



Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006

DEUXIÈME RAPPORT NATIONAL SUR L'ÉTAT DE SANTÉ
DE LA POPULATION DU QUÉBEC

Les analyses

Québec 

Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006

DEUXIÈME RAPPORT NATIONAL SUR L'ÉTAT DE SANTÉ
DE LA POPULATION DU QUÉBEC

Les analyses

**Institut national
de santé publique**

Québec 

Avec la collaboration de :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Institut de la statistique

CRÉDITS

AUTEURS

Institut national de santé publique du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Institut de la statistique du Québec

RESPONSABLE ÉDITORIAL

Alain Poirier, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

COMITÉ DE RÉDACTION

Robert Choinière, Institut national de santé publique du Québec
Marc Ferland, Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec

Michel Pageau, Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Yves Sauvageau, Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

CONTRIBUTION À LA RÉDACTION

1.1 L'évolution démographique au Québec : un vieillissement rapide
de la population et une décroissance à l'horizon

Laurie Paquette, Institut national de santé publique du Québec

1.2 Les conditions socioéconomiques des Québécois :
meilleures qu'avant, moins favorables qu'ailleurs

Carolyne Alix, Institut national de santé publique du Québec

1.3 Les soins de santé et les services préventifs : un portrait partiel
d'un système de santé complexe

Jean-Frédéric Lévesque, Institut national de santé publique
du Québec et Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal

Raynald Pineault, Institut national de santé publique
du Québec et Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal

Pierre Tousignant, Institut national de santé publique
du Québec et Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal

1.4 La santé environnementale sous surveillance

Magalie Canuel, Institut national de santé publique du Québec

Pierre Gosselin, Institut national de santé publique du Québec

Germain Lebel, Institut national de santé publique du Québec

1.5 Des habitudes de vie et des comportements qui façonnent
notre santé

Éric Fortin, Institut de la statistique du Québec

2.3 La guerre contre les maladies transmissibles : plus de victoires
que de défaites

Monique Douville-Fradet, Institut national de santé publique
du Québec

2.4 Les traumatismes non intentionnels : il faut y regarder de plus près

Mathieu Gagné, Institut national de santé publique du Québec

Yvonne Robitaille, Institut national de santé publique du Québec

2.5 L'environnement social et les problèmes d'adaptation : un aperçu

Lise Dunnigan, ministère de la Santé et des Services sociaux

2.6 La santé mentale des Québécois : des constats nuancés

Marthe Hamel, ministère de la Santé et des Services sociaux

3.2 La santé maternelle et infantile au Québec : poursuivons
les efforts !

Lucie Ross, ministère de la Santé et des Services sociaux

3.3 Les jeunes au Québec : prendre un bon départ dans la vie

Jacinthe Aubin, Institut de la statistique du Québec

3.4 La santé et le travail au Québec : les risques du métier ?

Robert Arcand, Institut national de santé publique du Québec

2.1 La santé : la richesse collective des Québécois

2.2 Les maladies chroniques : celles dont on souffre et
celles dont on meurt

3.1 Les différences de santé et de bien-être entre les hommes
et les femmes : des tendances claires mais qui s'atténuent

3.5 Les aînés : plus nombreux et en meilleure santé

Robert Choinière, Institut national de santé publique du Québec

Marc Ferland, Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec

Michel Pageau, Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Yves Sauvageau, Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Institut national de santé publique du Québec et ministère de la
Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec
l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et
de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état
de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec,
131 pages.

Ce document est disponible en version intégrale sur les sites Web de
l'Institut national de santé publique du Québec (<http://www.inspq.qc.ca>)
et du ministère de la Santé et des Services sociaux
(<http://www.msss.gouv.qc.ca>).

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont auto-
risées en vertu de l'article 29 de la *Loi sur le droit d'auteur*. Toute autre
utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec
qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document.
Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au
guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications
du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :
<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un
courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

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

CONCEPTION GRAPHIQUE

Lucie Chagnon

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Cote : INSPQ-2006-080

Dépôt légal – 4^e trimestre 2006

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 13 : 978-2-551-22956-7 (version imprimée)

ISBN 10 : 2-551-22956-1 (version imprimée)

ISBN 13 : 978-2-551-22957-4 (PDF)

ISBN 10 : 2-551-22957-X (PDF)

© Gouvernement du Québec (2006)

Remerciements

Les personnes suivantes ont été consultées à l'une ou l'autre des étapes de l'élaboration de ce document. Nous les remercions pour leurs précieux commentaires.

RELECTURE DU DOCUMENT

Sylvie Bellot, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Josée Bourdages, ministère de la Santé et des Services sociaux
Élizabeth Cadieux, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Dominique Fortin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marc-André Maranda, ministère de la Santé et des Services sociaux
Gilles Pelletier, ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Provost, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

RELECTURE DE CHAPITRES SPÉCIFIQUES

Horacio Arruda, Danielle Auger, Aline Bégin, Lilianne Bertrand, Luc Bhérer, Charles Boily, Daniel Bolduc, Caroline Boucher, Yvon Brunelle, Patricia Caris, Linda Cyr, André Delorme, Lise Dunnigan, Marc Fiset, Yolaine Galarneau, Yvan Gaudet, Nicole Gauthier, Marthe Hamel, Chantal Kroon, Claude Laberge, Brigitte Lachance, Josée Laroche, France Laverdière, Céline Lemieux, Josée Lepage, Chantal Maltais, France Markowski, Louise Montreuil, Pierre Patry, Marc Plamondon, Madeleine Rochon, Lucie Ross, Guy Sanfaçon, Louise Therrien, Daniel Tremblay et Madeleine Tremblay, ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Alary, Pier-Raymond Allard, Souleymane Diabété, Marc Dionne, Micheline Fauvel, Gilles Lambert et Raymond Parent, Institut national de santé publique du Québec

Francine Bernèche, Monique Bordeleau, Jocelyne Camirand, Carole Daveluy, Hélène Desrosiers, Gaétane Dubé, Amélie Ducharme, Lucie Gingras, Bertrand Perron, Lucille Pica, Josette Thibault et Daniel Tremblay, Institut de la statistique du Québec

Paul Rivet, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

AUTRES CONTRIBUTIONS

Marie-Josée Allie, Institut national de santé publique du Québec
Marc Goneau, Institut national de santé publique du Québec
Karlyne Guilbeault, Institut national de santé publique du Québec
Sylvie Martel, Institut national de santé publique du Québec
Isabelle Mercier, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

SOUTIEN À L'ÉDITION DU DOCUMENT

Julie Trudel, Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION LINGUISTIQUE

Zone C

Message du ministre de la Santé et des Services sociaux



Plus qu'un bon état physique et psychique individuel, la santé constitue une véritable richesse collective à laquelle chaque personne et chaque communauté a la responsabilité de contribuer, à l'instar du gouvernement. Comme la connaissance éclaire l'action, on ne saurait mieux prévenir l'apparition de nombreuses maladies qu'en fondant nos décisions en faveur de la santé et du bien-être sur des informations à jour, qui reflètent la situation actuelle, avec ses nuances et ses particularités.

Le *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, que j'ai le plaisir de rendre public, présente un ensemble impressionnant d'indicateurs qui permettent cette lecture éclairée de l'état de santé des Québécoises et des Québécois. À travers 16 thèmes qui correspondent à autant d'enjeux de santé publique, le rapport propose une description fine des différents problèmes de santé présents au sein de la population ainsi que des analyses et des statistiques d'un grand intérêt. Une répartition régionale des données offre au surplus un instrument utile à la planification des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Indispensable mine de renseignements pour quiconque souhaite avoir l'heure juste sur la santé de la population québécoise, le *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* comporte également une invitation à poursuivre les efforts individuels et collectifs pour agir efficacement sur les déterminants de la santé et du bien-être. Vivre en santé, c'est un défi de solidarité qu'ensemble, nous saurons relever !

Philippe Couillard

Avant-propos

Disposer d'un ensemble de renseignements pertinents sur la santé de la population est essentiel à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques visant son amélioration. C'est pourquoi la *Loi sur la santé publique*, adoptée en 2001 par l'Assemblée nationale du Québec, établit, entre autres, la nécessité d'exercer de manière continue la surveillance de l'état de santé de la population.

Bien du chemin a été parcouru depuis l'adoption de ce nouveau cadre législatif. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* a énoncé les objectifs et les priorités d'action des prochaines années. Il détermine la finalité de la surveillance de l'état de santé de la population, l'une des quatre fonctions essentielles de santé publique avec la promotion et la protection de la santé ainsi que la prévention de la maladie. En prenant appui sur ce programme, le *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, fruit des travaux réalisés aux niveaux national et régional, a permis de circonscrire l'exercice de la fonction de surveillance, en précisant notamment les objets, les indicateurs et les sources de données nécessaires. Enfin, avec l'ouverture de la plateforme technologique de l'*Infocentre de santé publique*, un pas important est franchi pour rendre accessibles à un large public quantité de données sur l'état de santé de la population.

C'est donc avec grand plaisir que je vous invite à prendre connaissance de l'édition 2006 du *Portrait de santé du Québec et de ses régions*, qui constitue également le second *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Ce rapport porte plus spécifiquement sur les analyses de 16 thèmes liés à la santé. Il est complété par un autre document consacré à la présentation de statistiques à l'échelle du Québec et de ses régions.

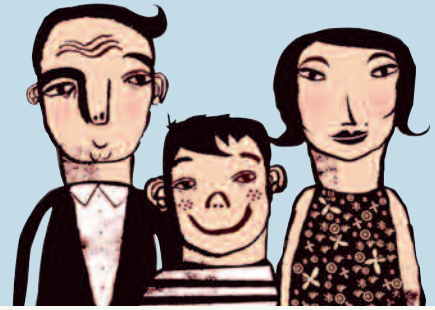
L'évolution récente de l'état de santé, les disparités régionales ainsi que la situation du Québec en regard des autres provinces ou des pays occidentaux sont autant d'angles d'analyse ayant permis d'établir le bilan de santé des Québécoises et des Québécois. Un bilan, somme toute, fort positif ! En effet, le présent rapport offre l'occasion d'apprécier les progrès considérables accomplis au cours des dernières décennies. Mais, sans doute, tout aussi important est le fait qu'il met en lumière des problèmes persistants pour lesquels des efforts soutenus devront être déployés dans les années à venir.

De par l'abondance et la qualité de l'information qu'il comporte, ce deuxième rapport national contribuera, j'en suis certain, aux efforts de tous ceux et celles qui œuvrent pour l'amélioration de la santé de la population québécoise.

Alain Poirier

Directeur national de santé publique

Faits saillants



Ce qui influence la santé

L'évolution démographique au Québec : un vieillissement rapide de la population et une décroissance à l'horizon

La population du Québec croît à un rythme lent en raison de la diminution de son accroissement naturel et d'un faible solde migratoire. Estimée actuellement à 7,6 millions d'habitants, elle devrait atteindre 8,1 millions vers 2030.

La structure de la population québécoise se modifiera considérablement dans les années à venir. D'ici 25 ans, le nombre de personnes de 65 ans et plus doublera : il passera de 1 à 2 millions. On estime que dans les années 2010, le nombre d'ainés aura dépassé celui des jeunes de moins de 15 ans, puisqu'on vit plus longtemps et que le taux de fécondité demeure faible.

Bien que le Québec affiche actuellement une des plus faibles proportions de personnes âgées parmi les pays développés (14 %), il faudra néanmoins composer avec plusieurs des aspects d'une population vieillissante au cours des prochaines années, car le phénomène du vieillissement sera plus rapide ici qu'ailleurs. Celui-ci est en effet déjà perceptible dans l'ensemble des régions du Québec et le tiers d'entre elles enregistrent une diminution de leur population.

Les conditions socioéconomiques des Québécois : meilleures qu'avant, moins favorables qu'ailleurs

Malgré le fait que le Québec accuse encore un retard par rapport à d'autres provinces mieux nanties, sa situation socioéconomique globale a progressé sur trois fronts : le revenu, l'emploi et la scolarité.

Depuis 1997, la proportion de Québécois vivant sous le seuil de faible revenu diminue constamment, et le taux de chômage n'a jamais été aussi faible depuis au moins 20 ans. De plus, entre 1996 et 2005, le taux de prestataires de l'assistance emploi est passé de 13 % à 8 %. Enfin, la réussite scolaire gagne du terrain puisque davantage de Québécois obtiennent des diplômes universitaires.

L'évolution favorable des conditions socioéconomiques du Québec cache toutefois certaines disparités régionales moins réjouissantes. Les régions les moins urbanisées sont généralement les moins bien nanties et les moins scolarisées.

Les soins de santé et les services préventifs : un portrait partiel d'un système de santé complexe

Depuis quelques années, on note un rattrapage des régions éloignées en matière de ressources allouées à la santé, particulièrement en ce qui concerne les omnipraticiens et les technologies de pointe.

