

Portrait de santé

de la région de la Capitale-Nationale
2008

RAPPORT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE



Les analyses

Portrait de santé

de la région de la Capitale-Nationale
2008

MARC FERLAND

MICHEL PAGEAU

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Les analyses

La présente édition constitue le prolongement régional du *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* produit par l'Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec et auquel ont contribué les auteurs de la présente édition.

Sous la direction de

François Desbiens, directeur de santé publique

Comité de rédaction

Marc Ferland
Michel Pageau

Comité éditorial

Michel Beauchemin
François Desbiens
Marc Ferland
Louise Grégoire
Michel Pageau
Céline Tremblay (coordination)

Pour obtenir un exemplaire

Centre de documentation
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418-666-7000
Télécopieur : 418-666-2776

Conception graphique

Serge Delisle, Atelier Infograph

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2008
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-89496-365-4 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-89496-366-1 (PDF)

Référence suggérée

Direction de santé publique de la Capitale-Nationale (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 pages.

La version intégrale de ce document est disponible sur le site Internet de la Direction de santé publique (DSP) de la Capitale-Nationale [www.dspq.qc.ca].

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.



Imprimé sur papier Chorus (50 %)

Contribution à la rédaction

- 1.1 L'évolution démographique : où en sommes-nous ?
Marc Ferland et Michel Pageau
- 1.2 Un contexte socioéconomique favorable, mais pas pour tous
Marc Ferland et Michel Pageau
- 1.3 Un environnement sain pour une meilleure santé
Reine Roy, Renée Levaque, Jean-François Duchesne et Henri Prud'Homme
- 1.4 L'environnement social et les problèmes d'adaptation : deux dimensions complémentaires
Monique Comeau
- 1.5 Les habitudes de vie : un capital santé à construire
Sonia Dugal
- 1.6 Un système de santé en constante évolution
Louise Grégoire
- 2.1 La santé est aussi une richesse
Marc Ferland et Michel Pageau
- 2.2 La santé maternelle et infantile, pour un départ de qualité
Lucie Tremblay
- 2.3 Les jeunes : une génération en évolution
Valérie Houle
- 2.4 Vieillir en santé
Denise Gagné
- 2.5 Santé et bien-être des hommes et des femmes : des différences ancrées dans le social
Marc Ferland et Michel Pageau
- 2.6 Les maladies infectieuses : maintenir la vigilance
Christian Fortin, Geneviève Tremblay et Renée Maranda-Aubut
- 2.7 Le point sur les principaux problèmes de santé physique
Marc Ferland et Michel Pageau
- 2.8 Les traumatismes non intentionnels : nous pouvons les prévenir
Michel Lavoie
- 2.9 Santé mentale précaire et dépendances dans la région
Francine Allard, Clément Beaucege, Lise Cardinal et Valérie Houle
- 2.10 La santé au travail : gare aux risques
Denis Laliberté

Contribution à certains thèmes

Lise Cardinal, France Dionne, Sonia Dugal, Michel Frigon, Laurence Le Hénaff, Anne Maheu, Sylvie Morency, Julie Pelletier, Raymonde Pineau, Monique Rainville, Jacques Ringuet, Louise Rochette, Ann Royer, Slavko Sebez, Geneviève Tremblay, Lucie Tremblay et Jasmin Villeneuve.

Autres contributions

Marc Goneau, Institut national de santé publique du Québec
Denis Hamel, Institut national de santé publique du Québec

Éditique

Isabelle Mercier

Avant-propos

L'un des mandats que la *Loi sur la santé publique* confie au directeur de santé publique est de suivre de façon continue l'état de santé et de bien-être de la population de sa région ainsi que les principaux facteurs qui l'influencent. En découle l'obligation d'établir un plan de surveillance qui prévoit notamment d'informer régulièrement la population sur son bilan de santé au moyen d'indicateurs communs à l'ensemble des directions de santé publique et au ministère de la Santé et des Services sociaux.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent rapport, représentant en ce sens une contribution majeure à l'exercice des activités régionales de surveillance en santé publique. Il dresse en effet un portrait vaste et détaillé de l'état de santé et de bien-être de la Capitale-Nationale en puisant des informations à jour dans de nombreuses sources de données. Plus précisément, on y documente et on y analyse l'essentiel des indicateurs définis dans le plan régional de surveillance. Ce rapport du directeur de santé publique est le deuxième bilan du genre à être effectué dans la région par la Direction de santé publique, le premier, réalisé en 2002, ayant donné lieu à la publication du document *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*.

Le rapport est divisé en deux parties. Dans le présent volume, intitulé *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale. Les analyses*, on trouve plus précisément un examen des principaux domaines et enjeux de santé publique de la Capitale-Nationale. Les données nécessaires à sa réalisation proviennent en grande partie du second volume, *Les statistiques*, qui constitue pour sa part un véritable annuaire statistique de la région et de ses territoires de centres de santé et de services sociaux.

C'est donc avec grand plaisir que je vous présente cette deuxième édition du *Portrait de santé*. Les informations qu'il contient seront utiles non seulement pour informer la population de la région de la Capitale-Nationale sur son bilan de santé, mais également pour nous guider dans la recherche de solutions aux problèmes mis en évidence. J'ai en effet la ferme conviction qu'il faut être mieux informé pour pouvoir prendre les meilleures décisions, à l'échelle des individus comme à celle des communautés. Car, rappelons-le, la santé constitue une véritable richesse collective à laquelle nous avons tous et toutes la responsabilité de contribuer.

Le directeur de santé publique,



François Desbiens

Faits saillants

Section 1

Des milieux de vie, des comportements et des contextes qui déterminent notre santé

1.1

L'évolution démographique : où en sommes-nous?

Troisième en importance au Québec et neuvième à l'échelle du Canada, la région de la Capitale-Nationale comptait 669 316 habitants en 2006, ce qui représente près de 70 000 personnes de plus qu'en 1986. Malgré ce gain, *a priori* important, le taux d'accroissement démographique de la région est inférieur à celui du Québec et très en deçà de celui de la majorité des grandes régions canadiennes. Des signes de reprise sont cependant observés.

Notre région se caractérise, notamment, par le fait que la taille de sa population varie grandement selon ses différents territoires sociosanitaires. En 2006, les deux CSSS les plus peuplés et les plus urbanisés, en l'occurrence ceux de la Vieille-Capitale (298 395) et de Québec-Nord (293 954), regroupaient près de 90 % de la population régionale. Le CSSS de Portneuf vient au troisième rang (46 942), suivi du CSSS de Charlevoix (30 025).

Le profil démographique dans la région présente des situations contrastées. Le territoire De la Jacques-Cartier se distingue nettement des autres, avec une population plus jeune et une fécondité plus élevée. Il connaît, par ailleurs, la plus forte croissance démographique. À l'opposé, les trois secteurs de la Vieille-Capitale poursuivent le vieillissement amorcé depuis plusieurs années. Charlevoix offre certaines similitudes avec ces territoires centraux, avec la particularité qu'il est le seul dans la région à connaître un déclin de sa population.

1.2

Un contexte socioéconomique favorable, mais pas pour tous

Sur plusieurs points, le bilan 2006 de la région est l'un des meilleurs. À titre d'exemple, le taux de chômage est, depuis quelques années, le plus faible au Québec et le taux d'emploi des dix dernières années se situe parmi les plus élevés. Par ailleurs, avec un revenu personnel par habitant (avant impôt) de 31 075 \$ en 2005, notre région se classe au troisième rang des régions québécoises. Ajoutons que la comparaison de ces indicateurs avec les grandes régions canadiennes confirme que la Capitale-Nationale se positionne favorablement.

Un des atouts économiques de la région est sa forte scolarisation. Dans les faits, la Capitale-Nationale est nettement plus scolarisée que la moyenne québécoise; on y compte la plus faible proportion de personnes ayant une scolarité inférieure au certificat d'études secondaires tandis qu'elle vient au deuxième rang pour ce qui est de la population titulaire d'un certificat ou d'un diplôme universitaire.

Néanmoins, plusieurs personnes vivent une situation économique difficile. Entre 2000 et 2005, la croissance économique de la région s'est accompagnée d'un recul de la proportion de familles à faible revenu. Cependant, ce constat encourageant ne doit pas faire oublier qu'en 2005 encore plus de 30 000 personnes se trouvaient dans une situation économique précaire, parmi lesquelles on comptait près de 12 000 enfants, dont la plupart vivaient dans une famille monoparentale.

1.3

Un environnement sain pour une meilleure santé

Bien que l'eau distribuée par les réseaux d'aqueduc de la région de la Capitale-Nationale soit en général de bonne qualité, plusieurs d'entre eux connaissent des écarts aux normes réglementaires. Entre 2002 et 2006, bon an, mal an, 23 à 42 avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau furent émis annuellement. Un autre point touchant l'eau est la présence d'algues bleu-vert (cyanobactéries) dans les lacs. À l'été 2007, huit lacs de notre territoire (Blanc, Saint-Charles, Sept-Îles, Perreault, Sergent, Nairne, Saint-Augustin et Saint-Joseph) ont été touchés par la présence d'algues bleu-vert. Pour le moment, il semble que la problématique ne concerne que des lacs dont les rives sont densément peuplées.

L'air que nous respirons dans nos domiciles peut parfois être altéré par la fumée secondaire du tabac. En 2005, la proportion de non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire à la maison était de 11 % dans notre région, par rapport à 9 % au Canada et à 13 % pour l'ensemble du Québec.

Enfin, il y a un très vaste consensus scientifique selon lequel le climat est en train de changer. Déjà, notre région est affectée par des perturbations météorologiques menant à l'allongement de la période de croissance de l'herbe à poux, à l'augmentation de la fréquence des vagues de chaleur (canicules), du nombre de lacs contaminés par les cyanobactéries, des épisodes de smog, des inondations et des épisodes de sécheresse.

1.4

L'environnement social et les problèmes d'adaptation : deux dimensions complémentaires

En 2001, la proportion de personnes vivant seules était, dans la région, de 18 %, ce qui est légèrement plus élevé qu'au Québec. Plus souvent qu'autrement, cette réalité touche davantage les femmes (20 %) que les hommes (16 %). Les territoires Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Haute-Ville–Des-Rivières attirent l'attention par le fait qu'ils présentent les plus fortes proportions de personnes vivant seules – près du double des autres territoires – et par le fait également que plus de la moitié des aînés de plus de 75 ans habitent seuls.

Entre 1986 et 2001, partout au Québec, nous pouvions remarquer une progression constante du nombre de familles monoparentales. En 2001, la proportion de familles avec enfants de moins de 18 ans, ayant un seul parent dans la région de la Capitale-Nationale, était de 22 %. La monoparentalité était nettement plus présente dans le secteur Basse-Ville–Limoilou–Vanier, où elle atteignait un sommet de 43 %.

Si, au plan de la scolarisation, la région est globalement favorisée, il n'en demeure pas moins qu'en 2001 près de 40 % des résidents de Charlevoix, de Basse-Ville–Limoilou–Vanier et de Portneuf n'avaient pas obtenu leur diplôme d'études secondaires. Ajoutons que, dans le secteur Basse-Ville–Limoilou–Vanier, 39 % des 15-24 ans ne fréquentaient pas l'école. Par ailleurs,

mentionnons que, même si le taux de violence conjugale est, dans la région, inférieur au taux québécois, chaque année, près de 800 femmes de la Capitale-Nationale sont victimes de violence conjugale.

1.5

Les habitudes de vie : un capital santé à construire

Au cours des deux dernières décennies, des interventions massives de lutte au tabagisme ont été réalisées au Québec. Cependant, malgré une baisse importante de la consommation de tabac, 21 % de la population de 12 ans et plus de la région consommait encore, en 2005, occasionnellement ou régulièrement, des produits du tabac. Toutefois, la région de la Capitale-Nationale se démarque favorablement par rapport aux autres régions québécoises, ce qui n'est pas le cas, si on la compare avec les grandes régions canadiennes.

En 2005, les données régionales indiquent que quatre adultes sur dix étaient actifs durant leurs loisirs. En contrepartie, autant d'adultes sont peu ou pas actifs durant leurs loisirs. Ces données régionales se comparent à celles du Québec et démontrent néanmoins une légère amélioration par rapport aux données de 2003.

Enfin, la consommation d'alcool dans la région demeure préoccupante. En 2005, 21 % de la population de 12 ans et plus présentait une consommation élevée d'alcool (cinq verres ou plus en une même occasion), plus de 12 fois par année. Les hommes sont deux fois et demie plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool substantiellement. À l'échelle locale, le taux de consommation élevée d'alcool est plus marqué dans les territoires de Portneuf et de Haute-Ville-Des Rivières.

1.6

Un système de santé en constante évolution

En 2005, 95 % des personnes de 12 ans et plus de la région ont vu ou consulté par téléphone un professionnel de la santé dans les 12 mois précédents, ce qui se compare à l'ensemble du Québec. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (98 %) que chez les hommes (93 %). Les types de professionnels les plus consultés sont, dans l'ordre, les médecins de famille (75 %), les dentistes ou orthodontistes (60 %), les spécialistes de la vue (39 %) et les médecins spécialistes (33 %).

Bien que les effectifs médicaux de la région aient très peu augmenté entre 1991 et 2006, la Capitale-Nationale est l'une des trois régions du Québec qui bénéficient du plus grand nombre de médecins par habitant. Par ailleurs, très peu (moins de 2 %) de résidents vont chercher des services hospitaliers à l'extérieur de la région.

Enfin, concernant les soins de longue durée et d'hébergement, le nombre de lits, dans la région, a subi une réduction de 9 % de 1994-1995 à 2005-2006, alors que le taux d'occupation se maintenait entre 97 % et 98 %. Cependant, pendant la même période, on a noté une baisse importante de la durée de séjour, laquelle est passée de 252 à 212 jours. Ajoutons que la durée moyenne d'attente pour être admis dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région est passée de 151 jours, en 1995, à 89 jours, en 2004, ce qui est légèrement moins élevé que la moyenne québécoise.

Section 2

Une santé en évolution

2.1

La santé est aussi une richesse

Il n'est pas rare de nos jours qu'on atteigne l'âge vénérable de 100 ans. On vit plus longtemps mais, aussi, plus longtemps en santé, et ce, chez les deux sexes. Non seulement vit-on en moyenne plus longtemps dans la Capitale-Nationale que dans l'ensemble du Québec, mais cette longévité accrue s'accompagne aussi d'une plus longue période en bonne santé.

En 2000-2004, notre région se classait parmi les premières au Québec pour l'espérance de vie des femmes, tout en étant dans la moyenne chez les hommes. Les hommes peuvent espérer vivre 77,0 ans, soit quelques années de moins que les femmes, dont la valeur atteint 82,6 ans. La longévité attendue est par ailleurs très variable dans la région. En 2000-2004, le territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier obtenait les plus faibles valeurs d'espérance de vie chez les deux sexes, alors que les années de vie atteignaient leur maximum dans celui de Sainte-Foy–Sillery–Laurentien. Plus précisément, la différence est de sept ans chez les hommes (73,1 ans contre 80,1 ans) et d'un peu plus de six ans chez les femmes (79,6 ans contre 85,7 ans).

2.2

La santé maternelle et infantile, pour un départ de qualité

Depuis la fin des années 1980, la mortalité infantile dans la région est passée de près de six décès, à près de cinq décès pour 1 000 naissances vivantes. De son côté, la mortalité périnatale est passée de neuf enfants, à sept enfants pour 1 000 au début des années 2000. Cependant, d'importantes disparités subsistent. Dans Basse-Ville–Limoilou–Vanier, le taux de mortalité infantile est de près de neuf enfants pour 1 000. Dans Charlevoix, le taux de mortalité périnatale est au-delà de 13 enfants pour 1 000.

Enfin, ces dernières années, le contexte entourant la maternité et la naissance a subi des modifications importantes. Les services auprès de mères pauvres et peu scolarisées ont augmenté, les pratiques médicales ont évolué et la durée du séjour hospitalier a diminué. De plus, le taux de naissances prématurées de la région s'apparente au taux québécois. Pour terminer, soulignons que la proportion de naissances de poids insuffisant de la Capitale-Nationale se compare à celle du Québec tandis que le taux de retard de croissance intra-utérine y est inférieur.

2.3

Les jeunes : une génération en évolution

Les jeunes de 0 à 14 ans représentent, avec près de 14 % de la population de la Capitale-Nationale, l'une des plus faibles proportions des grandes régions canadiennes. En 2006, ces jeunes étaient près de 94 000 dans la région, comparativement à environ 113 000 en 1986.

Les secteurs Haute-Ville–Des-Rivières et Basse-Ville–Limoilou–Vanier se démarquent par la plus faible proportion (10 %) de jeunes de moins de 15 ans. Le secteur De la Jacques-Cartier est celui où les jeunes sont les plus nombreux, alors qu'ils représentent 21 % de la population.

La grande majorité des jeunes de la région se portent bien et vivent dans des milieux favorisant leur épanouissement. Cependant, certaines périodes de transition semblent amener plusieurs jeunes à vivre de grands moments d'instabilité. Chez certains jeunes, cela se traduit par des comportements à risque (consommation de drogues et d'alcool, pratique excessive du jeu, comportements sexuels non protégés, tabagisme, etc.) ou encore par une détresse pouvant mener à des idées suicidaires.

2.4

Vieillir en santé

La Capitale-Nationale est, après Montréal, la grande région canadienne comptant la plus grande part de personnes âgées (15 %). Tout comme le Québec, la région connaîtra un vieillissement démographique très rapide au cours des prochaines années. Le nombre de personnes de 65 ans et plus, qui était au-delà de 102 000 en 2006, passera à plus de 190 000 en 2026, ce qui représentera environ trois personnes sur dix. Ce sont les secteurs Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Haute-Ville–Des-Rivières qui, en 2006, comptaient les plus fortes proportions de personnes âgées, soit une personne sur cinq chacun.

Par ailleurs, dans la région, près de neuf personnes âgées sur dix vivent dans un ménage privé, mais cette proportion diminue beaucoup avec l'âge et va de 96 %, chez les 65-74 ans, à 59 %, chez les 85 ans et plus. Toutefois, les personnes âgées vivant à la maison s'y retrouvent souvent seules, le phénomène s'intensifiant avec l'âge. Par exemple, chez les 65-74 ans, environ le quart des aînés de la Capitale-Nationale vivent seuls, alors que c'est le cas pour 44 % des 75 ans et plus. Dans les secteurs Haute-Ville–Des-Rivières et Basse-Ville–Limoilou–Vanier, ce sont plus de la moitié des personnes de 75 ans et plus qui vivent seules.

Lorsque l'on demande aux personnes de 65 ans et plus de la région d'évaluer leur état de santé, 80 % d'entre elles la perçoivent comme étant bonne. En 2005, les problèmes de santé physique les plus souvent déclarés étaient, plus de quatre fois sur dix, l'arthrite ou le rhumatisme et l'hypertension artérielle, suivis par les maladies cardiaques, dans 20 % des cas. Les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil respiratoire étaient, pour leur part, la cause de près des trois quarts des décès. Il est aussi intéressant de constater qu'au-delà de 85 % des aînés de la région considèrent de bonne à excellente la qualité des services et soins de santé dans leur communauté (90 % chez les 75 ans et plus) et que plus de 90 % sont satisfaits de leur accessibilité.

2.5

Santé et bien-être des hommes et des femmes : des différences ancrées dans le social

L'inégalité des sexes devant la mort est une réalité bien connue. La région de la Capitale-Nationale ne fait pas exception à cette règle. Si les femmes peuvent espérer vivre jusqu'à 82,6 ans, les hommes arrivent tout juste à dépasser 77,0 ans. L'écart des années de vie selon le sexe s'est par contre rétréci au cours des deux dernières décennies. En fait, l'espérance de vie masculine a progressé plus rapidement que celle des femmes.

Cependant, cette différence de la longévité selon le sexe, au détriment des hommes, est en grande partie attribuable, depuis le milieu du dernier siècle, à la surmortalité masculine par maladies de l'appareil circulatoire, par cancers et par morts accidentelles. Ces « maladies de société », plus répandues chez les hommes, sont le reflet d'habitudes de vie, de comportements et de conditions de travail bien distincts selon le sexe. Ajoutons qu'une part importante de

l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes s'explique par le fait qu'un plus grand nombre d'hommes meurent tôt de causes évitables.

Au plan socioéconomique, la situation vécue par les femmes est en général plus difficile que celle des hommes. Elles disposent d'un revenu moyen inférieur et sont plus nombreuses à vivre sous le seuil de faible revenu. Par contre, on peut s'attendre à des améliorations, puisque la scolarisation des jeunes femmes est en hausse.

2.6

Les maladies infectieuses : maintenir la vigilance

Certaines maladies à déclaration obligatoire (MADO), évitables par la vaccination, ont connu une baisse importante à la suite de l'introduction de vaccins au programme d'immunisation. Cette diminution est particulièrement marquée pour la coqueluche, les infections à méningocoques, les infections à pneumocoques chez les moins de 5 ans et l'infection à *Hæmophilus influenzae* de type B. De plus, autres signes du succès de la vaccination, quelques-unes des maladies évitables par la vaccination sont devenues rares au Québec. Ainsi, la rougeole, la rubéole et les oreillons sont à présent pratiquement éliminés.

Les principales infections transmissibles par relations sexuelles ou par le sang représentent un peu plus de la moitié de toutes les MADO déclarées dans la région en 2006. Les chlamydioses génitales viennent au premier rang suivies, de loin, de l'hépatite C chronique et des infections gonococciques.

Enfin, soulignons que, pour l'année 2006, 674 cas de diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) d'origine nosocomiale ont été rapportés dans la région de la Capitale-Nationale par les hôpitaux participant au réseau de surveillance des DACD. En comparaison de l'année 2005, il s'agit d'une augmentation de 149 cas (28 %). Cette hausse s'est traduite, à quelques reprises dans l'année 2006, par des taux d'incidence plus élevés que dans l'ensemble du Québec. Des taux supérieurs ont aussi été observés au début de l'année 2007. Entre le 7 janvier et le 15 septembre 2007, on a dénombré 565 nouveaux cas de DACD d'origine nosocomiale dans les centres hospitaliers de la région.

2.7

Le point sur les principaux problèmes de santé physique

Le bilan de la Capitale-Nationale en ce qui concerne la mortalité a beaucoup changé ces dernières décennies. Les décès par maladies cardiovasculaires ont grandement diminué au point que ces maladies ne sont plus la principale cause de mortalité. Le cancer occupe maintenant le premier rang, ce qui représente un décès sur trois (32 %) en 2000-2004, suivi par les maladies cardiovasculaires (29 %) et les maladies de l'appareil respiratoire, avec 9 % des décès.

Chaque année, depuis le tournant du siècle, 1 600 personnes de la région décèdent d'un cancer et 3 300 apprennent qu'elles en sont atteintes. Les tumeurs malignes du poumon viennent au premier rang des causes de mortalité par cancer, avec le tiers des cas. Chaque année, le cancer du poumon emporte un peu plus de 500 personnes dans la région, frappant plus durement le territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier. Ajoutons que le taux de la Capitale-Nationale est l'un des plus élevés parmi les grandes régions canadiennes.

Certains cancers peuvent faire l'objet de dépistage, notamment ceux du sein, du côlon-rectum, de la prostate et de l'utérus. De tous les cancers chez les femmes, après celui du poumon, c'est le cancer du sein qui est le plus mortel. Chaque année, 130 femmes de la région décèdent de ce cancer, comparativement à 190 pour le cancer du poumon. Pour sa part, le cancer colorectal (tumeur maligne du côlon, du rectum et de l'anus) est l'un des plus meurtriers au Québec et dans la région; il est le deuxième en termes de décès chez les hommes, n'étant devancé que par le cancer du poumon, et le troisième, chez les femmes.

Enfin, on ne peut pas terminer ce bilan sans mentionner que les personnes ayant un surplus de poids s'exposent à connaître des problèmes de santé chroniques sévères, tels que les maladies cardiaques ou le diabète, et à réduire même jusqu'à leur espérance de vie. Ces 20 dernières années, la population adulte de la Capitale-Nationale a vu son tour de taille s'agrandir. En 1987, trois personnes de 18 ans et plus sur dix avaient un surplus de poids alors qu'en 2005 c'était un peu plus de quatre adultes sur dix.

2.8

Les traumatismes non intentionnels : nous pouvons les prévenir

Les traumatismes non intentionnels (accidents de transport, chutes accidentelles, etc.) constituent une cause importante de décès prématurés, d'hospitalisations et de consultations médicales. Ces dernières années, dans la région, le taux de mortalité lié à ce type de traumatismes a diminué de façon significative, mais le taux d'hospitalisation a eu tendance à plafonner.

Chaque année, les traumatismes non intentionnels causent en moyenne 154 décès dans la région de la Capitale-Nationale. Environ 30 % de ces décès sont associés à une collision impliquant un véhicule motorisé. Le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels varie selon les territoires de CSSS, les taux étant plus élevés dans Portneuf et Charlevoix que dans la Vieille-Capitale et Québec-Nord.

Chaque année, les traumatismes non intentionnels sont aussi associés à près de 4 500 hospitalisations, ce qui représente environ 9 % de toutes les hospitalisations en soins de courte durée. Environ la moitié des hospitalisations pour traumatismes non intentionnels est attribuable à une chute « accidentelle ».

2.9

Santé mentale précaire et dépendances dans la région

La grande majorité des résidents de la Capitale-Nationale ont une perception positive de leur état de santé mentale, puisque seulement 3 % de la population de 12 ans et plus la percevait négativement en 2005. Bien que ce bilan soit encourageant, la proportion de la population du territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier qui ne se perçoit pas en bonne santé mentale est particulièrement élevée, notamment chez les hommes. Dans une société où la perception de l'état de santé mentale est somme toute assez bonne, on constate néanmoins que, dans notre région en 2005, un adulte sur quatre disait éprouver un stress quotidien élevé.

La consommation excessive d'alcool est liée à plusieurs problèmes sociaux et de santé. Ainsi, en 2005, près de 7 % de la population de la Capitale-Nationale disait prendre 14 consommations d'alcool et plus dans une semaine. Cette proportion est comparable à celle de l'ensemble du

Québec. Toutefois, mentionnons que trois fois plus d'hommes que de femmes rapportent boire avec excès et que ce type de consommation excessive d'alcool est plus répandu sur le territoire de la Vieille-Capitale.

Dans la Capitale-Nationale, le suicide est responsable d'environ 120 décès par année. L'évolution récente du nombre de suicides dans la région laisse entrevoir une tendance à la baisse fort encourageante, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes. Malgré ces progrès, il n'en demeure pas moins que nous obtenons le taux le plus élevé des grandes régions canadiennes. Mentionnons que les territoires de Basse-Ville–Limoilou–Vanier, de Portneuf et de Charlevoix ont des taux qui surpassent la moyenne régionale.

2.10

La santé au travail : gare aux risques

Lors du recensement de 2001, la population des travailleurs de 15 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale s'établissait à 309 360 personnes et était composée d'autant de travailleurs (50,4 %) que de travailleuses (49,6 %). Plus de la moitié de la population active de la région se retrouve dans les catégories professionnelles « Ventes et services » (26 %), « Affaires, finance et administration » (21 %) et « Sciences sociales, enseignement, administration publique et religion » (10 %). Les CSSS de Portneuf et de Charlevoix se démarquent toutefois de cette structure par l'importance des secteurs agricole, forestier et touristique.

L'environnement de travail peut influencer positivement ou négativement la santé mentale au travail. En 2005, dans la région de la Capitale-Nationale, le tiers des personnes occupant un emploi rapportaient éprouver un stress quotidien élevé au travail. Cette proportion était à peine plus faible que celle observée pour l'ensemble du Québec. À l'échelle des CLSC, c'est la population active du secteur Haute-Ville–Des-Rivières (48 %) qui, en 2003, déclarait être la plus stressée quotidiennement au travail. À l'opposé, la population active de Charlevoix (31 %) était celle qui se révélait être la moins affectée par le stress en milieu de travail.

Le taux d'incidence des lésions professionnelles indemnisées par la CSST dans la région de la Capitale-Nationale a été, en 2001, de 42 lésions pour 1 000 travailleurs. Ce taux est légèrement inférieur à celui de l'ensemble du Québec. En 2003, la durée moyenne d'indemnisation pour une lésion professionnelle était, dans la région, d'environ 50 jours, ce qui est bien en deçà de la moyenne québécoise, qui s'établissait à près de 60 jours.

Table des matières

<i>Introduction</i>	1
---------------------------	---

Section 1 Des milieux de vie, des comportements et des contextes qui déterminent notre santé

1.1 L'évolution démographique : où en sommes-nous?	4
1.2 Un contexte socioéconomique favorable, mais pas pour tous	11
1.3 Un environnement sain pour une meilleure santé	18
1.4 L'environnement social et les problèmes d'adaptation : deux dimensions complémentaires	25
1.5 Les habitudes de vie : un capital santé à construire	33
1.6 Un système de santé en constante évolution	40

Section 2 Une santé en évolution

2.1 La santé est aussi une richesse	48
2.2 La santé maternelle et infantile, pour un départ de qualité	54
2.3 Les jeunes : une génération en évolution	62
2.4 Vieillir en santé	70
2.5 Santé et bien-être des hommes et des femmes : des différences ancrées dans le social	77
2.6 Les maladies infectieuses : maintenir la vigilance	83
2.7 Le point sur les principaux problèmes de santé physique	90
2.8 Les traumatismes non intentionnels : nous pouvons les prévenir	99
2.9 Santé mentale précaire et dépendances dans la région	103
2.10 La santé au travail : gare aux risques	110

<i>Conclusion</i>	117
-------------------------	-----

<i>Annexe I – Survol de la région de la Capitale-Nationale</i>	119
--	-----

<i>Bibliographie</i>	131
----------------------------	-----

Introduction

Le présent document, le *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, constitue le volet analytique du portrait de santé de la région. Y sont abordés, en 16 thèmes, plusieurs aspects de la santé publique régionale. L'information traitée provient, en grande partie, du document *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques* et est regroupée en deux parties.

Tout d'abord, la première partie aborde six thèmes couvrant des milieux de vie, des comportements et des contextes qui déterminent notre santé. Ce sont, tour à tour, les conditions démographiques, socioéconomiques, l'environnement physique, l'environnement social, les habitudes de vie ainsi que le système de santé.

Par ailleurs, la seconde partie est constituée de dix thèmes examinant, selon divers angles, une série d'indicateurs de santé. La santé globale y est examinée, celle des tout-petits, mais également celle des jeunes et des aînés. Les principales différences selon le sexe sont aussi examinées, ainsi que l'étendue des maladies infectieuses et des principaux problèmes de santé dans la région. Enfin, les traumatismes non intentionnels font aussi l'objet d'une attention particulière, tout comme la santé mentale et la santé des travailleurs.

En fin de document, s'y trouve également une synthèse régionale qui s'appuie sur les indicateurs traités dans le volet « statistique » du portrait régional. Cette synthèse est suivie d'un tableau présentant les données les plus récentes de la région de la Capitale-Nationale, données qui sont aussi comparées à celles de l'ensemble du Québec. Une affiche, jointe au document, donne en un coup d'œil le bilan de la région et des territoires de CSSS et de CLSC pour un ensemble d'indicateurs choisis.

Les analyses brossent un portrait détaillé de la santé de la population de la Capitale-Nationale en se basant sur les données les plus récentes, tirées du portrait statistique régional, et en mettant également à profit de nombreuses autres sources d'information. Une attention particulière est portée sur l'évolution dans le temps et sur les comparaisons avec le Canada, le Québec, les grandes régions canadiennes ainsi qu'avec les régions québécoises. Les disparités entre les territoires de CSSS et de CLSC sont aussi examinées.

Le complément du présent document, le *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, présente, pour sa part, un grand éventail de données sur l'état de santé et de bien-être de la population de la région. Plus précisément, y sont documentés, à partir d'une soixantaine de sources, plus de 200 indicateurs contenus sur 151 fiches. Ce volet « statistique » du portrait régional ainsi que le volet « analytique » sont tous deux une adaptation régionale du *Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, publié par l'Institut national de santé publique du Québec, en 2006.

Section 1

Des milieux de vie,
des comportements
et des contextes
qui déterminent
notre santé

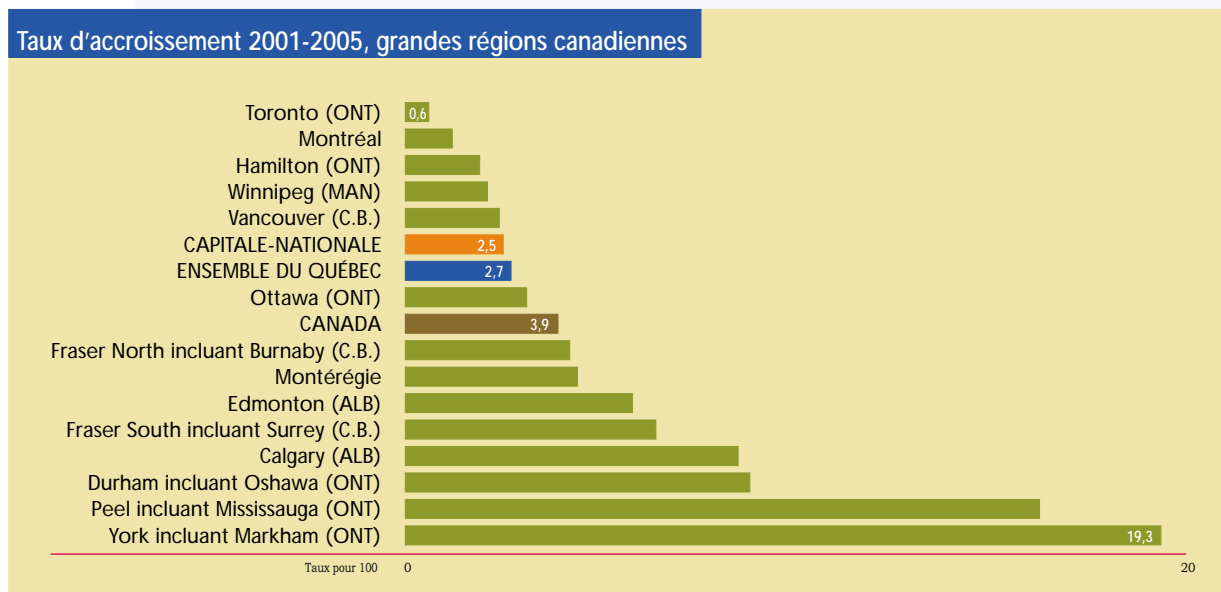
1.1 L'évolution démographique : où en sommes-nous?

L'étude des caractéristiques démographiques de la population, en particulier la répartition de celle-ci selon l'âge et son accroissement, représente une des premières étapes à l'élaboration de tout portrait social et de santé d'un territoire. Pour réaliser une telle étude, on a recours à une série d'indicateurs qui mettent en relief les différents mécanismes du renouvellement de la population, et ce, en tenant compte non seulement des naissances et des décès, mais également des mouvements migratoires.

Un rythme de croissance toujours au ralenti

Troisième en importance au Québec et neuvième à l'échelle du Canada, la région de la Capitale-Nationale comptait près de 670 000 personnes en 2006. La population continue de croître à un rythme à peine plus faible que celui du Québec dans son ensemble, mais cet accroissement reste très en deçà de celui de la majorité des grandes régions canadiennes. Des signes de reprise sont cependant observés.

Figure 1.1.1 Taux d'accroissement 2001-2005, grandes régions canadiennes



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 1).

Notre région se caractérise par le fait que la taille de sa population varie grandement selon ses différents territoires sociosanitaires. En 2006, les deux CSSS les plus peuplés, en l'occurrence ceux de la Vieille-Capitale (298 395) et de Québec-Nord (293 954), regroupaient près de 90 % de la population régionale. Le CSSS de Portneuf vient au troisième rang (46 942), suivi du CSSS de Charlevoix (30 025). Par ailleurs, les deux CSSS centraux comptent trois secteurs chacun. Pour celui de la Vieille-Capitale, le plus habité est Sainte-Foy-Sillery-Laurentien, suivi de Basse-Ville-Limoilou-Vanier et de Haute-Ville-Des-Rivières. Dans le cas de Québec-Nord, le plus peuplé est Orléans, mais avec à peine plus d'habitants que La Source et De la Jacques-Cartier.

Figure 1.1.2

Effectifs de population dans la région de la Capitale-Nationale de 1986 à 2006					
Territoire (CSSS et CLSC) (Projection)	1986	1991	1996	2001	2006
Portneuf	42 723	44 158	45 776	45 728	46 942
Vieille-Capitale	283 862	289 597	288 637	294 044	298 395
Sainte-Foy–Sillery–Laurentien	120 367	128 927	130 859	133 020	135 426
Haute-Ville–Des-Rivières	71 164	73 200	74 286	76 238	77 250
Basse-Ville–Limoilou–Vanier	92 331	87 470	83 492	84 786	85 719
Québec-Nord	242 222	265 908	278 235	281 873	293 954
De la Jacques-Cartier	65 620	73 735	81 670	83 913	90 195
Orléans	94 954	102 261	105 913	105 750	107 859
La Source	81 648	89 912	90 652	92 210	95 900
Charlevoix	32 939	31 577	30 773	30 297	30 025
CAPITALE-NATIONALE	601 746	631 240	643 421	651 942	669 316

Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 1).

Il faut noter que la croissance estimée entre 2001 et 2006 est plus marquée dans le territoire De la Jacques-Cartier, poursuivant ainsi la forte tendance à la hausse déjà amorcée par ce dernier entre 1986 et 1991. C'est en grande partie pourquoi Québec-Nord est le CSSS de la région qui aurait connu la plus forte progression. À l'opposé, Charlevoix continuerait de voir sa population décroître, seul territoire à subir cette situation dans la région. Par ailleurs, la population de Basse-Ville–Limoilou–Vanier, après plusieurs années de déclin, connaîtrait une légère croissance depuis 2001. Toutefois, ce faible gain est à l'image de la timide croissance prévue pour les deux autres territoires de la Vieille-Capitale de telle sorte qu'en réalité ce CSSS ne verrait sa population augmenter que légèrement. Enfin, Portneuf serait le CSSS avec la seconde plus forte croissance de la Capitale-Nationale.

Précisions sur les données de population de 2006

Les données de population de 2006 présentées ici, sauf indication contraire, sont des projections effectuées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la base des effectifs corrigés du recensement de 2001 de Statistique Canada. Elles diffèrent légèrement des chiffres du recensement de 2006, publiés récemment par Statistique Canada. Toutefois, ces nouvelles données demeurent des nombres provisoires non corrigés. Les données 2006 corrigées ne seront diffusées qu'en septembre 2008. Statistique Canada apporte en effet des corrections aux chiffres de population à chacun des recensements afin de déterminer le nombre de personnes ayant été omises ou dénombrées plus d'une fois. En 2001, à la suite de ces rajustements, l'estimation démographique pour le Québec était de 2,0 % plus élevée que la population dénombrée dans le cadre du recensement. Ajoutons qu'il faudra attendre encore quelques années avant de pouvoir disposer de données corrigées à l'échelle des territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région¹.

1. Il peut y avoir jusqu'à quatre ans de délai avant que les projections par territoire de CSSS et de CLSC, fondées sur le recensement, soient disponibles. Ainsi, celles du recensement de 2001 ont été diffusées en janvier 2005.

Une très faible fécondité qui connaît une soudaine reprise

La région de la Capitale-Nationale, à l'instar du Québec et de la plupart des pays industrialisés, connaît une très faible fécondité. Les naissances sont peu nombreuses et expliquent en grande partie la décroissance de la population chez les moins de 15 ans. Le nombre moyen d'enfants par femme (1,44 en 2006) est le plus faible au Québec et est très en deçà du seuil de remplacement des générations, qui est de 2,1 (ISQ, 2007a).

En fait, entre 1990 et 2005, la région a connu une réduction constante du nombre de naissances. D'un sommet de 7 572 naissances en 1992, elle a atteint un plancher historique de 5 397 en 2000. Cependant, depuis 2005, après quelques années de fluctuations, on observe un renversement de la tendance. À l'instar du Québec, le nombre de naissances dans la région a connu une forte augmentation. En 2005, on comptait 300 naissances additionnelles et, en 2006, 600 s'ajoutaient à l'année précédente, pour un total de 6 434. Si l'on se fie aux premiers mois de 2007, cette tendance à la hausse semble vouloir se maintenir.

Serions-nous en présence d'un mini « baby-boom »? Dans les faits, il faudra encore attendre quelques années pour tirer des conclusions à ce sujet. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette reprise de la fécondité. On peut souligner, notamment, le contexte économique favorable actuel, combiné à la mise en place de programmes de congés parentaux plus généreux (Thibault, 2006). Quoi qu'il en soit, il faudra que la situation perdure encore un certain temps pour que cela se traduise par une hausse importante de l'indice synthétique de fécondité.

La fécondité est très variable sur le territoire, mais avec ceci de particulier qu'aucun secteur ne surpasse le seuil de 2,1 enfants par femme. En 2000-2004, c'est le secteur De la Jacques-Cartier qui obtenait l'indice de fécondité le plus élevé (1,60), tandis que celui de Haute-Ville-Des-Rivières était à son plus faible (0,96).

Les gains et les pertes de population varient selon la dimension examinée

La région attire plus de Québécois qu'elle n'en perd au profit des autres régions du Québec, le solde atteignait 2 650 individus en 2005-2006. Par contre, les entrées provenant d'ailleurs au Canada n'arrivent toujours pas à compenser les pertes résultant des départs vers d'autres provinces, ce déficit dépassait 700 individus. Pour sa part, l'immigration internationale joue un rôle de plus en plus important, avec un gain net de plus de 1 600 nouveaux immigrants. L'accroissement naturel, soit la différence entre les naissances et les décès, a un impact plus faible sur la progression de la population régionale. Notons toutefois que le solde de 1 425, observé en 2006, est le plus élevé depuis 1998, ce qui est quand même très loin de la différence de 3 593, enregistrée en 1981 (ISQ, 2007a). En résumé, ce sont toujours les échanges interrégionaux qui comptent pour la majeure partie du bilan positif de la Capitale-Nationale.

Que signifient le seuil de remplacement des générations et l'indice synthétique de fécondité?

Afin de garantir le remplacement des générations, l'indice synthétique de fécondité doit atteindre 2,1 enfants par femme. Dans la région, il se situe à environ 1,4 (ISQ, 2007a). L'indice synthétique de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge des femmes en âge de procréer. En appliquant les taux de fécondité par âge observé lors d'une période donnée, l'indice obtenu représente le nombre moyen d'enfants par femme dans une génération. C'est plus précisément le seuil actuellement nécessaire pour que le nombre de filles nées une année donnée soit le même que l'effectif moyen des femmes aux âges de maternité.

Une croissance qui s'explique surtout par les échanges interrégionaux

Dans le contexte d'un relatif plafonnement de la fécondité et d'une augmentation du nombre de décès, la contribution de l'immigration (population provenant de l'étranger ainsi que d'ailleurs au Québec et au Canada) devient essentielle pour combler la baisse de l'accroissement naturel. Si pour la région et le Québec l'accroissement migratoire a augmenté ces dernières années, on remarque qu'il demeure plus faible que dans l'ensemble du Canada (Statistique Canada, 2006a).

L'examen des mouvements migratoires entre les régions du Québec en 2005-2006, réalisé à partir de données administratives, montre que la région a un solde positif. Ainsi, il y avait plus de Québécois qui ont emménagé dans la région (18 496) que de résidents de la Capitale-Nationale qui l'ont quittée (15 846). Dans la moitié des cas, ces déplacements ont pour origine ou destination les trois mêmes régions, dans l'ordre suivant : Chaudière-Appalaches, Montréal et la Montérégie (ISQ, 2007a).

Le profil migratoire de la Capitale-Nationale se joue essentiellement, comme par les années passées, chez les jeunes adultes, avec un important excédent des arrivées sur les départs des individus du groupe des 15-24 ans. En fait, les trois quarts des gains nets de population dans la région, résultant des déplacements interrégionaux, sont concentrés dans cette tranche d'âge. Cette situation s'explique en grande partie par l'arrivée d'étudiants des autres régions, venus fréquenter les établissements d'enseignement supérieur de la Capitale-Nationale (ISQ, 2007a).

Une grande mobilité interrégionale est également observée chez les 25-44 ans. Dans ce cas, la région s'en tire assez bien, car les pertes chez cette tranche d'âge, qui regroupe une grande partie de la relève sur le marché du travail, sont presque toutes compensées par des gains. Le déplacement vers d'autres régions ne se traduit pas par des pertes importantes, comme c'est le cas dans la région de Montréal. Si trois sortants sur dix ont élu domicile dans Chaudière-Appalaches, presque autant ont fait le chemin inverse. L'attrait de la Capitale-Nationale se fait par ailleurs encore sentir chez les personnes plus âgées, car les arrivées surpassent les déménagements vers une autre région, et ce, tant chez les 45-64 ans que chez les 65 ans et plus (ISQ, 2007a).

Les jeunes : peu quittent la région, plusieurs y reviennent

Dans la Capitale-Nationale, parmi les jeunes âgés de 16 ans en 1994, le tiers a quitté la région durant au moins une année, entre 1994 et 2004, ce qui représentait l'un des plus faibles taux de sortie au Québec. Par ailleurs, tous ces départs ne sont pas définitifs, puisque le quart d'entre eux étaient de retour à l'âge de 26 ans, ce qui correspond à la moyenne québécoise. Il en résulte que les trois quarts des jeunes âgés de 16 ans en 1994 habitaient toujours dans la région dix ans plus tard, soit un des taux de rétention les plus élevés au Québec (Girard, 2006).

Une immigration internationale à la hausse

La région compte peu d'immigrants internationaux. Avec 3 % de sa population qui est née à l'extérieur du Canada, elle s'apparente à la situation observée dans les régions de l'Estrie et des Laurentides. De toutes les grandes régions canadiennes, c'est la nôtre qui attire le moins d'immigrants. C'est dans les trois centres locaux de services communautaires (CLSC) de la Vieille-Capitale que l'on rencontre les plus fortes proportions d'immigrants. Près du tiers des personnes nées hors du Canada et habitant la région vivent sur le territoire Sainte-Foy–Sillery–Laurentien.

En janvier 2006, environ 7 000 immigrants admis au Québec sur la période allant de 2000 à 2004 habitaient toujours notre région (Baillargeon, 2006a). Depuis de nombreuses années, la région accueille annuellement pas moins de 2 000 d'entre eux, tandis que les départs ne dépassent jamais 600 (ISQ, 2007).

Les nouveaux arrivants proviennent majoritairement de la France (21 %), mais aussi de la Colombie, du Maroc et, dans une moindre mesure, de la République démocratique du Congo, de la Chine et de l'Algérie. Dans la moitié des cas, ce sont des immigrants économiques, c'est-à-dire qu'ils viennent au Québec pour occuper un emploi, pour gérer une entreprise ou pour y faire des investissements. Par ailleurs, trois nouveaux arrivants sur dix viennent ici avec un statut de réfugiés (Baillargeon, 2006b).

Bien que la présence immigrante soit marginale, l'attrait de la région de la Capitale-Nationale demeure stable. En 2005, près de 2 000 des 43 000 immigrants admis au Québec projetaient d'habiter dans la région, ce qui représente un peu moins de 5 % du total. Durant la même année, la région de Montréal était préférée par près de 75 % d'entre eux. La région de la Capitale-Nationale vient au troisième rang à ce chapitre, soit légèrement devant Laval, mais un peu derrière la Montérégie (Turcotte, 2006).

Un vieillissement inéluctable qui ira en s'accéléralant

Le faible nombre de naissances, ajouté à une longévité plus grande de la population, entraînent irrémédiablement une réduction du poids démographique des jeunes et une augmentation de celui des personnes âgées. Ce phénomène s'observe aussi bien dans la région que pour l'ensemble du Québec, avec des proportions semblables.

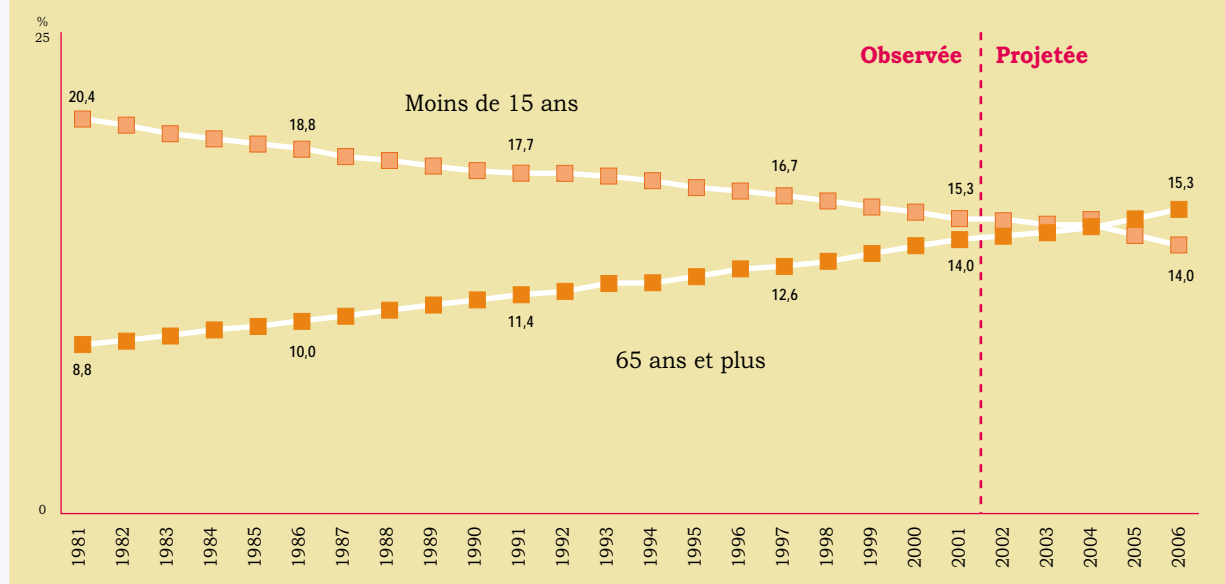
À ce chapitre, la Capitale-Nationale et le Québec se situent tous deux dans la moyenne canadienne. L'écart de population entre ces deux générations tend donc à se réduire.

Si les projections de l'ISQ prévoient que le nombre de personnes de 65 ans et plus dépassera celui des moins de 15 ans dans la majorité des régions à partir de 2010, ce serait chose faite dans la région de la Capitale-Nationale depuis 2005.

En 2026, près de trois personnes sur dix (29 %) de la région seront âgées de 65 ans et plus comparativement à 15 % en 2006. De son côté, la proportion de jeunes de 0-14 ans passera de 14 % à 12 % au cours de la même période (Pelletier, 2005).

Si l'on en juge par la faible proportion d'immigrants récents, l'immigration internationale, qui agit souvent comme modérateur du vieillissement, a actuellement peu d'impact sur ce phénomène.

Figure 1.1.3 Population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus dans la région de la Capitale-Nationale de 1981 à 2006



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 2).

C'est le territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier qui compte la plus forte proportion de personnes âgées (20 %), suivi de ceux de Haute-Ville–Des-Rivières (19 %) et de Charlevoix (18 %). Le plus faible pourcentage se retrouve sur le territoire De la Jacques-Cartier (8 %).

Le poids démographique des « baby-boomers »

Lorsqu'on aborde les changements démographiques, l'attention est souvent portée à la baisse de la natalité et au vieillissement de la population. On oublie toutefois un troisième aspect, à savoir le poids grandissant du centre de la structure d'âge à mesure que vieillit la génération du « baby-boom ». C'est d'ailleurs pourquoi on prévoit un vieillissement accéléré dans la région et au Québec, au moment où les premières générations du « baby-boom » atteindront l'âge de la retraite en 2011. C'est ce que certains appellent « le poids du centre » (Langlois, 2003).

Des populations hétérogènes

Le profil démographique dans la région présente des situations contrastées. Le CLSC De la Jacques-Cartier se distingue nettement des autres, avec une population plus jeune et une fécondité plus élevée. Il connaît, par ailleurs, la plus forte croissance démographique. Ces caractéristiques s'apparentent, à un degré moindre toutefois, à la situation décrite pour beaucoup de municipalités de la couronne Nord de Montréal. À l'opposé, les trois CLSC de la Vieille-Capitale poursuivent le vieillissement amorcé depuis plusieurs années. Le CLSC de Basse-Ville–Limoilou–Vanier compte déjà 20 % d'aînés. On observe également de faibles augmentations de la population sur ces territoires. Charlevoix offre certaines similitudes avec ces territoires centraux, avec la particularité qu'il est le seul dans la région à connaître un déclin de sa population.

Figure 1.1.4

Territoires qui se démarquent		
Indicateurs	Valeurs faibles	Valeurs élevées
Taux d'accroissement (2001-2006)	CHARLEVOIX Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ Haute-Ville–Des-Rivières ¹ VIEILLE-CAPITALE	De la Jacques-Cartier ² QUÉBEC-NORD La Source ²
Proportion de la population de 65 ans et plus (2006)	De la Jacques-Cartier ²	Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ Haute-Ville–Des-Rivières ¹ VIEILLE-CAPITALE CHARLEVOIX
Nombre moyen d'enfants par femme (2000-2004)	Haute-Ville–Des-Rivières ¹ VIEILLE-CAPITALE Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹	De la Jacques-Cartier ²
Proportion d'immigrants (2001)	PORTNEUF CHARLEVOIX	Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹ Haute-Ville–Des-Rivières ¹ VIEILLE-CAPITALE Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹

1. Territoire du CSSS Vieille-Capitale.
2. Territoire du CSSS Québec-Nord.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiches 1, 2, 4 et 11).

En perspective

Les scénarios de projections de l'ISQ, basés sur les données du recensement de 2001, prévoient que, si les tendances se maintenaient, la région de la Capitale-Nationale connaîtrait une baisse de sa population à partir de 2020. On estimait qu'elle compterait 657 000 habitants en 2026, comparativement à 670 000 en 2006. Les tendances récentes pourraient peut-être changer quelque peu le rythme de ces scénarios; qu'on pense au solde avantageux des déplacements interrégionaux ainsi qu'aux gains d'immigrants internationaux, jumelés à la hausse des naissances. Cependant, il faudra attendre encore quelques années pour voir dans quelle mesure cela aura un impact sur la réduction annoncée des effectifs de la région.

À cette décroissance probable, s'ajoute un vieillissement de la structure d'âge. Le poids démographique des aînés doublera sur une période de 20 ans de telle façon qu'en 2026 trois personnes sur dix de la région auront fêté leur 65^e anniversaire. On prévoit que ce vieillissement s'accroîtra à partir de 2011, non seulement à cause du poids démographique des « baby-boomers », mais aussi en raison de l'arrivée de retraités provenant des autres régions. À l'opposé, la faible fécondité fait en sorte que les plus jeunes comptent pour une part de moins en moins importante de la population régionale.

Les jeunes adultes, bien que de moins en moins nombreux, ne quittent pas en grand nombre la région une fois leurs études terminées, comme c'est le cas ailleurs au Québec, notamment dans les régions de l'Est. Pour le moment, les départs vers la grande région de Montréal sont compensés par le déplacement des jeunes des régions limitrophes vers la Capitale-Nationale. Il faut, par ailleurs, espérer que l'exode des jeunes travailleurs ainsi que des étudiants des territoires de Portneuf et de Charlevoix se résorbe ou, à tout le moins, s'atténue.

Finalement, on peut résumer la situation démographique de la région en disant qu'elle est composée d'une population « mature » (Langlois, 2003). Elle n'est plus caractérisée par la forte présence de jeunes de moins de 15 ans, comme ce fut le cas il y a quelques décennies. Cependant, elle n'est pas encore une population vieille. Mais ce sera le cas dans un avenir rapproché, car la transition vers une population plus âgée se fera à un rythme très rapide.

1.2 Un contexte socioéconomique favorable, mais pas pour tous

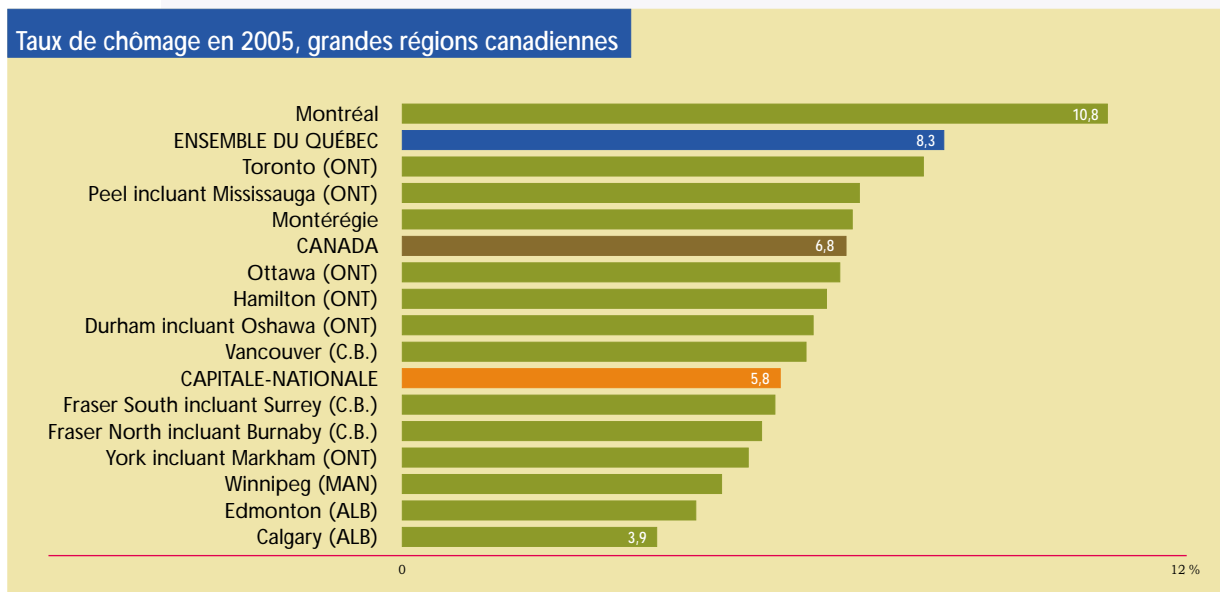
Les caractéristiques socioéconomiques d'un territoire en disent parfois long sur la santé de ses résidents. En effet, on constate que les bilans de santé les moins favorables se rencontrent souvent dans les endroits où l'économie connaît des difficultés. Cette association est aussi très forte entre la situation économique individuelle des personnes et leur santé.

Un bilan général très enviable

Il existe un grand nombre d'indicateurs qui permettent de prendre le pouls de l'économie. Pour la plupart d'entre eux, la Capitale-Nationale se situe toujours dans le peloton de tête au Québec.

En effet, sur plusieurs points, le bilan économique 2006 de la région demeure l'un des meilleurs. À titre d'exemple, le taux de chômage y est depuis quelques années le plus faible au Québec, suivi de près par celui de sa voisine, Chaudière-Appalaches, et le taux d'emploi des dix dernières années se situe parmi les plus élevés (ISQ, 2007a). La comparaison avec les grandes régions canadiennes confirme que la Capitale-Nationale se positionne favorablement par rapport à la question du chômage. Par ailleurs, avec un revenu personnel par habitant (avant impôt) de 31 075 \$ en 2005, notre région se classe au troisième rang des régions québécoises, après celles de Laval (31 160 \$) et de la Montérégie (31 097 \$) (ISQ, 2007a).

Figure 1.2.1 Taux de chômage en 2005, grandes régions canadiennes



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 16).

L'indice de développement économique met en évidence la position particulièrement enviable de la région. Cet indice permet de comparer les régions entre elles à partir de six indicateurs couvrant les thèmes suivants : la démographie, le marché du travail, le revenu et la scolarité. On constate, à la lumière de ces données, que l'économie régionale affiche une tendance positive depuis 1995. En 2005, elle venait au premier rang au Québec, loin devant les régions de Lanaudière et de Montréal (Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, 2006).

