualité de l'air extérieur, incluant des épisodes de smog estivaux. En 2011, pour le sud de la région, 5,2 % des journées ont présenté une mauvaise qualité de l'air et 52,5 % une qualité de l'air acceptable. Cette même année, le secteur du centre n'a connu aucune journée de mauvaise qualité de l'air et a présenté une qualité de l'air acceptable pour 29,5 % des journées (MDDEP, 2013). Enfin, pour le secteur nord, il n'y a pas de données disponibles sur la qualité de l'air pour le moment. Toutefois, dans ce secteur au relief montagneux, l'utilisation plus fréquente du chauffage au bois peut favoriser la création de « cuvettes » de smog hivernal (ASSSL, 2011a).

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

La surveillance de la qualité de l'air et du smog

L'indice de la qualité de l'air (IQA) est calculé régionalement et localement (par secteur) à partir des données recueillies par les différentes stations d'échantillonnage du réseau québécois de surveillance de la qualité de l'air. La région des Laurentides est répartie en trois secteurs : le secteur Lachute, au sud; le secteur Laurentides, au centre; et le secteur Mont-Tremblant, au nord. Cet indice permet de quantifier plusieurs polluants présents dans l'air quotidiennement, dont l'ozone et les particules fines, qui sont les deux principales composantes du smog et qui peuvent entraîner de graves effets sur la santé.

Le programme Info-Smog, d'Environnement Canada, permet de faire plus spécifiquement la surveillance du smog à l'échelle du Québec et de ses régions.

La qualité de l'air de la région est surtout affectée par le transport routier

Les émissions atmosphériques polluantes nuisent à la santé de la population. Dans la région des Laurentides, l'étalement urbain joue un rôle capital dans la qualité de l'air et de l'environnement extérieur. Son impact est nuisible pour la santé, parce qu'il entraîne une augmentation du transport routier (plus d'émissions de polluants) et engendre une diminution des espaces verts (moins de filtres naturels des polluants).

En 2006, la région des Laurentides produisait 6,7 % du total des émissions atmosphériques générées au Québec par les véhicules moteurs (MSSS et coll., 2011), ce qui correspond à la proportion de la population de la région dans la province. La répartition de ces émissions indique que les véhicules et les camions légers sont responsables de 92,8 % de ce type d'émissions dans la région. Les véhicules lourds (6,5 %) et les motocyclettes (0,7 %) complètent le portrait (INSPQ, 2012a). Pour ce qui est des émissions atmosphériques polluantes générées par les industries, elles sont parmi les plus faibles au Québec, représentant seulement 0,5 % de toutes les émissions de l'ensemble du Québec pour la période 2002-2008 (MSSS et coll., 2011).



PLUS EN PROFONDEUR

Des aménagements urbains favorables à la santé

Considérant les effets nuisibles à la santé qu'engendre la pollution atmosphérique, les réflexions se multiplient sur les solutions d'avenir. Une des pistes envisagées est la création d'aménagements urbains favorables à la santé. Par exemple, la création et l'aménagement de pistes cyclables, d'allées piétonnières ou encore de stationnements incitatifs constituent des choix qui peuvent aider à réduire l'utilisation de l'automobile tout en favorisant le transport en commun et le transport actif³.

En 2006, selon le recensement de Statistique Canada, 83,7 % de la population dans la région des Laurentides se rendait au travail en voiture, mais seulement 5,7 % en tant que passager. Le transport en commun était utilisé par 4,4 % de la population, 4,4 % se rendait au travail à pied et 0,9 % à bicyclette. Depuis 2006, on observe une augmentation de l'utilisation du transport en commun. La ligne de service Blainville-Saint-Jérôme du train de banlieue a accru son achalandage de 9,7 % en 2011, atteignant 2 409 100 déplacements annuels (AMT, 2011).

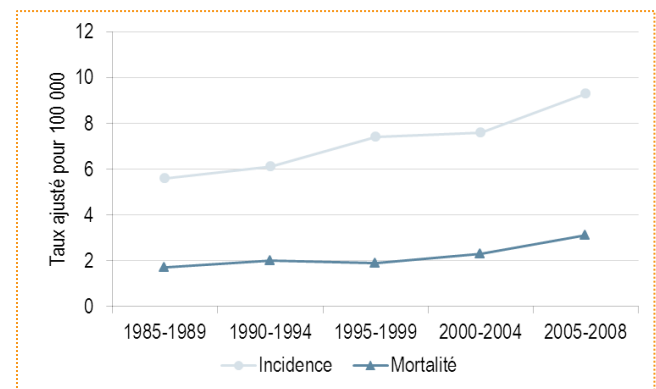
Le transport collectif et actif est une approche prometteuse permettant de diminuer la pollution atmosphérique et ses effets sur la santé, en plus de favoriser la pratique d'activités physiques et même, ultimement, de réduire la prévalence de l'obésité.

Augmentation de l'incidence et de la mortalité du cancer de la peau

Certains polluants atmosphériques peuvent causer une détérioration de la couche d'ozone, réduisant ainsi la protection de la population contre les rayons ultraviolets (UV) solaires. Les lits de bronzage artificiel sont une autre source importante de rayons UV. La surexposition à ces rayonnements, qu'ils soient d'origine solaire ou artificielle, comporte des risques pour la santé, dont le plus important est le cancer de la peau. Le risque de cancer dépend principalement de la fréquence et de la durée d'exposition ainsi que des habitudes de protection face aux rayonnements UV. Le mélanome est la forme la plus grave de cancer de la peau. La littérature indique cependant que le mélanome est le cancer le plus sous-estimé compte tenu que le diagnostic et le traitement se font souvent en cabinet de médecin et ne sont pas comptabilisés de façon

officielle dans le fichier des tumeurs du Québec (INSPQ, 2003).

Dans la région des Laurentides, le nombre de nouveaux cas de mélanome par rapport à la population (taux d'incidence) était comparable à celui du Québec pour la période 2005-2008 (9,3 pour 100 000 c. 9,0 pour 100 000). Toutefois, pour la même période, le nombre de décès par mélanome par 100 000 personnes (taux de mortalité) était supérieur dans la région comparativement au Québec (3,1 pour 100 000 c. 1,9 pour 100 000). Dans la région, l'incidence et la mortalité par mélanome sont à la hausse depuis au moins 1985-1989.

Évolution du taux ajusté d'incidence et du taux ajusté de mortalité par mélanome, région des Laurentides

Source : MSSS, Fichier des tumeurs; MSSS, Fichier des décès.

Plus spécifiquement, le taux d'incidence suit une hausse plus prononcée chez les hommes. C'est le cas aussi pour les personnes de 70 ans ou plus. Ces dernières présentent un taux en augmentation depuis au moins 1985-1989, avec une moyenne annuelle de 12 nouveaux cas pour 100 000 personnes pour la période 2005-2008.

Quant à la mortalité, l'écart entre la région et le Québec en 2005-2008 représente un excès de 6,2 décès par année dans la région des Laurentides⁴. Pour le moment, aucune hypothèse n'est avancée pour expliquer cet écart avec le reste de la province. Comme pour l'incidence, la mortalité par mélanome est en augmentation dans la région et de façon plus marquée chez les hommes et les personnes de 70 ans ou plus.

³ Définition : toute forme de transport où l'énergie est fournie par l'être humain – la marche, la bicyclette, un fauteuil roulant non motorisé, des patins à roues alignées ou une planche à roulettes (ASPC, 2010).

⁴ Source : MSSS, Fichiers des décès. Compilation spéciale.



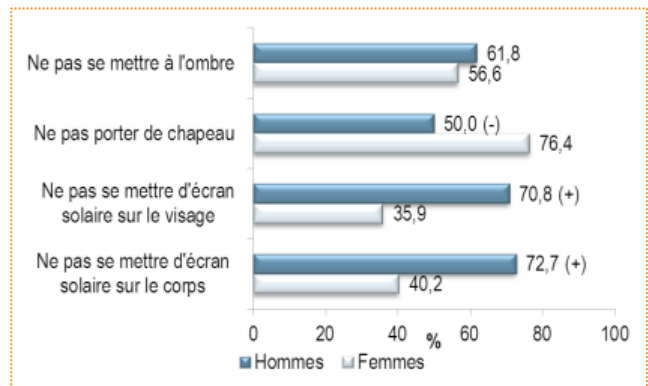
Exposition au soleil : comportements à risque très répandus

Un des moyens de prévenir les cancers de la peau est d'abord de se protéger des rayons du soleil. Une enquête a été menée pour étudier les comportements de la population lors de son exposition au soleil, tels que la durée d'exposition et les mesures de protection utilisées. Les résultats permettent de constater que l'adoption de divers comportements plus ou moins sécuritaires face au soleil varie selon le sexe et l'âge.

En effet, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) propose, en 2009-2010, un ensemble d'indicateurs sur les habitudes de la population face au soleil. Les données de la région sont, en général, comparables à celles du Québec. Près des trois quarts (72,7 %) des habitants de la région des Laurentides présentent une durée d'exposition au soleil qui peut comporter des risques pour la santé⁵. Lorsqu'ils passent 30 minutes ou plus au soleil, 50 à 65 % d'entre eux n'adoptent pas régulièrement les principaux comportements sécuritaires étudiés, incluant porter un chapeau (62,4 %), demeurer à l'ombre (59,4 %) et appliquer un écran solaire sur le corps (57,5 %) et sur le visage (54,4 %).

Les hommes se protègent moins du soleil que les femmes. Dans la région, 77,8 % des hommes présentent une durée d'exposition au soleil qui comporte des risques pour la santé comparativement à 67,7 % des femmes. Une plus grande proportion d'hommes que de femmes n'appliquent pas régulièrement d'écran solaire sur le visage et sur le corps. En contrepartie, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas porter de chapeau que les hommes.

Proportion de la population présentant certains comportements à risque lors de son exposition au soleil dans les 12 derniers mois selon le sexe, région des Laurentides, 2009-2010



(-)/(+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle des femmes, au seuil de 0,05.

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

Dans la région des Laurentides, plus de jeunes que d'adultes adoptent des comportements à risque face au soleil. La proportion de jeunes de 12 à 24 ans qui s'exposent au soleil à une fréquence qui comporte des risques pour la santé atteint 91,1 % alors qu'elle ne représente que 68,5 % chez les adultes de 25 ans ou plus. Il s'agit d'une différence significative entre les deux groupes d'âge. Les jeunes sont aussi significativement plus nombreux que les adultes, en proportion, à ne pas porter de chapeau (76,6 % c. 58,0 %) et à ne pas se mettre à l'ombre (73,0 % c. 55,2 %).

Enfin, la littérature indique clairement que l'accumulation de coups de soleil durant la jeunesse augmente le risque de développer un cancer de la peau au cours de la vie, en particulier un mélanome (Elwood & Jopson, 1997). Une proportion plus élevée de Laurentidiens (40,8 %) que de Québécois (36,1 %) ont eu un coup de soleil dans les 12 derniers mois précédant l'enquête. Par ailleurs, les jeunes sont significativement plus touchés par les coups de soleil que les adultes. Dans la région des Laurentides, cela représente 64,5 % des jeunes comparativement à seulement 35,4 % des adultes.

⁵ Définition : personnes de 12 ans ou plus qui passent 30 minutes ou plus chaque jour au soleil entre 11 h et 16 h durant un congé typique (fin de semaine, journée de congé du travail ou congé scolaire).



