

Insuffisance cardiaque
MALADIES CÉRÉB
Hypertension artérielle D
Système OSTÉO-ARTICULAIRE
Ostéoporose
Arthrite, rhuma
MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIV
CHRONIQUES
ANCIEN P
te cardia

Fascicule 1

UN PORTRAIT RÉGIONAL

EN SOUTIEN À LA PRÉVENTION
ET À LA GESTION
DES MALADIES CHRONIQUES

Région de la Capitale-Nationale



Fascicule 1

UN PORTRAIT RÉGIONAL
EN SOUTIEN À LA PRÉVENTION
ET À LA GESTION
DES MALADIES CHRONIQUES

Région de la Capitale-Nationale

**Nicole Brais
Geneviève Morin
Louise Rochette**

**Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction régionale de la planification, des affaires corporatives,
des communications et de l'Infocentre
Direction régionale de santé publique**

12 juin 2009

Infographie

Danielle Dupont

Soutien administratif

Louise Vézina

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.rrsss03.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Centre de documentation

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : 418 525-1500

Télécopieur : 418 529-9043

Courriel : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN: 978-2-89616-089-1 (version imprimée)

978-2-89616-090-7 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pour autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

BRAIS N., G. MORIN et L. ROCHETTE. *Un portrait régional en soutien à la prévention et à la gestion des maladies chroniques – Fascicule 1*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2009, 68 p. et annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Faits saillants

La prévention et la gestion des maladies chroniques

- L'augmentation des maladies chroniques, expliquée en partie par le vieillissement de la population, pose des défis au système de santé et de services sociaux et exige une adaptation de l'organisation des services.
- La prévention et la gestion des maladies chroniques fait partie des priorités ministérielles et régionales.
- Des modèles de prévention et de gestion des maladies chroniques ont été expérimentés aux États-Unis et ailleurs dans le monde. Ces modèles reposent sur une mobilisation générale : les patients doivent devenir des acteurs de la gestion de leur maladie; la communauté doit les soutenir notamment dans l'adoption et le maintien de bonnes habitudes de vie; le système de santé et de services sociaux doit adapter son offre de service afin de mieux soutenir et accompagner les personnes atteintes.

État de santé général et déterminants

- Le risque de maladies chroniques croît avec l'âge. Or, selon les projections démographiques, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus dans la région passerait de 15 % en 2006 à 21 % en 2016. Leur nombre augmenterait de 102 600 à 144 500.
- La majorité des personnes âgées vivent à domicile, mais plusieurs vivent seules. En effet, 28 % des 65-74 ans et 44 % des 75 ans et plus demeurent seuls dans leur logement.
- On vit plus longtemps. L'espérance de vie à la naissance atteint 82,6 ans chez les femmes et 77,0 ans chez les hommes.
- Les principales causes de décès sont les tumeurs malignes, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire, ces trois grandes causes représentant près de 70 % des décès.
- L'arthrite, l'hypertension, l'asthme, les maladies cardiaques et le diabète figurent parmi les principaux problèmes de santé chroniques déclarés par la population.
- Concernant les facteurs de risque liés aux maladies chroniques, le tabagisme diminue, mais 21 % des personnes de 12 ans et plus fument, dont 33 % dans le groupe des 20-24 ans. Près du quart des adultes ne pratiquent aucune activité physique, 23 % sont sédentaires durant leurs loisirs. Le surplus de poids touche 44 % des adultes, dont 12 % sont obèses. Plus de la moitié (56 %) des personnes de 12 ans et plus ont un apport insuffisant en fruits et légumes, consommant moins de 5 fruits et légumes par jour. Une personne sur cinq (21 %) déclare une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année.

Consommation de services en centre de santé et de services sociaux (CSSS)

- Chaque année, environ 16 000 personnes de la région sont l'objet d'au moins une intervention d'un CSSS de la région pour une maladie chronique, soit 2,4 % de la population.
- Parmi l'ensemble des usagers joints par les CSSS, 10 % ont consulté pour au moins une maladie chronique; ils ont fait l'objet, en moyenne, de plus de 132 000 interventions par année.
- Ces personnes sont le plus souvent atteintes de cancer (35 %), de maladies cardiaques (31 %), d'hypertension artérielle (26 %) ou de diabète (24 %).

- La très grande majorité, un peu plus de 85 %, avait consulté pour une seule maladie chronique, 11 % des usagers ont consulté pour deux maladies et près de 2 % pour trois maladies ou plus.
- Cinq pour cent de l'ensemble des usagers joints par les CSSS ont bénéficié d'interventions individuelles visant l'adoption de saines habitudes de vie (alimentation et nutrition, soutien à l'abandon du tabagisme, l'usage du tabac, l'usage de l'alcool et l'activité physique). Chez les personnes ayant consulté pour une maladie chronique, 11,8 % ont bénéficié de ce type d'intervention.
- Lors des activités d'éducation et de prévention auprès des individus ou des groupes, le sujet le plus souvent abordé était celui de l'alimentation et de la nutrition.

TABLE DES MATIÈRES

Faits saillants	3
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	7
LISTE DES ACRONYMES	11
Introduction	13
Première partie Les maladies chroniques.....	15
1. Les maladies chroniques : une priorité ministérielle et régionale	17
2. Les caractéristiques des maladies chroniques.....	17
3. La prévention des maladies chroniques	18
4. Les modèles de prévention et de gestion des maladies chroniques.....	19
5. La stratégie nationale de prévention et de gestion des maladies chroniques	24
6. Maladies retenues dans le cadre du portrait régional des maladies chroniques	25
Deuxième partie Quelques éléments de contexte et principaux déterminants associés aux maladies chroniques.....	27
7. L'évolution de la population	30
8. L'état de santé	32
9. Le contexte économique et social	37
10. Le tabagisme	40
11. L'activité physique	43
12. L'apport insuffisant en fruits et légumes	46
13. La consommation d'alcool	47
14. Le surplus de poids	48
Troisième partie La consommation des services en CSSS.....	51
15. Les activités des CSSS en lien avec les maladies chroniques.....	54
16. Les caractéristiques des usagers atteints d'une maladie chronique joints par les CSSS.....	55
17. Les activités d'éducation et de prévention	58
18. Le programme Traité-Santé	60
Conclusion	65
Références	67
Annexe 1 Sites en ligne sur les maladies chroniques.....	69
Annexe 2 Population selon le groupe d'âge, 2006	70
Annexe 3 Raisons d'intervention (RI) retenues dans I-CLSC, par regroupements de problèmes de santé chroniques.....	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Population selon le groupe d'âge et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 1996, 2006* et 2016*	31
Tableau 2	Double diagnostic : associations les plus fréquentes	57

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques.....	22
Figure 2	Population selon le groupe d'âge et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 1986 à 2016	31
Figure 3	Proportion de la population de 65 ans et plus, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2006.....	32
Figure 4	Espérance de vie à la naissance selon le sexe, région de la Capitale-Nationale, de 1985-1989 à 2000-2004	33
Figure 5	Espérance de vie à la naissance chez les femmes, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2000-2004	33
Figure 7	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon le sexe, région de la Capitale-Nationale, de 1991-1995 à 2000-2004 (taux annuel moyen pour 10 000)	35
Figure 8	Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon le sexe et le diagnostic principal, région de la Capitale-Nationale, 2000-2004 (taux annuel moyen pour 10 000)	35
Figure 9	Proportion de la population de 12 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003	35
Figure 10	Prévalence (%) des principaux problèmes de santé chroniques selon le sexe, population de 12 ans et plus, région de la Capitale-Nationale, 2005.....	36
Figure 11	Taux ajusté de mortalité selon le sexe (toutes causes), région de la Capitale-Nationale, de 1985-1989 à 2000-2004 (taux annuel moyen pour 100 000)	37
Figure 12	Taux ajusté de mortalité selon la cause et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2000-2004 (taux annuel moyen pour 100 000)	37
Figure 13	Revenu moyen des particuliers (\$ courants) de 15 ans et plus ayant déclaré un revenu, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2000	38
Figure 14	Proportion de la population de 25 ans et plus ayant un niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2001.....	38
Figure 15	Proportion de la population de 65 ans et plus vivant en ménage privé, selon l'âge, région de la Capitale-Nationale, 2001.....	39
Figure 16	Proportion de la population de 65-74 ans vivant seule, CSSS, CLSC et région de la Capitale-Nationale, 2001	39
Figure 17	Proportion de la population de 75 ans et plus vivant seule, CSSS, CLSC et région de la Capitale-Nationale, 2001	39

Figure 18	Proportion de la population de 12 ans et plus n'ayant pas un niveau élevé de soutien social, selon l'âge, région de la Capitale-Nationale, 2005	40
Figure 19	Proportion de fumeurs de 12 ans et plus, selon le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2000-2001, 2003 et 2005	41
Figure 20	Proportion de fumeurs de 12 ans et plus, selon l'âge, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2005	42
Figure 21	Proportion de fumeurs de 12 ans et plus, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003.....	42
Figure 22	Proportion de non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire à la maison, selon l'âge, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2005	42
Figure 23	Répartition de la population de 12-17 ans, selon le niveau d'activité physique de loisir et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2005	43
Figure 24	Répartition de la population de 18 ans et plus, selon le niveau d'activité physique de loisir et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2005	44
Figure 25	Proportion de la population de 18 ans et plus, sédentaire durant ses loisirs, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003	44
Figure 26	Proportion de la population de 18 ans et plus, active ou très active durant ses loisirs, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003.....	44
Figure 27	Proportion de la population de 12 ans et plus ne marchant pas pour se déplacer dans ses transports (aucune heure), CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003	45
Figure 28	Proportion de la population de 12 ans et plus, normalement assise au travail ou dans les activités quotidiennes, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003	45
Figure 29	Proportion de la population de 12 ans et plus consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes, selon l'âge et le sexe, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003	46
Figure 30	Proportion de la population de 12 ans et plus consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003	46
Figure 31	Proportion de la population de 12 ans et plus, selon la consommation élevée d'alcool au cours d'une semaine et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2005.....	47
Figure 32	Proportion de la population de 12 ans et plus déclarant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003	48
Figure 33	Proportion de la population de 12 ans et plus buvant 14 consommations d'alcool ou plus au cours d'une semaine, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003	48
Figure 34	Proportion de la population de 18 ans et plus présentant un surplus de poids, selon le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2005	49
Figure 35	Proportion de la population de 18 ans et plus, présentant de l'obésité, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003	49
Figure 36	Proportion de la population ayant consulté le CSSS pour un problème de santé chronique, selon le territoire de RLS et la nature du problème, pour 1 000 habitants, région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008.....	55
Figure 37	Répartition des usagers ayant reçu des services du CSSS pour des problèmes de santé chroniques, selon la nature du problème, région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008	56

Figure 38	Répartition des usagers distincts ayant reçu des services du CSSS pour des problèmes de santé chroniques, selon le cumul de maladies chroniques, région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008	57
Figure 40	Répartition des usagers distincts, selon la nature des activités de groupe éducatives et préventives, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008	60
Figure 41	Répartition des demandes de services adressées au programme Traité-Santé, selon la provenance, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009.....	61
Figure 42	Répartition des nouveaux usagers atteints d'un problème de santé chronique ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon le territoire de CLSC, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009.....	62
Figure 43	Répartition des nouveaux usagers inscrits au programme Traité-Santé, selon le territoire de CLSC et la nature du problème de santé chronique, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009.....	62
Figure 44	Répartition du nombre moyen d'interventions par usager ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon le territoire de CLSC, région de la Capitale-Nationale, de 2007-2008 à 2008-2009.	63
Figure 45	Répartition des interventions réalisées auprès de la clientèle atteinte d'un problème de santé chronique ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon le type d'intervenants rencontrés et le territoire de CLSC, la région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009.....	64

LISTE DES ACRONYMES

AGENCE	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CLSC	Centre local de santé communautaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Base de données clinico-administratives
IMC	Indice de masse corporelle
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
RLS	Réseau local de services
SDI	Service du développement de l'information

Introduction

La région de la Capitale-Nationale ayant fait de la prévention et de la gestion des maladies chroniques une priorité, l'Infocentre régional et la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Agence) ont reçu le mandat de produire un portrait régional de certaines maladies chroniques. Il s'agit ici de regrouper un ensemble de données sur les maladies chroniques et leurs déterminants, obtenues dans le cadre des activités de surveillance propres à la DSP à partir des données qui relèvent de la consommation de services par les personnes atteintes de ces maladies. Un tel document permettra de dresser un portrait de l'état de santé de la population de la région de la Capitale-Nationale au regard des maladies chroniques, de suivre l'évolution de ces maladies et de la consommation de services qui y est liée et d'en observer les variations temporelles et spatiales. Il s'inscrit donc tout à fait dans le mandat de surveillance dévolu à la Direction de santé publique.

Ce portrait, qui s'adresse aux personnes et aux équipes de travail des établissements et des réseaux locaux engagés dans la mise en place de services adaptés aux personnes atteintes de maladies chroniques, leur fournit les informations les plus complètes et à jour possible. En regroupant dans un même document un ensemble de données issues de sources différentes et en les rendant facilement accessibles au réseau, l'Agence veut soutenir les établissements de la région dans leurs processus décisionnels et leur organisation clinique.

À terme, ce portrait régional se présentera sous forme de fascicules regroupant les données épidémiologiques et les données de consommation de services pour les diverses maladies chroniques retenues.

Ce premier fascicule se veut une introduction générale aux autres fascicules consacrés chacun à une maladie chronique particulière. Une première partie rappelle brièvement le contexte de production de ce portrait, les caractéristiques communes aux maladies chroniques, le modèle actuellement privilégié pour leur prévention et leur gestion ainsi que la justification des maladies retenues pour les fins de ce portrait régional.

La deuxième partie présente des données épidémiologiques pertinentes pour l'ensemble des maladies chroniques. Il s'agit de données générales sur le contexte et sur l'état de santé de la population de la région et de données sur les déterminants de la santé communs à plusieurs maladies chroniques.

La troisième, quant à elle, à partir des données tirées de la consommation de services, dégage le profil de la population au regard des maladies chroniques et fournit des informations sur la population jointe par les activités de prévention abordant les habitudes de vie qui ont des incidences sur la prévalence des maladies chroniques. Reposant essentiellement sur les données tirées du système I-CLSC, cette partie ne porte donc que sur la population atteinte de maladie chronique jointe par les CSSS de la région. Des données plus complètes traitant des autres services utilisés (consultations médicales, hospitalisations, etc.) y seront par la suite intégrées afin de mieux rendre compte de l'ensemble de la réalité.

Première partie

Les maladies chroniques

1. Les maladies chroniques : une priorité ministérielle et régionale

Les changements dans les modes de vie ainsi que l'accroissement de l'espérance de vie modifient la morbidité dans les pays occidentaux où une proportion de plus en plus importante de la population souffre de maladies chroniques. L'impact de ces maladies sur les individus et leurs proches, sur les milieux de travail ainsi que sur le système de santé et de services sociaux est important. Longtemps organisé autour de l'hôpital pour le traitement des problèmes aigus, le système de santé et de services sociaux peine à s'adapter de manière à répondre aux exigences propres à la prévention, au suivi et au traitement des maladies chroniques.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a donc fait de la prévention et de la gestion des maladies chroniques une de ses priorités. Il s'apprête à adopter un cadre de référence et un plan d'action à cet effet.

La région de la Capitale-Nationale, par l'intermédiaire de son Forum des directeurs généraux des établissements, a également fait de cette question une priorité et elle a, en 2008-2009, engagé des fonds en vue de planifier et de mettre en œuvre un plan d'action régional pour la prévention et la gestion des maladies chroniques.

2. Les caractéristiques des maladies chroniques

Les maladies chroniques présentent les caractéristiques suivantes :

- Elles sont d'origine non contagieuse;
- Elles ont un caractère de permanence;
- Elles sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction de plusieurs facteurs de risque tout au long de la vie d'une personne;
- Elles ont une longue période de latence;
- Elles se manifestent par une ou des conditions pathologiques irréversibles;
- Elles ne se guérissent pas, mais elles se traitent;
- Elles entraînent certaines incapacités ayant un impact sur la qualité de vie du patient;
- Elles obligent le patient à s'impliquer dans un processus de réadaptation, où il sera soit suivi ou traité pendant une longue période¹.

Certaines maladies chroniques agissent comme facteur de risque pour l'apparition d'autres maladies chroniques (par exemple, le diabète est un facteur de risque prédisposant aux maladies cardiovasculaires). Enfin, il est fréquent qu'une personne cumule plusieurs maladies chroniques.

1. Léonard AUCOIN, « Les maladies chroniques : un problème aigu », *Priisme Info*, 2005b (Mars 2005) : 4-6.

Les maladies chroniques sont très nombreuses. Celles qui sont le plus souvent citées sont les suivantes :

- Le cancer;
- Les maladies cardiovasculaires;
- Le diabète;
- Les maladies musculosquelettiques (rhumatisme, arthrite, ostéoporose);
- L'asthme;
- La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC);
- La maladie d'Alzheimer;
- La maladie mentale de nature sévère et persistante;
- L'hypertension artérielle;
- Les allergies alimentaires et non alimentaires².

3. La prévention des maladies chroniques

Certaines maladies chroniques sont évitables si l'on agit sur les habitudes de vie. La réduction de l'incidence des maladies chroniques passe donc par la place importante que doit occuper, dans les stratégies d'intervention, la prévention primaire visant à modifier les comportements à risque. Il est reconnu que l'apparition des plus fréquentes maladies chroniques (par exemple, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète, l'obésité et les maladies pulmonaires obstructives chroniques) est imputable à quelques comportements : le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité. À contrario, certains comportements agissent comme facteurs de protection contre ces maladies : zéro tabac, au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, trente minutes d'activité physique par jour³. Certaines conditions physiques prédisposent à l'apparition de maladies chroniques. C'est le cas de l'obésité, de l'hypertension et du diabète⁴, ces conditions pouvant également être modifiées par de saines habitudes de vie.

Les orientations en santé publique, aux échelles nationale, régionales et locales, poursuivent des objectifs de réduction de la mortalité, de la morbidité ou de la prévalence des maladies chroniques dont l'apparition est influencée par les habitudes de vie, notamment les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme, l'obésité et le diabète. Sont visées aussi bien une réduction des comportements à risque qu'une augmentation des comportements protecteurs : diminution de la proportion de fumeurs et des personnes exposées à la fumée; augmentation de la proportion de personnes

2. « La gestion des maladies chroniques », *Priisme Info*, 2005a (Mars 2005) : 15-22; Linda CAZALE et autres, « Maladies chroniques au Québec et au Canada: évolution récente et comparaisons régionales », Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009, (17): 8; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques. Document de travail*, Gouvernement du Québec, 2007, 44 p.

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques. Document de travail*, Gouvernement du Québec, 2007, 44 p.

4. Jean-Marc DAIGLE, *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales - Prévalence, morbidité et mortalité au Québec*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, 108 p.

consommant une quantité adéquate de fruits et de légumes et de celles pratiquant une activité physique suffisante sur une base quotidienne.

Dans un objectif de prévention des maladies chroniques, les orientations privilégient, pour agir sur les comportements, des interventions auprès de la population en général ainsi qu'auprès des personnes à risque, de même que des mesures visant l'environnement et les milieux de vie, destinées à soutenir l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Les stratégies retenues misent sur : le renforcement du potentiel des personnes; le soutien au développement des communautés; la participation aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être; le soutien aux groupes vulnérables; l'encouragement au recours à des pratiques cliniques préventives efficaces⁵.

Les actions retenues sont de divers ordres : organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie; promotion et application de politiques, de lois, de règlements favorisant l'adoption de ces habitudes de vie; promotion et prévention en ce qui concerne les saines habitudes de vie dans les milieux de vie; promotion et prévention des pratiques cliniques préventives. Ces activités de promotion et de prévention misent sur une concertation intersectorielle (milieu scolaire, municipal, communautaire, etc.), incontournable pour atteindre les objectifs visés⁶.

Le plan d'action régional et les plans d'action locaux de santé publique précisent les actions à réaliser au regard de la promotion et de la prévention des maladies chroniques.

4. Les modèles de prévention et de gestion des maladies chroniques

Les caractéristiques propres aux maladies chroniques, notamment la longue période de latence, le caractère irréversible, le cumul possible de plusieurs maladies, la nécessité de l'engagement de la personne atteinte dans le processus de gestion de sa maladie, exigent une adaptation majeure de l'organisation des services et des soins dédiés aux personnes atteintes.