Le recours aux services préventifs se stabilise à des niveaux jugés acceptables. Par exemple, depuis la fin des années 1990, la proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie a peu changé : elle s'élevait à 63 % en 2003-2004. Durant la même période, les deux tiers des personnes de 65 ans et plus ont été vaccinées contre la grippe. De même, près de 9 élèves de 4^e année sur 10 ont reçu le vaccin contre l'hépatite B en 2004-2005.

Les résultats soulignent aussi l'importance des services de première ligne et des soins ambulatoires comme porte d'entrée du réseau de la santé. En outre, ils montrent que la consommation de médicaments est en hausse depuis quelques années.

Les comparaisons canadiennes en matière de disponibilité de certains services sont éloquentes. D'une part, elles montrent que le milieu hospitalier québécois possède des forces et des faiblesses, et, d'autre part, elles illustrent que des progrès peuvent être accomplis sur une courte période de temps. C'est le cas, notamment, de certaines interventions chirurgicales pour lesquelles les délais d'attente ont diminué de moitié en quelques années.

La santé environnementale sous surveillance

Les émissions atmosphériques générées par les industries et le transport routier n'ont pas diminué au cours des dernières années, malgré les efforts amorcés dans le cadre du protocole de Kyoto. De plus, la popularité grandissante du chauffage au bois est préoccupante et vient alourdir notre bilan. Enfin, la qualité de l'air à la maison est aussi parfois inquiétante, par exemple 16 % des non-fumeurs sont exposés à la fumée du tabac.

Par ailleurs, des efforts importants ont été consentis pour améliorer la qualité de l'eau de consommation, et demandent à être poursuivis. L'augmentation des cyanobactéries dans plusieurs plans d'eau du Québec représente toutefois un risque pour plusieurs sources d'eau de consommation et de baignade.

Enfin, certaines maladies associées à des facteurs de risque environnementaux mériteraient une attention particulière. D'ailleurs, beaucoup de problèmes liés à l'environnement sont encore peu ou pas documentés.

Des habitudes de vie et des comportements qui façonnent notre santé

L'usage du tabac, la mauvaise alimentation et la sédentarité sont parmi les habitudes de vie les plus nocives pour la santé.

Le tabagisme est généralement considéré comme étant la principale cause de décès évitable dans le monde. Chaque année au Québec, 21 000 personnes décèdent des suites de l'usage du tabac. Toutefois, l'intensification de la lutte au tabagisme menée au cours des dernières années semble porter ses fruits puisque la proportion de fumeurs est passée de 34 %, au milieu des années 1990, à 24 % en 2005. Or, malgré ces résultats prometteurs, l'habitude tabagique demeure plus répandue au Québec que dans l'ensemble du Canada. Néanmoins, sur le plan international, la situation du Québec est plus enviable que celle de plusieurs pays développés, notamment les pays européens.

La pratique régulière de l'activité physique aide à prévenir les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers et l'obésité. Les Québécois sont plus nombreux qu'auparavant à faire de l'activité physique, bien qu'ils soient légèrement moins actifs que les autres Canadiens.

La consommation élevée d'alcool, plus courante chez les hommes, s'est accrue de façon soutenue depuis une dizaine d'années, et le taux de condamnation pour conduite avec facultés affaiblies chez les jeunes hommes s'avère préoccupant.

Des progrès réels, mais des problèmes persistants

La santé : la richesse collective des Québécois

Au Québec, l'espérance de vie continue de progresser. En 2003, elle était de 77,2 ans chez les hommes, et de 82,4 ans chez les femmes. Le Québec a désormais rejoint la moyenne canadienne en matière d'espérance de vie à la naissance. Au plan international, il fait aussi bonne figure, puisqu'il fait partie des 10 premiers pays pour la longévité moyenne de ses hommes et de ses femmes. Qui plus est, en ce qui a trait aux années vécues en santé, le Québec se classe au premier rang des provinces canadiennes.

Toutefois, on observe d'importants contrastes au sein même du territoire québécois. Les hommes et les femmes des milieux défavorisés peuvent s'attendre à vivre en santé respectivement 10 et 7 années de moins que ceux et celles des milieux favorisés. De plus, les régions nordiques affichent une espérance de vie systématiquement inférieure à celle des régions plus urbaines du sud et du centre du Québec.

Les maladies chroniques : celles dont on souffre et celles dont on meurt

Au Québec, le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a diminué de moitié depuis une vingtaine d'années, à tel point que, depuis 2000, elles n'y constituent plus la principale cause de décès. En 2001, le Québec affichait le taux le plus faible du Canada à cet égard. Ce recul est considéré comme un des succès les plus importants de ces dernières décennies dans le domaine de la santé.

Désormais, les tumeurs malignes sont la principale cause de décès des Québécois. Phénomène inquiétant, l'augmentation du cancer du poumon observée depuis plusieurs années chez les femmes vient atténuer les modestes gains observés pour les autres causes de cancer. De manière générale, le Québec présente un bilan peu reluisant pour la mortalité par cancer comparativement aux autres provinces canadiennes et aux pays industrialisés.

Les maladies chroniques se caractérisent souvent, chez les personnes atteintes, par une longue période où celles-ci doivent composer avec la maladie. Les principaux problèmes de santé que déclarent les Québécois sont les allergies non alimentaires (25 %), les maux de dos (17 %) et l'hypertension (15 %). L'ampleur de ces problèmes augmente avec le temps, et les femmes y sont plus vulnérables que les hommes.

L'obésité est à la fois une maladie et un facteur favorisant le développement d'autres maladies. Depuis environ 15 ans, l'obésité progresse rapidement au Québec. Même si ce problème est moins répandu ici que dans la plupart des autres provinces canadiennes, les comparaisons internationales révèlent que le Québec se situe parmi les sociétés qui affichent le plus haut taux d'obésité.

La guerre contre les maladies transmissibles : plus de victoires que de défaites

Avec l'introduction progressive de nouveaux vaccins, de grands progrès ont été réalisés dans la lutte aux maladies infectieuses évitables. Des défis sont cependant à relever dans le cas des maladies transmissibles sexuellement ou transmissibles par le sang. Si l'hépatite B est nettement en baisse, les infections gonococciques, la syphilis et les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* regagnent du terrain. Le VIH et le sida demeurent des problèmes toujours préoccupants.

Par ailleurs, la lutte aux maladies contractées lors d'un épisode de soins (infections nosocomiales) commence à donner des résultats. L'introduction de programmes de surveillance, l'application de mesures de prévention et de contrôle plus rigoureuses, ainsi qu'une meilleure formation des intervenants ont certainement favorisé la diminution de ces infections au cours des deux dernières années.

Les traumatismes non intentionnels : il faut y regarder de plus près

Le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels a été stable ces dernières années. Cependant, les réductions observées au cours des années 1980 et 1990 sont désormais choses du passé, et la stabilité actuelle cache, dans certains cas, une détérioration. En effet, le nombre de victimes de la route (décès et blessures confondus) s'est accru de 17 % de 2001 à 2005.

Enfin, bien que les traumatismes non intentionnels soient responsables d'un peu moins de 2 000 décès par année, ils occasionnent tout de même environ 50 000 hospitalisations. Leurs coûts social et économique sont d'autant plus élevés qu'ils entraînent souvent des incapacités chez les victimes.

L'environnement social et les problèmes d'adaptation : un aperçu

Certaines caractéristiques de l'environnement social reliées à la santé et au bien-être tendent à s'améliorer au Québec, notamment la fréquentation scolaire chez les jeunes. Mais quelques aspects soulèvent encore des inquiétudes. Par exemple, la proportion de personnes âgées vivant seules est élevée, et les cas de négligence chez les enfants sont en hausse.

En 2003, on a compté un peu moins de 75 000 crimes commis contre la personne. S'ils ont augmenté au cours des dernières années, ces délits sont toutefois moins fréquents ici que dans les autres provinces canadiennes, puisque le Québec affiche à cet égard le taux le plus bas du pays, et ce, depuis une dizaine d'années.

La santé mentale des Québécois : des constats nuancés

Moins de 4 % des Québécois ne se perçoivent pas en bonne santé mentale, ce qui est inférieur à la moyenne canadienne. Cependant d'autres signaux semblent plus inquiétants.

Près de 3 adultes sur 10 affirment éprouver un stress quotidien élevé, ce qui représente la plus forte proportion au Canada. Au début des années 2000, 8 % de la population de 12 ans et plus déclarait avoir vécu un épisode dépressif majeur pendant l'année. Environ 10 % des Québécois présentent des troubles d'ordre psychologique ou mental (incluant la dépendance à une substance), les plus fréquents étant l'anxiété et la dépression.

Enfin, le suicide est plus répandu au Québec que dans les autres provinces canadiennes. Chaque jour, près de quatre Québécois se suicident. Ce problème est plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain. Sur le plan international, peu de pays présentent un taux de mortalité par suicide plus élevé que le Québec. Cependant, les données québécoises les plus récentes montrent une légère diminution du phénomène.

Des populations qui évoluent

Les différences de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes : des tendances claires, mais qui s'atténuent

Les femmes vivent en moyenne 5 ans de plus que les hommes. Toutefois, cet écart s'est atténué depuis une vingtaine d'années, puisqu'il était de 8 ans en 1981. La surmortalité masculine est particulièrement élevée dans les cas de décès associés au tabagisme, aux blessures accidentelles et au suicide. D'ailleurs, le taux de mortalité par suicide est près de quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Les hommes sont systématiquement plus nombreux à présenter des habitudes de vie néfastes à la santé comme le tabagisme, la consommation insuffisante de fruits et de légumes, la sédentarité dans les activités physiques de loisirs et la consommation excessive d'alcool. Plus de femmes que d'hommes déclarent être atteintes de divers problèmes de santé. Il arrive même que deux fois plus de femmes que d'hommes soient aux prises avec certaines affections, comme l'arthrite ou le rhumatisme, les migraines et les problèmes de la thyroïde.

Bien que les hommes jouissent encore aujourd'hui d'un revenu plus élevé que celui des femmes, et de conditions de travail plus favorables, les femmes sont maintenant plus nombreuses à être diplômées des universités, ce qui est sans doute un prélude à la réduction à court terme des écarts de revenu entre les deux.

La santé maternelle et infantile au Québec : poursuivons les efforts !

La mortalité infantile et périnatale est en constante diminution au Québec, de même que les naissances présentant un retard de croissance intra-utérine.

Par ailleurs, malgré les gains appréciables qu'ont fait les mères en matière de scolarité, de nombreux enfants naissent encore dans des contextes fragiles. Chaque année au Québec, 700 enfants naissent de mères de moins de 18 ans, chez qui les conditions de vie sont souvent précaires.

L'augmentation marquée de certaines affections périnatales graves, comme le syndrome de détresse respiratoire et la septicémie néonatale, permet quelque peu les progrès considérables réalisés en matière de santé infantile et périnatale.

Enfin, le recours à la césarienne est à la hausse depuis 5 ans. On l'explique en partie par l'augmentation des grossesses multiples et par l'âge avancé des mères.

Les jeunes au Québec : prendre un bon départ dans la vie

La grande majorité des jeunes sont en bonne santé, même si certaines problématiques particulières à ce groupe d'âge méritent d'être soulignées.

Le tabagisme est une habitude de moins en moins populaire chez les jeunes de 12 à 19 ans, mais il reste que 20 % de ceux-ci fument. On estime, par ailleurs, que la consommation excessive d'alcool touche 16 % des jeunes.

Le taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans est stable depuis une quinzaine d'années, mais demeure plus répandu dans certaines régions : les jeunes filles du Nunavik sont proportionnellement cinq fois plus nombreuses à avoir connu une grossesse que les autres jeunes filles du Québec.

Chaque année au Québec, on dénombre quelque 8 600 cas de nouvelles prises en charge d'enfants de moins de 18 ans dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, ce qui correspond

à un peu plus de 5 cas pour 1 000 jeunes. La négligence constitue de loin le principal motif de prise en charge.

Quant aux infractions commises par des jeunes de 12 à 17 ans, on observe une certaine stabilité depuis quelques années. Près de 36 000 de ces infractions ont été signalées en 2002, et la grande majorité de celles-ci impliquaient des garçons.

La santé et le travail au Québec : les risques du métier ?

Chaque année, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) enregistre environ 180 décès reconnus comme étant liés au travail. En 2003, près de 135 000 nouveaux cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ont été indemnisés par la CSST. La durée moyenne d'indemnisation a constamment augmenté de 1995 à 2003 : elle est passée de 43 à 59 jours par lésion. Les troubles psychologiques et mentaux occasionnés par l'activité professionnelle sont ceux qui occasionnent le plus de jours d'indemnisation. En 2003, 44 % des travailleuses et 36 % des travailleurs affirmaient vivre quotidiennement des journées de travail assez ou extrêmement stressantes.

Le nombre de demandes de retrait préventif dans le cadre du Programme « Pour une maternité sans danger » est passé en 10 ans de 16 000 à 25 000, ce qui constitue une évolution positive pour la santé de la mère et de son enfant.