PLUS EN PROFONDEUR

Les appareils de bronzage

Le 15 juin 2012, le Québec a adopté une nouvelle loi interdisant aux jeunes de moins de 18 ans l'accès aux appareils de bronzage dans les établissements commerciaux (en vigueur le 11 février 2013). À l'heure actuelle, il n'existe pas de données régionales sur l'exposition aux rayons UV de source artificielle. Toutefois, plusieurs recherches ont démontré que les appareils de bronzage sont cancérigènes et que le risque de mélanome cutané augmente de 75 % lorsque l'utilisation de ces appareils commence avant l'âge de 35 ans (INSPQ, 2011b). L'adoption de cette loi permettra aux autorités sanitaires de miser sur les facteurs de risque connus évitables par la prévention compte tenu de la vulnérabilité de la clientèle à risque et du peu d'encadrement de cette pratique au Québec.

Une personne sur cinq affectée par l'herbe à poux

Les changements climatiques ont des conséquences sur la présence de l'herbe à poux dans la région. L'augmentation des gaz à effet de serre provoque des changements de températures qui favorisent une propagation de la plante vers les secteurs plus au nord de la région, où autrefois elle était absente, et une expansion des saisons d'herbe à poux (gel plus tardif) (Garneau et coll., 2006).

Cette plante représente le principal allergène responsable de la rhinite allergique saisonnière. Déjà, selon une enquête menée en 2008, près d'une personne sur cinq (18,4 %), dans la région, a eu des symptômes de rhinite allergique dans les 12 derniers mois (MSSS et coll., 2011). La rhinite allergique toucherait davantage les femmes que les hommes (21,1 % c.15,7 %). Toutefois, la disponibilité des données actuelles ne permet pas d'étudier l'évolution de ce problème dans le temps. Cependant, compte tenu de la prévalence non négligeable de ce problème de santé, la surveillance est à poursuivre.

LA QUALITÉ DE L'AIR ET DE L'ENVIRONNEMENT INTÉRIEURS

Le temps passé à l'intérieur est considérable, que ce soit au travail, à la maison ou à l'école. Plusieurs contaminants peuvent affecter la qualité de l'air intérieur. C'est notamment le cas des allergènes, des moisissures et des parasites, du monoxyde de carbone, du radon et de la fumée secondaire, qui seront abordés dans cette section. L'exposition à ces différents contaminants peut engendrer des risques importants pour la santé. Les changements de saison jouent aussi un rôle dans la qualité de l'air intérieur.

L'hiver, par exemple, la combinaison de bâtiments trop hermétiques et de fenêtres closes nuit à une aération optimale des habitations.

Le manque d'entretien des logements comporte des risques pour la santé

La qualité d'un logement sera inévitablement affectée par un manque d'entretien. La dégradation des lieux pourra entraîner des effets néfastes à la santé. Puisque peu de données sont disponibles sur le sujet, cette section traitera essentiellement de la situation des logements privés nécessitant des réparations majeures ainsi que de l'insalubrité morbide.

La proportion des logements privés⁶ nécessitant des réparations majeures⁷ (locataires et propriétaires) est un indicateur qui peut être utilisé comme mesure indirecte des problèmes d'insalubrité. En 2006, on retrouvait une plus faible proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures dans la région des Laurentides que dans l'ensemble du Québec (6,6 % c. 7,7 %). Toutefois, des écarts considérables sont observés entre les différents territoires de la région, allant de 4,8 % dans le RLS de Thérèse-De Blainville à 10,7 % dans celui d'Argenteuil. Depuis 1996, la proportion des logements privés nécessitant des réparations majeures est à la baisse autant dans la région qu'au Québec. La construction d'un grand nombre de logements non locatifs (propriétaires seulement) pourrait expliquer la baisse globale de la proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures (locataires et propriétaires).

On observe malgré tout une augmentation des logements privés loués (locataires seulement) nécessitant des réparations majeures depuis 2001, atteignant 7,7 % en 2006. La pénurie de logements en location pourrait être en partie responsable de cette augmentation. En effet, puisque la demande pour ce type de logements est très forte, les propriétaires n'ont pas besoin d'investir dans des rénovations pour réussir à les louer, ce qui entraîne leur dégradation.

⁶ Définition : les logements privés incluent les logements loués (locataires) et les logements possédés (propriétaires).

⁷ Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2006.



PLUS EN PROFONDEUR

Le logement : un déterminant socioéconomique

La littérature récente reconnaît le logement comme étant un déterminant socioéconomique de la santé. L'insécurité à l'égard du logement a des effets importants sur la santé. Par exemple, des loyers inabordables peuvent impliquer un plus grand risque d'insécurité alimentaire, une incapacité pour les ménages de participer à des activités bénéfiques pour les communautés, l'obligation d'habiter en surpeuplement ou même l'itinérance. Les locataires plus démunis deviennent une population captive du marché locatif. Ils sont confrontés à des logements ne convenant pas à leurs besoins, leur budget ou encore aux normes de salubrité. Le développement de logements sociaux pourrait être une avenue intéressante pour remédier à cette situation (IRIS, 2008).

Un logement peut être déclaré insalubre s'il porte atteinte à la santé ou à la sécurité des résidents en raison de l'utilisation qui en est faite ou de l'état dans lequel il se trouve. La seule présence de moisissures ou de traces de moisissures sur un mur, par exemple, ne sera pas d'emblée considérée comme de l'insalubrité. La situation doit présenter une menace réelle à la santé.

Les sources d'insalubrité sont multiples, mais parmi les plus fréquentes on retrouve les moisissures, les allergènes et les parasites. Elles sont le plus souvent associées à l'aggravation de problèmes respiratoires, en particulier à l'augmentation de la prévalence de l'asthme chez les enfants.

Lorsqu'un logement atteint un niveau extrême d'insalubrité, les risques pour la santé augmentent. On parle alors « d'insalubrité morbide ». Au Québec, la notion d'insalubrité morbide réfère à un état d'insalubrité extrême résultant d'une accumulation d'objets et de déchets qui perturbe l'espace et les activités normales dans les pièces du logement. Un logement dans de telles conditions peut entraîner de nombreuses conséquences sur la santé telles que des allergies, des intoxications (gastro-entérites ou irritations pulmonaires), l'aggravation de maladies déjà existantes, des infections récurrentes, des dermatites, des infestations de puces et de punaises de lit, sans compter les risques de blessures, de chutes et d'incendies. La littérature suggère que de 1 à 2 % de la population, généralement des personnes vivant seules, serait touchée par cette problématique (ASSSL, 2011b).

Le monoxyde de carbone est l'intoxication la plus fréquente

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz incolore et inodore, mais néanmoins dangereux. Il peut causer des maux de tête, des nausées et des vomissements, mais aussi entraîner des pertes de conscience et même la mort. Tous les appareils et véhicules qui brûlent un combustible (essence, diesel, bois, propane, gaz naturel, mazout, etc.) produisent du monoxyde de carbone. La principale source d'exposition au monoxyde de carbone est l'utilisation inappropriée de ces appareils dans des endroits clos ou l'utilisation d'appareils défectueux. Le dynamitage à proximité de milieux habités se révèle aussi être une source potentielle et préoccupante de monoxyde de carbone. Lors de travaux à l'explosif dans ces zones, une surveillance accrue dans les habitations est essentielle.

Entre 2007 et 2011, le Centre antipoison du Québec (CAPQ) a reçu, pour la région des Laurentides, un nombre moyen annuel de 44 appels pour des intoxications réelles ou suspectées au monoxyde de carbone (INSPQ, 2012b). L'intoxication au monoxyde de carbone est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). En 2011, elle était l'intoxication la plus fréquemment déclarée à la Direction de santé publique, totalisant 21 des 26 intoxications chimiques de source environnementale déclarées⁸ dans la région.

Le radon : un risque présent dans certains territoires de la région

Le radon est un gaz radioactif, incolore et inodore. Il se retrouve naturellement dans l'environnement. Il provient de la désintégration de l'uranium présent dans les sols et les roches. Dans l'atmosphère, il est dilué et ne pose pas de problème. Par contre, le radon peut s'infiltrer et s'accumuler à des niveaux élevés dans les bâtiments et habitations principalement par les fissures et les autres voies d'entrée au niveau du sol et du sous-sol. Le radon est un contaminant reconnu cancérigène chez l'humain. L'exposition prolongée à des concentrations élevées de radon est associée à un risque accru de développer un cancer du poumon. Loin derrière le tabagisme, le radon est tout de même la deuxième cause de cancer du poumon et la première chez les non-fumeurs (ASSSL, 2008). On l'estime associé à environ 10 % des décès par cancer du poumon (MSSS, 2013).

⁸ Source : Direction de santé publique des Laurentides, 2012, Compilation spéciale.



Certains secteurs de la région des Laurentides sont situés sur une formation géologique riche en radioéléments et en uranium (ASSSL, 2008). Ces zones sont susceptibles de présenter des concentrations nettement supérieures à la moyenne québécoise. Il s'agit essentiellement de certains secteurs des municipalités d'Oka, de Saint-Joseph-du-Lac et de Saint-André-d'Argenteuil ainsi que de certaines municipalités de la MRC d'Antoine-Labelle. La cartographie du radon est encore imparfaite. Il est donc possible que des bâtiments et des habitations soient surexposés dans des secteurs qui ne sont pas encore considérés comme à risque. Le seul moyen de connaître le degré d'exposition d'un bâtiment ou d'une habitation est d'en mesurer la concentration de radon avec un dosimètre⁹.

PLUS EN PROFONDEUR

Projet de mesure de l'exposition au radon dans les écoles et les centres de la petite enfance (CPE)

Un projet provincial prévoit, d'ici 2014, mesurer l'exposition au radon dans l'ensemble des écoles primaires et secondaires du Québec (INSPQ, 2012c). Dans la région, un projet pilote spécifique aux centres de la petite enfance (CPE) est en cours depuis le début 2012. Si les résultats dépassent la ligne directrice canadienne de 200 Bq/m³, des travaux correctifs seront effectués pour remédier à la situation. Les résultats de ces différentes analyses aideront à améliorer le portrait de l'exposition au radon dans la région des Laurentides. De façon générale, ces interventions favoriseront aussi une meilleure connaissance de ce contaminant par la population.

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement diminue, mais les jeunes demeurent les plus exposés

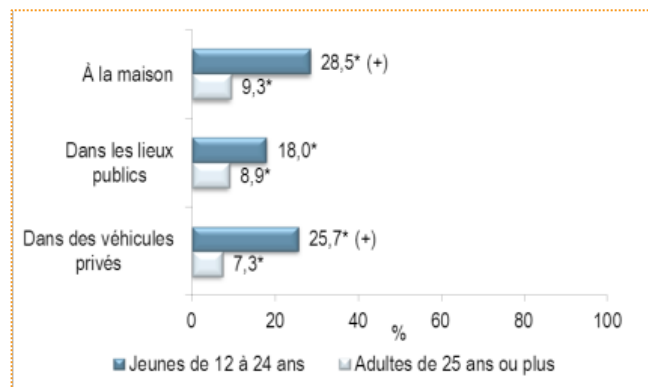
La fumée de tabac dans l'environnement (FTE), plus souvent appelée fumée secondaire, est un contaminant très nocif directement lié au cancer du poumon, mais aussi associé à d'autres maladies respiratoires et cardiovasculaires. La FTE est même reconnue comme étant plus nocive que la fumée directement inhalée par le fumeur. La population non fumeuse peut être exposée, malgré elle, à la fumée de tabac dans divers endroits de la vie quotidienne, principalement à la maison, dans les lieux publics et dans les véhicules privés.

La fumée de tabac dans l'environnement continue d'affecter la santé de la population non fumeuse et particulièrement celle des jeunes. Néanmoins, on observe

une diminution de l'exposition à la maison, mais aussi une importante baisse dans les lieux publics en raison de l'impact de la Loi sur le tabac (passant de 32,1 % en 2003 à 10,5 % en 2009-2010). Dans la région des Laurentides, 12,6 % des non-fumeurs étaient encore exposés régulièrement à la fumée de tabac à la maison en 2009-2010. Cette proportion est nettement supérieure à celle du Québec (8,9 %). Enfin, dans les lieux publics tout comme dans les véhicules privés, 10,5 % de la population non fumeuse de la région était exposée à la fumée de tabac.