Plusieurs lacunes ont été décelées dans le traitement des malades chroniques :

- la fragmentation des services;
- le manque de continuité dans les soins;
- la collaboration interdisciplinaire insuffisante;
- la prévention primaire, secondaire et tertiaire peu présente;
- l'information clinique et épidémiologique déficiente et non partagée;

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme de santé publique 2003-2012, Gouvernement du Québec, 2003, 133 p. (http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf)

6. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE, *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007. Région de la Capitale nationale*, Québec, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004, 143 p.; AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, *Plan d'action régional de santé publique 2008-2012. Mise à jour 2008. Région de la Capitale-Nationale*, Document de consultation, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale, 2008, 167 p. (http://www.dspq.qc.ca/documents/PAR_08-12.pdf, 1 avril 2009); MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, 2003, 133 p. (http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf)

- la grande variation dans les soins et traitements reçus par des malades chroniques présentant un même portrait clinique, et ce, au sein même de centres hospitaliers universitaires réputés;
- l'absence d'incitatifs financiers et organisationnels;
- l'insatisfaction grandissante des patients, des familles et d'un nombre croissant de médecins⁷.

Les problèmes d'accessibilité aux services au moment où les gens en ont besoin, notamment lors de périodes d'exacerbation, sont également souvent mentionnés comme un frein à une gestion plus efficace des maladies chroniques.

De plus en plus, le modèle développé par le Dr Wagner et son équipe, le *Chronic Care Model*, est reconnu et mis en application plus ou moins intégralement dans plusieurs milieux. Les articles de synthèse traitant de ce modèle arrivent à la conclusion que l'implantation totale ou partielle de ce modèle a des effets positifs sur la santé des personnes atteintes de maladies chroniques ainsi que sur les processus et les résultats des soins⁸. Le gouvernement de Colombie-Britannique a adapté le modèle en y intégrant les actions collectives de prévention des maladies chroniques, d'où le nom d'*Expanded Chronic Care Model*.

Ce modèle prône une gestion intégrée des maladies chroniques. Les éléments suivants constituent la base d'une approche de prévention et de gestion intégrée⁹ :

- **Ressources et politiques de soutien dans la communauté**
 - Mobiliser les ressources de la communauté afin qu'elles répondent aux besoins des patients;
 - Encourager les patients à participer activement aux programmes efficaces dans leur communauté;
 - Former des partenariats avec des organismes communautaires afin d'amorcer et de mettre en place des interventions complémentaires aux services existants.
- **Organisation du système de santé**
 - Donner priorité, au sein du système de santé, à la gestion intégrée des maladies chroniques;
 - Instaurer une culture, une organisation et des mécanismes qui mettent l'accent sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins;
 - Promouvoir l'application de stratégies éprouvées pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques;
 - Soutenir, de façon tangible et visible, les initiatives d'amélioration de la qualité à tous les paliers de l'organisation, en commençant par la haute direction;

7. Léonard AUCOIN, « La gestion des maladies chroniques », *Priisme Info*, 2005a, (Mars 2005): 15-22.

8. Jean-Frédéric LEVESQUE et autres, *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec, barrières et éléments facilitant. Résumé*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Institut national de santé publique, 2007, 4 p. (<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/725-MaladiesChroniqueResume.pdf>, 4 mars 2009)

9. La description suivante est largement inspirée et adaptée de Léonard AUCOIN, « La gestion des maladies chroniques », *Priisme Info*, 2005a, (Mars 2005) : 15-22.

- Promouvoir l'application de stratégies éprouvées d'amélioration visant des changements globaux du système de santé;
 - Adopter une approche ouverte et systématique d'analyse des erreurs et des problèmes de qualité, pour améliorer les soins;
 - Mettre en place des incitatifs, financiers et autres, pour l'atteinte d'objectifs de qualité de soins;
 - Établir des ententes qui facilitent la coordination des soins au sein de l'organisation et entre les organisations partenaires.
- **Soutien à l'autogestion des soins**
 - Habilitier les patients afin qu'ils gèrent leur santé et leurs soins de santé. Le patient devient un acteur principal de ses soins et il collabore activement au processus décisionnel le concernant;
 - Utiliser des stratégies efficaces de soutien à l'autogestion des soins incluant la réalisation de guides ou d'outils, la formation, l'évaluation, la fixation d'objectifs, la planification des activités, la résolution de problèmes et le suivi;
 - Organiser, au sein de l'organisation et de la communauté, des ressources qui offrent aux patients un soutien continu à l'autogestion de leur santé et de leurs soins.
- **Production de soins**
 - Modifier l'organisation de la pratique médicale et des autres professions afin d'offrir des soins cliniques efficaces et efficaces, et du soutien à l'autogestion des soins;
 - Favoriser le travail en équipes interdisciplinaires au sein desquelles les responsabilités et les tâches sont bien définies et réparties, et où sont partagées et discutées les pratiques de soins reposant sur des données probantes;
 - Mettre en place des trajectoires de services ainsi que des services de gestion clinique de cas pour les patients à profil clinique complexe;
 - Assurer un suivi proactif des patients par l'équipe de soignants.
- **Aide à la décision clinique**
 - Promouvoir et intégrer, dans les pratiques cliniques, des protocoles de soins qui reposent sur des données scientifiques probantes;
 - Fournir aux patients toute l'information pertinente concernant leur état de santé, les protocoles d'intervention, de soins et de réadaptation, la médication et les saines habitudes de vie, de manière à favoriser leur participation à la décision clinique;
 - Créer les conditions pour mettre à contribution les médecins spécialistes et les médecins de soins primaires, dans le respect de leur expertise respective.

- **Systèmes d'information clinique**

- Organiser les données cliniques (patients) et populationnelles pour faciliter la production de soins efficaces et efficaces;
- Organiser les données cliniques pour favoriser, de manière sécuritaire, le partage de l'information avec les patients et les différents fournisseurs de soins de santé en vue d'assurer la coordination des soins;
- Organiser les systèmes d'information pour permettre de reconnaître les populations cibles;
- Organiser les systèmes d'information de manière à soutenir les fonctions de suivi et d'évaluation des services mis en place pour la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Largement reprise dans les articles et documents traitant de la prévention et de la gestion des maladies chroniques, la figure suivante, proposée par le gouvernement de Colombie-Britannique, illustre son modèle de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques.

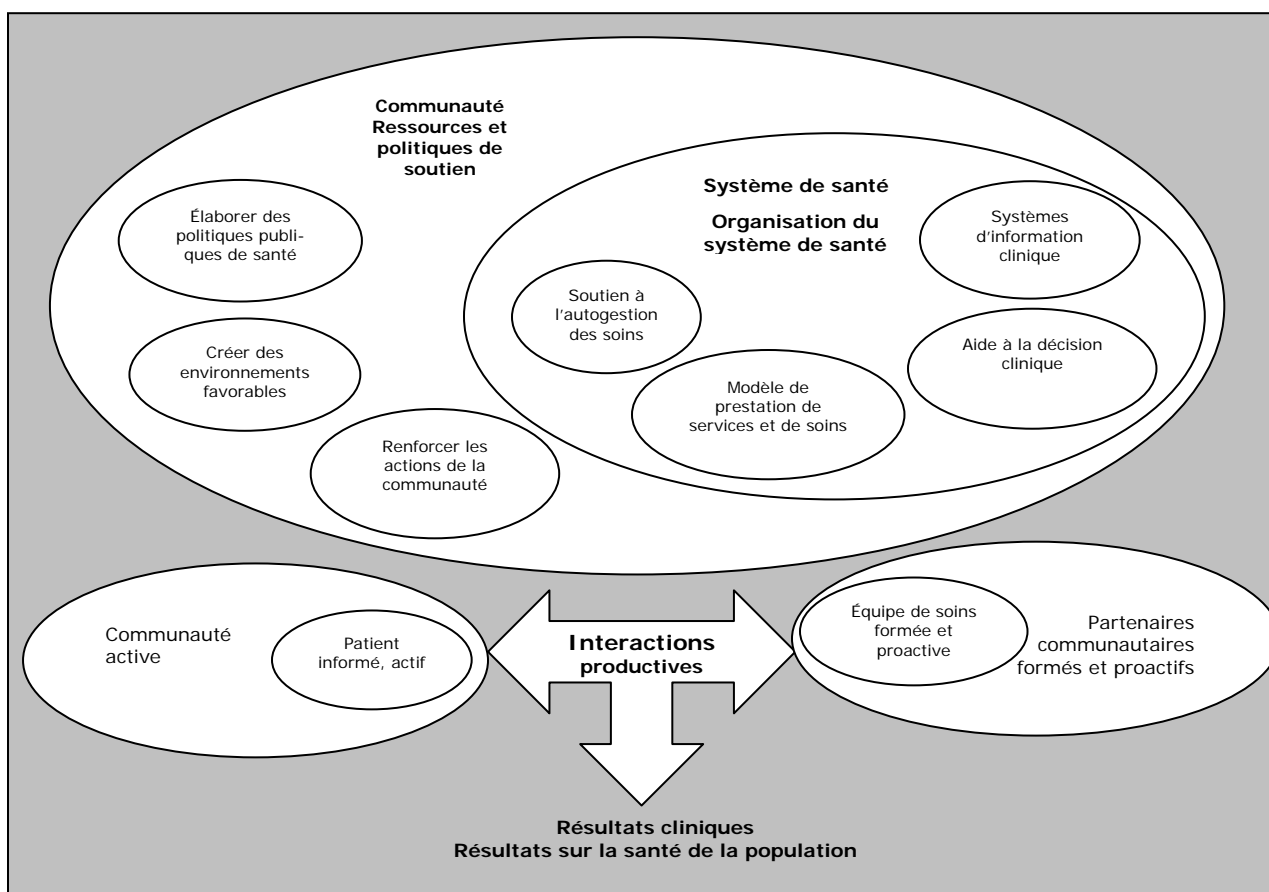


Figure 1 Modèle de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques
 Adapté du British Columbia Expanded Chronic Care Model
<http://www.health.gov.bc.ca/cdm/cdmnbc/expcmodel.gif>, 27 mars 2009

En résumé, la gestion intégrée des maladies chroniques repose sur :

- Des pratiques préventives s'appuyant notamment sur les ressources de la communauté afin de réduire l'incidence des maladies chroniques;
- Un diagnostic précoce des maladies chroniques permettant d'intervenir rapidement;
- Des patients informés et engagés dans la gestion de leur maladie;
- Un suivi, coordonné par le médecin de famille, travaillant en collaboration avec une équipe multidisciplinaire et soutenu par des services spécialisés;
- Une organisation du système de santé facilitant la prise en charge collective du patient atteint de maladie chronique par les services médicaux et sociaux de première ligne (équipes multidisciplinaire, gestion de cas pour les conditions complexes, etc.)
- Une organisation des systèmes informatiques apte à faciliter la transmission des informations cliniques;
- Des protocoles d'intervention et de traitement cliniques s'appuyant sur les données scientifiques probantes;
- Une organisation communautaire qui soutient les personnes atteintes et leurs proches dans la prise en charge de la maladie.

Dans leur analyse des écrits traitant du modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques, Levesque et ses collaborateurs citent les facteurs suivants comme des barrières à l'implantation d'un tel modèle :

- Des systèmes d'information, dans les milieux cliniques, qui ne permettent pas de renseigner sur les services rendus et d'intégrer des outils d'aide à la décision clinique;
- L'absence d'une entité responsable d'établir et de diffuser les guides de pratique et les protocoles relatifs aux trajectoires de soins pouvant être adoptés dans divers contextes cliniques;
- La rémunération des professionnels de la santé qui encourage les services ponctuels plutôt que la prise en charge requise pour les affections chroniques;
- Le manque de couverture publique des services multidisciplinaires en première ligne ou de mobilisation des professionnels du réseau institutionnel vers la première ligne médicale;
- Une première ligne relativement peu organisée et ne possédant pas les assises pour une démarche planifiée et complète de gestion des maladies chroniques;
- Un manque de culture d'évaluation de la performance et de rétroaction visant l'amélioration de la qualité des soins¹⁰.

Par ailleurs, toujours selon les mêmes auteurs, il faut considérer les éléments suivants observés au Québec comme des éléments allant dans le sens du modèle préconisé :

10. Jean-Frédéric LEVESQUE et autres, *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec, barrières et éléments facilitant. Résumé*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Institut national de santé publique, 2007, 4 p.

- L'émergence de modèles d'organisation de première ligne compatibles avec la pratique de groupe (GMF, cliniques-réseaux);
- L'intégration croissante des établissements du système de soins et une volonté d'implantation de réseaux locaux de services;
- Un secteur communautaire bien développé et une assise institutionnelle expérimentée – les centres locaux de services communautaires maintenant fusionnés en centres de santé et de services sociaux – pour soutenir les réseaux médical et professionnel dans la prestation de soins aux malades chroniques;
- Un secteur de santé publique développé et ayant fait des maladies chroniques une priorité dans sa programmation nationale de services¹¹.

Ces quatre derniers éléments doivent donc être considérés comme des atouts sur lesquels il faudra compter pour la mise en place d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques dans la région de la Capitale-Nationale.

5. La stratégie nationale de prévention et de gestion des maladies chroniques

S'inspirant du modèle de prévention et de gestion des maladies chroniques, le MSSS fait reposer sa stratégie nationale sur les grands principes suivants :

- La participation des personnes et de la communauté;
- Un continuum de services, appuyé sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services;
- Des services offerts dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

Son plan d'action 2008-2012 s'articule autour des orientations suivantes :

- La poursuite des efforts pour l'adoption de saines habitudes de vie;
- La détection précoce des personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques;
- L'aide aux personnes et à leurs proches afin de leur permettre de connaître et de prendre en charge leur état de santé;
- Un suivi adapté aux besoins des personnes atteintes, qui mise sur le travail d'équipe et l'interdisciplinarité;
- Des pratiques cliniques qui évoluent en s'appuyant sur des données probantes;
- L'implication de la communauté et des autres secteurs d'activité¹².

11. *Ibid.*

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX, *Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et Plan d'action 2008-2013. Mieux soutenir les personnes atteintes, les milieux cliniques et les communautés*, Document de travail, Gouvernement du Québec, 2008, 27 p.

6. Maladies retenues dans le cadre du portrait régional des maladies chroniques

Les maladies chroniques étant trop nombreuses pour être toutes documentées, un choix a dû être fait¹³. Les critères suivants ont orienté la sélection des maladies chroniques à intégrer au portrait régional :

- Les maladies chroniques évitables par des actions de prévention concernant les habitudes de vie;
- Les maladies ayant un taux de prévalence élevé ou étant reconnues comme ayant un impact important sur le système de soins;
- Les maladies chroniques faisant habituellement l'objet de suivi pour faciliter les comparaisons;
- Les maladies chroniques pour lesquelles les données sont accessibles;
- Sauf quelques exceptions, ont été exclues les maladies chroniques intégrées aux grands programmes reconnus et bien définis, tels les problèmes de santé mentale persistants et le cancer.

En tenant compte de critères ainsi que des caractéristiques propres aux maladies chroniques, les maladies suivantes ont été retenues pour les fins du portrait régional :

- **Maladies chroniques – facteurs de risque :**
 - Hypertension artérielle
 - Diabète
- **Maladies chroniques :**
 - Maladies cardiovasculaires
 - Insuffisance cardiaque
 - Cardiopathies ischémiques
 - Maladies cérébrovasculaires
 - Maladies respiratoires chroniques
 - MPOC
 - Asthme
 - Maladies du système ostéo-articulaire
 - Arthrite, rhumatisme
 - Ostéoporose
 - Maladies neurodégénératives de type Alzheimer
 - Cancer (tumeurs malignes)
 - Poumon
 - Colorectal

13. La liste des maladies chroniques à documenter a été adoptée par le comité directeur du projet régional sur les maladies chroniques, soit la Table des directeurs généraux adjoints des établissements de la région de la Capitale-Nationale.

Deuxième partie

**Quelques éléments de contexte et principaux déterminants
associés aux maladies chroniques**

L'apparition et le développement des maladies chroniques – les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, la MPOC, l'asthme, l'ostéoporose et l'obésité, ainsi que les maladies buccodentaires – sont influencés par plusieurs déterminants qui peuvent être d'ordre démographique, comportemental, biomédical, génétique, environnemental, social ou autre¹⁴. Plus spécifiquement, trois habitudes de vie sont communes à ces maladies chroniques : le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité. On attribue à ces trois facteurs 65 % des cancers, alors que l'excès de poids contribuerait à 51 % des cas de diabète de type 2, à 27 % des cas de cancer de l'endomètre et à 18 % des maladies coronariennes au Canada¹⁵.

L'objectif de cette deuxième partie est de présenter, d'une part, des indicateurs plus généraux qui permettent de tracer un aperçu du contexte démographique et socioéconomique de la population et de son état de santé, et, d'autre part, des indicateurs portant sur les déterminants de la santé communs à plusieurs maladies chroniques. Les premiers indicateurs portent sur l'évolution de la population, sur les principales causes de mortalité et de morbidité, sur la perception de l'état de santé et du soutien social et sur les conditions socioéconomiques des habitants de la région (revenu moyen, niveau de scolarité, vie solitaire). Quant aux déterminants, la consommation de tabac, le manque d'activité physique, l'apport insuffisant en fruits et légumes, la consommation d'alcool et le surplus de poids sont abordés.

Quelques considérations méthodologiques

Les indicateurs sont présentés selon le sexe, le groupe d'âge et les territoires de CSSS et de CLSC de la région de la Capitale-Nationale, lorsque les données sont disponibles.

Sources des données

Les informations sont tirées de deux documents publiés en 2008, qui présentent un portrait détaillé de la santé de la population de la région de la Capitale-Nationale à partir de nombreuses sources :

*Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale, Les analyses*¹⁶,

*Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale, Les statistiques*¹⁷,

Le lecteur est invité à consulter ces documents pour plus de détails sur les définitions et les méthodes de calcul des indicateurs retenus ainsi que sur les sources de données utilisées.

Effectifs de la population selon l'âge et le sexe

Les effectifs de population pour les années 2006 et 2016 sont des projections de population réalisées par l'Institut de la statistique du Québec sur la base des effectifs corrigés du recensement de 2001 de Statistique Canada. Le MSSS les diffuse selon les territoires de CSSS et de CLSC¹⁸. Les données corrigées du recensement de 2006 ainsi

14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 43.

15. *Ibid.*, p. 43.

16. M. FERLAND et M. PAGEAU (2008), *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 140 p. [<http://www.dspq.qc.ca/publications/les-analyses.pdf>]

17. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 527 p. [<http://www.dspq.qc.ca/publications/les-statistiques.pdf>]

18. MSSS, Projections de la population au 1^{er} juillet, 2001 à 2026 [http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=121,0,0,1,0,0]

que les projections de population à l'échelle des territoires de la région devraient être disponibles au cours des prochains mois.

Indicateurs provenant des enquêtes de santé de Statistique Canada

Les indicateurs sur l'état de santé autoévalué, les problèmes de santé déclarés, la perception du soutien social, le tabagisme, l'activité physique, l'apport insuffisant en fruits et légumes, la consommation d'alcool et le surplus de poids sont issus des enquêtes de Statistique Canada. Le questionnaire est rempli par un intervieweur à partir des réponses données par une personne de 12 ans et plus, généralement pour elle-même, en face à face ou par téléphone.

Taux ajusté de mortalité ou taux ajusté d'hospitalisation

L'ajustement des taux permet d'éliminer l'effet de la structure d'âge, qui peut varier selon les territoires. Les taux présentés ont été ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001, en utilisant la standardisation directe.

Signification des symboles

Voici la signification des symboles utilisés dans les figures :

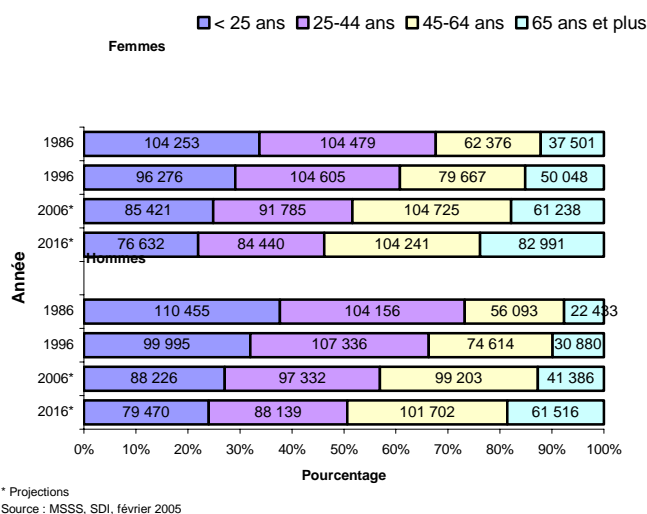
- * La valeur doit être interprétée avec prudence, le coefficient de variation étant supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %.
- (-) Valeur significativement plus faible que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
- (+) Valeur significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.