Les indicateurs économiques annuels et mensuels

Il est parfois difficile de s'y retrouver quand il est question de données sur les taux de chômage et d'emploi, puisqu'elles se déclinent en plusieurs versions (mensuelles, annuelles, désaisonnalisées, non désaisonnalisées) à partir de différentes enquêtes. Les données présentées ici sont tirées de l'Enquête sur la population active, réalisée à tous les mois par Statistique Canada. Cette enquête mensuelle permet d'obtenir l'information utile au suivi à court terme du marché du travail. On en tire également des moyennes annuelles; ces estimations font justement l'objet de la présente analyse régionale. Plus précisément, ce sont des moyennes annualisées des estimations mensuelles (non désaisonnalisées). Pour cette raison, les valeurs pour une année donnée divergent quelque peu de celles qui sont diffusées mensuellement. Elles divergent également parce que les données mensuelles habituellement publiées sont désaisonnalisées, c'est-à-dire qu'elles ont fait l'objet d'un ajustement qui supprime l'effet des variations saisonnières dues à des facteurs climatiques et institutionnels. Pour les besoins d'analyses macroéconomiques, comme c'est le cas ici, il est d'usage de recourir aux données basées sur une moyenne non désaisonnalisée des 12 mois de l'année.

La forte scolarisation est un atout pour la région. Dans les faits, la Capitale-Nationale est nettement plus scolarisée que la moyenne québécoise; on y compte la plus faible part de la population à avoir une scolarité inférieure au certificat d'études secondaires et elle vient au deuxième rang pour ce qui est de la population titulaire d'un certificat ou d'un diplôme universitaire. La région affiche, par ailleurs, un faible taux de sortie sans diplôme du secondaire.

Le produit intérieur brut (PIB), qui mesure la création de la richesse sur un territoire donné, rend aussi compte de la bonne performance de l'économie régionale. Entre 2001 et 2005, le PIB de la Capitale-Nationale a connu un taux de croissance annuel moyen de 5,0 %, comparativement à 4,2 % pour l'ensemble du Québec (ISQ, 2007a).

Deux indicateurs pour comprendre l'évolution et la dynamique des économies régionales

Au revenu personnel par habitant, s'est récemment ajouté le produit intérieur brut (PIB) pour analyser l'économie régionale (Lemelin et Mainguy, 2005). Une des différences importantes entre les deux indicateurs est que le PIB est la valeur de ce qui est produit à l'intérieur des limites géographiques d'une région, tandis que le revenu personnel est la somme des revenus reçus par les résidents d'un territoire donné, peu importe où a lieu la production. Le PIB par habitant est donc étroitement lié au phénomène de navettage entre les régions, c'est-à-dire aux déplacements entre le domicile et le lieu de travail des personnes occupées. Il peut parfois en résulter un écart important avec le revenu personnel par habitant. Ce n'est cependant pas le cas pour la Capitale-Nationale, puisque la proportion de navetteurs quittant le territoire reste faible comparativement aux autres régions. Ainsi, le PIB élevé de la région témoigne non seulement de sa richesse, mais également de la forte concentration des activités de production et des emplois (Ladouceur et Bilodeau, 2006).

L'importance du secteur des services et certaines particularités

La structure industrielle de la région se singularise par la place importante occupée par le secteur des services. En 2006, 83,5 % des emplois de la région se retrouvaient dans ce secteur, comparativement à 76,1 % pour l'ensemble du Québec (Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, 2006). L'administration publique, notamment provinciale, prend une place importante. S'ajoutent également les secteurs de l'hébergement et de la restauration, de la santé et de l'assistance sociale ainsi que de la finance. Cette surreprésentation des services se traduit, à l'inverse, par une sous-représentation du secteur manufacturier (10,8 % contre 15,4 %).

Les perspectives du marché du travail des prochaines années s'annoncent intéressantes. Le scénario le plus récent d'Emploi-Québec anticipe la création de plus de 21 000 emplois dans la région de la Capitale-Nationale au cours de la période 2004-2009. Le rythme de croissance de l'emploi sera soutenu, tandis que le nombre de chômeurs fléchira légèrement. Par conséquent, le taux de chômage ne cessera de décroître et se maintiendra toujours très en deçà de la moyenne québécoise. La grande majorité des emplois créés le sera dans le secteur des services, ce qui accroîtra la tertiarisation de l'économie régionale (Emploi-Québec, 2005).

Ce portrait socioéconomique est fortement influencé par le poids démographique qu'occupent les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord, qui représentent près de 90 % de la population de la région. Quant à eux, les territoires des CSSS de Portneuf et de Charlevoix, nettement moins peuplés, se différencient de l'agglomération urbaine par un certain nombre de points.

En plus de faire une place importante au secteur agricole, l'économie portneuvoise s'apparente également à celle des régions rurales québécoises essentiellement tournées vers l'exploitation des ressources naturelles (MRC de Portneuf, 2007). Les activités manufacturières, notamment la transformation des ressources naturelles telles que le bois, les métaux et les minéraux non métalliques, accaparent le quart des emplois. Pour sa part, Charlevoix s'appuie également sur les secteurs agricole et forestier pour bâtir son économie, sans toutefois oublier le secteur de l'industrie touristique qui demeure actif principalement en période estivale, du moins pour l'instant (Dupuis *et al.*, 2006).

Ce profil régional, où coexistent urbanité et ruralité, se traduit par des bilans contrastés. D'abord, le CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier, situé au cœur de la ville de Québec, présente le bilan économique le moins favorable de la région, et ce, malgré certains signes d'amélioration. Pour les territoires les plus excentriques de Portneuf et de Charlevoix, on note également que les indicateurs socioéconomiques sont parmi les moins bons. Si le territoire de Charlevoix vient souvent à l'avant-dernier rang, c'est toujours en étant nettement plus avantageux que celui de Basse-Ville-Limoilou-Vanier. Par ailleurs, par la place importante qu'occupe l'exploitation des ressources naturelles sur son territoire, Portneuf risque, plus qu'ailleurs dans la région, de connaître des difficultés, en particulier dans le secteur forestier.

Les effets pas toujours positifs d'une économie en mutation

L'économie régionale, comme celle du Québec dans son ensemble, est en pleine mutation. Les professions liées au savoir connaîtront, au cours des prochaines années, la progression la plus rapide. Plus scolarisée et plus expérimentée, la population de la région de la Capitale-Nationale n'aura jamais été autant en mesure de relever les nouveaux défis du marché du travail. À cette réalité, il y a cependant un revers de la médaille. En effet, malgré une économie florissante, les gens moins instruits et peu formés éprouveront une difficulté croissante à se trouver un emploi (Développement économique Canada, 2003).

Malgré tout, plusieurs personnes vulnérables

Entre 2000 et 2005, la croissance économique de la région s'est accompagnée d'un recul de la proportion de familles à faible revenu. En 2005, cette proportion (après impôt) est tombée à 6,2 %, soit le deuxième plus faible pourcentage après la région de Chaudière-Appalaches. Dans l'ensemble du Québec, c'était le cas de 9,6 % des familles. Ce constat encourageant ne doit cependant pas faire oublier que ce sont plus de 30 000 personnes qui se trouvent dans une situation économique précaire, parmi lesquelles on compte près de 12 000 enfants, dont la plupart vivent dans une famille monoparentale (ISQ, 2007c).

Dans la région, comme ailleurs au Québec, vivre sous le seuil de faible revenu est une réalité qui varie énormément selon le type de familles. En 2005, six fois plus de familles monoparentales que de familles biparentales étaient confrontées à cette situation (21,3 % contre 3,6 %). Plus du tiers des familles monoparentales vivent une situation économique précaire lorsque celles-ci ont trois enfants et plus (ISQ, 2007a).

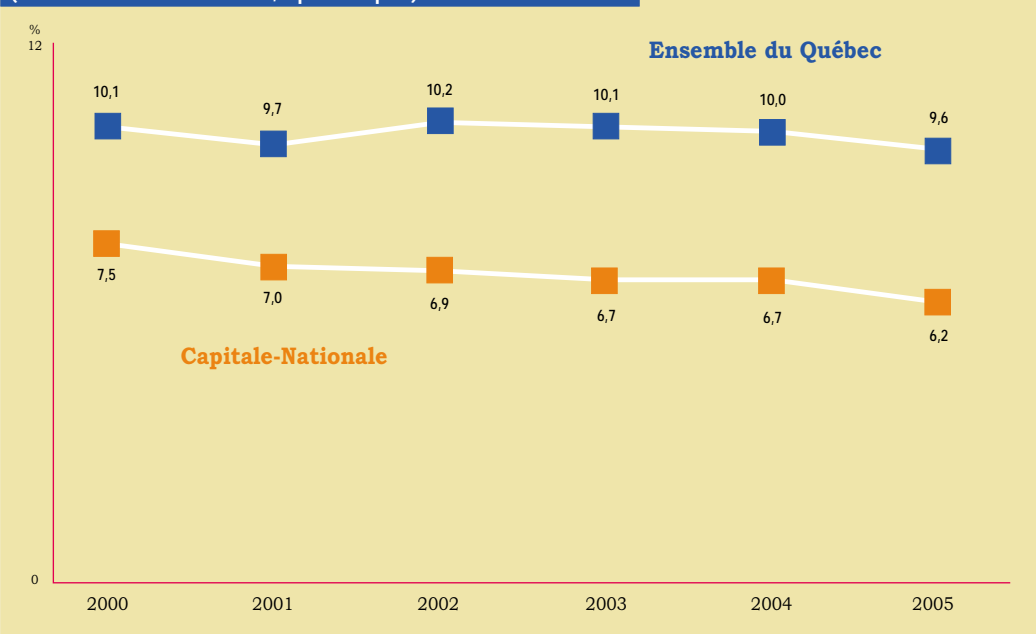
Le manque de ressources financières a des conséquences directes sur les conditions de vie des individus. La plus dramatique demeure sans doute le fait de ne pas pouvoir manger à sa faim. Selon les différentes approches employées, on estime entre 18 000 et 55 000 le nombre de

L'écart de revenu entre les ménages s'agrandit-il dans la région?

Le seul indicateur disponible à l'échelle de la région pour répondre à cette question postule qu'il n'y a pas d'inégalité dans le cas où 50 % du total des revenus reviendraient à la moitié inférieure des ménages et 50 %, à la moitié supérieure¹. En 2000, l'inégalité du revenu dans la Capitale-Nationale était très près de la moyenne québécoise. Ainsi, dans la région, la proportion du total des revenus revenant à la moitié inférieure des ménages était de 21,6 %, comparativement à 21,3 % au Québec. La répartition du revenu dans notre région est cependant l'une des moins équitables des grandes régions canadiennes après Vancouver (17,5 %), Toronto (18,1 %), Montréal (18,4 %) et Hamilton (21,1 %). Comparée à 1995, cette inégalité est demeurée à peu près inchangée dans la Capitale-Nationale, le pourcentage de revenu revenant à la moitié inférieure des ménages atteignait alors 21,4 % (Statistique Canada et ICIS, 2006).

Figure 1.2.2

Familles vivant sous le seuil de faible revenu dans la région de la Capitale-Nationale et au Québec de 2000 à 2005 (Mesure de faible revenu, après impôt)



Source : ISQ, 2007a.

1 Cet indicateur, tiré du recensement, n'est pour l'instant disponible que pour 1995 (recensement 1996) et 2000 (recensement 2001).

personnes de la région à avoir vécu, à des degrés divers, une situation d'insécurité alimentaire². Dans le cas de la première estimation, le tiers d'entre elles (6 000) ont dû faire face à une alimentation précaire avec faim modérée ou considérable à au moins une occasion au cours de l'année 2005. Pour ce qui est de la seconde mesure, la moitié des individus (27 000) disent avoir manqué de nourriture au moins une fois en 2003.

Dans la région, plusieurs acteurs interviennent dans le secteur de l'aide alimentaire. Une étude réalisée en 2002-2003 a démontré que le réseau qui offre des services d'aide alimentaire sur le territoire est vaste. Concrètement, il s'agit de 138 organismes, répartis en 67 conférences Saint-Vincent-de-Paul et œuvres régionales, huit CLSC, 44 écoles de niveaux primaire et secondaire et six établissements d'enseignement secondaire. La majorité des acteurs se trouvent dans les limites du CLSC Basse-Ville–Limoilou–Vanier (Roy, 2004).

La répartition inégale de la richesse dans la population se manifeste aussi sur sa répartition géographique. La localisation des individus étant tributaire de l'emplacement de leur logement, il en résulte souvent une distribution inégale de la pauvreté (ou de la richesse) sur le territoire.

Dans les grandes municipalités, la concentration des personnes à faible revenu se rencontre généralement dans les quartiers où les loyers sont les plus abordables (Statistique Canada, 2005). Ce sont aussi souvent des logements de moins bonne qualité,

concentrés dans les quartiers dits « populaires ». Cette correspondance entre revenu et loyer résidentiel se rencontre également dans les quartiers centraux des municipalités plus petites. C'est d'ailleurs ce que met en évidence la cartographie des zones habitées de la région de la Capitale-Nationale selon la défavorisation matérielle⁴ (MSSS, 2007a). Il est ainsi possible de localiser les très petites entités géographiques⁵, là où l'on compte une forte proportion de personnes se classant au bas de l'échelle économique. Non seulement retrouve-t-on de tels secteurs sur le territoire du CLSC Basse-Ville–Limoilou–Vanier, dont le revenu *per capita* est de loin le plus faible de la région, mais également ailleurs sur le territoire, incluant les CLSC les mieux nantis, comme celui de Sainte-Foy–Sillery–Laurentien.

L'insuffisance du revenu et la pauvreté

Il existe bien des façons de mesurer la répartition de la richesse au Québec (Morasse, 2005). L'approche la plus commune pour déterminer le nombre de personnes à faible revenu est de comparer les revenus des ménages à des seuils que l'on considère nécessaires à l'acquisition de biens et de services de base pour vivre décemment dans un contexte social donné. L'indicateur retenu dans la présente analyse régionale est la Mesure de faible revenu (MFR) de Statistique Canada³. Ce seuil correspond à la moitié de la médiane du revenu des ménages québécois pour une année, ajusté en fonction de la taille et de la composition du ménage. Notons enfin que Statistique Canada ne recommande pas son utilisation comme indicateur du seuil de pauvreté, ni celle d'ailleurs d'autres mesures tirées de ses enquêtes (Fellegi, 1997). Ce sont plutôt des mesures qui permettent de déterminer les ménages canadiens qui s'en tirent moins bien que la moyenne.

2 Ces données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. La première estimation est tirée de l'ESCC 2005, tandis que la seconde provient de l'ESCC 2003. La méthode employée en 2003 a été remplacée, depuis 2004, dans les cycles de l'ESCC par une nouvelle approche qui n'est pas comparable à la première (Santé Canada, 2007).

3 Celle-ci a été préférée au Seuil de faible revenu (SFR) qui est aussi produite par Statistique Canada à partir de l'Enquête sur la dynamique du travail de Statistique Canada et du recensement. Ce choix s'explique par le fait que cette dernière mesure surestimerait l'insuffisance du revenu au Québec comparativement au reste du Canada, notamment du fait que les seuils sont calculés sur une base canadienne plutôt que québécoise, comme c'est le cas pour la MFR (Lancôt et Fréchet, 2001). L'ISQ ne présente d'ailleurs que la MFR dans ses tableaux statistiques en ligne. En 2005 au Québec, le pourcentage de personnes à faible revenu (après impôt) était de 11,8 % selon la SFR et de 9,7 % selon la MFR (Statistique Canada, 2007a; ISQ, 2007a). Les estimations par CSSS et CLSC ne sont cependant disponibles qu'à partir du SFR (avant impôt) tirées du recensement.

4 Indice de défavorisation matérielle, combinant la faible scolarisation, le taux d'emploi et le revenu moyen personnel (Pampalon, Hamel et Raymond, 2004). Avec la défavorisation sociale, il constitue une des deux dimensions de l'indice de défavorisation matérielle et sociale. Cet indice est couramment utilisé dans le secteur de la santé publique au Québec.

5 Ces entités sont obtenues à partir des aires de diffusions de Statistique Canada. Ce sont de petites régions composées d'un ou de plusieurs pâtés de maisons regroupant de 400 à 700 habitants.

Persistence des inégalités de santé selon le revenu

Le lien entre statut socioéconomique et santé globale est une association bien documentée au Québec (MSSS, 2002). Il est souvent question du gradient socioéconomique de santé lorsqu'on veut désigner cette relation qui prend la forme d'une variation graduelle en paliers : le groupe de niveau inférieur obtient la plus forte proportion de personnes en mauvaise santé, puis cette proportion décroît de manière plus ou moins constante, pour atteindre son minimum chez le groupe le plus aisé.

Combien n'ont pas la santé des plus fortunés?

Les personnes de 12 ans et plus de la Capitale-Nationale faisant partie du 20 % de la population la plus favorisée se perçoivent en bien meilleure santé que le reste de leurs concitoyens. En 2005, seulement 2,5 % des plus aisés déclaraient leur santé comme passable ou mauvaise alors que la moyenne régionale atteignait 6,7 %. Si on se servait de ce bilan de santé du groupe plus fortuné comme objectif et qu'on l'appliquait aux autres catégories de revenu, il y aurait dans la région un excédant de plus de 21 000 personnes en mauvaise santé (Statistique Canada, 2006a).

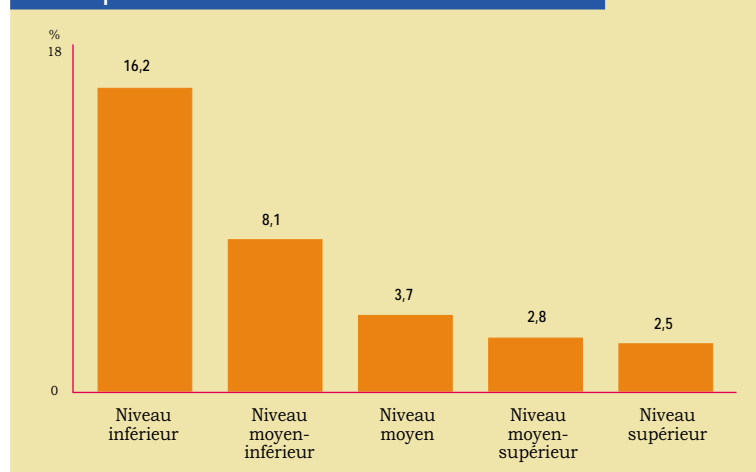
En dépit d'une économie régionale vigoureuse, on observait l'existence d'un tel gradient dans la région de la Capitale-Nationale en 2005 en ce qui concerne la perception de sa santé⁶ selon le revenu (Statistique Canada, 2006). En effet, la proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé, qui atteint seulement 2,5 % chez le groupe du quintile supérieur de revenu, croît progressivement jusqu'à 16,2 % chez les personnes composant les 20 % de la population ayant le revenu le plus faible. Les personnes au bas de l'échelle de revenu sont donc six fois et demie plus nombreuses à se déclarer en mauvaise santé. Les catégories intermédiaires affichent aussi une moins bonne santé comparativement au groupe plus favorisé. On avait également mis en évidence ce type d'association dans la région en 1998 (Ferland, 2001).

Un écart de même nature est aussi observé dans la région de la Capitale-Nationale lorsque l'on compare l'espérance de vie pour la période 2000-2003 selon le niveau de défavorisation matérielle (INSPQ, 2007a). Les personnes de la région faisant partie du quart de la population la plus défavorisée vivent en moyenne moins longtemps que les 25 % de la population la plus favorisée, les différences étant de 4,9 ans chez les

hommes et de 3,2 ans chez les femmes. Le groupe moyen, composé du reste des résidents de la Capitale-Nationale, affiche également une espérance de vie inférieure au groupe favorisé, mais avec des différences légèrement plus faibles chez les deux sexes, soit respectivement de 2,4 ans et de 1,5 an.

L'existence d'un tel gradient, mesuré à l'échelle individuelle ou spatiale, nous montre que toute la population, et pas seulement les groupes les plus démunis, est soumise à des degrés divers à l'influence des conditions socioéconomiques sur sa santé.

Figure 1.2.3 Population ne se percevant pas en bonne santé selon le niveau de revenu ajusté du ménage dans la région de la Capitale-Nationale en 2005



Source : Statistique Canada, 2006.

6 Il existe une bonne concordance entre cette mesure subjective de l'état de santé globale et les indicateurs plus objectifs évaluant les problèmes physiques, la capacité fonctionnelle et la limitation d'activités (Shields et Shoostari, 2001).

Ces seules données n'expliquent cependant pas si les écarts de santé sont la cause ou plutôt la conséquence des inégalités sociales. Il est par contre bien démontré que les conditions de vie et de travail varient grandement selon la catégorie sociale, et ce, au détriment des personnes occupant le bas de l'échelle sociale. Des études réalisées sur de longues périodes auprès de grandes populations montrent que l'effet des conditions d'existence sur la santé des personnes s'opère surtout par l'action du statut socioéconomique sur la santé (Paquet et Tellier, 2005). En d'autres termes, la position sociale tend largement à déterminer la santé plutôt que l'inverse.

Figure 1.2.4 Territoires qui se démarquent

Indicateurs	Situation moins favorable	Situation plus favorable
Population de 25 ans et plus ayant un niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires (2001)	CHARLEVOIX Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ PORTNEUF	Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹ Haute-Ville–Des-Rivières ¹
Chômage (2001)	CHARLEVOIX Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹	Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹ Haute-Ville–Des-Rivières ¹ De la Jacques-Cartier ² Orléans ² QUÉBEC-NORD
Revenu moyen des particuliers (2000)	Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ CHARLEVOIX PORTNEUF	Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹ Haute-Ville–Des-Rivières ¹ VIEILLE-CAPITALE
Prestataires de l'assistance-emploi (2005)	Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ CHARLEVOIX PORTNEUF	Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹ De la Jacques-Cartier ²

1. Territoire du CSSS Vieille-Capitale.
2. Territoire du CSSS Québec-Nord.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiches 12, 16, 17 et 19).

En perspective

L'économie régionale se porte bien, au point où certains affirment que la région a pratiquement atteint le niveau du plein emploi. On commence même à signaler des difficultés de recrutement dans certains secteurs d'activités ou certaines professions.

La très forte tertiarisation de l'économie régionale la rend cependant très dépendante des décisions affectant l'administration publique. Qu'on se rappelle, à titre d'exemple, que la croissance économique régionale a été inférieure à celle du Québec entre 1997 et 2001, et ce, dans un contexte gouvernemental d'atteinte du déficit zéro et de départs massifs à la retraite des employés de l'État.

Comme ailleurs au Québec, l'économie est en mutation. Dans un tel contexte, les personnes les moins scolarisées, ou qui occupent des emplois non spécialisés, seront plus susceptibles de faire les frais des transformations en cours. Malgré la bonne performance de l'économie régionale, les inégalités socioéconomiques persistent. La redistribution de la richesse à travers les transferts sociaux – prestations supplétives ou mesures fiscales – permet toutefois de réduire les écarts de revenu entre Québécois. Des politiques favorables à la santé doivent également être maintenues et développées afin d'atténuer les effets négatifs des inégalités économiques sur la santé et le bien-être de la population. C'est la raison pour laquelle le suivi du différentiel de santé entre catégories socioéconomiques devient essentiel.

1.3 Un environnement sain pour une meilleure santé

L'altération du milieu physique et du climat affecte les écosystèmes et, par voie de conséquence, la santé des populations (INSPQ, 2006a). De par la diversité et l'ampleur des problématiques qui l'affectent, l'environnement est au cœur des préoccupations de santé de la population et fait, presque quotidiennement, la une de l'actualité. Cependant, peu de données régionales sur les impacts sanitaires liés à l'environnement sont actuellement accessibles. La présente analyse s'appuie donc sur des données environnementales et sur les statistiques d'intervention de la Direction de santé publique (DSP). L'information est présentée selon les thèmes suivants : eau potable, eaux récréatives, air intérieur, air extérieur et changements climatiques.

L'eau potable

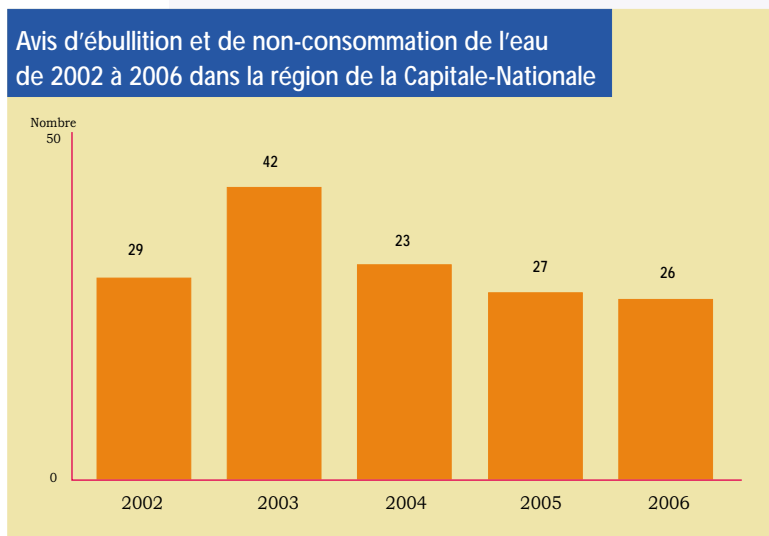
En 2003, 81 % de la population de notre région s'approvisionnait en eaux de surface, le reste puisant leur eau à des puits. Par ailleurs, une grande partie de la population était alimentée en eau potable par des réseaux de distribution, parmi lesquels 87 % doivent se doter d'un système de traitement afin de délivrer une eau de bonne qualité. Une liste récente du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) dénombre 189 réseaux actifs (municipaux, privés, institutionnels) dans la région.

Par ailleurs, en 2003, plus du tiers de la population de la région (37 %) consommait de l'eau fluorée, comparativement à 8 % pour l'ensemble du Québec. Cette eau provient essentiellement du réseau de l'ancienne ville de Québec.

Bien que l'eau distribuée par les réseaux d'aqueduc de la région de la Capitale-Nationale soit en général de bonne qualité, plusieurs de ces réseaux connaissent des écarts aux normes réglementaires. Entre 2002 et 2006, bon an, mal an, 23 à 42 avis

d'ébullition ou de non-consommation de l'eau furent émis annuellement. Du point de vue bactériologique, la majorité des dépassements concerne les coliformes fécaux et totaux ainsi que les bactéries atypiques. La détection de coliformes fécaux suggère la présence de microorganismes pathogènes (bactéries, parasites, virus) pouvant causer des maladies d'origine hydrique (gastro-entérites) et entraîne

Figure 1.3.1 Avis d'ébullition et de non-consommation de l'eau de 2002 à 2006 dans la région de la Capitale-Nationale



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2007 (compilations spéciales).

automatiquement un avis de faire bouillir l'eau. La présence de coliformes totaux et de bactéries atypiques montre une vulnérabilité du réseau, et les actions à prendre dépendent de l'analyse de chaque situation.

Notons que, même si les puits résidentiels ne sont pas comptabilisés dans ces avis d'ébullition, certains font l'objet de contamination bactériologique ou chimique. La DSP intervient d'ailleurs régulièrement à cet effet auprès des propriétaires aux prises avec de telle(s) contamination(s).

Du point de vue chimique, les principales problématiques rencontrées dans la région sont les nitrates, les trihalométhanes (THM) et le trichloroéthylène (TCE). Tout d'abord, on trouve des nitrates dans plusieurs puits privés résidentiels, surtout en territoire agricole des MRC de l'Île d'Orléans et de Portneuf, ainsi que dans quelques réseaux d'aqueduc. Une exposition importante aux nitrates peut entraîner une méthémoglobiémie chez le nourrisson (diminution de la quantité d'oxygène transportée par le sang).

De leur côté, les trihalométhanes se retrouvent surtout dans les réseaux alimentés par une eau de surface (lacs ou rivières). Deux réseaux de Saint-Casimir (dont l'un a vu sa situation corrigée), deux de la ville de Québec (Charlesbourg et Beauport) ainsi qu'un réseau de Fossambault-sur-le-Lac (situation corrigée) ont été touchés par cette problématique. Une exposition importante et à long terme aux THM pourrait être associée au développement du cancer de la vessie.

Enfin, le trichloroéthylène (TCE) est un solvant volatil largement utilisé dans l'industrie. En janvier 2001, à la suite de la découverte de concentrations élevées de TCE dans des puits résidentiels de Shannon, on s'est aperçu que plusieurs personnes de la municipalité avaient été touchées. Une exposition importante et à long terme au TCE pourrait être associée au développement de certains cancers et de malformations cardiaques.

Le TCE à Shannon

La DSP est intervenue, en collaboration avec différents partenaires, afin de soustraire la population de Shannon au TCE présent dans l'eau potable des puits résidentiels. Les personnes concernées ont été invitées à ne plus consommer l'eau de leur robinet et même, pour certains, à ne plus utiliser l'eau à des fins domestiques (ex. : bain, douche). De l'eau embouteillée a été distribuée par la municipalité, des filtres ont été installés dans certaines résidences et le réseau d'aqueduc du ministère de la Défense du Canada a été prolongé afin d'alimenter les secteurs touchés. La problématique en lien avec la contamination de la nappe d'eau souterraine dans le secteur de Valcartier nécessite encore aujourd'hui des interventions de la part de la DSP.

Les menaces aux eaux récréatives

La présence d'algues bleu-vert (cyanobactéries) dans les lacs du Québec constitue une problématique en émergence. À l'été 2007, huit lacs de notre territoire (Blanc, Saint-Charles, Sept-Îles, Perreault, Sergent, Nairne, Saint-Augustin et Saint-Joseph) ont été touchés par la présence d'algues bleu-vert. Pour le moment, il semble que la problématique ne concerne que des lacs dont les rives sont densément peuplées. Présents de façon naturelle dans les plans d'eau, ces microorganismes peuvent se multiplier démesurément à la suite d'un apport de fertilisants – notamment le phosphore – provenant des eaux de ruissellement. Elles peuvent produire des toxines dangereuses pour la santé. L'ingestion d'eau contaminée ou le contact direct à l'occasion de sports aquatiques constituent les voies privilégiées d'exposition. Les principaux symptômes associés sont : vomissements, diarrhée, maux de tête, de gorge, de ventre, fièvre, irritation de la peau et des yeux. Depuis 2002, la présence d'algues bleu-vert dans différents plans d'eau de la région a mené à l'émission de plusieurs avis de non-consommation d'eau potable, d'avis de non-utilisation des eaux à des fins récréatives ou de mise en garde aux riverains.

Études d'impact de grands projets régionaux

Régulièrement, la DSP est sollicitée pour donner son avis sur les impacts possibles à la santé et à la sécurité de la population de la région en lien avec différents projets de développement routier, commercial et industriel. C'est ainsi qu'elle a émis des recommandations visant à diminuer les impacts à la santé concernant le prolongement des autoroutes Robert-Bourassa et 175, la construction de la promenade Samuel-De Champlain et les travaux au port de Québec, le projet de port méthanier Rabaska, la réfection de la prise d'eau de Sainte-Foy, les projets d'implantation d'éoliennes et l'implantation de porcheries.

La dermatite du baigneur constitue une autre problématique de santé en lien avec un plan d'eau. Au cours des dernières années, trois lacs de notre territoire (Nairne, Saint-Augustin et Beauport) ont été touchés par des éclosions de cercaires responsables de la dermatite du baigneur. Par l'intermédiaire des autorités municipales, des avis de santé ont été émis auprès des populations fréquentant ces lacs.

Au cours de l'été 2007, dans notre région, 13 des 15 plages naturelles et artificielles inscrites au programme Environnement-Plage du MDDEP présentaient la cote de classification bactériologique excellente (A) et deux, la cote bonne (B) (MDDEP, 2007a).

La qualité de l'air intérieur

Le parc immobilier vieillissant de même que les constructions hâtives et certains phénomènes météorologiques extrêmes (ex. : pluie abondante, inondation) favorisent la prolifération des moisissures dans les environnements intérieurs. Les personnes âgées, les jeunes enfants et les personnes présentant une histoire de maladies cardiorespiratoires ou d'allergies sont plus vulnérables. Ils peuvent développer des problèmes respiratoires importants et voir leur qualité de vie diminuée de façon significative.

L'air de nos maisons

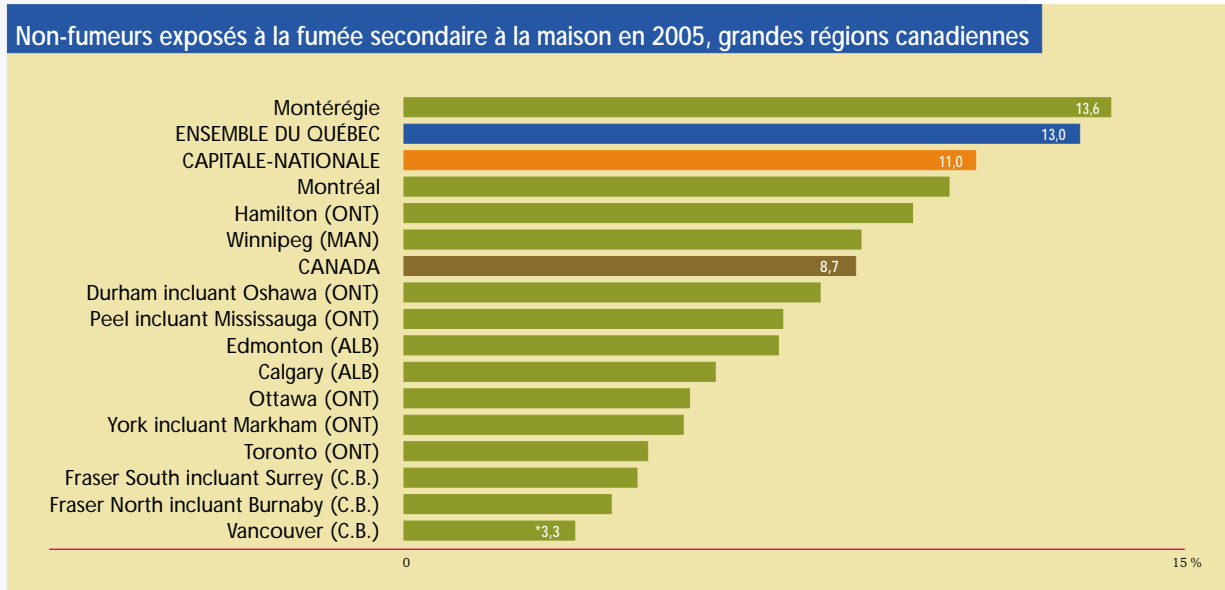
L'air intérieur des résidences est habituellement de bonne qualité. Cependant, certains environnements contiennent divers contaminants auxquels les occupants sont exposés surtout par voie respiratoire (ex. : moisissures, monoxyde de carbone, formaldéhyde, composés organiques volatils, acariens et punaises de lit, fumée secondaire). Selon le type de contaminants, l'ampleur de l'exposition ainsi que la vulnérabilité des occupants, des atteintes à la santé peuvent survenir (ex. : manifestations allergiques et irritatives, asthme, nausées, maux de tête, intoxications chroniques et aiguës, risques de cancers, décès) (MSSS, 2007b).

Les nombreuses interventions effectuées, ces dernières années, laissent à penser que les cas d'insalubrité morbide sont en recrudescence dans la région. Complexes, ils nécessitent souvent une action concertée entre plusieurs partenaires, car ils chevauchent à la fois les domaines de la santé mentale et environnementale. Ajoutons que quelques interventions furent aussi réalisées afin d'aider des résidents aux prises avec une infestation de punaises de lit.

Le risque que représente le monoxyde de carbone (CO) lors d'une combustion incomplète demeure toujours présent dans la région. Que ce soit dans l'habitation (ex. : maison, chalet, camp de pêche ou de chasse, roulotte ou autocaravane) ou dans le garage, le mauvais fonctionnement des appareils opérant au combustible (ex. : propane, essence, bois) peut entraîner rapidement une exposition au monoxyde de carbone à des concentrations pouvant entraîner la mort. Des efforts sont régulièrement déployés afin que les propriétaires de telles constructions installent des avertisseurs de CO. Ainsi, en 2006, 11 interventions ont été réalisées à la suite d'une exposition au monoxyde de carbone, dont quatre furent effectuées en situation d'urgence.

Enfin, la consommation de tabac peut altérer la qualité de l'air intérieur et entraîner des effets nocifs sur la santé. Selon une étude canadienne, le Québec aurait connu, en 1998, 359 décès chez les non-fumeurs attribuables à la fumée secondaire (Makomaski Illing et Kaiserman, 2004). La région de la Capitale-Nationale compte toujours un nombre important de fumeurs, beaucoup de non-fumeurs sont ainsi encore susceptibles d'être exposés à la fumée de tabac à domicile. En 2005, la proportion de non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire à la maison était de 11 % dans notre région, par rapport à 9 % au Canada et à 13 % pour l'ensemble du Québec.

Figure 1.3.2 Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison en 2005, grandes régions canadiennes



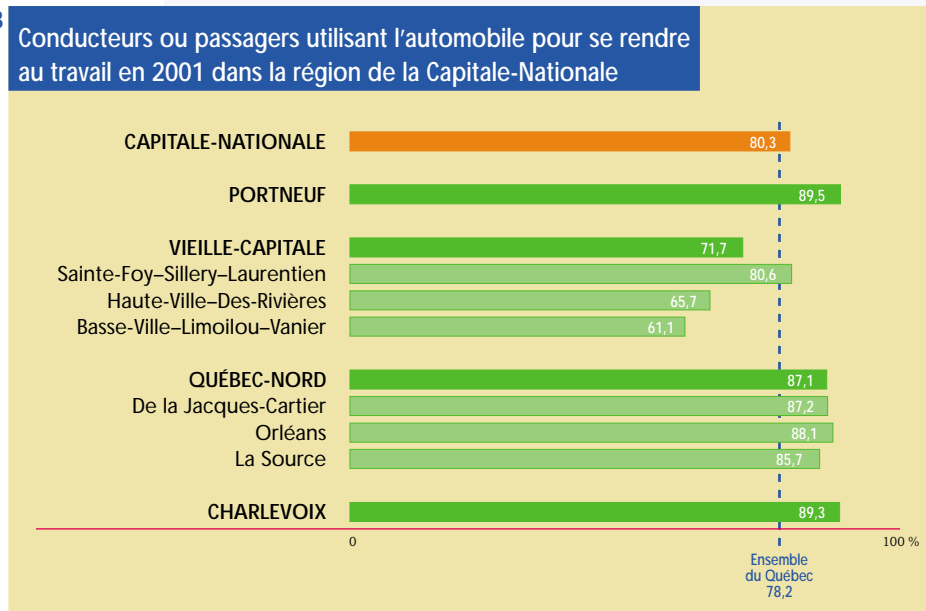
* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence. Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 26).

La qualité de l'air extérieur

Le transport, les industries et le chauffage (bois, mazout, gaz) constituent les principales sources de pollution de l'air extérieur, lesquelles existent sous forme de gaz (monoxyde de carbone, dioxyde de soufre, oxydes d'azote) et de particules en suspension, dont la concentration dans l'air est maintenant mesurée et fait l'objet d'une surveillance par le MDDEP. Leur relation avec certaines maladies cardiorespiratoires aiguës ou chroniques est maintenant bien établie (INSPQ, 2006a). Dans notre région, ces polluants sont mesurés à six stations d'échantillonnage. De 1994 à 2003, les concentrations moyennes annuelles de dioxyde de soufre et de particules en suspension sont restées plutôt stables, tandis que celles du monoxyde de carbone et des oxydes d'azote ont continué de diminuer. Néanmoins, la qualité de l'air est parfois mauvaise, même en hiver, dans la région de la Capitale-Nationale, à cause d'épisodes de smog attribuables à des concentrations horaires élevées de particules fines ou d'ozone, survenant à la suite de conditions météorologiques particulières.

Fait à noter, depuis quelques années, la contribution de la pollution locale et environnante lors des épisodes de smog dépasse les 65 %, en provenance, majoritairement, de la flotte des véhicules routiers. En effet, près de 80 % de la population active de la région se rend au travail en auto, en camion ou en fourgonnette. Dans les CSSS de Portneuf et de Charlevoix, la proportion de gens qui conduisent ou sont passagers d'un véhicule pour se rendre au travail est de près de 90 %, alors qu'elle est respectivement de 87 % pour le CSSS Québec-Nord et de 72 % pour le CSSS de la Vieille-Capitale. Dans ces deux derniers territoires, le transport en commun constitue le deuxième moyen le plus employé (8 % et 15 %), mais il demeure toutefois une alternative encore très peu utilisée.

Figure 1.3.3 Conducteurs ou passagers utilisant l'automobile pour se rendre au travail en 2001 dans la région de la Capitale-Nationale



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 30).

Le smog est une brume jaunâtre, limitant la visibilité dans l'atmosphère. Il résulte du mélange de polluants atmosphériques, composés surtout d'ozone troposphérique et de particules. De 1995 à 2005, le nombre annuel moyen de jours de smog pour la région de la Capitale-Nationale a été de 3,5, par rapport à 8,2 en Montérégie et à 7,5 à Montréal.

Qu'est-ce qui produit le smog?

La formation de smog est un phénomène qui peut se produire principalement l'été, mais aussi l'hiver. Sous l'effet du rayonnement du soleil, une quantité suffisante de composés organiques volatils (COV), produite surtout par l'évaporation de combustibles liquides, de solvants et de produits chimiques organiques, se combine à des oxydes d'azote (NOx) générés par la combustion de l'essence, du mazout ou du charbon. C'est cette combinaison qui produit de l'ozone au sol. L'ozone et ses polluants précurseurs peuvent être transportés sur de très longues distances par la circulation atmosphérique.

Depuis 2004, le MDDEP diffuse aussi un indice de la qualité de l'air (IQA) afin d'informer et de sensibiliser la population à la problématique du smog et aux enjeux qui y sont associés. Pour établir l'IQA, le MDDEP mesure les niveaux de cinq polluants principaux, soit le monoxyde de carbone, le dioxyde d'azote, l'ozone au sol, le dioxyde de soufre et les particules fines. Le polluant dont le niveau est le plus élevé un jour donné constitue l'IQA (MDDEP, 2007b).

Le nombre moyen de jours de mauvaise qualité d'air dans la région de la Capitale-Nationale est passé de 32, en 2004, de 33, en 2005, à 16, en 2006. Cette diminution apparente est le reflet de conditions météorologiques particulières en 2004 et en 2005. Par ailleurs, le nombre d'épisodes et de jours de smog dû aux particules fines et à l'ozone a varié respectivement entre sept et dix épisodes et entre huit et 21 jours par année (MDDEP, 2007c).

Depuis quelques années, nous connaissons, dans notre région, des vagues de chaleur accablantes (température supérieure à 30 °C et Humidex supérieur à 40 °C) qui peuvent avoir des effets directs (ex. : crampes, coup de chaleur, épuisement) ou indirects (ex. : aggravation des symptômes chez des personnes malades) sur la population. La chaleur accablante devient particulièrement préoccupante lorsqu'elle survient en période de smog et qu'elle se poursuit durant plusieurs journées consécutives. Elle peut alors affecter davantage certaines populations plus vulnérables (enfants, personnes âgées porteuses de maladies cardiorespiratoires, sportifs, travailleurs). Les effets les plus graves peuvent mener au décès.

Enfin, les conditions météorologiques devenant plus favorables à la croissance de l'herbe à poux, celle-ci continue d'étendre son aire de distribution de même que sa période de pollinisation (elle serait maintenant de la fin juillet à la mi-octobre). Or, le pollen de l'herbe à poux est un puissant allergène qui affectait, en 2005, 16 % de la population de la région, comparativement à 18 % au Québec. Ces allergies se manifestent principalement par de la rhinite allergique. Ce problème de santé est plus fréquemment rapporté chez les jeunes et les adultes de 15 à 44 ans (Direction de santé publique de la Montérégie, à paraître).

Des changements climatiques dont les effets sont déjà perceptibles

Il y a un très vaste consensus scientifique selon lequel le climat est en train de changer et que les phénomènes météorologiques deviennent de plus en plus extrêmes, ayant éventuellement un impact sur la santé et le bien-être des humains. Certains gaz, appelés « gaz à effet de serre » sont présents naturellement dans l'atmosphère. Ils contribuent à retenir la chaleur près de la surface de la terre. Toutefois, la pollution contribue à une augmentation anormale de ces gaz, responsables du réchauffement de la planète.

Pour faire face à cette problématique, le gouvernement du Québec a mis sur pied un Plan d'action québécois sur les changements climatiques. À cet égard, certaines régions du Québec, dont la nôtre, devaient élaborer, pour 2007, une stratégie d'intervention pour les situations d'urgence lorsque surviennent des vagues de chaleur (MSSS, 2007b).

Notre région est déjà affectée par des perturbations météorologiques menant à l'allongement de la période de croissance de l'herbe à poux, à l'augmentation de la fréquence des vagues de chaleur (canicules), du nombre de lacs contaminés par les cyanobactéries, des épisodes de smog, des inondations et des épisodes de sécheresse (ex. : lac Saint-Charles, en 2006). Ces événements pourront mener à la contamination d'éléments environnementaux indispensables à la vie humaine comme l'eau potable, les aliments, l'air que nous respirons et les eaux récréatives. Des problématiques qui, possiblement, iront en s'accroissant avec les changements climatiques appréhendés.

En perspective

Les pays sont de plus en plus nombreux à se préoccuper de l'environnement. Plusieurs appréhendent les effets néfastes des changements climatiques et s'inquiètent de la qualité de l'eau, de l'air et des sols. Notre région n'y échappe pas et, depuis plusieurs années, la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale s'intéresse aux effets sur la santé de la population de divers problèmes liés à l'environnement.

À titre d'exemple, on analyse ou scrute des thèmes aussi variés que le développement du réseau routier, le transport en commun, l'insalubrité des logements, la contamination des nappes souterraines, la prolifération de cyanobactéries, l'implantation de porcheries, le développement de parcs éoliens, l'élimination des déchets et le smog. Bref, voici autant de problématiques auxquelles nous devons tous faire face dans les prochaines années. Le défi est grand et ne peut être mené seul. La santé publique doit donc coopérer avec d'autres organisations publiques, municipales et gouvernementales afin de faire face à tous ces changements.

L'environnement social et les problèmes d'adaptation : deux dimensions complémentaires

L'environnement social et les problèmes d'adaptation pour faire face aux situations de vie sont deux facettes qui influencent la santé de la population. En effet, le type d'environnement social dans lequel se retrouve un individu permet de comprendre certains problèmes de santé physique ou mentale qui peuvent l'affecter. Ainsi, le tissu social, le sentiment d'appartenance, l'entraide et le soutien social sont autant d'indicateurs qui nous aident à documenter cet environnement social. De plus, la monoparentalité et le fait de vivre seul, plus particulièrement en vieillissant, sont d'autres thèmes abordés pour décrire l'environnement social.

Par ailleurs, on définit l'adaptation sociale comme l'équilibre entre les forces et les faiblesses de l'individu; les risques et les opportunités qu'il rencontre dans son environnement. Les *aléas* de la vie quotidienne nous obligent à demeurer continuellement en processus d'adaptation. Des signes d'inadaptation apparaissent lorsque l'individu a de la difficulté à répondre aux exigences de son environnement social et à partir du moment où ce dernier ne répond plus adéquatement à ses besoins. On parle de problèmes d'adaptation sociale lorsque des individus font montre de comportements jugés non conformes aux normes sociales en vigueur. Les indicateurs traités dans cette section font référence, entre autres, au décrochage scolaire, à la délinquance, à la violence conjugale et à la criminalité.

Un contexte social qui a ses particularités

Résider dans la région de la Capitale-Nationale signifie vivre dans des communautés locales qui présentent une certaine uniformité au plan ethnique. En effet, moins de 3 % d'immigrants y sont installés, privilégiant surtout le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. Par ailleurs, moins de 3 000 Hurons-Wendats vivent à Wendake en plein cœur du secteur De la Jacques-Cartier ou hors réserve (Lepage, 2002). Cette apparente homogénéité cache toutefois certaines particularités.

Capital social, soutien social et isolement

Le capital social est vu comme étant « la colle qui soude la communauté ». Ce concept est mesuré au moyen de plusieurs indicateurs, dont le sentiment d'appartenance à sa communauté, le bénévolat, le soutien social et le nombre d'organismes communautaires. Une communauté avec un fort capital social se caractérise notamment par une multitude de personnes qui se connaissent, se font confiance et prennent soin les unes des autres, et ce, tout en travaillant pour le bien-commun de tous (Petersen, 2002). La relation entre le degré élevé de capital social et une meilleure santé de la population a été vérifiée à quelques reprises (Kawachi, Kennedy et Glass, 1999).

En 2005, le sentiment d'appartenance à sa communauté locale s'exprimait avec la même intensité dans la région de la Capitale-Nationale que dans l'ensemble du Québec. Dans les faits, près de 12 % de la population ne se sentait pas enracinée dans son environnement communautaire. Au Canada, ce sentiment touchait 9 % des répondants. Les données recueillies en 2003, alors que le taux régional s'établissait à

9 %, permettent de jeter un regard plus local et de constater des écarts sur cette variable. Si seulement 3 % des Charlevoisiens déclaraient un faible sentiment d'appartenance à leur communauté, cette proportion atteignait 12 % dans les secteurs Basse-Ville–Limoilou–Vanier et La Source.

Toujours en 2003, dans notre région comme au Québec, environ une personne sur quatre de 12 ans et plus était membre d'un organisme ou d'une association à but non lucratif. Les territoires locaux ne se distinguaient pas sur cette variable, sauf Portneuf, où les citoyens étaient un peu plus enclins à être membres des organisations de leur territoire (30 %) (Ferland et Pageau, 2005). Par ailleurs, la vie associative est bien présente dans la région. À titre d'exemple, en 2006-2007, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale offrait un soutien financier à près de 250 organismes communautaires en santé et services sociaux.

Un indice, composé de huit questions, circonscrit le soutien social dont bénéficient les personnes de 12 ans et plus. Entre 2000-2001 et 2005, on notait, dans la région de la Capitale-Nationale, une légère augmentation de la déclaration d'un faible soutien social, celle-ci passant de 13 % à 16 %. Davantage d'hommes (17 %) que de femmes (14 %) doivent composer avec un faible soutien social. De même, les données régionales mettent en lumière que le faible soutien social augmente avec l'âge.

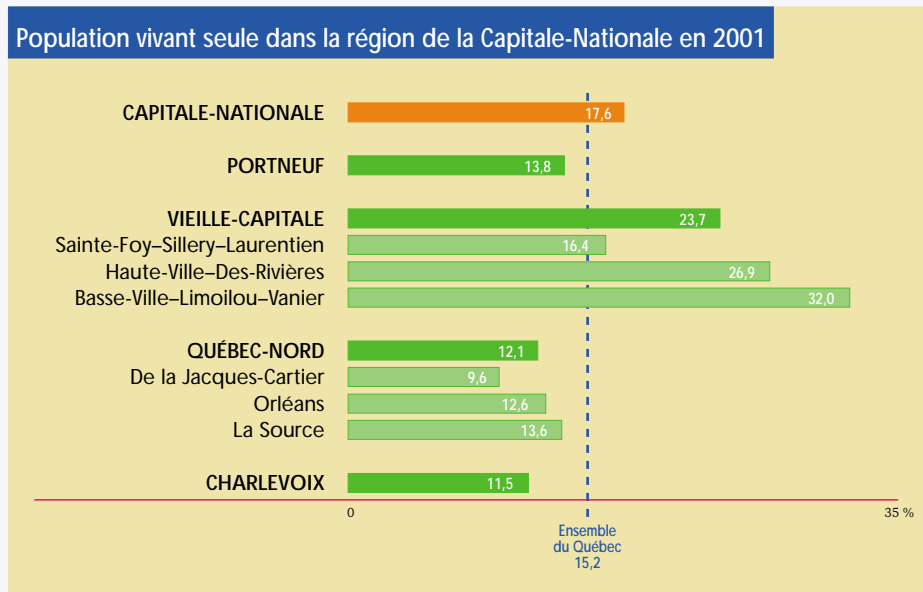
Le soutien social, c'est également les soins qu'un individu prodigue sans rémunération aux personnes âgées de son entourage. Sur cette question, la région de la Capitale-Nationale se comporte de façon très semblable au reste du Québec. En 2001, 17 % des personnes de 15 ans et plus avaient offert des soins à des aînés (20 % de femmes contre 14 % d'hommes). Parmi ces citoyens offrant leur assistance à une personne âgée, près du tiers y avait investi au moins cinq heures par semaine. Les territoires locaux en milieu urbain se démarquent peu de la moyenne régionale alors qu'on dénote, dans ceux de Charlevoix (21 %) et de Portneuf (20 %), une tendance plus marquée à l'aide et aux soins aux personnes âgées.

Par ailleurs, au Québec comme dans la région, la grande majorité des personnes de 65 ans et plus (89 %) demeurent encore dans des ménages privés; donner du temps aux aînés de sa famille ou de son entourage prend alors tout son sens. Cette réalité touche proportionnellement plus d'hommes âgés (93 %) que de femmes âgées (87 %). Alors que les territoires locaux avaient des profils fort semblables en termes de proportions de personnes de 65 ans et plus en ménage privé, le secteur Orléans se distingue par une proportion nettement moindre (81 %).

Vivre seul, phénomène contemporain

Entre 1986 et 2001, les données recueillies au Québec, comme dans la région, indiquent une progression du nombre de personnes vivant seules. Alors qu'en 1986, la proportion de personnes de la région vivant seules était de 10 %, en 2001, elle était de 18 %, ce qui est légèrement plus élevé qu'au Québec. Cette réalité touche toutefois plus souvent les femmes (20 %) que les hommes (16 %). De plus, l'écart est maximal entre les secteurs Basse-Ville–Limoilou–Vanier (30 %) et De la Jacques-Cartier, où moins de 10 % de la population se retrouve dans cette situation. Les territoires Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Haute-Ville–Des-Rivières attirent l'attention par le fait qu'ils présentent les plus fortes proportions de personnes vivant seules – près du double des autres territoires – et par le fait également que plus de la moitié des aînés de plus de 75 ans habitent seuls.

Figure 1.4.1 Population vivant seule dans la région de la Capitale-Nationale en 2001



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 8).

Le fait de vivre seul aurait des répercussions négatives sur l'état de santé et de bien-être. Cependant, dans nos sociétés contemporaines, la solitude peut être un état choisi, et non un état d'isolement, insupportable et aliénant. La solitude imposée à la suite d'un divorce, d'une séparation ou d'un deuil peut toutefois rapidement mener à l'isolement

(Bureau, 2000). En 2001, environ 30 % des 65 ans et plus de la région vivaient une situation de veuvage. Chez le groupe des 45 à 64 ans, un peu plus de 15 % étaient séparés ou divorcés.

Rupture conjugale et perte de soutien social

La rupture conjugale aurait un effet négatif sur la santé mentale des hommes, particulièrement sur le vécu dépressif (Rotermann, 2007). La perte de soutien social peut s'avérer particulièrement difficile pour les hommes, puisque nombre d'entre eux comptent uniquement sur leur conjointe pour obtenir un soutien, alors que les femmes ont tendance à créer de plus grands réseaux sociaux (McDaniel et Strike, 1994).

La monoparentalité, un parentage parfois lourd à porter

Partout au Québec, entre 1986 et 2001, nous pouvions remarquer une progression du nombre de familles monoparentales. Pour cette dernière année, la région de la Capitale-Nationale présentait une proportion de 22 % de familles avec enfants de moins de 18 ans ayant un seul parent. La monoparentalité était nettement présente dans le secteur Basse-Ville-Limoilou-Vanier, où elle atteignait un sommet de 43 %. Dans Charlevoix et dans Portneuf, les proportions étaient, dans les deux cas, de 16 %. Enfin, plus les enfants étaient âgés, plus ils étaient nombreux à vivre dans une famille monoparentale : 14 %, entre 0 et 5 ans, 21 %, entre 6 et 14 ans, et 25 %, entre 15 et 17 ans.

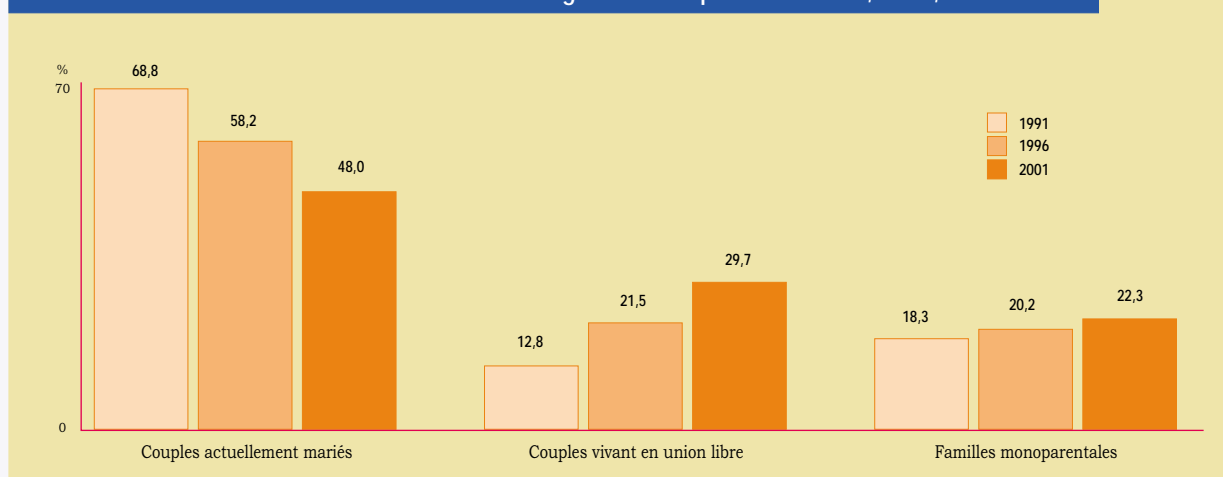
familles monoparentales. Pour cette dernière année, la région de la Capitale-Nationale présentait une proportion de 22 % de familles avec enfants de moins de 18 ans ayant un seul parent. La monoparentalité était nettement présente dans le secteur Basse-Ville-Limoilou-Vanier, où elle atteignait un sommet de 43 %.

Stressant d'être un parent seul

La transition à l'état de parent seul au Canada est stressante, même si elle est volontaire (Pérez et Beaudet, 1999). Il n'est pas rare de subir, en plus de la perte de sa vie conjugale, une obligation de déménager, des baisses de revenus, des modifications à la vie professionnelle, une difficile conciliation entre le travail rémunéré, les tâches domestiques et l'éducation des enfants, sans parler de la modification du réseau de soutien familial et amical. Il semble que les gens ayant vécu en union libre, plutôt que dans le cadre d'un mariage, sont moins susceptibles de se tourner vers les services de soutien comme l'accompagnement thérapeutique pour soi ou pour les enfants, les séances de formation ou d'information pour les parents ou, encore, les groupes de soutien (Beaupré et Cloutier, 2007).

Figure 1.4.2

Familles avec enfants de moins de 18 ans dans la région de la Capitale-Nationale, 1991, 1996 et 2001



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 6).

Élever sa famille en étant seul parent est encore majoritairement le lot des femmes, la garde des enfants leur étant encore plus facilement confiée. Dans la région, plus de 80 % des familles monoparentales sont dirigées par des femmes (DSP de la Capitale-Nationale, 2007). Au Canada, les mères seules déclaraient un état moins favorable que celui des mères vivant avec leur conjoint (Pérez et Beaudet, 1999). Quant aux pères n'ayant pas la garde de leurs enfants, ils sont de plus en plus nombreux, dans la région, à déclarer vivre une perte de leur qualité de vie parce qu'on leur impose un temps de parentage qui affaiblit le lien affectif avec leurs enfants (Allard, Bourret et Tremblay, 2005).

Être mère en bas âge augmente la probabilité de devenir chef de famille monoparentale. Dans la région de la Capitale-Nationale, le taux de fécondité des filles de 15 à 19 ans est, depuis de nombreuses années, largement inférieur à la moyenne québécoise. Cependant, un secteur se démarque, celui de Basse-Ville–Limoilou–Vanier qui a un taux deux fois plus élevé que le taux québécois.

Par ailleurs, au Québec, à la différence des autres provinces, les unions libres prennent maintenant le pas sur les unions légalisées. Cependant, les unions libres se révèlent plus instables que les mariages. En 2006, au Québec, les unions libres se soldaient par près de 70 % de désunions, heureusement pour une bonne part sans enfant (Beaupré et Cloutier, 2007).

E.S.P.A.R., une vision globale et positive de la sexualité chez les jeunes

Issu du Plan d'action Québec-Centre de prévention de la grossesse à l'adolescence et de soutien des jeunes parents et de leur famille, E.S.P.A.R. est un programme novateur d'Éducation à la Sexualité fondée sur le Pouvoir d'Agir et de Réfléchir. Ce programme est offert, depuis 2001, aux différentes écoles de la région. Il s'adresse aux jeunes de 12 à 14 ans (Guilbert *et al.*, 2006).