Les jeunes non-fumeurs représentent le groupe d'âge étant le plus exposé à la FTE, peu importe le lieu d'exposition. À la maison, la proportion de jeunes non-fumeurs de 12 à 24 ans exposés atteint 28,5 % comparativement à seulement 9,3 % chez les adultes.

Proportion des non-fumeurs exposés à la fumée de tabac dans l'environnement selon le lieu d'exposition et le groupe d'âge, région des Laurentides, 2009-2010



(+) Valeur significativement plus élevée que celle des adultes de 25 ans ou plus, au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %, la valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Parmi les mesures pouvant aider à diminuer l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac, il y a l'interdiction de fumer à l'intérieur du domicile¹⁰. En 2007-2008, plus de la moitié (59,4 %) des non-fumeurs de la région des Laurentides vivaient déjà dans un domicile où les fumeurs sont priés de s'abstenir de fumer. Cette proportion n'était que de 32,9 % en 2000-2001, mais ne cesse d'augmenter depuis.

⁹ Définition : appareil servant à mesurer les concentrations de radon.

¹⁰ Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008.



PLUS EN PROFONDEUR

L'asthme : une conséquence de la mauvaise qualité de l'air à l'extérieur et à l'intérieur

L'asthme est un exemple concret de problème de santé pour lequel la qualité de l'environnement joue un rôle majeur. Il s'agit d'une des maladies chroniques les plus courantes, qui affectait 8,7 % de la population de la région en 2009-2010¹¹. Plusieurs facteurs environnementaux peuvent contribuer au développement ou à l'aggravation de cette maladie. À l'intérieur, les principaux facteurs de risque sont la présence de moisissures et d'allergènes, et la fumée de tabac, tandis qu'à l'extérieur, il s'agit surtout de la pollution atmosphérique, du smog et de l'exposition à l'herbe à poux. Toutefois, cette situation n'est pas irréversible car il est possible d'agir sur ces facteurs de risque afin d'en diminuer les impacts à la santé.

¹¹ Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010.



RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2008). *À notre santé ! L'environnement et la santé : un lien établi*, Rapport de la directrice de santé publique.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2011a). « Smog hivernal : un risque de maladies cardiorespiratoires » *Les maux qui courent*, vol. 18, n° 6, Décembre 2011.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2011b). *Insalubrité morbide – Quand l'insalubrité menace la santé*.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2010). *Qu'est-ce que le transport actif ?*, Gouvernement du Canada, [en ligne], <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/at-ta-fra.php> (consulté le 6 février 2013).
- AGENCE MÉTROPOLITAINE DE TRANSPORT (2011). *Rapport d'activités 2011 - Le client au cœur de nos actions*.
- ELWOOD, J. Mark and Janet JOPSON (1997). "Melanoma and Sun Exposure : an Overview of Published Studies", *International Journal of Cancer*, vol. 73, Issue 2, October 9, p.198-203.
- GARNEAU, Michelle et coll. (2006). *Hausse des concentrations polliniques causées par le changement climatique et ses conséquences potentielles sur les maladies respiratoires des populations vulnérables en milieu urbain*, Consortium Ouranos.
- INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES (2008). *Logement : D'une crise à l'autre*.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2003). *Évaluation de l'exhaustivité du fichier des tumeurs du Québec*.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2011a). *Étude de l'observance des avis d'ébullition dans la population québécoise*.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2011b). *Analyse des mesures réglementaires portant sur l'utilisation des appareils de bronzage par les jeunes âgés de moins de 18 ans*.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012a). Rapport sur l'Indicateur « Air extérieur » de l'onglet *Portrait de santé – Requête paramétrable* produit par l'Infocentre national de santé publique du Québec.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012b). Rapport sur l'Indicateur « Taux d'appel pour intoxication au Centre antipoison du Québec » de l'onglet *Plan commun – Requête paramétrable* produit par l'infocentre national de santé publique du Québec.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012c). *Projet de dépistage du radon dans des écoles primaires du Québec situées en zones d'investigation prioritaires*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2013). *Radon domiciliaire*, Gouvernement du Québec, [en ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/index.php?radon> (consulté le 23 janvier 2013).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT, DE LA FAUNE ET DES PARCS (2013). *Statistiques annuelles de l'IQA : 2011*, Gouvernement du Québec, [en ligne], http://www.iqa.mddep.gouv.qc.ca/contenu/grille_stat_jour.asp?annee=2011 (consulté le 23 janvier 2013).



FAITS SAILLANTS

- L'exposition à des contraintes physiques au travail est assez fréquente, en particulier chez les hommes.
- Un travailleur sur cinq déclare avoir eu des troubles musculosquelettiques liés à son emploi.
- Les travailleurs de la région sont moins exposés à des tensions psychosociales élevées au travail que ceux du Québec.

MISE EN CONTEXTE

Le travail occupe une place majeure dans notre société, en particulier chez les adultes. D'ailleurs, près des deux tiers (63,5 %) de la population de la région des Laurentides occupaient un emploi en 2006¹. Le fait d'occuper un emploi a souvent un impact positif sur l'intégration sociale et la santé. Toutefois, cela peut aussi comporter un certain nombre de facteurs de risque pour la santé. De plus, les mauvaises conditions de travail peuvent avoir des impacts économiques négatifs importants, principalement une perte de productivité et une augmentation de l'absentéisme, voire du présentéisme, ainsi que des effets sur l'administration des soins de santé.

Dans les dernières décennies, certains facteurs démographiques, sociaux et économiques ont amené des transformations des milieux de travail. Notons, à titre d'exemples, un développement technologique basé sur l'informatisation et l'automatisation, de nouveaux modes de gestion qui intensifient le travail, une augmentation de la précarité et une utilisation sans cesse croissante de la sous-traitance. Ces changements ont modifié, du moins en partie, les types de contraintes auxquelles les travailleurs sont exposés. Ces différentes contraintes physiques et psychologiques interagissent de manière complexe et s'influencent mutuellement. Elles peuvent entraîner des effets nuisibles à la santé des travailleurs, tels que les troubles musculosquelettiques (TMS).

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Les enquêtes et la population à l'étude

L'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP 2008)² ainsi que l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC de 2005 et de 2007-2008)³ contiennent des indicateurs sur la santé au travail. Ces derniers permettent de décrire, en partie, le profil de la population de la région des Laurentides qui travaille. Il est donc désormais possible d'explorer les liens entre le travail et la santé sous un angle populationnel. Ainsi, les travailleurs à l'étude dans ce chapitre sont les résidents de la région des Laurentides qui occupent un emploi rémunéré, peu importe leur lieu de travail. Jusqu'à aujourd'hui, les données disponibles sur la santé au travail (provenant principalement de la CSST) représentaient uniquement les personnes travaillant dans la région des Laurentides, quel que soit leur lieu de résidence. De plus, puisque l'EQSP et l'ESCC sont basées sur la perception des travailleurs, leurs résultats peuvent différer de ceux de la CSST, qui sont produits à des fins d'indemnisation. Toutefois, les enquêtes comme l'EQSP et l'ESCC permettent de mieux documenter l'ampleur de certains problèmes de santé liés au travail.

Par ailleurs, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), à partir du recensement canadien, a comparé les déplacements entre le domicile et le lieu de travail selon la région (ISQ, 2012). Cette analyse a permis de constater qu'en 2006, la grande majorité (86,3 %) des résidents de la région des Laurentides qui occupaient un emploi occupaient cet emploi dans les Laurentides, leur région de résidence.

¹ Définition : taux d'emploi des personnes de 15 ans ou plus (Statistique Canada, recensement de la population de 2006).

² EQSP : travailleurs de 15 ans ou plus.

³ ESCC : travailleurs de 15 à 74 ans.



ÉTAT DE LA SITUATION

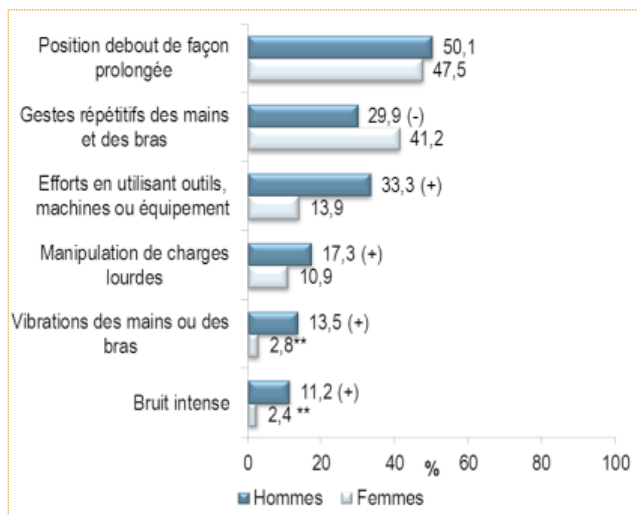
L'exposition à des contraintes physiques est assez fréquente, en particulier chez les hommes

Les milieux de travail comportent des risques potentiels, plus ou moins élevés pour la santé, notamment des contraintes physiques, auxquelles les hommes et les femmes ne sont pas toujours exposés de la même façon.

Dans la région des Laurentides, on estime que 22,2 % des travailleurs sont exposés à un niveau élevé⁴ de contraintes physiques en milieu de travail, ce qui est comparable à la proportion québécoise (22,7 %).

Pour les principales contraintes physiques⁵, la région se compare au Québec à l'exception de l'exécution de gestes répétitifs des mains et des bras pour laquelle les travailleurs de la région indiquent être significativement moins exposés (35,3 % c. 38,8 %).

Principales contraintes physiques des travailleurs de 15 ans ou plus, selon le sexe, région des Laurentides, 2008



(+)(-) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle des femmes, au seuil de 0,05.

** Estimation inacceptable, coefficient de variation > 25 %, donnée imprécise présentée à titre indicatif seulement.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.

Dans la région, les hommes sont, en proportion, significativement plus exposés que les femmes à diverses contraintes physiques. Ils déclarent aussi être significativement plus exposés que les travailleuses à des efforts lorsqu'ils utilisent des outils, des machines ou de l'équipement; à des manipulations de charges lourdes; à des vibrations des mains ou des bras et à du bruit intense. Toutefois, les femmes sont, en proportion, significativement plus exposées que les hommes à des gestes répétitifs des mains et des bras.

Un travailleur sur cinq déclare avoir eu des troubles musculosquelettiques liés à son emploi

Les contraintes physiques auxquelles les travailleurs sont exposés dans leur milieu de travail peuvent avoir des impacts significatifs sur la santé. En plus des blessures liées à des conditions physiques non sécuritaires, le travail peut aussi entraîner des maladies professionnelles, notamment des troubles musculosquelettiques (TMS).

Les TMS regroupent, en résumé, un ensemble de pathologies des tissus mous (principalement les muscles, tendons et nerfs) qui surviennent habituellement à la suite de microtraumatismes répétitifs, bien qu'ils puissent aussi survenir soudainement (à l'exclusion des accidents traumatiques) (INSPQ, 2010a). Les données populationnelles sur les troubles musculosquelettiques (TMS) présentées dans le paragraphe qui suit se définissent par des douleurs importantes et qui sont incommodantes durant les activités quotidiennes. Elles peuvent affecter le cou, le dos, les membres supérieurs et les membres inférieurs⁶.

En 2008, c'est 20,1 % des travailleurs de la région qui ont déclaré avoir eu des TMS liés à leur emploi principal durant l'année précédente, ce qui est comparable à l'ensemble du Québec. À l'échelle provinciale, on observe une proportion significativement plus élevée de femmes (23,7 %) qui estiment avoir eu des TMS liés à leur emploi que d'hommes (16,2 %).