Les aînés : plus nombreux et en meilleure santé

Les aînés vivent majoritairement en ménage privé, soit dans 90 % des cas, du moins jusqu'à l'âge de 85 ans. À partir de cet âge, seulement 60 % d'entre eux le font encore, alors que 40 % résident en institution. En outre, la probabilité de vivre seul augmente avec l'âge, ce qui est par exemple le cas pour la moitié des femmes de 85 ans et plus.

Les aînés présentent un bilan de santé relativement positif, en particulier ceux de moins de 75 ans. Généralement, leur état de santé se détériore avec les années si bien qu'une personne sur cinq de 65 à 74 ans ne se considère pas en bonne santé et que cette proportion grimpe à près d'une sur trois chez les personnes de 75 ans et plus.

Au cours d'une année, 95 % des aînés ont consulté au moins une fois un médecin ou un chirurgien, alors que 15 % d'entre eux ont bénéficié de services à domicile.

Le vieillissement de la population et l'importante augmentation du nombre de personnes âgées au Québec suscitent par ailleurs certaines préoccupations, notamment en ce qui a trait aux soins de santé et à la façon de gérer les régimes de pension.

Table des matières

Introduction	1
Section 1 – Ce qui influence la santé	
1.1 L'évolution démographique au Québec : un vieillissement rapide de la population et une décroissance à l'horizon	4
1.2 Les conditions socioéconomiques des Québécois : meilleures qu'avant, moins favorables qu'ailleurs	10
1.3 Les soins de santé et les services préventifs : un portrait partiel d'un système de santé complexe	15
1.4 La santé environnementale sous surveillance	24
1.5 Des habitudes de vie et des comportements qui façonnent notre santé	33
Section 2 – Des progrès réels, mais des problèmes persistants	
2.1 La santé : la richesse collective des Québécois	40
2.2 Les maladies chroniques : celles dont on souffre et celles dont on meurt	46
2.3 La guerre contre les maladies transmissibles : plus de victoires que de défaites	52
2.4 Les traumatismes non intentionnels : il faut y regarder de plus près	62
2.5 L'environnement social et les problèmes d'adaptation : un aperçu	67
2.6 La santé mentale des Québécois : des constats nuancés	74
Section 3 – Des populations qui évoluent	
3.1 Les différences de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes : des tendances claires, mais qui s'atténuent	80
3.2 La santé maternelle et infantile au Québec : poursuivons les efforts!	84
3.3 Les jeunes au Québec : prendre un bon départ dans la vie	90
3.4 La santé et le travail au Québec : les risques du métier?	99
3.5 Les aînés : plus nombreux et en meilleure santé	107
Conclusion	113
Annexe 1 – Synthèse québécoise	115
Bibliographie	127

Introduction

Le *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* présente un bilan de santé des Québécois selon 16 thèmes. Le choix de ces thèmes s'est fait à partir des déterminants majeurs de la santé, des principaux problèmes de santé ainsi que des populations présentant un intérêt particulier dans le domaine de la santé publique. Ce sont ces critères qui ont guidé le regroupement des thèmes en trois grandes sections.

La première section porte sur *Ce qui influence la santé* et est constituée de cinq thèmes qui couvrent des déterminants et des facteurs de risque qui ont une influence majeure sur la santé. Ces thèmes sont : l'évolution démographique, les conditions socioéconomiques, les soins de santé et les services préventifs, la santé environnementale, les habitudes de vie et les comportements.

La deuxième section intitulée *Des progrès réels mais des problèmes persistants* est consacrée à l'analyse des informations permettant d'apprécier globalement la santé de la population, et d'étudier plus spécifiquement certains problèmes de santé. Les six thèmes suivants sont abordés : la santé globale, les maladies chroniques, les maladies infectieuses, les traumatismes non intentionnels, l'environnement social et les problèmes d'adaptation, la santé mentale.

La dernière section, *Des populations qui évoluent*, expose les caractéristiques de certaines populations en fonction de leur état de santé et de ce qui peut l'influencer. Cinq thèmes sont traités dans cette section : les différences entre les hommes et les femmes, la santé maternelle et infantile, les jeunes, la santé et le travail, les aînés.

Les différents thèmes ont été analysés tout d'abord à partir des données contenues dans le document *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* qui constitue l'autre volet du Rapport national sur l'état de santé de la population. Ces analyses ont été complétées par d'autres informations sur le Québec mais aussi par des données comparables sur les autres provinces canadiennes et sur les principaux pays industrialisés.

On trouve d'ailleurs en annexe une synthèse québécoise basée sur les 151 fiches descriptives contenues dans le document *Les statistiques*. Cette synthèse est accompagnée d'un tableau présentant les données pour chacun des indicateurs à l'échelle du Québec. Enfin, une affiche, jointe au document, permet, en un coup d'œil, de situer les résultats de chaque région par rapport à l'ensemble du Québec.

Les nombreux renseignements étayant les 16 thématiques de ce document brossent un portrait détaillé de la situation actuelle de l'état de santé à l'échelle du Québec et des régions sociosanitaires. Ils permettent également de mieux apprécier la situation québécoise en regard des autres provinces et de certains pays. En prenant acte des progrès accomplis et des retards à combler, il sera possible d'orienter de manière cohérente les actions pour que la santé de la population continue de s'améliorer.

Section 1

Ce qui influence la santé

1.1

L'évolution démographique au Québec : un vieillissement rapide de la population et une décroissance à l'horizon

L'évolution démographique d'une population est déterminée par trois phénomènes : la natalité, la migration et la mortalité. C'est le jeu de ces trois phénomènes qui détermine la croissance de la population et sa structure par âge. Au Québec sont réunies toutes les conditions menant à un vieillissement rapide de la population et, à long terme, à une diminution des effectifs.

Une population qui s'accroît de plus en plus lentement

Le taux d'accroissement total de la population québécoise est demeuré à un niveau relativement stable au cours des 25 dernières années, à l'exception de la période de 1986 à 1991, où l'on a enregistré une croissance plus marquée (INSPQ, 2006).

Qu'est-ce que l'accroissement total de la population ?

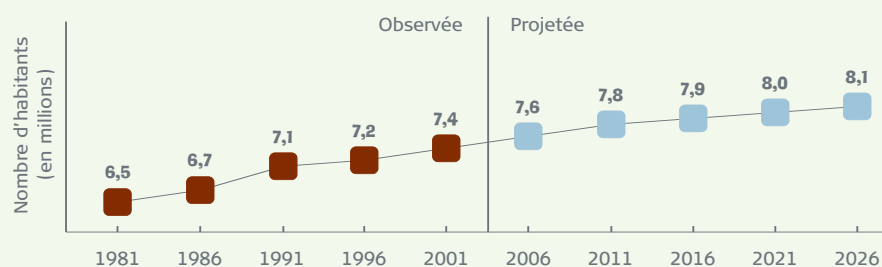
L'accroissement total de la population correspond, pour une période et un territoire donnés, au nombre de naissances moins le nombre de décès, plus le nombre d'entrants moins le nombre de sortants.

Un léger ralentissement de la croissance de la population est toutefois perceptible durant la période de 1996 à 2001. On observe d'ailleurs depuis plus de quinze ans une forte diminution de l'accroissement naturel, qui est le résultat de deux tendances qui convergent : une baisse des naissances et une augmentation des décès (ISQ, 2006). En outre, depuis le début des années 2000, on assiste à une augmentation de la migration nette, à la suite des politiques migratoires visant à accueillir plus d'immigrants (MICG, 2005) et à un solde interprovincial moins déficitaire. Depuis plusieurs années, c'est la diminution de l'accroissement naturel,

non compensée par le faible solde migratoire, qui explique le rythme lent de croissance de la population. Malgré tout, la population du Québec poursuit sa croissance et est estimée à 7,6 millions d'habitants en 2006 (ISQ, 2006).

Le portrait, cependant, diffère selon l'âge. En effet, le taux d'accroissement des Québécois de moins de 15 ans diminue jusqu'à présenter une valeur négative au cours des 20 dernières années. Cette diminution est la conséquence directe de la baisse des naissances observée au Québec depuis de nombreuses années.

FIGURE 1.1.1
POPULATION DU QUÉBEC DE 1981 À 2026



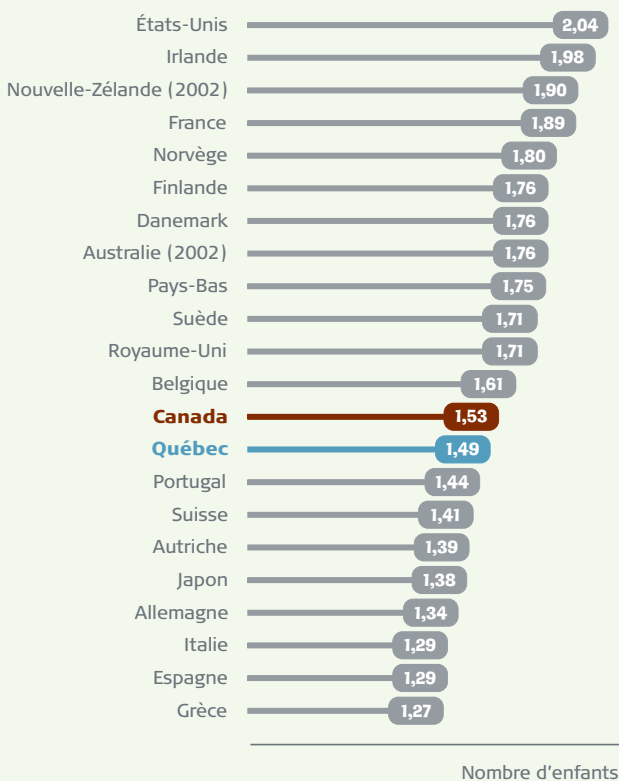
Source : MSSS, Service du développement de l'information, version février 2005 (produit électronique).

Durant la période de 1996 à 2001, le taux d'accroissement de la population du Québec, quoique positif (2,1 %), demeure largement en deçà de ceux de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de l'Alberta. Par ailleurs, sur le plan international, le Canada se classe au 4^e rang des plus hauts taux d'accroissement de la population sur 22 pays industrialisés, tandis que le Québec occupe une position relativement médiane (INSPQ, 2006).

Le faible niveau de fécondité : le problème démographique majeur du Québec

Le Québec affiche une fécondité relativement stable de 1,5 enfant par femme depuis la fin des années 1990, ce qui correspond à une moyenne annuelle de 74 000 naissances vivantes pour la période couvrant les années 2000 à 2005. On assiste depuis les 10 dernières années à une augmentation de la fécondité chez les femmes de 30 ans et plus, contrairement à celles de moins de 30 ans, de telle sorte que l'âge moyen des mères à la naissance, qui était de 27 ans durant la période de 1984 à 1988, est passé à 29 ans durant la période de 1999 à 2003.

FIGURE 1.1.2
NOMBRE MOYEN D'ENFANTS PAR FEMME EN 2003,
COMPARAISONS INTERNATIONALES



Source: INSPQ, 2006.

Depuis plus de 20 ans déjà, le niveau de fécondité des Québécoises est faible. En 2003, le Québec affichait d'ailleurs un indice de fécondité inférieur à la moyenne canadienne et à celui de plusieurs pays industrialisés (INSPQ, 2006). Si la fécondité des Québécoises continue d'être faible à ce point, non seulement le renouvellement des générations ne sera pas assuré, mais il est aussi fort probable qu'à moyen terme, les décès soient plus nombreux que les naissances (Thibault et al., 2004). En fait, les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) anticipent un accroissement naturel négatif de la population québécoise dès 2021. Si c'était le cas, l'accroissement naturel ne suffirait plus à garantir la croissance de la population et il faudrait davantage miser sur l'immigration.

Mesurer et suivre le niveau de fécondité des Québécoises

Le nombre moyen d'enfants par femme est un indice qui permet de suivre facilement l'évolution de la fécondité des femmes québécoises. Cet indice est obtenu à partir des taux de fécondité observés dans les différents groupes d'âge compris dans la période de procréation des femmes, qui s'échelonne généralement de 15 à 49 ans. Pour assurer le renouvellement des générations, on doit compter une moyenne d'au moins 2,1 enfants par femme.

L'immigration : un apport de plus en plus important

Au Québec, la proportion d'immigrants augmente de façon continue depuis 20 ans. Elle représentait 10 % de la population en 2001, soit un effectif de plus de 700 000 personnes. Toutefois, les recensements effectués entre 1996 et 2001 semblent indiquer que la proportion d'immigrants récents ait été à la baisse durant cette période.

Qui, au recensement, est considéré comme un immigrant récent ?

En 2001, la notion d'immigrants récents faisait référence aux personnes qui avaient immigré au Canada entre 1996 et le jour du recensement, soit le 15 mai 2001. En 1996, ce terme faisait référence aux personnes qui avaient immigré entre 1991 et les quatre premiers mois de 1996.