Les garderies, un lieu d'apprentissage

Une des actions privilégiées pour soutenir le développement optimal des bambins de milieux socioéconomiques défavorisés consiste à réserver, pour cette clientèle spécifique, un certain nombre de places en services de garde. Les résultats de plusieurs recherches démontrent que le fait de fréquenter une garderie a des effets positifs pour l'enfant de milieux socioéconomiques défavorisés, ces effets positifs se manifestant sur le développement intellectuel, les connaissances, l'apprentissage et le langage (Palacio-Quintin et Coderre, 1999).

Une façon d'estimer le soutien offert par l'État québécois aux familles avec enfants est le taux de places disponibles en services de garde pour les enfants d'âge préscolaire. À ce titre, entre 1990 et 2005, le Québec témoignait d'une évolution plus qu'intéressante du nombre de places, notamment avec une augmentation plus marquée après 1997. La situation de la région de la Capitale-Nationale est très enviable, prenant le 3^e rang. En 2005, il était possible de trouver, dans la région, 15 895 places en services de garde pour les petits de 0 à 4 ans, soit un taux de 57 pour 100 enfants.

Certains problèmes d'adaptation

La scolarité, une clé vers un meilleur horizon social

Une des clés de la réussite sociale est d'avoir une bonne scolarité. Globalement, le degré d'instruction de la population de la Capitale-Nationale présente, comparativement à l'ensemble du Québec, un profil avantageux. Entre 1991 et 2001, on remarquait une hausse des proportions de la population de 25 ans et plus détentrice d'un certificat d'études secondaires ou, mieux encore, ayant réalisé des études postsecondaires, dont un baccalauréat ou un autre grade universitaire. Toutefois, l'analyse infrarégionale révèle de nombreuses disparités. En 2001, les secteurs Sainte-Foy–Sillery–Laurentien (35 %) et Haute-Ville–Des-Rivières (28 %) regroupaient les plus grandes concentrations d'universitaires, alors que Charlevoix (43 %), Basse-Ville–Limoilou–Vanier (39 %) et Portneuf (39 %) avaient les plus fortes proportions d'adultes n'ayant pas de diplômes d'études secondaires.

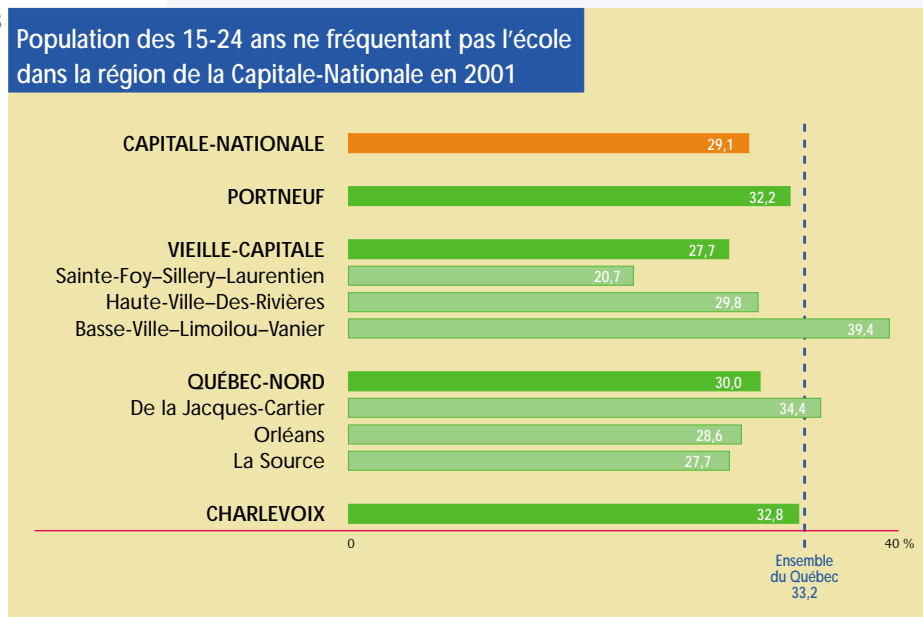
Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture dans les milieux défavorisés (ÉLÉ) : agir en amont

On connaît maintenant les bénéfices pour les enfants de participer très tôt, à la maison ou en milieu de garde, à des activités d'éveil à la lecture et à l'écriture : ils apprennent à lire plus facilement, lisent mieux et obtiennent de meilleurs résultats en mathématiques. Ainsi, le programme ÉLÉ vise à soutenir les parents et les grands-parents de milieux défavorisés désirant stimuler l'apprentissage de la lecture chez leurs jeunes enfants (Ministère de l'Éducation, 2003).

Cependant, quitter l'école avant d'avoir obtenu un diplôme d'études secondaires génère davantage de difficultés à intégrer le marché de l'emploi et une probabilité plus forte de devenir prestataire de l'aide sociale (MSSS, 2007c). À ce titre, les données indiquent qu'environ un jeune sur quatre de moins de 20 ans de notre région n'obtient pas son diplôme. On remarque, tant au Québec que dans la région de la Capitale-Nationale, une augmentation de ce taux entre 2000-2001 et 2002-2003, puis une légère baisse en 2003-2004.

Alors qu'une certaine proportion de jeunes de moins de 20 ans de la région ne poursuivent pas leurs études secondaires jusqu'à l'obtention d'un diplôme, une autre portion de jeunes ne fréquentent tout simplement pas l'école. Cette réalité, moins présente en 2001 qu'en 1991, était tout de même le lot de près du tiers des 15-24 ans de notre région, dont le profil est toutefois l'un des plus avantageux du Québec. Le contraste est cependant plus marqué entre Basse-Ville–Limoilou–Vanier (39 %) et Sainte-Foy–Sillery–Laurentien (21 %).

Figure 1.4.3 Population des 15-24 ans ne fréquentant pas l'école dans la région de la Capitale-Nationale en 2001



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 34).

Persistance de la négligence, de la criminalité et de la violence

En 1998-2004, autant de filles que de garçons ont été pris en charge dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Le taux est de 5,8 jeunes sur 1 000, ce qui place notre région légèrement au-dessus de la moyenne québécoise. Partout au Québec, il était possible d'observer, entre 1993-1998 et 1998-2004, une hausse du taux de prise en charge. La négligence des enfants par leurs parents constitue le motif le plus fréquent parmi les signalements retenus.

Le développement personnel diminué des parents a été cerné comme facteur lié à la négligence ou à l'abus. Le profil des familles suivies par les services de protection revêt des dysfonctionnements complexes; les parents seraient nombreux à vivre de la violence conjugale, des problèmes de santé mentale, de la toxicomanie ou de la

déficience intellectuelle. Le mal-être des parents amoindrirait substantiellement leur capacité à prendre soin et à élever leurs enfants. De plus, le faible revenu, l'isolement social et la pauvreté du quartier ont été nombre de fois identifiés comme des facteurs de risque de la maltraitance (Chamberland, Léveillé et Trocmé, 2007).

La pauvreté, source de problèmes de santé et de problèmes sociaux

Diverses recherches ont associé la pauvreté à une série de problèmes de santé et de problèmes sociaux. Cela signifie que les populations les plus pauvres sont surreprésentées sur diverses dimensions de mésadaptation (Fawcett et Scott, 2007; MSSS, 2007c). Cependant, il ne faut pas conclure que les problèmes d'adaptation sont exclusivement vécus par des personnes et des familles à statut socioéconomique précaire.

Les centres jeunesse du Québec doivent aussi agir auprès des jeunes contrevenants. Depuis plusieurs années, dans la région de la Capitale-Nationale, le taux d'adolescents de 12 à 17 ans ayant contrevenu au *Code criminel* et aux lois surpasse significativement le taux québécois. Précisons que les contrevenants de la région âgés de 15 à 17 ans étaient, pour leur part, deux fois plus nombreux que leurs cadets à commettre des délits.

Depuis les années 1970, la violence conjugale est une problématique reconnue et répandue qui s'est imposée, au Québec comme ailleurs, comme problème social. Les victimes féminines seraient presque deux fois plus sujettes que les victimes masculines à vivre des abus sévères et chroniques. Elles seraient également trois fois plus susceptibles de craindre pour leur vie et d'interrompre leurs activités quotidiennes en raison de la violence (Chamberland, Léveillé et Trocmé, 2007). Le taux de victimisation pour violence conjugale chez les femmes de 12 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale a toujours été, entre 1997 et 2007, inférieur au taux québécois. Néanmoins, cela représente, chaque année dans la région, près de 800 femmes victimes de violence conjugale.

Les abus touchent également les aînés

L'ampleur de la violence (abus physique, psychologique, matériel ou financier; négligence) à l'endroit des personnes âgées est encore mal connue; une étude canadienne l'a estimée à 4 % chez les aînés de 65 ans et plus vivant à domicile, seuls ou en couple. La forme d'abus la plus fréquente serait l'exploitation matérielle. Les auteurs des mauvais traitements sont régulièrement des membres de la famille immédiate, des gens qui cohabitent avec l'aîné ou qui agissent à titre d'aidant informel (Paradis et Racine, 2006).

Figure 1.4.4

Territoires qui se démarquent		
Indicateurs	Situation moins favorable	Situation plus favorable
Familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans (2001)	Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹	PORTNEUF CHARLEVOIX
Population vivant seule (2001)	Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹ Haute-Ville-Des-Rivières ¹	De la Jacques-Cartier ²
Population de 15 à 24 ans ne fréquentant pas l'école (2001)	Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹ De la Jacques-Cartier ²	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien ¹
Prises en charge dans la cadre de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> (2001-2006)	Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien ¹
Personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2001)	Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹	PORTNEUF CHARLEVOIX
Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté (2003)	---	PORTNEUF CHARLEVOIX De la Jacques-Cartier ²

1. Territoire du CSSS Vieille-Capitale.
2. Territoire du CSSS Québec-Nord.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiches 6, 8, 34, 37, 42 et 44).

En perspective

La société change. Peu à peu l'environnement social se modifie; la cellule familiale se transforme, tout comme les communautés locales. Les unions libres prennent le pas sur les unions légalisées et, de plus en plus de familles sont monoparentales. Davantage de personnes, plus particulièrement en vieillissant, vivent seules. Par ailleurs, on assiste à une diminution du sentiment d'appartenance à sa communauté, du soutien social et de l'entraide.

D'un autre côté, divers problèmes liés à l'adaptation sociale persistent. Trop de jeunes n'obtiennent pas de diplôme d'études secondaires. La négligence des enfants par leurs parents constitue le motif le plus fréquent parmi les signalements retenus. Les contrevenants âgés de 15 à 17 ans sont deux fois plus nombreux que leurs cadets à commettre des délits et le taux de victimisation pour violence conjugale chez les femmes demeure élevé.

Pour combattre ces problèmes, il faut poursuivre les efforts de soutien aux individus et aux communautés locales, notamment au regard de la lutte aux inégalités sociales et à la pauvreté sous toutes ses formes.

1.5 Les habitudes de vie : un capital santé à construire

Des enfants qui se déplacent en gambadant pour se rendre à l'école. De bons repas en famille concoctés avec amour. Des fous rires qui jaillissent du fond de la salle paroissiale où se tiennent les soirées dansantes, désormais sans fumée de tabac. Voilà autant d'exemples qui illustrent l'application de saines habitudes de vie au quotidien.

Les familles de la région de la Capitale-Nationale ont changé depuis 40 ans. La conciliation travail-famille est devenue un réel casse-tête pour plusieurs. Nombreux étaient ceux qui prévoyaient une société des loisirs pour le deuxième millénaire, mais on doit désormais parler d'une société de course contre la montre, où le temps est devenu chose rare. Ces transformations ont un impact direct sur les saines habitudes de vie. Les repas doivent être pris sur le pouce, l'utilisation des véhicules motorisés au détriment de la marche ou du vélo engendre une économie de temps, la consommation de cigarettes permet pour certains de diminuer le niveau de stress, etc.

Bonne santé rime avec bonnes habitudes de vie...

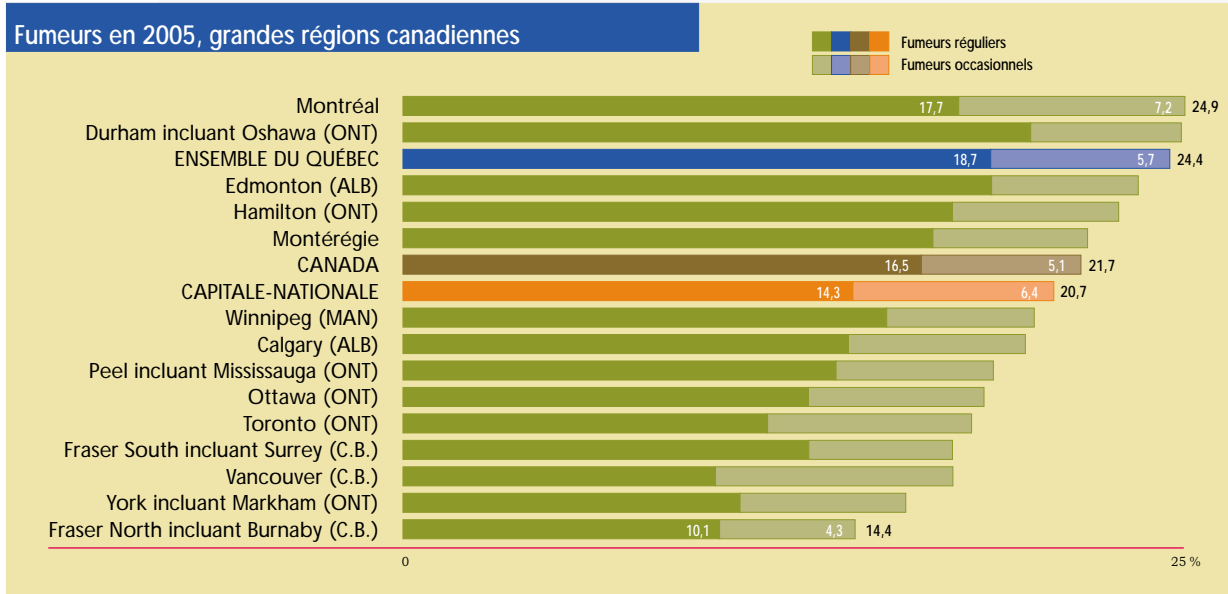
L'absence de fumée de tabac, une saine alimentation et une pratique régulière d'activités physiques sont des comportements sains qui accroissent la protection contre plusieurs maladies chroniques (cancer, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, diabète, etc.). Adoptées et maintenues à long terme, les saines habitudes de vie garantissent, en termes de qualité de vie, une contribution considérable au capital santé de la population.

Le tabagisme : régression intéressante mais encore insuffisante

La consommation de tabac, c'est bien connu, augmente la prévalence de plusieurs maladies chroniques et, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle est encore aujourd'hui la principale cause de décès évitables dans le monde (OMS, 2006). En 2000-2004, on estimait qu'annuellement 1 800 décès étaient attribuables au tabagisme dans la région. La situation était, à cet effet, particulièrement préoccupante dans les secteurs Basse-Ville-Limoilou-Vanier et Orléans.

Au cours des deux dernières décennies, des interventions massives de lutte au tabagisme ont été réalisées au Québec. Les résultats des différentes enquêtes illustrent d'ailleurs une baisse importante de la consommation de tabac depuis 1987 (INSPQ et coll., 2006b; Pageau *et al.*, 2001). Sur ce plan, la région de la Capitale-Nationale se démarque favorablement par rapport aux autres régions québécoises, ce qui n'est pas le cas si on la compare avec les grandes régions du Canada. Le Québec est une des provinces qui, malheureusement, détient le plus haut pourcentage de fumeurs au Canada. La région de la Capitale-Nationale n'y échappe pas, malgré un pourcentage moindre de fumeurs.

Figure 1.5.1



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 49).

Améliorer et maintenir notre qualité de vie!

Depuis 2002, la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale déploie, dans les CSSS de la région, le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ce programme fait la promotion des trois habitudes de vie que sont : 0 tabac dans l'environnement, la consommation de 5 portions de fruits et de légumes par jour et la pratique quotidienne de 30 minutes d'activités physiques. Ce programme cible les jeunes, les adultes et les communautés locales (Dugal, 2004). En 2007, 73 écoles, 34 établissements de santé, une quinzaine de municipalités incluant la Ville de Québec et ses arrondissements, cinq centres de la petite enfance et de nombreux milieux de travail appliquent le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (DSP de la Capitale-Nationale, 2007).

Malgré cette tendance à la baisse de la consommation de tabac, 21 % de la population de 12 ans et plus de la région consomme encore, occasionnellement ou régulièrement, des produits du tabac. Cette baisse se manifeste chez tous les groupes d'âge, mais la situation des 20-24 ans reste préoccupante, puisque le tiers d'entre eux fument toujours. Notons également qu'avec 30 % de fumeurs en 2003, la population de Basse-Ville–Limoilou–Vanier était celle, dans la région, qui fumait le plus.

L'effet de la Loi sur le tabac se fait déjà sentir

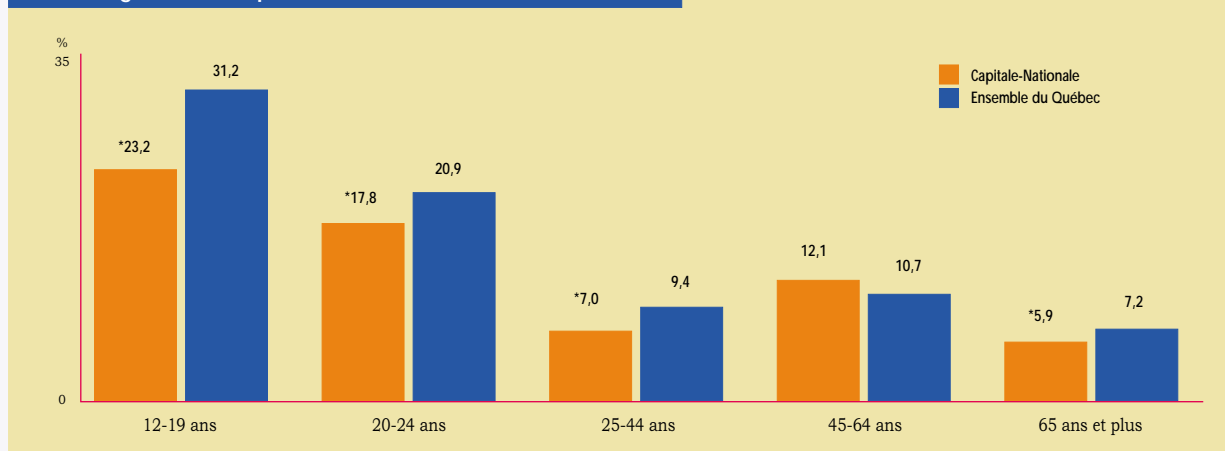
Au printemps 2007, un an après l'application de la *Loi sur le tabac*, un sondage réalisé pour le compte du MSSS établissait la proportion de fumeurs au Québec à 18 %, comparativement à 24 % au printemps 2006 (Jolicœur et associés, 2007).

La fumée de tabac dans l'environnement : un danger pour la santé

La fumée de tabac dans l'environnement est composée de la fumée inspirée et rejetée par les fumeurs ainsi que de la fumée qui s'échappe de la cigarette. Cette dernière représente 50 % de la fumée de tabac dans l'environnement. Elle comporte de plus petites particules et présente des concentrations de produits toxiques plus élevées. Elle est considérablement plus toxique que la fumée inspirée et rejetée par les fumeurs (MSSS, 2006a).

En termes d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, le pourcentage de la région de la Capitale-Nationale est comparable à celui du Québec. Toutefois, tout comme la région de la Montérégie, elle domine au sommet du palmarès d'exposition à la fumée de tabac des grandes régions canadiennes. Les 12-19 ans sont ceux, parmi la population, qui sont les plus exposés à la fumée de tabac à la maison. Les enfants de ce groupe d'âge représentent une proportion trois fois plus élevée que ceux des 25-44 ans. En ce sens, la situation demeure très préoccupante.

Figure 1.5.2 Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison, dans la région de la Capitale-Nationale en 2005



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 26).

Une saine alimentation : pas si facile

Les habitudes alimentaires se transforment à l'échelle mondiale. Les nouveaux modes de vie ont notamment créé des besoins de restauration rapide, d'accessibilité accrue à des aliments camelotes, des concepts marketing valorisant les grosses portions et des publicités vantant des produits hautement énergétiques et de faible valeur nutritive. Cette transformation nutritionnelle avantage la consommation d'aliments riches en sucre et en gras au détriment des fruits, des légumes et des aliments riches en fibres (OMS, 2003a). La région de la Capitale-Nationale n'y échappe pas.

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 indiquent une amélioration de la consommation de fruits et de légumes dans la région de la Capitale-Nationale. Toutefois, un peu plus de la moitié (56 %) de la population de la région ne consommait pas cinq fois par jour des fruits et des légumes. Les hommes de la région semblaient moins enclins que leurs consœurs à consommer des fruits et des légumes.

Au Canada, en 2004, le taux d'obésité chez les 2-17 ans mangeant plus de cinq fois par jour des fruits et des légumes était de 6 %, alors qu'il était de 10 % chez les jeunes qui en consommaient moins de trois fois par jour (Shields, 2005). La même relation était observée chez les adultes. En effet, les hommes et les femmes ayant déclaré manger des fruits et des légumes moins de trois fois par jour étaient plus susceptibles de souffrir d'obésité que ceux qui consommaient ce genre d'aliments cinq fois ou plus par jour (Tjepkema, 2005).

Portrait alimentaire des sites sportifs, récréatifs et culturels municipaux de la Ville de Québec

Une étude, visant à sonder le point de vue des acteurs municipaux quant aux actions à mettre en place pour favoriser l'accès à des choix alimentaires sains, a démontré la nécessité d'améliorer l'offre alimentaire dans les diverses installations de la Ville de Québec. Ces changements seront possibles grâce à la concertation des différents acteurs du milieu (Morency et Chaumette, 2007).

Finalement, mentionnons que 46 % des Québécois les plus riches consomment au moins cinq fois par jour des fruits et des légumes, comparativement à 39 % des plus pauvres (MSSS, 2007c). Les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé achètent également plus de fruits et de légumes (Ricciuto *et al.*, 2006).

La pratique régulière d'activité physique : une population à faire bouger

Un mode de vie physiquement actif est fortement associé au bien-être physique et psychologique des personnes. La pratique régulière d'activités physiques est une composante importante de la qualité de vie. Malheureusement, une forte proportion de la population de la région de la Capitale-Nationale est très peu active et les conséquences sur sa santé se font de plus en plus sentir.

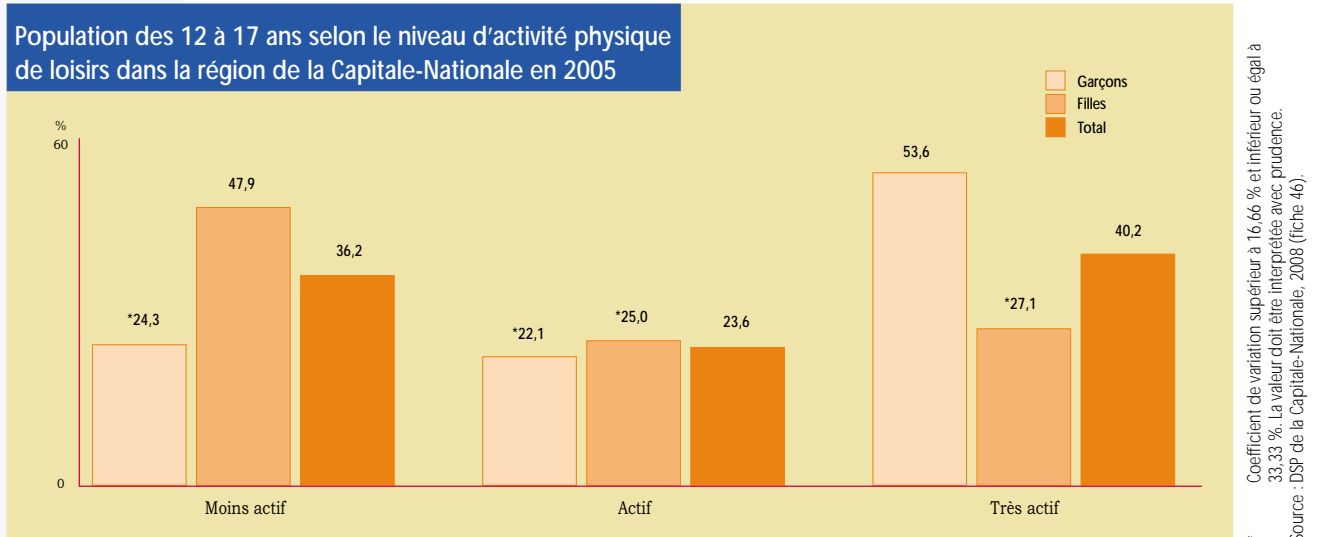
La pratique régulière d'activités physiques se définit selon trois grandes catégories : l'activité physique de loisirs, celle de transport et celle reliée au travail ou aux activités quotidiennes.

L'activité physique de loisirs : une évolution selon l'âge

En 2005, les données régionales indiquent que quatre adultes sur dix étaient actifs durant leurs loisirs et profitaient ainsi des bénéfices pour la santé. Malheureusement, autant d'adultes étaient peu ou pas actifs durant leurs loisirs. Ces données régionales se comparent à celles du Québec et démontrent une amélioration minime par rapport aux données de 2003.

Pour ce qui est de la population chez les 12-17 ans, les données de 2005 sont plus encourageantes, notamment pour les garçons. Ceux-ci, considérés comme étant très actifs (54 %), l'étaient presque deux fois plus que leurs consœurs du même âge (27 %). Malheureusement, en vieillissant, les tendances actuelles démontrent une forte diminution du taux de pratique des activités physiques (Kino-Québec, 2005).

Figure 1.5.3 Population des 12 à 17 ans selon le niveau d'activité physique de loisirs dans la région de la Capitale-Nationale en 2005



L'activité physique de transport : une occasion de plus pour être actif

L'intégration de l'activité physique de transport à un mode de vie permet d'atteindre le niveau souhaitable d'activité physique. Les données disponibles concernent principalement la marche. En général, les femmes sont plus nombreuses à utiliser la marche comme moyen de transport que les hommes.

En 2005, les données indiquent que près de six jeunes sur dix utilisaient la marche comme moyen de transport pour une durée de plus d'une heure par semaine et que 13 % d'entre eux l'utilisaient plus de six heures par semaine. Ce résultat est une nette amélioration par rapport à 1994 (Kino-Québec, 2005).

Mon école à pied, à vélo!

Mon école à pied, à vélo! est un programme de promotion des déplacements actifs entre le domicile et l'école chez les enfants du primaire. Il a pour but d'amener les enfants à se déplacer tous les jours à pied ou à vélo. La stratégie, mise en œuvre par la Direction de santé publique et ses partenaires, repose principalement sur l'amélioration de la sécurité routière autour des écoles et la promotion des bienfaits de l'activité physique. En 2006-2007, cinq écoles ont bénéficié du programme. D'ici 2009, 20 écoles primaires de la région auront intégré le programme.

Comparativement à la marche, l'utilisation de la bicyclette est soumise à plusieurs contraintes : conditions climatiques, aménagement physique, sécurité, etc. Ces contraintes ont pour effet que près de neuf personnes sur dix n'utilisent jamais la bicyclette pour se rendre au travail, à l'école ou pour faire des courses.

L'activité physique de travail ou dans les activités quotidiennes : contributive au capital santé

Depuis plusieurs décennies, la nature des emplois a fortement évolué vers un mode plus sédentaire. Il n'est donc pas surprenant de constater que, dans une journée normale, près du tiers de la population de 12 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale est généralement assise au travail, à l'école ou dans ses activités quotidiennes. Cette proportion se situe légèrement au-dessus de celle de la province et peut s'expliquer par la concentration élevée du nombre de travailleurs issus de la fonction publique et du secteur des services. Évidemment, la caractéristique des milieux ruraux fait en sorte que les territoires de Portneuf et de Charlevoix détiennent une concentration plus élevée de travailleurs ayant un emploi exigeant physiquement.

La consommation d'alcool : la modération a bien meilleur goût

La consommation d'alcool tend à augmenter au Québec, notamment chez les 12 ans et plus présentant une consommation élevée d'alcool (cinq verres ou plus en une même occasion), et ce, plus de 12 fois par année. À l'échelle régionale, 21 % de la population de 12 ans et plus présente une consommation élevée d'alcool, plus de 12 fois par année. Les hommes sont deux fois et demie plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool substantiellement.

À l'échelle locale, le taux de consommation élevée d'alcool atteint un sommet dans les territoires de Portneuf et de Haute-Ville–Des-Rivières.

Finalement, la proportion de la population de 12 ans et plus prenant 14 consommations et plus par semaine a augmenté légèrement depuis les années 2000. Ajoutons que les hommes consomment en moyenne trois fois plus d'alcool en grande quantité que les femmes.

Les comportements sécuritaires : mieux vaut prévenir que guérir

Les enquêtes sur l'utilisation de la ceinture de sécurité se font généralement la nuit, au moment où il peut y avoir un relâchement à cet égard. En 2004, à l'échelle régionale, près de neuf automobilistes sur dix portaient leur ceinture de sécurité la nuit. Ce taux est similaire à celui de l'ensemble du Québec. Par contre, on note une légère baisse par rapport au taux de 2002.

Les cyclistes représentent une population vulnérable aux accidents et aux traumatismes sévères, notamment les 10-24 ans. Depuis 1993, le port du casque est de plus en plus populaire. La proportion régionale de cyclistes portant le casque est de 45 %. Ce taux place la région de la Capitale-Nationale parmi les meilleures, au sommet des régions détenant un fort pourcentage de port du casque de vélo.

Figure 1.5.4

Territoires qui se démarquent		
Indicateurs	Situation moins favorable	Situation plus favorable
Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison (2003)	---	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien ¹ VIEILLE-CAPITALE
Population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes (2003)	QUÉBEC-NORD La Source ² CHARLEVOIX Orléans ²	---
Population sédentaire durant ses loisirs (2003)	---	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien ¹ De la Jacques-Cartier ² VIEILLE-CAPITALE Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹ QUÉBEC-NORD
Population ne marchant pas pour se déplacer dans ses transports (2003)	CHARLEVOIX PORTNEUF De la Jacques-Cartier ² QUÉBEC-NORD	---
Fumeurs (2003)	---	PORTNEUF
Population ayant pris 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine (2003)	VIEILLE-CAPITALE	---
Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus par année (2003)	Haute-Ville-Des-Rivières ¹ PORTNEUF VIEILLE-CAPITALE	---

1. Territoire du CSSS Vieille-Capitale.
2. Territoire du CSSS Québec-Nord.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiches 26, 45, 46, 47, 49, 50 et 51).

En perspective

Les saines habitudes de vie contribuent, tout au long de la vie, au bien-être et à la qualité de vie des personnes. Au fil des ans, des améliorations en termes de modification des comportements au profit de saines habitudes de vie sont observées, mais elles sont encore insuffisantes. Pourtant, l'intention de passer à l'action ne manque pas, mais il semble que les obstacles à franchir soient encore trop grands et trop nombreux pour une bonne partie de la population.

Il est reconnu que pour modifier les comportements il faut agir autant sur les facteurs personnels que sur les facteurs environnementaux. Jusqu'à tout récemment, davantage d'efforts ont été orientés vers les facteurs personnels. Les acteurs du milieu consacrent désormais des efforts considérables aux facteurs environnementaux. En plus de fournir des avantages sur le plan individuel, la modification des environnements contribue au bien-être collectif : enrichissement de la vie communautaire, augmentation de la sécurité, diminution de la pollution et lutte contre l'exclusion et l'isolement.

Pour appliquer des mesures qui incitent l'adoption de saines habitudes de vie, il est important de créer des alliances entre les différents acteurs du milieu. La mobilisation des acteurs régionaux et locaux devient donc un enjeu majeur dans la promotion de saines habitudes de vie.

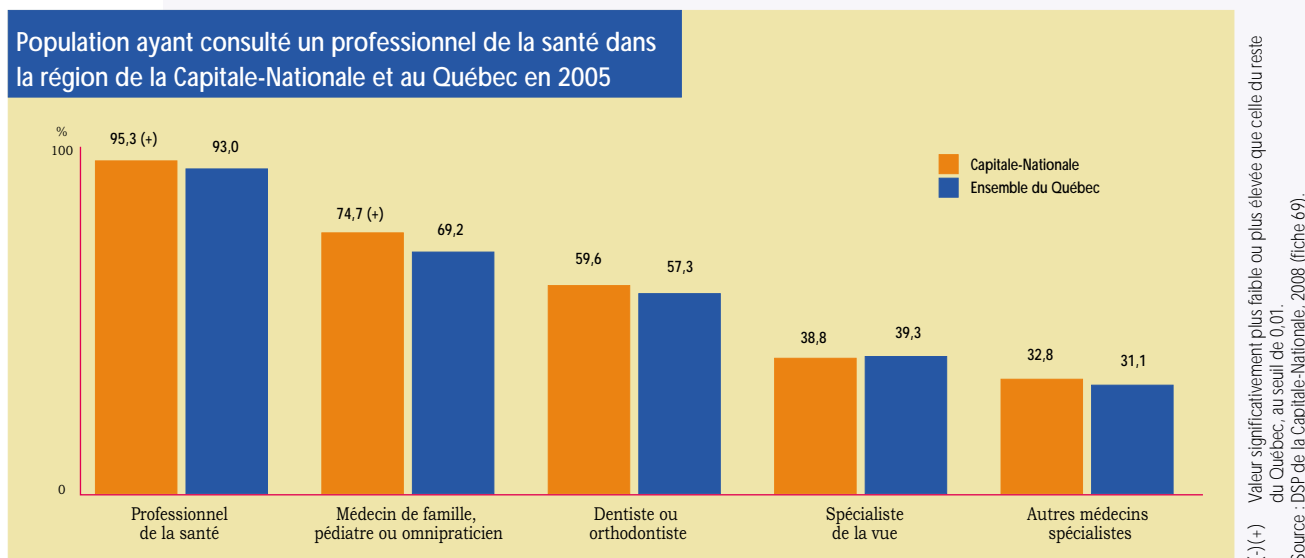
1.6 Un système de santé en constante évolution

L'univers des soins de santé est large et couvre plusieurs dimensions. Pour les fins du présent exercice, l'utilisation des services par la population sera d'abord passée en revue, puis les ressources humaines et institutionnelles de santé seront examinées sommairement selon trois grandes catégories : les services de première ligne, les services de santé ainsi que les soins de longue durée et d'hébergement¹.

Survol de l'utilisation des services

En 2005, 95 % des personnes de 12 ans et plus de la région ont vu ou consulté par téléphone un professionnel de la santé dans les 12 mois précédents, ce qui se compare à l'ensemble du Québec. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (98 %) que chez les hommes (93 %). Les types de professionnels les plus consultés sont, dans l'ordre, les médecins de famille (75 %), les dentistes ou orthodontistes (60 %), les spécialistes de la vue (39 %) et les autres médecins spécialistes (33 %).

Figure 1.6.1 Population ayant consulté un professionnel de la santé dans la région de la Capitale-Nationale et au Québec en 2005



À l'échelle des différents territoires, on observe, en 2003, que la consultation d'un médecin de famille par la population est relativement semblable (de 65 % à 70 %) alors que la consultation d'un médecin spécialiste varie de 25 % (Portneuf) à 38 % (Haute-Ville-Des-Rivières). Pour ce qui est de la consultation des dentistes ou orthodontistes, le taux de consultation est plus faible dans les territoires Basse-Ville-Limoilou-Vanier (50 %) et Charlevoix (50 %), alors qu'il est nettement plus élevé dans le territoire Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (69 %).

1 À moins d'indications contraires, les données de cette section sont tirées du *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008*. Les statistiques ont été complétées par celles provenant de *Éco-Santé Québec 2007*.

Pour ce qui est de la proportion de la population de 12 ans et plus ayant consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale, elle était de 8 % en 2003. Ce pourcentage atteignait plus du double chez les femmes que chez les hommes, ce qui suit la même tendance que l'ensemble du Québec.

Par ailleurs, le recours à la médecine non traditionnelle (massothérapie, acupuncture, homéopathie, naturopathie, etc.) est demeuré stable dans la région au cours des cinq dernières années. La proportion de la population de la région ayant consulté un intervenant en médecine non traditionnelle était de 14 % en 2005, ce qui est identique au reste du Québec. Les femmes ont davantage recours à ce type de médecine que les hommes : 17 % par rapport à 11 %.

Le médicament est devenu, au cours des dernières décennies, une technologie médicale très répandue. En 2003, dans la Capitale-Nationale tout comme dans l'ensemble du Québec, 22 % de la population de 12 ans et plus a fait usage d'au moins trois médicaments, prescrits ou non, au cours d'une période de deux jours. Cette proportion atteint 55 % chez les personnes de 65 ans et plus de la région. C'est dans le territoire Basse-Ville-Limoilou-Vanier que l'on retrouve la consommation la plus importante (27 %). Cette proportion est également plus élevée chez les 45-64 ans (43 %) de ce territoire.

Les données produites par la Régie de l'assurance maladie du Québec permettent aussi de conclure à une large utilisation, dans la région, des médicaments chez les personnes âgées de 65 ans et plus, couvertes par le régime public d'assurance médicaments. En effet, un peu plus de neuf personnes âgées sur dix (93 %) ont consommé au moins un médicament couvert par le régime au cours de l'année 2005, ce qui se compare à l'ensemble du Québec (92 %).

Notons enfin que, pour mieux répondre aux préoccupations des citoyens de la région et, selon le cas, pour orienter ces derniers au bon endroit, le service Info-Santé a répondu à près de 154 000 appels en 2005-2006.

Les services de première ligne en réorganisation

En 2005, 79 % de la population de 12 ans et plus de la région avait un médecin de famille, comparativement à 75 % dans l'ensemble du Québec. Le pourcentage régional a connu une légère hausse depuis 2003, alors que c'était le cas pour 76 % des personnes. Par ailleurs, la situation n'a pas changé à l'échelle du Québec (Statistique Canada et ICIS, 2006).

De nombreux changements sont survenus au cours des dernières années quant à l'organisation des services de première ligne, dont la création de groupes de médecine de famille (GMF). Entre novembre 2002 et novembre 2007, 14 GMF ont été mis sur pied dans la région de la Capitale-Nationale, lesquels fonctionnent avec la participation de 191 médecins omnipraticiens. Au 24 août 2007, 158 445 personnes y étaient inscrites, représentant 24 % de la population du territoire. Un peu plus du quart des personnes inscrites (43 567 personnes) sont dites vulnérables². Notons que des accréditations furent accordées à trois nouveaux GMF en novembre, ce qui portait leur nombre à 17 dans la région (RAMQ, 2007).

² Selon l'entente particulière omnipraticiens-RAMQ, un patient est dit vulnérable dans les conditions suivantes : Toute personne de 70 ans et plus; pour les personnes de moins de 70 ans, la présence d'un problème de santé chronique est requise (Régie de l'assurance-maladie du Québec, 2006).

Les GMF et les cliniques-réseau, c'est quoi?

La mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) et de cliniques-réseau (CR) vise à assurer une meilleure intégration des omnipraticiens dans la dispensation des soins médicaux généraux à la population de la région. Un GMF est composé de médecins de famille travaillant en groupe auprès des personnes inscrites, en étroite collaboration avec des infirmières d'un CSSS. Les membres du GMF collaborent également avec des travailleurs sociaux et des pharmaciens (MSSS, 2005a). Une CR regroupe certains médecins œuvrant sur le territoire d'un CSSS et dessert environ 50 000 personnes. Elle vise à mieux coordonner l'ensemble des services sur le territoire et à augmenter l'accessibilité à son médecin de famille, à améliorer la continuité aux services médicaux de première ligne et à assurer des services médicaux sans rendez-vous. Une CR comprend aussi des infirmières, venant du CSSS, pour des activités d'accueil-évaluation-orientation et de liaison (Agence de la Capitale-Nationale, 2006a).

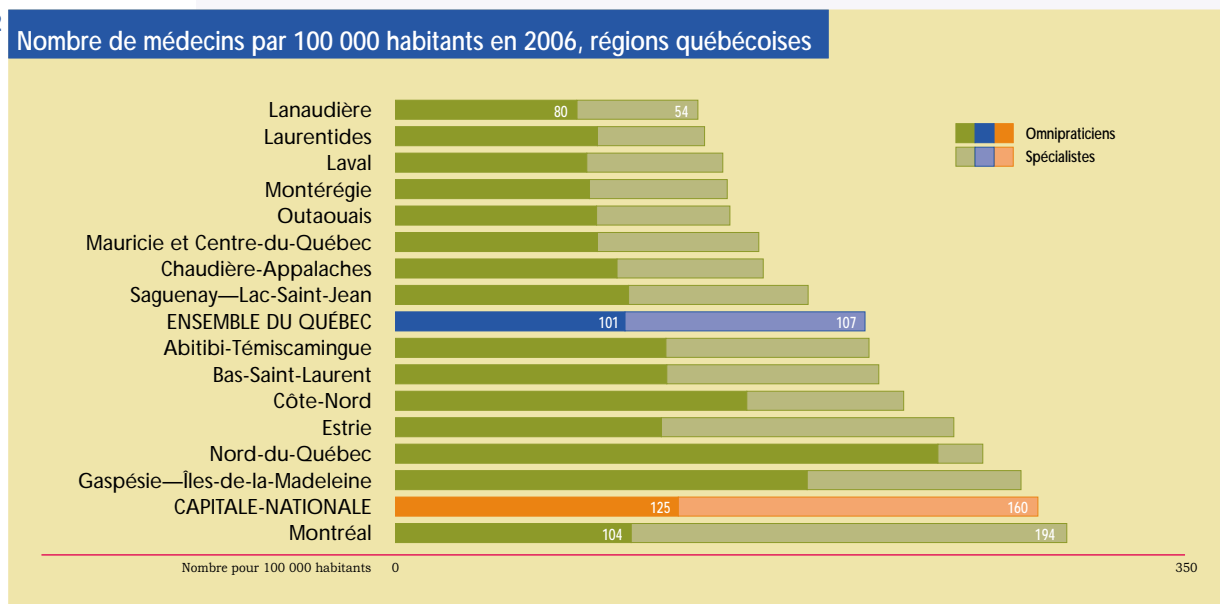
Des demandes d'accréditation sont à l'étude actuellement pour reconnaître au moins quatre autres GMF en 2008. Neuf autres établissements (cabinet ou CSSS) ont manifesté un intérêt pour être reconnus éventuellement GMF, ce qui porterait leur nombre à 30 dans la région. La cible de 30 GMF est fondée sur l'objectif de rejoindre 70 % de la population de la région (700 000 personnes) avec une moyenne de 15 000 inscriptions par GMF.

De facture plus récente, quatre cliniques-réseau ont vu le jour dans notre région et quatre autres établissements auraient mentionné leur intention de le devenir. Dans sa formulation initiale, on prévoit l'implantation de dix cliniques-réseau réparties sur les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord, sur la base d'une masse critique minimale de 20 médecins pour 50 000 personnes.

Quelques tendances relatives aux services de santé

Bien que les effectifs médicaux de la région aient très peu augmenté entre 1991 et 2006, la Capitale-Nationale est l'une des trois régions du Québec qui bénéficient du plus grand nombre de médecins par habitant. En effet, on constate qu'un nombre élevé de spécialistes et d'omnipraticiens y pratiquent : 285 médecins par 100 000 habitants, soit 125 omnipraticiens et 160 spécialistes. Pour les personnes directement affectées aux soins, la région présente un ratio particulièrement élevé de 889 infirmières par 100 000 habitants, la moyenne québécoise étant de 574. Quant au taux de préposés aux bénéficiaires dans la région, il est de 402 par 100 000 habitants,

Figure 1.6.2 Nombre de médecins par 100 000 habitants en 2006, régions québécoises



Source : Eco-Santé Québec, 2007.

comparativement à 359 pour l'ensemble du Québec. Cette situation favorable, en termes de ressources humaines, s'explique en bonne partie par la vocation suprarégionale de plusieurs établissements de soins de la Capitale-Nationale.

Consécutivement aux mesures prises pour assurer le virage ambulatoire dans la région, le nombre de lits de soins de courte durée a connu une diminution du tiers entre 1994-1995 et 2005-2006. Le taux d'occupation des lits est passé de 80 % à 84 %. Par ailleurs, les séjours moyens à l'hôpital ont diminué de 8,2 à 6,1 jours, ce qui permet de compenser, du moins en partie, la réduction du nombre de lits. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas d'apprécier les effets de ces mesures sur les différentes listes d'attente pour hospitalisation.

Les proportions de séjours sur civière excédant 24 heures ou 48 heures sont, pour leur part, demeurées relativement stables de 2002-2003 à 2005-2006. On note, toutefois, une légère hausse dans les deux cas en 2006-2007. Cependant, sur l'ensemble de la période, ces taux sont demeurés nettement inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec.

Tel qu'il a été visé par la réforme entreprise dans le milieu des années 1990, on enregistre, au Québec, une chute constante du taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires. Elles comprennent, entre autres, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme, le diabète, l'hypertension, etc. En 2003, on observe des taux significativement inférieurs à l'ensemble du Québec dans tous les territoires de la région, à l'exception de celui de Basse-Ville–Limoilou–Vanier.

Le taux de mortalité évitable diminue constamment au Québec depuis le début des années 1980, ce que l'on observe également dans la région de la Capitale-Nationale, mais avec un taux légèrement inférieur en 2000-2004. « Les décès évitables sont ceux pour lesquels des interventions efficaces et connues existent et pour lesquels des soins appropriés peuvent être prodigués » (INSPQ et coll., 2006). La liste des causes de décès évitables comprend plus d'une trentaine de maladies dont la tuberculose, le cancer du côlon et du rectum, le cancer de la peau, le cancer du sein, le diabète, la pneumonie, les cardiopathies ischémiques, l'influenza, les maladies hypertensives, etc.

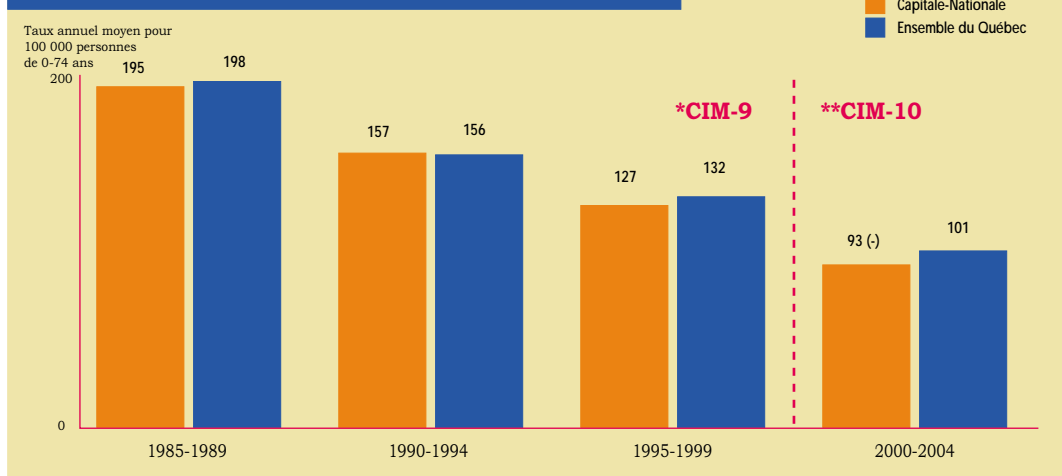
« L'indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, appelé aussi le taux de rétention, consiste en la proportion des hospitalisations des résidents d'une région qui ont lieu dans les institutions de cette même région » (INSPQ et coll., 2006). C'est dans la région de Québec que cet indice est le plus élevé. Il était à 98 % en 2005-2006, alors que la moyenne québécoise est de 81 %, faisant ainsi de notre région celle où la population va le moins chercher des services à l'extérieur de son territoire.

À l'inverse, « l'indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations consiste en la proportion des hospitalisations enregistrées dans une région donnée originant des résidents de cette région » (INSPQ et coll., 2006). Pour une région, plus l'indice est faible plus celle-ci tend à fournir des services aux personnes ne résidant pas dans la

Le virage ambulatoire

Le virage ambulatoire, amorcé au milieu des années 1990, est un élément important de la transformation récente du système de santé et de services sociaux au Québec. Il constitue une réorganisation majeure du système, tant en termes de gestion qu'en termes de prestation de soins. Aussi appelé « déshospitalisation », il visait notamment à réduire les séjours en milieu hospitalier, tout en donnant davantage de services plus près des milieux de vie des personnes nécessitant des soins (Gagnon *et al.* 2001).

Figure 1.6.3 Mortalité évitable dans la région de la Capitale-Nationale et au Québec de 1985-1989 à 2000-2004



*CIM-9 : 9^e révision de la Classification internationale des maladies.
 **CIM-10 : 10^e révision de la Classification internationale des maladies.
 (-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0.01.
 Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 93).

région. Ainsi, l'indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations de la région de la Capitale-Nationale se situait à 72 % en 2005-2006, ce qui signifie que 28 % des hospitalisations sont accordées à des résidents des autres régions, majoritairement de la région voisine, Chaudière-Appalaches.

Quant aux appareils de haute technologie en établissement public, on note que le nombre de tomodensitomètres est passé de six à huit dans la région entre 1990 et 2005. Durant la même période, la région a acquis un sixième appareil de résonance magnétique. Le nombre d'appareils de radio-oncologie est, pour sa part, passé de quatre à neuf. Même si la région dispose de plus d'appareils et que leur utilisation s'est accrue, on ne connaît pas les délais d'attente pour avoir accès à ces examens, ni dans quelle mesure les appareils disponibles dans le secteur privé sont utilisés.

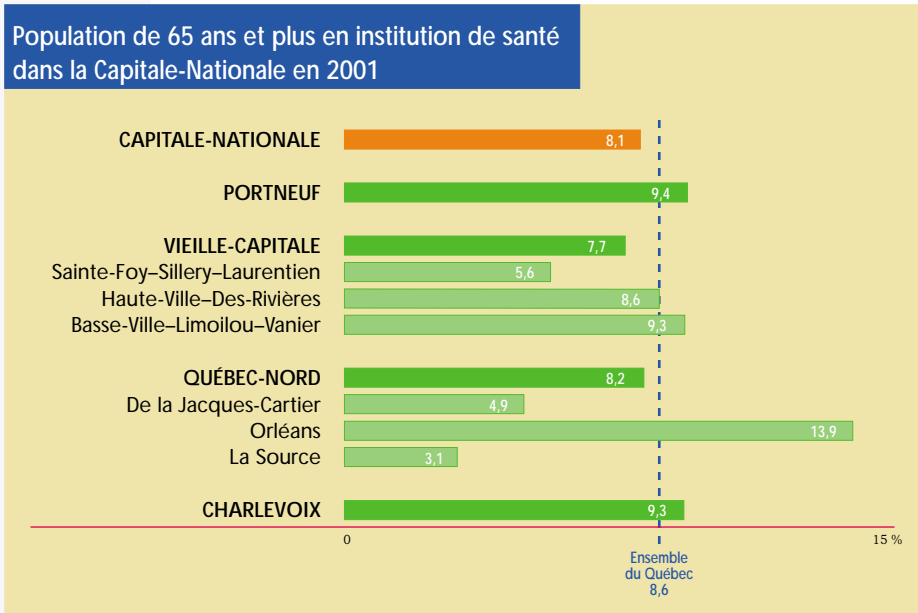
Enfin, certaines interventions chirurgicales pratiquées en soins physiques de courte durée et ayant un impact positif important sur la qualité de vie des individus sont à la hausse dans la Capitale-Nationale. À l'image du Québec, depuis le milieu des années 1990, les taux pour les angioplasties ainsi que pour les arthroplasties de la hanche et du genou ont augmenté dans notre région. Les pontages aortocoronariens sont stables, mais le taux demeure supérieur à celui du Québec.

Regard sur les soins de longue durée et d'hébergement

Le nombre de lits de soins de longue durée et d'hébergement dans la région a subi une réduction de 9 % de 1994-1995 à 2005-2006, alors que le taux d'occupation se maintenait entre 97 % et 98 %. Pendant la même période, on a noté une baisse importante de la durée de séjour, laquelle est passée de 252 à 212 jours. Celle-ci est probablement associée à un alourdissement des clientèles qui arrivent dans ces établissements à un stade plus avancé de leurs maladies. Ce sont là des données comparables à l'ensemble du Québec.

Entre 1995 et 2004, la durée moyenne d'attente, pour être admis dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région, est passée de 151 jours, en 1995, à 65 jours, en 2000, pour remonter à 89 jours, en 2004, ce qui est légèrement moins élevé que la moyenne québécoise (91 jours).

Figure 1.6.4



En 2001, on comptait, dans la région, 7 330 personnes âgées de 65 ans et plus demeurant en institution. La proportion de la population de 65 ans et plus vivant en institution de santé est restée stable dans la région de la Capitale-Nationale; elle se situait à 8,1 %, en 2001, contre 8,6 %, pour la province. Elle est plus élevée chez les femmes (9,5 %) que chez les hommes (5,8 %) et augmente rapidement avec l'âge. Elle atteint 31,8 % chez les personnes de 85 ans et plus, ce qui signifie tout de même que près de 70 % de ces personnes vivent toujours à domicile ou en résidences privées.

D'un territoire à l'autre, la proportion des personnes de 65 ans et plus en institution varie de 3,1 %, sur le territoire de La Source, à 13,9 %, sur celui d'Orléans. Une telle disparité est le reflet du nombre de lits d'hébergement disponibles sur chacun des territoires.

Les personnes âgées encore à domicile ont, par ailleurs, souvent besoin d'aide pour accomplir plusieurs de leurs tâches quotidiennes ou afin de recevoir des soins appropriés. En 2005, la proportion de la population de 65 ans et plus de la région recevant des services à domicile, assumés entièrement ou en partie par l'État, était de 10 %. Les données sous-régionales, disponibles pour 2003, indiquent que le taux le plus élevé est de 15 %, sur le territoire de Charlevoix, alors que le plus bas est de 7 %, sur le territoire de la Vieille-Capitale.

En perspective

Le système de santé de la Capitale-Nationale, comme celui de l'ensemble du Québec, est en constante évolution. Soumis à plusieurs influences tant démographiques qu'organisationnelles, il doit de plus s'ajuster aux besoins changeants d'une population vieillissante, ce qui accroît la pression non seulement sur la demande en soins mais aussi sur l'hébergement et l'aide à domicile. En parallèle, on compte sur lui pour garantir à tous un accès en temps opportun aux soins généraux et spécialisés, et ceci, malgré une stabilisation dans la région des effectifs médicaux et du personnel affectés aux soins. Toutefois, il demeure que la Capitale-Nationale est très bien pourvue en ressources humaines comparativement à bien d'autres régions du Québec, notamment en raison de la vocation suprarégionale de plusieurs des établissements de santé du territoire.

Les données révèlent aussi les efforts faits pour améliorer l'offre de soins de santé primaire en procurant aux individus une porte d'entrée dans le système de santé pour tous leurs besoins grâce à la prise en charge des personnes et à la continuité des soins. Dans la région, le changement s'est traduit par la réorganisation récente des services de première ligne avec la mise en place des centres de santé et de services sociaux et de leur réseau local de services ainsi que par l'arrivée d'un nombre important de groupes de médecine de famille et, plus récemment, des cliniques-réseau. Ces ajustements dans l'organisation des services de première ligne doivent par ailleurs faire l'objet d'un suivi.



Section 2

**Une santé
en évolution**

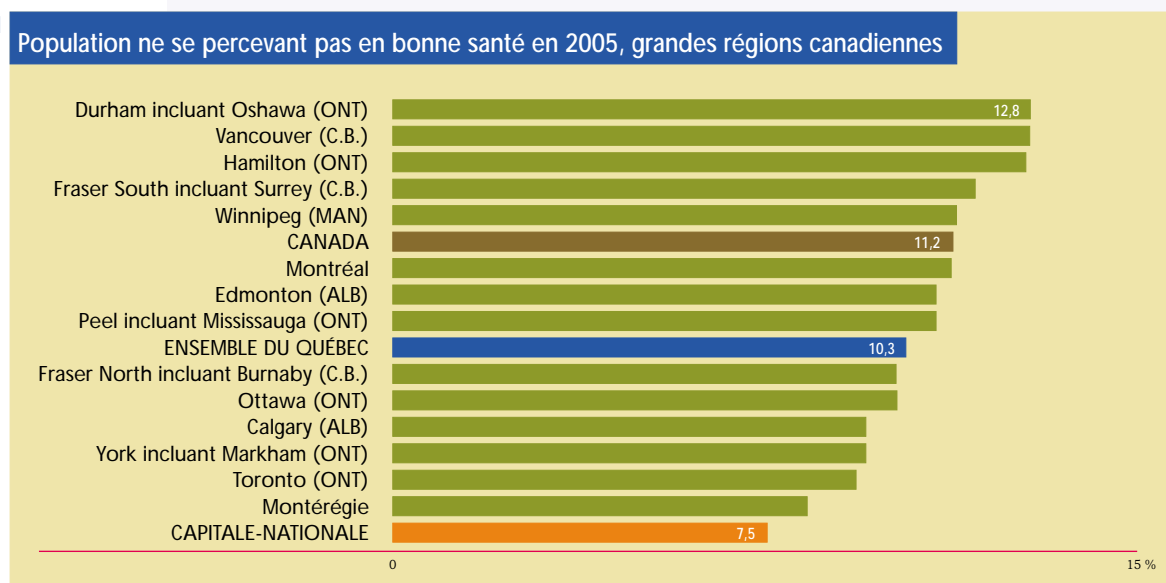
2.1 La santé est aussi une richesse

L'évaluation de l'état de santé global d'une population se fait au moyen de quelques mesures. Certaines de ces mesures sont basées sur la perception des individus et les résultats sont obtenus au moyen d'enquêtes. C'est notamment le cas pour la santé autoévaluée et les différents indicateurs d'incapacité. D'autres mesures, comme l'espérance de vie, mettent à profit les données de mortalité tirées du registre des décès. Enfin, on rencontre aussi des indicateurs combinant les données des deux sources afin d'estimer les années de vie en bonne santé. Dans tous les cas, pour l'ensemble de la population, notre région présente un bilan favorable, mais avec des exceptions chez certains groupes et territoires.

Une santé perçue enviable

On compte, dans la région, une plus faible proportion de personnes se percevant en mauvaise santé. En effet, lorsqu'on demande à la population d'évaluer sa santé, 7,5 % la percevait comme étant passable ou mauvaise en 2005. C'est le meilleur résultat au Québec, la moyenne étant de 10,3 %. Par ailleurs, cette situation est la même que celle qui avait été constatée deux ans plus tôt, soit en 2003. C'est aussi la meilleure performance des grandes régions canadiennes. Seule ombre au tableau : cette proportion est deux fois plus élevée que la moyenne régionale chez les résidents du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier.

Figure 2.1.1 Population ne se percevant pas en bonne santé en 2005, grandes régions canadiennes



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 95).

Le bilan de santé pour l'ensemble de la population de la Capitale-Nationale est d'autant plus remarquable que la région compte une plus forte proportion de personnes âgées.

En effet, la perception négative de sa santé augmente selon l'âge. Plus précisément, c'est le cinquième de la population de 65 ans et plus qui se dit en mauvaise santé, ce qui est près de trois fois la moyenne régionale (Statistique Canada, 2006a).

La santé autoévaluée : que mesure-t-on réellement?

L'état de santé autoévalué est le bilan qu'un individu fait de sa santé physique et mentale en fonction de ses propres valeurs. Cette mesure de l'état de santé est actuellement considérée comme un indicateur fiable et valide en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs représentant des dimensions spécifiques de la santé. C'est pourquoi, de par le monde, elle est utilisée dans de nombreuses études et enquêtes. Tel qu'il a été recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, l'état de santé autoévalué est mesuré au moyen d'une seule question comptant cinq choix de réponses.

Par ailleurs, la santé autoévaluée ne varie pas que selon l'âge. On observe également dans la Capitale-Nationale des différences selon les catégories de revenus.