⁴ Définition : indice basé sur celui de l'EQCOTESST (Vézina et coll., 2011) et calculé en établissant un score total entre 0 et 18 réparti en quatre niveaux de contraintes (nul, faible, modéré et élevé). Un niveau élevé correspond à un score de 7 ou plus.

⁵ Les principales contraintes physiques incluent le travail en position debout de façon prolongée souvent ou tout le temps; l'exécution de gestes répétitifs des mains et des bras; l'utilisation d'outils, de machines et d'équipement; la manipulation de charges lourdes; l'exposition à des vibrations des mains ou des bras et l'exposition à du bruit intense.

⁶ Définition : des douleurs importantes au cou, au dos, aux membres supérieurs (incluant les épaules, les bras, les coudes, les avant-bras, les poignets et les mains) et aux membres inférieurs (incluant les hanches, les cuisses, les genoux, les chevilles, les jambes, les mollets et les pieds) qui sont dérangeantes durant les activités de la vie quotidienne (INSPQ, 2010b).



Une proportion non négligeable de travailleurs sont victimes de blessures

Les victimes de blessures au travail sont des personnes ayant été blessées assez gravement pour limiter leurs activités normales. Ces blessures peuvent être causées par des mouvements répétitifs, mais également par des accidents d'autre nature tels des fractures, des coupures profondes, des brûlures graves, des entorses ou des empoisonnements.

En 2008, 7,0 % des travailleurs de la région des Laurentides ont rapporté avoir été victimes de blessures au travail liées à des mouvements répétitifs l'année précédente, ce qui représente environ 19 200 personnes.

D'autre part, 3,3 % des travailleurs, soit environ 9 100 personnes, ont dit avoir été victimes de blessures au travail non attribuables à des mouvements répétitifs. Les troubles musculosquelettiques sont parfois des blessures assez graves pour limiter les activités normales, qu'elles soient attribuables à des mouvements répétitifs ou non.

PLUS EN PROFONDEUR

Les bénéfices de la santé au travail

La santé au travail est un secteur de la santé publique dont le champ d'action est la protection des travailleurs contre les risques physiques, chimiques, biologiques et ergonomiques présents dans les milieux de travail. C'est principalement par la prévention des lésions professionnelles que cet objectif peut être atteint. Toutefois, en plus de la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, la promotion de la santé en milieu de travail permet aussi d'améliorer la condition physique, la santé et le bien-être des travailleurs. Elle contribue à prévenir les problèmes de santé potentiels ainsi que les conséquences pouvant en découler.

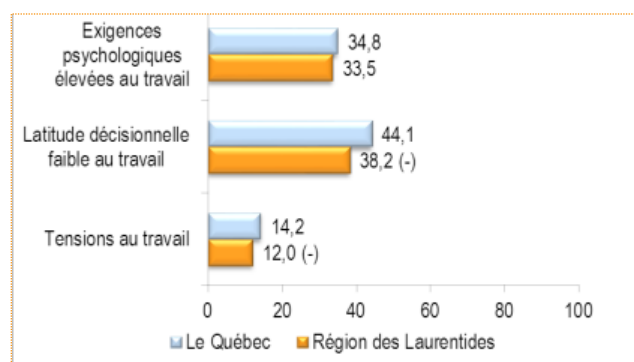
Parmi les autres retombées positives de la promotion de la santé en milieu de travail, on note la réduction du taux d'absentéisme, l'amélioration de la productivité des travailleurs, la diminution du risque d'accident de travail et l'amélioration du climat de travail. En tant que milieu de vie, le lieu de travail est un endroit judicieux pour faire la promotion de la santé. À titre d'exemple, des activités touchant les saines habitudes de vie peuvent être mises sur pied.

Les travailleurs de la région sont moins exposés à des tensions psychosociales élevées au travail que ceux du Québec

Les contraintes psychosociales auxquelles les travailleurs peuvent être confrontés comprennent, entre autres, un niveau élevé d'insécurité d'emploi, de stress au travail et d'exigences psychologiques ainsi qu'une faible latitude décisionnelle et un faible soutien professionnel. Lorsqu'un travailleur est exposé, à la fois, à des exigences psychologiques élevées et à une faible latitude décisionnelle au travail, on considère qu'il vit des tensions au travail.

En ce qui a trait aux tensions vécues par les travailleurs en milieu de travail, la région se positionne avantageusement comparativement au Québec. En effet, 12,0 % des travailleurs ont affirmé avoir vécu des tensions au travail en 2008, ce qui est significativement plus faible qu'au Québec (14,2 %). Par ailleurs, tant dans la région que dans l'ensemble de la province, le tiers des travailleurs était exposé à des exigences psychologiques élevées au travail. La proportion des travailleurs de la région qui avaient une faible latitude décisionnelle au travail était, pour sa part, significativement inférieure à celle du Québec (38,2 % c. 44,1 %). Cependant, aucune hypothèse ne permet d'expliquer cette différence actuellement.

Principales contraintes psychosociales des travailleurs de 15 ans ou plus, région des Laurentides et le Québec, 2008



(-) Valeur significativement plus faible que celle du Québec, au sein de 0,05.

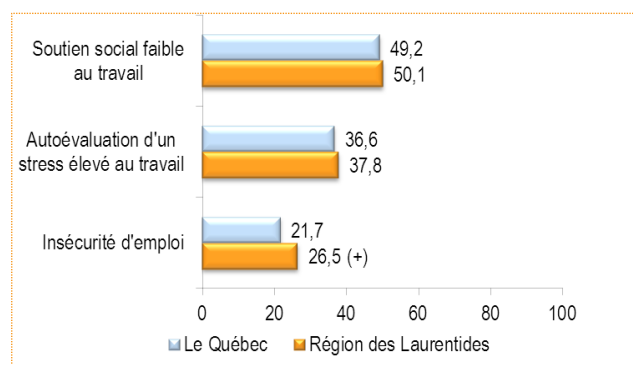
Source : ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.



À l'échelle de la province, on observe une différence entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à leur exposition à des contraintes psychosociales. En effet, les Québécoises présentent des proportions significativement supérieures aux Québécois en matière d'exigences psychologiques élevées (36,9 % c. 32,9 %), de faible latitude décisionnelle (46,2 % c. 42,2 %) et, en somme, de tensions au travail (16,3 % c. 12,4 %).

En plus de ces dernières contraintes, d'autres contraintes psychosociales ont aussi été étudiées. En 2005, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) indiquait que la moitié des travailleurs (50,1 %) avait un faible soutien social au travail. Par ailleurs, plus du tiers (37,8 %) des travailleurs évaluait leur niveau de stress au travail comme étant élevé. Enfin, les travailleurs de la région étaient significativement plus exposés à un niveau élevé d'insécurité d'emploi que les travailleurs de l'ensemble du Québec (26,5 % c. 21,7 %).

Autres contraintes psychosociales des travailleurs de 15 à 74 ans, région des Laurentides et le Québec, 2005



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du Québec, au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005.

À l'heure actuelle, il existe très peu de données disponibles pour documenter les problèmes de santé mentale associés au travail. Toutefois, l'EQCOTESST, une enquête québécoise étudiant les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (Vézina et coll., 2011), la seule à ce jour, suggère qu'il pourrait exister des liens entre l'organisation et les conditions de travail et certains problèmes de santé mentale tels que la détresse psychologique et les symptômes dépressifs liés à l'emploi.

PLUS EN PROFONDEUR

Le harcèlement et la violence en milieu de travail

La violence au travail telle que le harcèlement psychologique et sexuel et la violence physique conduisent aussi à des effets néfastes importants pour la santé et la sécurité des travailleurs qui ne sont pas à négliger. L'EQCOTESST est la seule étude québécoise qui aborde et mesure la prévalence de la violence au travail. Celle-ci suggère que près d'une personne sur six, en 2007-2008, aurait subi du harcèlement psychologique (14,8 %) à son emploi principal dans les douze mois précédant l'enquête; 2,5 % du harcèlement sexuel et 1,9 % aurait fait l'objet de violence physique (Vézina et coll., 2011). Cette étude révèle aussi des différences entre les hommes et les femmes. En effet, les travailleuses subiraient significativement plus de harcèlement psychologique et sexuel en milieu de travail que leurs homologues masculins. Malheureusement, aucune donnée régionale n'est disponible à ce chapitre pour le moment.



RÉFÉRENCES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010b). Fiche EQSP 2008 : 9.21 – *Proportion de la population ayant eu des troubles musculosquelettiques à au moins une région corporelle au cours des 12 derniers mois (EQSP)*, Infocentre national de santé publique du Québec, version de novembre 2010.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2012). *Tableau 1 - Déplacements entre le domicile et le lieu de travail des personnes occupées dans les MRC et le territoire équivalent des Laurentides, 2006*, Gouvernement du Québec, [en ligne]. http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/pdf/ddt_15.pdf (consulté le 5 février 2013).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010a). *Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998-2007 - TMS sous surveillance*.

VÉZINA, Michel, Esther CLOUTIER, Susan STOCK, Katherine LIPPEL, Éric FORTIN, Alain DELISLE, Marie ST-VINCENT, Amélie FUNES, Patrice DUGUAY, Samuel VÉZINA et Pascale PRUD'HOMME (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) – Rapport R-691*, Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.



Les jeunes ne constituent pas un groupe homogène. Afin de refléter les enjeux de santé propres aux différentes étapes de la vie des jeunes, le présent chapitre se découpe en deux sections : d'abord la santé des nourrissons, puis la santé des enfants et des adolescents. La première section fait état des données disponibles sur la périnatalité. La deuxième section aborde plus spécifiquement la santé émotionnelle, mentale et sociale, qui fait l'objet d'une large part des interventions auprès des enfants et des adolescents. D'autres chapitres de ce portrait abordent différents aspects de la santé des jeunes. On peut se référer aux chapitres traitant des habitudes de vie, de la santé buccodentaire, des traumatismes non intentionnels et des maladies infectieuses.

SANTÉ DES NOURRISSONS

FAITS SAILLANTS

- La mortalité infantile et périnatale diminue.
- Les naissances de bébés de faible poids et celles avec un retard de croissance intra-utérine diminuent.
- La pratique de l'allaitement maternel exclusif doit être améliorée.
- Les cardiopathies congénitales sont en hausse dans la région.

MISE EN CONTEXTE

Près de 6 000 enfants naissent chaque année dans la région des Laurentides. La majorité d'entre eux sont en bonne santé. Toutefois, certains sont plus à risque de développer des problèmes de santé et de décéder. Les conditions comme la scolarité de la mère, l'âge de cette dernière, ses habitudes de vie durant la grossesse, l'allaitement maternel et l'organisation des soins et services périnataux constituent des déterminants importants de la santé maternelle et foeto-infantile (MSSS et coll., 2011a).

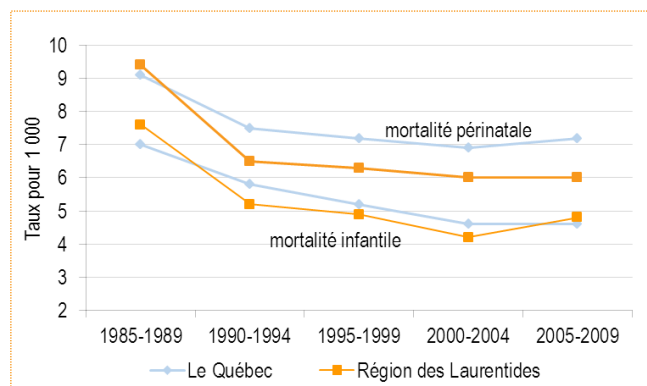
ÉTAT DE LA SITUATION

La mortalité infantile et périnatale est en diminution

Non seulement la mortalité infantile est une façon de mesurer la santé infantile, mais elle est également le reflet du niveau global de développement économique et social d'une société. Le faible poids à la naissance est un facteur de risque important associé à la mortalité infantile. On observe en moyenne par année le décès d'environ 27 enfants de moins d'un an dans la région durant la période 2005-2009. Les principales catégories de causes de décès sont diverses affections périnatales, les anomalies congénitales, la prématurité et le faible poids à la naissance. Le taux de mortalité infantile de la région suit

de près la tendance provinciale, montrant une baisse à long terme. Une des hypothèses pour expliquer cette tendance serait l'augmentation des services périnataux de qualité. Cependant, la légère remontée à la période 2005-2009 dans la région sera à surveiller.