Un immigrant reçu est une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence.

La hausse de l'immigration se reflète aussi par un accroissement de la proportion de la population qui parle le plus souvent une autre langue que le français ou l'anglais à la maison. La provenance des immigrants s'est grandement modifiée au cours des dernières décennies. On constate que ceux-ci proviennent de plus en plus d'Asie ou d'Afrique, et de moins en moins d'Europe.

Bien que l'immigration soit en croissance constante au Québec, on y observe une proportion d'immigrants presque deux fois moindre que celle du Canada, et trois fois moindre que celles de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, qui affichaient en 2001 des valeurs supérieures à 25 % (INSPQ, 2006). De même, l'analyse de la proportion de la population

qui déclare que la langue parlée le plus souvent à la maison est une autre langue que le français ou l'anglais confirme que l'immigration a un effet démographique plus faible au Québec que dans le reste du Canada (Statistique Canada, 2002).

Une société qui vieillit

Depuis 20 ans, la proportion de la population québécoise de 65 ans et plus augmente tandis que celle de moins de 15 ans diminue, et ce, peu importe le sexe. L'écart entre ces deux proportions tend donc à se réduire. Cette situation résulte à la fois de la faible fécondité et de l'augmentation de l'espérance de vie des Québécois. Les projections de l'ISQ montrent également que dès 2010,

La structure par âge et par sexe de la population

Plusieurs indicateurs sont utilisés pour décrire la structure par âge et par sexe de la population, tels que la proportion de la population de 65 ans et plus, la proportion de la population de moins de 15 ans et l'âge médian. Ces indicateurs nous informent sur la situation actuelle et nous permettent d'anticiper l'évolution future de la population québécoise, notamment au regard du vieillissement.

le nombre de personnes de 65 ans et plus dépasserait celui des moins de 15 ans. D'après ces projections, la population du Québec devrait commencer à diminuer autour de 2030. L'estimation de l'âge médian montre déjà qu'en 2006, plus de la moitié de la population québécoise est âgée d'au moins 40 ans.

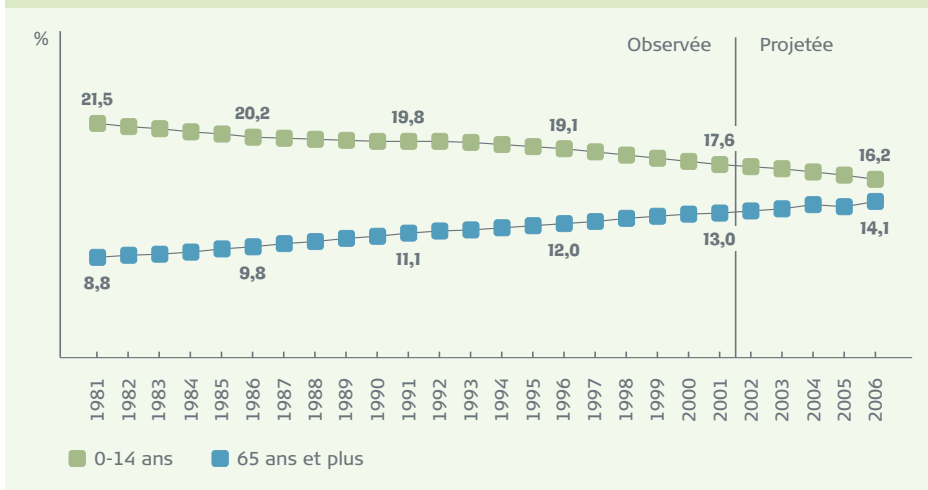
La proportion de la population québécoise de 65 ans et plus est légèrement supérieure à la moyenne canadienne. Toutefois, elle demeure moins élevée que dans la plupart des autres provinces canadiennes, à l'exception de l'Ontario, de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Alberta. Parmi les principaux pays développés, le Québec affiche une des plus faibles proportions de la population de 65 ans et plus (INSPQ, 2006). La structure par âge de la population québécoise est donc, pour l'instant, plus jeune que celle de la majorité des pays européens. Cependant, le Québec devrait enregistrer l'un des rythmes les plus rapides de vieillissement au cours des prochaines

années (Gauthier *et al.*, 2004). Un des signes précurseurs de ce vieillissement rapide sera l'arrivée des premières générations du baby-boom à l'âge de 65 ans à partir de 2011.

Des tendances qui vont se poursuivre...

Les projections de population de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) indiquent que le vieillissement de la population va se poursuivre. L'ISQ annonce d'ailleurs une « explosion du nombre et de la proportion des aînés dans la population » québécoise au cours de la première moitié du XXI^e siècle (Thibault *et al.*, 2004, p. 21).

FIGURE 1.1.3
POPULATION DE MOINS DE 15 ANS ET DE 65 ANS ET PLUS AU QUÉBEC
DE 1981 À 2006



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 2).

Des différences régionales marquées

RALENTISSEMENT DU TAUX D'ACCROISSEMENT ET FAIBLE NIVEAU DE FÉCONDITÉ

On a observé un ralentissement du taux d'accroissement de la population québécoise durant les périodes de 1991 à 1996, et de 1996 à 2001. Au cours de ces mêmes périodes, le tiers des régions enregistraient une décroissance de leur population¹. Cependant, durant la période de 1996 à 2001, certaines régions du Québec, soit celles de la couronne nord de Montréal², de l'Outaouais, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, affichaient, des taux d'accroissement importants. Dans les deux premiers cas, ce taux d'accroissement élevé s'explique principalement par un fort solde migratoire. En revanche, pour le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le taux d'accroissement de la population est essentiellement dynamisé par la fécondité. En effet, au cours de la période de 1999 à 2003, ces deux régions ont présenté les indices de fécondité les plus élevés du Québec, soit les seuls à atteindre le seuil de renouvellement des générations.

1. Au cours de la période de 1996 à 2001, les régions sociosanitaires du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistraient un taux d'accroissement total négatif. Le Nord-du-Québec est la région la plus touchée par la décroissance : elle affichait un taux d'accroissement total de -11,3% au cours de la période de 1996 à 2001.

2. La couronne nord de Montréal comprend les régions de Laval, de Lanaudière et des Laurentides.

À l'inverse, ce sont les régions de la Capitale-Nationale et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qui enregistrent les indices de fécondité les plus faibles. Dans l'ensemble des régions, la fécondité semble relativement stabilisée à un niveau très faible. En effet, au cours des vingt dernières années, seules les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont enregistré une augmentation des naissances. L'âge moyen des mères à la naissance augmente par ailleurs de façon constante dans l'ensemble du Québec, notamment dans les régions de Montréal et de Laval.

UNE PRÉSENCE DE PLUS EN PLUS IMPORTANTE DES IMMIGRANTS

Au cours des quinze dernières années, la proportion d'immigrants a augmenté dans la majorité des régions sociosanitaires. En 2001, les immigrants des régions de Montréal, de Laval, de la Montérégie et de l'Outaouais représentaient à eux seuls plus de 90 % de l'ensemble des immigrants québécois. Mentionnons qu'en 2001, les régions de Montréal et de Laval sont aussi celles où l'on observait les plus fortes proportions de population déclarant que la langue parlée le plus souvent à la maison était une autre langue que le français ou l'anglais, à l'exception des régions

du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

ACCÉLÉRATION DU RYTHME DE VIEILLISSEMENT

La structure par âge des régions sociosanitaires évolue de façon similaire à celle de l'ensemble du Québec. En effet, on observe qu'au cours de la période de 1986 à 2006, la proportion d'ainés a augmenté et celle de jeunes a diminué, et ce, dans toutes les régions, à l'exception des proportions d'ainés au Nunavik et de jeunes à Montréal, qui sont restées stables.

Alors que l'ISQ prévoit que, pour l'ensemble du Québec, c'est à partir de 2010 que le nombre de personnes de 65 ans et plus dépassera celui des moins de 15 ans, les estimations de population de 2006 indiquent qu'on observe déjà ce phénomène dans certaines régions (Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Bas-Saint-Laurent et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine). Par ailleurs, l'estimation de l'âge médian de la population dépasse 42 ans dans 5 des régions du Québec en 2006³ et va jusqu'à atteindre 46 ans dans

FIGURE 1.1.4
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

Indicateurs	Valeurs faibles	Valeurs élevées
Taux d'accroissement de la population (1996-2001)	Nord-du-Québec Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Côte-Nord Abitibi-Témiscamingue Saguenay-Lac-Saint-Jean Bas-Saint-Laurent	Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James Laurentides
Taux d'accroissement naturel (1996-2001)	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Bas-Saint-Laurent Mauricie et Centre-du-Québec Capitale-Nationale	Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James Nord-du-Québec
Taux de migration nette (1996-2001)	Côte-Nord Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Abitibi-Témiscamingue Saguenay-Lac-Saint-Jean Bas-Saint-Laurent	Laurentides Laval Lanaudière
Proportion de la population de 65 ans et plus (2001)	Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James Nord-du-Québec	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Bas-Saint-Laurent Mauricie et Centre-du-Québec
Nombre moyen d'enfants par femme (1999-2003)	Toutes les autres régions ont des indices inférieurs à 1,8 enfant par femme	Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James
Proportion d'immigrants (2001)	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Bas-Saint-Laurent Terres-Cries-de-la-Baie-James Saguenay-Lac-Saint-Jean	Montréal Laval Montérégie Outaouais

Source : INSPQ et coll., 2006 (fiches 1, 2, 4 et 11).

3. L'âge médian est estimé à plus de 42 ans dans les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie et Centre-du-Québec, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Capitale-Nationale.

la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Ces résultats mettent en évidence une accélération du rythme de vieillissement de la population de certaines régions sociosanitaires du Québec.

Mentionnons que les projections de l'ISQ indiquent que l'ensemble de ces tendances régionales se poursuivront, notamment en ce qui concerne l'accroissement total de la population et le vieillissement de la structure par âge.

En perspective

La population du Québec vieillit rapidement et son taux d'accroissement demeure faible depuis quelques années. Cette situation découle principalement d'un faible niveau de fécondité qui perdure depuis plusieurs décennies et de l'allongement de la durée de vie. Bien que l'immigration soit à la hausse, celle-ci ne réussit pas à limiter les effets de la baisse des naissances. En conséquence, non seulement le renouvellement des générations ne sera pas assuré, mais il est aussi fort probable qu'à moyen terme, les décès soient plus nombreux que les naissances. Aujourd'hui, le vieillissement démographique est perceptible dans l'ensemble des régions sociosanitaires du Québec, et déjà le tiers d'entre elles enregistrent une diminution de leur population.

En fait, si les tendances démographiques actuelles persistent, la population québécoise va continuer de croître sous le seul effet de l'augmentation de l'espérance de vie, pour atteindre 8,1 millions d'habitants autour de 2030 (Thibault *et al.*, 2004). À partir de cette période, l'Institut de la statistique du Québec projette un déclin de la population et estime que les aînés représenteront 27 % de la population totale, soit une proportion de plus du double de celle observée en 2001 (13 %). Le Québec devrait également enregistrer l'un des rythmes les plus rapides de vieillissement au cours des prochaines années (Gauthier *et al.*, 2004). L'instauration de politiques natalistes et migratoires conséquentes pourrait peut-être éviter la décroissance de la population québécoise, mais ces politiques ne pourront certainement pas empêcher le vieillissement de la population.

1.2

Les conditions socioéconomiques des Québécois : meilleures qu'avant, moins favorables qu'ailleurs

Notre santé est déterminée par plusieurs facteurs d'ordre biologique, démographique, environnemental, social, économique, ou encore comportemental. Plusieurs de ces déterminants sont innés alors que d'autres sont modifiables, soit par l'individu lui-même, soit par la société. Nous savons, par exemple, que notre santé est influencée par nos habitudes de vie et nos comportements, mais aussi que nos actions personnelles sont en partie conditionnées par notre situation socioéconomique. L'importance des déterminants socioéconomiques sur le bien-être collectif a été démontrée à de nombreuses reprises. De plus, les inégalités de santé, observées à partir de différentes mesures de morbidité et de mortalité, prennent en grande partie racine dans ces disparités socioéconomiques (Pampalon, 2002 ; Wilkins *et al.*, 2002). En effet, ce sont généralement les personnes les mieux nanties sur le plan socioéconomique qui bénéficient d'une meilleure santé et d'une espérance de vie plus élevée.

La situation socioéconomique s'améliore sur trois fronts : le revenu, l'emploi et l'éducation

Depuis quelques années, les différents indicateurs socioéconomiques relatifs au revenu, à l'emploi et à la scolarité suivent presque tous la même tendance encourageante et montrent une amélioration de la situation au Québec.