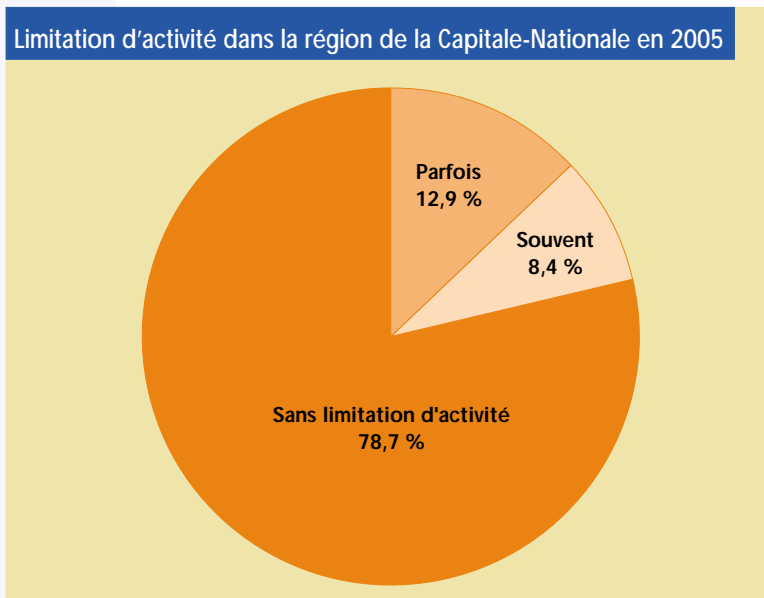
En 2005, les 20 % des personnes situées au bas de l'échelle économique étaient six fois et demie plus nombreuses à se percevoir en moins bonne santé que le groupe des 20 % des personnes les plus fortunées.

Plus précisément, c'était 16,2 % des résidents les plus pauvres qui évaluaient leur santé comme étant moyenne ou mauvaise, comparativement à seulement 2,5 % chez leurs concitoyens les plus aisés (Statistique Canada, 2006a).

L'impact d'une santé diminuée sur l'accomplissement des tâches quotidiennes

L'impact qu'ont les problèmes de santé sur la capacité des personnes à réaliser des tâches de la vie courante constitue une autre façon d'évaluer la santé d'une population. Il existe d'ailleurs différentes méthodes pour mesurer ces limitations d'activités. La plus récente donnée régionale permet d'estimer le nombre de personnes qui ont déclaré que leur état de santé physique ou mentale, ou un problème de santé, réduisait parfois ou souvent la quantité ou le genre d'activités qu'elles pouvaient faire à la maison, au travail, à l'école ou dans d'autres circonstances. On entend par problème de santé un état qui persiste ou qui devait persister durant six mois ou plus.

Figure 2.1.2 Limitation d'activité dans la région de la Capitale-Nationale en 2005



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 102).

Selon cette définition, en 2005, c'est une personne sur cinq de 12 ans et plus qui avait une limitation d'activité, ce qui correspond à la situation observée pour le Québec dans son ensemble. Pour près de la moitié d'entre elles, ces limitations étaient fréquentes.

On a aussi un bon aperçu de l'ampleur des limitations sévères en recourant à l'indice de santé fonctionnelle. Cet indice permet, au moyen d'une trentaine de questions, de synthétiser les aspects quantitatifs et qualitatifs de la santé en donnant une idée des problèmes de santé fonctionnelle modérés ou sérieux d'une personne.

En 2003, 11,5 % de la population de 12 ans et plus de la région avait des problèmes de santé fonctionnelle, comparativement à 14,1 % chez l'ensemble des Québécois. La situation dans la Capitale-Nationale est l'une des meilleures au Québec. Seule la région de Laval la surpasse à ce chapitre.

Vivre plus longtemps, mais aussi plus longtemps en santé

De nos jours, il n'est pas rare d'atteindre l'âge vénérable de 100 ans. D'après les projections de l'ISQ, on comptait 106 centenaires dans la région en 2006 (MSSS, 2005b).

En fait, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter au Québec au cours du siècle dernier, au point où le niveau actuel est l'un des plus élevés du monde (INSPQ, 2007b). Cette progression de la vie moyenne s'est poursuivie au début du nouveau millénaire dans la Capitale-Nationale comme dans l'ensemble du Québec, et ce, chez les deux sexes.

Notre région se classe parmi les premières au Québec pour l'espérance de vie des femmes. Elle se classe dans la moyenne chez les hommes. En 2000-2004, les hommes pouvaient espérer vivre 77,0 ans, soit quelques années de moins que les femmes, dont la valeur atteignait 82,6 ans. À noter, cependant, que l'écart en défaveur des hommes a rétréci au cours des 20 dernières années, passant de près de huit ans à un peu moins de six ans.

Depuis 1985-1989, la réduction de la différence selon le sexe résulte d'une plus forte progression de l'espérance de vie chez les hommes de la région, ces derniers ayant gagné près de cinq années, comparativement à deux ans et demi chez les femmes.

La meilleure performance observée chez les hommes est probablement attribuable à l'effet combiné d'une meilleure hygiène de vie, d'une amélioration des conditions de vie et de travail ainsi qu'à l'adoption de comportements plus sécuritaires qu'auparavant. Malgré tout, les hommes ont encore un bilan moins enviable que les femmes sur ces derniers aspects.

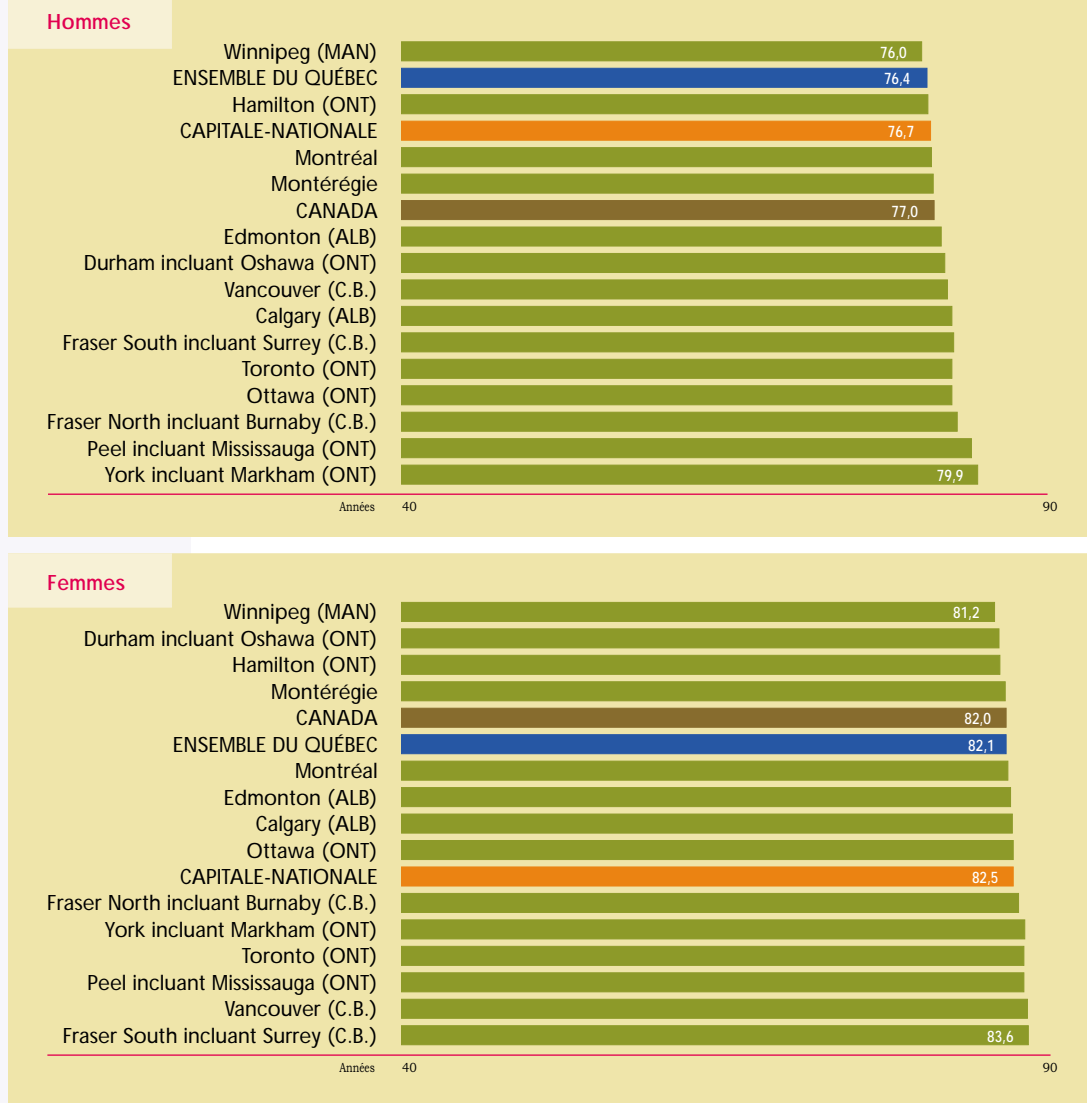
Les différentes mesures d'incapacité

Les données sur l'incapacité ou la limitation d'activités sont tirées de deux sources. D'une part, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) permet d'obtenir des estimations pour deux indicateurs : l'incapacité et la santé fonctionnelle. Le premier indicateur fournit l'estimation la plus récente à l'échelle régionale, soit pour 2005. Le second, la santé fonctionnelle, documente les conditions plus sérieuses qui affectent la santé globale des individus. Elle n'est pas disponible à l'échelle régionale après 2003. Le recensement, d'autre part, permet aussi de documenter la limitation d'activité selon la même définition que celle employée dans le cas de l'incapacité tirée de l'ESCC, mais pour 2001 seulement.

Démystifier l'espérance de vie

L'espérance de vie est une estimation qui ne s'applique qu'à une population. Elle constitue une moyenne pour un territoire donné et non pour chaque individu. Son calcul permet d'estimer la longévité moyenne de vie d'un groupe de personnes en lui appliquant le profil des décès observés à un moment donné. Plus précisément, pour obtenir l'espérance de vie à la naissance, on fait parcourir tous les âges de la vie à un effectif de nouveau-nés, en lui faisant subir, à ces divers âges, les probabilités de décéder qui ont été observées durant une période donnée. C'est une mesure de quantité de vie plutôt que de qualité de vie.

Figure 2.1.3 Espérance de vie en 2000-2002, grandes régions canadiennes



Le positionnement de la région par rapport au Canada montre qu'il y a encore place à l'amélioration, en particulier chez les hommes. En effet, ces derniers se situent sous la moyenne canadienne, tandis que les femmes se classent juste au-dessus. Notre déficit avec le meilleur résultat observé parmi les grandes régions canadiennes est d'un peu plus de trois ans chez les hommes et d'à peine un an chez les femmes.

Par ailleurs, la longévité projetée est très variable dans la région. En 2000-2004, le territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier obtenait les plus faibles valeurs d'espérance de vie chez les deux sexes, alors que les années de vie atteignaient leur maximum dans celui de Sainte-Foy–Sillery–Laurentien. Plus précisément, la différence est de sept ans chez les hommes (73,1 ans contre 80,1 ans) et d'un peu plus de six ans chez les femmes (79,6 ans contre 85,7 ans). À noter qu'au cours des 20 dernières années, la situation s'est améliorée dans tous les CLSC, mais de façon plus modeste en Basse-Ville–Limoilou–Vanier, la valeur récente pour ce territoire, sexes réunis, rejoignant à peine la moyenne régionale observée en 1985-1989.

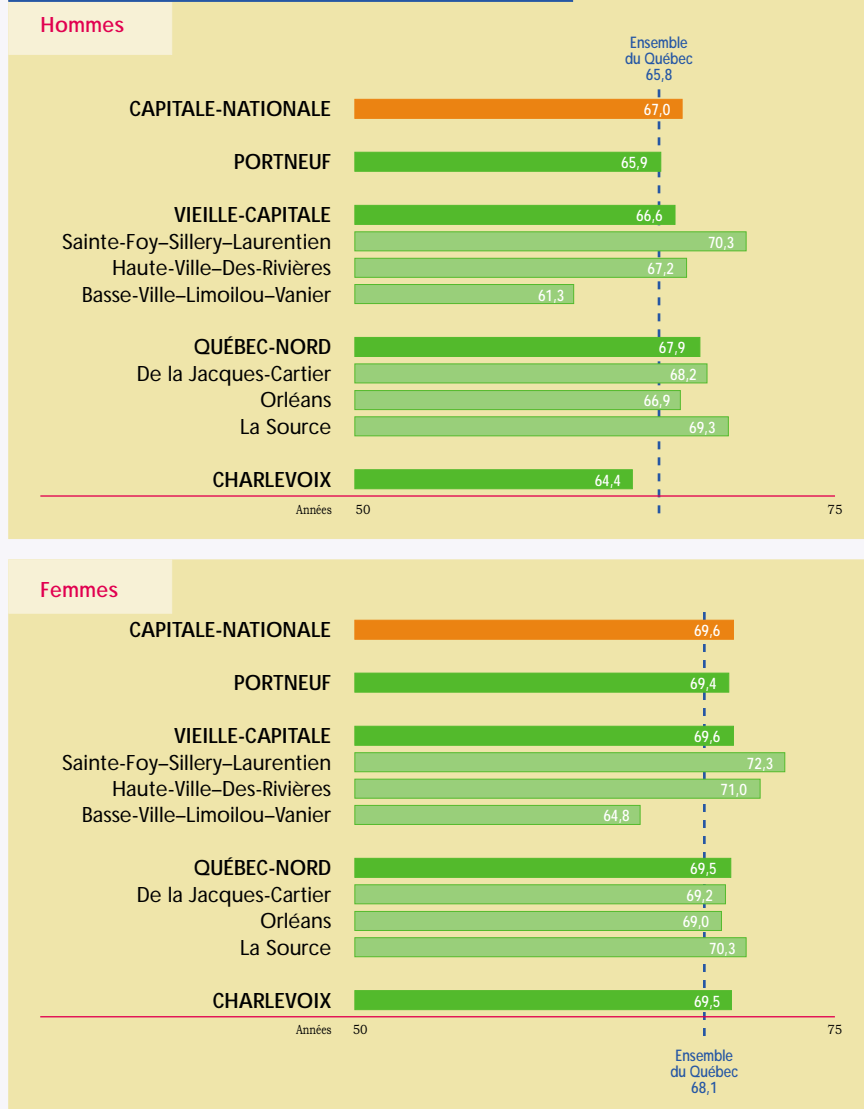
Diminution de la mortalité dans tous les groupes d'âge

Les gains d'années de vie au cours des dernières décennies traduisent la baisse marquée des taux de mortalité à tous les âges. La diminution a été particulièrement soutenue chez les jeunes de moins de 15 ans et chez les adultes de 45 à 64 ans. Cela met en évidence les succès remportés dans la réduction des décès liés aux accidents, chez les jeunes, et aux maladies du cœur, chez les adultes (INSPQ et coll., 2006a).

L'espérance de vie dans la Capitale-Nationale connaît de grandes variations non seulement selon le territoire, mais également selon le revenu. En 2000-2003, les personnes regroupant 25 % de la population la moins fortunée ne pouvaient espérer vivre aussi longtemps en moyenne que le quart de la population la plus aisée; le déficit était de près de cinq ans chez les hommes et d'un peu plus de trois ans chez les femmes (INSPQ, 2007b).

Par contre, le fait de vivre plus longtemps ne signifie pas nécessairement que cela se traduise par des gains d'années en santé. En associant les données de mortalité de 1999-2003 à celles sur l'incapacité déclarée de 2001, on constate que la durée de vie en bonne santé dans la région tombe sous les 70 ans, chez les deux sexes. En dépit de cela, les valeurs demeurent parmi les plus élevées au Québec.

Figure 2.1.4 **Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) dans la région de la Capitale-Nationale en 2001**



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 97).

À l'échelle sous-régionale, la situation demeure encore une fois préoccupante dans le cas du territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier. Non seulement y vit-on moins longtemps en moyenne qu'ailleurs dans la région, mais aussi plus longtemps avec une incapacité. La différence d'espérance de vie en bonne santé entre ce territoire et celui présentant la meilleure situation, en l'occurrence Sainte-Foy–Sillery–Laurentien, atteint 7,5 ans chez les femmes et 9 ans chez les hommes.

On vit plus longtemps en bonne santé

Les hommes de notre région doivent s'attendre à vivre neuf ans et demi avec une incapacité, ce qui constitue néanmoins la plus faible durée au Québec. Chez les femmes, en raison d'une espérance de vie totale plus élevée, elles vivront près de treize années avec une santé diminuée. Elles appartiennent toutefois au groupe des femmes québécoises qui connaîtront les plus courtes périodes de vie avec incapacité. Ainsi, non seulement vit-on en moyenne plus longtemps dans la Capitale-Nationale que dans l'ensemble du Québec, mais cette longévité accrue s'accompagne aussi d'une plus longue période en bonne santé.

Figure 2.1.5

Territoires qui se démarquent		
Indicateurs	Situation moins favorable	Situation plus favorable
Population ne se percevant pas en bonne santé (2003)	Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹	Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹ Orléans ² Haute-Ville–Des-Rivières ¹ QUÉBEC-NORD
Espérance de vie (2000-2004)	Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ Orléans ² CHARLEVOIX	Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹ Haute-Ville–Des-Rivières ¹ La Source ² De la Jacques-Cartier ² VIEILLE-CAPITALE
Espérance de vie en bonne santé (2001)	Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ CHARLEVOIX Orléans ²	Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹ La Source ² Haute-Ville–Des-Rivières ¹
Population ayant une limitation d'activité (2001)	---	PORTNEUF Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹

1. Territoire du CSSS Vieille-Capitale.
2. Territoire du CSSS Québec-Nord.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiches 95, 96, 97 et 102).

En perspective

La santé est une richesse individuelle et sociale. Sur ce plan, si l'on prend pour témoins les principaux indicateurs de santé, la région présente un bilan très favorable. Cette richesse n'est toutefois pas équitablement répartie entre tous. En Basse-Ville–Limoilou–Vanier, malgré les progrès réalisés ces dernières années, l'espérance de vie totale et l'espérance de vie sans incapacité y demeurent à des niveaux très bas. En fait, en termes de vie moyenne, on constate que ce territoire a un retard de 20 ans, comparativement à la performance régionale actuelle. Il n'est alors pas étonnant de constater que la population de ce CLSC est deux fois plus nombreuse à se percevoir en mauvaise santé.

2.2 La santé maternelle et infantile, pour un départ de qualité

La santé des mères et les conditions dans lesquelles elles évoluent jouent un rôle déterminant dans la santé des nourrissons et des jeunes enfants. C'est pourquoi cette section propose un survol de la santé maternelle. Par contre, elle s'attardera davantage à décrire l'état de santé infantile dans la région de la Capitale-Nationale.

Tout d'abord, cette section abordera les conditions entourant la période périnatale, soit le type d'interventions obstétricales et la durée de séjour au centre accoucheur. Par la suite, les naissances et les différentes issues de grossesse ainsi que les anomalies congénitales seront présentées. Puis, un regard sera jeté sur la mortalité infantile et périnatale. Enfin, le lien entre la pauvreté et les risques pour la santé maternelle et infantile sera examiné.

Les interventions obstétricales

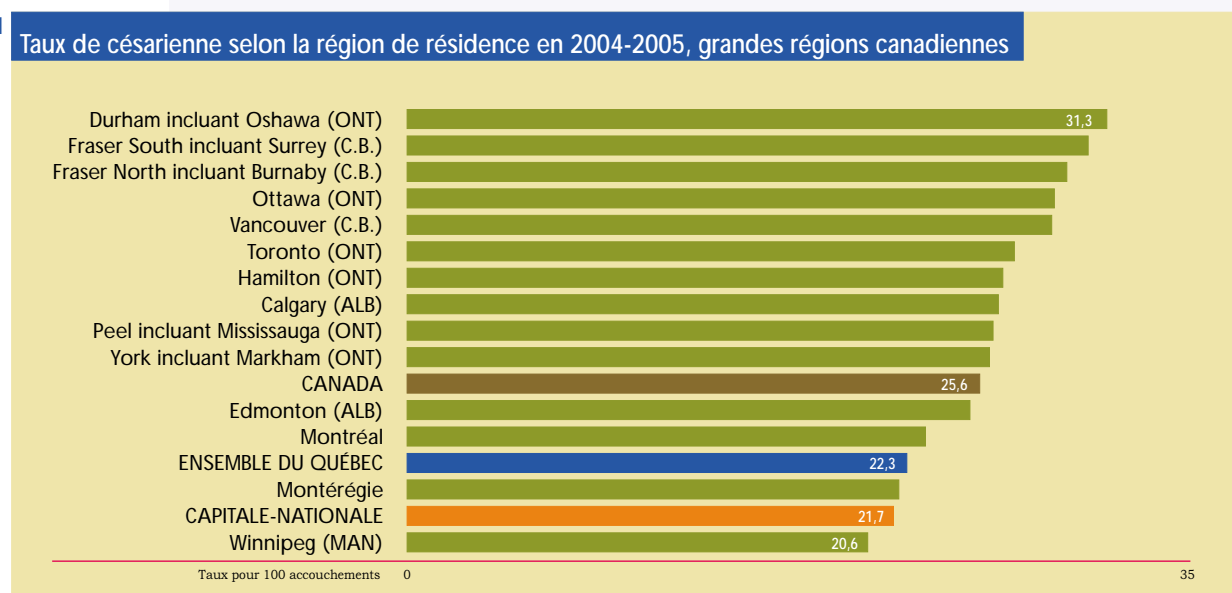
Parmi les interventions obstétricales, une attention spéciale est portée aux interventions nécessitant une césarienne et une épisiotomie, et ce, pour les effets que ces dernières ont sur la santé maternelle.

Qu'est-ce qui influence la santé des tout-petits?

La santé des tout-petits est fortement associée à la mesure de la santé à l'âge adulte selon diverses dimensions telles que l'état de santé général, les limitations au travail et les maladies chroniques (Haas, 2007). Ainsi, l'ensemble des facteurs exerçant une influence sur l'état de santé au cours de la petite enfance a une importance déterminante pour le développement futur.

L'accroissement du taux de césarienne est influencé par plusieurs facteurs, notamment l'augmentation des grossesses multiples, de l'âge des femmes au moment de l'accouchement de leur premier bébé et des césariennes sur demande ou de convenance (Christilaw, 2006).

Figure 2.2.1 Taux de césarienne selon la région de résidence en 2004-2005, grandes régions canadiennes



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 88).

Depuis le début des années 2000, et ce, tant dans la région de la Capitale-Nationale qu'au Québec, environ 20 % des femmes accouchent par césarienne. Au cours des trente dernières années, le taux de césarienne au Québec a constamment augmenté, passant de 4,8 %, en 1969, (MSSS, 2006b) à 21,5 %, pour l'année 2003-2004. Notons que la Politique de périnatalité de 1993 avait pour but de diminuer, au cours des dix années suivantes, le taux de césarienne entre 12 % et 15 % de l'ensemble des accouchements. Cet objectif n'a manifestement pas été atteint. Cependant, la région se positionne avantageusement par rapport à l'ensemble des grandes régions canadiennes.

La césarienne oui, mais dans des situations bien précises

Le recours à la césarienne comporte des risques pour la mère et le nouveau-né (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1998). Aussi, ne doit-il être motivé que dans certaines situations. Ce recours est plus fréquent lorsqu'on a déjà fait appel à la césarienne ou lors de dystocie, de présentation par le siège et de détresse fœtale (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000).

Jusque dans les années 1970, la majorité des femmes qui accouchaient pour la première fois avaient une épisiotomie. Cependant, la tendance a connu un renversement au cours des vingt dernières années. Des études ont montré que l'épisiotomie ne protégeait pas les mères contre les problèmes pour lesquels cette intervention était effectuée (ICIS, 2004). Les données de la région de la Capitale-Nationale des quinze dernières années illustrent la baisse graduelle des taux d'épisiotomie, l'augmentation des déchirures du premier et du second degré et le maintien de celles du troisième et quatrième degré, ces données reflétant les modifications dans les pratiques médicales.

Un départ plus hâtif du centre accoucheur

Dans la littérature, les opinions divergent quant au temps idéal que devrait passer la mère à l'hôpital après un accouchement (Britton, 1998; Wen *et al.*, 1998; Dalby, 1996). Cependant, pour des considérations budgétaires, il est fréquent que, tôt après l'accouchement, la mère et le bébé obtiennent leur congé de l'hôpital (Centers for Disease Control and Prevention, 1995).

Dans la région, la durée moyenne de séjour de la mère pour un accouchement par voie vaginale est passée de 4,0 jours, au cours de la période 1991-1995, à 2,7 jours, en 2000-2004. Pour les césariennes, la durée de séjour de la mère est passée, pour les mêmes périodes, de 7,2 jours à 5,1 jours. Toutefois, l'augmentation du volume des naissances au cours des dernières années, estimée à environ 14 % entre 2004 et 2006, pourrait peut-être accentuer davantage cette baisse.

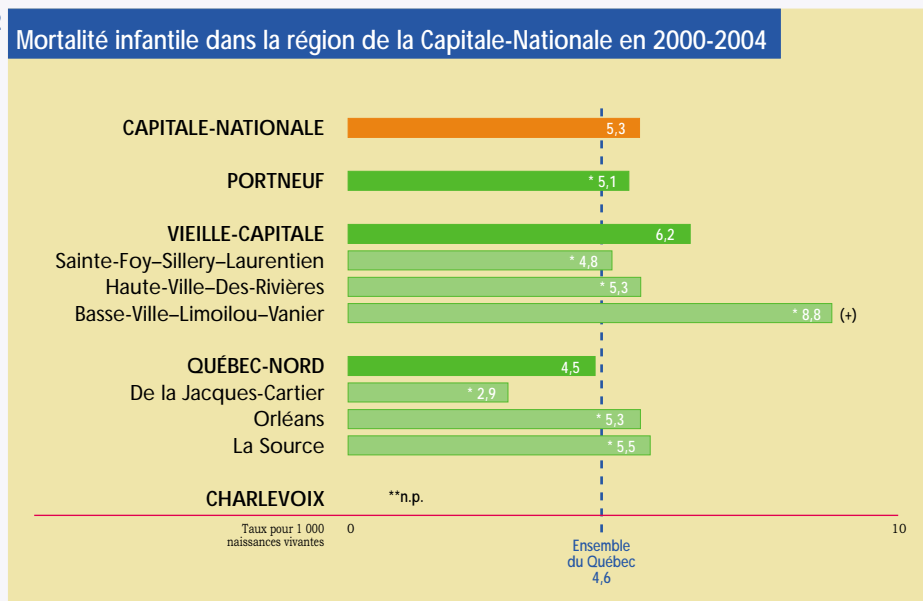
La mortalité infantile et périnatale, en nette régression

La mortalité infantile, soit les décès d'enfants de moins d'un an, constitue un des indicateurs les plus utilisés afin d'évaluer l'état de santé d'une population. Depuis la fin des années 1980, la mortalité infantile dans la région est passée de près de six décès, à près de cinq décès pour 1 000 naissances vivantes. Certains facteurs augmentent les risques de mortalité infantile, notamment un faible niveau de scolarité, le tabagisme (Kramer *et al.*, 2000; Chen *et al.*, 1998) et l'obésité avant la grossesse (Kristensen *et al.*, 2005).

La mortalité périnatale, soit les mortinaissances et les décès d'enfants de moins de sept jours, représente souvent un indicateur du niveau de soins. À ce titre, les données de la Capitale-Nationale se comparent à celles du Canada et du Québec. Depuis la fin des années 1980, le taux a reculé, passant de neuf enfants pour 1 000, à un peu plus de sept enfants au début des années 2000. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette baisse, dont certaines modifications dans les pratiques médicales et les soins reliés à la maternité (Statistique Canada et ICIS, 2006).

Malgré tout, d'importantes disparités subsistent. En Basse-Ville–Limoilou–Vanier, le taux de mortalité infantile est de près de neuf enfants pour 1 000. Dans Charlevoix, le taux de mortalité périnatale est au-delà de 13 enfants pour 1 000. Ces écarts avec le reste du Québec peuvent entre autres s'expliquer par le fait que les nourrissons issus de familles à faible revenu ont un risque accru de décéder, soit une fois et demie plus élevé que les nourrissons de familles à revenu élevé (Kramer *et al.*, 2000).

Figure 2.2.2 Mortalité infantile dans la région de la Capitale-Nationale en 2000-2004



(-)(+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.
 * Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 ** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.
 Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 124).

Les issues de grossesses défavorables, des avancées

L'alimentation pendant la grossesse

La grossesse est une période importante durant laquelle l'alimentation et l'état nutritionnel de la mère représentent des facteurs clés pouvant influencer sa santé et celle de son bébé en développement. Deux éléments principaux sont à considérer. D'une part, un poids insuffisant avant la grossesse, associé à un mauvais état nutritionnel causant, entre autres, de l'anémie, augmenterait les risques de prématurité et de retard de croissance intra-utérine (Sebire *et al.*, 2001). D'autre part, l'apport énergétique de la mère influencerait le poids de naissance du bébé (Lagiou *et al.*, 2004).

Parmi les bébés venant au monde dans la Capitale-Nationale, certains naissent prématurément, tandis que d'autres présentent un poids insuffisant à la naissance ou un retard de croissance intra-utérine. Ces conditions sont associées à divers risques pour la santé de l'enfant, tels que les problèmes respiratoires et neurologiques, la cécité et la surdité, les problèmes de comportement et de développement et les difficultés d'apprentissage (Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes Board on Health Sciences Policy, 2006; Kilbride *et al.*, 2004).

La proportion de naissances prématurées¹ a augmenté entre les années 1985-1989 et 2000-2004, et ce, tant dans la région de la Capitale-Nationale qu'au Québec. Deux territoires se démarquent par une proportion nettement plus élevée qu'au

Québec : Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Orléans. Globalement, l'augmentation constante de la prématurité sur ces territoires peut être expliquée par différents facteurs, dont l'accroissement du recours aux méthodes de procréation assistée ainsi que du recours aux interventions obstétricales, l'âge des mères au moment de la grossesse (plus grande part de femmes âgées de moins de 20 ans ou de femmes âgées de plus de 35 ans) et l'occupation d'emplois liés à des stress physiques et psychologiques élevés (Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes Board on Health Sciences Policy, 2006).

Contrairement à la prématurité, la proportion de bébés de poids insuffisant à la naissance² est demeurée stable à près de 5,4 % depuis 1990-1994 dans la région de la Capitale-Nationale. Le territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier se démarque une fois de plus par une proportion significativement plus élevée qu'ailleurs au Québec. Les principaux facteurs contribuant à une augmentation du poids des bébés à la naissance sont une augmentation du poids des mères avant et pendant leur grossesse et une réduction de l'usage du tabac. Sans oublier, par ailleurs, qu'une meilleure scolarité contribue grandement à diminuer ces facteurs de risque (Kramer *et al.*, 2002).

Enfin, tant dans la région qu'au Québec, la proportion de bébés présentant un retard de croissance intra-utérine³ a baissé de façon importante depuis 1985-1989. De plus, la proportion régionale est inférieure à celle du Québec. De fait, un seul territoire se situe au-delà de la moyenne québécoise, en l'occurrence Basse-Ville–Limoilou–Vanier. La réduction de l'usage du tabac et l'augmentation de la scolarité, telles qu'elles ont été observées en regard à l'insuffisance de poids à la naissance, expliquent principalement la diminution du retard de croissance intra-utérine (Kramer *et al.*, 2000; Millar et Hill, 2004).

1 Moins de 37 semaines de gestation.

2 Moins de 2 500 grammes.

3 Dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge.

Figure 2.2.3

Naissances prématurées, de faible poids et ayant un retard de croissance intra-utérine dans la région de la Capitale-Nationale en 2000-2004				
Territoire	Prématuré	Insuffisance de poids	Retard de croissance intra-utérine	Nombre annuel moyen de naissances vivantes
	%	%	%	Nombre
Portneuf	6,5	4,6	8,2	354
Vieille-Capitale	7,7	5,8	7,8	2 222
Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	7,1	4,9	6,6 (-)	958
Haute-Ville-Des-Rivières	6,9	5,5	7,9	562
Basse-Ville-Limoilou-Vanier	9,1 (+)	7,2 (+)	9,6 (+)	702
Québec-Nord	8,2	5,3	6,7 (-)	2 713
De la Jacques-Cartier	7,9	4,6 (-)	6,7 (-)	933
Orléans	8,8 (+)	6,4	6,7 (-)	899
La Source	7,9	4,9	6,5 (-)	841
Charlevoix	7,2	5,1	6,4	233
CAPITALE-NATIONALE	7,8	5,4	7,2 (-)	5 522
ENSEMBLE DU QUÉBEC	7,7	5,6	8,1	73 234

(-)(+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiches 118, 119 et 120).

Une augmentation du syndrome de détresse respiratoire

Parmi les affections néonatales graves pour lesquelles des données régionales sont disponibles, le syndrome de détresse respiratoire demeure le plus important, touchant près de 13 enfants sur 1 000 au début des années 2000. Ce nombre représente une augmentation importante depuis le début des années 1990. Le syndrome de détresse respiratoire se retrouve principalement chez les enfants prématurés et, dans une moindre mesure, chez les enfants nés par césarienne (Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes Board on Health Sciences Policy, 2006; Wax *et al.*, 2004).

L'allaitement maternel, poursuivons nos efforts!

L'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation du nourrisson (Santé Canada, 2004a) et constitue la norme à établir dans nos sociétés. Le non-allaitement est associé à un risque accru de maladies et de mortalité infantiles, et ce, même dans nos sociétés industrialisées. Au Québec, l'objectif pour 2007 est que l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de vie de l'enfant (MSSS, 2001). Sans atteindre l'objectif, en 2005-2006, notre région s'y approchait, les proportions étant de 82 % pour les bébés naissants et de 62 %, 54 % et 44 % pour ceux âgés de 2, 4 et 6 mois (Neill *et al.*, 2006).

Les anomalies congénitales : toujours présentes, mais stables

Les causes des anomalies congénitales sont diverses et peuvent résulter, entre autres, de l'exposition de la mère à l'alcool ou à certains médicaments ainsi que de la présence de maladies (Santé Canada, 2002). Dans la région, comme au Québec, l'anomalie congénitale la plus fréquente est la cardiopathie congénitale, touchant un peu plus de 100 enfants sur 10 000. L'augmentation, ces dernières années, de sa prévalence provient principalement de l'augmentation de l'âge des femmes au moment de donner naissance (Santé Canada, 2002). Le syndrome de Down touche 11 enfants sur 10 000. Globalement, la prévalence du syndrome de Down se maintient depuis la fin des années 1980 et elle est similaire à la moyenne québécoise. Les deux principaux facteurs associés sont le dépistage prénatal et l'âge des femmes.

Les anomalies du tube neural atteignaient au Québec près de huit enfants sur 10 000 pour la période 1989-1995. Depuis 1998, la majorité des grains céréaliers au Canada ont été enrichis d'une vitamine spécifique, soit l'acide folique, afin de réduire la prévalence des anomalies du tube neural. Des suppléments sont également proposés aux femmes en âge de procréer. Pour le Québec, les plus récentes données montrent une diminution à cinq enfants sur 10 000 pour la période 1996-2002, période au cours de laquelle l'enrichissement a été effectué. Les données régionales incluent un moins grand nombre de naissances et rendent plus difficile l'observation de cette tendance. Une première étude canadienne confirme cependant la réduction des anomalies du tube neural par l'enrichissement des aliments en acide folique (De Wals *et al.*, 2007).

La faible scolarité et son lien avec le faible revenu

La faible scolarité de la mère (moins de 11 années) constitue un facteur de risque d'issues de grossesses défavorables (Millar et Chen, 1998). Dans la région, la proportion de naissances de mères ayant une faible scolarité est inférieure à la moyenne québécoise. Notons toutefois que le nombre de mères ayant moins de 11 années de scolarité est significativement plus élevé sur le territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier.

Ces femmes nécessitent une attention particulière, car le faible niveau de scolarité est souvent associé à un plus grand risque de se situer sous le seuil de faible revenu. Dans la Capitale-Nationale, parmi l'ensemble des femmes enceintes se situant sous le seuil de faible revenu et participant au programme OLO (Œuf, Lait et jus d'Orange), près du tiers d'entre elles n'avaient pas complété une 11^e année (Tremblay et Lepage, 2006).

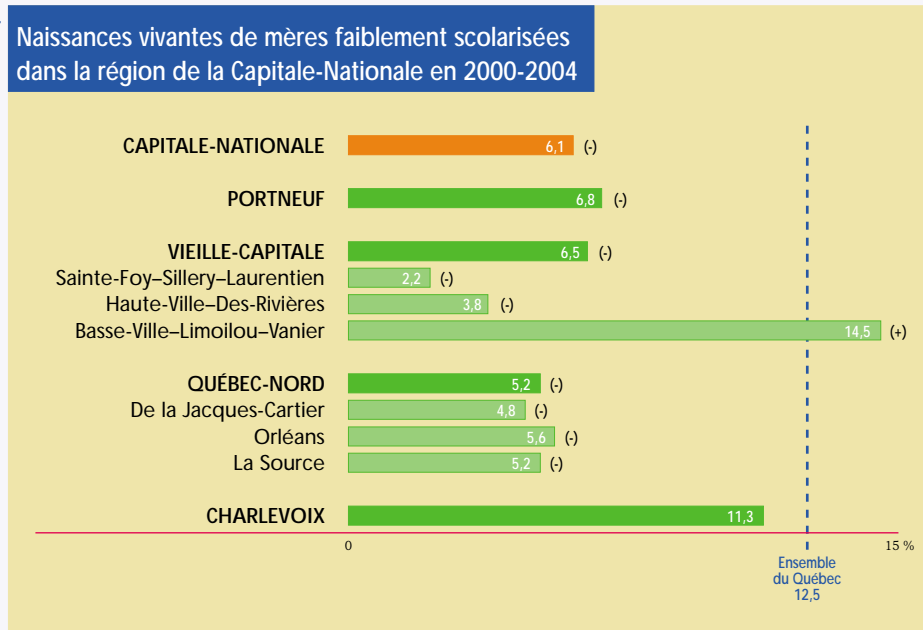
Saviez-vous que les bactéries en cause dans la carie dentaire se transmettent de la mère au bébé?

La principale bactérie responsable de la carie dentaire est le streptocoque mutant. Le mode de transmission de cette bactérie s'effectue principalement de la mère à l'enfant. Plus la mère est infectée, plus la transmission se fera facilement et de façon précoce, ce qui aura comme conséquence de rendre l'enfant plus vulnérable à la carie (Kohler et Andreen, 1994).

Un fort lien entre l'insuffisance de revenu et l'insécurité alimentaire

L'insuffisance de revenu des parents peut engendrer de l'insécurité alimentaire, soit le manque de nourriture ou le fait de ne pas pouvoir prendre des repas équilibrés. Les données de l'Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de quatre ans montrent que, durant l'année 2002, près d'un enfant sur dix était touché par l'insécurité alimentaire. Chez les enfants, ce phénomène est associé à des problèmes de santé en général (Kohler et Andreen, 1994), incluant des maladies graves (Alaimo *et al.*, 2001), de l'obésité (Dubois *et al.*, 2006) et une diminution de l'état fonctionnel physique, psychosocial (Casey *et al.*, 2005) et scolaire (Alaimo *et al.*, 2001).

Figure 2.2.4 Naissances vivantes de mères faiblement scolarisées dans la région de la Capitale-Nationale en 2000-2004



(-)(+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 35).

Selon une étude montréalaise (Kramer *et al.*, 2000), la faible scolarité et la pauvreté peuvent mener à des comportements inadéquats, à une exposition au stress et à des réactions psychologiques au stress qui augmentent les risques de retard de croissance intra-utérine ou de naissance prématurée. L'insuffisance de revenu des parents peut aussi engendrer des situations à risque pour la santé de l'enfant, notamment l'insécurité alimentaire (Desrosiers *et al.*, 2005), l'augmentation des risques de carie dentaire (Brodeur *et al.*, 2001) et l'exposition à des contaminants (Commission de coopération environnementale, 2006).

Des services pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité

Le programme Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) est implanté dans la région de la Capitale-Nationale depuis 2002. Il offre des services qui visent à diminuer la transmission, d'une génération à l'autre, de problèmes de santé et sociaux, et à améliorer la santé et le bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants âgés de 0 à 5 ans, vivant en situation de vulnérabilité. Ce programme s'adresse aux jeunes femmes enceintes, âgées de 19 ans et moins, ainsi qu'aux pères et à leurs enfants de 0 à 5 ans. Il s'adresse aussi aux femmes enceintes ou aux mères âgées de 20 ans et plus, aux pères et à leurs enfants, qui vivent des situations de vulnérabilité en raison de la grande pauvreté et de la sous-scolarisation (MSSS, 2004a).

En perspective

Ces dernières années, le contexte entourant la maternité et la naissance a subi des modifications importantes. Les services auprès de mères pauvres et peu scolarisées ont augmenté, les pratiques médicales ont évolué et la durée du séjour hospitalier a diminué. Cependant, peu importe le service ou l'intervention, nos préoccupations doivent demeurer les mêmes, c'est-à-dire centrées sur le bien-être du nouveau-né et de la famille.

Les taux de naissances prématurées et de poids insuffisant de la région de la Capitale-Nationale se comparent à ceux du Québec, tandis que le taux de retard de croissance intra-utérine est inférieur. Le soutien des efforts déployés doit être maintenu, d'une part, auprès des familles les plus vulnérables, car c'est encore dans ce contexte que les issues de grossesses défavorables sont les plus élevées et, d'autre part, auprès de l'ensemble des femmes, afin de favoriser l'adoption d'habitudes de vie les plus favorables au développement des enfants.

En ce qui concerne l'alimentation des tout-petits, les résultats progressent. Cependant, en matière d'allaitement maternel, les gains sont encore insuffisants pour atteindre l'objectif ministériel. De plus, des efforts doivent encore être déployés afin de réduire, chez les tout-petits, les risques de connaître l'insécurité alimentaire, de développer des problèmes d'obésité et de présenter des caries dentaires. Les familles vivant en contexte de pauvreté, quel que soit leur lieu de résidence, doivent aussi faire l'objet d'une grande attention.

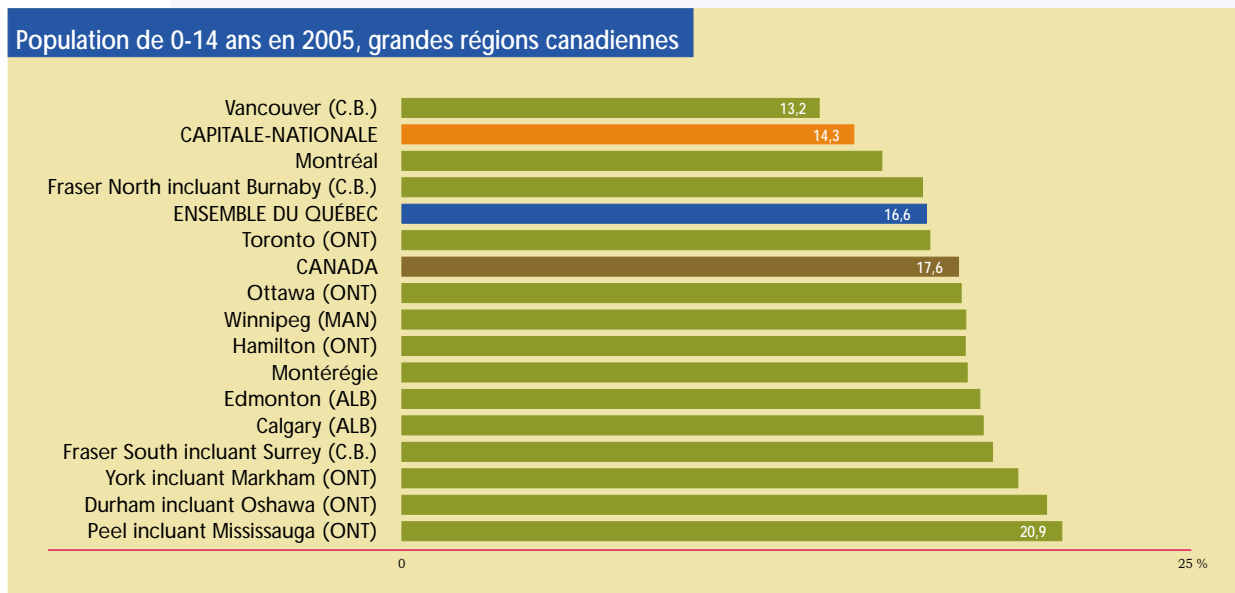
2.3 Les jeunes : une génération en évolution

Le groupe des jeunes fait référence à la fois aux enfants, aux adolescents ainsi qu'aux jeunes adultes. Chacune des étapes du développement des jeunes possède ses propres caractéristiques et donne lieu à des changements importants. La présente section dresse d'abord un portrait de la place qu'occupent les jeunes dans la population. Puis, pour chacun des sous-groupes de jeunes identifiés, les conditions de vie influençant leur santé ainsi que les comportements individuels qui façonnent cette dernière seront exposés.

Des jeunes de moins en moins nombreux dans des familles en changement

Le vieillissement de la population et la proportion croissante occupée par les personnes âgées de 65 ans et plus dans notre société sont devenus, au cours des dernières années, des objets de plus en plus préoccupants. En contrepartie, la part occupée par le groupe des 0-14 ans au sein de la population québécoise régresse. Au Québec, ce groupe représente près de 17 % de la population. La région de la Capitale-Nationale ne fait pas exception puisqu'un individu sur sept (14 %) habitant la région est âgé de moins de 15 ans, cette proportion étant l'une des plus faibles des grandes régions canadiennes. En 2006, ces jeunes étaient près de 94 000 dans la région, comparativement à environ 113 000 en 1986.

Figure 2.3.1 Population de 0-14 ans en 2005, grandes régions canadiennes



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 2).

Les secteurs Haute-Ville–Des-Rivières et Basse-Ville–Limoilou–Vanier se démarquent par la plus faible proportion (10 %) de jeunes de moins de 15 ans. Le secteur De la Jacques-Cartier est celui où les jeunes sont les plus nombreux, ces derniers représentant 21 % de la population. D'ailleurs, entre 2001 et 2006, la proportion des 12-17 ans a progressé dans l'ensemble du territoire du CSSS de Québec-Nord (secteurs De la Jacques-Cartier, La Source et Orléans).

Au cours des dernières années, la structure familiale à l'intérieur de laquelle les jeunes grandissent a sensiblement changé. En 2001, les couples mariés ne représentaient plus que la moitié des familles avec enfants de moins de 18 ans, alors qu'ils étaient près de 70 % en 1991. De façon générale, les couples mariés sont donc moins nombreux qu'auparavant, alors que les couples vivant en union libre et les familles monoparentales ont, au cours des dix dernières années, augmenté. Les territoires de Portneuf et de Charlevoix se distinguent de la région par leur faible proportion (16 %) de familles monoparentales, comparativement au secteur Basse-Ville–Limoilou–Vanier, où l'on en retrouve 43 %.

La famille se transforme donc au plan de la parentalité, car de plus en plus d'enfants de moins de 18 ans vivent avec un seul parent. Cette tendance à la hausse est présente dans la Capitale-Nationale, mais également dans l'ensemble du Québec. Chez les 6-14 ans de la région, 21 % des enfants vivent avec un parent, alors qu'ils sont 25 %, chez les 15-17 ans.

Les plus jeunes, en santé à la maison comme à l'école

Les tout-petits de la région, soit ceux âgés de 1 à 5 ans, se portent bien dans l'ensemble. Les décès font heureusement exception et l'on n'observe aucun écart important avec le Québec en termes d'hospitalisation. La première cause d'un séjour à l'hôpital demeure, de loin, les maladies respiratoires, avec près de quatre cas sur dix. Cela serait attribuable en partie à l'asthme, qui apparaît généralement avant l'âge de 5 ans (Tremblay et coll., 2007).

L'alimentation chez les plus jeunes

Au Québec, en 1999, 20 % des enfants de 9 ans ne prenaient pas un déjeuner tous les jours (ISQ, 2002). Plus ils vieillissent, plus cette proportion augmente. Chez les adolescents, ils sont plutôt 35 % à ne pas manger quotidiennement le matin. Un autre indice de la qualité de l'alimentation est la consommation de fruits et de légumes. En 2004, sept enfants canadiens sur dix, âgés de 4 à 8 ans, consommaient moins de cinq portions de ce groupe alimentaire par jour (Garriguet, 2006).

À partir de 6 ans, les enfants fréquentent un nouveau milieu de vie. Après la famille, l'école occupe une place importante dans leur développement. Au fil des dernières années, une baisse des effectifs scolaires s'ajoute aux changements démographiques. Ainsi, dans la région, le nombre d'enfants fréquentant l'école primaire diminue de plus de 1 500 élèves par année, et ce, depuis 2003-2004. En 2006-2007, ils étaient 37 880 sur les bancs des écoles primaires de la Capitale-Nationale (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2007).

À cette étape du développement des enfants, il se peut qu'une incapacité compromette leur épanouissement. Des effets tant sur leur bien-être qu'aux plans physique et psychologique peuvent en découler. Dans la région, 3 % des jeunes de moins de 18 ans ont une incapacité, c'est-à-dire qu'ils ont de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables.

La violence conjugale : les enfants exposés en souffrent

Lorsqu'une dynamique de violence conjugale s'installe, la famille devient source d'anxiété et de souffrance pour certains enfants. Ces derniers sont plus nombreux à présenter des problèmes affectifs et comportementaux. Parmi les effets de l'exposition à la violence conjugale, on retrouve également des symptômes de stress post-traumatique. Les enfants exposés sont plus susceptibles d'être agressifs envers les autres et de commettre des délits. Les résultats scolaires et le développement social peuvent être tout autant compromis. Certaines études permettent d'estimer que de 11 % à 23 % des enfants canadiens seraient exposés à la violence conjugale, ce qui représente de deux à six enfants par classe en moyenne (Jaffe et Suderman, 1999).

Par ailleurs, la qualité de la santé dentaire des enfants de la région aurait raison d'en faire sourire plus d'un, puisque l'on observe une tendance à la baisse des dents cariées, absentes ou obturées. Cette diminution concerne autant la dentition primaire que la dentition permanente des enfants de 2^e et 6^e année. Cette amélioration est d'ailleurs tangible depuis le début des années 1980 (Brodeur *et al.*, 1998).

Un autre indicateur important de l'état de santé des enfants est le taux de mortalité. En dix ans, le taux de mortalité chez les 5-14 ans de la Capitale-Nationale a régressé de moitié. La diminution observée est d'ailleurs supérieure à celle du Québec. Les blessures accidentelles, surtout celles liées aux accidents de la route, sont la principale cause de mortalité dans la région. En 2000-2003, tous les décès observés (6 cas) chez les 5-14 ans étaient dus à des accidents de transport (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

L'adolescence, une période d'effervescence

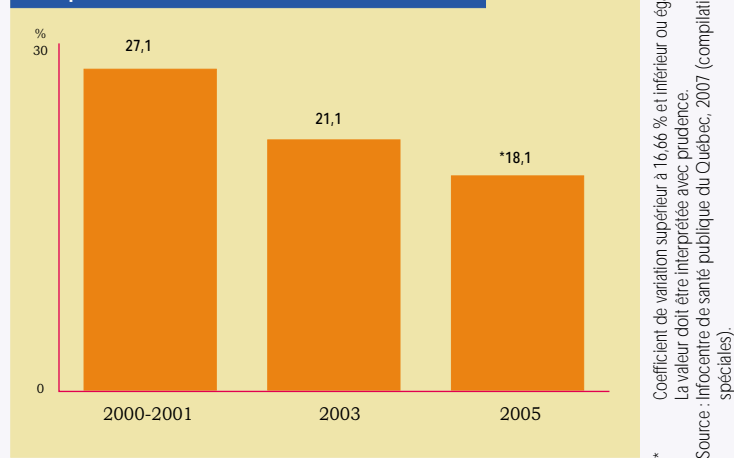
De façon générale, au Québec, les adolescents se perçoivent en meilleure santé que tout autre groupe d'âge, et ce, autant chez les garçons que chez les filles. Cependant, l'adolescence est une période où des changements majeurs s'opèrent, ce qui amène plusieurs jeunes à vivre des moments de déséquilibre.

En 2003, les intervenants en milieu scolaire de la Capitale-Nationale rapportaient que la problématique de la dépression chez les jeunes était hautement préoccupante et que trop peu d'attention y était portée (Houle, 2003). Toutefois, très peu de données d'enquêtes permettent d'apprécier l'ampleur du phénomène dans la région.

Au Québec, 16 % des adolescents présentent un certain nombre de symptômes de dépression (Marcotte et Baron, 1995). Cette proportion augmente à 25 % chez les jeunes filles de 2^e et 3^e secondaire. L'Enquête sociale de santé auprès des enfants et des adolescents québécois a permis d'estimer, qu'en 1999, 29 % des 15-19 ans au Québec souffraient de détresse psychologique (Aubin *et al.*, 2002).

Les adolescents de 12 à 19 ans représentent la plus faible proportion de fumeurs, après les 65 ans et plus. En 2005, ils étaient 18 % à rapporter fumer régulièrement ou à l'occasion, comparativement à 27 % en 2000-2001. Malgré la diminution de la proportion de jeunes fumeurs dans notre région, il se pourrait, si l'on en croit une étude récente, que le pourcentage de ceux qui commencent à fumer demeure stable (Dubé *et al.*, 2005).

Figure 2.3.2
Fumeurs de 12-19 ans dans la région de
la Capitale-Nationale de 2000-2001 à 2005



Un autre phénomène lié au tabagisme est la fumée dans l'environnement des jeunes. Les parents étant encore nombreux à faire usage du tabac, les jeunes non-fumeurs de 12 à 19 ans demeurent les plus exposés à la fumée secondaire à la maison.

Il importe également de considérer les comportements liés à l'alimentation, notamment à la consommation de fruits et de légumes. En 2003, ces aliments étaient encore populaires chez les jeunes de la région. La moitié des jeunes de 12-19 ans en mangeaient alors au moins cinq fois par jour, contre seulement 40 % chez les adultes de 45 à 64 ans.

Plusieurs éléments influencent les choix alimentaires des jeunes. Une certaine part de ces choix est d'ordre personnel, mais il importe de considérer également l'influence de l'environnement alimentaire. À ce titre, une enquête régionale réalisée en 2004 a permis d'observer que l'offre alimentaire dans les écoles secondaires de la région était plus néfaste que dans les écoles primaires. Huit écoles secondaires sur dix ont au moins une machine distributrice dans leur établissement. L'offre de repas santé dans les cafétérias est tout de même généralisée à l'ensemble des écoles visitées. La perception négative que plusieurs étudiants ont du service de cafétéria semble favoriser les lunchs, puisque les deux tiers des étudiants des écoles secondaires apportent leur dîner de la maison (Beauchesne-Rondeau et Chaumette, 2004).

Pour sa part, l'activité physique pratiquée dans les loisirs se présente de façon bien différente chez les garçons et les filles. En 2005, les trois quarts des garçons de 12 à 17 ans étaient actifs ou très actifs, alors que ce n'était le cas que pour la moitié des filles. Ces proportions demeurent tout de même plus élevées chez les jeunes que chez les adultes.

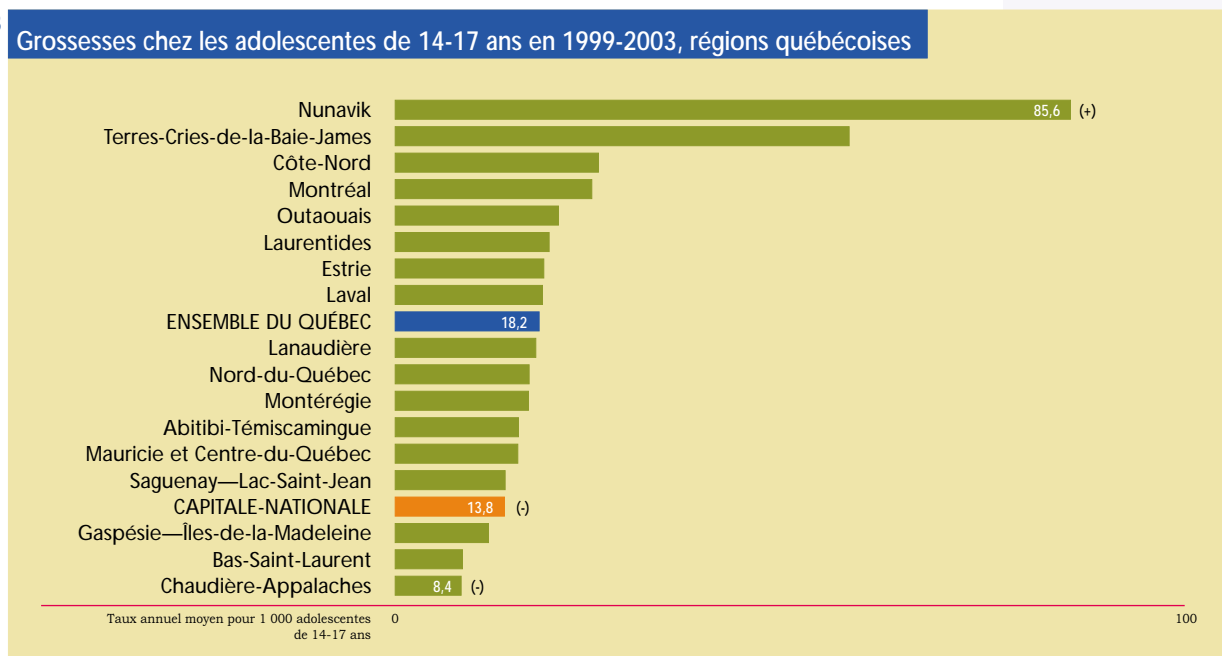
Drogues, alcool et jeux de hasard au secondaire

Au Québec, la proportion de jeunes du secondaire qui consomment de l'alcool ou des drogues demeure préoccupante. Ainsi, en 2004, 17 % avaient consommé de l'alcool régulièrement durant l'année précédente, tandis qu'environ 5 % avaient une consommation problématique d'alcool et de drogues (Dubé *et al.*, 2005). Enfin, près de la moitié des jeunes avaient participé à un jeu de hasard et d'argent. Notons que la proportion de jeunes joueurs, à risque de développer un problème, atteint 6 % au Québec. Cette dernière donnée sur la pratique du jeu est particulièrement préoccupante lorsque l'on constate que la prévalence des problèmes de jeu se situe à près de 2 % chez les adultes (Ladouceur *et al.*, 2002).

Le poids santé des jeunes, basé sur le poids et la taille autodéclarés, a aussi été calculé pour la première fois dans la région en 2005. Selon la classification de Cole, qui est adaptée à la morphologie des 12-17 ans, on estime que 15 % de ceux-ci auraient un surplus de poids. Les faibles effectifs de l'échantillon ne permettent cependant pas de connaître la proportion de jeunes obèses dans la Capitale-Nationale. Toutefois, pour l'ensemble du Québec, cette proportion atteint 4 % (Statistique Canada et ICIS, 2007).

L'adolescence est aussi le moment des premières relations amoureuses et des premières expériences intimes et sexuelles. Malheureusement, pour certains adolescents, l'entrée dans la vie amoureuse et sexuelle s'accompagne d'épreuves. La grossesse à l'adolescence est une réalité dans notre région, comme ailleurs au Québec. Le taux de grossesse chez les adolescentes de 14-19 ans est demeuré stable au cours des dernières années. La région se démarque toutefois par un taux inférieur au taux québécois, et ce, tant chez les 14-17 ans que chez les 18-19 ans. Pour certains territoires, la situation se présente à l'inverse et demeure préoccupante. Le secteur Basse-Ville–Limoilou–Vanier présente le taux de grossesse à l'adolescence le plus élevé de la région, suivi par le secteur Haute-Ville–Des Rivières (Guilbert *et al.*, 2004).

Figure 2.3.3 Grossesses chez les adolescentes de 14-17 ans en 1999-2003, régions québécoises



(-)(+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 36).

La chlamydia, une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS), est, depuis 2003, particulièrement présente dans la région. En effet, en 2005, le taux d'incidence chez les 15-19 ans de la région venait tout juste derrière celui des 20-24 ans (Frigon *et al.*, 2006). Parmi les ITSS à déclaration obligatoire, la chlamydia demeure, de loin, la plus fréquente chez ces groupes de jeunes. Les impacts sur la santé, lorsque l'infection n'est pas traitée, sont importants : infertilité, grossesse ectopique, douleurs abdominales chroniques.