Évolution du taux de mortalité périnatale et infantile, région des Laurentides et le Québec



Sources : MSSS, Fichier des décès; MSSS, Fichiers des naissances; MSSS, Fichier des mortinaissances.



La mortalité périnatale est le reflet des normes de soins obstétricaux et pédiatriques ainsi que de l'efficacité des initiatives de santé publique. Le faible poids à la naissance représente un facteur de risque associé à la mortalité périnatale. Entre 2005 et 2009, on compte dans la région une moyenne annuelle de 34 décès durant la période périnatale (voir notes méthodologiques). La mortalité périnatale suit une tendance à la baisse dans la région. On observe même un taux inférieur dans la région comparativement au Québec durant la période 2005-2009 (6,0 décès pour 1 000 naissances c. 7,2 décès pour 1 000 naissances).

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Définition des taux de mortalité

Taux de mortalité infantile : Rapport du nombre de décès d'enfants de moins d'un an au nombre de naissances vivantes durant l'année.

Taux de mortalité périnatale : Rapport de la somme du nombre de mortinaissances et de décès d'enfants de moins de 7 jours à la somme des mortinaissances et des naissances vivantes durant l'année.

Les anomalies congénitales : certaines plus fréquentes, d'autres plus rares qu'avant

Les anomalies congénitales sont responsables d'une part importante de la morbidité et de la mortalité infantiles. Bien que les données ne soient pas disponibles pour l'ensemble des anomalies congénitales, les plus importantes sont documentées, soit les cardiopathies congénitales, le syndrome de Down, la fente labiale, la fente palatine, les anomalies réductionnelles des membres et les anomalies du tube neural. Les causes profondes de la plupart des anomalies congénitales sont inconnues et le plus souvent multifactorielles.

On peut observer en moyenne par année 83 cardiopathies congénitales dans la région entre 2003 et 2008 (MSSS et coll., 2011b). Elles sont en hausse dans la région, passant de 143 cardiopathies pour 10 000 naissances en 1997-2002 à 153 pour 10 000 en 2003-2008, alors qu'au Québec on observe une baisse durant cette période. On remarque même un taux supérieur dans la région qu'au Québec. L'information sur la gravité des cardiopathies congénitales ainsi que les raisons de leur tendance à la hausse ne sont pas connues pour l'instant.

Par contre, d'autres anomalies congénitales deviennent plus rares qu'auparavant grâce à des interventions de prévention. Par exemple, les anomalies du tube neural ont diminué suite à l'enrichissement en folates des produits céréaliers et à la prise de suppléments d'acide folique par les femmes (Santé Canada, 2002). On en retrouve moins de deux cas par 10 000 naissances durant la période 2003-2008 (MSSS et coll., 2011b). Selon une enquête menée en 2005-2006, environ 47 % des mères avaient pris de l'acide folique avant le début de la grossesse et plus de 80 % durant les trois premiers mois de grossesse (MSSS et coll., 2011b).

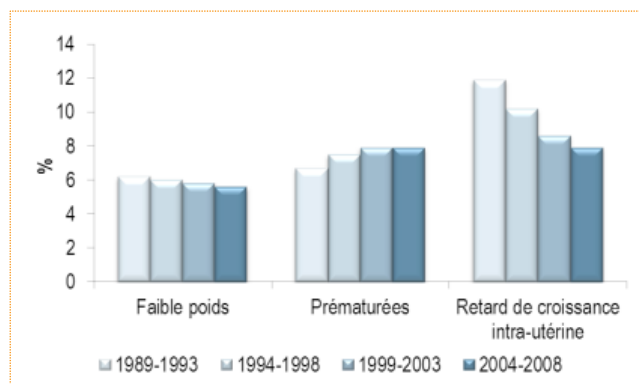
La santé des nouveau-nés sur la bonne voie

Le faible poids, la prématurité et le retard de croissance sont des problèmes souvent interreliés et qui sont associés à des risques accrus de décès, d'incapacité, de morbidité et de problèmes de développement. La santé postnatale peut être affectée, par exemple, par une croissance inférieure à la moyenne, des problèmes respiratoires, neurologiques, des problèmes de comportement et des difficultés d'apprentissage. Le faible poids pourrait jouer un rôle dans l'apparition de maladies chroniques à l'âge adulte, telles que l'obésité, l'hypertension, le diabète et les maladies cardiovasculaires (Yun, 2012).

Le faible poids à la naissance est souvent le résultat d'une durée de gestation trop courte, d'un retard de croissance intra-utérine ou d'une combinaison des deux. Des conditions de vie défavorisées entraînent plus fréquemment un faible poids à la naissance, soit en raison d'une alimentation déficiente, de la prévalence élevée d'infections, de complications de grossesse et de conditions de travail défavorables. Le jeune âge ou l'âge avancé de la mère, les grossesses multiples et les habitudes de vie de la mère sont également associés au faible poids. On observe depuis près de 20 ans une légère tendance à la baisse de la proportion de naissances de bébés de faible poids. Dans la région des Laurentides, la proportion est passée de 6,2 % durant la période 1989-1993 à 5,6 % pour la période 2004-2008. La multitude de facteurs associés à cette condition fait en sorte qu'il est difficile d'identifier une raison pouvant expliquer cette tendance.



Évolution de la proportion de naissances de faibles poids, prématurées, avec retard de croissance intra-utérine, région des Laurentides



Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes.

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Définitions

Naissance de faible poids : Naissance vivante inférieure à 2 500 grammes.

Naissance avec retard de croissance intra-utérine : Naissance vivante simple, dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^e percentile des courbes de référence.

Naissance prématurée : Naissance vivante d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines.

Le retard de croissance intra-utérine est souvent relié au faible poids. On retrouve donc plusieurs facteurs de risque communs. Toutefois, le principal facteur de risque du retard de croissance intra-utérine est le tabagisme de la mère. On observe une baisse appréciable de la proportion de naissances avec un retard de croissance intra-utérine entre 1989-1993 à 2004-2008 (11,9 % à 7,9 %). La baisse du tabagisme observé dans la population pourrait avoir contribué à cette diminution.

Les naissances prématurées causent souvent une naissance de faible poids. Parmi les facteurs associés à la prématurité, on retrouve les grossesses multiples et l'état de santé de la mère. Le tabagisme de la mère est le principal facteur de risque modifiable. Les naissances prématurées suivent plutôt une légère tendance à la hausse passant de 6,7 % à 7,9 %. L'augmentation des naissances prématurées pourrait s'expliquer par l'augmentation des naissances multiples, les naissances plus fréquentes de mères de plus de 35 ans, les traitements de l'infertilité et l'enregistrement plus rigoureux

des naissances extrêmement prématurées parmi les naissances vivantes.

PLUS EN PROFONDEUR

Des comportements et facteurs de risque affectant la santé périnatale

Plusieurs conditions entourant la grossesse influencent la santé maternelle et fœto-infantile. Certaines de ces conditions constituent des facteurs de risque découlant d'habitudes de vie et de comportements qui peuvent être modifiés.

Des comportements durant la grossesse, tels que l'usage du tabac et la consommation d'alcool, peuvent mener à un faible poids à la naissance. Ce sont des comportements encore assez répandus. À titre d'exemple dans la région en 2005-2006, environ 19 % des mères ont indiqué avoir fumé la cigarette durant leur grossesse et 35 % auraient consommé de l'alcool au moins une fois (MSSS et coll., 2011b).

La grossesse à l'adolescence ou à un âge avancé, de même que les accouchements multiples représentent aussi des facteurs de risque. À ce chapitre, pour la période 2005 à 2009, la région des Laurentides présente des taux de fécondité inférieurs à ceux du reste du Québec chez les mères de moins de 20 ans (8,7 naissances/1000 femmes c. 10,1 naissances/1000 femmes) et celles de 35 ans ou plus (11,3 naissances/1000 femmes c. 14,7 naissances/1000 femmes¹).

Bien sûr, l'impact potentiel de ces facteurs de risque augmente lorsqu'ils s'additionnent, par exemple pour une mère adolescente ayant de moins bonnes habitudes de vie.

La pratique de l'allaitement maternel exclusif à améliorer

L'allaitement maternel constitue un facteur protecteur pour la santé des bébés et des mères. Les bébés allaités ont moins d'otites, de maladies respiratoires, de gastro-entérites et sont deux fois moins hospitalisés. L'allaitement protégerait aussi contre les allergies, le syndrome de la mort subite du nourrisson, le diabète insulino-dépendant, la maladie de Crohn, certains types de cancer et certaines maladies chroniques à l'âge adulte. Il procure au bébé un sentiment de sécurité nécessaire à son bien-être et à son développement global. Les femmes qui allaitent ont moins de risque d'hémorragies postaccouchement, de cancer du sein ou des ovaires.

¹ MSSS, Fichier des naissances, 2005-2009. Compilation de l'INSPQ, Infocentre de santé publique, juillet 2012.



L'intensité des effets de l'allaitement maternel sur la santé de la mère et sur celle de l'enfant est liée à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement. Selon une enquête menée en 2005-2006, environ 87 % des bébés de la région des Laurentides avaient été allaités durant leur séjour à l'unité des naissances à l'hôpital, 46 % étaient toujours allaités après six mois, mais seulement 4,8 % recevaient uniquement du lait maternel jusqu'à l'âge de six mois tel que recommandé par Santé Canada (MSSS et coll., 2011b). L'allaitement produit néanmoins un gain significatif pour la santé du bébé même s'il n'est pas exclusif et s'il est d'une durée inférieure à celle recommandée.



SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

FAITS SAILLANTS

- Des proportions importantes de jeunes vivent des difficultés socioémotionnelles.
- Les taux de signalement à la DPJ sont supérieurs dans la région à ceux du Québec.
- Les taux de criminalité et de victimisation augmentent et sont supérieurs dans la région.
- Les comportements à risque sont plus répandus qu'au Québec chez les élèves du secondaire de la région.
- Les taux de décrochage scolaire diminuent.

MISE EN CONTEXTE

Bien que la majorité des jeunes soient en bonne santé, certains vivent des difficultés durant leur enfance et leur adolescence. Les données disponibles permettent de documenter les difficultés socioémotionnelles vécues par les jeunes, les signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), les victimes de violence et les auteurs de crimes, les comportements à risque pour la santé et le décrochage scolaire.

ÉTAT DE LA SITUATION

Des difficultés socioémotionnelles vécues par une proportion importante de jeunes

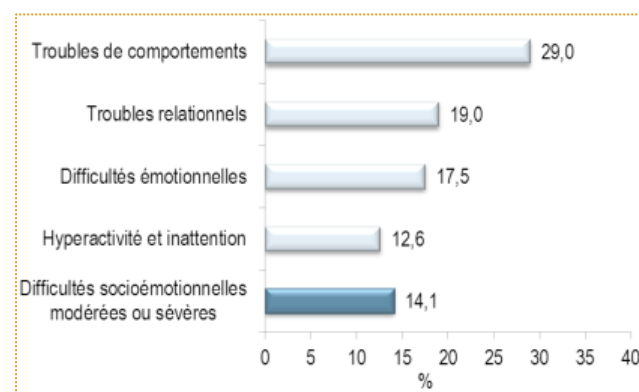
D'après une série de questions posées aux parents en 2008¹, on peut estimer que, parmi les enfants de 3 à 14 ans de la région des Laurentides :

- 29 % ont des troubles de comportement;
- 19 % des troubles relationnels avec les pairs;
- 18 % des difficultés émotionnelles;
- 13 % des problèmes d'hyperactivité et d'inattention.