Tout d'abord, le revenu personnel disponible par habitant, ajusté pour l'inflation (en dollars constants), qui fournit une mesure du pouvoir d'achat des Québécois, a connu un accroissement

Mesurer l'évolution des revenus des Québécois

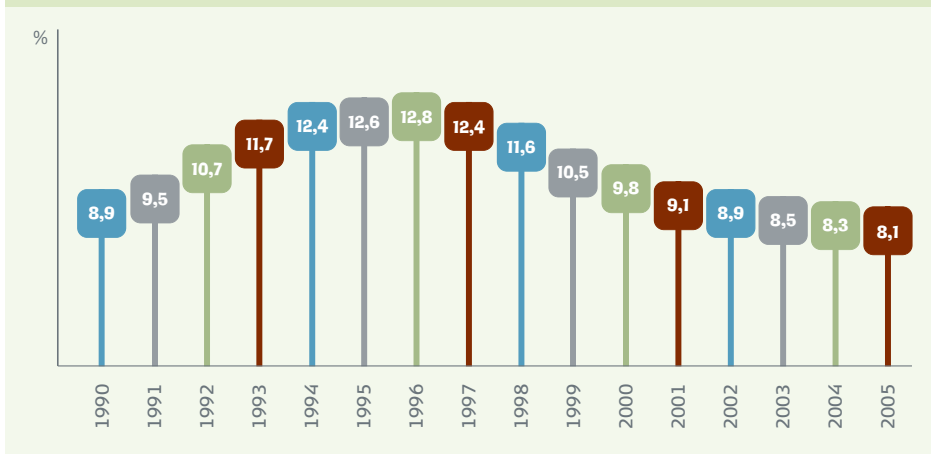
Les quatre indicateurs suivants ont été retenus pour apprécier l'évolution des revenus des Québécois : le revenu personnel disponible par habitant, la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu, le taux de prestataires de l'assistance-emploi et la proportion de personnes de 65 ans et plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti.

de 6 %, et est passé de 18 014 \$ à 19 017 \$ entre 2000 et 2003. La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu, une mesure qui tient compte de la taille et du revenu du ménage, diminue aussi constamment depuis 1997. Le taux de prestataires de l'assistance-emploi, autrefois appelée aide sociale, affiche quant à lui une baisse appréciable, car il est passé de 13 % en 1996

à 8 % en 2005. Le même constat encourageant s'applique aux personnes de 65 ans et plus, puisque le pourcentage de celles bénéficiant du Supplément de revenu garanti est à la baisse depuis le début des années 1990.

L'évolution des indicateurs touchant le marché du travail témoigne aussi de l'amélioration de la situation socioéconomique observée depuis quelques années au Québec. Parmi ceux-ci, une attention particulière est portée au taux d'emploi et au taux de chômage.

FIGURE 1.2.1
PRESTATAIRES DE L'ASSISTANCE-EMPLOI PARMIS LA POPULATION DE MOINS DE 65 ANS
AU QUÉBEC DE 1990 À 2005



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 19).

Quelques définitions

Le taux d'emploi, également appelé taux d'occupation ou rapport emploi-population, désigne la proportion de la population de 15 ans et plus, soit celle en âge de travailler, qui occupe un emploi.

Le taux de chômage correspond à la proportion de la population active qui cherche du travail. Les travailleurs découragés – c'est-à-dire les personnes qui ne cherchent pas de travail, car elles considèrent que les chances de trouver un emploi sont minimales – ne sont pas comptés en tant que chômeurs ou membres de la population active.

Le Programme d'assistance-emploi (aide sociale), quant à lui, s'adresse aux personnes n'ayant aucun ou peu de moyens de subsistance, et à leurs personnes à charge qui ne sont pas en mesure d'assumer leurs propres besoins. À partir de 65 ans, c'est le programme fédéral de Supplément de revenu garanti qui prend généralement la relève pour les personnes nécessitant une telle aide.

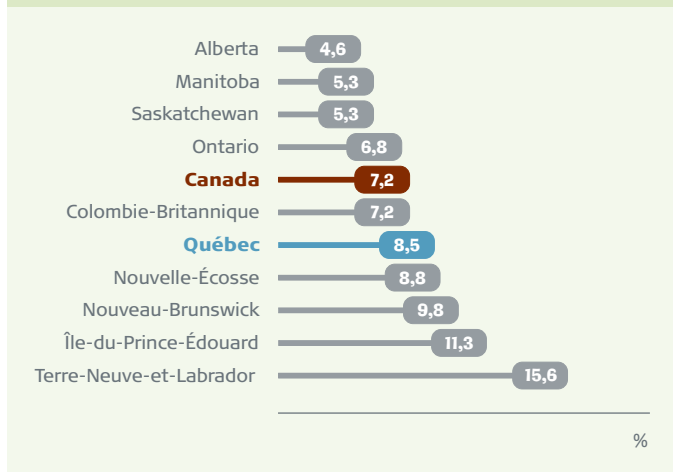
L'évolution de ces deux indicateurs démontre que le marché du travail est stimulé au Québec depuis quelques années. En effet, le taux d'emploi a augmenté et, surtout, le taux de chômage a atteint en 2005 le plus faible niveau jamais enregistré depuis au moins 20 ans (INSPQ, 2006).

D'autres indicateurs rendent également compte de l'amélioration de la situation socioéconomique du Québec au cours des dernières années. La réussite scolaire et un niveau de scolarité élevé constituent des atouts majeurs pour une population. Au Québec, on a constaté un phénomène de scolarisation croissante entre 1991 et 2001. En effet, les données révèlent une diminution de la proportion de la population ayant un niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires, et une croissance de celle ayant un niveau d'études post-secondaires partielles ou un grade universitaire. La chaîne de causalité entre une éducation élevée, de meilleures conditions de travail, des revenus plus élevés et un meilleur état de santé a été largement démontrée dans la littérature (MSSS, 2005b). La réussite scolaire et l'accès à un niveau élevé de scolarité représentent les éléments clés de cette chaîne.

Les comparaisons interprovinciales et internationales : une situation moins favorable

Malgré ces tendances encourageantes, la situation du Québec ne semble pas si reluisante lorsqu'elle est analysée au regard des autres provinces canadiennes. En 2003, le revenu personnel disponible par habitant, en dollars courants, (20 937 \$) est effectivement moindre au Québec que dans l'ensemble du Canada (22 538 \$) et que dans certaines provinces, telles que la Colombie-Britannique (21 737 \$), l'Ontario (23 802 \$) et l'Alberta (25 657 \$) (INSPQ, 2006). Par ailleurs, le taux de chômage au Québec en 2004 (8,5 %) était supérieur à celui du Canada (7,2 %). Le même constat peut être fait pour la proportion de la population n'ayant pas atteint un niveau de scolarité supérieur au certificat d'études secondaires et pour la proportion de prestataires de l'assistance-emploi. Enfin, de toutes les provinces canadiennes, c'est le Québec qui semble détenir la plus forte proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu en 2001, et ce, malgré l'amélioration survenue

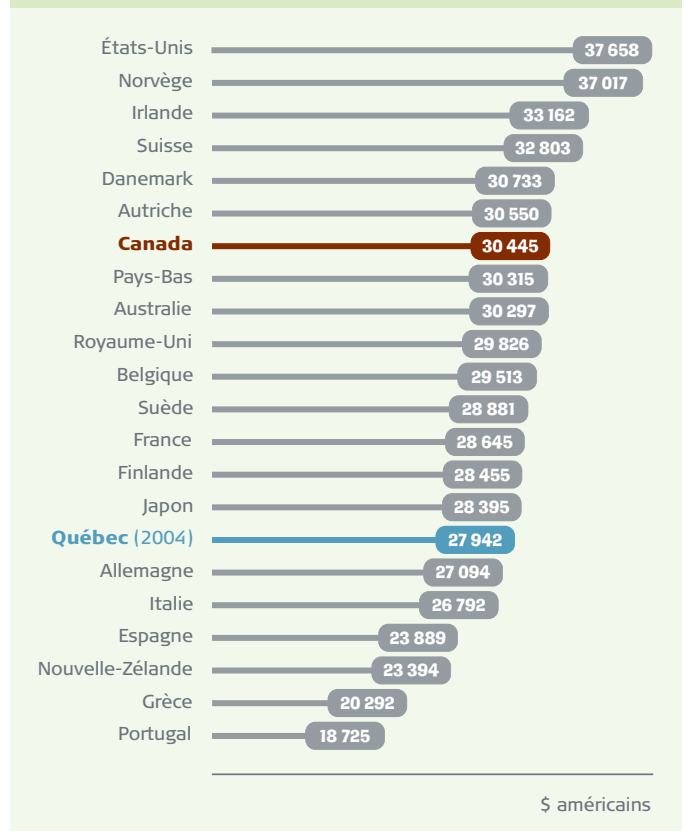
FIGURE 1.2.2
TAUX DE CHÔMAGE EN 2004,
COMPARAISONS CANADIENNES



Source : INSPQ, 2006.

au cours des dernières années. Cependant, ces comparaisons font abstraction du fait qu'au Québec, le coût de la vie est moins élevé et que la protection sociale y est plus complète que dans la majorité des autres provinces du Canada. À cet effet, en 2003, le Québec a affiché avec la Saskatchewan la plus faible proportion de personnes vivant en situation d'insécurité alimentaire (13 %) (INSPQ, 2006).

FIGURE 1.2.3
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT PAR HABITANT
EN PARITÉ DU POUVOIR D'ACHAT EN 2003,
COMPARAISONS INTERNATIONALES



Source : INSPQ, 2006.

Lorsque le Québec est comparé à d'autres pays industrialisés, sa position n'est pas non plus très reluisante. Ainsi, parmi 21 pays du monde industrialisé, le Québec se situe au bas du classement, soit au 16^e rang pour le taux de chômage et le produit intérieur brut (PIB) par habitant (INSPQ, 2006). Sur ce dernier point, il faut cependant noter que le PIB du Québec (27 942 \$ US) s'intercale entre ceux de deux puissances économiques : le Japon (28 395 \$ US) et l'Allemagne (27 094 \$ US).

Le retard socioéconomique de certaines régions

L'évolution favorable, à l'échelle nationale, de la plupart des indicateurs socioéconomiques masque des disparités entre les régions sociosanitaires du Québec. Certaines régions apparaissent nettement plus favorisées sur le plan socioéconomique que d'autres, qui semblent particulièrement désavantagées.

Parmi les régions les moins nanties se retrouvent le Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James et la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. D'ailleurs ces trois régions présentent les plus fortes proportions de personnes ayant un faible niveau de scolarité. Le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James se démarquent aussi avec de fortes proportions de familles monoparentales.

La région des Terres-Cries-de-la-Baie-James se distingue également des autres régions du Québec avec les plus fortes proportions de la population ayant manqué de nourriture et vivant en situation d'insécurité alimentaire. Enfin, la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine affiche les valeurs les plus élevées pour le taux de chômage et la proportion de prestataires de l'assistance-emploi en 2005. Autre constat, cette région affiche aussi le revenu personnel disponible par habitant le plus faible, ainsi qu'une proportion importante de la population vivant sous le seuil de faible revenu.

À l'opposé, les régions de l'Outaouais, de Chaudière-Appalaches et de Lanaudière figurent parmi les plus prospères sur le plan économique et bénéficient, entre autres, des taux d'emploi les plus élevés. Chaudière-Appalaches fait également partie des régions les moins touchées par le chômage, le recours à l'assistance-emploi, la monoparentalité et la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu.

De manière générale, ce sont dans les régions les plus urbanisées (Capitale-Nationale, Montréal, Montérégie et Laval) que les revenus par habitant sont les plus élevés. C'est par ailleurs dans les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale que sont enregistrées les plus fortes proportions de la population avec un grade universitaire. Cela reflète à la fois la présence des universités de même que la concentration des emplois spécialisés nécessitant un niveau élevé de scolarité.

Montréal se distingue par sa situation socioéconomique contrastée. Par exemple, elle dévoile une situation économique assez prospère avec un revenu personnel disponible par habitant élevé ainsi que la plus forte proportion de la population ayant un grade universitaire. Cependant, Montréal présente un bilan beaucoup moins reluisant en ce qui concerne la proportion de familles monoparentales, le taux de chômage et le taux de prestataires de l'assistance-emploi. De plus, près de 30 % de sa population vit sous le seuil de faible revenu. Cette situation semble être le reflet

d'inégalités flagrantes au sein même de la population de cette région, comme le démontrent les analyses réalisées pour cette région à l'échelle des CLSC (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998).

FIGURE 1.2.4
RÉGIONS 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)	Terres-Cries-de-la-Baie-James Nunavik Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Abitibi-Témiscamingue Côte-Nord	Capitale-Nationale Laval Montréal
Chômage (2005)	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Montréal Saguenay-Lac-Saint-Jean	Capitale-Nationale Lanaudière Chaudière-Appalaches
Revenu personnel disponible par habitant en dollars constants (2004)	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Bas-Saint-Laurent Abitibi-Témiscamingue	Montréal Laval Montérégie
Prestataires de l'assistance-emploi (2005)	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Montréal	Nord-du-Québec Chaudière-Appalaches Laval

Source: INSPQ et coll., 2006 (fiches 12, 16, 17 et 19).