7. L'évolution de la population

Les tendances démographiques démontrent un vieillissement de la population, non seulement dans la région, mais également au Québec en général et dans plusieurs pays. Une faible fécondité associée à une longévité accrue des individus entraîne ce vieillissement, phénomène qui ira en s'accéléralant en raison principalement de l'arrivée à 65 ans de la génération du « baby-boom ».

Les projections de la population

- En 2006, on estimait à près de 670 000 le nombre de personnes habitant la région de la Capitale-Nationale. Selon les projections, la population augmenterait à près de 679 400 et commencerait à décroître à partir de 2020.
- Le nombre de jeunes continuerait à diminuer au cours des prochaines années, alors que le nombre de personnes âgées augmenterait (figure 2).



- De 13 % en 1996, la proportion des personnes de 65 ans et plus passerait à 15 % en 2006 pour atteindre 21 % en 2016 (tableau 1). De 102 600 personnes en 2006, leur nombre atteindrait 144 500 en 2016, dont respectivement 48 000 et 60 500 seraient âgées de 75 ans et plus.
- La majorité des personnes de 65 ans et plus sont des femmes (60 %, en 2006). Après 75 ans, près de deux personnes sur trois sont des femmes (65 %).

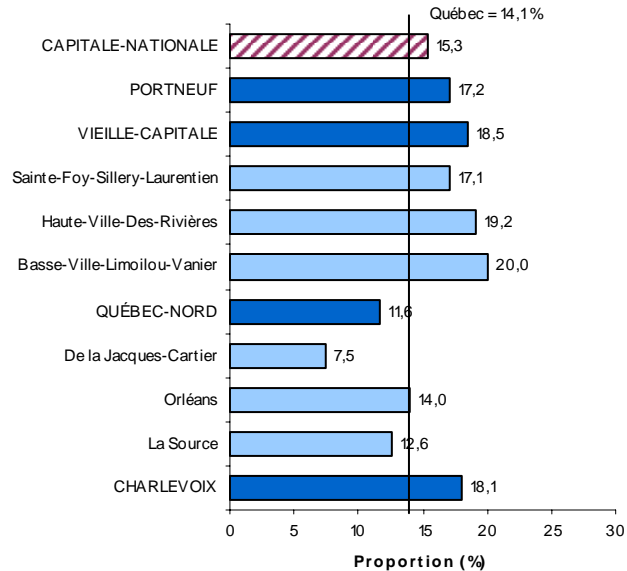
Tableau 1 Population selon le groupe d'âge et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 1996, 2006* et 2016*

Groupe d'âge	Femmes			Hommes			Population totale		
	1996	2006*	2016*	1996	2006*	2016*	1996	2006*	2016*
	Nombre								
< 25 ans	96 276	85 421	76 632	99 995	88 226	79 470	196 271	173 647	156 102
25-44 ans	104 605	91 785	84 440	107 336	97 332	88 139	211 941	189 117	172 579
45-64 ans	79 667	104 725	104 241	74 614	99 203	101 702	154 281	203 928	205 943
65 ans et plus	50 048	61 238	82 991	30 880	41 386	61 516	80 928	102 624	144 507
65-74 ans	27 534	30 092	45 323	20 439	24 669	38 716	47 973	54 761	84 039
75 ans et plus	22 514	31 146	37 668	10 441	16 717	22 800	32 955	47 863	60 468
Total	330 596	343 169	348 304	312 825	326 147	330 827	643 421	669 316	679 131
	Pourcentage								
< 25 ans	29,1	24,9	22,0	32,0	27,1	24,0	30,5	25,9	23,0
25-44 ans	31,6	26,7	24,2	34,3	29,8	26,6	32,9	28,3	25,4
45-64 ans	24,1	30,5	29,9	23,9	30,4	30,7	24,0	30,5	30,3
65 ans et plus	15,1	17,8	23,8	9,9	12,7	18,6	12,6	15,3	21,3
65-74 ans	8,3	8,8	13,0	6,5	7,6	11,7	7,5	8,2	12,4
75 ans et plus	6,8	9,1	10,8	3,3	5,1	6,9	5,1	7,2	8,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Projections

Source : MSSS, Service du développement de l'information, version février 2005

- Les territoires de la région présentent des différences importantes quant à la proportion d'individus de 65 ans et plus (figure 3). Environ 1 personne sur 5 fait partie de ce groupe d'âge dans les secteurs de Basse-Ville–Limoilou–Vanier et de Haute-Ville–Des-Rivières, comparativement à moins de 1 personne sur 10 dans le secteur De la Jacques-Cartier.



Source : DSP (2008), fiche 95

Figure 3 Proportion de la population de 65 ans et plus, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2006

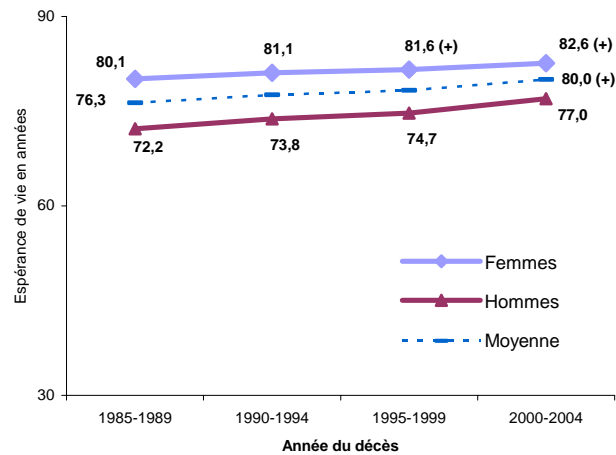
- En 2006, près de 45 % de la population demeurait dans le territoire de la Vieille-Capitale (298 395), 44 % dans celui de Québec-Nord (293 954), 7 % dans Portneuf (46 942) et près de 5 % dans Charlevoix (30 025). Quant aux 102 624 personnes âgées de 65 ans et plus, plus de la moitié (54 %) habitaient dans le territoire de la Vieille-Capitale (55 088), le tiers (34 060) dans Québec-Nord, 8 % (8 052) dans Portneuf et 5 % (5 424) dans Charlevoix (voir l'annexe 2).

8. L'état de santé

Les principaux indicateurs retenus pour présenter l'état de santé de la population de la région sont l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé, l'hospitalisation de courte durée, la perception de l'état de santé, la prévalence de maladies chroniques déclarées par les personnes, les principales causes de mortalité ainsi que l'évolution des taux de mortalité.

L'espérance de vie

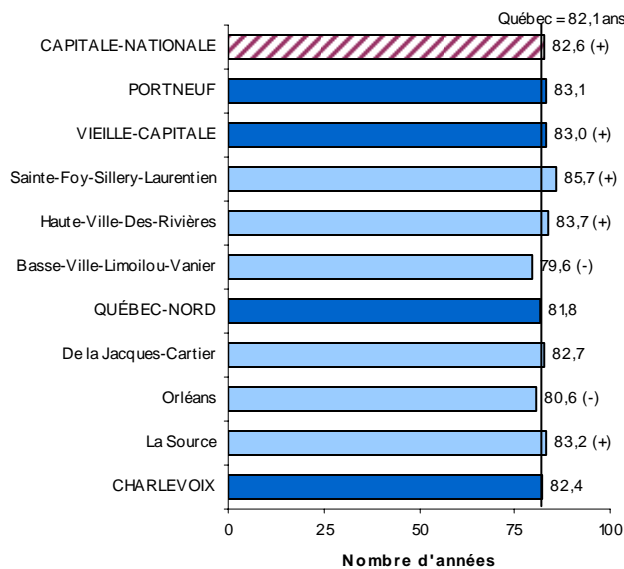
- L'espérance de vie à la naissance correspond à la durée moyenne de vie d'une personne si les taux actuels de mortalité par âge continuaient de s'appliquer. On vit plus longtemps, chez les femmes comme chez les hommes (figure 4). De plus, l'écart entre les sexes tend à diminuer.
- En 2004, les femmes de la région pouvaient espérer vivre en moyenne jusqu'à 82,6 ans et les hommes jusqu'à 77,0 ans.



Source : DSP (2008), fiche 96

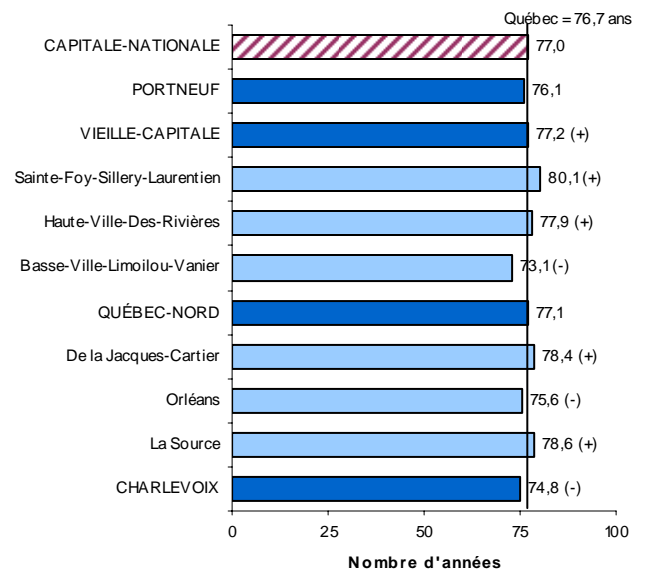
Figure 4 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, région de la Capitale-Nationale, de 1985-1989 à 2000-2004

- La longévité s'est accrue dans chacun des territoires de CSSS et de CLSC de la région¹⁹. Toutefois, les écarts persistent; les femmes et les hommes vivraient respectivement 6,1 ans et 7 ans de moins dans le secteur de Basse-Ville–Limoilou–Vanier comparativement à celui de Sainte-Foy–Sillery–Laurentien (figures 5 et 6).



Source : DSP (2008), fiche 96

Figure 5 Espérance de vie à la naissance chez les femmes, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2000-2004



Source : DSP (2008), fiche 96

Figure 6 Espérance de vie à la naissance chez les hommes, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2000-2004

19. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 96, p. 214-215.

L'espérance de vie en bonne santé (sans incapacité)

La population vit plus longtemps, mais vit-elle en santé? Les données de mortalité associées aux données d'institutionnalisation et d'incapacité selon l'âge permettent d'estimer la durée de vie en bonne santé.

- En 2001, dans la région, les femmes pouvaient espérer vivre en moyenne jusqu'à 82,4 ans, dont 69,6 ans sans incapacité. Chez les hommes, l'espérance de vie est estimée à 76,5 ans, dont 67,0 ans en bonne santé (sans incapacité)²⁰. C'est donc respectivement pendant 12,8 ans et 9,5 ans que les femmes et les hommes vivraient avec une certaine incapacité.
- La population de la région vit plus longtemps en bonne santé, comparativement à l'ensemble des Québécoises (68,1 ans) et des Québécois (65,8 ans).
- À 65 ans, dans la région, l'espérance de vie pour les femmes est de 20,8 ans, dont 11,2 ans sans incapacité, et pour les hommes, de 16,5 ans, dont 10,3 ans sans incapacité.

Les hospitalisations de courte durée

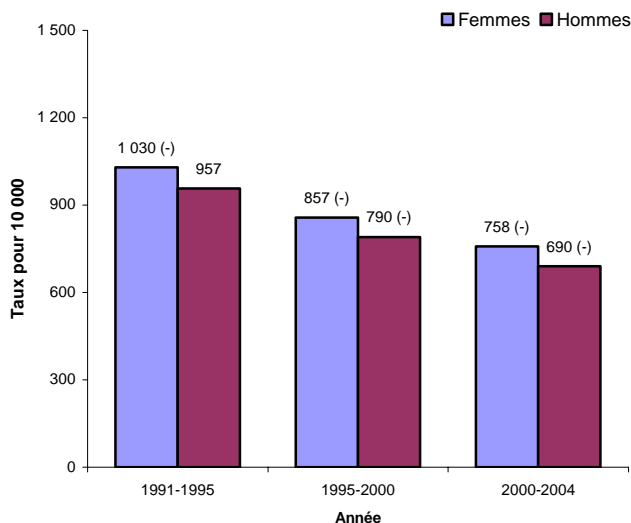
Il s'agit des hospitalisations de courte durée dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), engendrées par les résidents de la région²¹. C'est le diagnostic principal pour lequel la personne a été hospitalisée qui a été retenu.

- On constate une diminution graduelle des taux d'hospitalisation en soins de courte durée, chez les femmes et les hommes de la région (figure 7). En général, les résidents de la région sont moins souvent hospitalisés que l'ensemble des Québécois²².
- Les hommes sont plus hospitalisés que les femmes pour les principaux diagnostics d'hospitalisation (figure 8). Les maladies de l'appareil circulatoire représentent la principale cause d'hospitalisation tant chez les hommes que les femmes.
- On compte en moyenne annuellement 48 031 hospitalisations chez les résidents de la région (27 460 chez les femmes et 20 571 chez les hommes).

20. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 97, p. 216-217.

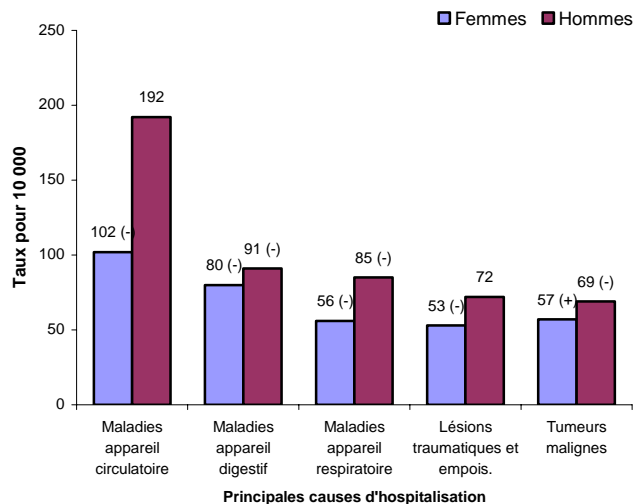
21. Sont exclues les hospitalisations pour troubles mentaux, les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé, les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée, les soins de longue durée dans des unités de soins de courte durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile ».

22. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 99, p. 220-223.



Source : DSP (2008), fiche 99

Figure 7 Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon le sexe, région de la Capitale-Nationale, de 1991-1995 à 2000-2004 (taux annuel moyen pour 10 000)



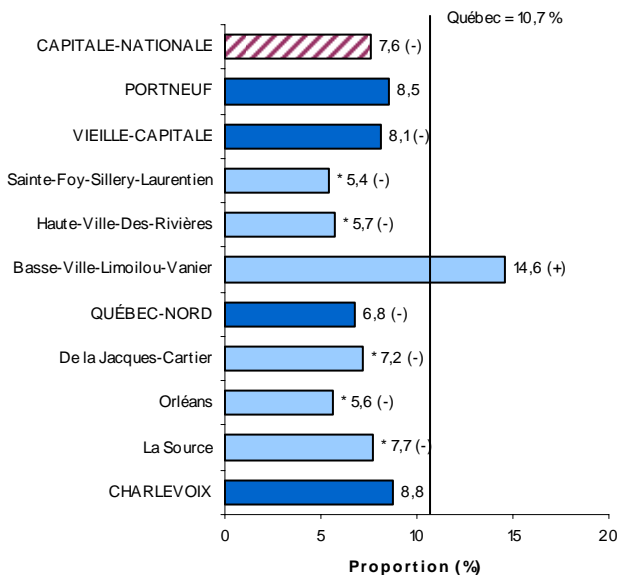
Source : DSP (2008), fiche 99

Figure 8 Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon le sexe et le diagnostic principal, région de la Capitale-Nationale, 2000-2004 (taux annuel moyen pour 10 000)

L'état de santé autoévalué

La mesure de l'état de santé est basée sur la perception qu'ont les individus de leur santé physique et mentale. Elle est obtenue lors des enquêtes de santé de Statistique Canada. Il y aurait une bonne concordance entre cet indicateur subjectif et d'autres indicateurs de santé.

- En 2003, 7,6 % de la population de 12 ans et plus demeurant dans les ménages privés de la région percevait sa santé comme passable ou mauvaise (figure 9). Les femmes se déclarent un peu plus souvent (8,1 %) en mauvaise santé que les hommes (7,1 %) ²³. Au total, 43 400 individus de 12 ans et plus ne se percevaient pas en bonne santé.
- En général, dans la région, on se perçoit en meilleure santé que dans l'ensemble du Québec, sauf dans le secteur de Basse-Ville-Limoilou-Vanier où près de 15 % des habitants percevaient leur santé comme passable ou mauvaise.



Source : DSP (2008), fiche 95

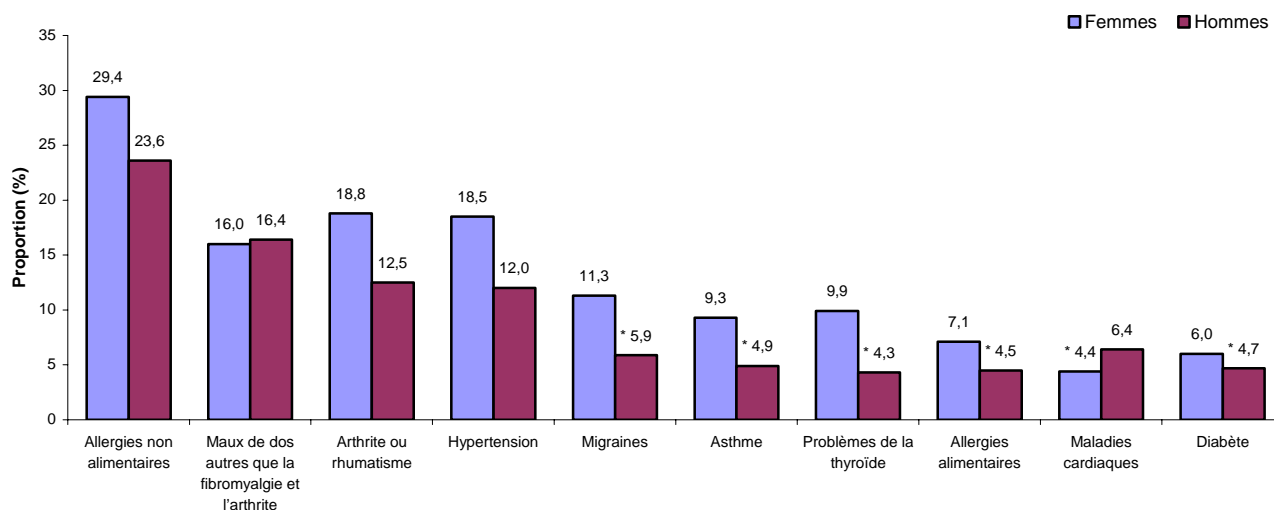
Figure 9 Proportion de la population de 12 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003

23. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 95, p. 212-213.

Les problèmes de santé déclarés

Les enquêtes de santé permettent également de connaître les principaux problèmes de santé chroniques dont souffrent les personnes. On leur demande de déclarer les problèmes qui perdurent ou d'une durée d'au moins six mois, qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé.

- Les 10 problèmes de santé rapportés le plus souvent sont présentés à la figure 10²⁴. Pour la plupart de ces conditions, les femmes sont plus touchées que les hommes.
- Au Québec, en 2003, 66,8 % de la population de 12 ans et plus était atteinte d'au moins un problème de santé chronique²⁵.