Lorsqu'un enfant cumule plus d'un de ces troubles, il est considéré comme ayant des difficultés socioémotionnelles modérées à sévères, soit environ 14 % des enfants. Ces difficultés peuvent être associées à des problèmes de fonctionnement d'un enfant dans sa famille ou à l'école.

Parmi l'ensemble des parents au Québec, environ 7 % considèrent la santé mentale et émotionnelle de l'enfant comme un fardeau moyen ou énorme pour la famille. Toutefois, ce fardeau est ressenti par une part beaucoup plus importante des parents d'enfants ayant des difficultés socioémotionnelles modérées ou sévères (68 %).

Proportion de jeunes de 3 à 14 ans ayant des difficultés socioémotionnelles modérées ou sévères, région des Laurentides, 2008



Source : ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.

Parmi les troubles diagnostiqués par un médecin ou un professionnel de la santé, on estime qu'environ 12 % des jeunes de la région ont reçu un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). À l'échelle du Québec, environ 5 % des enfants de 3 à 14 ans ont reçu un diagnostic de problèmes de comportements, 3,6 % un diagnostic de dépression ou de troubles anxieux, 3,8 % un diagnostic de retard de développement ou de déficience physique et 0,8 % un diagnostic d'autisme. Ces proportions ne sont pas mutuellement exclusives, un même enfant pouvant cumuler plusieurs diagnostics.

¹ ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.



PLUS EN PROFONDEUR

Les difficultés de comportement et la prévention des problèmes d'adaptation sociale

Les difficultés de comportement, telles que l'agressivité, touchent une partie importante des jeunes de 3 à 5 ans et diminuent graduellement par la suite. Cela fait partie du développement normal et ces difficultés sont la plupart du temps transitoires. Lorsqu'elles persistent, ces difficultés peuvent se traduire par des problèmes d'adaptation à long terme tels que les comportements violents, la délinquance.

Le dépistage des difficultés socioaffectives, le suivi et un traitement approprié dès la petite enfance peuvent prévenir les problèmes d'adaptation sociale et l'aggravation de troubles mentaux. La promotion chez les enfants des habiletés socioaffectives peut aussi éviter l'apparition de ce type de difficultés. L'accompagnement des parents et l'acquisition de compétences parentales peuvent également aider à diminuer certains de ces problèmes (Gosselin et coll., 2012).

Signalements à la DPJ : des taux plus élevés dans la région

Certaines difficultés vécues par les enfants peuvent compromettre leur sécurité et leur développement et font l'objet de signalements à la DPJ.

En 2010-2011, la DPJ de la région des Laurentides a reçu près de 6 400 signalements. Parmi ceux-ci, plus de 2 700 ont été retenus pour évaluation et, pour plus de 900 des cas, la sécurité ou le développement des enfants ont été jugés compromis. En moyenne dans les quatre dernières années, les taux de signalements reçus, retenus et fondés à la DPJ de la région sont supérieurs aux taux provinciaux.

Les problématiques les plus souvent rencontrées parmi les cas fondés sont la négligence (47,6 %), suivie par les mauvais traitements psychologiques (17,4 %), les troubles de comportement (16,4 %) et les problèmes d'abus physique et sexuel (18,4 %).

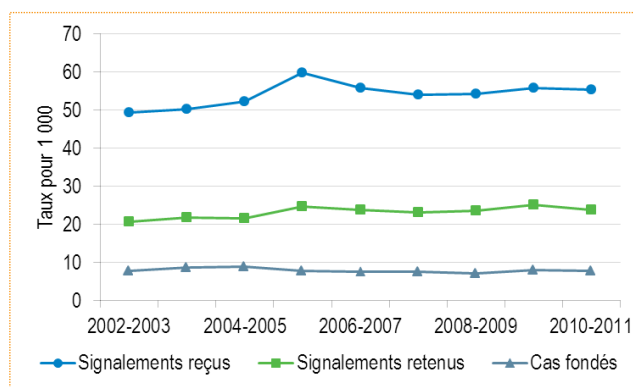
NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Définitions

Signalements reçus : signalements rapportés à la DPJ.

Signalements retenus : signalements qui, suite à un examen de la situation rapportée, sont considérés comme nécessitant une évaluation.

Cas fondés à l'évaluation : signalements dont l'évaluation démontre que les faits s'avèrent fondés quant à la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant.

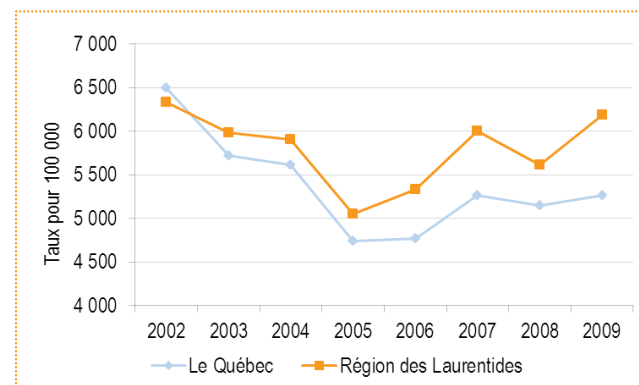
Évolution du taux de signalements reçus, retenus et de cas fondés à l'évaluation à la DPJ

Source : Centre jeunesse des Laurentides, compilations.

Criminalité à la hausse

Les données sur la criminalité permettent d'estimer certains impacts de troubles de conduite et de comportements des jeunes. Ils peuvent être de différente nature et se traduisent par des gestes d'agressivité, d'intimidation ou de destruction de biens matériels.

Chez les jeunes de 12 à 17 ans, on dénombre en moyenne plus de 2 500 auteurs présumés² d'infractions par année dans la région des Laurentides. De 2006 à 2009, les taux d'auteurs présumés d'infraction de ce groupe d'âge ont été plus élevés dans la région qu'au Québec. D'ailleurs, on remarque depuis 2005 une tendance à la hausse plus marquée dans la région qu'au Québec, ce qui accentue l'écart entre les deux. Les taux d'auteurs présumés sont près de quatre fois plus élevés chez les garçons que chez les filles.

Évolution du taux d'auteurs présumés d'infractions de 12 à 17 ans, région des Laurentides et le Québec

Source : MSP, 2011a, Compilation par la DSP des Laurentides.

² Définition d'auteur présumé : un individu contre lequel la police recommande de porter des accusations relativement à une infraction classée.



Les filles sont plus souvent victimes de certains crimes avec violence

La population féminine constitue la majorité des victimes d'infraction sexuelle ou de violence conjugale. Seulement une minorité des victimes signalent l'incident à la police. La victimisation augmente le risque de problèmes de consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments et d'épisodes dépressifs qui peuvent mener à des tentatives de suicide.

Les filles de moins de 18 ans représentent près des trois quarts des victimes d'infractions sexuelles rapportées aux services policiers. À plusieurs reprises depuis 2002, on remarque dans la région des taux supérieurs à ceux du Québec (ex. : 452 victimes pour 100 000 filles c. 356 pour 100 000 en 2009)³.

Parfois, les filles de 12 à 17 ans sont victimes de violence conjugale dans leurs relations amoureuses. Bien qu'assez marginal dans ce groupe d'âge, ce phénomène prend de l'ampleur selon les données sur les victimes de violence dans un contexte conjugal. Il a doublé de 2002 à 2009, passant de 139 victimes pour 100 000 filles de 12 à 17 ans à 298 pour 100 000 filles⁴.

Des comportements à risque plus répandus chez les élèves du secondaire

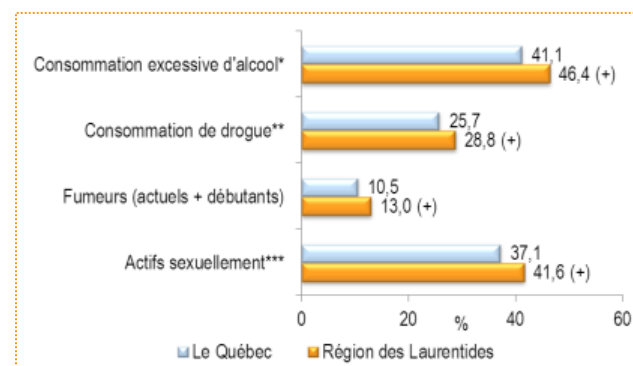
Une enquête faite auprès des élèves du secondaire du Québec⁵ a permis d'estimer la prévalence parmi eux de comportements à risque de conséquences néfastes sur leur santé physique, mentale et psychosociale. Les comportements étudiés concernaient la consommation d'alcool et de drogues, l'usage de la cigarette et les pratiques sexuelles. De manière générale, les résultats de cette enquête révèlent que la proportion des élèves de la région qui expérimentent ces comportements à risque est plus élevée que la moyenne québécoise. De plus, on observe que l'expérimentation de ces comportements est souvent interreliée.

Concernant la consommation d'alcool, l'enquête montre que les élèves de la région, comparativement à ceux de la province, sont plus nombreux en proportion à avoir consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois (64,4 % c. 59,7 %). Ils sont également plus nombreux à avoir consommé de l'alcool de façon excessive, c'est-à-dire cinq

consommations ou plus dans une même occasion (46,4 % c. 41,1 %). En fait, la moitié des buveurs d'alcool ont indiqué avoir consommé de l'alcool de façon excessive de 1 à 4 fois dans les douze derniers mois. En ce qui concerne la consommation régulière d'alcool, la région se compare au Québec. Ainsi, environ 11 % des élèves ont indiqué avoir consommé de l'alcool au moins une fois par semaine pendant un mois ou plus.

Les élèves du secondaire de la région ont été plus nombreux en proportion à avoir consommé de la drogue que ceux de l'ensemble du Québec dans les 12 derniers mois (28,8 % c. 25,7 %). On observe un écart significatif avec le Québec uniquement pour la proportion de consommateurs de cannabis, alors que pour les autres drogues, la région se compare au Québec. Ainsi, 28,0 % des élèves de la région ont rapporté avoir consommé du cannabis comparativement à 24,9 % au Québec. Pour les autres drogues, 10 % ont rapporté avoir consommé de l'ecstasy, 7 % des amphétamines et 6,1 % des hallucinogènes. De plus, environ 12,6 % des élèves ont rapporté avoir eu au moins un épisode de consommation régulière de drogues au cours de leur vie, soit au moins une fois par semaine sur une période d'un mois, ce qui est comparable au Québec.

Proportion d'élèves du secondaire présentant des comportements à risque, région des Laurentides et le Québec, 2010-2011



* Avoir bu au moins 5 consommations lors d'une même occasion au moins une fois durant les 12 derniers mois.

** Au moins une fois au cours des douze derniers mois.

*** A déjà eu une relation sexuelle orale, vaginale ou anale consensuelle chez les élèves de 14 ans ou plus.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du Québec, au seuil de 0,05.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire (EQSJS) de 2010-2011.

³ MSP, 2011b. Compilation par la DSP des Laurentides.

⁴ MSP, 2011c. Compilation par la DSP des Laurentides.

⁵ ISQ, Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire (EQSJS) de 2010-2011.



On dénombre également une plus grande proportion de fumeurs de cigarettes parmi les élèves du secondaire de la région des Laurentides qu'au Québec (13 % c. 10,5 %), soit 8,6 % de fumeurs actuels et 4,4 % de fumeurs débutants. Cette proportion de fumeurs est d'ailleurs la deuxième plus élevée parmi l'ensemble des régions au Québec. La région se démarque également par une proportion plus élevée d'élèves ayant fumé leur première cigarette avant l'âge de 13 ans (10,2 % c. 8,1 %).