Notons, enfin, que les jeunes de moins de 20 ans sont aussi, pour la grande majorité, vaccinés contre l'hépatite B aiguë, une autre infection transmissible sexuellement et par le sang. Cela fait suite à l'introduction, en 1994, du programme québécois de vaccination gratuite des enfants de la 4^e année du primaire de toutes les régions. Ce vaccin constitue la meilleure façon de prévenir l'hépatite B avant que les jeunes ne soient actifs sexuellement ou qu'ils aient des comportements à risque. La proportion des élèves de 4^e année du primaire à avoir reçu ce vaccin atteignait 90 % dans la région en 2005-2006, ce qui est comparable à l'ensemble du Québec.

Le passage vers l'âge adulte, une transition parfois difficile

Le début de l'âge adulte signifie de nombreuses transitions pour plusieurs jeunes. Les études postsecondaires en amènent certains à quitter le domicile familial, à déménager dans une nouvelle ville et à gérer l'autonomie que tout cela exige. Pour d'autres, le monde du travail entraîne de nouveaux défis et un style de vie différent où les responsabilités s'accumulent. Ces transitions engendrent parfois des difficultés d'adaptation et un passage vers la vie adulte plus difficile.

La *Loi sur l'instruction publique du Québec* oblige les jeunes à fréquenter un établissement d'enseignement jusqu'à la fin de l'année scolaire où l'âge de 16 ans est atteint. Après cette limite, un certain nombre abandonne le milieu scolaire pour différentes raisons. Dans la région, la proportion de jeunes de 15 à 24 ans ne fréquentant pas l'école est inférieure au taux provincial. Ils y sont près de trois jeunes sur dix (29 %) à ne pas fréquenter un établissement scolaire (33 % au Québec). Il est à noter que davantage d'hommes que de femmes ne poursuivent pas leurs études (32 % contre 27 %), et ce, autant dans la région que dans la province.

En 2001, 82 % des 20-24 ans de la région occupaient un emploi. Ils étaient en grande majorité (59 %) employés à temps plein et n'étaient plus aux études. Les jeunes employés de 15 à 24 ans représentent 15 % de la main-d'œuvre de la région et sont à l'origine de 16 % des demandes d'indemnisation à la CSST. Le profil des lésions professionnelles qui les affublent est toutefois fort différent de celui des travailleurs plus âgés. Une proportion importante (28 %) des demandes des jeunes de 24 ans et moins concernent des plaies ou des contusions superficielles, ce pourcentage étant nettement plus élevé que chez les adultes (18 %). La connaissance des pratiques sécuritaires de travail est donc essentielle à l'épanouissement de ces jeunes en milieu professionnel (Tremblay et Laliberté, 2004).

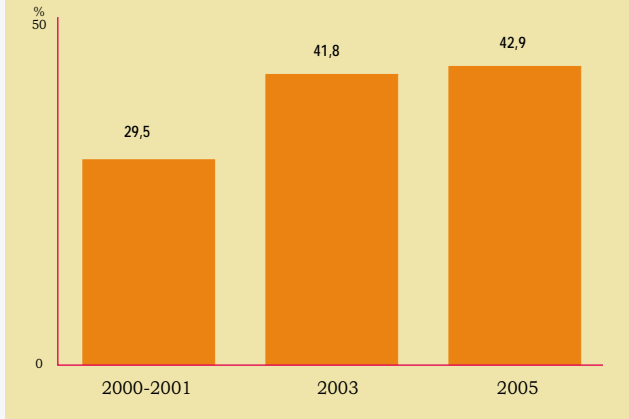
La problématique du suicide chez les 20-24 ans demeure toujours préoccupante. Dans la Capitale-Nationale, on dénombrait chez ceux-ci, en moyenne, 50 décès par suicide à chaque année pour la période 2000-2003. Toutefois, bien que le taux chez ces jeunes soit supérieur à celui des 15-19 ans, il est tout de même inférieur à celui des 25-54 ans. Lorsque l'on observe de plus près le nombre de décès par suicide au cours des dernières années dans la région, il semble qu'une heureuse tendance à la baisse se dessine (Ross et François, 2007).

Détresse et idées suicidaires

En 2005, la détresse est encore bien présente chez les jeunes Québécois, puisque 3 % des 15-24 ans rapportent avoir eu des idées suicidaires sérieuses. Ces idées suicidaires sont le signal qu'une personne vit un état de souffrance devenu intolérable. La seule solution souvent envisagée pour y mettre fin est alors de mourir. Ce sont les femmes chez les 15-24 ans qui présentent le taux le plus élevé d'idées suicidaires, soit près de 4 %.

Figure 2.3.4

Population de 20-24 ans présentant une consommation élevée d'alcool, 12 fois ou plus par année, dans la région de la Capitale-Nationale de 2000-2001 à 2005



Source : Infocentre de santé publique du Québec, 2007 (compilations spéciales).

En ce qui a trait à la consommation d'alcool, les jeunes adultes de la région sont nombreux (43 %) à présenter une consommation excessive, soit cinq consommations ou plus d'alcool en une même occasion, et ce, 12 fois ou plus au cours d'une année. Ce type de consommation est plus fréquent chez les hommes, particulièrement chez les jeunes hommes. Dans la région de la Capitale-Nationale, un peu plus de la moitié des jeunes hommes de 20 à 24 ans consomment de l'alcool en grande quantité, 12 fois ou plus au cours d'une année (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

Au sujet du tabagisme, les nouvelles ne sont pas réjouissantes pour les jeunes adultes. En effet, il s'agit encore du groupe d'âge, au Québec, où la proportion de fumeurs est la plus élevée. La région ne fait pas exception puisqu'en 2005 le tiers des 20-24 ans fumait toujours. D'autre part, comme les adolescents, les jeunes adultes non fumeurs sont également assez nombreux à être exposés à la fumée secondaire à la maison. Près de 18 % d'entre eux cohabitent avec quelqu'un qui fume chaque jour ou presque chaque jour.

Par ailleurs, les jeunes adultes de la région sont également nombreux à avoir un poids excédentaire. En 2005, près du quart des 18-24 ans avait un surplus de poids. Pour ce qui est de l'obésité, la forme la plus sévère du surplus de poids, il n'est pas possible d'en connaître l'ampleur dans la région. À titre indicatif, mentionnons que l'obésité touche 7 % des Québécois de ce groupe d'âge (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

Pour sa part, le taux de grossesse chez les jeunes filles de 20 à 24 ans est en légère baisse et demeure inférieur au taux québécois. Ceci inclut les naissances vivantes, les mortinaissances, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les avortements spontanés. Lorsque l'on regarde spécifiquement les IVG, elles sont également moins nombreuses dans la région. Les données laissent à penser que près de la moitié des grossesses survenues dans cette tranche d'âge n'étaient pas désirées. Ainsi, en 1999-2003, pour 1 000 femmes de cet âge dans la région, 70 étaient enceintes, comparativement à 98 au Québec, et le nombre annuel moyen d'IVG de ce groupe d'âge était d'environ 29 pour 1 000, comparativement à 38 pour 1 000 au Québec.

Dans le domaine des maladies infectieuses, les faibles taux d'incidence du sida et du VIH pourraient laisser croire à une amélioration de la santé sexuelle des jeunes adultes. Cependant, on note une évolution très préoccupante du taux de chlamydia chez les 20-24 ans. Ce taux est d'ailleurs légèrement plus élevé dans la région que chez l'ensemble des jeunes de la province (MSSS, 2006c).

En perspective

La grande majorité des jeunes de la région se portent bien et vivent dans des milieux favorisant leur épanouissement. Cependant, les périodes de transition identifiées semblent amener plusieurs jeunes à vivre de grands moments d'instabilité. Ces derniers se traduisent chez certains jeunes par des comportements à risque (consommation de drogues et d'alcool, pratique excessive du jeu, comportements sexuels à risque, tabagisme, etc.) ou encore par une détresse pouvant mener à des idées suicidaires.

Le portrait de santé des jeunes de la région est encourageant à plusieurs égards, ce qui ne veut pas dire que l'on doit baisser la garde. Il y a encore place à l'amélioration. Il apparaît essentiel de porter une attention particulière au groupe des jeunes adultes dont la situation est préoccupante. Les différents milieux de vie fréquentés par ces jeunes, que ce soit les milieux de travail ou les établissements collégiaux ou universitaires, pourraient possiblement contribuer à l'amélioration de leur santé de plusieurs façons. Cette clientèle présente de grands défis pour les années à venir.

2.4

Vieillir en santé

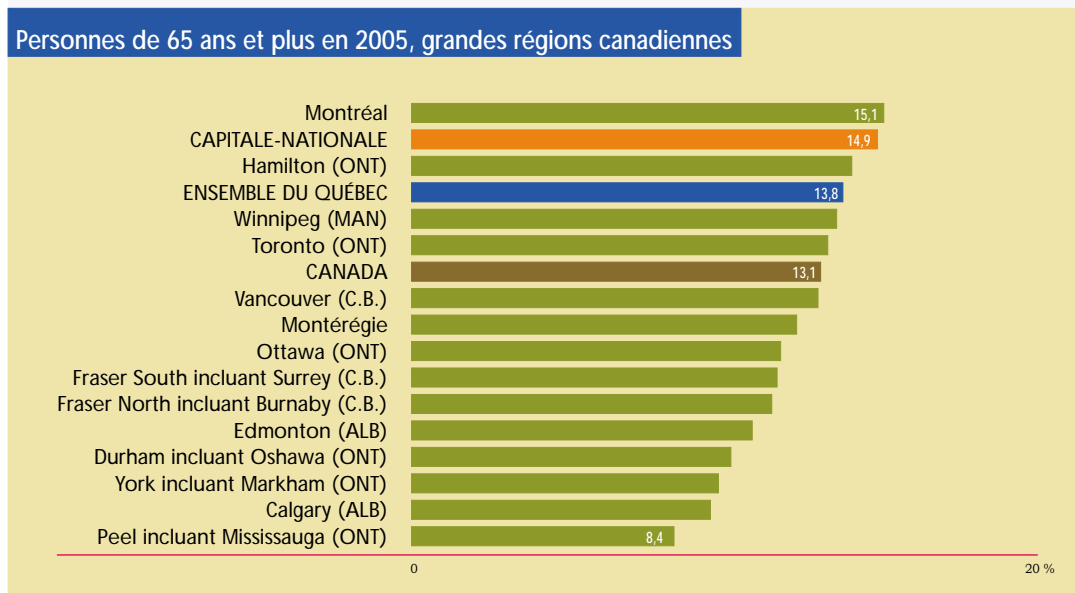
Les personnes âgées sont habituellement définies comme les hommes et les femmes de 65 ans et plus. Elles ne représentent cependant pas un groupe homogène et vivent des réalités fort différentes, notamment en fonction de leur âge, mais aussi en raison des différences liées au sexe, à leur niveau d'autonomie et à leurs réalités sociales, économiques et culturelles.

La vieillesse est également une affaire de perception. Ainsi, certaines personnes très âgées, même avec des incapacités objectivées, ne se considèrent pas « si vieilles », alors que d'autres, âgées de moins de 65 ans et sans problème particulier, se sentent avancées en âge et s'en trouvent très accablées. En outre, il existe, à tous les âges, un capital de santé à maintenir ou à retrouver, même chez les personnes très âgées et chez celles qui sont en perte d'autonomie ou fragilisées.

Un contexte démographique, social et économique en mutation

La Capitale-Nationale est, après Montréal, la grande région canadienne comptant la plus grande part de personnes âgées (15 %). Tout comme le Québec, la région connaîtra un vieillissement démographique très rapide au cours des prochaines années. Le nombre de personnes de 65 ans et plus, qui était au-delà de 102 000 en 2006, passera à plus de 190 000 en 2026, ce qui représentera environ trois personnes sur dix. Ce phénomène est dû principalement à la conjugaison de trois facteurs : la forte natalité de l'après-guerre, suivie d'une chute abrupte de la fécondité à partir des années 1960 et de l'allongement graduel de la durée de vie moyenne (Institut de la statistique du Québec, 2004).

Figure 2.4.1 Personnes de 65 ans et plus en 2005, grandes régions canadiennes



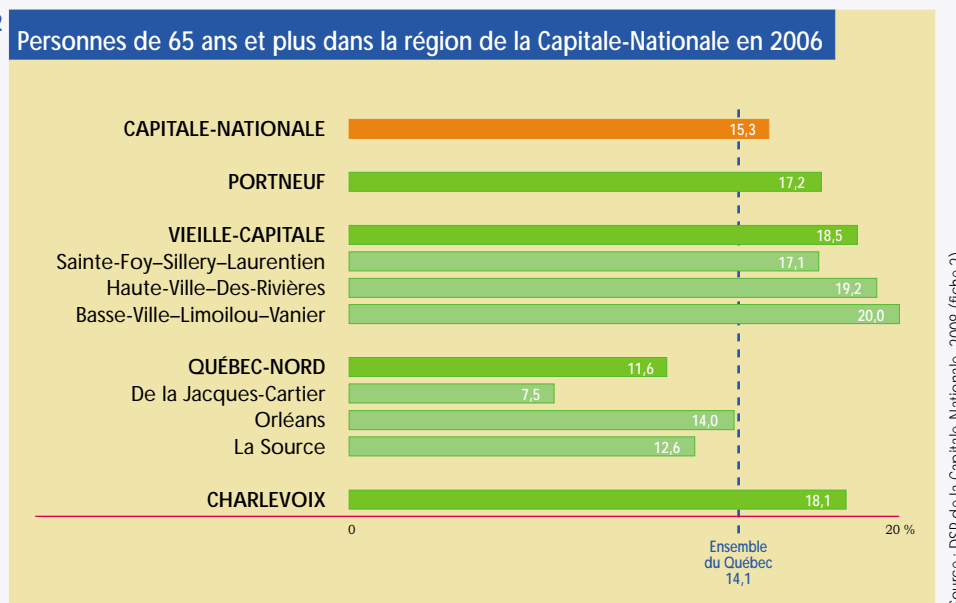
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 1).

Scénario démographique pour 2011

« À partir de 2011, l'arrivée massive des baby-boomers dans le groupe des aînés devrait tout d'abord faire augmenter rapidement les effectifs des personnes de 65 à 74 ans puis, dans les décennies suivantes, ceux des personnes de 75 à 84 ans et, finalement, ceux des personnes de 85 ans et plus. Étant donné que leur durée de vie est plus longue et que leur taux de mortalité est plus faible à tous les âges, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes chez les aînés, et cette proportion augmente d'ailleurs rapidement avec l'âge. Dans le groupe des personnes de 85 ans et plus, on retrouve plus de deux femmes pour un homme. Par contre, en raison de la diminution de l'écart de l'espérance de vie entre les sexes, cette surreprésentation féminine chez les aînés de 65 ans et plus devrait diminuer dans le futur » (INSPQ et coll., 2006a).

Ce sont les secteurs Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Haute-Ville–Des-Rivières qui, en 2006, comptaient les plus fortes proportions de personnes âgées, soit une personne sur cinq chacun.

Figure 2.4.2 Personnes de 65 ans et plus dans la région de la Capitale-Nationale en 2006



Dans la région, tout comme au Québec, près de neuf personnes âgées sur dix vivent dans un ménage privé. Cette proportion diminue beaucoup avec l'âge et va de 96 %, chez les 65-74 ans, à 59 %, chez les 85 ans et plus. Par ailleurs, les personnes âgées vivant à la maison s'y retrouvent souvent seules et le phénomène s'intensifie avec l'âge. Par exemple, chez les 65-74 ans, environ le quart des aînés de la Capitale-Nationale vivent seuls, alors que c'est le cas pour 44 % des 75 ans et plus. Dans les secteurs Haute-Ville–Des-Rivières et Basse-Ville–Limoilou–Vanier, ce sont plus de la moitié des personnes de 75 ans et plus qui vivent seules.

Les personnes de 65 ans et plus sont nombreuses à vivre dans les résidences privées avec services ou à être hébergées dans le réseau public de la santé. En 2007, dans la région, au-delà de 9 500 personnes habitent dans les 200 résidences pour personnes âgées¹ (Agence de la Capitale-Nationale, 2007).

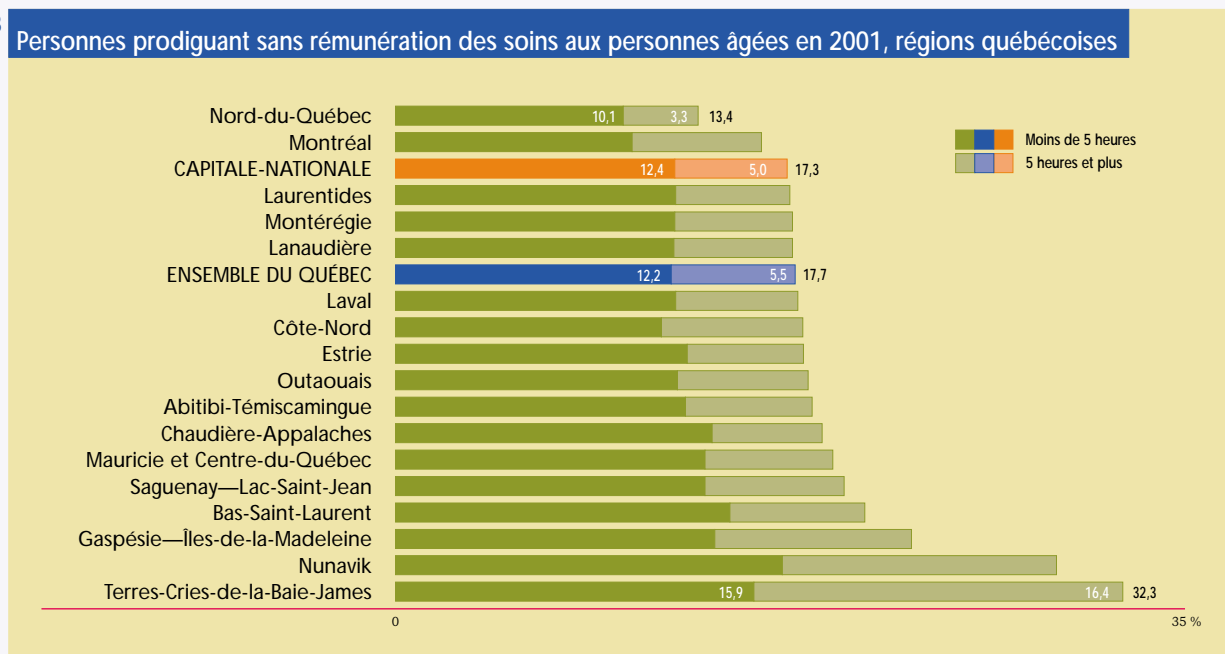
¹ Une résidence pour personnes âgées est un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale, à l'exception d'une installation maintenue par un établissement et d'un immeuble ou d'un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial (Gouvernement du Québec, 2007a).

À mesure que les années passent, l'état de santé des aînés se détériore et le réseau de soutien peut de moins en moins suffire à leurs besoins. Le recours à l'hébergement public s'avère alors nécessaire, ce qui est le cas pour près de 4 000 personnes âgées de la région (Agence de la Capitale-Nationale, 2007).

Les enfants, la fratrie, des personnes apparentées ou des amis proches peuvent constituer un réseau de soutien social pour les aînés. En 2005, le quart des personnes de 65 ans et plus de la région, vivant en ménages privés, rapportaient ne pas avoir un niveau élevé de soutien social. Cette proportion, qui s'apparente à celle du Québec, est toutefois plus élevée que dans la population de moins de 65 ans.

En plus de la famille et des proches, des réseaux informels de soutien prodiguent bénévolement des services aux personnes âgées. En 2001, plus de 91 000 personnes de la région ont consacré du temps non rémunéré à donner des soins ou de l'aide à des personnes âgées, soit presque une personne sur cinq.

Figure 2.4.3 Personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées en 2001, régions québécoises



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 42).

D'autre part, les personnes âgées jouissent souvent de conditions économiques peu favorables. À titre indicatif, un peu plus du tiers des hommes et la moitié des femmes de 65 ans et plus de la région recevaient, en 2005, un supplément de revenu garanti attribué aux personnes ayant un faible revenu. Cependant, la proportion des personnes de la région bénéficiant de cette mesure est l'une des plus faibles au Québec.

La situation économique des aînés s'est, par contre, améliorée au cours des dernières années et devrait continuer de le faire, en particulier avec l'arrivée des baby-boomers plus scolarisés et susceptibles de disposer d'un revenu de rentes plus substantiel. Cette tendance devrait aussi s'observer pour les femmes dont le niveau d'éducation est plus élevé qu'auparavant.

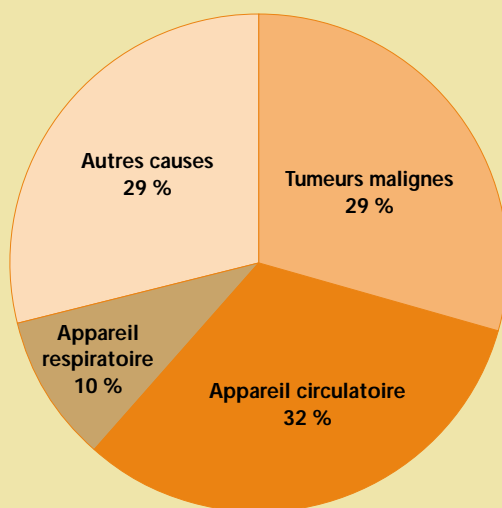
La santé examinée sous divers angles

Chez les aînés, les habitudes de vie jouent un rôle majeur dans la prévention des maladies, surtout en ce qui concerne les maladies chroniques ou la capacité à se rétablir d'un épisode de maladie. Cependant, encore plusieurs d'entre eux seraient susceptibles de tirer profit de l'adoption et du maintien de bonnes habitudes de vie. En effet, plus de la moitié des aînés de la région consomment moins de cinq fois par jour des fruits et légumes. On observe également que 14 % des personnes âgées fument. Enfin, le tiers des aînés de la région sont sédentaires en matière d'activités physiques de loisirs (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

Lorsque l'on demande aux personnes de 65 ans et plus de la région d'évaluer leur état de santé, 80 % d'entre elles la perçoivent comme étant bonne. Cependant, le tiers des personnes âgées déclarent avoir une limitation d'activités, c'est-à-dire qu'elles estiment que leur état de santé physique ou mental, ou encore qu'un problème de santé, réduit parfois ou souvent la quantité ou le genre d'activités qu'elles pouvaient faire à la maison, au travail ou dans d'autres circonstances (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

Les problèmes de santé physique les plus souvent déclarés par les 65 ans et plus de la région en 2005 étaient, plus de quatre fois sur dix, l'arthrite ou le rhumatisme et l'hypertension artérielle, suivis par les maladies cardiaques, dans 20 % des cas. Les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil respiratoire étaient, pour leur part, la cause de près des trois quarts des décès chez les aînés en 2000-2003 (Infocentre de santé publique du Québec, 2007). Par ailleurs, d'autres problèmes de santé ont un impact important sur la qualité de vie des aînés tels que ceux reliés à la santé buccodentaire, à l'audition et à la vision ainsi que les chutes.

Figure 2.4.4 Principales causes de décès chez la population de 65 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale en 2000-2003



Source : Infocentre de santé publique du Québec, 2007 (compilations spéciales).

La mauvaise santé dentaire des personnes âgées est associée, entre autres, à des problèmes nutritionnels et digestifs. En 2003, 90 % des personnes de 65 ans et plus de la région en ménages privés considéraient que leur santé dentaire était bonne (Infocentre de santé publique du Québec, 2007). En revanche, une étude réalisée en 2005 auprès des aînés hébergés en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans trois régions du Québec, incluant celle de la Capitale-Nationale, démontrait qu'au-delà de six aînés hébergés sur dix seraient complètement édentés, tandis que la moitié de ceux ayant des dents naturelles auraient des caries. De plus, les prothèses dentaires, qui devraient être renouvelées aux cinq ans environ, sont portées en moyenne 12 ans, et une bonne majorité manquent de stabilité ou de rétention (Corbeil *et al.*, 2007).

Les problèmes de l'ouïe et de la vue

Cela est bien connu, les troubles de l'audition et de la vision se rencontrent plus fréquemment chez les personnes âgées. En 2001, on estimait que 10 % des Québécois de 65 ans et plus avaient une incapacité auditive, tandis que 7 % étaient affectés d'une incapacité visuelle. Notons que ces problèmes touchaient moins de 2 % des 15-64 ans. La situation est encore plus problématique chez les plus âgés. Avec des prévalences respectives de 17 % et de 12 %, ces deux types d'incapacité sont trois fois plus fréquents chez les 75 ans et plus que chez les 65-74 ans (Berthelot *et al.*, 2006).

La fréquence des troubles visuels augmente avec l'âge. Si, dans la majorité des cas, les conséquences sont mineures, certains problèmes de vision peuvent parfois limiter grandement l'autonomie des personnes atteintes. C'est notamment le cas de la cataracte, qui est susceptible d'occasionner une perte sévère et même totale de la vision. Dans la région, en 2005, on estime à environ 15 000 le nombre de personnes de 65 ans et plus qui en étaient atteintes à des degrés divers (Infocentre de santé publique du Québec, 2007). Lorsque la cataracte devient trop sévère, il est possible de retirer le cristallin opacifié par chirurgie mineure. En 2006-2007, plus de 6 500 procédures d'extraction de la cataracte ont été réalisées dans la région (Agence de la Capitale-Nationale, 2007).

Concernant les traumatismes, environ un tiers des aînés font au moins une chute au cours d'une année (Scott *et al.*, 2005). Ces chutes peuvent avoir des conséquences autant physiques, telle la fracture de la hanche, que psychologiques, comme une diminution

des activités par peur de chuter. Mentionnons qu'au cours de la période 2000-2003, on a dénombré annuellement, dans la région, 1 251 hospitalisations liées aux chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Infocentre de santé publique du Québec, 2007). Les personnes âgées qui en sont victimes connaissent bien souvent une détérioration importante de leur qualité de vie à cause des blessures encourues et sont plus susceptibles d'être hébergées par la suite (Hamel, 2001). Les décès consécutifs à une chute dans ce groupe d'âge sont au nombre de 15 en moyenne par année dans la région (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

Un programme qui MARCHE!

Dans la région, il existe un programme de prévention des chutes, soit le programme *MARCHE* (Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire). Il s'agit d'un continuum de services en prévention des chutes chez les aînés qui comprend trois volets. Le premier, ÉquiLibre et Pied, est axé sur le maintien de l'équilibre, de la mobilité et de la force musculaire. Il est destiné à des groupes d'aînés ayant des problèmes mineurs de marche ou d'équilibre ou étant préoccupés par les chutes. Le second est réalisé auprès des clientèles des programmes Soutien à domicile des CSSS dont l'état de santé ou la présence d'incapacités les expose à des risques importants de chute et de blessure. Il consiste à dépister les facteurs de risque de chute (troubles de la vision, médicaments, troubles cognitifs, etc.) et de réaliser les interventions pour diminuer ces risques. Enfin, le dernier volet s'adresse aux médecins du territoire afin de les sensibiliser à ce problème et de les outiller dans le dépistage des facteurs de risque de chute et, le cas échéant, de les aider à intervenir adéquatement auprès des personnes à risques.

Enfin, on dispose de très peu de données sur l'état ou les problèmes de santé mentale des aînés de la région. L'on sait toutefois, qu'en 2005, 6 % des personnes de 65 ans et plus de la Capitale-Nationale rapportaient vivre un stress quotidien élevé (Infocentre de santé publique du Québec, 2007). D'autre part, l'essentiel des hospitalisations dans la région pour la cause « Démences et états psychotiques organiques » sont des personnes de 65 ans et plus : en 2003-2004, elles représentaient 476 des 496 admissions en soins psychiatriques de courte durée (Beaucage *et al.*, 2006).

Un aperçu des services de santé

L'accessibilité à des services préventifs, de première ligne et hospitaliers de qualité constitue un déterminant important pour la durée et la qualité de vie des aînés. Les besoins augmentent avec l'âge et s'intensifient dans les groupes les plus âgés. Il est intéressant de constater qu'au-delà de 85 % des aînés de la région considèrent de bonne à excellente la qualité des services et soins de santé dans leur communauté (90 % chez les 75 ans et plus) et que plus de 90 % sont satisfaits de leur accessibilité (DSP de la Capitale-Nationale, 2007).

En contrepartie, le bilan régional au chapitre des séjours à l'urgence est moins réjouissant. En 2006-2007, le séjour moyen sur civière à l'urgence dans les établissements de la Capitale-Nationale atteignait un peu plus de 19 heures pour les personnes de 75 ans et plus, ce qui est quatre heures de plus que la cible visée par la région. Pour sa part, le pourcentage de séjour de 48 heures et plus à l'urgence chez ce même groupe d'âge a été de 7,5 %, la cible régionale étant de 3,8 % (Agence de la Capitale-Nationale, 2007b).

Le recours des aînés à certains services préventifs s'est, pour sa part, amélioré ces dernières années dans la région. Par exemple, la proportion des femmes de 60 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage a augmenté sensiblement, passant de 44 %, en 1999-2000 (janvier à décembre), à 60 %, en 2005-2007 (juillet à juin) (DSP de la Capitale-Nationale, 2007). Cette tendance à la hausse est également observée pour la vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus, la couverture vaccinale ayant doublé au cours des dix dernières années pour atteindre 65 % en 2006-2007 (Tremblay, 2007). Si la performance de la Capitale-Nationale, tant pour la mammographie de dépistage que pour la vaccination contre la grippe, surpasse légèrement le moyenne québécoise, on note que les pourcentages atteignent, dans les deux cas, leur plus faible niveau régional dans Basse-Ville-Limoilou-Vanier.

Par ailleurs, la très grande majorité des personnes âgées de la région (95 %) mentionnaient avoir un médecin de famille en 2003 (DSP de la Capitale-Nationale, 2007). En 2005, au-delà de 87 % l'avaient consulté au moins une fois lors de la dernière année et 38 %, trois fois et plus (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

La consultation de professionnels de la santé se traduit souvent par une thérapie médicamenteuse. En effet, le recours aux médicaments augmente avec la survenue des problèmes de santé souvent multiples à mesure que les personnes avancent en âge. Dans la région, au-delà de la moitié des aînés mentionnaient, en 2003, prendre trois

médicaments différents ou plus, prescrits ou non, sur une période de deux jours. De plus, environ une personne âgée sur cinq déclarait avoir pris des tranquillisants, des sédatifs ou des somnifères (DSP de la Capitale-Nationale, 2007).

Enfin, 10 % des aînés de la région déclaraient avoir reçu, en 2005, des services à domicile assumés en partie ou entièrement par l'État au cours de l'année, comparativement à 8 % en 2003. Les données sous-régionales disponibles par CSSS indiquent, qu'en 2003, Charlevoix se démarque des autres territoires avec une proportion de 15 % de personnes âgées mentionnant avoir reçu des services à domicile. Par ailleurs, 6 % des aînés déclaraient avoir bénéficié de services non couverts par l'État (DSP de la Capitale-Nationale, 2007).

Effets indésirables de la consommation de médicaments

De multiples problèmes peuvent être associés à l'usage de médicaments, et plus le nombre augmente, plus les risques d'effets indésirables sont importants. De plus, certains médicaments, quoique souvent indiqués à court terme, peuvent entraîner une dépendance et des impacts négatifs sur la santé lorsqu'utilisés à long terme.

En perspective

L'état de santé, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de services des aînés sont très différents selon leur âge, leur sexe, leurs réalités sociales et économiques. À partir de 2011, l'arrivée progressive dans ce groupe d'âge des baby-boomers, plus instruits, plus fortunés et ayant de meilleures habitudes de vie, favorisera probablement une amélioration de l'état de santé à un âge plus avancé mais, en même temps, une augmentation progressive du nombre de personnes très âgées qui nécessiteront plus d'aide et de services.

Le défi pour la société québécoise et pour la région de la Capitale-Nationale vis-à-vis de ce boom démographique des aînés consiste à ce que les aspects positifs liés à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être limitent le plus possible les effets négatifs rattachés notamment à une demande plus forte en soins de santé et en services. Or, certaines activités ciblant les personnes âgées (ex. : activité physique, immunisation, prévention des chutes, meilleur usage des médicaments) ont démontré leur efficacité à retarder la perte d'autonomie, ou à la retrouver, de même qu'à retarder le recours à des ressources plus lourdes, dont l'hébergement. Par conséquent, il est encore nécessaire d'investir dans la prévention et la promotion de la santé à l'égard de la population âgée afin d'optimiser son état de santé mentale, physique et sociale, et ce, même chez celle qui est plus fragile et qui vit des incapacités.

2.5 Santé et bien-être des hommes et des femmes : des différences ancrées dans le social

Nous brosons ici à grands traits le portrait des principales différences observées selon le sexe dans la Capitale-Nationale, relatives à la mortalité, à la santé physique, à la santé mentale et aux conditions sociales.

Les hommes vivent moins longtemps

L'inégalité des sexes devant la mort est une réalité bien connue. Au Québec, comme ailleurs au Canada et dans les pays industrialisés, les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes (INSPQ et coll., 2006a). La région ne fait pas exception à la règle. Si les femmes peuvent espérer vivre au-delà du seuil symbolique de 80 ans (82,6 ans), les hommes arrivent tout juste à dépasser celui des 75 ans (77,0 ans). L'écart des années de vie selon le sexe s'est par contre rétréci au cours des deux dernières décennies. En fait, l'espérance de vie masculine a progressé plus rapidement que celle des femmes.

Limites des comparaisons effectuées

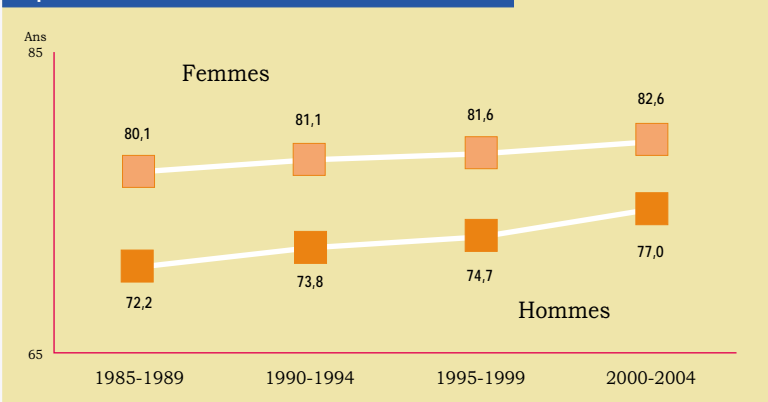
Lorsqu'on analyse des données provenant d'enquêtes ou de fichiers administratifs, comme c'est le cas pour la mortalité, la santé physique, la santé mentale ou les conditions sociales, il est d'usage d'effectuer des tests statistiques pour conclure à la présence ou non d'une différence entre les hommes et les femmes. Or, les données régionales en notre possession n'ont pas fait l'objet de tels tests. Par conséquent, il est davantage question dans cette section de tendances. Toutefois, les relations observées sont généralement congruentes avec la littérature scientifique (Statistique Canada, 2001).

L'avantage biologique des femmes

L'inégalité entre les hommes et les femmes vis-à-vis de la mortalité serait présente dès la naissance. Les femmes ont, dès le début de leur vie, un avantage biologique qui leur offrirait une longévité plus importante de l'ordre de deux ans. Cet avantage peut s'expliquer scientifiquement par un coup de pouce de la génétique féminine, soit les effets bénéfiques du double chromosome X, et par l'effet protecteur des hormones sexuelles féminines (Caselli *et al.*, 2002). Par contre, l'essentiel de l'avantage féminin s'explique par le culturel et le social.

Figure 2.5.1

Espérance de vie dans la région de la Capitale-Nationale de 1985-1989 à 2000-2004

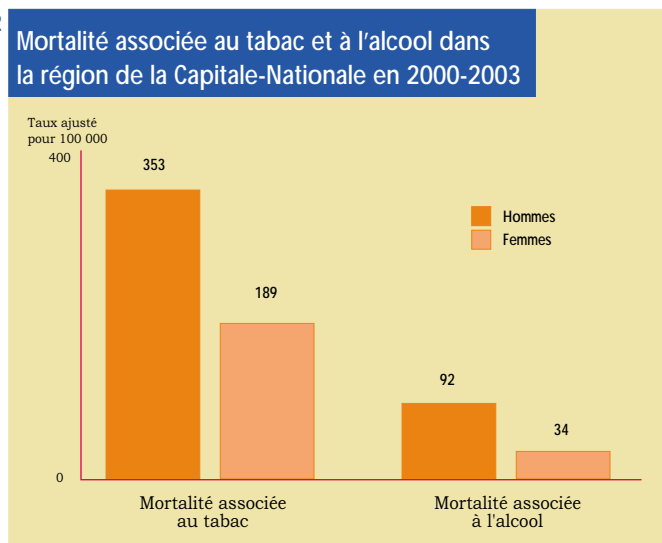


Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 96).

Cette différence de la longévité selon le sexe au détriment des hommes est en grande partie attribuable, depuis le milieu du dernier siècle, à la surmortalité masculine par maladies de l'appareil circulatoire, par cancers et par morts accidentelles. Ces « maladies de société », plus répandues chez les hommes, sont le reflet d'habitudes de vie, de comportements et de conditions de travail bien distincts.

Parmi les habitudes de vie les plus dommageables pour la santé, on peut compter le tabagisme. Si, par le passé, on rencontrait plus de fumeurs que de fumeuses, l'écart selon le sexe a presque disparu dans la région en 2005. La consommation de tabac chez les hommes de 12 ans et plus est à peine plus élevée que celle des femmes, soit 22 % contre 19 %. Si cette habitude a régressé chez les femmes, la baisse fut encore plus prononcée chez les hommes. Malheureusement, on ne constate pas encore les bienfaits de ce recul sur la santé masculine. En 2000-2003, les hommes de la région avaient un taux de mortalité relié aux conditions associées au tabagisme deux fois supérieur à celui des femmes. Par contre, cette tendance pourrait changer, car, compte tenu du long délai de latence entre l'intoxication tabagique et le développement de ces maladies, la mauvaise situation observée actuellement chez les hommes au regard des tumeurs malignes ou des problèmes respiratoires traduit, en fait, les habitudes de consommation d'il y a plusieurs décennies.

Figure 2.5.2



Les femmes ne sont cependant pas à l'abri des effets néfastes à long terme du tabac sur la santé. D'ailleurs, il faut s'inquiéter des tendances récentes dans la région et au Québec chez celles âgées de 20 à 24 ans. C'est en effet le seul groupe d'âge où les femmes sont nettement plus nombreuses à fumer que les hommes (38 % contre 28 %).

La consommation d'alcool, surtout en grande quantité et pendant de longues périodes, peut aussi engendrer des problèmes sérieux de santé, et ce, sans oublier les risques reliés à la conduite d'un véhicule avec facultés affaiblies. Tant au Québec que dans la région, les hommes

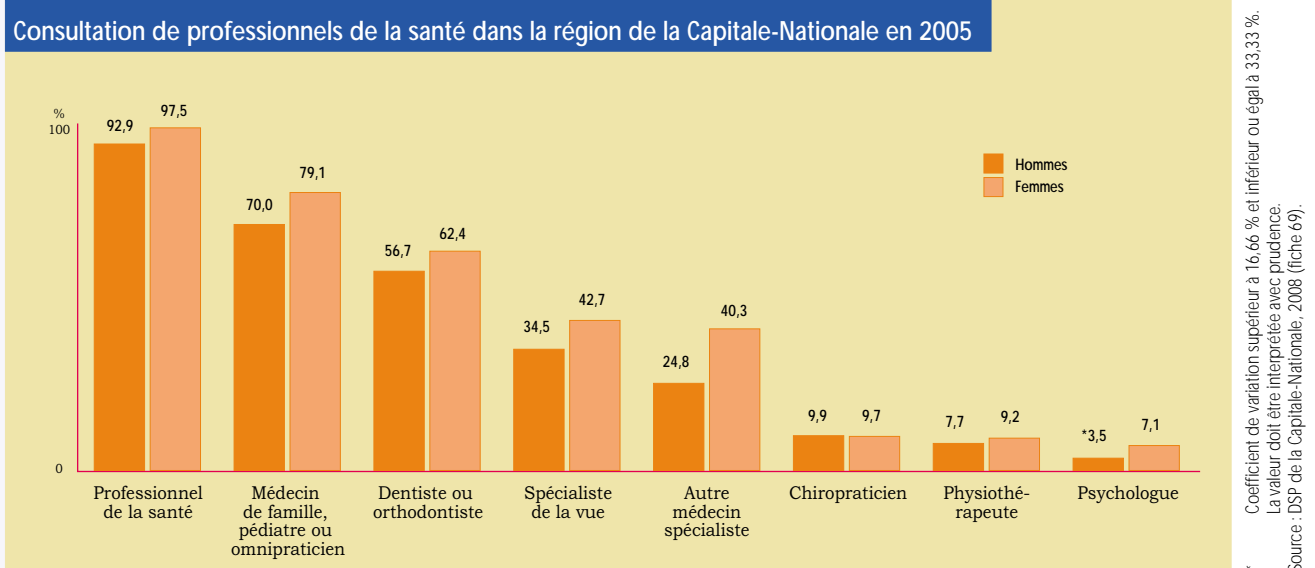
sont nettement plus nombreux à boire que les femmes. Ils sont aussi de plus gros buveurs. À noter que, chez les deux sexes, la consommation d'alcool est à la hausse au Québec. Dans la Capitale-Nationale, en 2000-2003, le taux de décès associés à l'alcool chez les hommes est près de trois fois supérieur à celui des femmes.

Dans un tout autre ordre d'idées, les hommes sont plus exposés à des risques professionnels pouvant entraîner des blessures, des lésions et même des accidents mortels. Ce sont des situations que l'on rencontre en particulier dans des secteurs très majoritairement masculins, notamment dans ceux du bâtiment et de l'industrie lourde. Toutefois, comparativement aux hommes, les femmes de la région sont plus nombreuses, dans le cadre de leur travail, à déclarer vivre un stress quotidien élevé. Elles déclarent également ne pas avoir une grande latitude pour prendre des décisions au travail.

La longévité plus grande des femmes résulte non seulement de meilleurs comportements et de conditions de travail moins dangereuses, mais aussi d'un rapport plus étroit avec le système de santé. Étant donné qu'elles sont plus proches des services sociaux et de santé tout au long de leur vie, et ce, à travers la contraception, la maternité ou la santé de leur enfant, elles tirent davantage parti de la prévention et des nouveaux traitements. Les visites plus fréquentes chez le médecin, souvent liées au suivi gynécologique, favorisent également la découverte de problèmes encore à un stade précoce, ce qui accroît les chances de succès des traitements sur la maladie.

Enfin, du fait qu'elles sont aussi plus attentives à leur corps, les femmes sont plus enclines à modifier leurs habitudes de vie et à se soumettre à des examens de dépistage ainsi qu'à des traitements préventifs (Meslé, 2004).

Figure 2.5.3



L'usage plus intensif des services de santé par les femmes

La consultation plus élevée d'un professionnel de la santé par les femmes, telle qu'elle a été mesurée à partir d'enquêtes, n'indique pas uniquement la manifestation d'une santé plus précaire. Ce phénomène peut également indiquer un plus grand souci des femmes vis-à-vis de leur santé (Statistique Canada, 2001). Puisqu'il n'est pas toujours facile de départager la dimension « maladie » de la dimension « prévention », il faut donc demeurer prudent lors de l'interprétation des données d'utilisation des services.

Toutefois, cette longévité accrue des femmes a son revers. Dans les faits, ces dernières vivront plus longtemps avec le fardeau de la maladie. En 2003, les femmes de la région vivaient 2,1 ans de plus que les hommes avec une santé amoindrie (7,9 ans contre 5,8 ans). De plus, en survivant souvent à leur conjoint, les femmes sont plus susceptibles de vivre seules en âges avancés. Cependant, cela ne signifie pas pour autant qu'elles vivent plus isolées que les hommes. Ainsi, la proportion de personnes de 65 ans et plus de la région n'ayant pas un niveau élevé de soutien social en 2005 se situait autour de 25 % chez les deux sexes (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

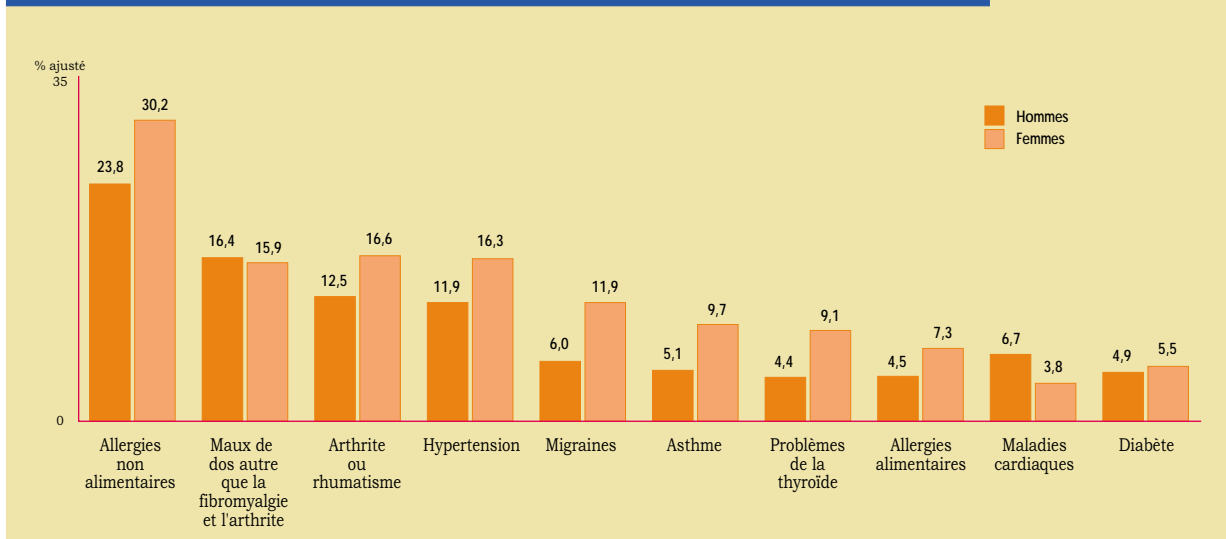
Certains problèmes de santé en excès chez les femmes

Plusieurs problèmes de santé autodéclarés¹ sont plus fréquents chez les femmes. C'est notamment le cas pour les maladies chroniques comme la migraine, l'asthme, l'arthrite ou le rhumatisme, les problèmes de la thyroïde et l'hypertension. Cependant, cet écart en défaveur des femmes ne s'explique pas par la présence d'un plus grand nombre de personnes âgées chez ce groupe. En effet, cette surmorbidity féminine est présente non seulement chez les plus âgées, mais, pour la plupart des conditions, chez toutes les femmes adultes, de sorte que, même après ajustement des données selon l'âge, les différences entre les sexes demeurent (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

¹ Les réponses sur les problèmes déclarés n'ont pas été vérifiées au moyen d'une source indépendante. On demande toutefois à ce que le problème ait été diagnostiqué par un professionnel de la santé (Statistique Canada, 2006a). L'exactitude de la déclaration serait cependant plus faible pour les problèmes les moins graves (Schultz et Kopec, 2003).

Figure 2.5.4

Principaux problèmes de santé chroniques dans la région de la Capitale-Nationale en 2005



Source : Infocentre de santé publique du Québec, 2007 (compilations spéciales).

À première vue, cette surmorbidité des femmes semble être en contradiction avec le fait que ces dernières vivent plus longtemps que les hommes. En fait, puisque la plupart des pathologies en excès chez les femmes entraînent davantage des limitations plutôt qu'un risque vital, les morbidités déclarées dans les enquêtes ne sont pas nécessairement indicatives d'un risque de décès. On peut donc difficilement établir une corrélation entre morbidité et mortalité.

Santé mentale et suicide : quelques constats

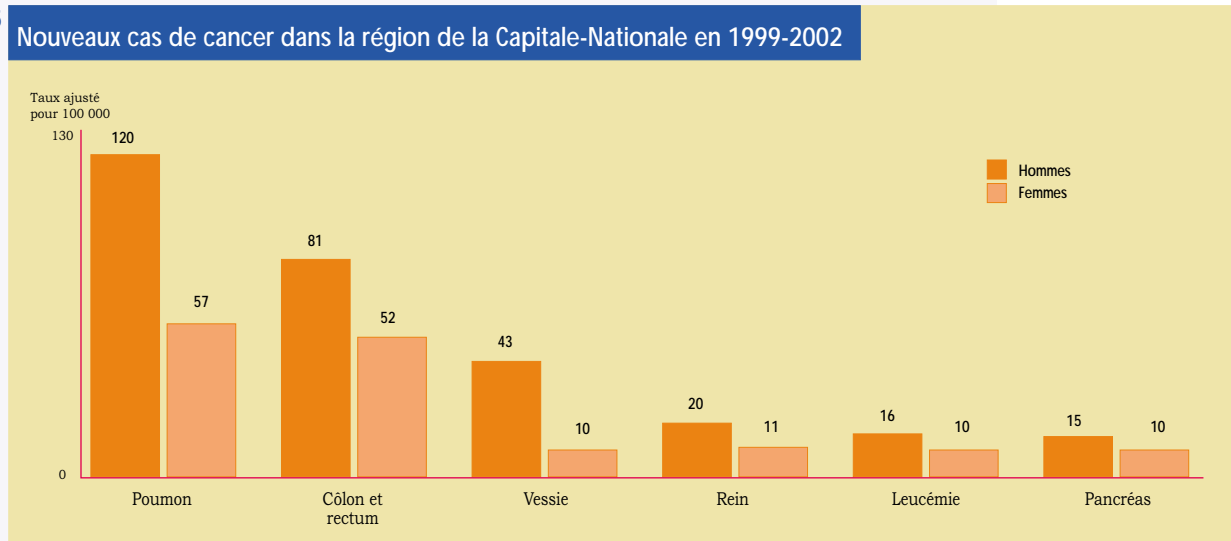
Si l'on ne note aucune différence selon le sexe en ce qui concerne la santé mentale autoévaluée, on constate néanmoins que les femmes consultent deux fois plus que les hommes un professionnel de la santé au sujet de la maladie mentale. Par ailleurs, bien que la prévalence des idées suicidaires soit équivalente chez les deux sexes, les décès par suicide sont trois fois plus fréquents chez les hommes. On ne dispose cependant pas de renseignements probants reliés aux tentatives de suicide. Selon certaines études, la fréquence plus élevée des décès par suicide chez les hommes s'expliquerait en grande partie par le fait qu'ils choisissent des méthodes plus mortelles (Langlois et Morrison, 2002).

celles-ci dans la région, comme partout au Québec. Cependant, contrairement à la situation chez les hommes, ce cancer est en hausse chez les femmes.

Profil différent selon le sexe pour certaines maladies infectieuses

L'incidence de certaines maladies transmissibles sexuellement varie parfois selon le sexe. La chlamydie génitale est une infection plus largement dépistée chez les femmes. Par contre, en ce qui concerne l'infection gonococcique et la syphilis infectieuse, la fréquence de nouveaux cas est supérieure chez les hommes (Frigon *et al.*, 2007). On rencontre aussi chez ces derniers plus de cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le taux étant près de quatre fois plus élevé que chez les femmes.

Figure 2.5.5 Nouveaux cas de cancer dans la région de la Capitale-Nationale en 1999-2002



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 113).

Étant donné son lien avec plusieurs maladies chroniques, l'excès de poids est un autre problème de santé publique qui préoccupe. Le surplus de poids dans la population est généralement mesuré en se basant sur la taille et le poids autodéclarés. À partir de ces données, on estime, qu'en 2005, sur l'ensemble de la population de 12 ans et plus de la Capitale-Nationale, la moitié des hommes présentaient un poids excédentaire contre le tiers des femmes. Cette différence s'estompe toutefois lorsqu'on examine l'obésité, l'expression la plus sévère de l'excès de poids. Dans ce dernier cas, le pourcentage se situe autour de 12 % chez les deux sexes.

Des conditions sociales moins favorables chez les femmes

Au plan socioéconomique, la situation vécue par les femmes est en général plus difficile que celle des hommes. Elles disposent d'un revenu moyen inférieur et sont plus nombreuses à vivre sous le seuil de faible revenu.

Cependant, puisque la scolarisation des jeunes femmes est en hausse, on peut s'attendre à une amélioration de leurs conditions financières dans le futur. En effet, chez les 25 à 44 ans, le pourcentage de femmes ayant un grade universitaire surpasse maintenant celui des hommes.

La criminalité : une réalité surtout masculine

Le taux de perpétration pour des infractions au *Code criminel* demeure, année après année, nettement plus élevé chez les hommes. En 2005, dans la région comme au Québec, il était cinq fois supérieur à celui des femmes. La surreprésentation des hommes est constatée autant pour les crimes contre la propriété que pour les crimes contre la personne. L'écart est encore plus marqué en ce qui a trait aux infractions liées aux drogues et aux stupéfiants (Ministère de la Sécurité publique, 2006a). Enfin, les infractions d'ordre sexuel ainsi que la criminalité commise dans un contexte conjugal sont essentiellement perpétrées par des hommes. Dans presque tous les cas, les victimes sont des femmes (Ministère de la Sécurité publique, 2006b et 2006c).

Malgré cette nouvelle réalité encourageante pour les femmes, la situation sociale et économique reste encore problématique pour un grand nombre d'entre elles. C'est particulièrement le cas pour les plus âgées. La moitié de celles de 65 ans et plus bénéficient du supplément de revenu garanti, comparativement à 36 % des hommes. Les femmes sont également plus nombreuses à prendre seules la charge de leurs enfants; dans huit cas sur dix, une famille monoparentale a un chef féminin (ISQ, 2007a). La situation financière de ces familles est souvent difficile. En 2004, 21 % des familles monoparentales de la région, peu importe le sexe du parent, vivaient sous le seuil de faible revenu, comparativement à seulement 4 % dans le cas des familles biparentales (ISQ, 2007a). Ce pourcentage atteignait le double lorsqu'une famille, dirigée par un seul parent, comptait trois enfants et plus.

En perspective

La santé et la maladie sont des processus dynamiques soumis à différents domaines d'influence : antécédents biologiques et génétiques, environnements physique et social, styles de vie et comportements, conditions culturelles et soins de santé. Plusieurs de ces déterminants de la santé sont différents chez les hommes et les femmes.

Ainsi, une part importante de l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes s'explique par le fait qu'un plus grand nombre d'hommes meurent tôt de causes évitables. Au cours des dernières décennies, les hommes se sont cependant mis à imiter les femmes, notamment en adoptant des comportements bénéfiques à leur santé, de sorte qu'ils ont peu à peu réussi à combler une partie du retard.

Du côté des femmes, malgré le fait que les comportements néfastes à la santé soient moins répandus, l'apparition de certaines habitudes, telles que la consommation d'alcool et l'usage du tabac, tout particulièrement chez les plus jeunes, inquiètent. Par le passé, les interdits sociaux ont longtemps mis les femmes à l'abri des maladies de civilisation, en décourageant l'adoption d'habitudes dommageables à la santé ou la manifestation de comportements agressifs ou dangereux. Les contraintes d'accès liées aux emplois présentant des risques accrus pour la santé les ont également épargnées de blessures ou de décès. Si les transformations sociales qui ont brisé les barrières entre les sexes se sont soldées par une amélioration sensible des conditions de vie des femmes, elles ouvrent par contre aujourd'hui la porte à de nouveaux risques.

2.6 Les maladies infectieuses : maintenir la vigilance

Le domaine des maladies infectieuses a pour principal objectif le contrôle et la surveillance des maladies transmissibles, d'origine virale ou bactérienne, pouvant représenter un risque pour la santé de la population. Ces maladies comprennent notamment les maladies évitables par la vaccination, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, les maladies entériques ainsi que les infections nosocomiales. La plupart de ces maladies infectieuses sont à déclaration obligatoire (MADO)¹.

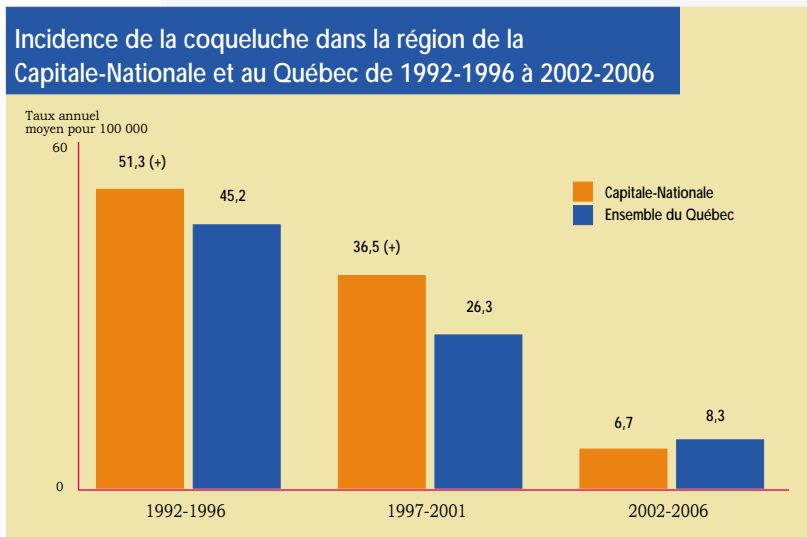
Les maladies évitables par la vaccination : de réels succès mais aussi un défi permanent

Les maladies infectieuses évitables par l'immunisation de base sont les suivantes : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'infection à *Hæmophilus influenzae* de type B, l'infection invasive à méningocoques de séro groupe C (infection à méningocoques), l'hépatite B aiguë, l'infection invasive à pneumocoques (infection à *Streptococcus pneumoniae*), la rougeole, la rubéole, les oreillons ainsi que la varicelle et l'influenza².

Certaines maladies à déclaration obligatoire, évitables par la vaccination, ont connu une baisse importante à la suite de l'introduction de vaccins au programme d'immunisation. Cette diminution est particulièrement marquée pour la coqueluche, les infections à méningocoques, les infections à pneumocoques chez les moins de 5 ans et l'infection

à *Hæmophilus influenzae* de type B. L'ajout de la composante acellulaire dans le vaccin contre la coqueluche, en 1998, a fait chuter le nombre de cas de 596, au moment de son introduction, à 41, en 2006, de sorte que le taux régional rejoint maintenant celui du Québec, alors qu'il était plus élevé par le passé. Notons que les infections invasives à pneumocoques survenues chez des personnes âgées

Figure 2.6.1



- 1 Les nouveaux cas des MADO qui surviennent à chaque année dans toutes les régions du Québec sont inscrits dans un fichier central qui constitue la principale source pour la réalisation d'études sur les maladies infectieuses. Les données présentées ici concernant les maladies à déclaration obligatoire sont tirées du *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques* (DSP de la Capitale-Nationale, 2008) ainsi que du *Rapport annuel 2006 - Maladies à déclaration obligatoire - Région de la Capitale-Nationale* (Frigon et al., 2007).
- 2 L'influenza (grippe) et la varicelle ne font pas l'objet d'une déclaration obligatoire.

Quelques nouveaux vaccins

Plusieurs vaccins ont été introduits au cours des dernières années pour réduire les infections évitables telles que les infections sévères à pneumocoques et à méningocoques, l'influenza (grippe) et la coqueluche. À l'automne 2004, deux nouveaux vaccins ont été ajoutés au calendrier d'immunisation des nourrissons : le vaccin conjugué contre le pneumocoque (offert aux âges de 2, 4 et 12 mois) et le vaccin contre l'influenza (offert aux enfants de 6 à 23 mois). De plus, depuis le 1^{er} janvier 2006, le vaccin contre la varicelle est offert à l'âge de 12 mois (MSSS, 2007d).

de 65 ans et plus en 2006 (24 sur 65) étaient évitables pour la majorité, puisque ces cas n'avaient pas reçu le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque.

Autres signes du succès de la vaccination, quelques-unes des maladies évitables par la vaccination sont devenues rares au Québec. Ainsi, la rougeole, la rubéole et les oreillons sont à présent pratiquement éliminés³. Il n'y a pas eu de cas de diphtérie et de poliomyélite depuis de nombreuses années et aucun cas de rougeole et de rubéole ne sont survenus dans la région depuis 1997. Enfin, le dernier cas de tétanos observé dans la région remonte à 1996. Toutefois, un cas d'oreillons a été signalé en 2006

chez une personne âgée entre 60 et 64 ans, celle-ci n'ayant pas été vaccinée puisque le programme de vaccination des enfants contre les oreillons a débuté en 1976.