Source : DSP (2008), fiche 111

Figure 10 Prévalence (%) des principaux problèmes de santé chroniques selon le sexe, population de 12 ans et plus, région de la Capitale-Nationale, 2005

La mortalité

- Les taux de mortalité, ajustés pour l'âge, ont diminué au cours des deux dernières décennies tant chez les femmes que les hommes de la région et du Québec (figure 11)²⁶. Les hommes présentent toujours des taux plus élevés que les femmes, quoique l'écart entre les sexes diminue. On enregistre 5 015 décès en moyenne par année dans la région (2 594 femmes et 2 422 hommes).
- Les tumeurs malignes représentent la première cause de décès pour la population de la région, autant chez les femmes que les hommes (figure 12). Les maladies de

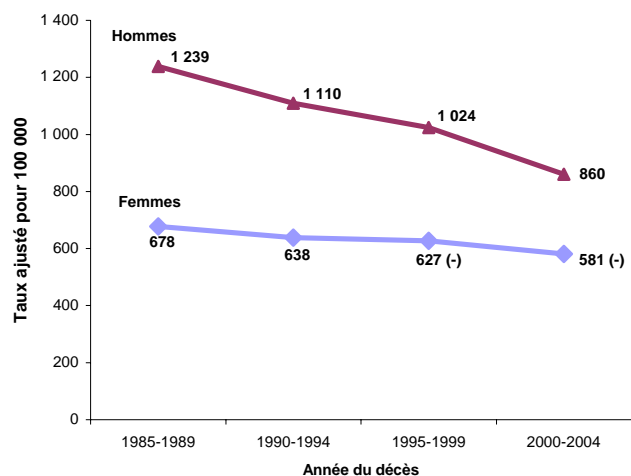
24. Les autres problèmes chroniques sont les suivants :

- ayant une prévalence entre 2 % et 5 % : anxiété, troubles intestinaux, cataractes (18 ans et plus), ulcères de l'estomac ou de l'intestin, sensibilité aux agresseurs chimiques, troubles de l'apprentissage, incontinence urinaire, bronchite chronique;
- ayant une prévalence inférieure à 2 % : fibromyalgie, glaucome (18 ans et plus), cancer, syndrome de fatigue chronique, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, emphysème (30 ans et plus), épilepsie, bronchopneumopathie obstructive (30 ans et plus), Alzheimer ou démence cérébrale, schizophrénie, autisme ou troubles du développement, anorexie ou boulimie.

25. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 111, p. 255.

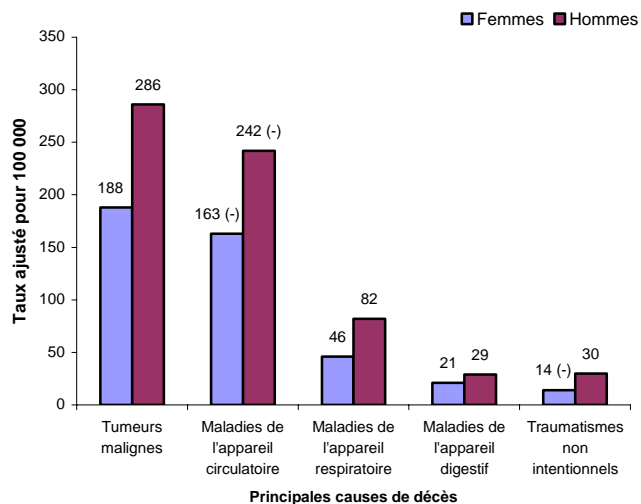
26. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 107, p. 238-241.

l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire suivent au deuxième et au troisième rang. Ces trois grandes causes représentent 69 % des décès.



Source : DSP (2008), fiche 107

Figure 11 Taux ajusté de mortalité selon le sexe (toutes causes), région de la Capitale-Nationale, de 1985-1989 à 2000-2004 (taux annuel moyen pour 100 000)



Source : DSP (2008), fiche 107

Figure 12 Taux ajusté de mortalité selon la cause et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2000-2004 (taux annuel moyen pour 100 000)

9. Le contexte économique et social

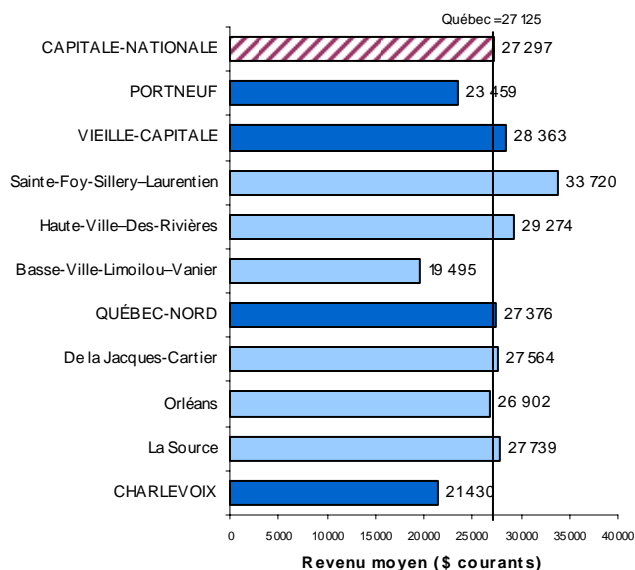
La pauvreté et la situation socioéconomique constituent des facteurs importants de l'état de santé. Bien que l'économie régionale se porte bien, les inégalités socioéconomiques sont toujours présentes²⁷.

La situation socioéconomique

Deux indicateurs donnent un aperçu des territoires où la situation est moins favorable : le revenu moyen des particuliers et un niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires.

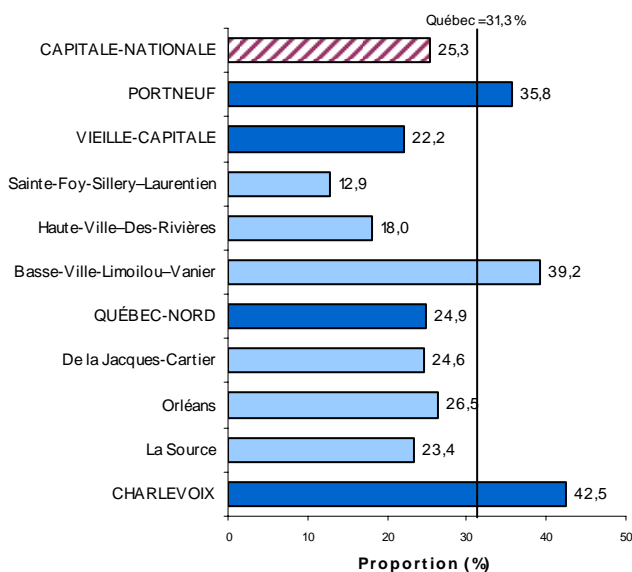
27. M. FERLAND et M. PAGEAU (2008), *Les analyses*, p. 11-17.

- Le revenu moyen des particuliers provenant du recensement de Statistique Canada est calculé parmi les personnes non pensionnaires d'institution ayant déclaré un revenu.
- En 2000, les habitants du secteur de Basse-Ville–Limoilou–Vanier et des territoires de Charlevoix et de Portneuf disposaient des revenus moyens les moins élevés de la région (figure 13). À l'opposé, les secteurs de Sainte-Foy–Sillery–Laurentien et de Haute-Ville–Des-Rivières présentaient les revenus moyens les plus élevés de la région, au-dessus également de la moyenne provinciale.



Source : DSP (2008), fiche 17

Figure 13 Revenu moyen des particuliers (\$ courants) de 15 ans et plus ayant déclaré un revenu, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2000



Source : DSP (2008), fiche 12

Figure 14 Proportion de la population de 25 ans et plus ayant un niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2001

pas leur certificat d'études secondaires augmente avec l'âge, de 13 % chez les 25-44 ans, à 24 % chez les 45-64 ans et à 57 % chez les 65 ans et plus²⁸.

- En 2001, le quart des personnes de 25 ans et plus vivant dans les ménages privés de la région n'avait pas de certificat d'études secondaires (figure 14).
- Dans le territoire de Charlevoix ainsi que dans le secteur de Basse-Ville–Limoilou–Vanier et le territoire de Portneuf, plus du tiers de la population n'a pas de certificat d'études secondaires.

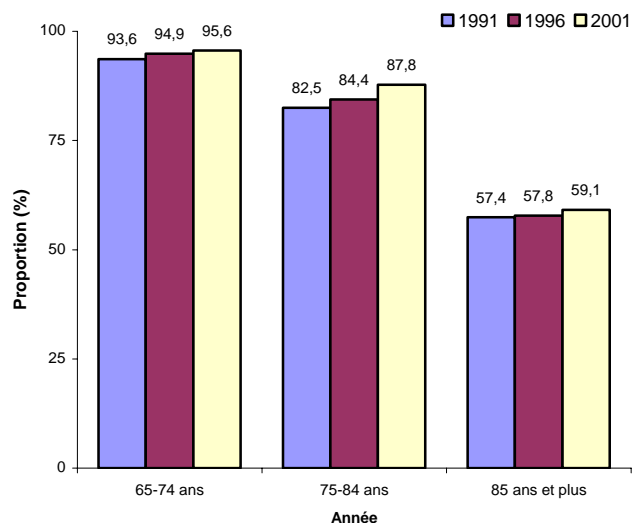
- Cependant, le niveau de scolarisation est fortement influencé par la structure d'âge de la population. Ainsi, la proportion d'adultes n'ayant

28. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 12, p.34-35.

Le contexte social

Seuls quelques éléments de l'environnement social sont présentés : la proportion de personnes âgées vivant à domicile, la proportion de la population vivant seule, particulièrement chez les personnes âgées, et la proportion de la population ayant un faible soutien social.

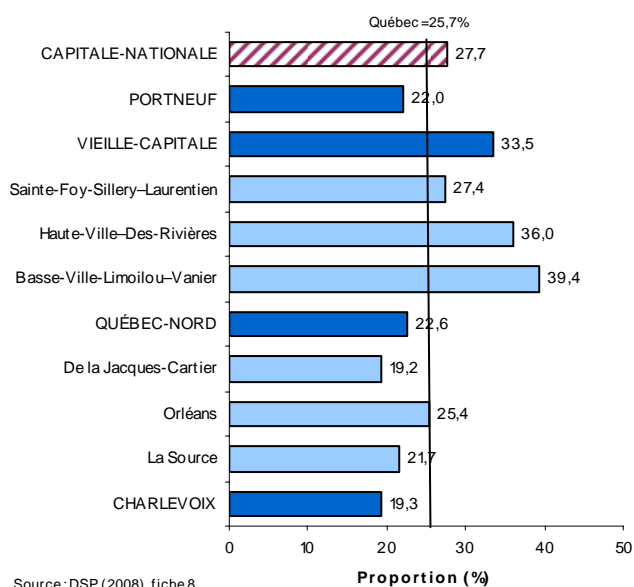
- En 2001, la très grande majorité des personnes de 65 ans et plus vivait à domicile, soit 87 % des femmes et 93 % des hommes²⁹.
- La proportion de personnes âgées vivant à domicile a augmenté au cours de la dernière décennie (figure 15). Toutefois, cette proportion diminue avec l'âge, de sorte qu'après 85 ans seulement 60 % d'entre elles vivent encore dans un ménage privé.



Source : DSP (2008), fiche 9

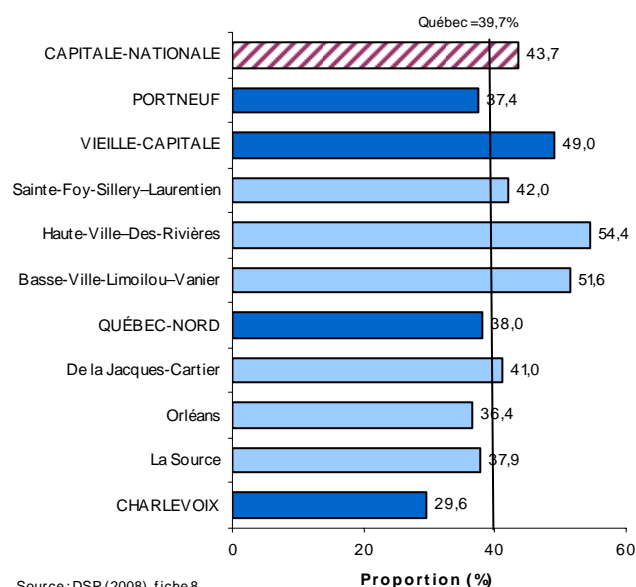
Figure 15 Proportion de la population de 65 ans et plus vivant en ménage privé, selon l'âge, région de la Capitale-Nationale, 2001

- Vivre à domicile implique pour plusieurs personnes âgées de vivre seules. Ainsi, 28 % des personnes de 65-74 ans demeuraient seules dans leur logement, proportion atteignant 44 % après 75 ans (figures 16 et 17). À cet âge, c'était même plus de la moitié d'entre elles qui vivaient seules dans les secteurs de Haute-Ville–Des-Rivières et de Basse-Ville–Limoilou–Vanier.



Source : DSP (2008), fiche 8

Figure 16 Proportion de la population de 65-74 ans vivant seule, CSSS, CLSC et région de la Capitale-Nationale, 2001

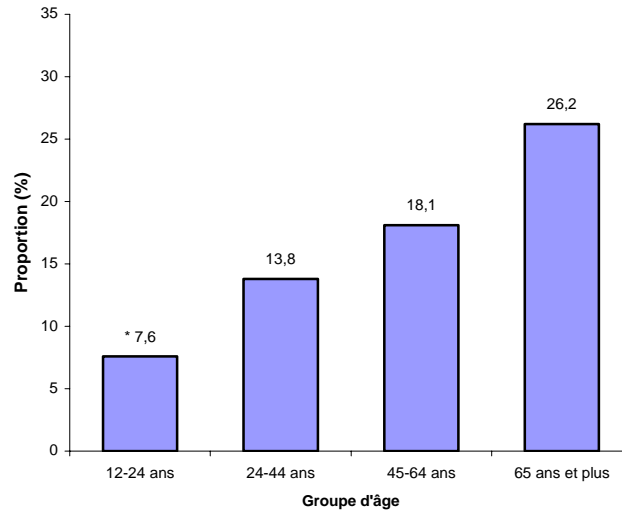


Source : DSP (2008), fiche 8

Figure 17 Proportion de la population de 75 ans et plus vivant seule, CSSS, CLSC et région de la Capitale-Nationale, 2001

29. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 9, p.28-29.

- Parmi l'ensemble des individus de 15 ans et plus demeurant dans la région, 17,6 % vivaient seuls, les femmes plus souvent (19,5 %) que les hommes (15,5 %) ³⁰. Comparativement à l'ensemble du Québec (15,2) %, les individus de la région vivent seuls un peu plus souvent.
- De plus, les personnes âgées bénéficient moins souvent d'un soutien social. Le quart d'entre elles déclare avoir un faible soutien social (figure 18). Dans la région, tout comme dans l'ensemble du Québec, le faible soutien social augmente avec l'âge.
- Pour mesurer le soutien social sur le plan émotionnel ou informationnel lors des enquêtes de santé, on demande à la personne si elle a quelqu'un pour l'écouter ou la conseiller en temps de crise, pour lui donner des renseignements ou encore si elle sait à qui se confier et parler ou si quelqu'un comprend ses problèmes ³¹. La personne est considérée comme n'ayant pas un niveau élevé de soutien social lorsqu'elle répond « jamais », « rarement » ou « parfois » à la majorité des questions.



Source : DSP (2008), fiche 43

Figure 18 Proportion de la population de 12 ans et plus n'ayant pas un niveau élevé de soutien social, selon l'âge, région de la Capitale-Nationale, 2005

10. Le tabagisme

Le tabagisme représente un facteur de risque majeur pour la santé. Il contribue à l'apparition de plusieurs maladies, tels les maladies cardiovasculaires, certains cancers (trachée, bronches et poumons, bouche et pharynx, larynx, œsophage), les maladies respiratoires, dont l'asthme, et la MPOC ³². Fumer nuit non seulement aux fumeurs, mais aussi aux non-fumeurs exposés à la fumée de tabac ambiante et au développement du fœtus pendant la grossesse ³³.

30. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 8, p.26-27.

31. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 43, p.96-97.

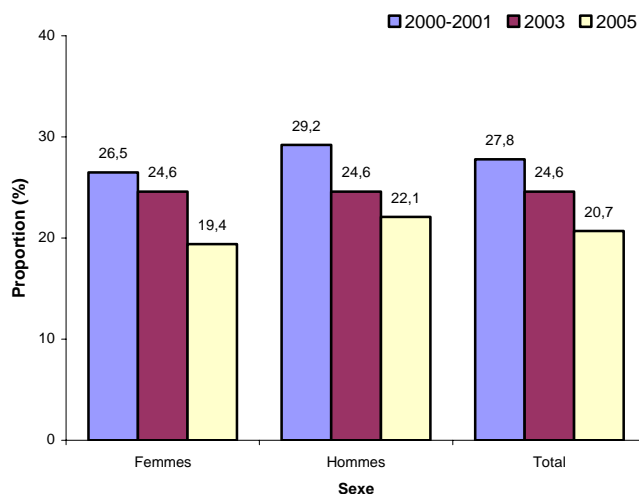
32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 42-43.

33. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002), « Quantification de certains risques majeurs pour la santé », *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*, Genève, Organisation mondiale de la santé, chapitre 4, p. 69-70.

Le tabagisme représente la principale cause de décès évitables. Au Canada, en 2002, on estimait que 16,6 % de tous les décès lui étaient imputables³⁴. En 2000-2004, en moyenne 1 800 décès par année étaient attribuables au tabagisme dans la région de la Capitale-Nationale³⁵.

Le fait d'arrêter de fumer réduit la morbidité et la mortalité attribuables au tabagisme, et permet d'améliorer la durée et la qualité de la vie³⁶.

- En 2005, au sein de la population de 12 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale, environ 1 personne sur 5 fumait la cigarette de façon régulière ou occasionnelle (figure 19). Les hommes fumaient davantage que les femmes (respectivement 22,1 % et 19,4 %).
- On observe une baisse importante de la proportion de fumeurs de cigarettes, tant chez les hommes que les femmes.
- C'est dans le groupe d'âge des 20-24 ans que la consommation de tabac est la plus élevée : le tiers des individus fume (figure 20). Dans tous les groupes d'âge cependant, la proportion de fumeurs a diminué³⁷.



Source : DSP (2008), fiche 49

Figure 19 Proportion de fumeurs de 12 ans et plus, selon le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2000-2001, 2003 et 2005

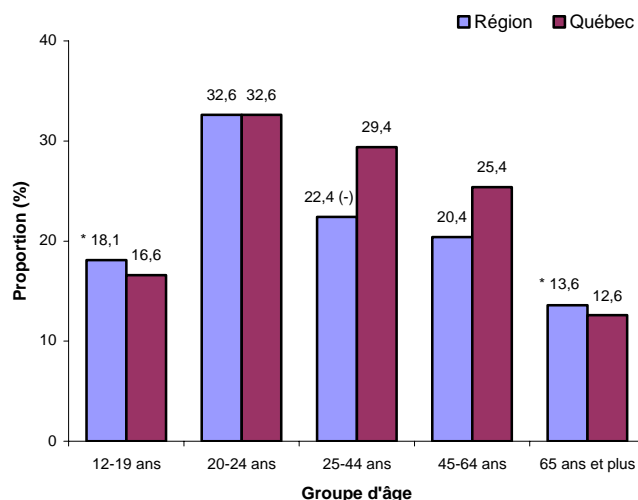
34. D. BALIUNAS, J. PATRA, J. REHM, S. POPOVA, M. KAISERMAN et B. TAYLOR (2007), « Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 27, n° 4, p. 168-177.

35. M. FERLAND et M. PAGEAU (2008), *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, p. 33.

36. SANTÉ CANADA, *Arrêter c'est gratifiant*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/quit-cesser/ready-pret/reward-gratifiant-fra.php> (consulté le 10 février 2009)

37. M. FERLAND et M. PAGEAU (2008), *Les analyses*, p. 34.

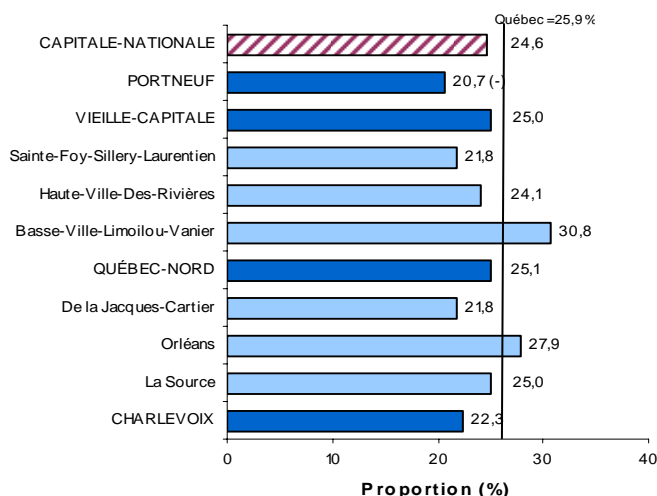
- Plus particulièrement, la proportion de jeunes de 12 à 19 ans fumant la cigarette est passée de 27 % en 2000-2001 à 18 % en 2005³⁸. Bien qu'une diminution de la proportion de fumeurs de cigarettes soit observée, les résultats d'une enquête réalisée auprès des élèves du secondaire en 2006 (pour l'ensemble du Québec) ont démontré que la proportion de consommateurs de cigares ou cigarillos (22 %) dépassait celle des fumeurs de cigarettes (15 %)³⁹.