Ces données sur l'usage de la cigarette chez les élèves du secondaire sont d'autant plus préoccupantes qu'elles sous-estiment l'usage du tabac chez l'ensemble des jeunes. Dans les faits, on sait qu'une proportion importante d'élèves fume le cigarillo (voir chapitre « Habitudes de vie »). Or, son usage n'a malheureusement pas été évalué dans la présente enquête. De plus, ces données ne concernent pas l'ensemble des jeunes, mais uniquement ceux du milieu scolaire, or, selon une autre enquête, on sait que la proportion de fumeurs de cigarettes est beaucoup plus importante parmi les jeunes qui ne fréquentent pas l'école (39 % chez les jeunes de 15 à 19 ans au Québec) que chez les étudiants du même âge (20 %)⁶.

Enfin, la région se démarque de la province par une proportion plus importante d'élèves ayant eu au moins une relation sexuelle consensuelle au cours de sa vie (41,6 % c. 37,1 %). Pour leur part, les indicateurs décrivant les comportements sexuels à risques semblent se comparer à la situation de la province. Ainsi, parmi les élèves ayant eu des relations sexuelles vaginales, 33,7 % n'ont pas utilisé de condom lors de leur dernière relation sexuelle et 28,6 % ont eu des relations sexuelles avec plus de deux partenaires. Ces comportements sont préoccupants, car ils peuvent contribuer à la propagation des infections transmises sexuellement chez les jeunes dans la région. En fait, en sachant qu'une plus grande proportion d'élèves de la région sont actifs sexuellement et qu'ils ne se protègent pas davantage lors de leurs relations sexuelles, une plus grande proportion de jeunes serait donc à risque de contracter et de transmettre une infection transmise sexuellement. Ce constat pourrait expliquer l'éclosion de ces infections qui touchent particulièrement les jeunes dans la région (voir chapitre « Maladies infectieuses »).

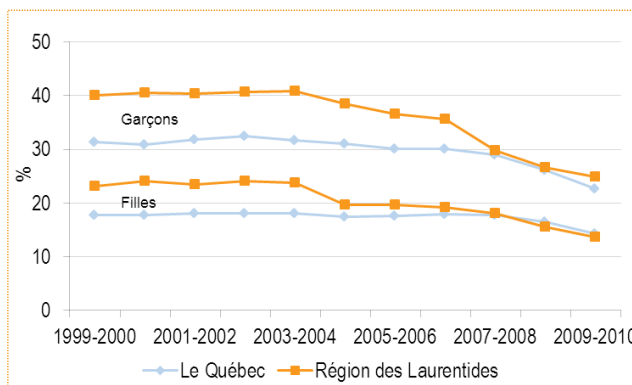
Diminution significative du décrochage scolaire dans la région

L'abandon scolaire et la faible scolarité sont associés aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociale tout au long de la vie.

L'évolution des taux de décrochage scolaire montre des signes encourageants dans la région, bien que cette problématique demeure préoccupante. Le décrochage scolaire était particulièrement élevé depuis plus de dix ans dans la région des Laurentides. Les efforts concertés des différents partenaires régionaux semblent avoir porté fruits, puisque le taux de décrochage a diminué, passant de 40 % en 2000-2001 à 25 % en 2009-2010 chez les garçons et de 23 % à 14 % chez les filles, rejoignant ainsi la moyenne provinciale.

Malgré ces progrès, il s'agit de taux qui sont encore considérés comme trop élevés, particulièrement pour les garçons. Ces derniers ont historiquement des taux de décrochage scolaire plus élevés que les filles, dans la région comme pour le Québec.

Évolution du taux de décrochage scolaire chez les jeunes de moins de 20 ans, selon le sexe, région des Laurentides et le Québec



Source : MELS, Système Charlemagne, novembre 2010.

⁶ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010.



RÉFÉRENCES

GOSSELIN, Jean-Clet, Jean-Sébastien RENAUD, Liane COMEAU et Caroline CAUX (2012). *Les enfants du Québec : regard sur leur santé socioaffective*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, collection « Des données à l'action ».

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011a). *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions : les analyses*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

----- (2011b). *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2011a). *Statistiques 2009 sur la criminalité au Québec*.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2011b). *Statistiques 2009 sur les agressions sexuelles*.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2011c). *Statistiques 2009 sur la violence commise dans un contexte conjugal au Québec*.

SANTÉ CANADA (2002). *Les anomalies congénitales au Canada – Rapport sur la santé périnatale, 2002*, Ottawa, Travaux publics et services gouvernementaux Canada.

YUN, Jen (2012). *Les naissances de faible poids*, fiche extraite du bureau virtuel de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des connaissances (IPCDC), [en ligne], <http://www.ipcdc.qc.ca/naissances-de-faible-poids.aspx> (page consultée le 4 juillet 2012).



FAITS SAILLANTS

- La majorité des personnes âgées de 65 ans ou plus considèrent avoir une bonne santé.
- Les maladies chroniques affectent une proportion importante d'aînés.
- Le tiers des personnes de 75 ans ou plus déclare avoir besoin d'aide pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne.
- Le soutien social diminue avec l'âge.

MISE EN CONTEXTE

Le vieillissement de la population va de pair avec l'augmentation des problèmes de santé reliés à l'âge. Les maladies chroniques, la diminution des capacités fonctionnelles et le besoin du soutien de proches aidants sont des phénomènes qui risquent de s'accroître et d'exercer une certaine pression sur le réseau de la santé.

Cependant, les personnes âgées de 65 ans ou plus ne constituent pas un groupe homogène. Les jeunes retraités dans la soixantaine et les personnes âgées de plus de 75 ans représentent des générations différentes, qui se distinguent à plusieurs égards, notamment par leur état de santé. Avec la progression de l'espérance de vie et particulièrement de l'espérance de vie en bonne santé, l'apparition d'incapacités et la perte d'autonomie liées au vieillissement surviennent à des âges de plus en plus avancés. D'ailleurs, la proportion d'aînés de la région des Laurentides vivant en institution de santé passe de 2,0 % chez les 65 à 74 ans à 16,0 % chez les plus de 75 ans. Comme les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes, elles sont plus de deux fois plus nombreuses que ces derniers à être dans cette situation de vie (10,2 % c. 4,6 %)¹.

ÉTAT DE LA SITUATION

Un état de santé généralement bon

Le vieillissement de la population est habituellement associé à une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie passant par une détérioration graduelle de l'état de santé. Toutefois, à l'échelle canadienne, entre 2000-2001 et 2009, la proportion de personnes considérées en bonne santé s'est accrue significativement chez presque tous les groupes d'âge. Cette hausse se

mesure à travers les quatre indicateurs de la bonne santé, c'est-à-dire l'état de santé général autoévalué, l'état de santé mentale autoévalué, les capacités fonctionnelles et l'autonomie. Seuls les aînés les plus âgés (85 ans ou plus) n'ont pas démontré d'amélioration significative de leur santé au cours de la période de neuf ans. (Ramage-Morin et coll., 2010).

À l'échelle du Québec, la perception de l'état de santé par les aînés varie selon plusieurs caractéristiques individuelles, plus particulièrement en lien avec leur satisfaction à l'égard de leur vie sociale et de leur niveau de détresse psychologique (Cazale et Bernèche, 2012). Dans la région, près de 77 % des aînés vivant en ménage privé perçoivent positivement² leur santé générale. D'autre part, la presque totalité (98 %) d'entre eux considèrent leur santé mentale comme positive³.

Un peu plus du quart des personnes de 65 ans ou plus dans la région (27 %) ont déclaré avoir parfois ou souvent une incapacité dans les activités de la vie quotidienne en 2006. Ceci représente environ 15 000 aînés dans les ménages privés de la région. Les femmes sont davantage touchées que les hommes par des incapacités (30 % c. 24 %), essentiellement parce qu'un plus grand nombre d'entre elles atteignent un âge très avancé où les incapacités apparaissent ou s'aggravent.

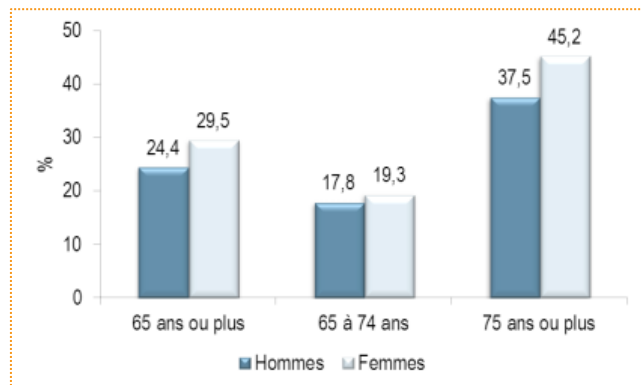
¹ Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2006.

² Il s'agit des répondants qui considèrent leur santé comme étant « bonne », « très bonne », ou « excellente ».

³ Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010.



Proportion des aînés ayant des incapacités dans la vie quotidienne, selon l'âge, région des Laurentides, 2006



Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2006.

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010, 23 % des aînés ont indiqué avoir besoin d'aide pour accomplir certaines activités de la vie quotidienne. Cela représente environ 18 000 personnes dans la région. Là encore, le besoin d'aide augmente avec l'âge : il passe de 11 % des personnes âgées de 65 à 74 ans à 34 % chez les 75 ans ou plus au Québec⁴. Les catégories de tâches quotidiennes pour lesquelles il y a le plus de personnes qui déclarent avoir besoin d'aide sont les tâches ménagères et se rendre à un rendez-vous.

PLUS EN PROFONDEUR

Une forte croissance des besoins de soins de longue durée est à prévoir

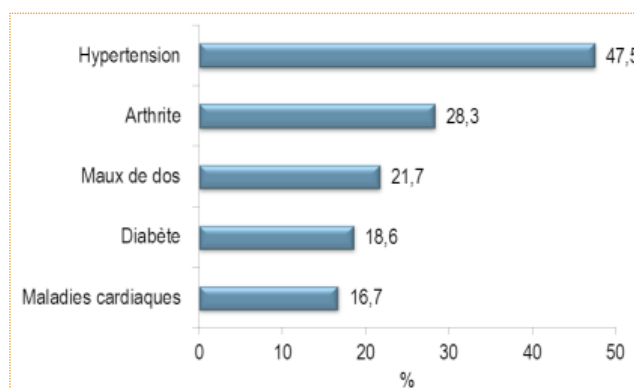
La région des Laurentides est l'une des régions du Québec qui devraient enregistrer les plus fortes croissances de besoin de soins de longue durée entre 2006 et 2031, avec une demande multipliée par près de 2,8 au cours de cette période (Choinière, 2010). Cette prévision s'appuie sur l'évolution démographique prévue, qui laisse entrevoir un accroissement marqué de la population âgée de 65 ans ou plus dans la région. Elle repose sur l'hypothèse que les taux d'incapacité selon l'âge et le sexe vont demeurer stables dans le temps et que seul le vieillissement de la population agira sur l'évolution de ces besoins. De façon générale, les problèmes de santé menant à vivre dans un établissement de soins de longue durée sont la démence et les accidents vasculaires cérébraux (Ramage-Morin et coll., 2010).

Les principaux problèmes de santé des aînés : le rôle des habitudes de vie

Les maladies chroniques se développent tout au long de la vie, influencées par les comportements, les aspects du mode de vie et les facteurs environnementaux. Elles deviennent donc plus apparentes avec l'âge (Ramage-Morin et coll., 2010). Les habitudes de vie, les comportements favorables à la santé et les facteurs psychosociaux ont un effet important sur l'état de santé global des aînés. Parmi les facteurs modifiables pouvant prévenir le développement de problèmes de santé chroniques ou en limiter la gravité, on note dans la littérature le non-usage du tabac, l'indice de masse corporelle, l'activité physique, le régime alimentaire, le sommeil, la santé buccodentaire, le niveau de stress et la participation sociale (Shields et Martel, 2003; Ramage-Morin et coll., 2010).