Figure 2.6.2

Nombre de nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination dans la région de la Capitale-Nationale de 2002 à 2006

Maladies infectieuses	Année				
	2002	2003	2004	2005	2006
Infection à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoques)	53	80	82	57	65
Coqueluche	66	12	33	72	41
Infection à méningocoques	11	11	8	14	9

Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2007 (compilations spéciales).

La vigilance demeure toutefois nécessaire puisqu'en 2007, la rougeole et les oreillons ont refait leur apparition dans certaines régions du Québec. D'ailleurs, pour la rougeole, ce sont des personnes non vaccinées qui ont contracté la maladie. Ceci vient donc confirmer l'importance de la vaccination pour la prévention de ces maladies, notamment chez les tout-petits.

La rage toujours sous surveillance

La région de la Capitale-Nationale est considérée à faible risque pour la rage animale, car aucun cas n'a été détecté depuis plus de cinq ans. Néanmoins, 182 signalements de morsures animales furent déclarés en 2006, soit 29 de plus que l'année précédente. Ils touchaient au total 228 personnes, dont 168 adultes, 42 enfants (0-11 ans) et 18 adolescents (12-17 ans). Des 228 personnes touchées, une sur cinq a eu une recommandation de vaccination contre la rage post-exposition. Parmi les animaux impliqués, 27 ont fait l'objet d'une analyse pour la recherche de la rage et aucun cas n'a été détecté porteur de la maladie. Ce protocole d'intervention fait actuellement l'objet d'une révision au plan provincial.

À ce propos, la proportion d'enfants de deux ans de la région ayant reçu tous les vaccins du calendrier régulier était estimée à 82 % en 2003 (Guay *et al.*, 2005), ce qui est inférieur à l'objectif de 95 % visé pour 2002 (MSSS, 2003). La vaccination des personnes âgées contre l'influenza atteint, pour sa part, un niveau qui peut encore être amélioré : la couverture vaccinale des 60 ans et plus en ménage privé (milieu ouvert) atteignait 59 % en 2006-2007, l'objectif régional étant de 65 % (Tremblay, 2007).

³ Par élimination, on entend l'absence de circulation du microbe chez les résidents du Québec, même lorsqu'il y a importation de la maladie par une personne ayant séjourné à l'extérieur de la province ou ayant été en contact avec une personne qui revient de voyage.

Les infections transmissibles sexuellement ou par le sang, toujours très présentes

Les principales infections transmissibles presque exclusivement par relations sexuelles représentent un peu plus de la moitié de toutes les MADO déclarées dans la région en 2006. Parmi celles-ci, on compte la chlamydie génitale (infection à *Chlamydia trachomatis* génitale), la gonorrhée (infection gonococcique), la syphilis (syphilis infectieuse ou contagieuse), l'hépatite B aiguë et l'hépatite C chronique.

Les chlamydioses génitales, qui viennent loin au premier rang, ont, depuis 2004, atteint un plateau avec environ 1 250 cas annuellement; le taux annuel d'incidence régional est légèrement plus élevé que celui du Québec, et ce, de façon constante depuis dix ans, à l'exception de 2001, où c'était l'inverse. En 2002-2006, c'est sur le territoire de Basse-Ville-Limoilou-Vanier que l'on trouvait, toute proportion gardée, le plus de cas de chlamydie génitale.

En ce qui concerne les infections gonococciques, le taux annuel régional est inférieur de moitié à celui du Québec, ce qui se traduit par 58 nouveaux cas en 2006. Enfin, la syphilis infectieuse a connu une montée importante dans la région en 2004 (45 cas), alors qu'antérieurement, le nombre dépassait rarement plus de un cas annuellement. Cependant, la diminution observée en 2005 (18 cas) s'est poursuivie en 2006 (11 cas), sans toutefois atteindre le niveau d'avant 2004.

La chlamydia chez les jeunes femmes

La chlamydie génitale est préoccupante chez les jeunes femmes car, si non traitée, elle évolue très souvent vers une maladie inflammatoire pelvienne, ce qui augmente les risques de grossesse ectopique et d'infertilité. Les groupes d'âge les plus atteints sont les 15-19 ans et les 20-24 ans. D'ailleurs, par rapport aux cas de sexe masculin, il y a sept fois plus de cas de sexe féminin dans le groupe des 15-19 ans et 2,5 fois plus, dans le groupe 20-24 ans. Pour tous les groupes d'âge, il y a 2,3 femmes atteintes pour chaque homme atteint.

Figure 2.6.3

Nombre de nouveaux cas d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang dans la région de la Capitale-Nationale de 2002 à 2006

Maladies infectieuses	Année				
	2002	2003	2004	2005	2006
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> génitale	1 000	1 256	1 275	1 230	1 265
Hépatite C chronique	180	158	174	166	144
Infection gonococcique	38	51	33	47	58
Syphilis infectieuse	0	4	45	18	11
Hépatite B aiguë	16	17	11	4	2

Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2007
(compilations spéciales).

Par ailleurs, le taux annuel d'incidence de l'hépatite B aiguë, une maladie du foie causée par un virus transmissible sexuellement ou par le sang, a commencé à reculer en 2004 pour atteindre son niveau le plus bas en 2006, ce qui représente maintenant seulement deux cas. C'est probablement un effet de la vaccination universelle implantée en 1994, qui vise tous les jeunes de la 4^e année du primaire, soit avant que ces derniers deviennent actifs sexuellement ou qu'ils adoptent des comportements à risque. En 2005-2006, la couverture vaccinale atteignait 90 % dans la région, ce qui correspond au niveau observé depuis l'introduction du programme.

Pour ce qui est de l'hépatite C chronique, le taux annuel d'incidence est en baisse et on dénombre 144 cas en 2006, ce qui place la région sous la moyenne québécoise. Toutefois, malgré la forte baisse observée depuis 1997-2001, la situation en regard de l'hépatite C chronique demeure toujours préoccupante sur le territoire de Basse-Ville-Limoilou-Vanier en 2002-2006.

Enfin, les infections au VIH et le sida ne sont pas à déclaration obligatoire sauf dans le cadre de l'hémovigilance, c'est-à-dire lorsque la personne est contaminée après avoir reçu du sang, des produits sanguins, des tissus ou des organes infectés. La surveillance de l'infection au VIH fait cependant l'objet d'un programme spécial, le Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec. Le nombre de nouveaux cas déclarés par période de 12 mois dans la région a peu varié et se maintient autour de 30 cas par année. Au total, d'avril 2002 à décembre 2006, 137 nouveaux cas d'infection au VIH ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale, soit 103 hommes et 34 femmes. La région de la Capitale-Nationale compte pour 7 % des nouveaux cas du Québec et occupe ainsi le 3^e rang quant à l'incidence de la maladie, juste après la Montérégie (8 %), mais très loin derrière Montréal (67 %) (INSPQ et MSSS, 2007).

Donner accès à du matériel d'injection stérile et assurer sa récupération sécuritaire

Garantir l'accès à des seringues stériles chez les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) est un moyen efficace de contenir le VIH et le virus de l'hépatite C. Depuis plusieurs années, tant dans la région qu'au Québec, ce matériel est disponible dans des organismes communautaires, des pharmacies et les points de services CLSC des CSSS (Noël *et al.*, 2007). Les UDI, ainsi que les personnes s'administrant des médicaments par injection à domicile, peuvent également s'y procurer gratuitement des contenants de récupération sécuritaires et les retourner une fois remplis (Agence de la Capitale-Nationale, 2006). Cela permet d'éviter les piqûres accidentelles causées par des seringues et des aiguilles usagées laissées à des endroits inappropriés, une source potentielle d'infection au VIH et aux virus de l'hépatites B et C.

Survol des maladies entériques

Les maladies entériques se manifestent la plupart du temps par un épisode de diarrhée consécutif à l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Or, on estime qu'une faible proportion de ces maladies font l'objet d'une déclaration puisque seulement les cas sévères nécessitent la consultation d'un médecin.

Figure 2.6.4 Nombre de nouveaux cas de maladies entériques dans la région de la Capitale-Nationale de 2002 à 2006

Maladies infectieuses	Année				
	2002	2003	2004	2005	2006
Entérite à <i>Campylobacter</i>	378	353	367	321	302
Salmonellose	118	132	88	108	108
Infection entéro-hémorragique à <i>E. coli</i>	54	12	10	17	12

Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2007 (compilations spéciales).

Avec 344 cas en moyenne par année sur la période 2002-2006, la campylobactériose représente la maladie entérique la plus déclarée dans notre région, suivie de la salmonellose (111 cas). Après un pic d'activité en 1998 (538 cas), l'incidence de la campylobactériose dans la Capitale-Nationale a continuellement diminué. Depuis, les taux annuels d'incidence sont comparables d'une année à l'autre. Il faut aussi mentionner que les taux de la région ont toujours été nettement plus élevés que ceux du Québec. La maladie semble avoir une variation saisonnière, avec une plus forte activité en été, et touche autant les hommes que les femmes.

Il est important de rappeler que les *Campylobacter* sont une cause importante d'affections diarrhéiques chez l'être humain et, en général, on considère qu'il s'agit de la source bactérienne de gastro-entérite la plus courante dans le monde. *Campylobacter jejuni* est une bactérie que l'on trouve couramment dans l'intestin des volailles, des bovins, des porcs, des rongeurs, des oiseaux sauvages et des animaux de compagnie tels que les chats et les chiens. On la trouve également dans l'eau superficielle non traitée.

Toxi-infections alimentaires

Les toxi-infections alimentaires (TIA) se définissent comme la présence de manifestations cliniques similaires chez au moins deux personnes entre le fait d'être malade et la consommation d'aliments ou d'eau, avec ou sans identification d'un agent pathogène. Pour l'ensemble de l'année 2006, la région a reçu un total de 24 déclarations. Parmi les 20 TIA concernant deux personnes et plus, trois situations impliquent un buffet (entre 10 et 50 personnes affectées à la fois), 13 situations, un repas au restaurant ou la consommation de mets achetés préparés (de 2 à 11 personnes affectées à la fois) et une situation (3 personnes), la consommation d'épinards contaminés par le *E. coli*.

Pour ce qui est de la salmonellose, le nombre de cas se situe entre 100 et 150 par année, sauf en 2004 où il était inférieur (88 cas). Depuis plusieurs années, les taux annuels d'incidence de la Capitale-Nationale sont toujours légèrement supérieurs à ceux du Québec. En 2002-2006, le taux a atteint un sommet régional sur le territoire de Charlevoix, soit le double de la moyenne québécoise.

Enfin, ces dix dernières années, nous assistons, dans la région, à une diminution constante de l'infection à *E. coli* (maladie du hamburger), le nombre ne dépassant jamais 20 cas annuellement, mis à part les éclosions de 2000 et 2002 (90 et 54 cas). Les mesures mises en place, dont les campagnes d'information auprès du public sur les modes de cuisson de la viande, ont certainement contribué à ce résultat.

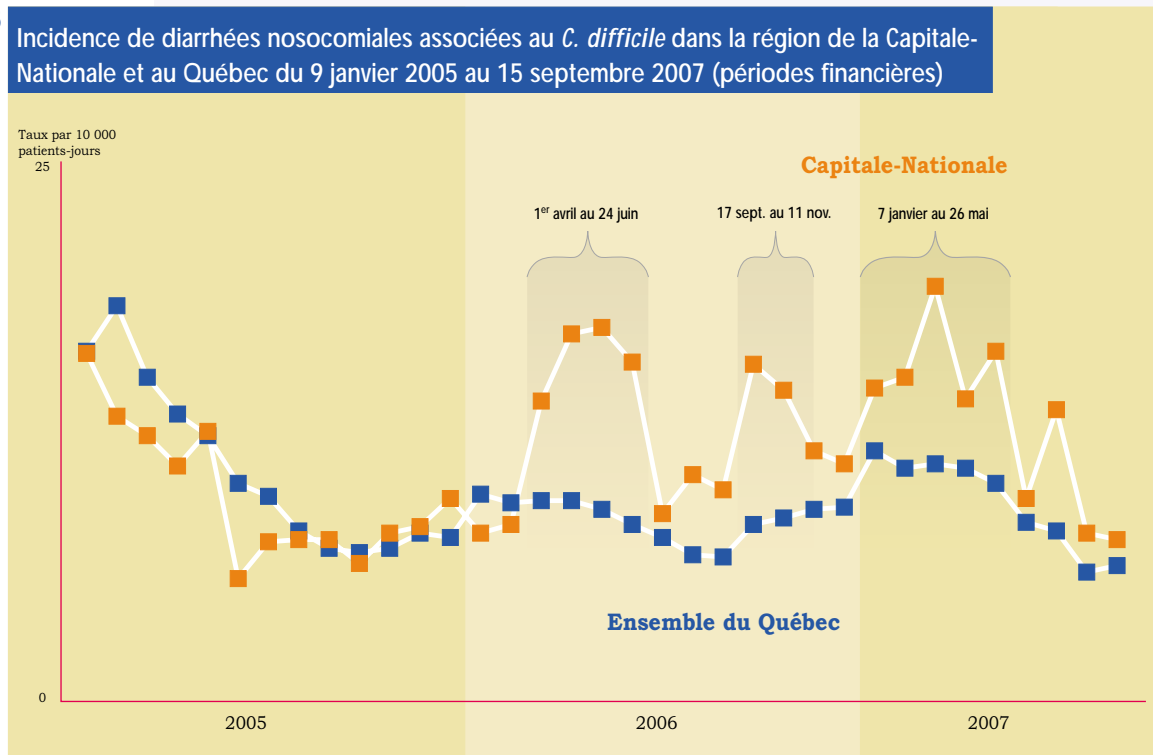
Une infection nosocomiale sous surveillance : le *Clostridium difficile*

Les infections nosocomiales sont des infections contractées lors d'un épisode de soins. Bien qu'elles ne soient pas considérées dans la liste des MADO, elles font néanmoins l'objet d'une attention particulière des autorités de santé publique. C'est notamment le cas de l'infection bactérienne à *Clostridium difficile* (*C. difficile*). À partir d'avril 2003, on a noté une augmentation, dans plusieurs centres hospitaliers du Québec, du nombre de personnes infectées par cette bactérie ainsi que des complications secondaires à cette infection, dont des décès. C'est pourquoi l'Institut national de santé publique a mis en place, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, un programme de surveillance obligatoire des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) d'origine nosocomiale (INSPQ, 2005a).

Le *Clostridium difficile* est une bactérie qui se retrouve dans l'intestin d'un faible pourcentage de la population. Mais, chez les patients hospitalisés, jusqu'à la moitié peuvent l'acquérir lors de leur séjour dans un établissement de soins. Dans la plupart des cas, cela est sans conséquence. Toutefois, une minorité développera une maladie clinique, en particulier les patients ayant reçu des antibiotiques et ceux âgés souffrant de maladies chroniques. Ces derniers ont aussi un risque plus élevé de décéder suite à ces complications (INSPQ, 2005b).

Pour l'année 2006, 674 cas de DACD d'origine nosocomiale ont été rapportés dans la région de la Capitale-Nationale par les hôpitaux participants au réseau de surveillance des DACD. Il s'agit d'une augmentation de 149 cas (28 %), en comparaison de l'année 2005. Cette hausse dans la région en 2006 s'est traduite, à quelques reprises dans l'année, par des taux d'incidence plus élevés que dans l'ensemble du Québec. Des taux supérieurs ont aussi été observés au début de l'année 2007. Entre le 7 janvier et le 15 septembre 2007, on a dénombré 565 nouveaux cas de DACD d'origine nosocomiale dans les centres hospitaliers de la région (DSP de la Capitale-Nationale, 2007).

Figure 2.6.5 Incidence de diarrhées nosocomiales associées au *C. difficile* dans la région de la Capitale-Nationale et au Québec du 9 janvier 2005 au 15 septembre 2007 (périodes financières)



Cette augmentation s'explique en partie par la présence, dans les hôpitaux régionaux, d'une souche plus virulente de *C. difficile*. Il s'agit de la souche qui est à l'origine des éclosions notées en 2003 au Québec (INSPQ, 2006). Parmi les autres facteurs expliquant les éclosions vécues dans les hôpitaux régionaux, il est important de mentionner l'augmentation habituelle du nombre de DACD survenant à la fin de l'hiver et au printemps, et faisant suite à la période annuelle d'influenza. Cette saisonnalité explique les taux élevés observés au printemps en 2006 et en 2007.

Figure 2.6.6

Territoires qui se démarquent défavorablement	
Indicateurs (Taux d'incidence 2002-2006)	Territoires
Infection à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoques)	---
Coqueluche	---
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> génitale	Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ VIEILLE-CAPITALE Haute-Ville–Des-Rivières ¹ Sainte-Foy–Sillery–Laurentien ¹
Hépatite C chronique	Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹
Infection gonococcique	---
Entérite à <i>Campylobacter</i>	Tous sauf Orléans
Salmonellose	CHARLEVOIX
Giardiase	Orléans ²
Infection entéro-hémorragique à <i>E. coli</i>	CHARLEVOIX

1. Territoire du CSSS Vieille-Capitale.
2. Territoire du CSSS Québec-Nord.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 131).

En perspective

La situation régionale au regard des maladies infectieuses est, en général, comparable à celle du Québec, sauf exceptions. Par exemple, le taux d'incidence de l'infection à *Chlamydia* génitale est légèrement supérieur à celui du Québec. Il faudra donc porter une attention particulière à cette situation, entre autres, en augmentant le dépistage et en mettant en place un programme d'intervention auprès des partenaires pour certaines clientèles ciblées. De même, les taux de *Clostridium difficile* dans nos centres hospitaliers de soins de courte durée et spécialisés dépassent parfois la moyenne québécoise. Cependant, malgré une amélioration récente de la situation, le défi demeure de taille et les moyens à prendre nécessitent une action concertée de plusieurs partenaires.

Les maladies évitables par la vaccination, dans la Capitale-Nationale, présentent un excellent portrait. Il faudra néanmoins maintenir les efforts pour garantir une couverture vaccinale suffisante chez les tout-petits. Finalement, pour maintenir les acquis, il faut demeurer alerte à la résurgence d'anciennes maladies infectieuses ou à l'émergence de nouveaux phénomènes infectieux, dont une éventuelle pandémie d'influenza.

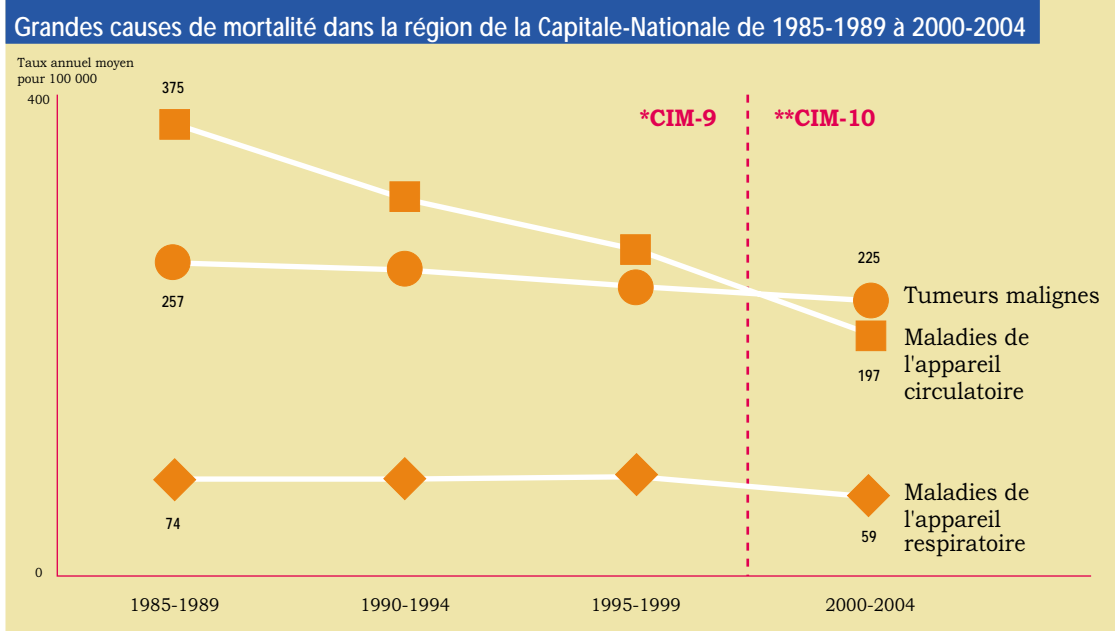
2.7 Le point sur les principaux problèmes de santé physique

Le profil sanitaire des sociétés occidentales se caractérise notamment par l'importance de certaines maladies chroniques non infectieuses. Globalement, ces maladies comptent pour une grande part de la mortalité et de la morbidité dans la population. Ce constat interpelle d'autant les autorités de santé publique que ces problèmes de santé sont non seulement très répandus, mais aussi en grande partie évitables¹.

Les maladies du cœur et les maladies respiratoires : plusieurs sont évitables

Au cours des dernières décennies, le bilan de la Capitale-Nationale en ce qui concerne la mortalité a beaucoup changé. Les décès par maladies de l'appareil circulatoire (cardiovasculaires) ont grandement diminué au point que ces maladies ne sont plus la principale cause de mortalité. C'est maintenant les tumeurs malignes (cancers) qui occupent le premier rang, ce qui représentait un décès sur trois (32 %) en 2000-2004, suivi par les maladies cardiovasculaires (29 %). La mortalité par cancer a aussi régressé, mais de façon bien moins prononcée. Ces tendances régionales sont d'ailleurs comparables à celles observées pour l'ensemble du Québec. Les maladies de l'appareil respiratoire demeurent, pour leur part, la troisième grande cause de mortalité, avec 9 % des décès.

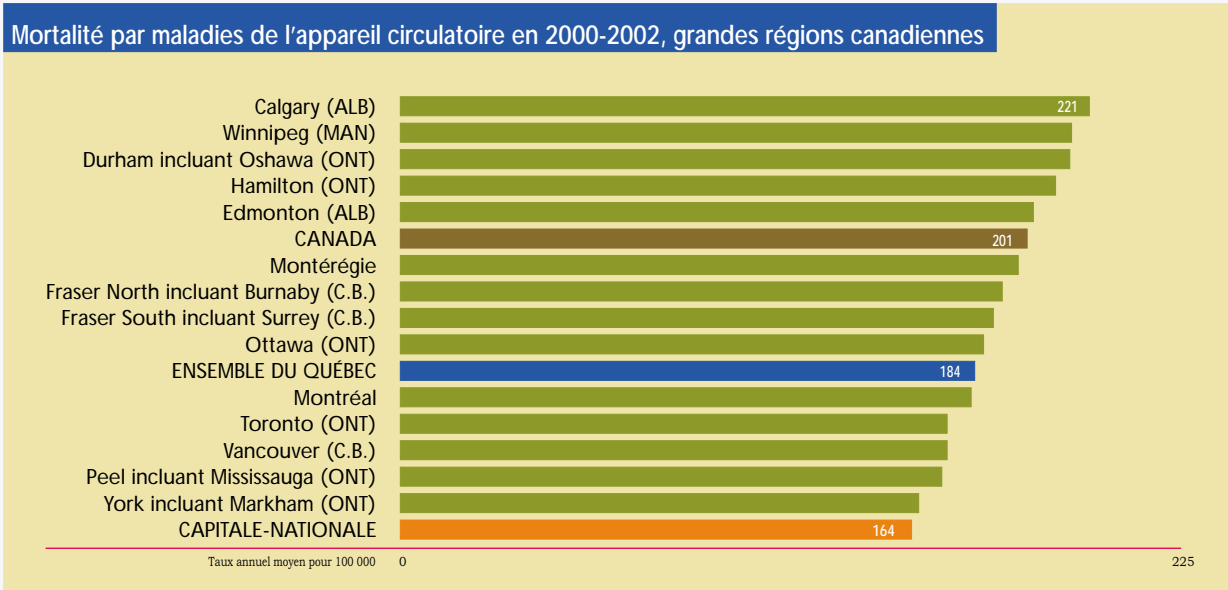
Figure 2.7.1



1 À moins d'indications contraires, les données de cette section sont tirées du *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques* et ont été complétées par celles provenant de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Les cardiopathies ischémiques sont de loin la toute première cause de décès par maladies cardiovasculaires. Cette catégorie comprend notamment l'infarctus du myocarde (crise cardiaque) et l'angine de poitrine. Là aussi, on constate une forte baisse pour cette cause de mortalité. Néanmoins, elle comptait, en 2000-2004, pour la moitié des décès annuels par maladies du cœur, soit 750 sur 1 400. À noter que la région de la Capitale-Nationale se démarque favorablement des autres grandes régions canadiennes, puisqu'elle obtient les plus faibles taux tant pour les cardiopathies ischémiques que pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire.

Figure 2.7.2



Les tumeurs malignes du poumon viennent, pour leur part, au premier rang des causes de mortalité par cancer, avec le tiers des cas. À l'instar du total des cancers, la baisse des dernières années est faible. La situation est toutefois fort différente selon le sexe : on note une réduction chez les hommes et une hausse chez les femmes. En dépit de cette augmentation observée chez les femmes, le taux de celles-ci n'atteint pas la moitié de celui des hommes. Le cancer du poumon, qui emporte chaque année un peu plus de 500 personnes dans la région, frappe plus durement le territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier, le taux de mortalité y étant nettement supérieur. Ajoutons que le taux de la Capitale-Nationale est l'un des plus élevés parmi les grandes régions canadiennes.

Pour ce qui est des maladies de l'appareil respiratoire, ce sont les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures qui sont les plus mortelles, puisqu'elles comptent pour plus de 60 % des décès de ce groupe. Les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures incluent notamment la bronchite chronique et l'emphysème, toutes deux étant des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), ainsi que l'asthme. À chaque année, ce sont environ 250 personnes de la région qui en décèdent. Le taux des hommes atteint, ici aussi, deux fois celui des femmes.

Les tendances à la baisse observées dans le cas des décès par maladies cardiovasculaires et par cancer du poumon traduisent, en grande partie, la modification des habitudes de vie et de comportements de la population, en particulier en ce qui concerne la consommation du tabac. En effet, cette habitude néfaste à la santé n'a

cessé de perdre du terrain au Québec et dans la région. D'ailleurs, lorsqu'on comptabilise les décès associés au tabac (cardiopathies ischémiques, cancer du poumon, maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, etc.), on constate que le taux de mortalité attribuable au tabagisme suit une pente descendante rapide, et ce, chez les deux sexes. Le taux de mortalité associé à l'usage du tabac demeure cependant deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

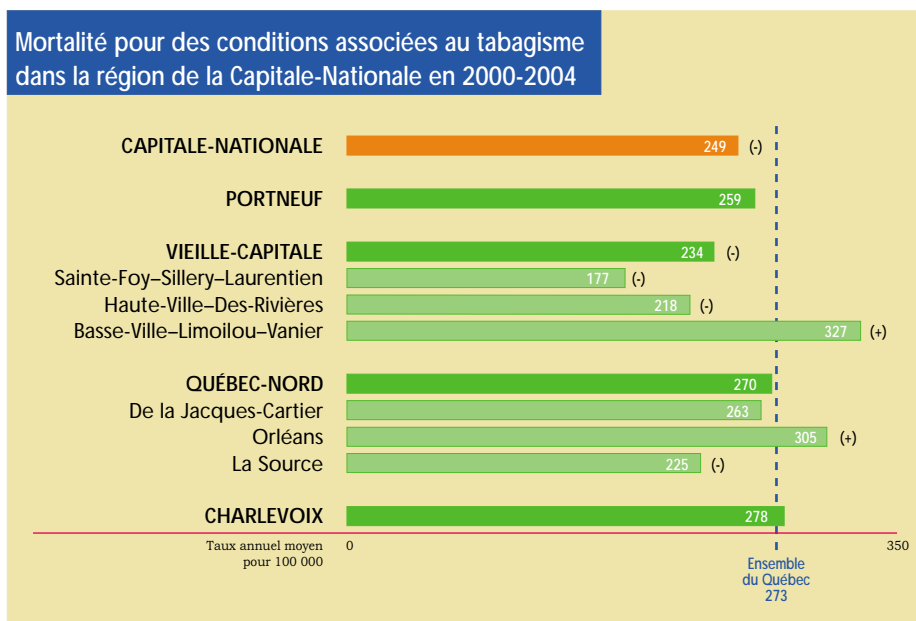
La surmortalité chez les hommes attribuable à la consommation de tabac semble contredire les données récentes du tabagisme dans la région. En effet, à l'instar des femmes, on observe, chez les hommes, une baisse de la consommation de tabac. Et bien qu'ils soient encore plus nombreux à fumer que les femmes (22 % contre 19 %), il existe maintenant peu de différences entre les deux sexes. L'explication du maintien de l'excédent de mortalité masculine liée au tabac réside dans le fait que les effets graves de sa consommation sur la santé se font sentir avec un décalage de plusieurs décennies. En conséquence, la situation actuelle de la mortalité est le reflet de comportements remontant aux années 1960 et 1970. Rappelons-nous que, durant ces décennies, les hommes étaient beaucoup plus nombreux à fumer que les femmes. Par exemple, au Canada, en 1965, on comptait 61 % de fumeurs masculins de 15 ans et plus, comparativement à 38 % chez les femmes (Aubin et Caouette, 1998; Conseil canadien pour le contrôle du tabac, 2007).

Enfin, si la mortalité attribuable au tabac est moins élevée dans la région de la Capitale-Nationale que dans l'ensemble du Québec, il n'en demeure pas moins que deux territoires se démarquent avec des taux supérieurs, en l'occurrence les secteurs Basse-Ville-Limoilou-Vanier et Orléans.

Mortalité et défavorisation matérielle et sociale

Au Québec, les conditions de défavorisation matérielle et sociale chez la population contribuent à la mortalité, et ce, pour de nombreuses causes de décès. Ainsi, en 1999-2003, environ 40 % des décès par cancer du poumon chez les 35-74 ans, soit environ 1 500 décès annuellement, ne surviendraient pas si l'ensemble de la population du Québec bénéficiait du taux de mortalité des personnes les plus favorisées aux plans matériel et social. Dans le cas des cardiopathies ischémiques, ces valeurs se chiffraient à 50 % des décès et à 1 600 décès annuellement (Pampalon *et al.*, 2006).

Figure 2.7.3 Mortalité pour des conditions associées au tabagisme dans la région de la Capitale-Nationale en 2000-2004



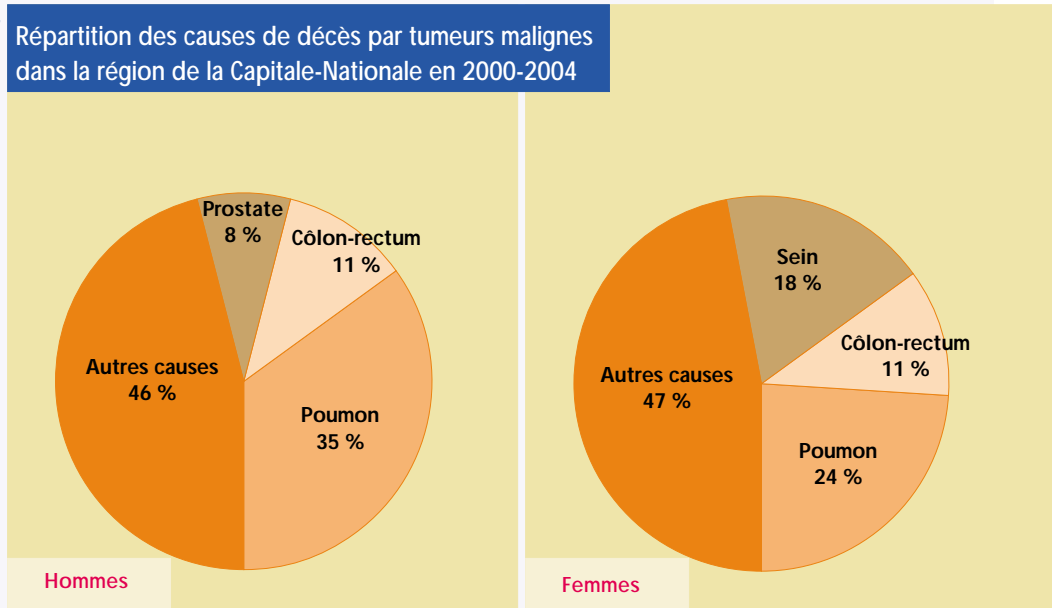
(-)(+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 117).

Pour terminer, si les maladies du cœur et les maladies respiratoires sont d'importantes causes de mortalité, ce sont également des problèmes de santé chroniques sérieux qui affligent une proportion élevée de la population. Ainsi, dans la région, la proportion de personnes de 12 ans et plus ayant reçu un diagnostic de maladie cardiaque se maintient autour de 5 %, ce qui représente plus de 31 000 individus en 2005. L'hypertension (15 %) et le diabète (5 %), deux conditions associées aux maladies cardiaques, affectent eux aussi de nombreux résidents de 12 ans et plus de la Capitale-Nationale. Le cancer, pour sa part, touche près de 2 % de la population de cet âge. Il en est de même pour les maladies respiratoires suivantes : la bronchite chronique et, chez les 30 ans et plus, l'emphysème ainsi que la bronchopneumathie obstructive.

Dépister certains cancers afin d'en réduire la mortalité

Chaque année, depuis le tournant du siècle, 1 600 personnes de la région décèdent d'un cancer et 3 300 apprennent qu'elles en sont atteintes. Le dépistage apporte de l'espoir puisque la détection à un stade précoce accroît les chances de survie. Au Québec, les cancers pouvant faire l'objet de dépistage sont les cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum et de la prostate.

Figure 2.7.4 Répartition des causes de décès par tumeurs malignes dans la région de la Capitale-Nationale en 2000-2004



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 114)

De tous les cancers chez les femmes, après celui du poumon, c'est le cancer du sein qui est le plus mortel. Chaque année, 130 femmes de la région décèdent de ce cancer, comparativement à 190 pour le cancer du poumon. Mais, contrairement à ce dernier, le taux de mortalité par cancer du sein est en légère baisse. Cependant, son incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas détectés annuellement, augmente toujours. Ainsi, chaque année, un peu plus de 500 femmes de la Capitale-Nationale apprennent qu'elles ont un cancer du sein.

Le dépistage permettant la détection du cancer du sein à un stade précoce est donc essentiel, puisqu'il augmente les chances de rémission chez la femme atteinte. Présentement, la mammographie constitue le meilleur moyen d'y parvenir. Ainsi, sept femmes sur dix chez les 50-69 ans de la région ont passé une mammographie en 2004-2005, comparativement à un peu plus de 60 % chez l'ensemble des Québécoises. De plus, ces dernières années, le recours à ce mode de dépistage n'a cessé d'augmenter, et ce, tant au Québec que dans la région. Notons que les mammographies de dépistage comptent pour les trois quarts des examens effectués, la portion restante étant des mammographies de diagnostic. Enfin, ces résultats fort encourageants sont en grande partie attribuable au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) (MSSS, 2006d).

Ajoutons que, depuis la mise en place du PQDCS en mai 1998, le taux de participation des femmes du groupe des 50-69 ans de la Capitale-Nationale n'a cessé de progresser et est, depuis toujours, supérieur à la moyenne québécoise. Au 30 juin 2007, le programme régional de mammographie de dépistage rejoignait, sur 24 mois, 62 % des femmes visées (DSP de la Capitale-Nationale, 2007). En fait, depuis 2003-2004, le taux frôle les 60 % tandis que la moyenne québécoise se situe plutôt autour de 50 %. Malgré la bonne performance de la région, ce résultat demeure tout de même en deçà de la cible visant un taux de participation d'au moins 70 %. Il faut aussi noter que le taux de femmes rejointes est à son plus faible sur le territoire de Basse-Ville-Limoilou-Vanier (53 %).

Un autre cancer évitable propre aux femmes, le cancer du col de l'utérus, est responsable annuellement d'un peu moins de 10 décès et d'environ 30 nouveaux cas dans la région. Toutefois, la majorité de ceux-ci pourraient être évités si on les détectait tôt. Il est, en effet, possible de dépister ce cancer dans la moitié des situations au moyen du test de Papanicolaou, mieux connu sous le nom de test de Pap. On recommande à toutes les femmes sexuellement actives de passer ce test régulièrement (Santé Canada, 2004a). En 2005, la proportion de femmes de 18 à 69 ans de la région l'ayant passé au cours d'une période de moins de trois ans atteignait 72 %, ce qui est comparable à la moyenne québécoise. À noter qu'en 2003, ce sont les femmes de Haute-Ville-Des-Rivières (80 %) et de Portneuf (78 %) qui étaient les plus nombreuses à passer ce test dans la Capitale-Nationale.

Vacciner contre le cancer

Outre le dépistage au moyen du test de Pap, on dispose maintenant d'un vaccin pour combattre le cancer du col de l'utérus (INSPQ, 2007). En effet, ce cancer est souvent associé à une irritation du col due à l'infection au virus du papillome humain, ou VPH. Dès l'automne 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux mettra en place un programme de vaccination non obligatoire. On visera d'abord à prémunir les jeunes filles de la 4^e année du primaire, car il est préférable de ne pas avoir eu de relations sexuelles pour que l'efficacité du vaccin soit optimale (Gouvernement du Québec, 2007b).

Pour sa part, le cancer colorectal (tumeur maligne du côlon, du rectum et de l'anus) est l'un des plus meurtriers au Québec et dans la région; il est le deuxième en termes de décès chez les hommes, n'étant devancé que par le cancer du poumon, et le troisième chez les femmes, après ceux du poumon et du sein. Le taux de mortalité de ce cancer est une fois et demie plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Au total, on déplore, à chaque année dans la Capitale-Nationale depuis le début du millénaire, près de 200 décès par cancers du côlon et du rectum tandis que le nombre de nouveaux cas s'élève à un peu plus de 450. Son incidence, qui a peu changé depuis le début des années 1990, pourrait décroître si l'on détectait tôt les polypes précancéreux,

à l'origine de ces tumeurs. Il serait ainsi possible de les retirer avant qu'ils ne deviennent cancéreux. Cependant, contrairement à d'autres provinces canadiennes, il n'existe pas encore de programme organisé de dépistage du cancer colorectal au Québec. Son implantation pourrait toutefois se réaliser dans un proche avenir, puisqu'il figure dans les orientations prioritaires du Programme québécois de lutte contre le cancer (MSSS, 2007e).

Chez les hommes de la région, le cancer colorectal est responsable d'environ 100 décès à tous les ans. Il est suivi par le cancer de la prostate, avec un peu plus de 60 cas, ce qui place ce dernier au troisième rang des cancers masculins les plus mortels. Bien qu'on note une légère tendance à la baisse du taux de mortalité, le taux d'incidence de ce cancer masculin est en hausse au point où il se classe, dans la région, au premier rang chez les hommes, surpassant les nouveaux cas de cancer du poumon. À chaque année, le cancer de la prostate est diagnostiqué chez près de 370 hommes de la Capitale-Nationale, comparativement à 350 pour le cancer du poumon.

Contrairement à plusieurs autres cancers, le dépistage systématique du cancer de la prostate n'est pas recommandé par les organismes canadiens de santé publique (Société canadienne du cancer, 2007). En effet, il manque de preuves pour conclure que le dépistage systématique chez les hommes de 50 ans et plus permettrait de réduire le nombre de décès, que ce soit par toucher rectal ou au moyen du test de l'antigène prostatique spécifique (APS). On sait, néanmoins, que, dans la région en 2000-2001, les deux tiers des hommes de 50 ans et plus ont déclaré avoir passé un test de l'APS au cours de l'année. Toutefois, on ignore la fréquence de l'examen par toucher rectal.

Défavorisation et cancers au Québec

En considérant l'ensemble des cancers, les Québécois vivant dans les zones les plus défavorisées au plan matériel ont un risque accru de mortalité par rapport à ceux des zones les plus favorisées; en 1994-1998, ce risque était plus élevé de 40 % chez les hommes et de 19 % chez les femmes. L'écart chez les hommes défavorisés atteignait 82 % pour le cancer du poumon et 15 % pour le cancer colorectal. Chez les femmes, le risque pour ces deux causes était respectivement de 63 % et de 14 % et atteignait 72 % pour celui du col de l'utérus. On a cependant noté aucune différence pour le cancer du sein, tout comme pour le cancer de la prostate (Dupont *et al.*, 2004).

Vivre avec un poids excédentaire

Les personnes ayant un surplus de poids s'exposent à connaître des problèmes de santé chroniques sévères, tels que les maladies cardiaques ou le diabète, et à réduire même jusqu'à leur espérance de vie. Elles sont aussi plus à risque de souffrir d'hypertension ou d'avoir un niveau élevé de « mauvais » cholestérol (Mongeau *et al.*, 2005). Être en surplus de poids, c'est plus précisément avoir un indice de masse corporelle qui dépasse les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce seuil englobant également le niveau obèse². L'obésité, la catégorie plus sévère du surplus de poids, est un niveau à partir duquel apparaissent des risques plus sérieux de développer des problèmes de santé (OMS, 2003b).

Ces dernières années, le poids excédentaire est devenu un enjeu majeur de santé publique. Cette prise de conscience résulte d'observations faites à partir de nombreuses enquêtes de santé sur la progression de la prise de poids de la population dans les pays riches ainsi que sur ses conséquences sur la santé.

2 On distingue deux catégories de surplus de poids : l'embonpoint et l'obésité.

La population adulte de la Capitale-Nationale a aussi vu, ces 20 dernières années, son tour de taille s'agrandir. En 1987, trois personnes de 18 ans et plus sur dix avaient un surplus de poids alors qu'en 2005 c'était un peu plus de quatre adultes sur dix.

La moitié des hommes de la région ont un surplus de poids tandis que c'est le cas chez un peu plus du tiers des femmes. La prise de poids, dans la Capitale-Nationale, est comparable à ce qui est observé pour l'ensemble du Québec, mais elle se situe néanmoins en deçà de la plupart des grandes régions canadiennes. Parmi les adultes présentant un surplus de poids, le quart de ceux-ci sont considérés comme obèses, soit une prévalence de 12 % en 2005, ce qui représente un peu plus de 60 000 personnes dans la région. À l'instar du Québec, la prévalence de l'obésité de la Capitale-Nationale est semblable chez les deux sexes.

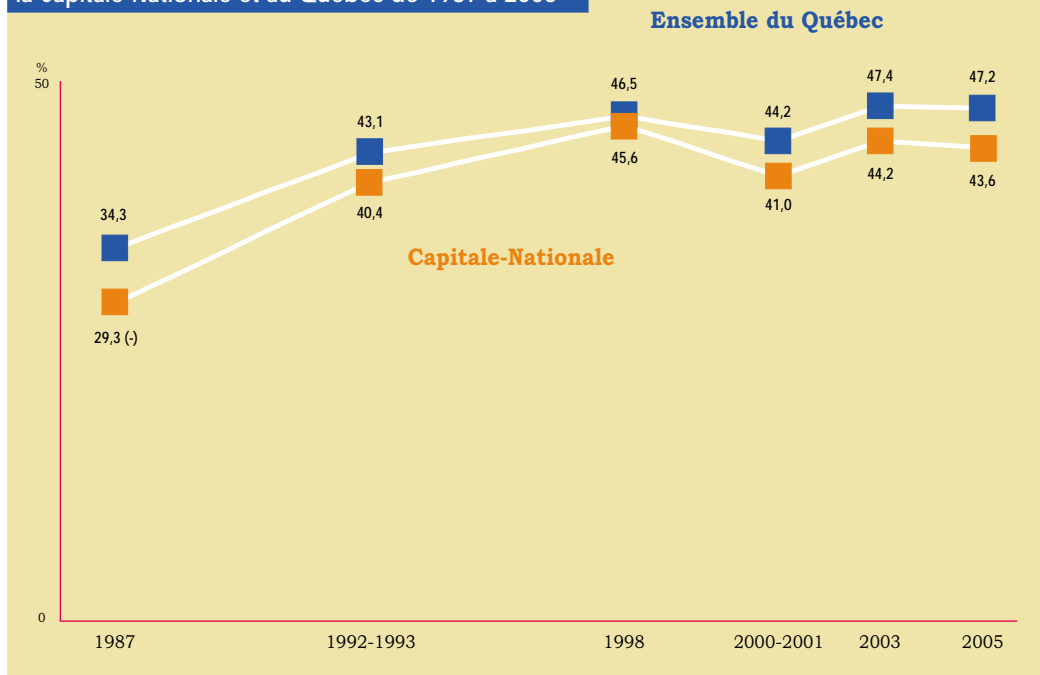
À l'échelle sous-régionale, on constate que certains territoires se démarquent avantageusement de la moyenne québécoise avec des prévalences plus faibles de surplus de poids et d'obésité. Toutefois, notons que le territoire de Portneuf compte le plus d'adultes ayant un surplus de poids (51 %) et que l'obésité est plus prévalente sur celui De la Jacques-Cartier (16 %).

La prise de poids chez les jeunes

Les jeunes Canadiens de 7 à 13 ans grossissent aussi. Entre 1981 et 1996, l'obésité a progressé de façon importante, passant de 2 % à environ 10 % (Tremblay et Willms, 2002). La situation des jeunes Québécois de 6 à 16 ans en 1999 n'était pas meilleure : entre 4 % et 10 % étaient obèses (Lavallée et Stan, 2004). Cette tendance à la hausse pourrait résulter en une augmentation du diabète de type 2 chez les jeunes, comme c'est le cas aux États-Unis, une forme de diabète qui était auparavant rencontrée surtout à partir de 40 ans (Bloomgarden, 2004).

Figure 2.7.5

Adultes ayant un surplus de poids dans la région de la Capitale-Nationale et au Québec de 1987 à 2005



(-)(+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01. Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 109).

Notons que ces données, qui ont été obtenues au moyen d'un questionnaire, sous-estiment vraisemblablement l'ampleur du phénomène. Cette approche, bien que beaucoup moins coûteuse que celle employant des instruments de mesure, demeure cependant plus sujette à des biais. En effet, les femmes ont tendance à sous-estimer leur poids tandis que les hommes surestiment leur taille. D'autre part, plus une personne tend vers l'embonpoint ou l'obésité, plus celle-ci a tendance à sous-estimer son poids (Tjepkema, 2005). Ainsi, en 2005, la proportion d'adultes canadiens obèses estimée au moyen d'instruments de mesure s'établissait à 23 % alors que le pourcentage obtenu à partir des déclarations des répondants n'atteignait que 16 % (Statistique Canada et ICIS, 2006).

Des actions pour soutenir les professionnels de la santé

S'il est essentiel, dans la lutte à l'obésité, d'agir sur le contexte de vie des personnes pour favoriser des choix santé, il est tout aussi nécessaire de les sensibiliser individuellement à adopter et à maintenir ces choix. C'est pourquoi certaines activités axées sur la prévention des principales maladies chroniques, dont l'obésité, réalisées dans le cadre du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, visent les professionnels de la santé de la région afin de les soutenir dans leur pratique quotidienne auprès de leurs patients. Depuis 2002, une centaine de médecins ont participé à des ateliers sur l'utilisation de techniques adaptées permettant de renforcer les messages qui font la promotion de saines habitudes de vie. De plus, près de la moitié des 430 médecins travaillant en cabinets privés ont été rencontrés à au moins une reprise par un délégué médical en prévention (DSP de la Capitale-Nationale, 2007).

Figure 2.7.6

Territoires qui se démarquent défavorablement	
Indicateurs	Territoires
Obésité (2003)	---
Problèmes de santé chroniques (2003)	Allergies non-alimentaires : De la Jacques-Cartier ² Hypertension : CHARLEVOIX Arthrite ou rhumatisme : CHARLEVOIX Diabète : Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹
Prévalence du diabète (2003-2004)	Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹
Incidence du cancer (1999-2003)	Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹
Mortalité par tumeurs malignes (2000-2004)	Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹
Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (2000-2004)	Orléans ² Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (2000-2004)	Orléans ² CHARLEVOIX Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹ QUÉBEC-NORD
Mortalité pour des conditions associées au tabagisme (2000-2004)	Basse-Ville-Limoilou-Vanier ¹ Orléans ²

1. Territoire du CSSS Vieille-Capitale.
2. Territoire du CSSS Québec-Nord.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiches 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116 et 117).

En perspective

L'amélioration des conditions de vie et le recul d'habitudes et de comportements dommageables à la santé, en particulier l'usage du tabac, expliquent en bonne partie la tendance à la baisse des maladies cardiaques dans la région et au Québec. Bien que le dépistage, les techniques diagnostiques et les traitements ont aussi contribué à ces gains, cela illustre la nécessité de maintenir les efforts consentis depuis plusieurs décennies à agir en amont des problèmes. Non seulement doit-on encourager l'adoption et le maintien de meilleurs comportements, mais aussi est-il nécessaire d'agir sur les milieux de vie de façon à ce qu'ils favorisent les choix bénéfiques à la santé. Cela s'applique également à la problématique du surplus de poids qui atteint un niveau inquiétant dans la région.

Il faut, par ailleurs, signaler que les progrès dans la recherche et le traitement des cancers pourront ralentir la croissance de cette cause de mortalité. Et s'il n'est pas toujours possible de prévenir certains de ces cancers, les mesures de dépistage s'avèrent alors souvent des moyens efficaces pour en réduire la mortalité. Malgré tout, il faut prévoir qu'avec le vieillissement de la population les décès par cancer augmenteront, cela étant surtout vrai pour ceux qui ne peuvent pas être contrés par des activités de prévention et de promotion de la santé.

2.8 Les traumatismes non intentionnels : nous pouvons les prévenir

Les traumatismes non intentionnels sont des blessures (fractures, brûlures, lésions internes, etc.) qui résultent d'un événement involontaire : chute, collision impliquant un véhicule motorisé, intoxication médicamenteuse, incendie ou noyade. Les blessures infligées sur une base volontaire, comme les suicides et les homicides, en sont exclues.

Première cause de décès chez les jeunes et une cause importante de décès prématurés

Chaque année, les traumatismes non intentionnels causent en moyenne 154 décès dans la région de la Capitale-Nationale. Environ 30 % de ces décès sont associés à une collision impliquant un véhicule motorisé. Les décès par traumatismes non intentionnels représentent 3 % de tous les décès observés dans la population. Ils sont toutefois responsables de 9 % des années potentielles de vie perdues avant l'âge de 75 ans, ce qui les place au troisième rang des causes de décès prématurés, après les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil circulatoire. Les traumatismes non intentionnels comptent ainsi pour une part importante des décès prématurés dans la région. Ce phénomène est dû au fait que les personnes qui meurent d'un traumatisme sont souvent plus jeunes que celles qui meurent d'une autre maladie. À preuve, les traumatismes non intentionnels constituent la première cause de décès chez les 1-19 ans (Gagné, 2006).

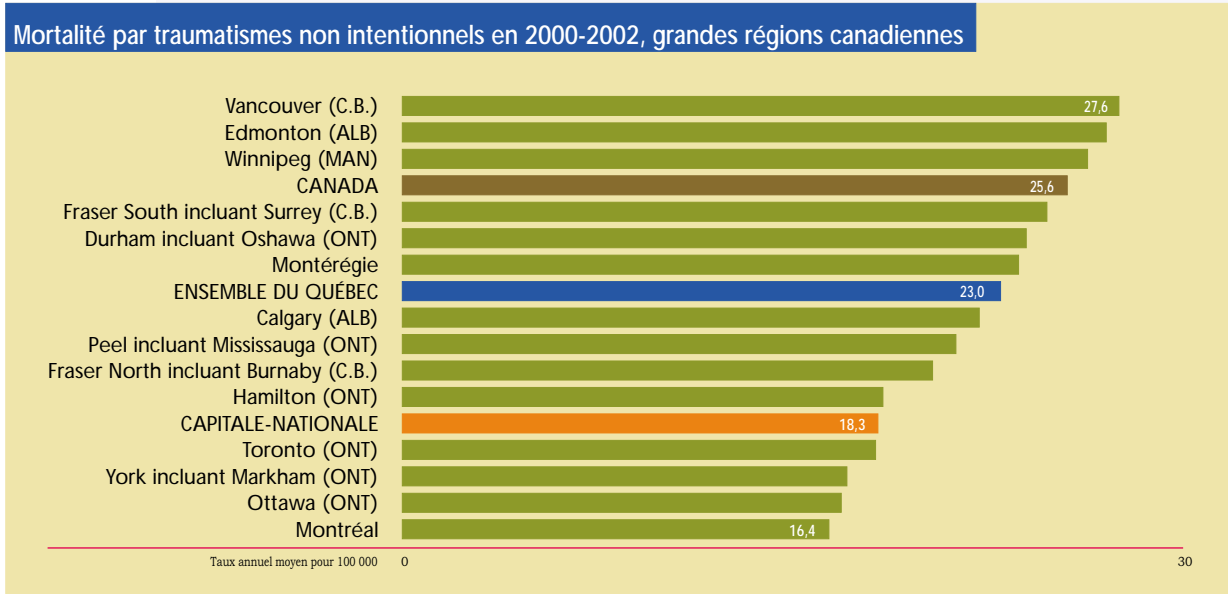
Les traumatismes non intentionnels : prévisibles et évitables

Les traumatismes non intentionnels sont souvent qualifiés d'« accidents » par les médias et dans le langage usuel, ce qui donne l'impression qu'il s'agit d'événements fortuits, non prévisibles et empreints d'une certaine fatalité. Pourtant, il est possible de prévenir les traumatismes non intentionnels, au même titre que les autres maladies. En effet, des mesures de prévention reconnues efficaces sont disponibles pour tous les types de traumatismes non intentionnels. Ainsi, pour éviter les messages contradictoires, il est préférable de parler de « traumatismes non intentionnels » et non « d'accidents ».

Dans la région, le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels varie selon les territoires de CSSS, les taux étant plus élevés dans Portneuf et Charlevoix que dans la Vieille-Capitale et Québec-Nord. Cet écart est dû, en partie, au fait que le risque de décéder des suites d'un « accident » impliquant un véhicule motorisé est plus grand dans les territoires très étendus tels que Portneuf et Charlevoix. Le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels varie également selon le sexe, les hommes présentant un taux deux fois plus important que celui des femmes.

Le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels observé dans la région de la Capitale-Nationale est l'un des plus faibles parmi les grandes régions canadiennes. Au Québec, seules les régions de Laval et de Montréal présentent un taux inférieur à celui de la région. Fait à noter, dans ces trois régions urbaines, le risque de mourir à la suite d'une collision impliquant un véhicule motorisé est beaucoup moins important que dans les autres régions du Québec.

Figure 2.8.1



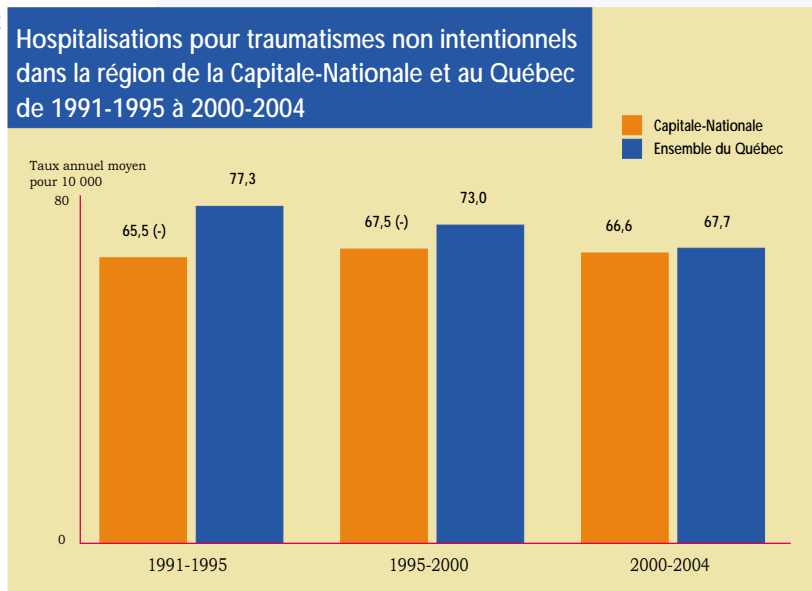
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 129).

Une cause importante d'hospitalisation dans la région

Dans la région, les traumatismes non intentionnels sont associés, chaque année, à près de 4 500 hospitalisations, ce qui représente environ 9 % de toutes les hospitalisations en soins de courte durée.

Au début des années 1990, la région présentait un taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels moins élevé que celui du Québec. Présentement, le taux régional est pratiquement égal au taux québécois. Ce phénomène est dû au fait que, durant cette période, le taux régional a légèrement augmenté, alors que celui du Québec a diminué substantiellement. Au niveau sous-régional, le taux est plus élevé dans Portneuf que dans les autres territoires de CSSS. Ajoutons que les hommes présentent un taux plus élevé que les femmes.

Figure 2.8.2



(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.

Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 127).

Dans la région, environ la moitié des hospitalisations pour traumatismes non intentionnels est attribuable à une chute « accidentelle ». En fait, les chutes sont, de loin, la première cause d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels, et ce, pour tous les groupes d'âge. Les personnes âgées sont toutefois le groupe le plus à risque d'hospitalisation pour chutes, en particulier les personnes âgées de 75 ans et plus (Hamel, 2001). Fait à noter, le taux d'hospitalisation pour chutes accidentelles est plus élevé dans notre région qu'à l'échelle québécoise. Et, dans la région, c'est dans le territoire de Charlevoix que ce taux est le plus élevé.

Par ailleurs, en 2005, 12 % des personnes âgées de 12 ans et plus ont déclaré avoir subi, durant les douze mois précédant l'enquête, une blessure suffisamment grave pour diminuer leurs activités normales. En considérant uniquement les blessures ayant fait l'objet d'un suivi médical, on obtient une proportion de 7 %. Pratiquement les mêmes résultats sont observés chez les hommes et chez les femmes, et il n'y a pas vraiment de différences selon les territoires de CSSS. Les proportions observées dans la région sont également comparables à celles du Québec. Enfin, plusieurs de ces blessures entraînent une hospitalisation.

Comportements préventifs et comportements à risque

En 2004, 45 % des cyclistes portaient un casque de sécurité dans la région, ce qui représentait une augmentation assez importante par rapport aux 35 % de 2002. Le port du casque était aussi plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Fait à noter, depuis que des données sont disponibles, le pourcentage régional dépasse celui du Québec. En 2004, seules les régions de l'Outaouais (54 %) et de Laval (47 %) surpassaient la Capitale-Nationale à ce chapitre, le taux québécois étant de 37 %. Par ailleurs, en 2004, 90 % des conducteurs et 88 % des passagers avant utilisaient une ceinture de sécurité la nuit dans la région. Depuis l'an 2000, ces proportions sont relativement stables et sont très comparables à celles observées à l'échelle du Québec.

Prévenir les chutes chez les aînés

Chaque année, au moins un tiers des aînés chutent, ces chutes entraînant des conséquences graves. Face à ce problème, de nombreux partenaires de la région ont mis en place un projet novateur de continuum de services en prévention des chutes auprès des aînés (MSSS, 2004b).

Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT)

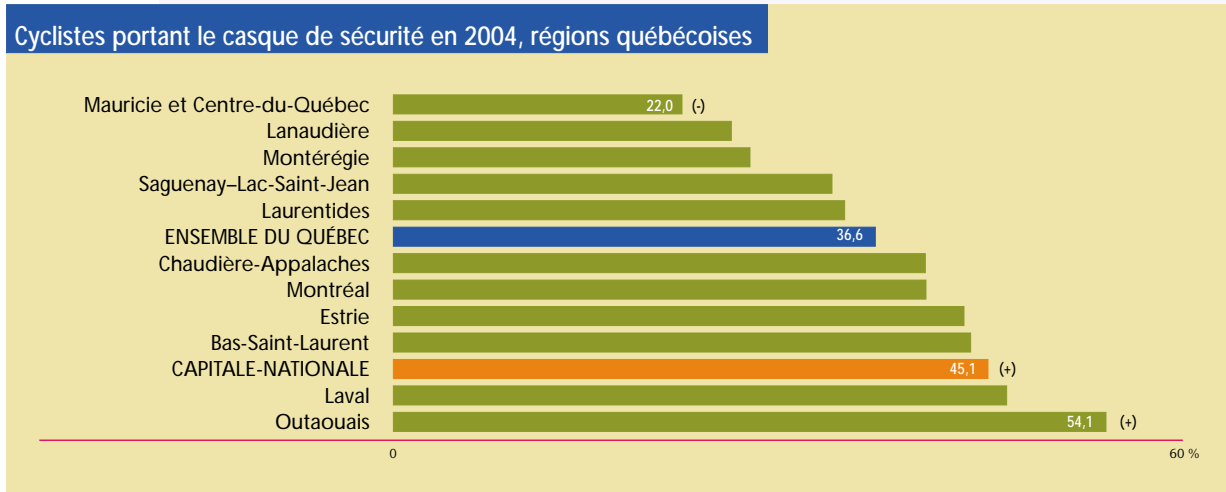
Depuis 1991, la Direction de santé publique assume la coordination du programme SCHIRPT implanté à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Le SCHIRPT est un système informatique de saisie et d'analyse des données sur la nature et les circonstances des traumatismes subis par les personnes traitées dans les salles d'urgence de 15 hôpitaux à travers le Canada. Les données recueillies permettent aux chercheurs d'observer les profils d'occurrence des traumatismes, de déterminer les situations à haut risque et, enfin, de planifier et d'évaluer des stratégies d'intervention ciblées en prévention des traumatismes, telles que la publication d'avertissements, l'éducation du public, l'appui à des retraits de produits de consommation peu sécuritaires et la modification des législations (Agence de santé publique du Canada, 2007).