En perspective

Au cours des dernières années, l'évolution des indicateurs socioéconomiques au Québec a révélé des tendances favorables, et ce, dans trois dimensions de l'univers social et économique : le revenu, l'emploi et la scolarité. En revanche, ces améliorations n'ont toujours pas permis au Québec d'éliminer les disparités entre les régions, ni de rattraper son retard historique face aux autres provinces plus favorisées.

Lorsque la situation socioéconomique du Québec est comparée à celles des autres provinces canadiennes ou à celles de certains pays industrialisés, elle apparaît souvent moins bonne. On peut expliquer cette réalité par les deux phénomènes suivants. En premier lieu, il est possible que les progrès enregistrés au Québec aient été moins importants qu'ailleurs. Ainsi, alors que le Canada jouissait, au cours des dernières années, d'un contexte économique particulièrement avantageux, parmi les plus favorables au monde, cette conjoncture favorable ne s'est pas traduite pour le Québec par des gains comparables. Par exemple, même si, au Québec, le taux de chômage est passé de 11,9 % à 8,3 %, un retard persiste comparativement à la moyenne canadienne, où le taux se situe aux environs de 7 %. En second lieu, certains de ces indicateurs, surtout ceux liés au revenu, ne seraient pas ajustés au coût de la vie plus faible au Québec, ce qui amplifierait les mesures de la pauvreté pour le Québec.

La réduction des inégalités socioéconomiques et de la pauvreté à l'intérieur du Québec constitue un objectif essentiel pour accroître la santé physique et mentale de l'ensemble des Québécois. Il a été démontré que ce sont les sociétés présentant le moins d'inégalités sociales qui enregistrent les indicateurs de santé les plus favorables (Wilkinson et Pickett, 2006). Le Japon et les pays scandinaves en sont des exemples concrets. Ces pays ont mis en place des politiques sociales et économiques dans le but de réduire les inégalités sociales et de santé. Ces choix de société portent fruits, car c'est au Japon que l'on retrouve l'espérance de vie la plus élevée, et ce, malgré le fait que le système de soins établi dans ce pays soit un de ceux qui reçoivent la plus faible part du PIB parmi les pays industrialisés. À l'inverse, le cas des États-Unis prouve que la prospérité économique d'un pays ne garantit pas nécessairement un meilleur état de santé de sa population. En effet, ce pays enregistre un PIB presque deux fois plus élevé que celui de la Grèce où, pourtant, l'espérance de vie à la naissance est supérieure d'une année (Choinière, 2003).

1.3

Les soins de santé et les services préventifs : un portrait partiel d'un système de santé complexe

L'univers des soins de santé et des services préventifs est large et couvre plusieurs dimensions. Cet univers peut être découpé en quatre grands secteurs : les ressources et équipements, les services préventifs, les services ambulatoires et les services hospitaliers. Le texte qui suit fait un survol des principaux résultats qui se dégagent relativement à chacun de ces secteurs, et porte une attention particulière aux différences régionales.

Les ressources et les équipements de santé au Québec : les régions éloignées en rattrapage

Les ressources de santé peuvent être divisées en deux grandes catégories, les ressources humaines (médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, etc.) et institutionnelles (hôpitaux de soins de courte durée, centres d'hébergement, appareils de haute technologie, etc.). Il est d'intérêt d'examiner comment, dans un contexte d'augmentation rapide des coûts liés au système de santé, ces ressources évoluent dans le temps et se répartissent entre les régions.

LES RESSOURCES HUMAINES

Les trois régions du Québec qui sont dotées de centres hospitaliers universitaires, soit Montréal, la Capitale-Nationale et l'Estrie, bénéficient du plus grand nombre de médecins par habitant, de même que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Cette situation favorable dans les régions universitaires est la conséquence d'un nombre très élevé de spécialistes alors que dans le cas de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, elle résulte du nombre élevé d'omnipraticiens qui y pratiquent.

Le nombre de médecins en hausse

Le nombre de médecins s'est accru au Québec de 1993 à 2003 : il est passé de 193 à 204 par 100 000 personnes. Cette augmentation des effectifs a touché tant les médecins omnipraticiens que les spécialistes, à l'exception des chirurgiens généraux, dont le taux pour 100 000 habitants a diminué de 13 % pendant cette même période. Les gains les plus importants dans les effectifs médicaux ont été enregistrés dans des régions plus éloignées (Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord), de même que, à moindre échelle, dans les régions adjacentes à Montréal (Montérégie, Laval, Lanaudière, Laurentides).

Pour les personnes directement affectées aux soins, la situation s'est améliorée de façon générale, sauf pour les infirmières auxiliaires, dont le taux a sensiblement diminué. La région de Montréal présente un ratio élevé d'infirmières par 100 000 habitants alors qu'en contrepartie, les quatre régions voisines, Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie, affichent les valeurs les plus faibles. Deux régions bénéficient de la présence élevée d'infirmières et d'infirmières auxiliaires, soit le Bas-Saint-Laurent et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

LES RESSOURCES INSTITUTIONNELLES

LES LITS DE SOINS DE COURTE DURÉE Le nombre de lits de soins de courte durée a connu une diminution de 30 % au Québec depuis 1995, diminution qui a affecté toutes les régions. En contrepartie, le taux d'occupation des lits a augmenté. De plus, les séjours moyens à l'hôpital se sont raccourcis, ce qui permet de compenser en partie la réduction du nombre de lits. Au cours des dernières années, on a cependant assisté à une légère remontée des durées de séjour dans l'ensemble des régions du Québec. Ces durées varient de 5,1 jours, dans la région de Chaudière-Appalaches, à 7,3 jours, dans la région de Montréal.

LES LITS DE SOINS DE LONGUE DURÉE ET D'HÉBERGEMENT Le nombre de lits de soins de longue durée et d'hébergement a également subi une réduction dans l'ensemble des régions du Québec au cours des 10 dernières années. Cette réduction du nombre de lits s'est accompagnée d'une faible augmentation des taux d'occupation, qui avoisinent maintenant le 100 % dans plusieurs régions, et d'une baisse importante de la durée de séjour. Celle-ci est probablement associée à un alourdissement des clientèles qui arrivent dans ces établissements à un stade plus avancé de leurs maladies.

LES APPAREILS DE HAUTE TECHNOLOGIE On a accru l'implantation et l'utilisation d'appareils de haute technologie dans l'ensemble du Québec. Ainsi, le nombre de tomodensitomètres est passé de 53 à 93 au Québec durant la période de 1991 à 2004. Un effort plus considérable a été déployé dans les régions éloignées, de sorte que les taux d'utilisation sont les plus élevés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, dans la Côte-Nord et au Bas-Saint-Laurent.

La résonance magnétique a connu un essor comparable, passant de 3 à 38 équipements au Québec entre 1991 et 2004. Près de 40 % des équipements se retrouvent à Montréal. La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et la Côte-Nord n'en possèdent aucun. L'utilisation de cette technologie dans ces régions est conséquemment plus faible. Par contre, le taux d'utilisation de la résonance magnétique par la population résidant à Montréal se situe au même niveau que celui des résidents d'autres régions, notamment ceux de l'Estrie, de la Capitale-Nationale, de Chaudière-Appalaches, de Laval et de Lanaudière.

Enfin, les appareils de radio-oncologie sont également concentrés dans certaines régions. Montréal en comptait 25 sur 50 en 2006. Par contre, en général, le pourcentage de cas de cancer traités en radio-oncologie varie peu d'une région à l'autre, la moyenne étant de 51 % pour le Québec.

SUR LE PLAN CANADIEN

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, le Québec présenterait, par tranche de 100 000 habitants, un plus grand nombre de médecins de famille et de spécialistes que la moyenne canadienne, de même que le plus grand ratio de médecins spécialistes (Statistique Canada et ICIS, 2005).

Les services préventifs en équilibre au Québec

La prestation de services préventifs, allant de la prévention primaire (p. ex. l'immunisation) à la prévention secondaire (p. ex. dépistage et traitement préventif), présente des taux relativement stables au Québec. À titre d'exemple, la proportion de femmes ayant passé une mammographie dans les deux dernières années est passée de 62 % en 1999-2000 à 63 % en 2003-2004. Les proportions sont similaires chez les personnes de 50 à 59 ans et les personnes de 60 à 69 ans. Le pourcentage le plus bas se retrouve dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James (48 %) et le plus élevé, au Nunavik et au Nord-du-Québec (environ 74 %).

Pour ce qui est du dépistage du cancer du col utérin, la proportion de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de PAP aurait diminué de 76 % en 1998-1999 à 71 % en 2003. Les femmes de moins de 45 ans sont celles qui ont le plus recours à ce test. En ce qui a trait au dépistage du cancer de la prostate, 44 % des hommes de 50 ans et plus n'ont jamais passé le test de l'antigène prostatique spécifique (APS), et seulement 38 % l'ont passé dans la dernière année. Cette situation traduit l'incertitude entourant le dépistage et, d'ailleurs, les organismes canadiens de santé publique ne recommandent pas le dépistage par le test de l'APS.

Les programmes d'immunisation se stabilisent aussi à des niveaux acceptables de couverture au Québec. La proportion d'élèves de 4^e année ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B se situait à 89 % en 2004-2005, ce qui représente une légère baisse comparativement à 1999-2000, alors qu'elle se situait à 93 %. Chez la clientèle plus âgée, la proportion de la population ayant reçu le vaccin contre la grippe se situe en 2003-2004 à 43 % chez les personnes de 50 ans et plus, et à 65 % chez celles de 65 ans et plus.

SUR LE PLAN CANADIEN

Les Québécois ont moins recours que le reste des Canadiens au vaccin contre la grippe et au test de PAP. D'ailleurs, de toutes les provinces canadiennes, c'est au Québec qu'on enregistre la proportion la plus faible de recours au test de PAP. En revanche, la mammographie est aussi répandue au Québec que dans l'ensemble du Canada (INSPQ, 2006).

Les soins ambulatoires et la première ligne : un rôle de premier plan

Les divers indicateurs relatifs aux soins ambulatoires et aux soins de première ligne illustrent l'importance de ces services dans le système de santé québécois. En 2003, 93 % des personnes de 12 ans et plus ont vu ou consulté par téléphone un professionnel de la santé au cours des 12 mois précédents. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (95 %). Les types de professionnels les plus consultés sont les médecins de famille (69 %), les dentistes ou orthodontistes (57 %), les spécialistes de la vue (39 %) et les médecins spécialistes (31 %). À l'échelle des régions, on observe, d'une part, que la consultation d'un médecin de famille est particulièrement faible dans les régions nordiques et, d'autre part, que le recours aux médecins spécialistes est nettement plus fréquent à Montréal.

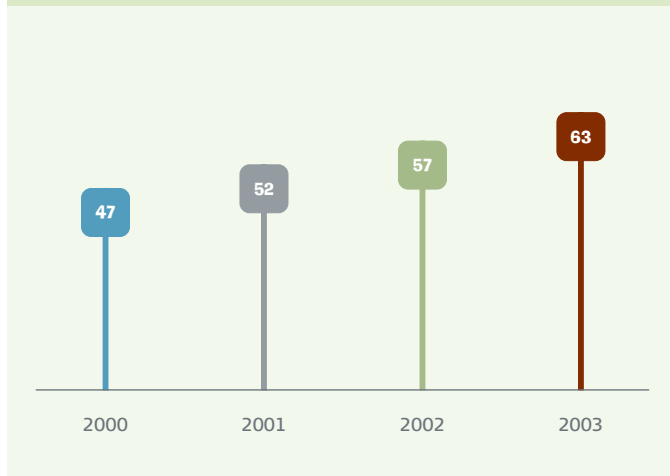
La proportion de la population de 12 ans et plus ayant consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale était de 8 % en 2003, et elle était plus importante chez les femmes que chez les hommes. Cette proportion comprend la consultation d'un omnipraticien (3 %), d'un psychologue (4 %) et d'un psychiatre (1 %). Cette distribution réaffirme le rôle important joué par les omnipraticiens et les psychologues, ceux-ci étant consultés presque exclusivement en pratique privée, dans la prestation de soins en santé mentale.

Par ailleurs, la médecine alternative (massothérapie, acupuncture, homéopathie, naturopathie, etc.) gagne du terrain au Québec. La proportion de la population ayant consulté un intervenant en médecine alternative s'est ainsi accrue de 1994 à 2003 : elle est passée de 7 % à 13 %. Les femmes ont toutefois nettement davantage recours à ce type de médecine que les hommes. Enfin, la médecine alternative est moins présente dans les régions éloignées, soit au Saguenay-Lac-Saint-Jean, sur la Côte-Nord, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et aux Terres-Cries-de-la-Baie-James, où, dans l'ensemble, on affiche des gains substantiels au regard des services de première ligne.

LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

En raison des progrès accomplis au cours des dernières décennies, le médicament constitue la technologie médicale la plus répandue et la plus facilement accessible. Divers facteurs concourent à une augmentation de la consommation globale de médicaments. Outre le vieillissement de la population, on retrouve notamment l'arrivée sur le marché de médicaments qui permettent d'améliorer le traitement d'une maladie ou de traiter des maladies qui ne pouvaient l'être auparavant, ou de médicaments qui permettent de prévenir ou de retarder la survenue de la maladie. Pour assurer l'accès le plus large possible aux médicaments d'ordonnance, le gouvernement du Québec a mis en place, en 1997, un régime universel d'assurance médicaments composé d'un régime public et d'une multitude de régimes privés collectifs.

FIGURE 1.3.1
NOMBRE D'ORDONNANCES PAR PARTICIPANT DE 65 ANS ET PLUS AU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC DE 2000 À 2003



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 78).

Les données produites par la Régie de l'assurance maladie du Québec permettent de conclure à une large utilisation 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 (91,4 %) ont consommé au moins un médicament couvert par le régime public d'assurance médicaments au cours de l'année 2003. Pour ces personnes qui participent au régime public, le nombre d'ordonnances⁴ par participant montre une croissance de 34 % entre 2000 et 2003. Cette augmentation résulte en partie d'une augmentation de la proportion des ordonnances de courte durée (ex. : 7 jours) aux dépens des ordonnances de plus longue durée (ex. : 30 jours). Ainsi, lorsque l'on pondère le nombre d'ordonnances par participant en fonction de leur durée, on observe une croissance de l'ordre de 20 %.

SUR LE PLAN CANADIEN

Le Québec se démarque des autres provinces par son profil de consultation des professionnels de la santé. En effet, c'est ici que l'on dénote la plus faible proportion de personnes ayant consulté un médecin. En revanche, le Québec

affiche l'une des proportions les plus élevées en matière de consultation d'un professionnel au sujet de sa santé mentale. Enfin, c'est également au Québec que l'on observe la plus forte proportion de personnes déclarant des besoins non satisfaits en matière de soins de santé (INSPQ, 2006).

Les soins hospitaliers : congestion dans les régions universitaires ?

La plupart des indicateurs disponibles concernant les soins physiques, l'hébergement et les soins de longue durée sont des indicateurs d'utilisation. Ce type d'indicateurs décrit le résultat de plusieurs facteurs qui interagissent, ce qui a pour effet de rendre leur interprétation assez complexe. Les facteurs en question sont l'offre de services, les pratiques des professionnels, les besoins de la population et les barrières qui peuvent nuire à la satisfaction des besoins par les

4. Il est à noter que pour un médicament prescrit donné, on compte autant d'ordonnances qu'il y a de renouvellements. Le nombre d'ordonnances ne correspond donc pas au nombre de médicaments différents pris par une personne au cours d'une année.

services. Comme le calcul des indicateurs peut rarement tenir compte de ces facteurs combinés, l'interprétation des résultats doit être faite avec prudence.

Le virage ambulatoire envisagé au Québec s'est véritablement réalisé et a mené à une réduction de 30 % du nombre de lits dressés⁵ en soins physiques, et ce, dans presque toutes les régions de la province, sauf celles de Laval et des Laurentides.

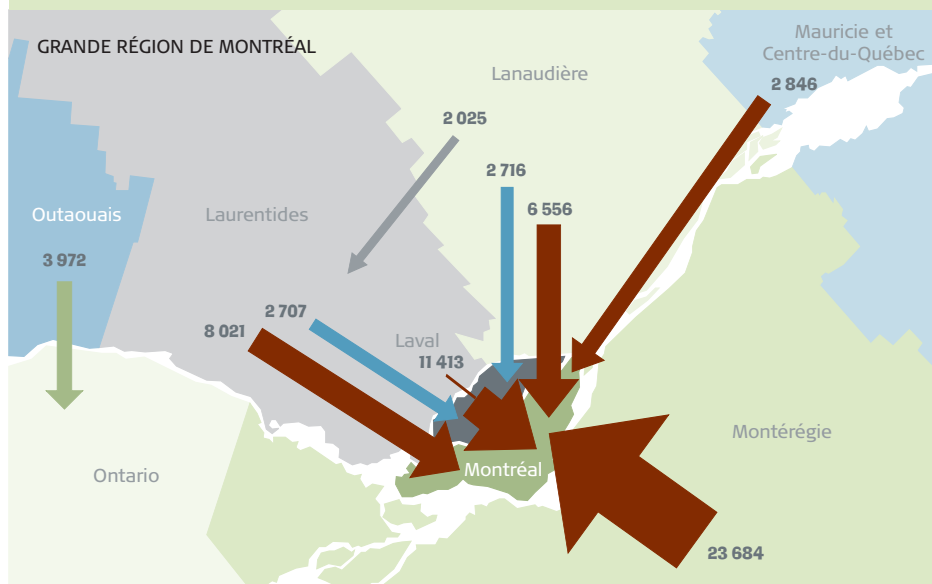
Le virage ambulatoire au Québec

Depuis 1995, le réseau des services de santé a connu des transformations importantes qui sont souvent résumées par le terme « virage ambulatoire ». Plusieurs des services alors offerts au cours de séjours en institution allaient dorénavant être offerts de façon ambulatoire, c'est-à-dire en clinique externe, sans hospitalisation.

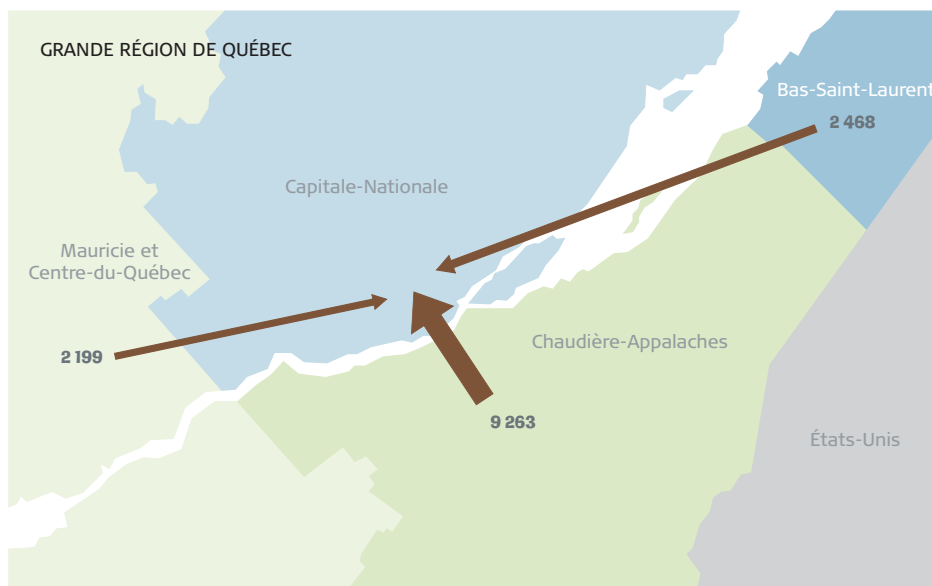
Le même phénomène s'est manifesté pour l'hébergement, mais de façon moins généralisée. On a enregistré une diminution dans le nombre de lits dressés dans 10 régions du Québec, et cette diminution a été plus grande que l'augmentation du nombre de lits dressés dans les autres régions (réduction globale de 8 %). Les régions où cette augmentation a été la plus forte sont les régions très éloignées et la couronne nord de Montréal. Les ressources institutionnelles ont donc été réduites de façon significative presque partout au Québec, sauf dans la couronne nord de Montréal.

Étant donné la mobilité de la population, l'offre réelle de services ne peut se limiter aux ressources présentes localement. Des données illustrant ce phénomène existent d'ailleurs, surtout à l'égard des soins physiques de courte durée. Les grands centres (Montréal, Capitale-Nationale, Estrie) offrent des services à leur population locale de même qu'aux populations des régions environnantes, voire aux populations éloignées.

FIGURE 1.3.2
PRINCIPAUX ÉCHANGES INTERRÉGIONAUX POUR LES HOSPITALISATIONS AU QUÉBEC EN 2003-2004



Destination des échanges : Montréal (orange), Laval (bleu), Laurentides (gris), Ontario (vert)



Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 82).

5. Les lits dressés sont ceux qui sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.

Des régions très sollicitées

Les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale sont les plus sollicitées : elles accueillent à la fois presque tous leurs résidents et de nombreux résidents des autres régions. Les régions de Laval et du Nord-du-Québec sont particulières puisque, d'un côté, elles accueillent des résidents d'autres régions et, de l'autre, elles voient une grande partie de leurs résidents être hospitalisés ailleurs. La région des Terres-Cries-de-la-Baie-James est celle qui compte le plus haut pourcentage de résidents hospitalisés 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. Ainsi, un indice élevé indique qu'une importante partie des ressources est consacrée aux résidents de la région. Cet indice est plus élevé dans certaines régions éloignées.

LES SERVICES EN HÉBERGEMENT

Les services en hébergement méritent d'être considérés séparément des soins physiques de courte durée. Ils sont sensibles aux ressources disponibles localement et ne suscitent pas une mobilité entre régions, tel que c'est le cas pour les soins physiques de courte durée. De plus, tout manque de ressources dans ce secteur est susceptible d'avoir des répercussions sur les soins physiques de courte durée, ou même sur les services à domicile.

Qui désigne-t-on par l'expression « personnes en institutions de santé » ?

Les institutions de santé considérées dans cette section sont celles définies au recensement de 2001. Elles comprennent les hôpitaux généraux, les hôpitaux assurant des soins d'urgence, les autres hôpitaux et établissements connexes, ainsi que les centres de traitement et les établissements pour personnes ayant une incapacité, les maisons de repos et les foyers pour personnes âgées (Statistique Canada, 2002c). Selon le recensement, on comptait, au Québec en 2001, 82 700 personnes vivant en institution de santé.

Dans le réseau de santé québécois, le terme « institution » réfère aux centres hospitaliers de soins de longue durée du secteur public ou du secteur privé conventionné (ayant signé une convention avec le MSSS pour des fins de financement). Au 31 mars 2005, on comptait au Québec 35 612 personnes de 65 ans et plus vivant dans ces institutions.

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. Cet indice est plus élevé dans les grands centres (plus de 90 %), et plus bas dans leurs régions limitrophes ou dans les régions très éloignées (moins de 70 %). De 1994-1995 à 2003-2004, ces indices se sont grandement améliorés dans les régions se situant autour de Montréal.

La proportion de la population de 65 ans et plus vivant en institution de santé augmente très légèrement dans le temps, et se situait à 8,5 % en 2001. Elle est plus élevée chez les femmes (10,6 %) que chez les hommes (5,7 %) et augmente rapidement avec l'âge : elle atteint 37 % chez les personnes de 85 ans et plus. D'une région à l'autre, la proportion des personnes de 65 ans et plus en institution varie de 4,6 %, sur la Côte-Nord, à 13,3 % dans le Bas-Saint-Laurent. Les augmentations les plus marquées de 1991 à 2001 se sont produites dans des régions hors des grands centres urbains : Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Mauricie et Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue et Laurentides.

Après avoir augmenté au début des années 2000, le taux d'admission dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée a subi une diminution de plus de 15 % au cours des deux dernières années. Pendant cette même période, la durée moyenne d'attente pour être admis a présenté des fluctuations importantes.

Comme le nombre de lits en hébergement et leur taux d'occupation n'ont pas augmenté globalement de 1995 à 2004, l'augmentation du taux d'admission, tel qu'il est défini et décrit plus haut, ne peut venir que d'une réduction du séjour moyen potentiellement liée à l'alourdissement de la clientèle.

LES SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE

L'urgence joue souvent le rôle d'interface entre la population et les services hospitaliers de courte durée. Les patients qui s'y présentent avec les problèmes les plus sévères sont habituellement placés sur des civières. Le séjour prolongé sur civière pourrait indiquer un délai dans le processus de diagnostic ou de traitement, ou encore un problème de disponibilité de lits de courte durée. Les proportions de séjours sur civière excédant 24 heures sont demeurées relativement stables de 2002 à 2005, alors que celles de séjours sur civières de 48 heures et plus ont diminué sensiblement de 2003 à 2005. Ces proportions varient grandement entre les régions : les valeurs les plus élevées se situent en Outaouais, à Montréal, dans Lanaudière et en Montérégie.

L'univers des soins physiques de courte durée

Les indicateurs se rapportant aux soins physiques de courte durée captent des épisodes de soins pour des problèmes de santé physique suffisamment sévères pour nécessiter l'hospitalisation. Les soins physiques de courte durée excluent, entre autres, les hospitalisations pour troubles mentaux, les chirurgies d'un jour et les soins de longue durée.