Source : DSP (2008), fiche 49

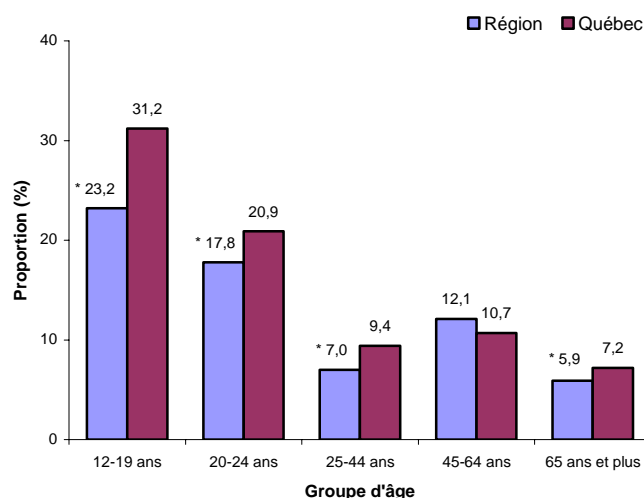
Figure 20 Proportion de fumeurs de 12 ans et plus, selon l'âge, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2005

- Au moment de l'enquête de 2003, les habitants de Portneuf fumaient moins (20,7 %) que l'ensemble des Québécois (25,9 %) (figure 21). Dans les autres secteurs, les proportions ne sont pas significativement différentes de la moyenne provinciale. Le nombre de fumeurs de 12 ans et plus dans la région était alors estimé à 140 100.



Source : DSP (2008), fiche 49

Figure 21 Proportion de fumeurs de 12 ans et plus, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003



Source : DSP (2008), fiche 26

Figure 22 Proportion de non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire à la maison, selon l'âge, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2005

38. M. FERLAND et M. PAGEAU (2008), *Les analyses*, p. 65.

39. G. DUBÉ (2007), « Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006 : les faits saillants », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, novembre, 8 p.

- Quant à l'exposition à la fumée secondaire à la maison, les jeunes non-fumeurs de 12 à 19 ans sont les plus exposés : près du quart d'entre eux (figure 22). Pour l'ensemble de la population de 12 ans et plus, c'est plus de 1 non-fumeur sur 10 qui est exposé à la fumée des autres à la maison (11,0 %), proportion semblable à celle de l'ensemble du Québec (13,0 %) ⁴⁰.

11. L'activité physique

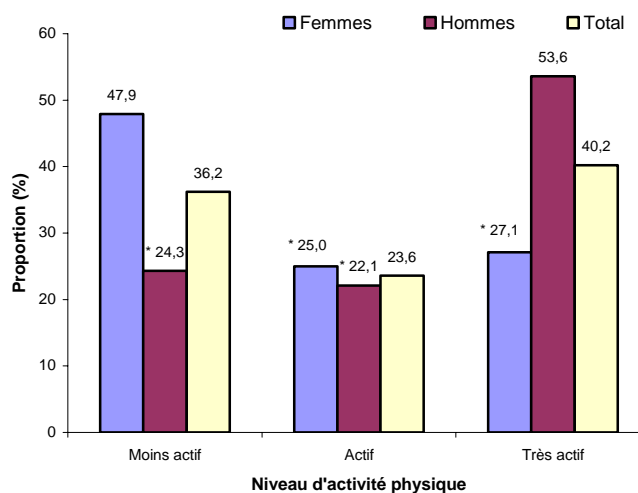
L'activité physique réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de certains cancers et de diabète de type 2 en plus de contribuer au maintien d'un poids santé et d'un système musculosquelettique en santé ainsi qu'à la réduction des symptômes dépressifs ⁴¹.

Trois indicateurs portant sur le niveau d'activité physique sont calculés à partir d'enquêtes menées auprès des personnes vivant dans les ménages privés : l'activité physique de loisir, l'activité physique de transport (ou le transport actif) et l'activité physique au travail ou dans les occupations quotidiennes.

L'activité physique de loisir ⁴²

- Chez les 12-17 ans de la région, 53,6 % des garçons sont très actifs, soit presque deux fois plus que les filles (figure 23). Ces proportions sont semblables à celles de l'ensemble du Québec, soit respectivement 52,4 % et 32,0 % ⁴³.

- Chez les adultes de 18 ans et plus de la région, 40 % étaient actifs durant leurs loisirs en 2005, les hommes étant un peu plus actifs (42 %) que les femmes (39 %) (figure 24). En corollaire, environ 60 % de la population adulte ne serait pas suffisamment active, dont 23 % sont sédentaires. Les hommes sont plus sédentaires (27 %) que les femmes (20 %).



Source : DSP (2008), fiche 46

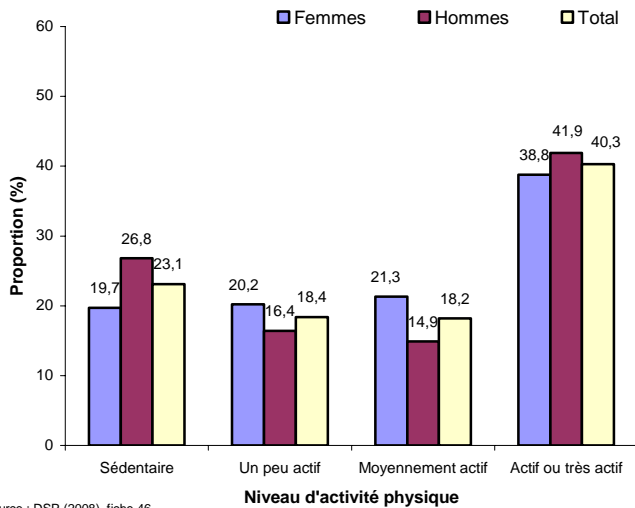
Figure 23 Répartition de la population de 12-17 ans, selon le niveau d'activité physique de loisir et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2005

40. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 26, p. 63.

41. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002), p. 66.

42. L'indice d'activité physique de loisir est obtenu à partir des déclarations concernant la fréquence, la durée, l'intensité de pratique et le type d'activité. L'indice est présenté selon quatre niveaux (sédentaire, un peu actif, moyennement actif ou actif) pour la population de 18 ans et plus, et selon trois niveaux (moins actif, actif et très actif) pour les jeunes de 12 à 17 ans. Le niveau le plus élevé serait la quantité d'activité nécessaire pour en retirer des bénéfices pour la santé.

43. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 46, p. 102-103.



Source : DSP (2008), fiche 46

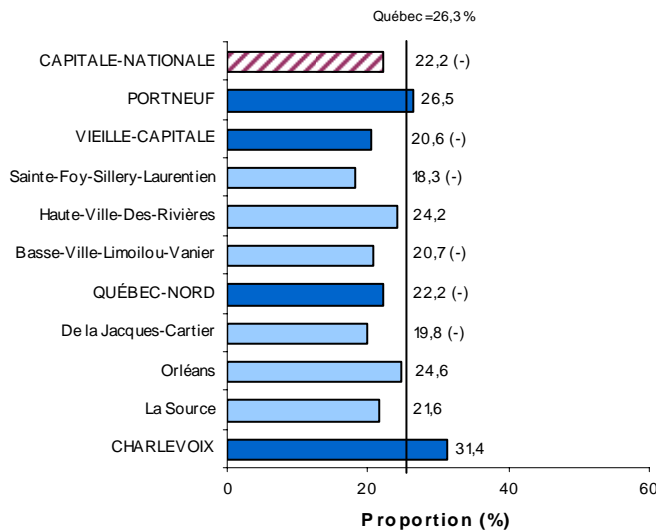
Figure 24 Répartition de la population de 18 ans et plus, selon le niveau d'activité physique de loisir et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2005

res à la moyenne provinciale (26,3 %). Parallèlement, la population adulte des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord est plus active (figure 26).

- La pratique de l'activité physique diminue graduellement avec l'âge. Selon les résultats pour l'ensemble du Québec, la proportion de gens actifs passe de 53 % chez les 18-24 ans à 31 % chez les 65 ans et plus⁴⁴.

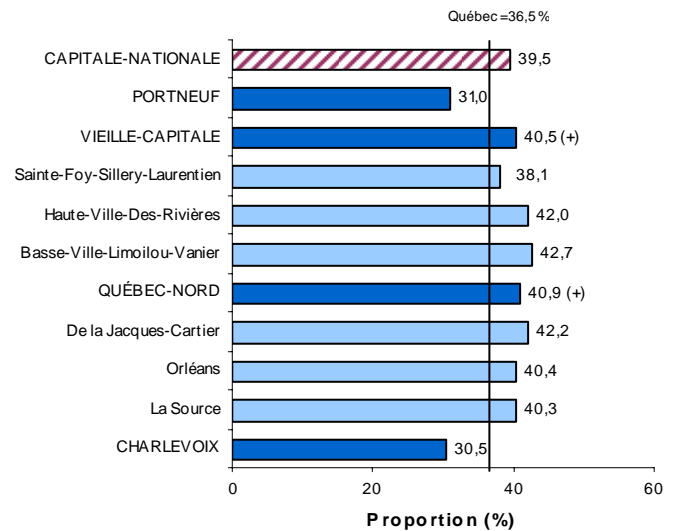
- En 2003, on trouve dans la région relativement moins d'adultes sédentaires (22 %) que dans l'ensemble du Québec (26 %) (figure 25). Les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord présentent les plus faibles proportions de sédentaires (20,6 % et 22,2 %), inférieures à la moyenne provinciale (26,3 %).

- Le nombre d'adultes sédentaires durant leurs loisirs était estimé à 116 700 en 2003.



Source: DSP (2008), fiche 46

Figure 25 Proportion de la population de 18 ans et plus, sédentaire durant ses loisirs, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003



Source: DSP (2008), fiche 46

Figure 26 Proportion de la population de 18 ans et plus, active ou très active durant ses loisirs, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003

44. H. CAMIRAND et V. DUMITRU (2008), « L'activité physique chez les adultes québécois en 2005. Portrait de l'activité physique de loisir et aperçu des transports actifs », *Zoom Santé. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Institut de la statistique du Québec, mai, 4 p.

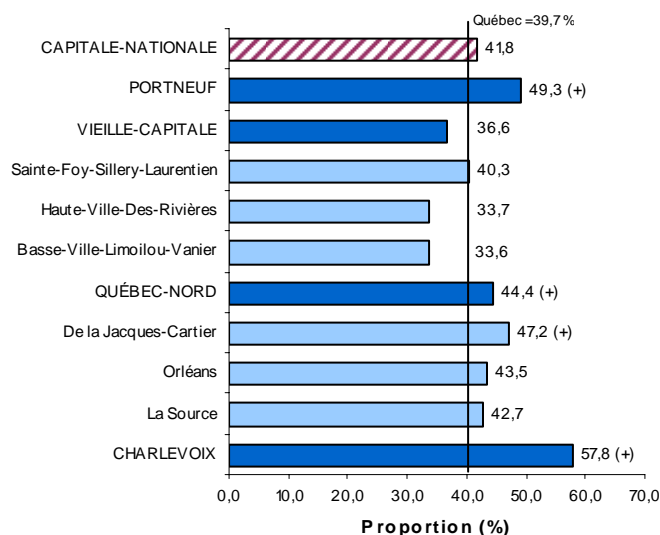
L'activité physique de transport et l'activité physique au travail

- Un moyen d'être actif consiste à se déplacer à pied pour aller au travail, à l'école ou faire ses courses. En 2005, 57 % de la population de 12 ans et plus de la région se déplaçait à pied, soit 61 % chez les femmes et 53 % chez les hommes⁴⁵. En corollaire, 43 % ne marchent pas.

- La marche est moins utilisée comme moyen de transport dans les territoires de CSSS de Charlevoix, de Portneuf et de Québec-Nord (figure 27). Dans les études, il y a un lien significatif entre la marche et le milieu de résidence : le nombre d'heures de marche pour le transport actif est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural⁴⁶.

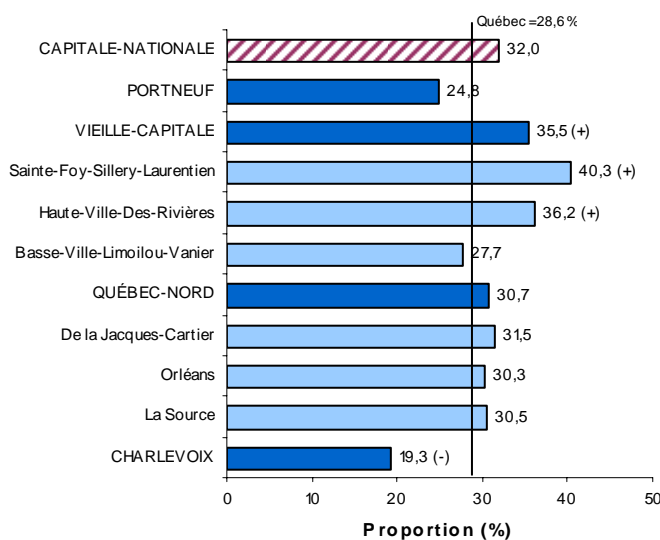
- La bicyclette est peu utilisée comme moyen de transport dans la région, puisque 92 % des 12 ans et plus ont répondu ne jamais l'avoir utilisée, soit une proportion semblable à celle de l'ensemble du Québec.

- Quant à l'activité physique au travail ou dans les occupations quotidiennes, près du tiers (32,0 %) de la population de 12 ans et plus de la région déclarait être généralement assise (figure 28). Dans la région, on constate une grande variation, cette proportion oscillant entre aussi peu que 19 % dans Charlevoix et 40 % dans le secteur de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien.



Source: DSP (2008), fiche 47

Figure 27 Proportion de la population de 12 ans et plus ne marchant pas pour se déplacer dans ses transports (aucune heure), CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003



Source: DSP (2008), fiche 48

Figure 28 Proportion de la population de 12 ans et plus, normalement assise au travail ou dans les activités quotidiennes, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003

45. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 47, p. 104-105.

46. H. CAMIRAND et V. DUMITRU (2008).

12. L'apport insuffisant en fruits et légumes

Une alimentation riche en fruits et légumes aide à prévenir de graves affections telles que les maladies cardiovasculaires et certains cancers, principalement ceux de l'appareil digestif⁴⁷. Une consommation de fruits et légumes inférieure à 5 portions par jour est considérée comme un apport insuffisant. De plus, le taux d'obésité serait moins élevé chez les personnes qui consomment suffisamment de fruits et légumes⁴⁸.

- En 2003, dans la région, plus de la moitié de la population (56,4 %) de 12 ans et plus ne consommait pas quotidiennement au moins 5 fruits et légumes⁴⁹. Les hommes sont plus nombreux à ne pas en consommer (66,1 %) que les femmes (47,6 %) (figure 29). Au total, 321 900 personnes de la région avaient un apport insuffisant en fruits et légumes⁵⁰.
- Quel que soit l'âge ou le sexe, la région se compare à la moyenne provinciale. Toutefois, l'apport insuffisant en fruits et légumes est plus élevé dans les territoires de Charlevoix (62,2 %) et de Québec-Nord (60,0 %), plus spécifiquement dans les secteurs de La Source (62,4 %) et d'Orléans (61,7 %) (figure 30). Dans ces territoires, environ 3 personnes sur 5 ne consommeraient pas suffisamment de fruits et légumes.

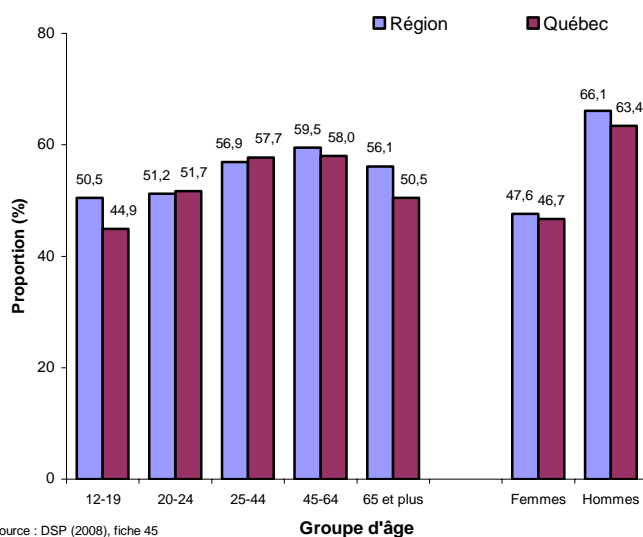


Figure 29 Proportion de la population de 12 ans et plus consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes, selon l'âge et le sexe, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003

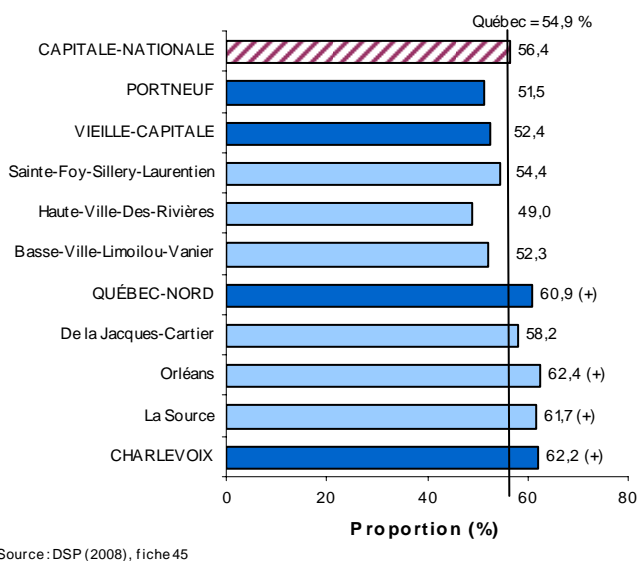


Figure 30 Proportion de la population de 12 ans et plus consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003

47. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002), p. 65.

48. M. FERLAND et M. PAGEAU (2008), Les analyses, p. 36.

49. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 45, p. 100-101

50. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 45, p. 100-101.

13. La consommation d'alcool

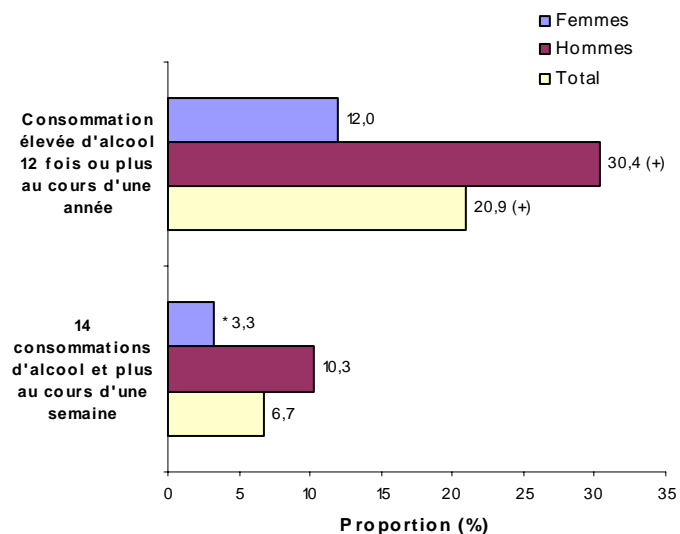
La consommation excessive d'alcool serait à l'origine de certains cancers (notamment de l'œsophage et du foie), de cirrhoses du foie, d'épilepsies, d'homicides et d'accidents de véhicule à moteur⁵¹. Elle entraîne également des conséquences sociales, par exemple, la perte de productivité au travail. Par ailleurs, la consommation d'alcool ne constitue pas toujours un risque à la santé, certains bénéfices étant associés à une consommation faible ou modérée, particulièrement en ce qui concerne les cardiopathies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète⁵².

Deux indicateurs sont présentés : la consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année et prendre 14 consommations d'alcool ou plus au cours d'une semaine.

- Dans la région, 21 % de la population de 12 ans et plus déclarait une consommation élevée d'alcool (cinq verres ou plus au cours de la même occasion) 12 fois ou plus au cours d'une année lors de l'enquête de 2005 (figure 31). Cette proportion a augmenté graduellement depuis 2000-2001, alors que 16,5 % de la population rapportait une telle consommation d'alcool⁵³.
- La consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus, au cours d'une année, est plus importante chez les hommes (30,4 %) que chez les femmes (12,0 %). Pour ce type de consommation, la région se situe également au-dessus de l'ensemble du Québec (24,3 %).

- Les territoires de Portneuf et de la Vieille-Capitale, plus spécifiquement le secteur de Haute-Ville–Des-Rivières, présentaient des proportions plus élevées que l'ensemble du Québec (figure 32). En 2003, on estimait à 111 400 le nombre de personnes de 12 ans et plus présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année.