Quelques précisions sur certains comportements préventifs

Les données sur l'utilisation du casque de sécurité chez les cyclistes proviennent d'enquêtes d'observation menées depuis 1993 par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Durant les premières années, ces enquêtes ont été réalisées sur une base annuelle, mais, depuis l'an 2000, elles sont réalisées à tous les deux ans. Les données sur l'utilisation de la ceinture de sécurité proviennent également d'enquêtes d'observation de la SAAQ et portent sur les conducteurs et les passagers avant âgés de 5 ans et plus. Ces enquêtes sont menées entre 22 h et 3 h 30, auprès d'un échantillon de 40 villes choisies à travers le Québec ainsi que dans les agglomérations de Québec, Montréal et Gatineau.

Figure 2.8.3

Cyclistes portant le casque de sécurité en 2004, régions québécoises



(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 53).

Enfin, le fait de conduire un véhicule motorisé sous l'influence de l'alcool est reconnu comme un important facteur de risque de décès et de blessures. Dans la région, deux conducteurs décédés et testés pour l'alcool sur dix dépassaient la limite permise de 80 mg/100 ml, durant la période 1997-2003, ce qui représentait la plus faible proportion observée au Québec. Un second indicateur a trait à la conduite et à la consommation d'alcool, soit le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies. En 2002, le taux de condamnation dans la région était comparable au taux québécois, ce qui est d'ailleurs le cas depuis 1992.

Des mesures concrètes pour prévenir les traumatismes routiers

En juin 2007, la Table québécoise de la sécurité routière (TQSR) a proposé plusieurs mesures concrètes afin de protéger les usagers de la route (TQSR, 2007). Le ministère des Transports a profité de cette occasion pour annoncer des actions que le gouvernement souhaite adopter rapidement : sanctions plus sévères pour les grands excès de vitesse ainsi que pour la conduite avec les facultés affaiblies et la récidive; installation de radars photographiques et de caméras aux feux rouges; interdiction de l'utilisation du cellulaire (combiné) au volant d'un véhicule en mouvement; renforcement des règles d'accès graduel à la conduite; activation obligatoire des limiteurs de vitesse pour les véhicules lourds (MTQ, 2007).

En perspective

Les traumatismes non intentionnels constituent une cause importante de décès prématurés, d'hospitalisations et de consultations médicales. Ces dernières années, dans la région, le taux de mortalité lié à ce type de traumatismes a diminué de façon significative, mais le taux d'hospitalisation a eu tendance à plafonner. Une partie importante des décès et des hospitalisations observés pourrait être évitée en favorisant une utilisation optimale des mesures de prévention reconnues efficaces.

La prévention des blessures chez les piétons, les cyclistes et les occupants d'un véhicule motorisé constitue une cible d'action importante, en particulier dans les territoires de Portneuf et de Charlevoix. Dans tous les cas, l'action concertée des partenaires et des organismes concernés par la sécurité routière est l'un des éléments clés pour atteindre un tel objectif.

Santé mentale précaire et dépendances dans la région

Quand il est question de définir ce qu'est la santé mentale, les propositions abondent (Association canadienne pour la santé mentale, 2007). Mais peu importe l'approche utilisée, tous s'entendent pour dire, à l'instar de l'Organisation mondiale de la santé, que la santé mentale ne consiste pas seulement en l'absence de maladies mentales (OMS, 2001). En substance, la santé mentale, c'est aussi un état d'équilibre psychique permettant à la personne de surmonter les tensions normales de la vie et de participer ainsi activement aux tâches quotidiennes et d'interagir avec son entourage.

Habituellement, on distingue les troubles mentaux des problèmes de santé mentale. Les premiers se caractérisent par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui sont souvent associées à une importante détresse et à une interférence significative du comportement personnel. Ces troubles incluent, par exemple, la schizophrénie et la dépression majeure ainsi que l'alcoolisme et la toxicomanie. Les problèmes de santé mentale, quant à eux, peuvent comporter les mêmes symptômes, mais avec une sévérité et une durée de moindre importance. D'autres problèmes sont également associés à la santé mentale. C'est le cas de la dépendance aux jeux de hasard et d'argent et du suicide.

Une population positive... mais stressée

La grande majorité des résidents de la Capitale-Nationale ont une perception positive de leur état de santé mentale, puisque seulement 3 % de la population de 12 ans et plus la percevait négativement en 2005. Cette faible proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé mentale est relativement stable dans le temps et semble moins répandue dans la région que dans l'ensemble du Québec. De plus, fait intéressant, ce pourcentage est le plus faible des grandes régions canadiennes. Bien que ce bilan soit encourageant, la proportion de la population du territoire de Basse-Ville-Limoilou-Vanier qui ne se perçoit pas en bonne santé mentale est particulièrement élevée, notamment chez les hommes.

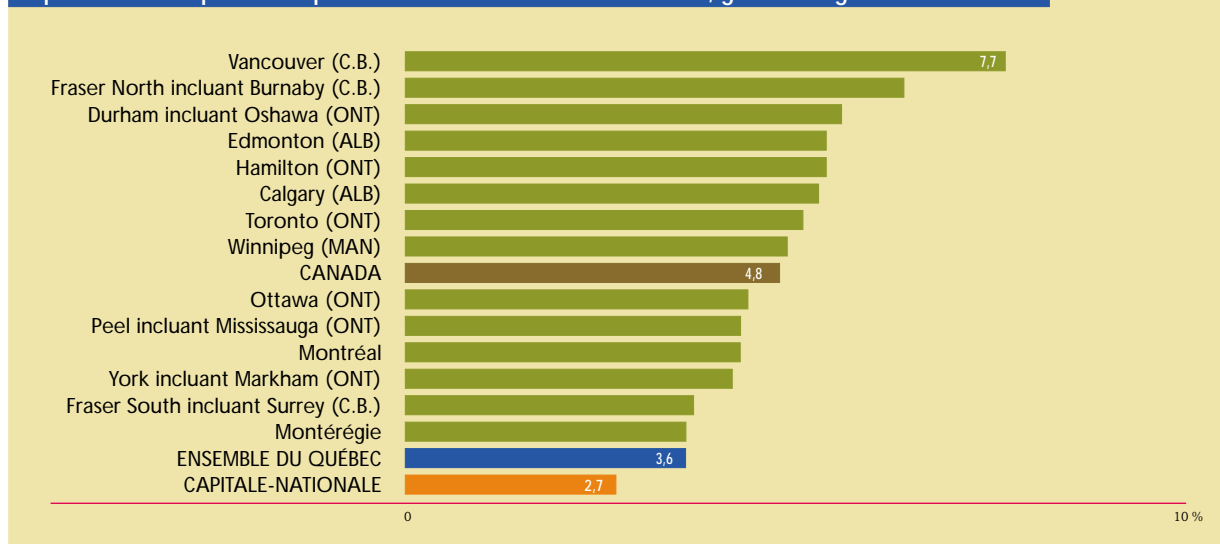
Les troubles mentaux les plus fréquents dans les pays industrialisés : les troubles anxieux et la dépression

Les études récentes démontrent que, parmi les troubles mentaux affectant la population, les troubles anxieux sont les plus fréquents, suivis de près par la dépression majeure. Dans les pays industrialisés, on estime qu'entre 11 % et 17 % de la population souffrirait d'un trouble anxieux, les femmes nettement plus fréquemment que les hommes (Somers, 2006). D'autre part, au Québec, en 2002, 5 % de la population de 15 ans et plus déclarait avoir souffert d'un épisode dépressif majeur (Statistique Canada, 2007b). Dans les pays riches, la dépression majeure serait le problème de santé ayant le plus lourd fardeau social, juste après les maladies du cœur (cardiopathies ischémiques), si l'on tient compte non seulement de la mortalité, mais aussi de l'incapacité qui en résultent (Murray et Lopez, 1996).

Dans une société où la perception de l'état de santé mentale est somme toute assez bonne, on constate néanmoins que, dans la région, en 2005, un adulte sur quatre disait éprouver un stress quotidien élevé même si, à ce chapitre, un léger progrès est observé depuis 2000-2001. Par ailleurs, la région se distingue des autres grandes régions canadiennes en présentant une des proportions les plus élevées d'adultes qui éprouvent un stress quotidien élevé. Mentionnons que les hommes de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien étaient le groupe le plus touché dans la région en 2003, soit deux hommes sur cinq.

Figure 2.9.1

Population ne se percevant pas en bonne santé mentale en 2005, grandes régions canadiennes



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 145).

En ce qui a trait au stress lié à la vie professionnelle, le tiers des travailleurs de la Capitale-Nationale éprouvent un stress élevé au travail. Cette statistique est toutefois en nette régression puisque, en 2000-2001, c'était le cas d'un travailleur sur deux. Par ailleurs, les femmes des territoires de Haute-Ville–Des-Rivières et de Portneuf vivaient en plus grand nombre ce niveau de stress au travail.

Signalons enfin qu'en 2000-2001, on évaluait que 8 % des personnes de 12 ans et plus de la région avaient probablement vécu un épisode dépressif majeur d'une durée minimale de deux semaines au cours de l'année précédente, cette proportion ne se distinguant toutefois pas de celle de l'ensemble du Québec. À noter que les femmes sont environ deux fois plus susceptibles que les hommes de vivre cette situation.

Davantage de buveurs... de grandes quantités d'alcool

La consommation excessive d'alcool est liée à plusieurs problèmes sociaux et de santé (Giesbretch *et al.*, 2005). À ce propos, on estimait en 2000-2004 le nombre de décès associés à la consommation d'alcool à un peu plus de 400, en moyenne, par année dans la région.

Le programme Alcochoix+

Ce programme s'adresse précisément aux adultes qui sont inquiets de leur consommation d'alcool, soit entre 10 et 35 verres par semaine, et qui désirent mieux la gérer. Ce programme a fait ses preuves. Il aide les buveurs à diminuer leur consommation d'alcool vers un niveau de faible risque et réduit d'autant les conséquences d'une consommation excessive (Simoneau, 2006). Le programme préventif Alcochoix+ est implanté dans tous les CSSS de la région.

On boit avec excès lorsque l'on consomme régulièrement trop d'alcool, soit plus de 14 verres d'alcool par semaine, pour un homme, et 10 verres et plus par semaine, pour une femme. Boire avec excès, c'est aussi consommer de grandes quantités d'alcool, soit cinq verres et plus, en une même occasion, une douzaine de fois et plus par année. Ces deux façons de boire avec excès sont considérées à risque, car elles augmentent la probabilité que surviennent des problèmes de santé physique et de santé mentale ainsi que des difficultés sociales associées à l'alcool (April et Rouillard, 2001).

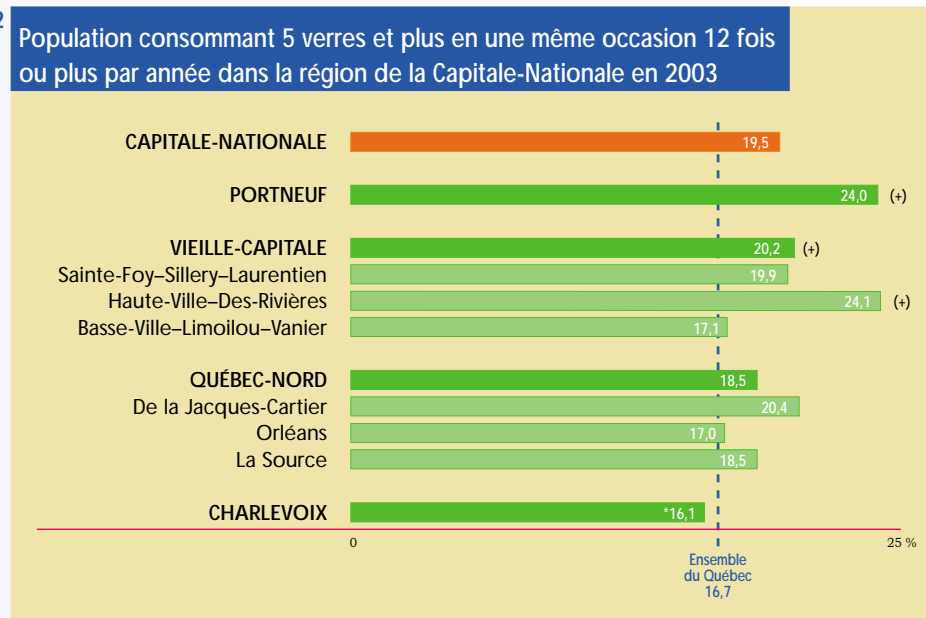
Durant l'année 2005, près de 7 % de la population de la Capitale-Nationale disait prendre 14 consommations d'alcool et plus dans une semaine. Cette proportion est essentiellement la même qu'en 2000-2001 et 2003 et se compare à celle de l'ensemble du Québec. Dans la région, trois fois plus d'hommes que de femmes rapportaient boire avec excès. On constate que ce type de consommation excessive d'alcool était plus répandu sur le territoire de la Vieille-Capitale.

La proportion de buveurs de grandes quantités d'alcool est pour sa part en légère hausse dans la région depuis cinq ans, passant de 17 %, en 2000-2001, à 21 %, en 2005. À ce chapitre, la région surpasse maintenant la moyenne québécoise qui s'établit à 17 %. Trois fois plus d'hommes que de femmes déclarent avoir cette habitude de consommer en grandes quantités (30 % contre 12 %). Cette pratique de consommation excessive est plus fréquente dans deux secteurs de la région : Portneuf et Haute-Ville-Des-Rivières. Dans ces deux territoires, les proportions élevées de buveurs excessifs masculins, respectivement 39 % et 37 %, sont particulièrement préoccupantes. Enfin, la consommation des jeunes adultes inquiète : plus de deux jeunes sur cinq du groupe des 20-24 ans disent boire de grandes quantités d'alcool plusieurs fois dans une année (Infocentre de santé publique du Québec, 2007).

Dépendance à l'alcool dans la population québécoise

En 2002, la proportion des personnes à risque d'être dépendantes à l'alcool dans la population québécoise de 15 ans et plus était estimée à 2 % (Tjepkema, 2004). Cette proportion était nettement plus élevée chez les 15-24 ans (5 %), en particulier chez les jeunes hommes (8 %) (Statistique Canada, 2007b). De fait, plus la consommation d'alcool s'élève dans une population, plus s'accroît chez celle-ci le risque de dépendance à ce produit (Babor *et al.*, 2003).

Figure 2.9.2 Population consommant 5 verres et plus en une même occasion 12 fois ou plus par année dans la région de la Capitale-Nationale en 2003



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 (-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
 Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 51).

Lorsque le jeu n'amuse plus...

Les jeux de hasard et d'argent impliquent l'engagement par un individu d'une mise, de valeur monétaire ou non, en vue d'obtenir un résultat basé, au moins en partie, sur le hasard. Il s'agit, entre autres, des loteries, des cartes, du bingo, du casino, des appareils de loterie vidéo ou encore des courses de chevaux (Chevalier *et al.*, 2004). Au Québec, comme dans la région, ce sont environ quatre adultes sur cinq qui s'adonnent à un ou plusieurs jeux au cours d'une année (INSPQ, 2004).

L'offre de jeux dans la région

La Capitale-Nationale compte plusieurs équipements susceptibles d'attirer les joueurs compulsifs. L'Hippodrome de Québec, bien connu pour ses paris sur les courses de chevaux, comprend aussi un parc de 100 appareils de loterie vidéo (ALV). Au total, l'agglomération de Québec compterait au moins 1 000 ALV. Le Casino de Charlevoix, situé à la Malbaie, abrite 825 machines à sous, 20 tables de jeu, un salon Keno ainsi qu'un salon et une aire de jeux hautes mises. On dénombre également, sur notre territoire, une centaine d'endroits où il est possible de jouer au bingo (Houle, 2007).

Une participation aux jeux à faible risque se traduit par une fréquence de jeu inférieure à deux ou trois fois par mois, une dépense maximale de 501 \$ à 1 000 \$ par année et un investissement annuel inférieur à 1 % du revenu du ménage. Lorsque ces limites sont franchies, le risque de développer un problème de jeu augmente de façon importante (Currie *et al.*, 2006). Chez une certaine proportion de joueurs, cette activité cesse d'être un divertissement et l'aspect ludique en est évacué. Ainsi, plus une personne joue souvent et plus elle investit de grandes sommes d'argent dans les jeux, plus le risque de développer un problème de jeu est grand.

La santé mentale en jeu

Selon une enquête réalisée au Québec en 2002, deux joueurs pathologiques sur trois avaient le sentiment d'être très déprimés, tandis que le tiers avait songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, et ce, à cause du jeu (Ladouceur *et al.*, 2004).

Les personnes ayant un problème de jeu incluent, à la fois, les joueurs dont les comportements de jeu les placent dans une situation à haut risque ainsi que les joueurs pathologiques qui répondent à un certain nombre de critères diagnostiques (Ladouceur *et al.*, 2004). Dans la région, 2 % des joueurs présentent un problème de jeu, ce qui est comparable à la situation québécoise (INSPQ, 2004).

Utilisation des services en santé mentale

Durant la période 1998-1999 à 2003-2004, le nombre total d'hospitalisations en soins psychiatriques de courte durée pour l'ensemble des catégories diagnostiques a diminué de 9 %, passant de 4 303 à 3 984 (Beaucage *et al.*, 2006). Les hospitalisations en soins psychiatriques, également en légère diminution depuis 1998-1999, comptaient pour 5 % du total des hospitalisations en soins de courte durée. Par ailleurs, cette diminution des hospitalisations s'accompagne d'une augmentation progressive de la durée moyenne de séjour; on hospitalise moins souvent, mais plus longtemps. Cela a pour conséquence d'augmenter le nombre total de journées d'hospitalisation en soins psychiatriques de courte durée d'environ 12 % (125 859 à 143 804 jours).

On observe dans la région, depuis 1998-1999, une augmentation de l'utilisation des services hospitaliers, pour la catégorie diagnostique Démences et états psychotiques organiques, et une diminution de ces mêmes services, pour la catégorie Troubles de la personnalité. Toutes catégories diagnostiques confondues, ce sont les résidents du territoire de Basse-Ville-Limoilou-Vanier qui utilisent le plus les services hospitaliers psychiatriques (Beaucage *et al.*, 2006).

Le poids des hospitalisations en soins psychiatriques

Dans la région, en 2003-2004, le total des journées d'hospitalisation en soins psychiatriques contribuait pour environ 20 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation de courte durée, ce qui signifie qu'à chaque jour, dans la région, un lit sur cinq est occupé par une personne souffrant d'un trouble mental (Beaucage *et al.*, 2006).

Par ailleurs, en 2003, 8 % de la population de 12 ans et plus de la Capitale-Nationale avait consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale. Les femmes étaient deux fois plus nombreuses à le faire que les hommes. La région se situe au niveau de la moyenne de l'ensemble du Québec. Ce sont avant tout des psychologues ou des omnipraticiens qui sont consultés, et ce, dans des proportions relativement identiques.

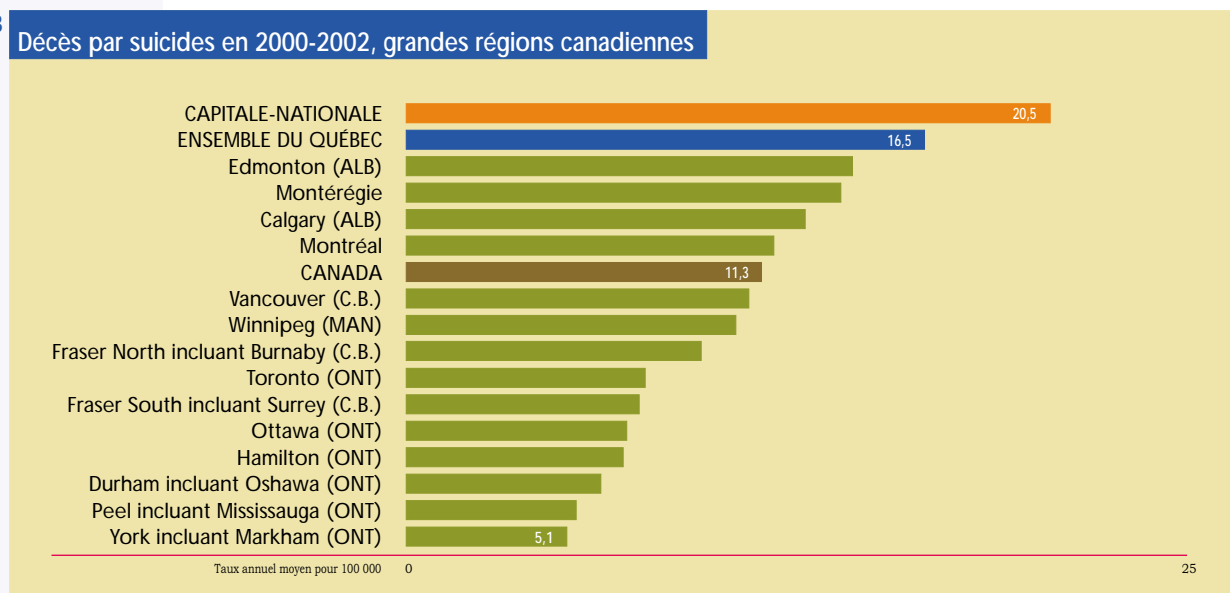
Enfin, certaines ressources communautaires de la région sont confrontées à une clientèle aux prises avec de sérieux problèmes de santé mentale. C'est notamment le cas des ressources d'hébergement pour les sans-abris de la ville de Québec. En effet, la proportion de sans-abris présentant des problèmes de santé mentale est de 13 %, dans les ressources de dépannage et hôtellerie pour adultes, et de 58 %, dans les centres de réinsertion. L'alcoolisme et la toxicomanie sont également très répandus chez les itinérants, puisqu'au moins la moitié de la clientèle des différentes ressources d'hébergement vivait ces types de dépendances (Reinhartz *et al.*, 2006). À l'hiver 2006, on estimait à 250 le nombre d'itinérants dans la ville de Québec, soit environ le même nombre qu'au printemps 2001 (Reinhartz *et al.*, 2006; ICIS, 2007).

Le suicide : un problème préoccupant, mais une situation qui s'améliore

Lorsque quelqu'un pense au suicide, il faut considérer que cette personne est souffrante et qu'elle a besoin d'aide. Les idées suicidaires sont souvent le signal d'une souffrance devenue intolérable. Devant une telle souffrance, la personne n'a d'autres solutions que de mettre fin à ses jours, du moins le pense-t-elle.

En 2005, 2 % des 15 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale, soit 13 500 personnes, avaient eu des idées suicidaires sérieuses au cours de l'année. C'est la plus faible proportion depuis 1987, du moins depuis que des données existent pour le Québec et ses régions à ce sujet. Ce pourcentage était équivalent à celui de l'ensemble du Québec.

Figure 2.9.3 Décès par suicides en 2000-2002, grandes régions canadiennes



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 151).

Le suicide est responsable d'environ 120 décès par année dans la Capitale-Nationale. Bien que l'évolution récente du nombre de suicides dans la région laisse entrevoir une tendance à la baisse fort encourageante, il n'en demeure pas moins que nous obtenons le taux le plus élevé des grandes régions canadiennes.

Pour la période 2000-2004, le taux de mortalité par suicides dans la région, quoiqu'il se situait au-dessus de la moyenne québécoise, avait légèrement diminué, comparativement à la période 1995-1999. C'est par contre dans le territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier que la situation du suicide est la plus préoccupante. Comparativement à la période 1995-1999, c'est toutefois sur ce même territoire que l'on note la plus grande amélioration de la situation. Les territoires de Sainte-Foy–Sillery–Laurentien et De la Jacques-Cartier affichent, pour leur part, les taux les plus bas, atteignant pratiquement la moitié de celui de Basse-Ville–Limoilou–Vanier. Mentionnons également que les territoires de Portneuf et de Charlevoix ont des taux qui surpassent la moyenne régionale.

Comme pour l'ensemble du Québec, les hommes de la région sont nettement plus susceptibles de mettre fin à leurs jours que les femmes. En effet, bon an, mal an, la mortalité par suicide est toujours trois à quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. On observe aussi des différences selon l'âge. La mortalité est ainsi généralement plus élevée pendant la période de vie active des individus, en particulier chez ceux âgés de 30 à 49 ans (St-Laurent et Bouchard, 2004).

La répartition selon l'âge de l'ensemble des suicides qui surviennent dans la région a par ailleurs changé entre 1996-2000 et 2000-2005. On observe notamment que la proportion des suicides qui surviennent chez les 10-19 ans a pratiquement diminué de moitié, alors qu'elle a beaucoup augmenté chez les 50-64 ans (Ross et François, 2007).

La démonstration d'une association très grande entre le suicide et certaines conditions observées dans la population comme la dépression, l'alcoolisme, les toxicomanies et autres dépendances, les troubles anxieux, la survenue d'événements traumatisants (ex. : perte d'emploi, séparation conjugale, deuil, retraite) ainsi que le cumul de stress suggère des pistes d'action à partir desquelles on devrait investir davantage au cours des prochaines années.

Prévenir le suicide... toutes les actions comptent!

Plusieurs actions régionales contribuent à la prévention du suicide. Il faut mentionner les efforts soutenus du Centre de prévention du suicide de Québec, du Comité de prévention du suicide de Charlevoix et de L'Arc-en-ciel de Portneuf. D'autres projets visent, par ailleurs, à outiller de simples citoyennes et citoyens afin qu'ils soient en mesure de venir en aide à des personnes en difficulté qu'ils sont susceptibles de côtoyer dans la vie de tous les jours, soit à la maison, au travail ou dans la communauté. On les appelle des sentinelles. D'un autre côté, des partenariats entre le milieu communautaire et le milieu institutionnel permettent la réalisation de projets novateurs¹. La région a aussi été marquée, ces dernières années, par une grande volonté d'améliorer les services de santé et les services sociaux de première ligne ainsi que les services spécialisés, notamment dans les domaines de la toxicomanie, de la santé mentale et de la psychiatrie.

¹ Notons les initiatives du Centre de détention de Québec, du Centre jeunesse de Québec, des Cégeps, de l'Université Laval et de plusieurs organismes communautaires œuvrant auprès de clientèles à risque tels que le Centre de crise de Québec, RAP Jeunesse des Laurentides, le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH), le Centre de ressources pour hommes Autohommie ainsi que certains milieux de travail.

Figure 2.9.4

Territoires qui se démarquent		
Indicateurs	Situation moins favorable	Situation plus favorable
Population ayant une consommation élevée d'alcool (2003)	PORTNEUF Haute-Ville–Des-Rivières ¹	---
Travailleurs éprouvant un stress élevé (2003)	Haute-Ville–Des-Rivières ¹ VIEILLE-CAPITALE	CHARLEVOIX
Population ayant une perception négative de sa santé mentale (2003)	---	VIEILLE-CAPITALE QUÉBEC-NORD PORTNEUF
Population éprouvant un stress quotidien élevé (2003)	---	CHARLEVOIX
Mortalité par suicide (2000-2004)	Basse-Ville–Limoilou–Vanier ¹ PORTNEUF CHARLEVOIX VIEILLE-CAPITALE	---

1. Territoire du CSSS Vieille-Capitale.
Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiches 51, 141, 145, 147 et 151).

En perspective

Troubles mentaux, dépendances et suicide sont fréquemment associés chez une même personne et sont susceptibles d'interagir entre eux. À titre d'exemple, la dépression peut être un précurseur d'une consommation excessive d'alcool, comme elle peut en être la conséquence. Les liens qui existent entre le jeu et les problèmes de santé mentale sont également bien documentés. Par ailleurs, les personnes qui présentent une consommation abusive de substances psychotropes, les joueurs pathologiques et les personnes atteintes de dépression sont plus à risque de suicide (Gouvernement du Canada, 2006). De telles comorbidités sont susceptibles non seulement d'accroître la vulnérabilité de la personne touchée et de son entourage, mais aussi de rendre l'intervention plus complexe (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005).

La situation concernant le suicide dans la région de la Capitale-Nationale demeure pour sa part préoccupante, mais l'analyse des données récentes donne de l'espoir. Plusieurs acteurs agissant auprès des personnes suicidaires elles-mêmes et de leurs proches ou encore auprès de groupes à risque de suicide contribuent à l'effort collectif pour prévenir le suicide.

Les données présentées permettent, selon les différentes problématiques, d'identifier des groupes plus à risque sur lesquels une attention particulière devra être portée. L'amélioration de la santé mentale de la population de la région nécessite des actions multiples sur les différents déterminants de la santé et, surtout, des actions concertées avec tous les partenaires pouvant contribuer à modifier la situation actuelle.

2.10 La santé au travail : gare aux risques

Le travail représente une activité importante pour une proportion significative de la population. En effet, on y consacre une large part de notre temps et on y développe bien souvent un réseau social important. Dans certains cas, le travail peut devenir une menace à la santé. Ces menaces, ou risques à la santé, peuvent être de nature fort variée. Tantôt chimiques, physiques ou biologiques, tantôt ergonomiques ou organisationnelles, elles peuvent entraîner, dans chaque cas, diverses maladies professionnelles. La *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, déjà âgée de plus de 25 ans, a statué sans équivoque que le milieu de travail avait la responsabilité de préserver la santé des travailleurs qui le fréquentent en éliminant les risques à la source. Cette loi établissait également l'importance des actions préventives dans les milieux de travail pour lutter contre les risques professionnels.

Une population active concentrée dans le secteur tertiaire

Lors du recensement de 2001, la population des travailleurs de 15 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale s'établissait à 309 360 personnes et était composée d'autant de travailleurs (50,4 %) que de travailleuses (49,6 %). Plus de la moitié de la population active de la région se retrouve dans les catégories professionnelles « Ventes et services » (26 %), « Affaires, finance et administration » (21 %) et « Sciences sociales, enseignement, administration publique et religion » (10 %). Les CSSS de Portneuf et de Charlevoix se démarquent toutefois de cette structure par l'importance des secteurs agricole, forestier et touristique (MRC de Portneuf, 2007; Dupuis *et al.*, 2006).

Certains éléments du profil d'emploi de la région la distinguent nettement de l'ensemble du profil québécois. En effet, on retrouve, sans surprise, une proportion beaucoup plus importante d'employés du secteur des services gouvernementaux (15 %) que celle observée pour tout le Québec (6 %).

Par ailleurs, cette surreprésentation du secteur des services gouvernementaux s'accompagne d'une plus faible proportion de la main-d'œuvre travaillant dans le secteur primaire (agriculture, pêches, forêts et mines) et le secteur secondaire (industries manufacturières et construction), soit 13 %, comparativement à 24 % pour l'ensemble du Québec et à plus de 40 % pour la région voisine Chaudière-Appalaches.

Les expositions aux risques en milieu de travail

Des données obtenues lors d'enquêtes auprès de la population fournissent de l'information sur des expositions professionnelles spécifiques rencontrées dans les milieux de travail de la région de la Capitale-Nationale. Bien que certaines de ces expositions professionnelles soient rapportées plus fréquemment par les travailleurs de la Capitale-Nationale, il n'en demeure pas moins que, de façon générale, la région se démarque assez favorablement par rapport à la situation observée pour l'ensemble du

Québec. C'est particulièrement le cas pour l'exposition aux horaires de nuit, aux poussières de bois et aux poussières de farine, où les proportions de la région de la Capitale-Nationale sont significativement inférieures aux proportions observées pour tout le Québec.

Figure 2.10.1

Travailleurs exposés à certaines situations à risque en milieu de travail dans la région de la Capitale-Nationale et au Québec en 1998

Situations à risque	Capitale-Nationale	Ensemble du Québec
	%	%
Contraintes de l'organisation du travail		
Horaires irrégulier ou imprévisible	31,2	30,1
Horaires de nuit	*6,5 (-)	10,3
Rémunération au rendement, à la commission ou au bonus	10,3	9,2
Contraintes ergonomiques ou posturales		
Travail répétitif des mains et des bras	19,2	20,6
Efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement	16,3	18,2
Manipulation de charges lourdes	17,3	18,1
Exposition à divers agresseurs		
Bruit intense	9,5	12,6
Solvants	8,3	9,6
Vibration des mains ou des bras	7,6	9,0
Poussières de bois	*3,4 (-)	5,4
Fumées de soudage	*2,8	4,4
Poussières de farine	*1,9 (-)	3,6

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 (-)(+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.
 Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2008 (fiche 31).

La santé mentale au travail : les femmes plus touchées

L'environnement de travail peut influencer positivement ou négativement la santé mentale au travail. En 2005, dans la région de la Capitale-Nationale, le tiers des personnes occupant un emploi rapportaient éprouver un stress quotidien élevé au travail. Cette proportion était à peine plus faible que celle observée pour l'ensemble du Québec. Toutefois, elle était en nette régression par rapport à la situation observée en 2000-2001, où près de la moitié de la population au travail rapportait un tel niveau de stress. Tout comme pour l'ensemble du Québec, ce sont davantage les femmes (38 %) que les hommes (30 %) qui rapportent éprouver un stress quotidien élevé au travail. À l'échelle des CLSC, c'est la population active du secteur Haute-Ville-Des-Rivières (48 %) qui, en 2003, déclarait être la plus stressée quotidiennement au travail. À l'opposé, la population active de Charlevoix (31 %) était celle qui se révélait être la moins affectée par le stress en milieu de travail.

Un des facteurs qui peut influencer la survenue du stress en milieu de travail et entraîner des effets néfastes pour la santé psychologique est le manque de latitude en matière de prise de décision au travail. En 2005, dans notre région, 42 % des personnes occupant un emploi rapportaient manquer de latitude décisionnelle au travail, une proportion semblable à celle de l'ensemble du Québec. Dans la région, ce phénomène touche davantage les femmes (47 %) et les jeunes de 15 à 24 ans (60 %).

La survenue des lésions professionnelles au travail

La région de la Capitale-Nationale a rapporté, au cours de la période 2000-2003, plus de 50 000 lésions professionnelles déclarées, acceptées et indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), soit une moyenne annuelle de 12 694 nouvelles lésions (DSP de la Capitale-Nationale, 2007). Ces lésions peuvent être tantôt des accidents de travail (un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause survenant par le fait ou à l'occasion du travail), tantôt des maladies professionnelles (une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail) (Gouvernement du Québec, 2006). Les secteurs d'activités économiques affichant le plus grand nombre de lésions professionnelles sont, dans l'ordre, le secteur du « Commerce », suivi du secteur « Autres services commerciaux et personnels » et « Services médicaux et sociaux ». Ce sont les lésions au tronc (incluant le cou) qui sont les plus fréquentes et qui représentent près de 42 % des sites de lésions. Cependant, les lésions aux membres supérieurs sont également très courantes, comptant pour plus du quart d'entre elles.

Le taux d'incidence des lésions professionnelles indemnisées par la CSST dans la région de la Capitale-Nationale a été, en 2001, de 42 lésions pour 1 000 travailleurs. Ce taux est légèrement inférieur à celui de l'ensemble du Québec, reflétant ainsi l'importance du secteur tertiaire dans notre région. Une différence marquée d'incidence des lésions professionnelles est toutefois observable entre les hommes et les femmes, le taux des hommes étant le double de celui des femmes.

L'incidence des lésions professionnelles varie également en fonction de l'âge. En outre, les travailleurs de moins de 30 ans ne représentent que 25 % de la main-d'œuvre, bien qu'on rapporte, chez eux, 28 % des lésions professionnelles, ce qui indique une fréquence relative plus importante des lésions professionnelles chez les jeunes travailleurs (DSP de la Capitale-Nationale, 2007).

Les lésions professionnelles touchent également les jeunes

En 2001, rappelons que 45 245 jeunes de 24 ans et moins travaillaient dans la région de la Capitale-Nationale. Au cours de l'année 2004, ces jeunes travailleurs ont subi 1 805 lésions professionnelles indemnisées par la CSST. Plus de 70 % des lésions professionnelles sont survenues dans les industries manufacturières (22 %), le commerce au détail (18 %), l'hébergement et la restauration (15 %), les services de santé et services sociaux (9 %) et le commerce de gros (7 %) (DSP de la Capitale-Nationale, 2007).

La gravité des lésions professionnelles

La gravité des lésions professionnelles peut être évaluée de différentes façons. Par exemple, le nombre de jours d'indemnisation résultant de la lésion professionnelle ainsi que la mesure des lésions professionnelles avec des séquelles permanentes peuvent servir d'indicateurs. La durée moyenne d'indemnisation, notre premier exemple, demeure un indicateur de gravité intéressant, même s'il ne tient pas compte des lésions souvent sérieuses qui ne causent pas d'arrêt de travail, comme la surdité professionnelle.

Dans la région de la Capitale-Nationale, la durée moyenne d'indemnisation pour une lésion professionnelle était, en 2003, d'environ 50 jours, ce qui est bien en de a de la moyenne provinciale, qui s'établissait à près de 60 jours. Les lésions musculosquelettiques et du tissu conjonctif des travailleurs de la région, qui sont par ailleurs très fréquentes, ont une durée moyenne d'indemnisation de 67 jours, ce qui constitue une durée moyenne plus importante que pour l'ensemble des lésions. Il en va de même

pour les lésions dites « Trouble ou syndrome mental », qui ont une durée moyenne d'indemnisation de près de 106 jours, mais qui sont beaucoup moins fréquentes.

La gravité des lésions indemnisées peut également être appréciée en mesurant le niveau de l'Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique (APIPP). Bien que ce soient, dans la région, les traumatismes et accidents de travail ainsi que les lésions au dos qui occasionnent plus de lésions avec une atteinte permanente, la surdité professionnelle, qui résulte d'une exposition prolongée à des niveaux de bruit élevés dans le milieu de travail, se classe dans le peloton de tête des lésions professionnelles présentant une APIPP. De plus, les atteintes permanentes causées par la surdité professionnelle sont souvent assez substantielles, car on reconnaît à près du tiers des travailleurs affectés par ces lésions des APIPP supérieures à 10 % (DSP de la Capitale-Nationale, 2007).

Qu'est-ce qu'une Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique (APIPP)?

Une lésion professionnelle qui s'accompagne d'une APIPP confirme que le travailleur conservera une conséquence permanente à la suite d'une lésion. Une évaluation médicale permettra alors de définir un pourcentage d'atteinte permanente correspondant à la gravité des conséquences. Une atteinte permanente supérieure à 10 % est alors considérée importante.

Figure 2.10.2 Lésions professionnelles ayant résulté en une reconnaissance d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique (APIPP) supérieure à 10 % dans la région de la Capitale-Nationale en 2000-2002

Nature de la lésion professionnelle indemnisée	Lésions avec une APIPP	Lésions avec une APIPP supérieure à 10 %
	Nombre annuel moyen	%
Autres traumatismes ou accident	633	11,4
Lésions au dos	109	8,6
Surdité professionnelle	72	31,5
Lésions inflammatoires des tissus musculosquelettiques	52	9,6
Autres maladies	39	7,6
Autres et non codés	100	19,0
TOTAL	1 005	13,0

Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2007 (compilations spéciales).

Le plomb, de loin la principale intoxication

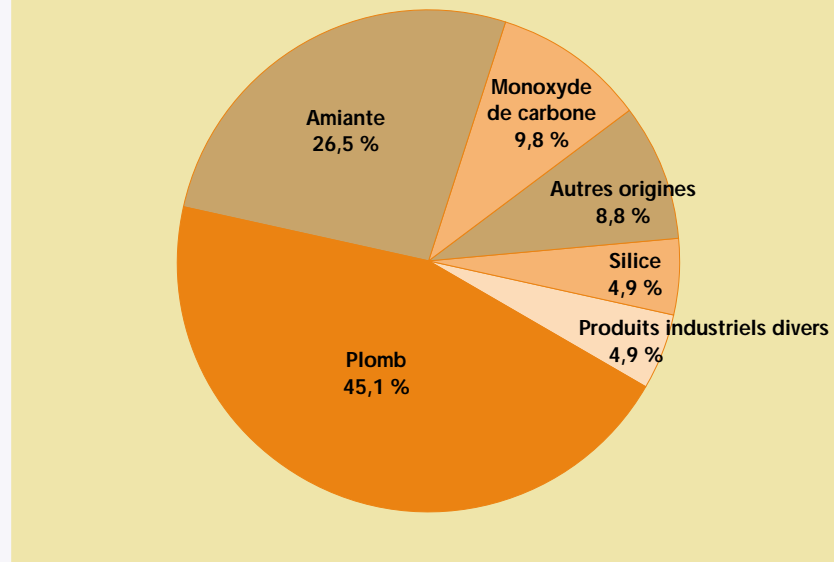
En 2006, la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale a reçu des déclarations de maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine chimique qui ont touché 102 personnes différentes (Frigon *et al.*, 2007). Les contaminants ayant amené le plus de déclarations sont, dans l'ordre, le plomb, l'amianté et le monoxyde de carbone.

La plombémie sous surveillance

Au Québec, le seuil de déclaration pour intoxication par le plomb est établi à 0,5 micromole par litre ($\mu\text{mol/L}$). Ce niveau permet une intervention précoce auprès des enfants et des femmes enceintes, puisque ces groupes sont plus sensibles aux effets du plomb. Par contre, selon les connaissances scientifiques actuelles, ce niveau ne représente pas un danger substantiel pour l'adulte. C'est pourquoi, en 2001, le Comité médical provincial en santé au travail du Québec établissait que l'un des objectifs des actions menées dans les milieux de travail était d'éliminer les conditions d'exposition qui entraînent des plombémies supérieures à 1,25 $\mu\text{mol/L}$.

Figure 2.10.3

Nouveaux cas de maladies selon l'origine chimique dans la région de la Capitale-Nationale en 2006



Source : Frigon et al., 2007.

L'exposition au plomb est sans contredit la maladie d'origine chimique qui se prête le mieux à la surveillance biologique des travailleurs. Cela explique, en bonne partie, la très forte proportion des déclarations se rapportant à ce contaminant. Ainsi, en retenant le résultat le plus élevé, on note que la proportion des plombémies supérieures à 1,25 µmol/L, dans la région, est passée de 14 %, en 2004, à 11 %, en 2006. Cette tendance à la baisse suggère une diminution de l'imprégnation par le plomb chez les cas déclarés et, possiblement, un meilleur contrôle de cette exposition.

En 2006, la DSP a également reçu 27 déclarations de maladies liées à l'amiante pour des résidants de la région de la Capitale-Nationale. Une forte majorité de ces déclarations sont des cas d'amiantose (20 cas), mais quatre cas de mésothéliomes malins et deux cas de cancer du poumon liés à l'amiante ont également été déclarés. Les maladies liées à l'amiante se développent à la suite d'une exposition prolongée (quelques décennies) à l'amiante; les maladies déclarées en 2006 reflètent donc des conditions d'exposition passées.

Enfin, les dix cas d'intoxication par le monoxyde de carbone sont très majoritairement caractérisés par la présence d'une source d'émission de monoxyde de carbone (moteur à combustion), conjuguée à une activité tenue dans un espace confiné, insuffisamment ou non ventilé.

Intoxications sévères au monoxyde de carbone (CO) dans la grande région de Québec

Du 1^{er} janvier 2000 au 28 février 2006, on a dénombré, dans les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches, 113 cas d'intoxications involontaires très sévères au CO ayant nécessité que la victime fasse un séjour en chambre hyperbare; 35 de ces cas originaient de la région de la Capitale-Nationale. Les intoxications sévères au CO étaient largement causées par la combustion de gazoline (58 %) ou de propane (32 %). Enfin, plus du tiers de ces intoxications étaient en lien avec le travail (Trudel, à paraître).

Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

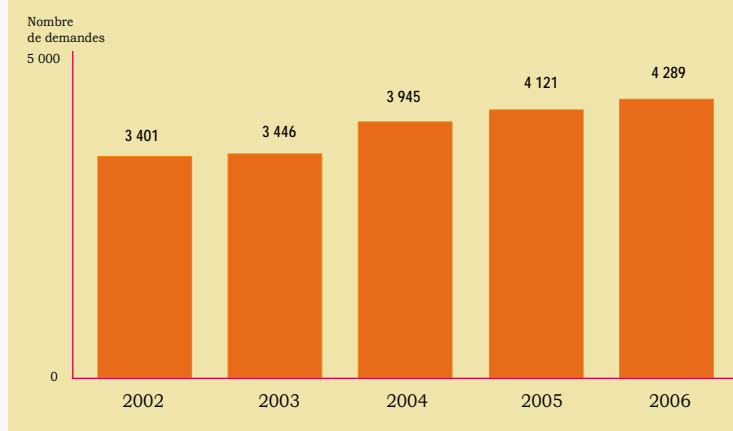
Au cours des années 2002 à 2006, une moyenne annuelle de 3 840 femmes enceintes ou qui allaitent ont demandé une analyse de leur poste de travail dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD). Une augmentation constante du nombre de demandes d'analyse de poste de travail a été observée au cours de cette période, de sorte que ce nombre s'établit maintenant à près de 4 300 demandes.

En 2000-2004, les analyses de poste de travail des travailleuses enceintes révélaient que neuf postes sur dix présentaient des contraintes ergonomiques et que des risques à la sécurité étaient identifiés pour près de 60 % d'entre eux. Une étude précédente couvrant la période 1999-2002 avait également révélé que les demandes d'analyse de poste de travail provenaient principalement du secteur des « Services médicaux et sociaux » (34 %), des « Autres services commerciaux et personnels » (24 %), du « Commerce » (19 %) et de « L'Enseignement et des services annexes » (11 %). Cette dernière étude mettait également en évidence que les emplois qui font l'objet, le plus fréquemment, d'une demande d'analyse de poste de travail sont les infirmières (11 %), les serveuses (9 %), les vendeuses (8 %) et les caissières (7 %) (Tremblay et Laliberté, 2004a).

Le programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD)

En 1979, avec l'adoption de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, le gouvernement du Québec s'est doté d'une politique de retrait préventif pour la travailleuse enceinte ou qui allaite exposée à des risques en milieu de travail qui peuvent être dangereux pour elle, compte tenu de son état de grossesse, pour l'enfant à naître ou pour l'enfant allaité. Le processus de demande de retrait préventif et de traitement de la demande est encadré par le PMSD (CSST, 2006).

Figure 2.10.4 Demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite dans la région de la Capitale-Nationale de 2002 à 2006



Source : DSP de la Capitale-Nationale, 2007 (compilations spéciales).

En perspective

La région de la Capitale-Nationale se caractérise par une présence plus faible du secteur primaire (agriculture, pêches, forêts et mines) et du secteur secondaire (industries manufacturières et construction). Ce constat influence inévitablement le profil des expositions aux risques rapportées par les travailleurs. De façon générale, ce profil est plus positif que celui rapporté par l'ensemble des travailleurs du Québec. Cependant, il continue de survenir annuellement, dans la région de la Capitale-Nationale, environ 12 000 lésions professionnelles. Dans plus de 40 % des cas, elles affectent les structures musculaires et tendineuses ainsi que le dos. Il s'agit toutefois d'un estimé conservateur de la mesure des lésions professionnelles, puisque toutes les lésions ne se retrouvent pas dans le fichier d'indemnisation de la CSST.

Quelques maladies laissent également des séquelles permanentes aux travailleurs qui en sont victimes. En plus des accidents et des lésions au dos, la surdité professionnelle est également source significative d'atteintes permanentes. Par ailleurs, les contraintes de l'organisation du travail (ex. : la faible latitude décisionnelle) peuvent jouer de façon négative sur la santé mentale des travailleurs et sont assez prévalentes chez les travailleurs de la région. Cependant, nous ne détenons pas actuellement de données factuelles sur la fréquence des problèmes de santé mentale liés au travail, bien que des rapports anecdotiques suggèrent une poussée en cette matière.

Conclusion

Le bilan de santé de la population de la région de la Capitale-Nationale est, dans l'ensemble, favorable. En fait, au cours des dernières années, plusieurs progrès furent réalisés. Ainsi, la région se situe parmi les meilleures, tant au Canada qu'au Québec. La mortalité infantile a diminué. Grâce à la vaccination, plusieurs maladies infectieuses sont devenues rares (rougeole, rubéole, oreillons, diphtérie, poliomyélite, tétanos, etc.) ou ont connu une baisse importante (coqueluche, infections à méningocoques, infections à pneumocoques, infection à *Hæmophilus influenzae*, etc.). La mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire a grandement diminué tout comme le nombre de fumeurs. De plus, la population de la région de la Capitale-Nationale vit plus longtemps et en meilleure santé que la moyenne québécoise. Enfin, parmi l'ensemble des grandes régions canadiennes, la population de la Capitale-Nationale est celle qui a la perception la plus positive de sa santé mentale.

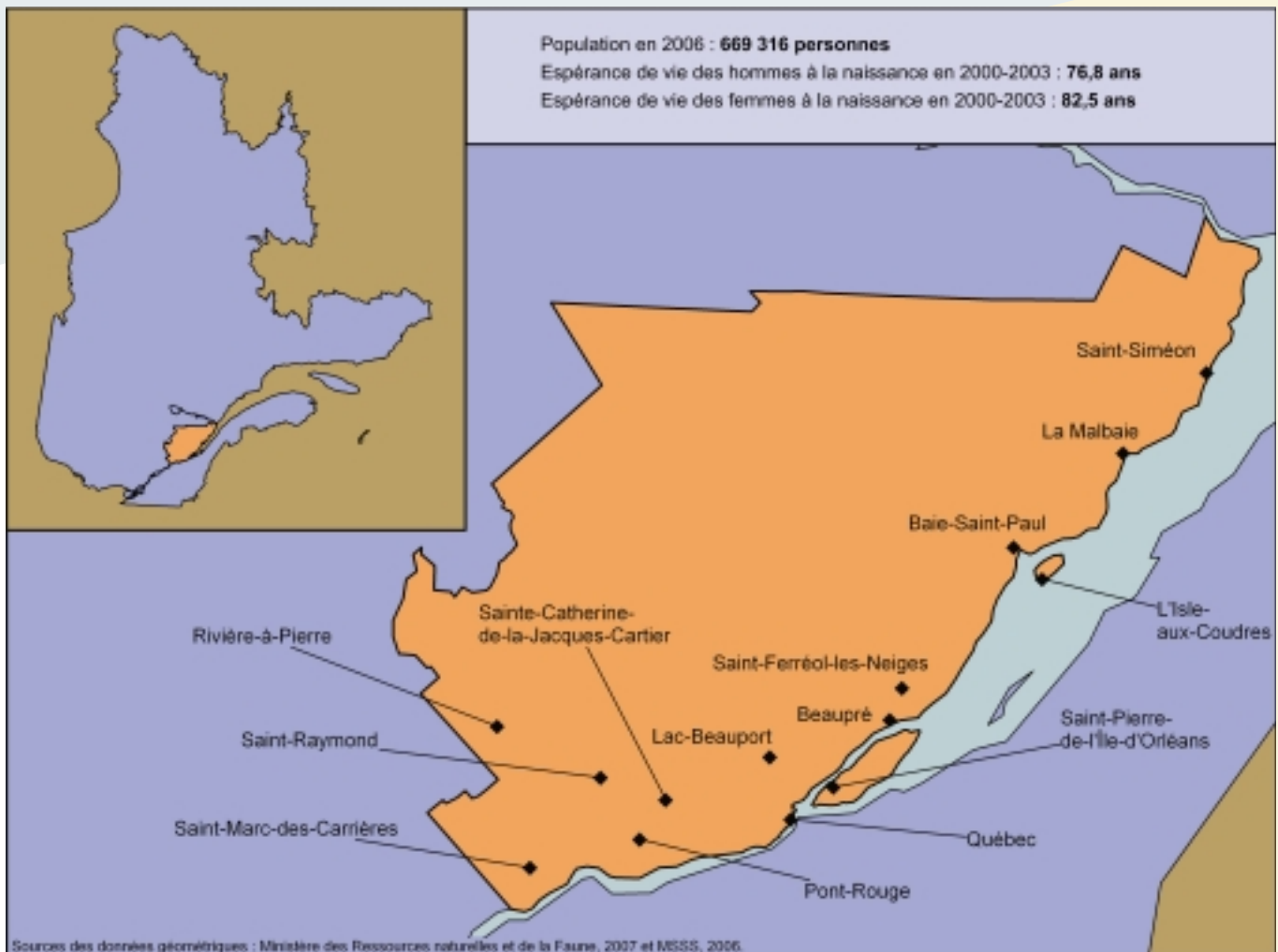
Malgré des résultats encourageants, il est cependant encore possible d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population de la région. Rappelons qu'une personne sur cinq fume encore, que la proportion de bébés nés prématurément a augmenté et que quatre personnes sur dix sont sédentaires ou peu actives durant leurs loisirs. Signalons également que, dans la région de la Capitale-Nationale, le taux de mortalité par tumeurs malignes, plus particulièrement pour ce qui est du poumon, est parmi les plus élevés des grandes régions canadiennes. Par ailleurs, même s'il tend à diminuer, le taux de suicide y est encore trop élevé. Autre fait à souligner, il existe encore des disparités de santé au sein de la région : ainsi, naître ou vivre dans un milieu défavorisé constitue toujours un désavantage tandis que la surmortalité masculine demeure élevée pour plusieurs causes de décès.

Il faut aussi reconnaître les nouveaux défis qui émergent. Par exemple, la population vieillit et plusieurs aînés vivent seuls. De plus, le surplus de poids touche un nombre croissant de personnes. Enfin, les infections transmissibles sexuellement ou par le sang sont en hausse (infection à *Chlamydia trachomatis* génitale, syphilis infectieuse, etc.) et le *Clostridium difficile*, cette bactérie causant une infection nosocomiale, est de plus en plus présente dans nos centres hospitaliers.

Ce sont là les principaux faits saillants qui se dégagent des données sociosanitaires de la région. La Direction de santé publique de la Capitale-Nationale révisera très prochainement le Plan d'action régional de santé publique, à la lumière de ces résultats. Le futur plan s'appuiera sur ces nouvelles données pour développer et ajuster ses objectifs, ses cibles et ses actions auprès de la population. *Ce Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008* contribuera, à sa manière, à outiller et à mobiliser tous ceux et celles qui travaillent à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. Car, ne l'oublions pas, la connaissance éclaire l'action!

Annexe I

Survol de la région de la Capitale-Nationale



Déterminants de la santé

Troisième en importance par sa population, qui est majoritairement francophone, la région de la Capitale-Nationale comptait 669 316 habitants en 2006, c'est-à-dire près de 70 000 personnes de plus qu'en 1986. Malgré ce gain, *a priori* important, le taux d'accroissement démographique de la région est inférieur à celui du Québec. Fait préoccupant, la population de la Capitale-Nationale vieillit plus vite que celle du reste du Québec, à tel point que les personnes âgées y sont maintenant plus nombreuses que les jeunes. De plus, son indice de fécondité est le plus faible du Québec et l'immigration, en dépit d'une légère remontée, est encore très en deçà de la moyenne québécoise. En outre, on y observe un nombre élevé de personnes seules.

L'économie de la région va bien. La population est scolarisée, le taux d'emploi est élevé, le taux de chômage est le plus faible du Québec et, comparativement à la moyenne québécoise, moins de personnes se perçoivent en situation d'insécurité alimentaire.

Bien qu'on puisse difficilement juger de la question environnementale avec le nombre réduit d'indicateurs dont nous disposons, la région de la Capitale-Nationale présente une situation favorable. Peu d'industries génèrent des polluants, les logements sont généralement de bonne qualité et près de 10 % de la population active utilise le transport en commun pour se rendre au travail.

Sur le plan social, deux aspects caractérisent la Capitale-Nationale : l'importance de la scolarité et la faible criminalité chez les adultes. Ainsi, on constate qu'une forte proportion de jeunes de 15 à 24 ans de cette région fréquentent l'école, que peu de ceux-ci quittent le secondaire sans diplôme et que les naissances de mères faiblement scolarisées (moins de 11 ans de scolarité) sont relativement rares. Par ailleurs, le taux de places disponibles en services de garde est élevé, les grossesses à l'adolescence sont peu fréquentes, et les problèmes de violence conjugale et de criminalité sont moins répandus. Un point entache toutefois quelque peu la situation : le taux de jeunes contrevenants y est plus élevé que dans le reste du Québec.

Le bilan de la Capitale-Nationale au regard des habitudes de vie et des comportements des citoyens est généralement bon. La population de la région est moins sédentaire durant ses loisirs, les gens fument moins, et les cyclistes portent davantage le casque. Cependant, la consommation d'alcool est à surveiller : une plus grande proportion d'hommes en consomment en quantité élevée au moins douze fois par année.

En matière de services de santé, la Capitale-Nationale se démarque dans le volet ressources et équipements : elle compte un nombre élevé de médecins, plus spécialement de médecins spécialistes, notamment en raison de la mission universitaire et de la vocation suprarégionale de plusieurs de ses hôpitaux. Pour ce qui est des services préventifs, cette région se différencie du Québec dans un seul volet : elle compte une plus grande proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie. Quant aux services ambulatoires, la population de la Capitale-Nationale utilise moins le service téléphonique Info-Santé CLSC, mais consulte davantage le médecin.

La région de la Capitale-Nationale se démarque également dans le volet des services hospitaliers. Ses résidents déclarent peu de besoins non satisfaits. Les séjours excessifs à l'urgence sont peu fréquents, on remarque que les décès évitables par les soins et les hospitalisations pour des conditions qui auraient pu être traitées par des services ambulatoires sont peu nombreux et que moins d'épisiotomies sont pratiquées en cas d'accouchement vaginal. Par ailleurs, mentionnons que la presque totalité des résidents de la Capitale-Nationale sont hospitalisés dans la région même, et que celle-ci accueille une part importante des hospitalisations des régions limitrophes (Chaudière-Appalaches, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Bas-Saint-Laurent, etc.).

État de santé

Le bilan de santé de la Capitale-Nationale est très positif. Les gens se perçoivent en bonne santé, l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie en bonne santé sont parmi les plus élevées au Québec. De plus, les habitants de notre région sont généralement moins éprouvés par des problèmes de santé fonctionnelle, et ils sont plus nombreux à percevoir leur santé bucco-dentaire comme bonne. Ajoutons que, dans la région, la prévalence du diabète est faible, tout comme les décès associés au tabagisme ou la mortalité liée aux cardiopathies ischémiques. Cependant, deux indicateurs dépassent les valeurs nationales : l'incidence du cancer du sein et l'incidence du cancer de la prostate.

Concernant la santé des nouveau-nés de la Capitale-Nationale, un seul point ressort : moins de bébés souffrent d'un retard de croissance intra-utérine.

Le bilan de la région est fort enviable en ce qui a trait aux traumatismes non intentionnels. Les taux de victimes d'incendies et d'accidents de transport sont faibles, et peu de décès de la route sont liés à l'alcool.

Pour ce qui est des maladies infectieuses, les différences avec le Québec sont, dans l'ensemble, peu importantes, mais quelques maladies méritent d'être mentionnées. Au cours de la période de 2000 à 2004, la région de la Capitale-Nationale a affiché une plus faible incidence de syphilis infectieuse. Cependant, d'autres maladies ont été plus fréquemment diagnostiquées, telles que l'infection à méningocoques, l'entérite à *Campylobacter*, la salmonellose et l'infection entéro-hémorragique à *Escherichia coli*.

Finalement, la population de la région de la Capitale-Nationale se perçoit en bonne santé mentale. Toutefois, un problème demeure et interpelle les autorités régionales : le taux de suicide, qui, même s'il tend à diminuer, demeure élevé.