Environ 81 % des personnes âgées de 65 ans ou plus de la région des Laurentides souffrent d'un problème de santé chronique, une proportion similaire à celle de l'ensemble du Québec. Il s'agit principalement de l'hypertension artérielle (48 %), de l'arthrite (28 %), des maux de dos (22 %), du diabète (19 %) et des maladies cardiaques (17 %). L'ostéoporose constitue également une maladie répandue, particulièrement chez les femmes. Il n'y a pas de données régionales à cet égard, mais une enquête canadienne de 2009 relevait qu'un cinquième de la population âgée de 71 ans ou plus avait reçu un diagnostic d'ostéoporose, dont 31 % des femmes et 6 % des hommes (Garriguet, 2011).

Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques chez les 65 ans ou plus, région des Laurentides, 2009-2010



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

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



Bien sûr, ces problèmes de santé ne sont pas mutuellement exclusifs. La combinaison de plusieurs problèmes de santé augmente les risques de perte d'autonomie (Gilmour et Park, 2005). Dans la région, environ la moitié (51 %) des personnes âgées de 65 ans ou plus combinent au moins deux problèmes de santé chroniques⁵.

Avec la diminution de plusieurs causes de mortalité, on voit s'accroître des problèmes de santé souvent reliés au vieillissement comme la maladie d'Alzheimer. D'ailleurs, cette dernière est désormais la cinquième cause de décès dans la population québécoise et la quatrième chez les femmes (MSSS et coll., 2011).

Le soutien social diminue avec l'âge

Le soutien social consiste en des ressources émotionnelles, fonctionnelles ou informationnelles dispensées par des non-professionnels (Camirand et Dimitru, 2011). Il s'agit d'un déterminant important de l'état de santé physique et mentale. En effet, l'appartenance à un réseau de relation et de soutien mutuel a un effet protecteur sur la santé ayant des effets démontrés sur la mortalité prématurée (OMS, 2004).

On constate que la proportion de personnes n'ayant pas un soutien social élevé s'accroît avec l'âge. Pour la région des Laurentides, il s'agit d'environ 21 % des personnes âgées de 65 ans ou plus qui ont un soutien social⁶ faible ou modéré⁷, comparativement à 12 % pour l'ensemble de la population de 12 ans ou plus. Ces proportions sont semblables à celles de l'ensemble du Québec.

De façon générale, le soutien social est plus faible chez les personnes ayant des niveaux peu élevés de revenu ou de scolarité. Sans surprise, avoir un faible sentiment d'appartenance à la communauté, un nombre limité de parents ou d'amis proches et le fait de vivre seul sont en relation avec un faible niveau de soutien social. La proportion de personnes vivant seules augmente avec l'âge : en 2006, elle est de 12,9 % pour l'ensemble de la population de la région des Laurentides, de 22,7 % chez les 65 à 74 ans et atteint plus d'une personne sur trois (35,8 %) parmi les aînés de 75 ans ou plus⁸.

Dans l'ensemble de la population de 12 ans ou plus, les femmes sont légèrement plus favorisées que les hommes en matière de soutien social émotionnel et informationnel. Cependant, leur espérance de vie plus longue fait en sorte qu'elles sont plus nombreuses à vivre seules à mesure qu'elles avancent en âge. Parmi la population de 75 ans ou plus de la région, 46,8 % des femmes vivent seules, comparé à 21,0 % des hommes. Ainsi, la proportion d'hommes et de femmes n'ayant pas un soutien élevé devient à peu près égale après 65 ans⁹.

Parallèlement, le rôle des proches aidants auprès de nombreuses personnes soulève l'enjeu du soutien social comme déterminant de la santé. En 2006, 1 190 aînés de la région ont accordé, sans rémunération, 20 heures ou plus par semaine d'aide ou de soins à au moins une autre personne âgée¹⁰. Une étude régionale¹¹ sur les besoins des proches aidants a récemment identifié de nombreux facteurs de risque d'épuisement chez ces derniers. C'est pourquoi la perte d'autonomie ne concerne pas exclusivement les personnes qui en sont atteintes, mais aussi, dans de nombreux cas, les proches qui les soutiennent.

⁵ Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008.

⁶ Il s'agit plus spécifiquement d'une mesure du soutien social émotionnel et informationnel.

⁷ Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010.

⁸ Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2006.

⁹ Idem.

¹⁰ Idem.

¹¹ Document non publié.



RÉFÉRENCES

- CAMIRAND, Jocelyne et Valérie DUMITRU (2011). « Profil et évolution du soutien social dans la population québécoise », *Zoom santé*, n° 29, Institut de la statistique du Québec, octobre, 16 p.
- CAZALE, Linda et Francine BERNÈCHE (2012). « Quelques indicateurs de santé chez les aînés. Que révèle l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008? », *Zoom santé*, n° 37, Institut de la statistique du Québec, avril, 8 p.
- CHOINIÈRE, Robert (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 53 p.
- GARRIGUET, Didier (2011). « Santé des os : ostéoporose, calcium et vitamine D », *Rapports sur la santé*, vol. 22, n° 3, septembre, n° 82-003-XPF au catalogue, Statistique Canada, 9 p.
- GILMOUR, Heather et Jungwee PARK (2005). « Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées », *Suppléments aux Rapports sur la santé*, volume 16, n°82-003 au catalogue, Statistique Canada, pp. 23-34.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et de l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 153 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004) (sous la dir. de R. Wilkinson, et de M. Marmot), *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, Copenhague, 40 p.
- RAMAGE-MORIN, Pamela L., Margot SHIELDS et Laurent MARTEL (2010). « Facteurs favorables à la santé et bon état de santé chez les Canadiens du milieu à la fin de la vie », *Rapports sur la santé*, vol. 21, n° 3, septembre, Statistique Canada, n° 82-003-XPF au catalogue, 10 p.
- SHIELDS, Margot et Laurent MARTEL (2003). « Des aînés en bonne santé », *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 16, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, 21 p.





DES ENJEUX QUI RETIENNENT L'ATTENTION

Parmi les nombreux constats que permet de faire le portrait de santé de la région des Laurentides, plusieurs ressortent comme autant de faits saillants dont on ne saurait minimiser l'importance. Cependant, certains enjeux retiennent particulièrement notre attention, soit par l'ampleur de leurs conséquences sur l'état de santé global de la population, soit parce qu'ils soulèvent des problèmes sur lesquels nous avons la capacité d'agir de façon préventive.

Ces enjeux sont d'autant plus importants qu'ils sont amplifiés par l'accroissement et le vieillissement de la population de la région, qui sont parmi les plus prononcés au Québec. Dans un contexte où les ressources humaines et financières sont limitées, un accroissement et un vieillissement aussi rapides exercent une pression sur les services préventifs et curatifs, qui doivent s'adapter constamment à l'augmentation et à l'évolution de leurs clientèles.

Les inégalités socioéconomiques et de santé : un enjeu majeur pour la santé physique, mentale et sociale

La région offre une grande diversité de milieux de vie, et les populations des différents territoires présentent des disparités socioéconomiques considérables, autant entre les territoires qu'à l'intérieur de ceux-ci. La littérature démontre clairement que ces disparités engendrent des inégalités de santé. En effet, la position socioéconomique a un impact majeur sur la santé physique, mentale et sociale. La lutte aux inégalités sociales est donc un enjeu majeur dans la région. Pour y faire face, le développement des communautés et la mobilisation des partenaires par l'action intersectorielle s'imposent comme stratégies incontournables.

Les maladies chroniques : l'importance d'améliorer les habitudes de vie

Les maladies chroniques demeurent la première cause de mortalité dans la région, malgré une amélioration importante. Cette amélioration a surtout profité aux hommes, qui connaissent une diminution de leurs taux de décès par cancer et par maladies des appareils circulatoire et respiratoire. Par contre, en comparaison du Québec, on remarque une mortalité par maladies chroniques plus élevée chez les femmes de la région. Cet écart défavorable se constate essentiellement pour des causes de mortalité étroitement reliées à l'usage du tabac, soit les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires.

Malheureusement, huit personnes sur dix dans la région ont au moins une habitude de vie à améliorer, qu'il s'agisse de tabagisme, d'alimentation inadéquate ou d'activité physique insuffisante. Ces habitudes ont une relation importante avec le développement de plusieurs maladies chroniques. L'amélioration des habitudes de vie est donc un enjeu majeur dans la région, notamment pour atténuer les effets du vieillissement sur le système de soins. Elle requiert une approche multistratégique visant les comportements individuels, la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie et le soutien à l'intégration de la prévention dans les milieux cliniques.

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang augmentent de façon inquiétante : éduquer les jeunes, dépister et rejoindre les populations vulnérables

On observe dans la région une augmentation importante des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Les taux de chlamydie génitale sont particulièrement élevés comparés au Québec. Dans l'ensemble, les ITSS touchent surtout les jeunes. Elles sont en grande partie attribuables à des comportements sexuels à risque. Certaines infections, comme le VIH ou l'hépatite C, affectent un nombre limité de personnes, mais peuvent avoir des conséquences graves sur la santé. L'enjeu de la lutte aux ITSS consiste à adopter une approche multistratégique visant à la fois l'éducation à la sexualité chez les jeunes, l'amélioration de l'accessibilité aux services de dépistage et des services de proximité auprès des populations vulnérables.



La santé des jeunes : prévenir les difficultés d'adaptation sociale et les comportements à risque par des interventions précoces dans la famille, à l'école et dans la communauté

En matière de santé des enfants et des adolescents, deux enjeux retiennent l'attention. Le premier qui se dégage réfère aux difficultés d'adaptation sociale. La proportion non négligeable de jeunes vivant des difficultés socioémotionnelles, la persistance de taux élevés de signalements à la DPJ et de la hausse de la criminalité chez les jeunes en sont des illustrations. Cet enjeu soulève l'importance d'intervenir de façon précoce auprès des jeunes et de leur famille. Le soutien aux jeunes familles en situation de vulnérabilité et l'allaitement maternel sont des exemples d'interventions efficaces qui peuvent être déployées très tôt dans la vie. En effet, en favorisant le développement de l'enfant et en renforçant les comportements de protection de la mère auprès de ce dernier, l'allaitement contribue à diminuer les risques de maltraitance et à améliorer les compétences sociales de l'enfant.

Second enjeu à considérer, l'usage de la cigarette, la prise excessive d'alcool, la consommation de drogues et la proportion plus élevée de jeunes actifs sexuellement révèlent un profil de comportements à risque plus répandu que dans l'ensemble du Québec chez les jeunes du secondaire de la région. Le développement et le renforcement des compétences des jeunes dans le cadre d'interventions de prévention et de promotion de type « École en santé » apparaissent comme des actions à poursuivre et à consolider dans la région.

La santé des aînés : conserver l'autonomie

L'avancée en âge s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie chez les aînés. À titre d'exemple, les personnes ayant besoin d'aide pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne représentent environ un dixième de la population âgée de 65 à 74 ans et le tiers des personnes de 75 ans ou plus. Cette situation soulève l'enjeu du soutien social, qui malheureusement, tend à diminuer avec l'âge.

Plusieurs interventions préventives peuvent avoir un effet favorable pour maintenir l'autonomie des personnes âgées. La prévention des maladies chroniques et des chutes, la création d'environnements sécuritaires et adaptés aux personnes âgées sont autant d'actions possibles pour maintenir les aînés en santé et conserver leur autonomie. Enfin, le développement des communautés représente également une piste d'action permettant d'améliorer le soutien social auprès des aînés et de les garder plus longtemps dans la communauté.





Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec



Direction de santé publique