- Dans la région, 6,7 % de la population de 12 ans et plus prenait 14 consommations d'alcool et plus par semaine (figure 31), proportion semblable à la moyenne provinciale (7,1 %)⁵⁴. Ce type de consommation est trois fois plus fréquent chez les hommes (10,3 %) que chez les femmes (3,3 %).



Source: DSP (2008), fiches 50 et 51, p. 110-113

Figure 31 Proportion de la population de 12 ans et plus, selon la consommation élevée d'alcool au cours d'une semaine et le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2005

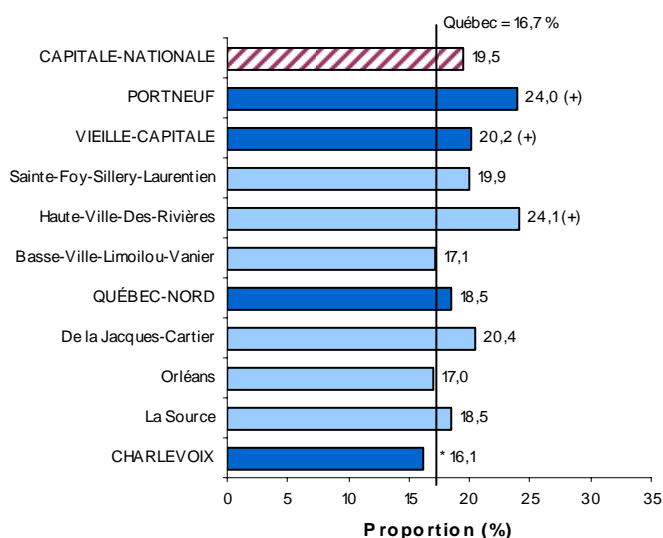
51. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002), p. 71.

52. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002), p. 71.

53. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 51, p. 112-113.

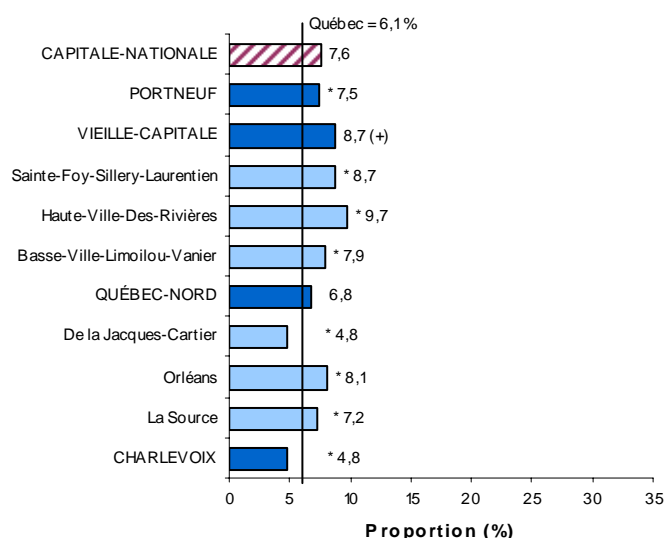
54. M. PAGEAU et M. FERLAND (2008), fiche 50, p. 110-111.

- En 2003, le nombre de personnes de 12 ans et plus buvant 14 consommations et plus par semaine était estimé à 43 400. C'est dans le territoire de la Vieille-Capitale que l'on trouve relativement plus de personnes prenant 14 consommations et plus au cours d'une semaine, particulièrement dans le secteur de Haute-Ville–Des-Rivières.



Source: DSP (2008), fiche 51

Figure 32 Proportion de la population de 12 ans et plus déclarant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003



Source: DSP (2008), fiche 50

Figure 33 Proportion de la population de 12 ans et plus buvant 14 consommations d'alcool ou plus au cours d'une semaine, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003

14. Le surplus de poids

Le surplus de poids augmente le risque de développer des maladies comme le diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires, l'hypertension et certains cancers, de même qu'il contribue à l'arthrose⁵⁵. Mongeau et ses collaborateurs (2005) rapportent également que l'obésité diminuerait l'espérance de vie et que plusieurs conséquences psychosociales sont associées à l'obésité, par exemple la discrimination, le rejet et l'intimidation des enfants obèses⁵⁶. De plus, les risques de maladies augmentent progressivement avec l'indice de masse corporelle (IMC)⁵⁷.

L'IMC est utilisé pour évaluer le surplus de poids. Il est obtenu en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m). Les personnes ayant un IMC supérieur ou égal à 25 sont considérées comme ayant un surplus de poids. Dans ce groupe, on distingue l'embonpoint et l'obésité : l'embonpoint correspond à un IMC plus grand ou égal à 25 mais inférieur à 30, alors que l'obésité correspond à un IMC supérieur ou égal à 30. L'IMC est construit à partir de mesures autodéclarées lors des enquêtes de santé. Bien que plus facile et moins coûteuse à documenter, cette approche donnerait, pour le surplus de poids, des résultats sous-estimant l'ampleur du phénomène^{58,59}.

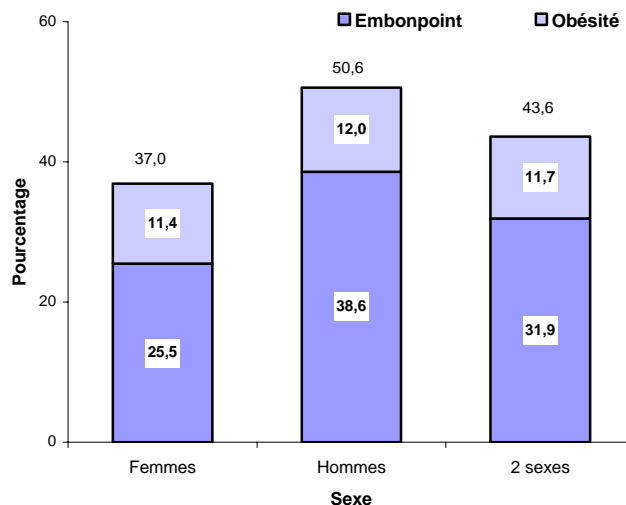
55. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002), p. 64-65.

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

57. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002), p. 64-65.

58. M. FERLAND et M. PAGEAU (2008), *Les analyses*, p. 97.

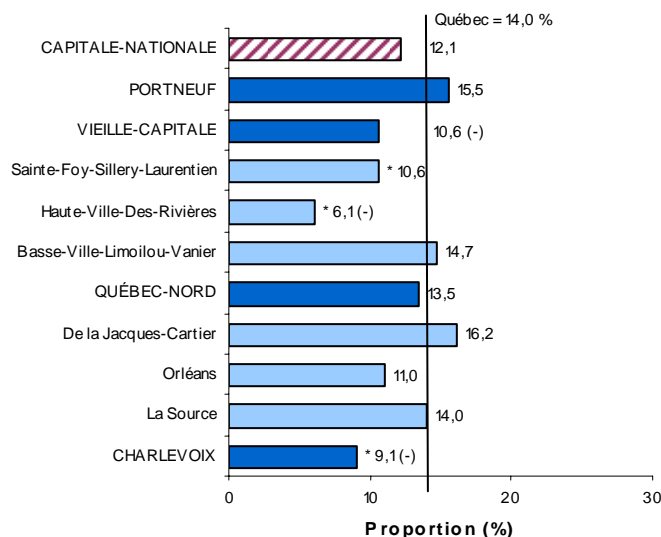
- Dans la région, 44 % des adultes déclaraient un surplus de poids en 2005, proportion nettement supérieure à celle observée (29 %) en 1987⁶⁰. La moitié des hommes présentent un surplus de poids comparativement à 37 % chez les femmes (figure 34).
- L'embonpoint est beaucoup plus prévalent que l'obésité. Il est plus fréquent chez les hommes (39 %) que chez les femmes (26 %), alors que la prévalence de l'obésité est relativement similaire chez les deux sexes à environ 12 %. Ces données pour la région sont comparables à la moyenne provinciale. En 2005, environ 60 000 personnes dans la région étaient considérées comme obèses⁶¹.



Source : DSP (2008), fiche 109

Figure 34 Proportion de la population de 18 ans et plus présentant un surplus de poids, selon le sexe, région de la Capitale-Nationale, 2005

- Dans les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Charlevoix, la population adulte présentait moins d'obésité comparativement à l'ensemble des Québécois adultes (figure 35).
- Dans l'étude effectuée par Mongeau et ses collaborateurs, le revenu, la scolarité et le lieu de résidence comptaient parmi les facteurs associés au surplus de poids (données pour l'ensemble du Québec)⁶². Les auteurs ont constaté moins d'obésité chez les mieux nantis (12 %) comparativement aux moins bien nantis (18 %); moins d'obésité chez les plus scolarisés (9 %) comparativement aux moins scolarisés (20 %); le surplus de poids était aussi moins élevé dans les lieux de résidence plus densément peuplés (46 %) que dans ceux qui le sont moins (52 %).



Source : DSP (2008), fiche 109

Figure 35 Proportion de la population de 18 ans et plus, présentant de l'obésité, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2003

59. L. MONGEAU, N. AUDET, J. AUBIN et R. BARALDI (2005).
 60. M. FERLAND et M. PAGEAU (2008), *Les analyses*, p. 96.
 61. M. FERLAND et M. PAGEAU (2008), *Les analyses*, p. 96.
 62. L. MONGEAU, N. AUDET, J. AUBIN et R. BARALDI (2005).

Troisième partie

La consommation des services en CSSS

Aux données épidémiologiques usuelles sur l'état de santé et ses déterminants, le portrait régional des maladies chroniques ajoute des informations issues des données de consommation des services par les personnes atteintes de maladies chroniques.

La présente section traitera des activités des CSSS en lien avec les maladies chroniques, des caractéristiques des usagers joints en CSSS en raison d'un diagnostic de maladie chronique, des activités de prévention visant les habitudes de vie ayant un impact sur la prévalence des maladies chroniques, et enfin des activités dans le cadre du programme Traité-Santé, un programme régional de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de maladie chronique. Cette section demeure de facture très générale, car les indicateurs sont présentés pour toutes les maladies chroniques confondues. Les fascicules suivants fourniront des données plus précises sur chacune des maladies chroniques.

Quelques considérations méthodologiques

Les données utilisées aux fins de cette partie, à l'exception des données populationnelles, proviennent de la banque I-CLSC. Les indicateurs sont produits essentiellement sur la base des interventions faites auprès de personnes qui ont reçu les services d'un CSSS pour une raison liée à une maladie chronique. Ces données ne permettent aucunement d'établir la prévalence d'une maladie chronique sur un territoire : elles renseignent uniquement sur les activités des CSSS auprès de personnes jointes particulièrement pour une ou des maladies chroniques. Les données rapportées ici ne rendent pas compte du nombre total de personnes rencontrées par les CSSS atteintes de maladies chroniques. En effet, les analyses de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal provenant de banques de données jumelées font ressortir, d'une part, que les CLSC ne joignent que 44 % des personnes de 40 ans et plus atteintes de MPOC et, d'autre part, que, parmi celles-ci, dans moins de 30 % des cas seulement on évoquait directement la MPOC comme raison principale ou secondaire de l'intervention reçue⁶³. Il est permis de penser que la situation est semblable pour les autres maladies chroniques.

Les données présentées ici ne mettent donc au jour qu'une infime partie des services utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux par les personnes atteintes de maladie chronique. Il est prévu de faire prochainement de nouvelles analyses, semblables à celles menées par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à partir des banques jumelées⁶⁴ dont dispose l'Agence. Cette partie du document sera donc complétée sous peu à partir des dernières analyses, donnant une image plus complète de la réalité, puisqu'elle intégrera les données relatives aux hospitalisations, aux consultations médicales, etc.

63. Odette LEMOINE et autres, L'utilisation des services de santé par les Montréalais de 40 ans et plus souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique en 2003-2004, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de la région de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 85 p.

64. Les banques jumelées permettent, à l'aide d'un identifiant unique qui met en relation différentes banques de données (I-CLSC, Med-Écho, RAMQ, etc.), de suivre les trajectoires de services des patients dans les différents établissements du réseau.

Voici quelques précisions importantes concernant les traitements statistiques réalisés à partir de la banque I-CLSC :

- I-CLSC est une base de données structurée autour des interventions faites auprès d'usagers. Une « intervention se définit comme une ou plusieurs actions réalisées pour un usager (individu, groupe, communautaire) et nécessitant l'ajout d'une note significative au dossier » (MSSS, 2009 : 3-51). Les usagers peuvent être des individus (intervention individuelle), des groupes (intervention de groupe) ou un organisme communautaire (intervention communautaire). À moins d'indication contraire, seules les interventions de type individuel ont été retenues.
- Le système permet, pour une intervention unique auprès d'un usager, la codification d'un maximum de trois actes. Aussitôt que plus de trois actes sont nécessaires dans le cadre d'une intervention, deux interventions sont comptabilisées. Le nombre d'interventions est donc légèrement surestimé (3 % en moyenne).
- I-CLSC permet de dénombrer les usagers distincts ayant fait l'objet d'interventions du CSSS pendant une année financière seulement. Il ne permet pas de dénombrer les usagers distincts sur plusieurs années. On ne peut donc pas faire le cumul des usagers distincts joints pendant les trois années étudiées.
- Tous les types de services offerts (médical, service courant, soutien à domicile et services psychosociaux) sont considérés dans le traitement.
- Les raisons d'intervention retenues pour chacune des maladies chroniques, lesquelles font référence au diagnostic justifiant l'intervention, sont présentées à l'annexe 3.
- Sur une possibilité de trois raisons pouvant être associées à une intervention dans I-CLSC, seule la raison principale (raison 1 ou diagnostic principal) a été retenue pour dénombrer les personnes ayant reçu des services du CSSS en lien avec un problème de santé chronique.
- La ventilation par territoire de CLSC correspond à l'activité de chacune des installations – en d'autres termes, les données réfèrent à des bassins de desserte. Dans le cas contraire, une précision sera apportée.
- Les années financières de référence sont de 2005-2006 à 2007-2008.
- Lorsque la variation dans les données d'une année à l'autre est relativement constante, seule une moyenne des trois années est présentée. Dans le cas contraire, les données des trois années sont présentées pour montrer les écarts.

15. Les activités des CSSS en lien avec les maladies chroniques

Dans la région de la Capitale-Nationale, entre 2005-2006 et 2007-2008, en moyenne 15 987 personnes ont été l'objet, au cours d'une année, d'au moins une intervention du CSSS de leur territoire pour une maladie chronique, ce qui représente 2,4 % de la population totale. Cette proportion est plus élevée dans le territoire des réseaux locaux de services (RLS) de Charlevoix et de Portneuf, où 4,4 % (1 312 hab./30 015 hab.) et 3,1 % (1 448 hab./46 918 hab.) de la population ont consulté pour une maladie chronique. Il est possible que d'autres personnes ayant un problème de santé chronique aient reçu des services de leur CSSS, sans toutefois que les interventions ne soient liées directement à ce problème de santé chronique.

La figure 36 illustre la proportion de la population ayant eu recours aux services du CSSS pour une maladie chronique, par RLS et selon la nature de la maladie chronique, pour 1 000 habitants, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008.

- Parmi les maladies chroniques retenues, le cancer, les maladies cardiaques, l'hypertension et le diabète sont celles pour lesquelles on note les plus forts taux : pour chacune de ces maladies, entre 4 et 6 personnes sur 1 000 ont reçu des services du CSSS. Les taux baissent autour de 1,5 % dans le cas de la MPOC, des maladies ostéo-articulaires et des maladies vasculaires cérébrales.

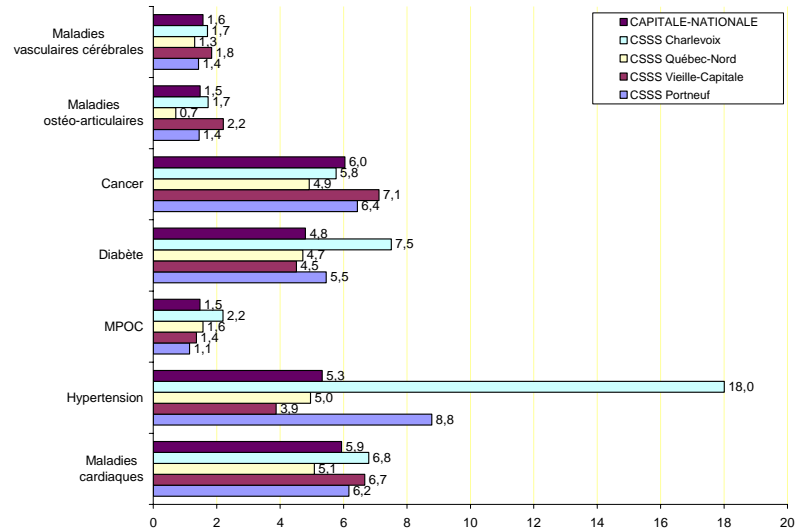


Figure 36 Proportion de la population ayant consulté le CSSS pour un problème de santé chronique, selon le territoire de RLS et la nature du problème, pour 1 000 habitants, région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008

- Pour ce qui est de l'hypertension artérielle, du cancer et du diabète, on observe des écarts entre les territoires locaux dans le pourcentage de personnes jointes par les CSSS. La proportion de personnes jointes par le CSSS atteintes d'hypertension artérielle est plus importante dans les territoires des RLS de Charlevoix et de Portneuf qu'ailleurs. C'est également le cas pour la proportion de personnes atteintes de cancer dans le territoire du RLS de la Vieille-Capitale, ou encore dans le territoire de Charlevoix, pour celles atteintes de diabète. Il n'est pas possible d'en conclure automatiquement que ces problèmes ont une prévalence plus élevée dans ces territoires : les écarts peuvent être attribuables à des pratiques organisationnelles (priorité accordée à ce problème) ou encore à des questions de saisie de données.

16. Les caractéristiques des usagers atteints d'une maladie chronique joints par les CSSS

Entre 2005-2006 et 2007-2008, les 16 294 usagers distincts ayant recours aux services de leur CSSS pour une maladie chronique représentent en moyenne 10 % de l'ensemble des usagers joints individuellement par les CSSS de la région de la Capitale-Nationale (n = 155 663). Ces usagers atteints d'une maladie chronique font l'objet, en moyenne, de 132 253 interventions par année, soit 10,4 % de l'ensemble des interventions individuelles dispensées par les CSSS de la région (n moyen = 1 271 485)⁶⁵.

65. Il ne faut toutefois pas oublier que ces personnes atteintes d'une maladie chronique peuvent avoir été soumises à d'autres interventions auxquelles cette maladie chronique n'aurait pas été associée comme raison principale de l'intervention : par exemple, une consultation pour une pneumonie au cours d'un suivi pour un cancer du sein.

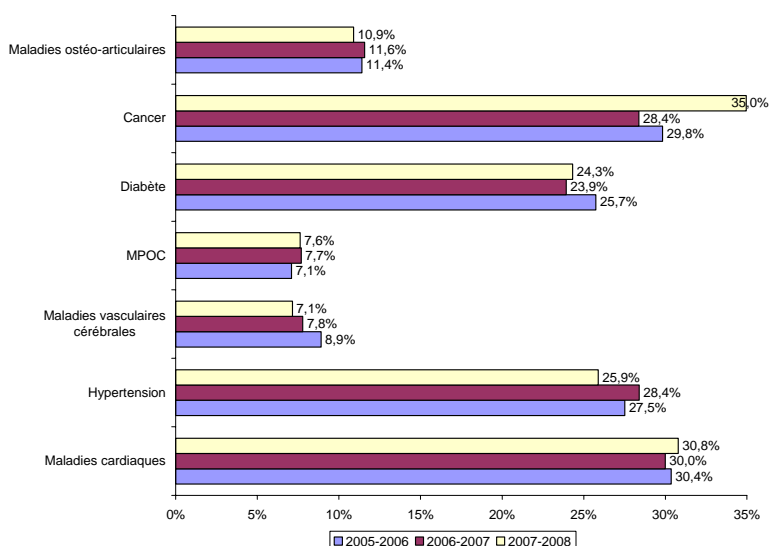
Sur l'ensemble des interventions individuelles dispensées par les CSSS à la clientèle ayant une maladie chronique, plus des trois quarts sont destinés aux usagers atteints de maladies cardiaques (21,7 %, n = 28 704), de cancer (33,8 %, n = 44 645), de diabète (14,6 %, n = 19 325) ou d'hypertension artérielle (10 %, n = 13 225).

Il est à noter que, pendant cette période, tant le nombre d'usagers joints par le CSSS pour un problème de santé chronique que le nombre d'interventions à leur égard sont demeurés relativement constants : le nombre d'usagers distincts augmente de 1,3 % passant de 16 157 à 16 378 usagers distincts, alors que le nombre d'interventions augmente de 0,1 %, passant de 132 443 à 132 589 interventions individuelles.