Déterminants de la santé

	Capitale-Nationale	Ensemble du Québec		Capitale-Nationale	Ensemble du Québec
CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES			8. Population vivant seule (2001) %		
1. Taux d'accroissement %			Total (15 ans et plus)	17,6	15,2
Total (2001-2006)	2,6	2,7	Hommes (15 ans et plus)	15,5	13,9
0-14 ans (1996-2001)	-7,6	-5,6	Femmes (15 ans et plus)	19,5	16,4
15-64 ans (1996-2001)	1,3	2,6	15-64 ans	14,5	12,4
65 ans et plus (1996-2001)	11,9	10,5	65-74 ans	27,7	25,7
			75 ans et plus	43,7	39,7
2. Population (2006)			9. Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé (2001) %		
Total N	669 316	7 603 083	Total (65 ans et plus)	89,2	90,1
0-14 ans %	14,0	16,2	Hommes (65 ans et plus)	92,6	93,3
15-64 ans %	70,6	69,7	Femmes (65 ans et plus)	87,0	87,9
65 ans et plus %	15,3	14,1	65-74 ans	95,6	96,7
Indice de dépendance totale (2006) %	41,6	43,5	75-84 ans	87,8	88,2
Indice de dépendance des jeunes (2006) %	19,9	23,3	85 ans et plus	59,1	58,9
Indice de dépendance des aînés (2006) %	21,7	20,2	10. Population selon la langue parlée à la maison (2001) %		
Indice de vieillesse (2006) %	109,3	86,7	Français	98,1	83,9
Âge médian (2006) ans	42,5	40,7	Anglais	1,1	10,0
Rapport de masculinité (2006) hommes par 100 femmes	95	98	Autres langues	0,8	6,0
3. Indice synthétique de grossesse (1999-2003) grossesses par femme	1,88	2,22	11. Immigrants (2001) %	3,0	9,9
4. Indice synthétique de fécondité (1999-2003) enfants par femme	1,29	1,48	CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES		
CONDITIONS SOCIOCULTURELLES			12. Population des 25 ans et plus selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2001) %		
5. État matrimonial de fait (18 ans et plus) (2001) %			Inférieur au certificat d'études secondaires	25,3	31,3
Célibataires	27,3	24,9	Certificat d'études secondaires	19,4	17,6
Légalement mariés	38,6	42,2	Études postsecondaires partielles (inférieures au baccalauréat)	36,9	35,6
Partenaires en union libre	19,0	17,8	Grade universitaire	18,4	15,6
Séparés	1,9	2,0	13. Population active occupée selon le type d'industrie² (2001) %		
Divorcés	6,7	6,6	Secteur primaire	1,4	3,0
Veufs	6,6	6,5	Industries manufacturières	9,2	18,5
6. Familles avec enfants de moins de 18 ans (2001) %			Construction	2,2	2,7
Couples actuellement mariés	48,0	50,5	Transport et communications	4,8	6,4
Couples vivant en union libre	29,7	26,8	Commerce	17,3	18,4
Familles monoparentales	22,3	22,7	Services gouvernementaux	15,0	6,2
7. Enfants de moins de 18 ans vivant avec un seul parent (2001) %	19,3	19,7	Enseignement	8,0	7,4
			Santé et services sociaux	13,1	11,5
			Hébergement et restauration	7,8	6,3
			Autres services	21,0	19,7

	Capitale-Nationale	Ensemble du Québec		Capitale-Nationale	Ensemble du Québec
14. Population active occupée selon la profession² (2001) %			Population selon le mode de traitement de l'eau potable (2003) %		
Gestion	9,4	10,0	Traitement complet	55,2	44,3
Affaires, finances et administration	20,8	19,2	Autres traitements	22,9	28,4
Sciences naturelles et appliquées	8,7	6,6	Simple chloration	8,8	10,0
Secteur de la santé	7,6	6,2	Sans traitement	4,3	4,8
Sciences sociales, enseignement, etc.	10,3	8,8	N'ayant pas de réseau de distribution	8,7	12,5
Arts, culture, sports et loisirs	2,9	2,9			
Ventes et services	25,7	22,9	24. Nombre d'avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau (2004) nombre	23	375
Métiers, transport et machinerie	9,8	12,1	Population touchée quotidiennement par un avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau (2004) %	0,1	0,8
Professions du secteur primaire	1,2	2,5			
Transformation, fabrication, etc.	3,7	8,8	25. Population desservie par des installations d'épuration des eaux usées (2002) %	88,7	79,4
15. Taux d'emploi (2005) %	62,5	60,1			
16. Taux de chômage (2005) %	5,8	8,3	26. Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison presque chaque jour¹ (2003) %		
17. Revenu personnel par habitant (2004) \$ courants	29 777	28 595	Total (12 ans et plus)	13,3	15,7
Revenu personnel disponible par habitant (2004) \$ courants	21 501	21 649	Hommes (12 ans et plus)	14,9	16,7
18. Population vivant sous le seuil de faible revenu (2000) %			Femmes (12 ans et plus)	11,9	14,7
Total	19,1	19,1	27. Nombre de jours de smog (2005) nombre	1	12
Hommes	17,1	17,3			
Femmes	21,0	20,8	28. Quantité des émissions atmosphériques des principaux polluants générées par les industries (2003) tonnes métriques	38 390	697 422
19. Prestataires de l'assistance-emploi (2005) %	6,4	8,1			
20. Personnes de 65 ans et plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti (2005) %			29. Quantité des émissions atmosphériques des principaux polluants générées par le transport routier² (2000) tonnes métriques		
Total (65 ans et plus)	44,2	49,3	Particules respirables (PM _{2,5})	350	5 239
Hommes (65 ans et plus)	36,0	42,1	Oxydes de soufre (SO _x)	420	6 131
Femmes (65 ans et plus)	49,6	54,5	Composés organiques volatils (COV)	5 614	84 321
21. Population en situation d'insécurité alimentaire¹ (2003) %			Oxydes d'azote (NO _x)	14 454	208 927
Total (12 ans et plus)	9,7 (-)	13,1	30. Population active occupée de 15 ans et plus selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail (2001) %		
Hommes (12 ans et plus)	8,9	11,4	Conducteur	75,2	72,9
Femmes (12 ans et plus)	10,4 (-)	14,7	Passager	5,2	5,3
22. Logements privés selon le mode d'occupation (2001) %			Transport en commun	10,0	12,8
Loués	44,3	42,0	À pied	7,6	6,9
Possédés	55,7	57,9	À bicyclette	1,4	1,2
Logements de bande	0,0	0,1	Autres moyens	0,7	0,8
			31. Travailleurs exposés à certaines situations à risque en milieu de travail^{1, 2} (1998) %		
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE			Horaire irrégulier ou imprévisible	31,2	30,1
23. Population selon la source d'approvisionnement en eau potable (2003) %			Travail répétitif des mains et des bras	19,2	20,6
Eaux de surface	81,1	74,9	Manipulation de charges lourdes	17,3	18,1
Eaux souterraines	18,0	22,7	Bruit intense	9,5	12,6
Eaux mixtes	0,9	2,4	32. Logements privés nécessitant des réparations majeures (2001) %	6,5	7,8

	Capitale-Nationale	Ensemble du Québec		Capitale-Nationale	Ensemble du Québec
33. Taux de sortie sans diplôme du secondaire (2003-2004) %	11,7	14,8	HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS		
34. Population de 15-24 ans ne fréquentant pas l'école (2001) %					
Total (15-24 ans)	29,1	33,2	45. Personnes consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes ¹ (2003) %		
Hommes (15-24 ans)	31,7	36,1	Total (12 ans et plus)	56,4	54,9
Femmes (15-24 ans)	26,6	30,2	Hommes (12 ans et plus)	66,1	63,4
35. Naissances selon la scolarité de la mère ¹ (1999-2003) %			Femmes (12 ans et plus)	47,6	46,7
Moins de 11 ans	6,2 (-)	13,0	46. Population de 18 ans et plus sédentaire durant les loisirs ¹ (2003) %	22,2 (-)	26,3
11 ans	11,9 (+)	10,9	Population de 12 à 17 ans moins active durant les loisirs ¹ (2003) %	25,3	29,6
12-13 ans	15,3 (-)	20,6	47. Population de 12 ans et plus selon le niveau d'activité physique de transport ¹ (2003) %		
14-15 ans	32,2 (+)	23,7	Marche		
16 ans et plus	34,4 (+)	31,9	Aucune heure	41,8	39,7
36. Taux de grossesse à l'adolescence ¹ (1999-2003) p. 1 000 adolescentes			Moins d'une heure	12,4	14,4
14-17 ans	13,8 (-)	18,2	De une à cinq heures	32,3	32,4
18-19 ans	46,1 (-)	65,9	Six heures et plus	13,5	13,6
37. Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse ¹ (1998-2004) p. 1 000	5,8 (+)	5,5	Bicyclette		
38. Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois ^{1,2} (2002) p. 100 000			Aucune heure	91,5	91,7
Total (12-17 ans)	7 688 (+)	6 504	48. Population de 12 ans et plus selon le niveau d'activité physique au travail ou dans les activités quotidiennes ¹ (2003) %		
12-14 ans	4 989 (+)	4 116	Normalement assise	32,0	28,6
15-17 ans	10 393 (+)	8 942	Debout sans charge	39,1	41,2
39. Taux de crimes contre la personne ^{1,2} (2003) p. 100 000	740 (-)	984	Transport d'objets légers	21,8	23,0
40. Taux de victimisation pour violence conjugale ^{1,2} (femmes de 12 ans et plus) (2003) p. 100 000	271 (-)	419	Travail forçant	7,1	7,3
41. Taux de places disponibles en services de garde (2005) p. 100 enfants de 0-4 ans	57,0	51,9	49. Fumeurs ¹ (2003) %		
42. Personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2001) %			Total (12 ans et plus)	24,6	25,9
Total (15 ans et plus)	17,3	17,7	Hommes (12 ans et plus)	24,6	27,1
Hommes (15 ans et plus)	14,3	14,7	Femmes (12 ans et plus)	24,6	24,6
Femmes (15 ans et plus)	20,1	20,6	Personnes de 12 ans et plus fumant quotidiennement 26 cigarettes et plus ¹ (2003) %	* 0,9	1,2
43. Population n'ayant pas un niveau élevé de soutien social ¹ (2000-2001) %			50. Population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine ¹ (2003) %		
Total (12 ans et plus)	12,8	14,4	Total (12 ans et plus)	7,6	6,1
Hommes (12 ans et plus)	13,7	14,5	Hommes (12 ans et plus)	12,9	10,1
Femmes (12 ans et plus)	11,9	14,2	Femmes (12 ans et plus)	* 2,8	2,2
44. Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale ¹ (2003) %			51. Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année ¹ (2003) %		
Total (12 ans et plus)	9,1	11,1	Total (12 ans et plus)	19,5	16,7
Hommes (12 ans et plus)	9,8	11,9	Hommes (12 ans et plus)	30,4 (+)	24,8
Femmes (12 ans et plus)	8,5	10,4	Femmes (12 ans et plus)	9,3	8,9
			52. Conducteurs utilisant la ceinture de sécurité la nuit ^{2,3} (2004) %	89,9	88,6
			Passagers avant utilisant la ceinture de sécurité la nuit ^{2,3} (2004) %	87,6	85,3

	Capitale-Nationale	Ensemble du Québec		Capitale-Nationale	Ensemble du Québec
53. Cyclistes portant le casque de sécurité ^{2, 3} (2004) %			62. Femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours d'une période de deux ans (2003-2004) %	70,1	63,4
Total	45,1 (+)	36,6	63. Hommes de 50 ans et plus ayant passé un test de l'APS au cours de la dernière année ¹ (2000-2001) %	45,8	38,3
Hommes	44 (+)	35	64. Proportion de demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes avec risques à éliminer selon les risques du milieu de travail ² (2000-2004) %		
Femmes	58 (+)	45	Contraintes ergonomiques	92,0	87,3
54. Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies ¹ (2002) p. 100 000 titulaires	328	306	Agresseurs chimiques	25,4	26,1
SERVICES DE SANTÉ			Agresseurs biologiques	43,3	36,5
Ressources et équipements			Agresseurs physiques	16,0	15,1
55. Nombre de médecins (2003) p. 100 000			Risques à la sécurité	57,4	47,5
Ensemble des médecins	277	204	65. Éèves de 4 ^e année ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B (2004-2005) %	89,2	88,8
Omnipraticiens	127	101	66. Population de 50 ans et plus ayant reçu le vaccin contre la grippe, au cours d'une campagne de vaccination ³ (2003-2004) %	49,1	43,2
Spécialistes	150	103	67. Proportion de seringues récupérées (2003-2004) %	65,8	70,4
Nombre de dentistes et spécialistes en chirurgie buccale (2003) p. 100 000	47	45	Services de première ligne		
56. Nombre d'infirmières (2003-2004) p. 100 000	883	573	68. Indice synthétique d'interruption volontaire de grossesse ¹ (1999-2003) interruptions par femme	0,49	0,62
Nombre d'infirmières auxiliaires (2003-2004) p. 100 000	190	140	69. Population de 12 ans et plus ayant consulté un professionnel de la santé ¹ (2003) %		
Nombre de préposées aux bénéficiaires (2003-2004) p. 100 000	399	354	Professionnel de la santé	93,0	92,4
57. Taux d'occupation des lits dressés (2003-2004) %			Médecin de famille	69,2	69,0
Soins physiques de courte durée	83,2	85,2	Dentiste ou orthodontiste	58,3	56,7
Hébergement et soins de longue durée	97,8	97,3	Spécialiste de la vue	36,5	38,6
Séjour moyen des usagers (2003-2004) jours			Autre médecin spécialiste	31,9	31,2
Soins physiques de courte durée	6,1	6,5	Chiropraticien	8,2	8,8
Hébergement et soins de longue durée	206,0	204,9	Physiothérapeute	7,7	7,6
58. Nombre d'exams en tomographie (2003) p. 1 000	84,9	75,6	Psychologue	5,4	5,1
Nombre d'exams en imagerie par résonance magnétique (2003) p. 1 000	13,0	12,1	70. Population ayant consulté un intervenant en médecine non traditionnelle ¹ (2003) %		
Proportion de cas de cancers traités en radio-oncologie (2003) %	55,1	50,9	Total (12 ans et plus)	13,0	13,0
59. Indice de dépendance de la population pour les coûts normalisés des services médicaux (2003) %	97,2	84,9	Hommes (12 ans et plus)	7,9	8,6
60. Indice de dépendance de la ressource pour les coûts normalisés des services médicaux ² (2003) %	81,6	84,9	Femmes (12 ans et plus)	17,7	17,1
Services préventifs			71. Population ayant consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale ¹ (2003) %		
61. Femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de PAP au cours d'une période de moins de trois ans ¹ (2003) %	69,2	71,2	Total (12 ans et plus)	7,9	8,1
			Hommes (12 ans et plus)	4,6	5,6
			Femmes (12 ans et plus)	11,0	10,5

	Capitale-Nationale	Ensemble du Québec		Capitale-Nationale	Ensemble du Québec
72. Taux de participation en médecine et chirurgie (2003) %			81. Durée moyenne de séjour en soins physiques de courte durée² (2001-2003) journées		
Ensemble des services	83,7	80,8	Total	7,3	7,2
Examens de malades ambulatoires	81,5	78,5	Médecine	7,8	7,7
Cabinet	72,1	70,3	Chirurgie	7,7	8,3
Clinique externe et urgence	40,6	36,0	Obstétrique et nouveau-nés	4,3	3,4
Domicile	3,4	1,5			
Nombre de services par participant (2003) services par participant	9,6	9,2	82. Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations (2003-2004) %	97,3	81,2
73. Taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC (2003-2004) p. 1 000	245	325	83. Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations² (2003-2004) %	71,2	82,6
74. Proportion d'appels au service Info-Santé CLSC répondus en moins de 4 minutes (2003-2004) %	ND	72,3	84. Séjours excessifs à l'urgence² (2^e semestre 2004-2005) %		
Délai moyen d'attente au service Info-Santé CLSC (2003-2004) minutes	4,3	4,8	24 heures	14,9	21,6
			48 heures	3,2	6,0
75. Taux de participation au programme de services dentaires (2003) p. 100 enfants de 0-9 ans	52,8	49,8	85. Population de 65 ans et plus en institution de santé (2001) %		
Nombre de services par participant (2003) services par participant	2,3	2,7	Total (65 ans et plus)	8,1	8,6
			Hommes (65 ans et plus)	5,8	5,7
			Femmes (65 ans et plus)	9,5	10,6
			65-74 ans	2,8	2,5
			75-84 ans	9,7	10,7
			85 ans et plus	31,8	37,0
76. Taux de participation au programme de services optométriques pour les personnes de 65 ans et plus (2003) %	27,9	34,8	86. Taux d'admission des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (2004) %	20,8	30,5
Nombre de services par participant (2003) services par participant	2,9	2,8	Durée moyenne d'attente des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (2004) journées	89	91
77. Population ayant consommé au moins trois médicaments différents¹ (2003) %			87. Taux ajusté de certaines interventions chirurgicales^{1,4} (2000-2004) p. 10 000		
Total (12 ans et plus)	22,4	21,8	Angioplastie (20 ans et plus)	26,2 (+)	23,8
Hommes (12 ans et plus)	15,7	15,5	Pontage aortocoronarien par greffe (20 ans et plus)	11,8	11,2
Femmes (12 ans et plus)	28,5	27,9	Arthroplastie de la hanche	4,5	4,8
			Arthroplastie du genou	4,7	5,1
78. Taux de participation au régime d'assurance médicaments pour les personnes de 65 ans et plus (2003) %	93,0	91,4	88. Taux de césarienne^{1,2} (2000-2004) p. 100 accouchements	20,6	20,1
Nombre d'ordonnances par participant (2003) ordonnances par participant	71,3	62,5	89. Taux d'épisiotomie^{1,2} (2000-2004) p. 100 accouchements par voie vaginale	23,7 (-)	28,3
			Taux de déchirure du premier et du second degré^{1,2} (2000-2004) p. 100 accouchements par voie vaginale	53,5 (+)	47,5
79. Population recevant des services à domicile¹ (2003) %			90. Taux de congé précoce des nouveau-nés après la naissance^{1,2} (2000-2004) p. 100 nouveau-nés		
Total (65 ans et plus)	* 8,4	9,5	1 000 à 2 499 grammes	6,8	5,9
Hommes (65 ans et plus)	* 7,9	7,6	2 500 grammes et plus	6,0	6,5
Femmes (65 ans et plus)	* 8,8	10,9			
Services hospitaliers					
80. Population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de soins de santé¹ (2003) %					
Total (12 ans et plus)	7,1 (-)	12,6			
Hommes (12 ans et plus)	5,9 (-)	11,3			
Femmes (12 ans et plus)	8,3 (-)	13,9			

	Capitale-Nationale	Ensemble du Québec		Capitale-Nationale	Ensemble du Québec
91. Taux de congé précoce de la mère après l'accouchement^{1,2} (2000-2004) p. 100 accouchements			94. Taux ajusté de chirurgie d'un jour^{1,4} (2000-2004) p. 10 000		
Césarienne (moins de 4 jours)	15,6 (-)	22,0	Ensemble des diagnostics	384 (-)	395
Vaginal (moins de 2 jours)	4,5	4,8	Tumeurs	25 (-)	30
			Système nerveux et organes des sens	112	112
92. Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires^{1,4} (0-74 ans) (2000-2004) p. 10 000	32,6 (-)	45,4	Appareil respiratoire	43 (+)	33
			Appareil digestif	46 (-)	52
93. Taux ajusté de mortalité évitable^{1,4} (0-74 ans) (2000-2003) p. 100 000	94 (-)	103	Organes génito-urinaires	38 (-)	39
			Système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	42 (+)	40

État de santé

ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE

95. Population ne se percevant pas en bonne santé¹ (2003) %			100. Population ne se percevant pas en bonne santé bucco-dentaire (2003) %		
Total (12 ans et plus)	7,6 (-)	10,7	Total (12 ans et plus)	10,5 (-)	13,8
Hommes (12 ans et plus)	7,1	9,5	Hommes (12 ans et plus)	13,2	15,3
Femmes (12 ans et plus)	8,1 (-)	11,9	Femmes (12 ans et plus)	8,1 (-)	12,4
96. Espérance de vie à la naissance¹ (2000-2003) ans			101. Indice CAOOF chez les enfants³		
Total	79,9 (+)	79,4	Dentition primaire		
Hommes	76,8	76,5	2 ^e année (1998-1999) nb de surfaces	4,4 (-)	5,8
Femmes	82,5 (+)	82,1	6 ^e année (1996-1997) nb de surfaces	2,2	1,9
97. Espérance de vie en bonne santé (2001) ans			Dentition permanente		
Total	68,3	67,0	2 ^e année (1998-1999) nb de surfaces	0,7	0,7
Hommes	67,0	65,8	6 ^e année (1996-1997) nb de surfaces	3,2	3,1
Femmes	69,6	68,1	102. Population ayant une limitation d'activités¹ (2003) %		
98. Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé¹ (2003) ans			Total (12 ans et plus)	21,1	22,3
Total	72,7 (+)	71,1	Hommes (12 ans et plus)	18,1	19,5
Hommes	70,7 (+)	69,2	Femmes (12 ans et plus)	23,8	25,1
Femmes	74,5 (+)	72,8	103. Population ayant une incapacité (2001) %		
99. Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée^{1,4} (2000-2004) p. 10 000			Total	10,3	11,1
Ensemble des diagnostics	707 (-)	777	Hommes	9,5	10,3
Tumeurs malignes	60	62	Femmes	11,0	11,8
Appareil circulatoire	141	142	104. Population ayant des problèmes de santé fonctionnelle¹ (2003) %		
Appareil respiratoire	68 (-)	82	Total (12 ans et plus)	11,5 (-)	14,1
Appareil digestif	84 (-)	91	Hommes (12 ans et plus)	11,2	13,3
Organes génito-urinaires	39 (-)	49	Femmes (12 ans et plus)	11,8	14,9
Lésions traumatiques et empoisonnements	63 (-)	66	105. Taux d'enfants handicapés¹ (2003) p. 1 000		
			Total (0-17 ans)	17,7	18,1
			Garçons (0-17 ans)	20,8	22,1
			Filles (0-17 ans)	14,5	14,0

	Capitale-Nationale	Ensemble du Québec		Capitale-Nationale	Ensemble du Québec
106. Taux de mortalité selon l'âge¹ (2000-2003) p. 100 000			113. Taux ajusté d'incidence du cancer^{1,4} (1999-2002) p. 100 000		
0-4 ans	122	107	Ensemble des sièges	476	470
5-14 ans	* 9	12	Côlon et rectum	64	65
15-24 ans	52	58	Pancréas	12	12
25-44 ans	97	99	Poumon	81	83
45-64 ans	458 (-)	491	Sein chez la femme	139 (+)	129
65-74 ans	1 911	2 006	Prostate	118 (+)	107
75 ans et plus	7 088	7 272	Rein	15	14
			Leucémie	13	13
107. Taux ajusté de mortalité selon la cause^{1,4} (2000-2003) p. 100 000			114. Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes^{1,4} (2000-2003) p. 100 000		
Ensemble des causes	701 (-)	728	Total	227	230
Tumeurs malignes	227	230	Estomac	6	7
Appareil circulatoire	200 (-)	218	Côlon et rectum	25	27
Appareil respiratoire	57	58	Pancréas	12	11
Appareil digestif	24	26	Poumon	67	68
Traumatismes non intentionnels	22 (-)	26	Sein chez la femme	34	31
			Prostate	23	27
108. Taux ajusté des années potentielles de vie perdues^{1,4} (2000-2003) p. 100 000			115. Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire^{1,4} (2000-2003) p.100 000		
Ensemble des causes	5 095	5 327	Total	200 (-)	218
Tumeurs malignes	1 772	1 826	Cardiopathies ischémiques	104 (-)	123
Appareil circulatoire	766 (-)	885	Maladies vasculaires cérébrales	37	40
Appareil respiratoire	163	170	Maladies des artères	13	11
Appareil digestif	156	165			
Traumatismes non intentionnels	458	564			
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE			116. Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire^{1,4} (2000-2003) p. 100 000		
Maladies chroniques			Total	56,6	57,7
109. Population présentant un surplus de poids¹ (2003) %			Pneumonies et grippes	11,0	10,4
Total (18 ans et plus)	44,2	47,4	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	34,8	36,6
Hommes (18 ans et plus)	54,7	55,6			
Femmes (18 ans et plus)	34,3	39,2	117. Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées au tabagisme^{1,4} (2000-2003) p. 100 000	253 (-)	277
110. Population de 18 ans et plus présentant une insuffisance de poids¹ (2003) %	3,2	3,1	Santé des nouveau-nés		
111. Prévalence des principaux problèmes de santé (12 ans et plus)¹ (2003) %			118. Naissances de faible poids¹ (1999-2003) %		
Allergies non alimentaires	25,3	24,9	Moins de 1 500 g	0,9	0,9
Maux de dos autres que la fibromyalgie et l'arthrite	15,4	16,9	Moins de 2 500 g	5,4	5,6
Hypertension	13,9	14,5	119. Naissances prématurées¹ (1999-2003) %	7,9	7,6
Arthrite ou rhumatisme	13,1	14,0	120. Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine¹ (1999-2003) %	7,3 (-)	8,3
Migraines	9,8	10,3	121. Prévalence de certaines anomalies congénitales¹ (1996-2002) p. 10 000		
Asthme	7,3	8,6	Cardiopathies congénitales	103,4	139,2
Problèmes de la thyroïde	6,5	6,3	Fente palatine	* 8,7	7,7
Allergies alimentaires	5,7	6,1	Fente labiale associée ou non à une fente palatine	* 6,0	7,4
Maladies cardiaques	5,3	5,3	Syndrome de Down	11,0	11,8
Diabète	3,7	4,6			
112. Taux ajusté de prévalence du diabète^{1,4} (2003-2004) %					
Total (20 ans et plus)	5,7 (-)	6,4			
Hommes (20 ans et plus)	6,8 (-)	7,3			
Femmes (20 ans et plus)	4,8 (-)	5,6			

	Capitale-Nationale	Ensemble du Québec		Capitale-Nationale	Ensemble du Québec
ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE OU MENTALE					
138. Taux ajusté d'hospitalisation pour certains diagnostics associés à des facteurs de risque environnementaux^{1,4} (2000-2004) p. 10 000					
Autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques	23,9 (+)	21,0			
Affections cardio-pulmonaires aiguës	2,4	2,6			
Troubles du rythme cardiaque	17,3 (+)	15,0			
Bronchite et bronchiolite aiguës	6,2	5,9			
Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes	1,3	1,4			
Avortements spontanés	1,1 (-)	3,3			
Anomalies congénitales	5,4 (+)	4,8			
139. Taux ajusté de mortalité pour certaines maladies associées à des facteurs de risque environnementaux^{1,4} (2000-2003) p. 100 000					
Tumeur maligne de l'appareil respiratoire	70,0	71,2			
Tumeur maligne du rein	3,9	4,9			
Tumeur maligne du cerveau	5,4	5,7			
Autres formes des cardiopathies ischémiques	2,4	3,3			
Troubles du rythme cardiaque	6,1	5,6			
Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires	1,6	2,5			
Anomalies congénitales	2,8	2,4			
Maladies liées au milieu de travail					
140. Travailleurs n'ayant pas une grande latitude de prise de décision au travail¹ (2000-2001) %					
Total (15-74 ans)	40,1	43,5			
Hommes (15-74 ans)	35,9	40,6			
Femmes (15-74 ans)	44,6	46,9			
141. Travailleurs éprouvant un stress quotidien élevé au travail¹ (2003) %					
Total (15-74 ans)	40,6	39,6			
Hommes (15-74 ans)	36,2	36,2			
Femmes (15-74 ans)	45,7	43,7			
142. Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées^{1,2} (2001) p. 1 000	41,8 (-)	44,2			
143. Durée moyenne d'indemnisation des lésions professionnelles déclarées et indemnisées² (2003) jours	49,7	59,4			
144. Nombre de nouveaux cas de mésothéliomes de la plèvre (1999-2002) nombre moyen	10	102			
			145. Population ne se percevant pas en bonne santé mentale¹ (2003) %		
			Total (12 ans et plus)	2,1 (-)	3,6
			Hommes (12 ans et plus)	* 2,0	3,5
			Femmes (12 ans et plus)	* 2,3	3,8
			146. Population ayant quelquefois ou jamais de sommeil réparateur¹ (2000-2001) %		
			Total (12 ans et plus)	21,0	23,5
			Hommes (12 ans et plus)	17,9	21,0
			Femmes (12 ans et plus)	23,7	25,9
			147. Population éprouvant un stress quotidien élevé¹ (2003) %		
			Total (15 ans et plus)	29,2	28,4
			Hommes (15 ans et plus)	30,3	27,6
			Femmes (15 ans et plus)	28,2	29,3
			148. Population ayant vécu un épisode dépressif majeur¹ (2000-2001) %		
			Total (12 ans et plus)	7,5	7,9
			Hommes (12 ans et plus)	* 5,5	5,9
			Femmes (12 ans et plus)	9,4	9,9
			149. Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool^{1,4} (2000-2003) p. 100 000	60,9	62,0
			150. Population de 15 ans et plus présentant des idées suicidaires sérieuses¹ (2000-2001) %	* 2,5	2,4
			151. Taux ajusté de mortalité par suicide^{1,4} (2000-2003) p. 100 000		
			Total	20,4 (+)	17,7
			Hommes	31,2	28,4
			Femmes	10,0 (+)	7,4

Notes

1. La différence avec le reste du Québec a fait l'objet d'un test statistique au seuil alpha de 0,01.
 2. Il ne s'agit pas de la région de résidence mais plutôt de la région où l'événement a été enregistré.
 3. La différence avec l'ensemble du Québec a fait l'objet d'un test statistique au seuil alpha de 0,05.
 4. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.
- (-)(+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.
* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

Bibliographie

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (2007). Compilations spéciales.

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (2007b). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, Québec, 137 p.

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (2006a). *Convention « Clinique-Réseau-Québec »*, Québec, 12 p.

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (2006b). *Système de récupération des seringues et des aiguilles d'usage domestique pour la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Direction régionale de santé publique (communiqué).

Agence de santé publique du Canada (2007). *Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT)*, http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/index_f.html.

Alaimo, K., C. Olson, E.A. Frongillo et R.R. Briefel (2001). « Food Insufficiency, Family Income, and Health in US Preschool and School-Aged Children », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 5, p. 781-786.

Allard, F., A. Bourret et G. Tremblay (2005). *Maintien de l'engagement paternel après la rupture : point de vue de mères vivant en situation de pauvreté*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 61 p.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2000). *Evaluation of Cesarean Delivery*, Washington D.C., The American College of Obstetricians and Gynecologists, 59 p.

April, N. et P. Rouillard (2001). *Services de première ligne en alcoolisme et toxicomanie*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 32 p.

Association canadienne pour la santé mentale (2007). *Définition de la santé mentale*, site Internet de l'Association canadienne pour la santé mentale de Chaudière-Appalaches, <http://www.acsm-ca.qc.ca/>.

Aubin, J. et al. (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 520 p.

Aubin, J. et L. Caouette (1998). « L'usage de la cigarette au Québec de 1985 à 1994 : une comparaison avec le Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, n° 1, p. 22-27.

Babor, T. et al. (2003). *Alcohol : No Ordinary Commodity, Research and Public Policy*, United Kingdom, Oxford University Press, 290 p.

Baillargeon, P. (2006a). *Présence au Québec en 2006 des immigrants admis de 1995 à 2004*, Québec, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 44 p.

Baillargeon, P. (2006b). *Portraits régionaux 2000-2004. Caractéristiques des immigrants établis au Québec et dans les régions en 2006*, Québec, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 50 p.

Beaucage, C., M. Fortier et J.-L. Bouillon (2006). *Profil et évolution des hospitalisations en soins psychiatriques de courte durée pour les résidents de la région de la Capitale-Nationale 1998-2004*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 111 p.

Beauchesne-Rondeau, E. et P. Chaumette (2004). *Situation environnementale de la nutrition dans les écoles de la région de la Capitale-Nationale*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 132 p.

- Beaupré, P. et E. Cloutier (2007). *Vivre les transitions familiales : résultats de l'enquête sociale générale 2006*, Ottawa, Statistique Canada, 30 p.
- Berthelot, M., J. Camirand et R. Tremblay (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.
- Bloomgarden, Z.T. (2004). « Type 2 Diabetes in the Young. The Evolving Epidemic », *Diabetes Care*, vol. 27, n° 4, p. 998-1010.
- Britton, J.R. (1998). « Postpartum Early Hospital Discharge and Follow-up Practices in Canada and the United States », *Birth*, vol. 25, n° 3, p. 161-169.
- Brodeur, J.-M. et al. (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, collection Analyses et surveillance, n° 18, 152 p.
- Brodeur, J.-M., M. Olivier, M. Payette, M. Benigeri, S. Williamson et C. Bedos (1998). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, collection Analyses et surveillance, n° 11, 161 p.
- Bureau, J. (2000). « Bienheureuse solitude », *Psychologie Québec*, vol. 17, n° 1, p. 12-15.
- Canadian Study of Health and Aging Working Group (1994). « Canadian Study of Health and Aging : study methods and prevalence of dementia », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 150, n° 6, p. 899-913.
- Caselli, G., G. Wunsch et J. Vallin (sous la direction de) (2002). « Mortalité, sexe et genre » dans *Démographie : analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité*, Paris, Institut national d'études démographiques, p. 319-350.
- Casey, P.H. et al. (2005). « Child Health-Related Quality of Life and Household Food Security », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 159, n° 1, p. 51-56.
- Centers for Disease Control and Prevention (1995). « Trends in Length of Stay for Hospital Deliveries : United States, 1970-1992 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 44, n° 17, p. 335-337.
- Chamberland, C., S. Léveillé et N. Trocme (sous la direction de) (2007). *Enfants à protéger – Parents à aider. Des univers à rapprocher*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 480 p.
- Chen, J., M. Fair, R. Wilkins et M. Cyr (1998). « Niveau de scolarité de la mère et mortalité foetale et infantile au Québec », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, p. 57-70.
- Chevalier, S., R. Ladouceur, C. Jacques, D. Allard, D. Hamel et S. Sévigny (2004). *Comportement de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*, Montréal et Québec, Institut national de santé publique du Québec et Université Laval, 91 p.
- Christilaw, J.E. (2006). « Cesarean Section by Choice : Constructing a Reproductive Rights Framework for the Debate », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 94, n° 3, p. 262-268.
- Comité permanent sur les troubles concomitants (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 48 p.
- Commission de coopération environnementale (2006). *La santé des enfants et l'environnement en Amérique du Nord. Premier rapport sur les indicateurs et les mesures disponibles*, Montréal, 120 p.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2006). *Programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD)*, Commission de la santé et de la sécurité du travail, <http://www.csst.qc.ca/>.
- Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes Board on Health Sciences Policy (2006). *Preterm Birth : Causes, Consequences, and Prevention*, Washington D.C., Institute of Medicine, A. Stith Butler et R.E. Behrman (sous la direction de), 609 p.
- Conseil canadien pour le contrôle du tabac (2007). Site Internet du Conseil canadien pour le contrôle du tabac, <http://www.cctc.ca>.
- Corbeil, P., S. Arpin et J.-M. Brodeur (2007). « Portrait de la santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus hébergées en Centre d'hébergement de soins de longue durée en Monterégie, à Montréal et à Québec », *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, vol. 44, p. 119-127.
- Currie, S.R. et al. (2006). « Risk of Harm among Gamblers in the General Population as a Function of Level of Participation in Gambling Activities », *Addiction*, vol. 101, n° 4, p. 570-580.

- Dalby, D.M. (1996). « Postpartum Safety and Satisfaction Following Early Discharge », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, n° 2, p. 90-94.
- De Wals, P. et al. (2007). « Reduction in Neural-Tube Defects after Folic Acid Fortification in Canada », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 2, p. 21-28.
- Desrosiers, H. (sous la direction de) et al. (2005). *Enquête de nutrition des enfants québécois de 4 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 163 p.
- Développement économique Canada (2003). *L'économie du Québec et de ses régions. Analyse des tendances 2003*, Direction générale, Planification et orientation stratégiques, 77 p.
- Direction de santé publique de la Capitale-Nationale (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.
- Direction de santé publique de la Capitale-Nationale (2007). *Compilations spéciales*.
- Direction de santé publique de la Montérégie (à paraître). *Portrait des coûts de santé associés à l'allergie au pollen de l'herbe à poux pour 2005*, préparé pour la Table québécoise sur l'herbe à poux (TQHP).
- Dubé, G., L. Pica, L. Martin et A. Émond (2005). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 186 p.
- Dubois, L., A. Farmer, M. Girard et M. Porcherie (2006). « Family Food Insufficiency is Related to Overweight Among Preschoolers' », *Social Sciences and Medicine*, vol. 63, n° 6, p. 1503-1516.
- Dugal, S. (2004). *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale-Nationale, population adulte*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 76 p.
- Dupont, M.A., R. Pampalon et D. Hamel (2004). *Inégalités sociales de mortalité des femmes et des hommes atteints de cancers au Québec, 1994-1998*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p.
- Dupuis, F. et al. (2006). « Région administrative de la Capitale-Nationale. Survol de la situation économique », *Études économiques régionales*, Mouvement Desjardins, vol. 4, n° 3, 16 p.
- Éco-Santé (2007). *Éco-Santé Québec 2007*, <http://www.ecosante.fr>.
- Emploi-Québec (2005). *Perspectives sectorielles du marché du travail 2005-2009, région de la Capitale-Nationale*, Québec, Direction régionale de la Capitale-Nationale, 14 p.
- Fawcett, G et K. Scott (2007). *Une décennie perdue : la pauvreté urbaine au Canada de 1990 à 2000*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 64 p.
- Fellegi, I.P. (1997). *À propos de la pauvreté et du faible revenu*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 13F007, 2 p.
- Ferland, M. (2001). *Inégalités de santé et de bien-être liées au revenu dans la région de Québec en 1998 : un premier bilan inquiétant*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 13 p.
- Ferland, M. et M. Pageau (2005). *Principaux résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 dans la région de la Capitale-Nationale*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 85 p.
- Frigon, M., D. Laliberté, G. Tremblay et J. Villeneuve (2007). *Rapport annuel 2006 – Maladies à déclaration obligatoire – Région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 92 p.
- Frigon, M., D. Laliberté, G. Tremblay et J. Villeneuve (2006). *Rapport annuel 2005 – Maladies à déclaration obligatoire – Région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 82 p.
- Gagné, M. (2006). *La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes Québécois de moins de 20 ans : une comparaison internationale*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 100 p.
- Gagnon, E. et al. (2001). *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 26 p.

- Garriguet, D. (2006). « Les habitudes alimentaires des Canadiens 2004 », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 2, p. 17-33.
- Giesbretch, N., M. Roerecke et J. Rehm (2005). *Alcool et maladies chroniques. Incidences sur les politiques et les stratégies de prévention au Canada*, Ottawa, Santé Canada, Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur l'alcool, 52 p.
- Girard, C. (2006). « Combien partent? Combien reviennent? Suivi des trajectoires migratoires des jeunes au Québec », *Données sociodémographiques en bref*, Institut de la statistique du Québec, vol. 10, n° 2, p. 1-4.
- Gouvernement du Canada (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006*, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, catalogue HP5-19/2006F, 199 p.
- Gouvernement du Québec (2007a). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, LRO, c. S-A-4.2, art. 346.0.1, Québec, Les Publications du Québec.
- Gouvernement du Québec (2007b). *Lutte au cancer du col de l'utérus – Le ministre Philippe Couillard annonce l'implantation du Programme de vaccination contre le VPH au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (communiqué).
- Gouvernement du Québec (2006). *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, LRO, c. A-3.001, art. 2, Québec, Les Publications du Québec.
- Guay, M. et al. (2005). *Étude de validation et d'appréciation des fichiers de vaccination des populations de l'Estrie, de la Montérégie et de Québec – Rapport d'évaluation*, Greenfield Park, Centre de recherche Hôpital Charles-LeMoine, 70 p.
- Guilbert, E. et al. (2006). *Programme d'éducation à la sexualité fondé sur le pouvoir d'agir et de réfléchir (E.S.P.A.R.)*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 1009 p.
- Guilbert, E., M. Fortier et P. Mercier (2004). *Grossesse à l'adolescence 1998-2000 et interruption volontaire de grossesse 1998-2002 dans la région de la Capitale-Nationale*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 28 p.
- Haas, S.A. (2007). « The Long-Term Effects of Poor Childhood Health : an Assessment and Application of Retrospective Reports », *Demography*, vol. 44, n° 1, p. 113-135.
- Hamel, D. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 462 p.
- Houle, V. (2007). *Avis de santé publique sur l'implantation d'un salon de jeux à l'Hippodrome de Québec*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 21 p.
- Houle, V. (2003). *Prévention de la dépression chez les adolescents et les adolescentes à risque : consultation sur la faisabilité de l'implantation d'un programme dans la région de Québec*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction régionale de santé publique, 66 p. et annexes.
- Infocentre de santé publique du Québec (2007). *Compilations spéciales*.
- Institut canadien d'information sur la santé (2007). *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 58 p.
- Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Donner naissance au Canada : un profil régional*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 68 p.
- Institut de la statistique du Québec (2007a). Site Internet de l'Institut de la statistique du Québec, <http://www.stat.gouv.qc.ca>.
- Institut de la statistique du Québec (2007b). *Bulletin statistique régional. Capitale-Nationale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques économiques et sociales, vol. 4, n° 1, 24 p.
- Institut de la statistique du Québec (2007c). *Bulletin flash : Taux de faible revenu, Édition 2007*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 10 p.
- Institut de la statistique du Québec (2004). *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain, Volume 1*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 42 p.
- Institut de la statistique du Québec (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 13 - Comportements alimentaires, p. 101-116.
- Institut national de santé publique du Québec (2007). *Prévention par la vaccination des maladies attribuables aux virus du papillome humain au Québec*, Québec, 76 p.

- Institut national de santé publique du Québec (2007a). *Espérance de vie générale, région de la Capitale-Nationale, indice matériel seulement, pour la période 2000-2003* (compilations spéciales fournies par monsieur Denis Hamel).
- Institut national de santé publique du Québec (2007b). *Santéscope*, site Internet de l'Institut national de santé publique du Québec, <http://www.inspq.qc.ca/>.
- Institut national de santé publique du Québec (2006). *Caractéristiques des souches de Clostridium difficile au Québec en 2005. Impact sur l'incidence et la fréquence des complications des diarrhées associées au Clostridium difficile*, Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels et Laboratoire de santé publique du Québec, 37 p.
- Institut national de santé publique du Québec (2005a). *Surveillance des diarrhées associées à Clostridium difficile au Québec. Résultats préliminaires du 22 août au 13 novembre 2004*, Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels et Laboratoire de santé publique du Québec, 16 p.
- Institut national de santé publique du Québec (2005b). *Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au Clostridium difficile au Québec. Lignes directrices pour les établissements de soins, 3^e édition*, Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, 87 p.
- Institut national de santé publique du Québec (2004). *Compilations spéciales*.
- Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas déclarés de janvier à juin 2006 et cas cumulatifs d'avril 2002 à juin 2006*, Québec, gouvernement du Québec, 84 p.
- Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec (2006a). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 131 p.
- Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec (2006b). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Québec, gouvernement du Québec, 659 p.
- Jaffe, P. et M. Suderman (1999). *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et services sociaux*, Santé Canada, Unité de prévention de la violence familiale, mise à jour du 24 mars 2007 (produit électronique).
- Jolicœur et associés (2007). *L'usage du tabac, les habitudes des fumeurs et l'opinion de la population à l'égard du tabac*, Vague du printemps 2007, 32 p.
- Kawachi, I., B.P. Kennedy et R. Glass (1999). « Social Capital and Self-Rated Health : A Contextual Analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 8, p. 1187-1193.
- Kilbride, H.W., K. Thorstad et D.K. Daily (2004). « Preschool Outcome of Less than 801 Gram Preterm Infants Compared with Full-Term Siblings », *Journal of Pediatrics*, vol. 113, n° 4, p. 742-747.
- Kino-Québec (2005). *Les cibles d'action 2005-2008 du programme Kino-Québec*, Québec, gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, et ministère de la Santé et des Services sociaux, 48 p.
- Kohler, B. et I. Andreen (1994). « Influence of Caries-Preventive Measures in Mothers on Cariogenic Bacteria and Caries Experience in their Children », *Archives of Oral Biology*, vol. 39, n° 10, p. 907-911.
- Kramer, M.S. et al. (2002). « Why are Babies Getting Bigger? Temporal Trends in Fetal Growth and its Determinants », *Journal of Pediatrics*, vol. 141, n° 4, p. 538-542.
- Kramer, M.S., L. Séguin, J. Lydon et L. Goulet (2000). « Socio-Economic Disparities in Pregnancy Outcome : Why do the Poor Fare so Poorly? », *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 14, n° 3, p. 194-210.
- Kristensen, J. et al. (2005). « Pre-Pregnancy Weight and the Risk of Stillbirth and Neonatal Death », *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 112, n° 4, p. 403-408.
- Ladouceur, R., C. Jacques, S. Chevalier, S. Sévigny, D. Hamel et D. Allard (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec, 83 p.
- Ladouceur, S. et D. Bilodeau (2006). « Produit intérieur brut et revenu personnel des régions : un parallèle », *L'Écostat*, Institut de la statistique du Québec, décembre 2006, p. 11-20.

- Lagiou, P. et al. (2004). « Diet during Pregnancy in Relation to Maternal Weight Gain and Birth Size », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 58, n° 2, p. 231-237.
- Lancôt, P. et G. Fréchet (2002). *Les seuils de faible revenu personnalisés de Statistique Canada*, Québec, ministère de la Solidarité sociale, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, 4 p.
- Langlois, S. (2003). « La région de Québec, un tissu social en profonde mutation » dans *Le choc démographique. La population de la Communauté métropolitaine de Québec à l'aube du XXI^e siècle*, Québec, Commission de la capitale nationale du Québec, ministère des Affaires municipales et de la Métropole, et Institut de la statistique du Québec, p. 139-148.
- Langlois, S. et P. Morrison (2002). « Suicides et tentatives de suicide », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 2, p. 9-24.
- Lavallée C. et S. Stan (2004). « Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 35-62.
- Lemelin, A. et P. Mainguy (2005). « L'estimation du produit intérieur brut régional (PIBR), 1997-2000 », *L'Écostat*, Institut de la Statistique du Québec, décembre 2006, p. 11-20.
- Lepage, P. (2002). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*, Québec, gouvernement du Québec, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 88 p.
- Lesage, A.D. (1996). « Les maladies affectives et le suicide » dans *Démystifier les maladies mentales : les dépressions et les troubles affectifs cycliques*, Jean Leblanc et coll., Montréal, Éditions Gaëtan Morin, p. 233-252.
- Makomaski Illing, E.M. et M.J. Kaiserman (2004). « Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1998 », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, n° 1, p. 38-44.
- Marcotte, D. et P. Baron (1995). « L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotive-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs en milieu scolaire », *Revue canadienne de counseling*, vol. 27, n° 2, p. 76-92.
- McDaniel, S.A. et C. Strike (1994). *La famille et les amis : Enquête sociale générale, série analytique*, Ottawa, Ministère de l'Industrie (Statistique Canada, n° 11-612 au catalogue).
- Meslé, F. (2004). *Population & sociétés : Espérance de vie : un avantage féminin menacé ?*, Paris, Institut national d'études démographiques (INED), n° 402, 4 p.
- Millar, W.J. et G. Hill (2004). « Grossesse et usage du tabac », *Rapports sur la santé*, vol. 15, n° 4, p. 55-58.
- Millar, W.J. et J. Chen (1998). « Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, p. 47-56.
- Ministère de l'Éducation (2003). *Le plaisir de lire et d'écrire ça commence bien avant l'école, Cahier de mise en œuvre 2003-2007*, Québec, gouvernement du Québec, 26 p.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). Site Internet du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, <http://www.mels.gouv.qc.ca/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007a). *Atlas de la santé et des services sociaux du Québec, Indicateurs, défavorisation (2001)*, <http://www.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/altas>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007b). *Environnement intérieur*, <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007c). *La santé autrement dit... pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Québec, gouvernement du Québec, 21 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007d). *Protocole d'immunisation*, Québec, gouvernement du Québec, 471 p. (et mises à jour de 2004 à 2007).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007e). *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, Québec, gouvernement du Québec, Direction de la lutte contre le cancer, 39 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006a). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, Québec, gouvernement du Québec, 14 p.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006b). Site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, <http://www.msss.gouv.qc.ca>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006c). *Rapport annuel ITS 2005*, Québec, gouvernement du Québec, Bureau de surveillance et de vigilance sanitaire (produit électronique).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006d). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Rapport d'activité 2004-2005*, Québec, gouvernement du Québec, 54 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a). *Devenir un GMF - Guide d'accompagnement*, Québec, gouvernement du Québec, 72 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005b). *Projections de population selon le territoire de CLSC, le sexe et l'année d'âge, au 1^{er} juillet, 2001 à 2026*, Québec, gouvernement du Québec, Service du développement de l'information (produit électronique).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*, Québec, gouvernement du Québec, 79 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Québec, gouvernement du Québec, 61 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Priorités nationales de santé publiques 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^e bilan*, Québec, gouvernement du Québec, 261 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action !*, Québec, Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, 52 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*, Québec, gouvernement du Québec, 61 p.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2006a). *Statistique 2005 sur la Criminalité au Québec*, Québec, gouvernement du Québec, Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité, 87 p.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2006b). *Statistique 2005. Les agressions sexuelles au Québec*, Québec, gouvernement du Québec, Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité, 28 p.
- Ministère des Transports du Québec (2007). Dépôt du *Rapport de la Table québécoise de la sécurité routière – Québec annonce six actions prioritaires* (5 juillet 2007), http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/accueil/salle_presse_virtuelle/.
- Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (2007a). *Programme Environnement-Plage*, <http://www.mddep.gouv.qc.ca/programmes/env-plage/>.
- Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (2007b). *Indice de la qualité de l'air*, <http://www.mddep.gouv.qc.ca/air/iqa/index.htm>.
- Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (2007c). *Portrait statistique : mauvaise qualité de l'air et smog*, <http://www.mddep.gouv.qc.ca/air/info-smog/portrait/portrait.pdf>.
- Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (2006). *Portrait socioéconomique des régions du Québec. Édition 2006*, Québec, gouvernement du Québec, Direction de l'analyse économique et des projets spéciaux, 111 p.
- Mongeau, L., 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, 23 p.
- Morasse, J. A. (2005). *Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, et ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 94 p.
- Morency, S. et P. Chaumette (2007). *Portrait des environnements alimentaires des sites sportifs, récréatifs et culturels municipaux de la Ville de Québec*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 200 p.
- MRC de Portneuf (2007). *Économie régionale*, <http://mrc.portneuf.com/>.
- Murray, C.L. et A.D. Lopez (éditeurs) (1996). *The Global Burden of Disease and Injury Series, volume 1 : A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge, MA, publié par Harvard School of Public Health pour l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale, Harvard University Press, 990 p.

Neill, G., B. Beauvais, N. Plante et L.N. Hajek (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 92 p.

Noël, L., P.R. Allard et R. Cloutier (2007). *Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection au Québec (distribution, vente et récupération) 2006/2007*, Québec, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 79 p.

Organisation mondiale de la santé (2006). *First Conference of the Parties to the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control* (données présentées à Genève du 6 au 17 février 2006), Genève, Organisation mondiale de la santé, 2 p.

Organisation mondiale de la santé (2003a). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease. Technical report Series 916*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 149 p.

Organisation mondiale de la santé (2003b). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS* (série de rapports techniques), Genève, Organisation mondiale de la santé, n° 894, 284 p.

Organisation mondiale de la santé (2001). *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale, Aide-mémoire n° 220*, site Internet de l'Organisation mondiale de la santé, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.

Pageau, M., R. Choinière, M. Ferland et Y. Sauvageau (2001). *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 432 p.

Palacio-Quintin, E. et R. Coderre (1999). *Les services de garde à l'enfance. Influence des différents types de garde sur le développement de l'enfant* (rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale), Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychologie, Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, 125 p.

Pampalon, R., D. Hamel et P. Gamache (2006). *Évolution temporelle de la mortalité selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 20 p.

Pampalon, R., D. Hamet et G. Raymond (2004). *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec – Mise à jour 2007*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p.

Paquet, G. et B. Tellier (2005). « La mesure de la santé physique dans l'Enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 2, p. 95-117.

Paradis, M. et P. Racine (2006). *Évaluation des interventions et des activités liées à la problématique de l'abus, la négligence et la violence à l'endroit des aînés*, Beauport, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 91 p.

Pelletier, G. (2005). *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*, Québec, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 220 p.

Pérez, C. et M.P. Beaudet (1999). « La santé des mères seules », *Rapports sur la santé*, vol. 11, n° 2, p. 23-36.

Petersen, D.M. (2002). « The Potential of Social Capital Measures in the Evaluation of Comprehensive Community-Based Health Initiatives », *American Journal of Evaluation*, vol. 23, n° 1, p. 55-64.

Régie de l'assurance-maladie du Québec (2007). *Statut des inscriptions GMF*.

Régie de l'assurance-maladie du Québec (2006). *Nouvelle entente relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle*, communiqué 111, Québec, gouvernement du Québec, Direction de la normalisation et des services techniques, 19 p.

Reinharz, D., J.-P. Trépanier, F.N. Fondjé et G. Burigusa (2006). *Analyse organisationnelle de l'offre de services de santé et de services sociaux aux itinérants de la ville de Québec*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, et Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, 60 p.

Ricciuto, L., V. Tarasuk et A. Yatchew (2006). « Socio-Demographic Influences on Food Purchasing among Canadian Households », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 60, n° 6, p. 778-790.

Ross, L. et H. François (2007). *Profil du suicide au Québec 1981-2005 : mise à jour en 2007*, Québec, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Service de surveillance de l'état de santé, 27 p. (diaporama).

Rotermann, M. (2007). « Rupture conjugale et dépression subséquente », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 2, p. 35-46.

Roy, I. (2004). *Portrait du réseau d'aide alimentaire de la région de la Capitale nationale, 2002-2003*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 93 p.

- Santé Canada (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004) – Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens*, Ottawa, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, 118 p.
- Santé Canada (2004a). *Durée de l'allaitement maternel exclusif. Recommandations de Santé Canada*, 2004, Ottawa, 4 p.
- Santé Canada (2004b). *Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada*, Ottawa, gouvernement du Canada, 91 p.
- Santé Canada (2002). *Les anomalies congénitales au Canada – Rapport sur la santé périnatale*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 91 p.
- Schultz, S.E. et J.A. Kopec (2003). « Effets des problèmes de santé chroniques », *Rapport sur la santé*, vol. 14, n° 4, p. 45-58.
- Scott, V., M. Pearce et C. Pengelly (2005). *Rapport technique : Les blessures résultant de chutes des Canadiens âgés de 65 ans et plus*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 16 p.
- Sebire, N.-J., M. Jolly, J. Harris et S. Robinson (2001). « Is Maternal Underweight Really a Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcome? A Population-Based Study in London », *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 108, n° 1, p. 61-66.
- Shields, M. (2005). « Obésité mesurée. L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada », *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, n° 1, Ottawa, gouvernement du Canada, Statistique Canada, catalogue 82-620-MWF2005001, 36 p.
- Shields, M. et S. Shooshtari (2001). « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, p. 39-63.
- Simoneau, H. (2006). « Alcochoix+...ou apprendre aux buveurs à risque à gérer leur consommation d'alcool », *L'Écho-Toxico*, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, vol. 16, n° 2, p. 10-11.
- Société canadienne du cancer (2007). Site Internet de la Société canadienne du cancer, <http://www.cancer.ca/>.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (1998). *Clinical Practice Guidelines : Healthy Beginnings : Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*, Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).
- Somers, J.M., E.M. Goldner, P. Waraich, L. Hsu (2006). « Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders : A Systematic Review of the Literature », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 2, p. 100-113.
- Statistique Canada (2007a). *Le revenu au Canada, 2005*, Ottawa, catalogue 75-202-XWF, 144 p.
- Statistique Canada (2007b). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale et bien-être*, Ottawa, catalogue 82-617-XIF, site Internet de Statistique Canada, <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/>.
- Statistique Canada (2006a). *Rapport sur l'état de la population du Canada, 2003 et 2004*, Ottawa, catalogue 91-209-XIF, 116 p.
- Statistique Canada (2006b). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1 (2005). Fichier de microdonnées à grande diffusion*, Ottawa, catalogue 82M0013XCB (produit électronique).
- Statistique Canada (2005). *Évolution des conditions de logement dans les régions métropolitaines de recensement au Canada, 1991-2001*, Ottawa, catalogue 89-613-MWF2004005, 94 p.
- Statistique Canada (2001). « La santé de la population canadienne. Rapport annuel 2001. Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme », *Rapports sur la santé*, vol. 12 (numéro spécial), n° 3, 65 p.
- Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Indicateurs de la santé*, vol. 2006, n° 1, Ottawa, catalogue 82-221-XIF (produit électronique).
- St-Laurent, D. et C. Bouchard (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 23 p.
- Table québécoise de la sécurité routière (2007). *Pour améliorer le bilan routier. Premier rapport de recommandations de la Table québécoise de la sécurité routière*, Québec, 50 p.
- Thibault, N. (2006). « Plus de bébés au Québec en 2005 et 2006 », *Données sociodémographiques en bref*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 11, n° 1, p. 1-4.
- Tjepkema, M. (2005). « Obésité mesurée. Obésité chez les adultes au Canada : poids et grandeur mesurés », *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, n° 1, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-620-MWF2005001, 36 p.

- Tjepkema, M. (2004). « Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites », *Rapports sur la santé – Supplément : La santé de la population canadienne*, Ottawa, Statistique Canada, vol. 15, p. 9-72.
- Tremblay, G. (2007). *Bilan influenza 2006-2007, Programme immunisation, Région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 36 p.
- Tremblay, I. et D. Laliberté (2004). *Les jeunes travailleurs de la région de Québec – Portrait des lésions professionnelles des jeunes de 24 ans et moins* (fiche synthèse, la santé au travail, vol. 2, n° 2), Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 4 p.
- Tremblay, I. et D. Laliberté (2004a). *Pour une maternité sans danger. Portrait des demandes de retrait préventif des travailleuses de la région de Québec de 1999 à 2002*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 4 p.
- Tremblay, L. et coll. (2007). *L'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la Capitale-Nationale : Tout-petits, grands espoirs*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 152 p.
- Tremblay, L. et M.-C. Lepage (2006). *Bilan du programme OLO 1999-2000 à 2004-2006 : un outil pour sa consolidation en CSSS*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 108 p.
- Tremblay, M.S. et J.D. Willms (2002). « Secular Trends in the Body Mass Index of Canadian Children », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n° 11, p. 1429-1433.
- Trudel, G. (à paraître). *La prévention des intoxications involontaires au monoxyde de carbone : étude descriptive des cas d'intoxications sévères et des sources d'exposition traités à la chambre hyperbare et identification des comportements à risque de ces intoxications dans la région de Québec et Chaudière-Appalaches* (projet de maîtrise en santé communautaire sous la direction de Denis Laliberté), Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique.
- Turcotte, N. (2006). *Tableaux sur l'immigration au Québec, 2001-2005*, Québec, gouvernement du Québec, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 42 p.
- Wax, J.R., A. Cartin, M.G. Pinette et J. Blackstone (2004). « Patient Choice Cesarean : An Evidence-Based Review », *Obstetrical and Gynecological Survey*, vol. 59, n° 8, p. 601-616.
- Wen, S.W., S. Liu, S. Marcoux et D. Fowler (1998). « Trends and Variations in Length of Hospital Stay for Childbirth in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 7, p. 875-880.

Portrait de santé

de la région de la Capitale-Nationale
2008

Les analyses

Deux volumes et une affiche composent l'édition 2008 du *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale*.

Le premier, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, présente une interprétation des données sur la santé de la population de la région de la Capitale-Nationale. Dans cet ouvrage, dix thèmes sont relatifs à l'évolution de la santé de la population et six thèmes renvoient aux milieux de vie, aux comportements et aux contextes qui déterminent notre santé.

Le second, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, regroupe des données couvrant un large éventail de sujets liés à la santé publique. Ainsi, il constitue, pour la région de la Capitale-Nationale, un véritable annuaire statistique.

Enfin, une affiche basée sur les informations tirées du volume *Les statistiques* complète cette version 2008.

Ce document constitue le prolongement régional du *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, produit par l'Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec et auquel avaient contribué les auteurs.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : (418) 666-7000
Télécopieur : (418) 666-2776
Site Internet
www.dspq.qc.ca