Entre 2005-2006 et 2007-2008, près de 90 % des usagers distincts ayant reçu des services du CSSS pour une maladie chronique sont atteints de maladie cardiaque, d'hypertension artérielle, de diabète ou de cancer. Cela représente en moyenne, durant ces trois années, 14 459 usagers.

La figure 37 montre la répartition des différents diagnostics parmi l'ensemble des personnes jointes pour des raisons de maladie chronique (n moyen = 16 294). Il ne s'agit pas ici d'usagers distincts, une même personne pouvant cumuler plusieurs maladies chroniques.

- Entre 2005-2006 et 2007-2008, les diagnostics de cancer sont les plus fréquents, touchant, en 2007-2008, près du tiers des personnes ayant reçu des services pour une raison liée à une maladie chronique. On remarque une hausse importante au cours de la dernière année.



- Les diagnostics de maladies cardiaques touchent trois personnes jointes sur dix, en 2007-2008. En 2005-2006 et 2006-2007, les proportions de diagnostics de maladies cardiaques étaient comparables à celles des cancers, autour de 30 %.
- Le quart des personnes jointes est atteint soit de diabète, soit d'hypertension. Cette proportion a légèrement varié pendant les trois années étudiées.
- Enfin, les maladies ostéo-articulaires, la MPOC et les maladies vasculaires cérébrales touchent moins de 1 personne jointe sur 10.

La figure 38 présente la répartition des usagers distincts ayant reçu des services du CSSS pour un problème de santé chronique, selon le cumul de maladies chroniques, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008.

- Entre 2005-2006 et 2006-2007, parmi l'ensemble des usagers ayant recours aux services de leur CSSS pour une maladie chronique, un peu plus de 85 % font appel aux services du CSSS pour un seul diagnostic de maladie chronique (n moyen = 14 252), un peu plus de 11 % consulte pour un double diagnostic (n moyen = 1 774) et 1,6 % des usagers reçoivent des services pour trois diagnostics et plus (n moyen = 267).

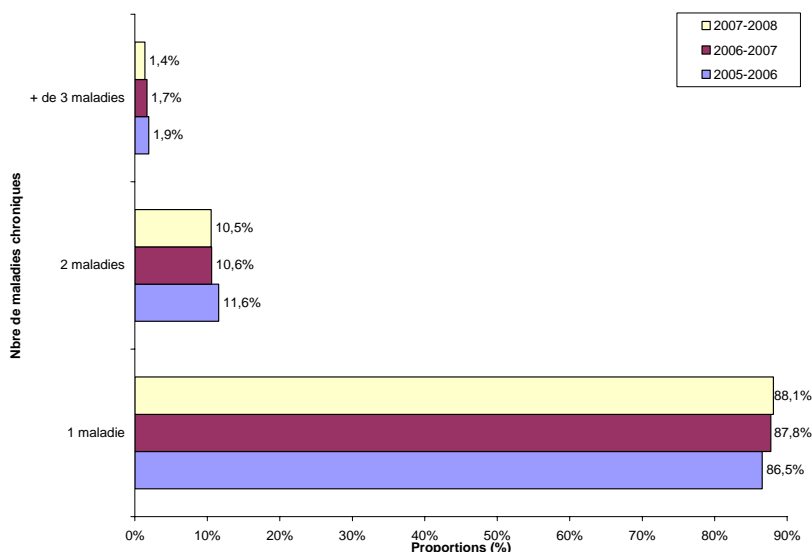


Figure 38 Répartition des usagers distincts ayant reçu des services du CSSS pour des problèmes de santé chroniques, selon le cumul de maladies chroniques, région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008

- La figure fait ressortir qu'entre 2005-2006 et 2007-2008, parmi les usagers recevant des services de leur CSSS pour une maladie chronique, la proportion de ceux ayant un seul diagnostic augmente légèrement, alors qu'on observe l'inverse dans les cas de deux diagnostics et de trois diagnostics et plus.

Le tableau 2 montre les diagnostics le plus souvent associés chez les personnes ayant reçu des services de leur CSSS pour deux problèmes de santé chroniques. Les cinq associations présentées comptent pour plus de la moitié des doubles diagnostics (54,8 %).

- Plus des trois quarts de ces associations les plus fréquentes comprennent un diagnostic de maladie cardiaque (79,3 %, n = 771 us. /972 us.). La moitié des autres associations comprennent un diagnostic d'hypertension artérielle ou de diabète (respectivement 50,1 %, n = 487 us./972 us. et 49,8 %, n = 484 us./972 us.).

Tableau 2 Double diagnostic : associations les plus fréquentes	n	%
Double diagnostic	1 774	100 %
Hypertension artérielle et Diabète	218	12,3 %
Maladies cardiaques et Maladies vasculaires cérébrales	112	6,3 %
Maladies cardiaques et Cancer	124	7 %
Maladies cardiaques et Diabète	266	13,9 %
Maladies cardiaques et Hypertension artérielle	269	15,3 %
TOTAL	972	54,8 %

17. Les activités d'éducation et de prévention

En CSSS, le Plan d'action local de santé publique précise les programmes et activités à réaliser au regard de la promotion de la santé et de la prévention primaire et secondaire des maladies chroniques. Ces interventions visent l'adoption de saines habitudes de vie pouvant contribuer à diminuer l'incidence et la prévalence de ces maladies dans la population. Deux stratégies sont privilégiées : les actions éducatives auprès d'individus ou de groupes et les actions environnementales visant le développement de milieux de vie favorables à la santé. Les thèmes considérés sont l'alimentation et la nutrition, le soutien à l'abandon du tabagisme et l'activité physique. Dans notre région, le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION assure l'arrimage de l'ensemble des interventions.

De plus, dans le cadre de leurs services courants, les CSSS proposent des activités visant à ralentir la progression chez les personnes déjà atteintes de maladies chroniques. Le programme Traité-Santé en est un exemple.

Les données présentées dans cette section sont celles qui ont fait l'objet d'une saisie dans le système I-CLSC. Elles ne rendent pas compte des activités populationnelles de promotion et de prévention, par exemple les activités de sensibilisation visant à diminuer l'usage du tabac s'adressant aux jeunes en milieu scolaire (Tournée IN VIVO, De Facto, Mission TNT-06, etc.), les campagnes promotionnelles, etc.

La figure 39 illustre la répartition des usagers distincts, atteints ou non d'un problème de santé chronique⁶⁶, joints par les activités d'éducation et de prévention **individuelles** des CSSS de la région de la Capitale-Nationale, entre 2005-2006 et 2007-2008⁶⁷. Les 8 619 usagers distincts joints par ces activités représentent seulement 5,5 % du total des usagers ayant reçu des services de leur CSSS (n = 155 467). Globalement, ils ont été l'objet de 22 120 interventions, soit en moyenne 2,6 interventions individuelles préventives chacun.

66. Le nombre d'usagers atteints d'une maladie chronique joints dans le cadre d'activités d'éducation et de prévention est si modeste que le choix a été fait de présenter les données concernant l'ensemble des usagers joints pour toutes ces activités. Cela représente, en moyenne, 22,3 % des usagers distincts joints par les services de leur CSSS pour un problème de santé chronique, soit 1 918 usagers sur un total de 8 619 usagers. En outre, sur l'ensemble des personnes ayant reçu des services de leur CSSS pour une maladie chronique, 11,8 % (soit 1 918 us./16 294 us.) ont bénéficié d'activités d'éducation et de prévention entre 2005-2006 et 2007-2008.

67. N'ont été retenues que les activités d'éducation et de prévention réalisées dans le cadre d'une intervention « structurée » auprès d'individus ou de groupes. Les activités de sensibilisation dites « ponctuelles » ne sont pas prises en compte, par exemple la tenue d'un kiosque dans un endroit public ou lors d'un événement particulier pour faire de la sensibilisation auprès de la population.

- Entre 2005-2006 et 2007-2008, la majorité des usagers joints par ces activités d'éducation et de prévention (85 %, n moyen = 7 332) a reçu des interventions individuelles abordant l'alimentation et la nutrition. Les autres thèmes n'ont joint qu'un faible pourcentage des usagers.

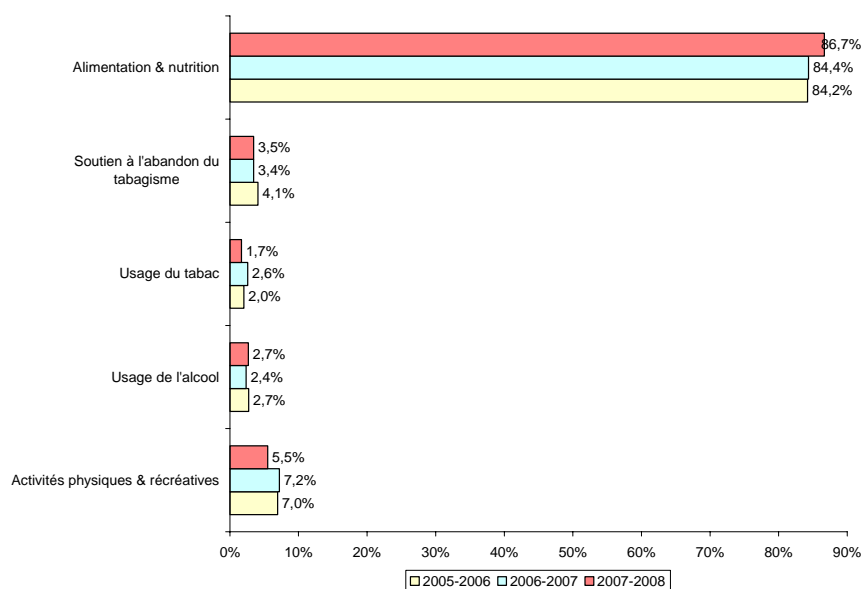


Figure 39 Répartition des usagers distincts, selon la nature des activités d'éducation et de prévention individuelles, région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008

- Au cours de la même période, on observe une diminution du nombre d'usagers distincts qui font l'objet d'interventions éducatives et préventives individuelles dans les secteurs de l'activité physique et récréative (-22,0 %, n = -132), de l'usage du tabac (-17,7 %, n = -31) et du soutien à l'abandon du tabagisme (-16,7 %, n = -59).

Du côté des activités de **groupe**, on dénombre en moyenne 2 931 usagers inscrits annuellement à des activités d'éducation et de prévention de ce type, et ces derniers participent, en moyenne, à 4,6 séances. Entre 2005-2006 et 2007-2008, on observe une diminution de 18,4 % des usagers inscrits, lesquels sont passés de 3 172 en 2005-2006 à 2 589 en 2007-2008.

La figure 40 montre la répartition des usagers joints par les services de leur CSSS, qui bénéficient d'activités de groupe éducatives et préventives, dans la région de la Capitale-Nationale au cours des années 2005-2006 à 2007-2008⁶⁸.

68. Il n'est pas possible de calculer les usagers distincts ayant participé à des activités de groupe. Le nombre d'usagers joints par les activités de groupe a été calculé en établissant un nombre moyen de participants pour chacune des activités dispensées.

- Parmi l'ensemble des usagers joints par les activités de groupe éducatives et préventives, un peu plus de la moitié participe à des activités portant sur l'alimentation et la nutrition (n moyen = 1 617), alors qu'un peu plus du tiers participe à des activités physiques et récréatives (n moyen = 1 138).

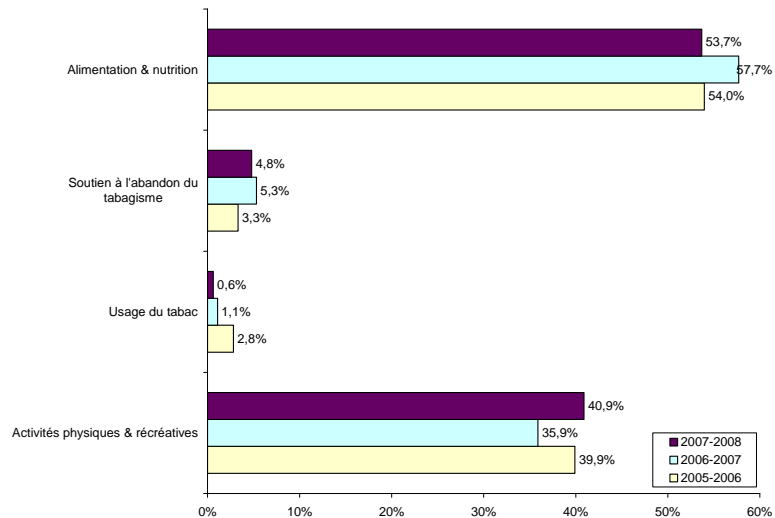


Figure 40 Répartition des usagers distincts, selon la nature des activités de groupe éducatives et préventives, région de la Capitale-Nationale, de 2005-2006 à 2007-2008

- Au cours de la même période, on observe une diminution de 82 % des usagers joints par les activités de groupe éducatives et préventives liées à l'usage du tabac, qui sont passés de 89 usagers en 2005-2006 à 16 usagers en 2007-2008, ainsi qu'une diminution de 18,8 % des usagers participant à des activités touchant l'alimentation et la nutrition (de 1 712 en 2005-2006 à 1 390 en 2007-2008). Au contraire, on note une augmentation de 15,3 % du nombre d'usagers joints par les interventions de groupe préventives liées au soutien à l'abandon du tabagisme : on comptait 105 usagers en 2005-2006 contre 124 en 2007-2008.

Deux hypothèses peuvent expliquer le faible volume d'activités d'éducation et de prévention, de type individuel ou de groupe, produit par les intervenants des CSSS de la région de la Capitale-Nationale. Selon la première, il y aurait une bonne implantation de ces activités d'éducation et de prévention au sein des programmes-services des CSSS de la région; c'est une mauvaise codification qui serait en cause.

La seconde hypothèse suggère que les activités d'éducation et de prévention sont intégrées aux interventions sans que ces actes soient inscrits dans la banque I-CLSC. Ainsi, un intervenant qui a conseillé à un usager d'arrêter de fumer afin d'améliorer la gestion de sa maladie chronique peut s'abstenir d'inscrire cet acte réalisé dans le cadre de son intervention. Deux raisons semblent justifier cette abstention : le fait que l'inscription d'un maximum de trois actes par intervention oblige l'intervenant à prioriser la nature des actes réalisés, ou bien la perception que son activité d'éducation et de prévention est non significative.

18. Le programme Traité-Santé

Traité-Santé est un programme régional de réadaptation multifactorielle destiné à la clientèle atteinte de problèmes de santé chroniques, plus particulièrement aux malades cardiaques et aux diabétiques (la clientèle MPOC devrait être intégrée sous peu). Il vise l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des personnes atteintes d'une maladie chronique par l'éducation et la gestion de la maladie (soins infirmiers) ainsi que par la promotion et l'adoption de saines habitudes de vie (nutrition, kinésiologie et centre

d'abandon du tabagisme). Cette section présente quelques données relatives aux activités du programme Traité-Santé.

Précisons que les données utilisées ici, provenant du système I-CLSC, ne sont accessibles qu'aux établissements qui les ont générées dans le cadre de la reddition de compte annuelle. Les années financières de référence sont de 2006-2007 à 2008-2009.

La figure 41 montre la répartition des demandes de services adressées au programme Traité-Santé, selon la provenance, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009. En moyenne, le programme Traité-Santé reçoit 1 112 demandes de services par année.

- Les demandes de services transmises au programme Traité-Santé proviennent en majorité de trois milieux. Les centres hospitaliers sont les principaux générateurs de demandes : entre 2006-2007 et 2008-2009, ils sont à l'origine de plus du tiers des

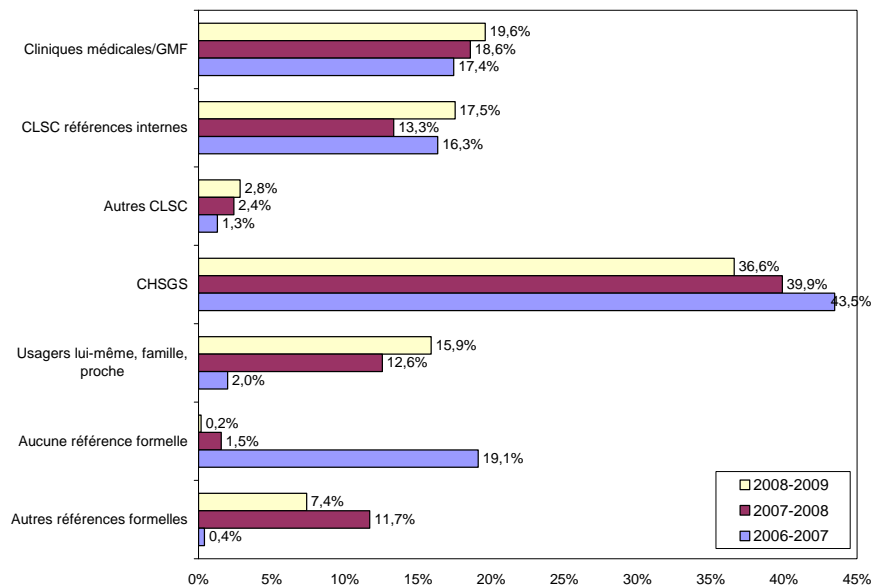


Figure 41 Répartition des demandes de services adressées au programme Traité-Santé, selon la provenance, région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009

demandes (39,8 %, n moyen = 443 demandes de services). Les cliniques médicales et les GMF d'une part, et les CLSC, si on additionne les demandes internes aux demandes provenant d'autres CLSC, génèrent sensiblement le même volume de demandes, soit 36,6 % des demandes (n moyen = 407 demandes de services).

- Pendant la période étudiée, les demandes de services adressées au programme Traité-Santé provenant des CHSGS ont diminué de 3 % (n = -13 demandes de services), alors que celles des CLSC et des cliniques médicales ou des GMF ont augmenté de 25 % (n = +59 demandes de services) et 22,8 % (n = +52 demandes de services).
- Les demandes provenant des usagers eux-mêmes ou de leurs proches sont en progression constante entre 2006-2007 et 2008-2009 (89,2 %, n = +165 demandes de services). Si la moyenne des trois années d'observation est nettement moins élevée que pour les autres sources de demandes, on constate que le volume de demandes en 2008-2009 se rapproche de celui généré par les CLSC ou les cliniques médicales/GMF.

La figure 42 présente la répartition des nouveaux usagers atteints d'un problème de santé chronique ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon le territoire de CLSC, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009. En moyenne,

chaque année, 836 personnes atteintes d'un problème de santé chronique bénéficient des services du programme Traité-Santé de leur CSSS.

- Les personnes atteintes d'un problème de santé chronique jointes par le programme Traité-Santé consultent principalement dans trois territoires de CLSC, soit les secteurs de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (24 %, n moyen = 199 us.), de La Source (17 %, n moyen = 141 us.) et d'Orléans (16,2 %, n moyen = 134 us.).

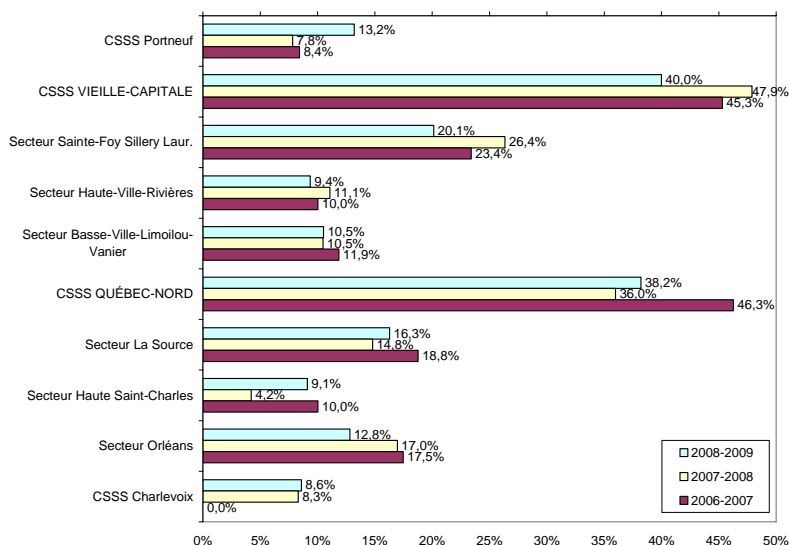


Figure 42 Répartition des nouveaux usagers atteints d'un problème de santé chronique ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon le territoire de CLSC, région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009.

- Selon les territoires de CLSC de la région, la diminution de la proportion d'usagers joints par le programme Traité-Santé entre 2006-2007 et 2008-2009 varie de 11,5 % (n = -9 us.) à 38,3 % (n = -62 us.). Le CSSS de Portneuf se démarque avec une hausse de fréquentation depuis 2006-2007.

La figure 43 illustre la répartition des nouveaux usagers atteints d'une maladie chronique ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon le territoire de CLSC et la nature du problème de santé chronique, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2007-2008 à 2008-2009.

- Comme on peut s'y en attendre en raison de son offre de service, en moyenne, la clientèle du programme Traité-Santé est atteinte, dans près de 95 % des cas, soit d'une maladie cardiaque (50,2 %, n moyen = 349/695 us.) ou de diabète (43,6 %, n moyen = 303/695 us.), alors que celle atteinte de la MPOC représente seulement 0,7 % des usagers joints (n moyen = 5/695 us.).

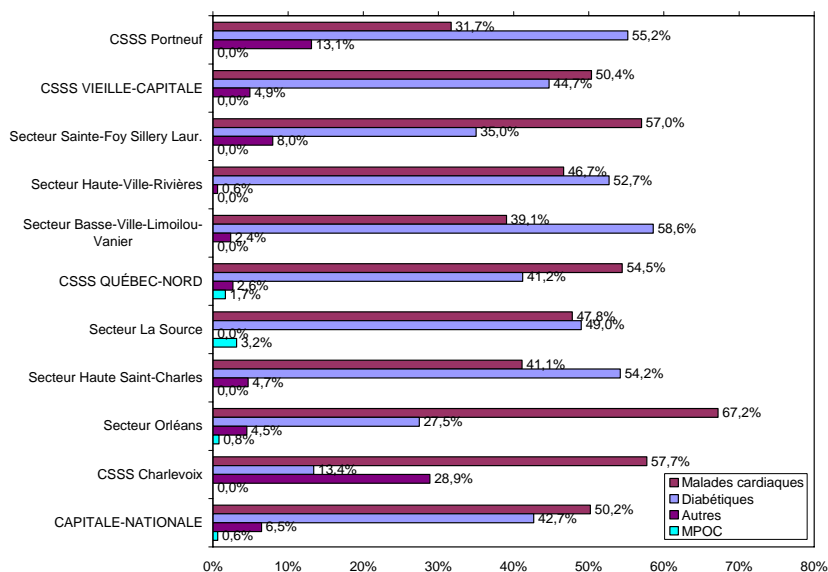


Figure 43 Répartition des nouveaux usagers inscrits au programme Traité-Santé, selon le territoire de CLSC et la nature du problème de santé chronique, région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009

- On remarque, d'un territoire à l'autre, une très grande variation dans la répartition des deux grands groupes de clientèle. Dans le CSSS Portneuf et le secteur de Basse-Ville-Limoilou-Vanier, le taux de diabétiques qui bénéficient du programme Traité-Santé est plus élevé que celui de la région de la Capitale-Nationale (42,7 %), soit respectivement 55,2 % (n moyen = 51 us.) et 58,6 % (n moyen = 50 us.), alors que le taux de malades cardiaques est plus faible que celui de la région (50,2 %) : 31,7 % (n moyen = 29 us.) et 39,1 % (n moyen = 33 us.).
- À l'inverse, dans les secteurs d'Orléans et de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien, on trouve une majorité de malades cardiaques. Le taux de malades cardiaques est plus élevé que celui de la région de la Capitale-Nationale (50,2 %), soit 67,2 % (n moyen = 122 us.) et 57 % (n moyen = 108 us.), alors que le taux de diabétiques y est cependant plus faible que celui de la région (42,7 %) : 27,5 % (n moyen = 34 us.) et 35 % (n moyen = 66 us.).

La figure 44 montre la répartition du nombre moyen d'interventions par usager ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon les territoires de CLSC, dans la région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009.

Cette donnée est issue des dossiers fermés des usagers ayant participé au programme. Il est à noter que le nombre moyen d'interventions par usager est légèrement sous-estimé, car les personnes ayant abandonné en cours de programme sont comptabilisées, diminuant ainsi le nombre moyen d'interventions reçues pour un usager. Seuls les établissements ayant les données complètes pour réaliser le calcul sur les deux années à l'étude ont été retenus.

- Le nombre moyen d'interventions par usager est assez constant d'un territoire à l'autre, à l'exception de deux territoires qui se démarquent. Alors que la moyenne régionale est de 5,9 int./us., le secteur d'Orléans en dispense en moyenne 7,4 par année et le secteur de Haute-Saint-Charles, 4,2.

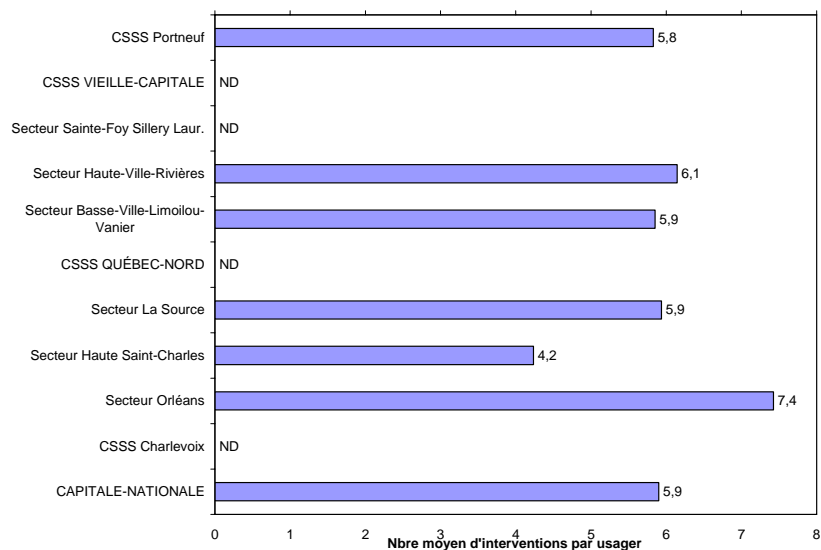


Figure 44 Répartition du nombre moyen d'interventions par usager ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon le territoire de CLSC, région de la Capitale-Nationale, de 2007-2008 à 2008-2009.

La figure 45 présente la répartition des interventions faites auprès de la clientèle atteinte d'un problème de santé chronique ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon le type d'intervenants rencontrés et le territoire de CLSC, dans la région de la Capitale-Nationale, entre 2006-2007 et 2008-2009.

En moyenne, par année, le nombre d'interventions est de 5 757. On observe une diminution de 3,7 % des interventions (n = -218 int.) entre 2006-2007 et 2008-2009.

Les infirmières pivots effectuent, en moyenne, pendant les années observées, près de 50 % (n moyen = 2 893/5 757 int.) des interventions liées au programme Traité-Santé, alors que les nutritionnistes et les kinésiothérapeutes dispensent respectivement 35 % (n moyen = 1 997/5 757 int.) et 15 % (n moyen = 868/5 757 int.) de l'ensemble des interventions du programme, entre 2006-2007 et 2008-2009.

- Au cours de la même période, trois territoires de CLSC se démarquent plus particulièrement des autres par leur répartition atypique des interventions réalisées par les intervenants, soit le CSSS de Portneuf, les secteurs de La Source et de Haute-Saint-Charles.

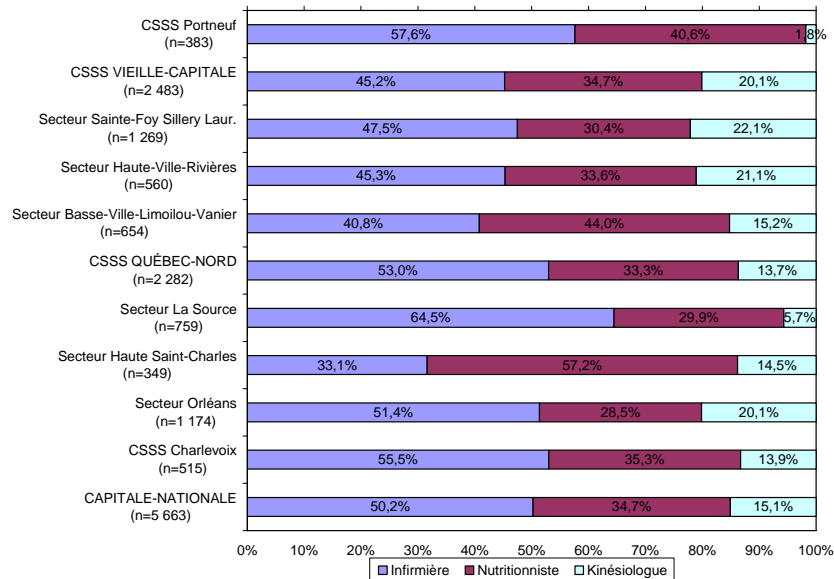


Figure 45 Répartition des interventions réalisées auprès de la clientèle atteinte d'un problème de santé chronique ayant bénéficié du programme Traité-Santé, selon le type d'intervenants rencontrés et le territoire de CLSC, région de la Capitale-Nationale, de 2006-2007 à 2008-2009

- Dans le CSSS de Portneuf, la très grande majorité des interventions, faites par les infirmières pivots et les nutritionnistes, sont réparties à peu près également entre ces deux intervenantes. Les interventions relevant des kinésiothérapeutes représentent une très faible proportion des activités (1,8 %, n moyen = 8 int.).
- Le secteur de La Source se démarque par le fort volume des activités assumées par les infirmières pivots, supérieur de 22,2 % (64,5 %, n moyen = 497 int.) à la moyenne régionale (50,2 %, n moyen = 2 893 int.). Là aussi, l'activité physique ne représente qu'un faible pourcentage de l'activité totale (5,7 %, n moyen = 44 int.).
- Enfin, dans le secteur de Haute-Saint-Charles, on observe plutôt une forte activité du côté des nutritionnistes. Leur volume d'interventions est supérieur de plus de 39,3 % (57,2 %, n moyen = 200 int.) à la moyenne régionale (34,7 %, n moyen = 1 997 int.). Le volume d'interventions assumé par les kinésiothérapeutes est quand même important. Par conséquent, on observe une plus faible proportion d'activités relevant des infirmières pivots : il y est inférieur de plus de 32,1 % (33,1 %, n moyen = 116 int.) à la moyenne régionale (50,2 %, n moyen = 2 893 int.).

Conclusion

L'accroissement de la prévalence des maladies chroniques, à fortiori dans un contexte de vieillissement de la population et de pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux, exige un changement important dans les approches et l'organisation des services.

Faisant, d'une part, un survol de la problématique et des modèles d'organisation de services en émergence et fournissant, d'autre part, des données générales sur l'état de santé de la population, les déterminants de la santé ainsi que des données encore partielles sur la consommation de services, ce premier fascicule du *Portrait régional en soutien à la prévention et à la gestion des maladies chroniques* se veut un soutien à la mobilisation générale du réseau qu'appelle une véritable approche de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Il ressort des données présentées que la prévalence des maladies chroniques ne peut qu'augmenter dans la prochaine décennie. On insiste souvent sur le lien indéniable entre vieillissement de la population et maladies chroniques. Cependant, cela ne doit pas occulter une autre réalité, soit celle des mauvaises habitudes de vie qui mettent à risque une population de plus en plus jeune. S'il est important d'organiser les services de manière à mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante dont l'état de santé devient de plus en plus complexe avec le cumul de maladies, notamment de maladies chroniques, il n'en demeure pas moins vrai que le réseau doit également accorder suffisamment d'énergie et de ressources à faire la promotion de saines habitudes de vie et à prévenir les maladies chroniques.

Références

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007. Région de la Capitale nationale*, Québec, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004, 143 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Plan d'action régional de santé publique 2008-2012. Mise à jour 2008. Région de la Capitale-Nationale*, Document de consultation, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2008, 167 p. (http://www.dspq.qc.ca/documents/PAR_08-12.pdf, 1^{er} avril 2009)
- AUCOIN, Léonard. «La gestion des maladies chroniques», *Priisme Info*, 2005a, (Mars 2005) : 15-22.
- AUCOIN, Léonard. «Les maladies chroniques : un problème aigu», *Priisme Info*, 2005b, (Mars 2005) : 4-6.
- BALIUNAS, D., J. PATRA, J. REHM, S. POPOVA, M. KAIRSERMAN et B. TAYLOR. « Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques », *Maladies chroniques au Canada*, 2007, vol. 27, n^o 4, p. 168-177.
- CAMIRAND, H. et V. DUMITRU. « L'activité physique chez les adultes québécois en 2005. Portrait de l'activité physique de loisir et aperçu des transports actifs », *Zoom Santé. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Institut de la statistique du Québec, mai 2008, 4 p.
- CAZALE, L., P. LAPRISE et V. NANHOU. «Maladies chroniques au Québec et au Canada: évolution récente et comparaisons régionales», *Zoom Santé. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Institut de la statistique du Québec, janvier 2009, n^o 17, 8 p.
- DAIGLE, Jean-Marc. *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales - Prévalence, morbidité et mortalité au Québec*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, 108 p.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE (M. Ferland et M. Pageau). *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2008, 140 p.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE (M. Pageau et M. Ferland). *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2008, 527 p.
- DUBÉ, G. « Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006 : les faits saillants », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, novembre 2007, 8 p.

- LEMOINE, Odette, et autres. *L'utilisation des services de santé par les Montréalais de 40 ans et plus souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique en 2003-2004*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de la région de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 85 p.
- LEVESQUE, Jean-Frédéric, et autres. *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec, barrières et éléments facilitant. Résumé*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Institut national de santé publique, 2007, 4 p.
- [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/725-MaladiesChroniqueResume.pdf>, 4 mars 2009]
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et Plan d'action 2008-2013. Mieux soutenir les personnes atteintes, les milieux cliniques et les communautés*, Document de travail, Gouvernement du Québec, 2008, 27 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, Document de travail, Gouvernement du Québec, 2007, 44 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projections de la population au 1^{er} juillet, 2001 à 2026*. Service de diffusion de l'information, 2005.
[http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=121,0,0,1,0,0]
- MONGEAU, L., N. AUDET, J. AUBIN et R. BARALDI. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Institut de la statistique, 2005, 23 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Quantification de certains risques majeurs pour la santé », *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, chapitre 4, p. 69-70.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 346 p.
- SANTÉ CANADA. *Arrêter, c'est gratifiant*.
[<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/quit-cesser/ready-pret/reward-gratifiant-fra.php>]
(consulté le 10 février 2009)

Annexe 1 Sites en ligne sur les maladies chroniques

Surveillance et statistiques

Québec

Institut national de santé publique : <http://www.inspq.qc.ca/domaines/index.asp?Dom=40&Axe=46>

Institut national de santé publique (Santéscope) : <http://www.inspq.qc.ca/santescope/>

Institut de la statistique du Québec :

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/index.htm#enquete_sociale

(Données d'enquêtes sur la santé et ses déterminants)

Ministère de la santé et des services sociaux – ÉcoSanté (partenariat Québec-France) :

<http://www.ecosante.fr/QUEBFRA/900000.html>

Canada

Agence de la santé publique du Canada : http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/surveil_f.html

International

Organisation mondiale de la santé : http://www.who.int/topics/chronic_disease/fr/

(WHO Global Infobase) (Organisation mondiale de la santé) : <http://www.who.int/infobase/report.aspx>

Statistique Canada :

http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&SP_Action=Sub&SP_ID=2968&SP_Mode=2

(Données sur les déterminants)

Prévention et contrôle

Canada

Association pour la prévention des maladies chroniques Canada : <http://www.apmcc.ca/>

Association canadienne de santé publique : <http://www.cpha.ca/fr/portals/cd.aspx>

Agence canadienne de santé publique : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/index-fra.html>

Collège des médecins de famille du Canada :

<http://toolkit.cfpc.ca/fr/continuity-of-care/CDM-family-practice.php>

Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Promotion de la santé :

http://www.mhp.gov.on.ca/french/chronic_disease/default.asp

International

Organisation mondiale de la santé (OMS) :

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index.html

Annexe 2 Population selon le groupe d'âge, 2006

Répartition de la population selon le groupe d'âge et le sexe, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2006 (projection)

Territoire de CSSS et CLSC	Groupe d'âge					Total
	< 25 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	
Femmes						
PORTNEUF	6 016	5 537	7 129	2 277	2 306	23 265
VIEILLE-CAPITALE	34 006	40 387	48 961	15 851	18 810	158 015
Sainte-Foy–Sillery–Laurentien	17 271	17 037	23 290	6 849	7 196	71 643
Haute-Ville–Des-Rivières	8 144	11 302	12 314	3 931	5 729	41 420
Basse-Ville–Limoilou–Vanier	8 591	12 048	13 357	5 071	5 885	44 952
QUÉBEC-NORD	41 723	42 382	43 783	10 396	8 503	146 787
De la Jacques-Cartier	14 540	14 505	11 426	2 121	1 434	44 026
Orléans	14 371	14 347	17 361	4 458	4 332	54 869
La Source	12 812	13 530	14 996	3 817	2 737	47 892
CHARLEVOIX	3 676	3 479	4 852	1 568	1 527	15 102
CAPITALE-NATIONALE	85 421	91 785	104 725	30 092	31 146	343 169
ENSEMBLE DU QUÉBEC	1 069 378	1 057 187	1 103 593	310 519	308 436	3 849 113
Hommes						
PORTNEUF	6 331	6 205	7 672	2 033	1 436	23 677
VIEILLE-CAPITALE	34 319	42 695	42 939	11 504	8 923	140 380
Sainte-Foy–Sillery–Laurentien	17 354	17 440	19 895	5 237	3 857	63 783
Haute-Ville–Des-Rivières	8 146	11 840	10 685	2 737	2 422	35 830
Basse-Ville–Limoilou–Vanier	8 819	13 415	12 359	3 530	2 644	40 767
QUÉBEC-NORD	43 658	44 774	43 574	9 749	5 412	147 167
De la Jacques-Cartier	15 184	15 803	11 945	2 213	1 024	46 169
Orléans	14 924	14 727	16 977	3 894	2 468	52 990
La Source	13 550	14 244	14 652	3 642	1 920	48 008
CHARLEVOIX	3 918	3 658	5 018	1 383	946	14 923
CAPITALE-NATIONALE	88 226	97 332	99 203	24 669	16 717	326 147
ENSEMBLE DU QUÉBEC	1 123 208	1 103 496	1 076 300	269 409	181 557	3 753 970
Total						
PORTNEUF	12 347	11 742	14 801	4 310	3 742	46 942
VIEILLE-CAPITALE	68 325	83 082	91 900	27 355	27 733	298 395
Sainte-Foy–Sillery–Laurentien	34 625	34 477	43 185	12 086	11 053	135 426
Haute-Ville–Des-Rivières	16 290	23 142	22 999	6 668	8 151	77 250
Basse-Ville–Limoilou–Vanier	17 410	25 463	25 716	8 601	8 529	85 719
QUÉBEC-NORD	85 381	87 156	87 357	20 145	13 915	293 954
De la Jacques-Cartier	29 724	30 308	23 371	4 334	2 458	90 195
Orléans	29 295	29 074	34 338	8 352	6 800	107 859
La Source	26 362	27 774	29 648	7 459	4 657	95 900
CHARLEVOIX	7 594	7 137	9 870	2 951	2 473	30 025
CAPITALE-NATIONALE	173 647	189 117	203 928	54 761	47 863	669 316
ENSEMBLE DU QUÉBEC	2 192 586	2 160 683	2 179 893	579 928	489 993	7 603 083

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2026*, édition 2005.

Annexe 3 Raisons d'intervention (RI) retenues dans I-CLSC, par regroupements de problèmes de santé chroniques

Dans la banque de données Intégration I-CLSC, les raisons d'intervention correspondent à une maladie, une affection, un problème, un besoin ou une situation de l'utilisateur, en lien direct avec la nature de l'intervention du professionnel. Ces raisons d'intervention s'inspirent des principales classifications internationales reconnues, telles que la CIM-9, la CIM-10 et le DSM-IV.

MALADIES CHRONIQUES	CODES RI	RAISONS D'INTERVENTION
Hypertension artérielle	1801	Hypertension
Diabète	1305	Diabète, excluant : diabète gestationnel
Maladies cardiaques	1802	Cardiopathies ischémiques, incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus du myocarde, etc.
	1807	Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, etc.
Maladies vasculaires cérébrales	1803	Maladies vasculaires cérébrales
Maladies respiratoires	1904	Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), incluant : bronchiectasie et emphysème; excluant : bronchite, bronchite aiguë chronique et asthme.
Tumeurs	1202 à 1219	Toutes les tumeurs.
Maladies ostéo-articulaires	2306	Arthrite, rhumatisme, arthrose, excluant : rhumatisme articulaire aigu

Référence : MSSS (2008). *Cadre normatif : Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC).*

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 