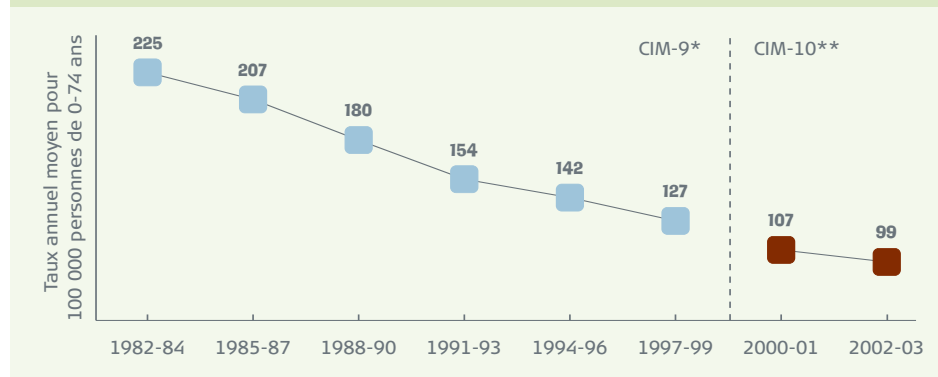
Que sont les conditions propices aux soins ambulatoires ?

Ce sont des conditions pour lesquelles des soins appropriés évitent l'hospitalisation ou en réduisent la nécessité. Un taux élevé d'hospitalisation pour ces conditions pourrait indiquer un problème d'accès aux soins primaires.

Depuis le milieu des années 1990, on enregistre au Québec une chute constante du taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires. On observe des taux significativement inférieurs à la moyenne québécoise dans les deux grandes régions de Montréal et de la Capitale-Nationale, ainsi que dans deux de leurs régions limitrophes, Laval et Chaudière-Appalaches. À l'opposé, 11 régions enregistrent des taux significativement supérieurs.

Les décès évitables sont ceux pour lesquels des interventions efficaces et connues existent, et pour lesquels des soins appropriés peuvent être prodigués. Le taux de mortalité évitable diminue constamment au Québec depuis le début des années 1980. Trois régions affichent des taux significativement supérieurs à la moyenne : Nunavik, Montréal et Outaouais.

FIGURE 1.3.3
TAUX DE MORTALITÉ ÉVITABLE AU QUÉBEC DE 1982-1984 À 2002-2003



* CIM-9 : 9^e révision de la Classification internationale des maladies.

** CIM-10 : 10^e révision de la Classification internationale des maladies.

Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 93).

Comment interpréter ces résultats ?

Un faible taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires pourrait résulter de soins plus efficaces, d'un accès insuffisant aux lits en soins physiques de courte durée ou d'une meilleure santé dans les populations des régions touchées. Le taux de mortalité évitable pourrait être en lien avec les trois mêmes phénomènes, mais les résultats pour les deux indicateurs apparaissent contradictoires, au moins dans le cas de Montréal.

Les salles d'opération des hôpitaux de soins physiques de courte durée sont le lieu principal où plusieurs interventions efficaces peuvent être offertes à la population. Le taux de ces interventions est tributaire de la disponibilité de ces salles et des lits requis pour que les patients récupèrent suffisamment avant de retourner à domicile. Les taux pour les angioplasties, les pontages aortocoronariens, les arthroplasties de la hanche et du genou ont tous augmenté depuis la fin des années 1980. Les taux les plus élevés ne sont pas toujours observés dans les régions ayant le plus de ressources. Par exemple, dans plusieurs cas, les résidents de Montréal enregistrent des taux significativement plus faibles que la moyenne provinciale.

De la même manière, les salles d'opération des hôpitaux de soins physiques de courte durée sont, en général, le lieu principal où les interventions en chirurgie d'un jour peuvent être offertes à la population. Il y a donc compétition pour le même lieu. Les taux de chirurgie d'un jour selon le diagnostic principal étaient relativement stables de 1995 à 2004. Ils étaient plus bas dans les grands centres et leurs régions limitrophes que dans les autres régions.

Les deux derniers résultats suggèrent que l'accès aux interventions efficaces semble problématique dans les grands centres et leurs régions limitrophes, particulièrement à Montréal. Une telle situation pourrait être expliquée par une sollicitation d'accès aux salles d'opération ou aux lits dépassant la capacité des ressources. Une telle sollicitation excédentaire résulterait de la conjonction d'une demande provenant de la population locale dans les grandes régions urbaines et de la population environnante, comme le laissent entendre les indices de dépendance de la population et des ressources pour les hospitalisations.

SUR LE PLAN CANADIEN : DES COMPARAISONS QUI RÉVÈLENT LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU QUÉBEC

Les comparaisons canadiennes en ce qui a trait à l'accès aux soins hospitaliers et à leur utilisation fournissent un portrait contrasté. D'un côté, le Québec montre une position favorable, par rapport aux autres provinces, avec l'un des taux les plus faibles d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires et un taux élevé de pontage coronarien. De l'autre, le Québec affiche, d'une année à l'autre, des résultats désavantageux avec les taux les plus bas d'arthroplastie de la hanche et du genou (INSPQ, 2006). Les données les plus récentes montrent cependant une amélioration notable dans le cas des délais d'attente pour des interventions chirurgicales non urgentes. Ces délais ont diminué de moitié de 2003 à 2005, et se situent maintenant dans la moyenne canadienne. Les délais d'attente sont particulièrement courts au Québec pour certains tests diagnostiques comme l'imagerie par résonance magnétique, la tomodensitométrie et l'angiographie (Statistique Canada, 2006c). Cela montre bien la complexité du système hospitalier québécois, ses forces et ses faiblesses, mais aussi les améliorations possibles dont il peut faire l'objet.

En perspective

Bien que partiel, le portrait des divers indicateurs relatifs aux soins et aux services de santé demeure révélateur à l'égard de certaines tendances au Québec.

Pour les ressources allouées à la santé, on note un rattrapage des régions éloignées par rapport aux grands centres depuis quelques années, particulièrement en ce qui concerne les omnipraticiens et les technologies de pointe. Les régions limitrophes de Montréal demeurent par contre en déficit, et continuent de recourir largement aux services offerts sur le territoire de la métropole québécoise.

Les indicateurs décrivant les services préventifs brossent un portrait relativement stable en ce domaine au Québec, même si les régions éloignées présentent des taux plus élevés pour certaines interventions. La prévalence de la vaccination pour la grippe chez les personnes de 65 ans et plus suggère qu'une proportion encore importante de personnes à risque n'est toujours pas rejointe, et qu'il est possible de faire mieux, à en juger par les résultats observés dans les autres provinces.

En ce qui a trait aux services de première ligne et aux soins ambulatoires, les résultats soulignent l'importance de ces services comme porte d'entrée dans le réseau de santé au Québec et confirment la place centrale que ces services occupent au sein du système de soins. On note un accroissement de la consommation de médicaments dans les dernières années. Le Québec semble faire bonne figure en ce qui concerne l'accès aux soins primaires, puisque, parmi les provinces canadiennes, il affiche l'un des taux les plus faibles d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires.

Les indicateurs relatifs aux soins hospitaliers suggèrent une situation paradoxale dans les régions universitaires, particulièrement celle de Montréal, qui sont bien nanties en ressources institutionnelles et en ressources spécialisées, mais qui présentent des prévalences d'utilisation plus faibles pour plusieurs indicateurs. Les populations de Montréal et de la Capitale-Nationale obtiennent la presque totalité de leurs services de santé sur leur propre territoire, mais une bonne proportion de résidents d'autres territoires y consomment aussi des services. Les comparaisons canadiennes en matière de disponibilité de certains services montrent qu'en ce qui concerne certaines interventions chirurgicales, le milieu hospitalier québécois possède des forces (pontages coronariens) et des faiblesses (arthroplastie de la hanche et du genou). Cependant, ces comparaisons illustrent également que des progrès sont possibles et que, sur une courte période de temps, le sens de la comparaison peut changer et devenir favorable pour le Québec.

1.4

La santé environnementale sous surveillance

La pollution de l'air, de l'eau et du sol est en grande partie attribuable aux activités humaines. L'altération du milieu physique et du climat, qu'elle soit temporaire ou permanente, met souvent à rude épreuve les écosystèmes et, par voie de conséquence, la santé des populations. Les causes de la pollution sont souvent évitables et les dommages, parfois réversibles. C'est pourquoi l'environnement est l'une des grandes préoccupations du milieu scientifique et de toute la société. Dans les pages qui suivent seront examinées quelques données sur la qualité de l'air (air ambiant, air intérieur), la qualité de l'eau (eau potable, eaux usées et eaux récréatives), la qualité des sols ainsi que leur répercussion sur la santé.

La qualité de l'air

Les polluants de l'air extérieur existent sous forme de gaz et de particules. Les principaux indicateurs de la qualité de l'air sont les PM_{10} et les $PM_{2,5}$ ⁶, l'ozone (O_3), le dioxyde d'azote (NO_2), le dioxyde de soufre (SO_2) et le monoxyde de carbone. Les pollens et les moisissures font aussi l'objet de certaines activités de surveillance saisonnière. Les sources des polluants chimiques retrouvés dans l'air sont mobiles ou fixes : transport, industries, chauffage des bâtiments (bois, mazout, gaz), centrales thermiques. Les effets du mélange de ces contaminants sur la santé sont difficiles à déterminer précisément. Cependant, la relation entre les concentrations actuelles de polluants chimiques de l'air et la mortalité ainsi que la morbidité cardiorespiratoires, aiguës et chroniques, est bien documentée (Gérin *et al.*, 2003). La mauvaise qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments et des résidences représente aussi une source importante de contamination, et peut notamment entraîner des risques associés au tabac, au chauffage par combustion et aux moisissures.

Qu'entend-on par un épisode de smog ?

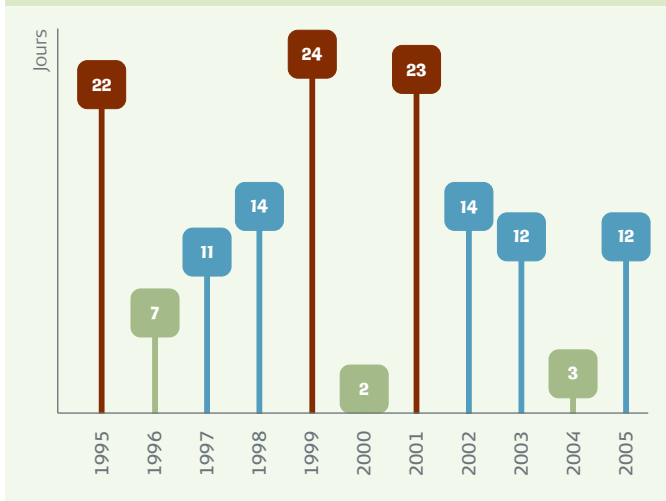
Un épisode de smog correspond à l'occurrence d'au moins une concentration horaire moyenne d'ozone de basse altitude (troposphérique) supérieure à 82 parties par milliard (ppb). Au-dessus de ce seuil, des symptômes peuvent se faire sentir chez les personnes plus vulnérables, par exemple chez les asthmatiques et les personnes âgées (Willey *et al.*, 2004). L'ozone et ses précurseurs, les composés organiques volatils (COV) et les oxydes d'azote (NO_x), peuvent se déplacer sur de longues distances (Commission de coopération environnementale, 1997). Soulignons qu'au Québec, on est en voie d'implanter une nouvelle définition qui intégrera les concentrations mesurées d'ozone et des poussières particulaires fines ($PM_{2,5}$).

GAZ À EFFET DE SERRE EN AUGMENTATION ET SMOG VARIABLE

Le smog est un mélange de polluants atmosphériques qui prend habituellement la forme d'une brume jaunâtre limitant la visibilité dans l'atmosphère. Les particules fines et l'ozone troposphérique (de basse altitude) en sont deux constituants majeurs. L'été, les principales sources directes de particules fines liées à des activités humaines sont les véhicules à moteurs et les procédés industriels (ministère

6. Les particules respirables de diamètre égal ou inférieur à 10 microns et les particules fines atteignant les alvéoles dont le diamètre est égal ou inférieur à 2,5 microns.

FIGURE 1.4.1
JOURS DE SMOG AU QUÉBEC DE 1995 À 2005



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 27).

Que sont les gaz à effet de serre ?

Les gaz à effet de serre (GES) sont des gaz qui retiennent une partie des rayons solaires réfléchis sur la Terre et qui créent ainsi l'effet de serre à l'origine de l'augmentation des températures. Les principaux GES qui existent naturellement dans l'atmosphère, mais dont la concentration peut être modifiée par l'activité humaine, sont le dioxyde de carbone (CO₂), le méthane (CH₄) et les oxydes d'azote (NO_x). D'autres GES importants découlent uniquement de l'activité humaine : les hydrofluorocarbones (HFC), les perfluorocarbones (PFC) et l'hexafluorure de soufre (SF₆) (ministère de l'Environnement du Québec, 2002).

produisant respectivement 37 % et 31 % des émissions totales des GES. Pourtant, de 2001 à 2003 au Québec, l'émission de ces gaz a augmenté de 6 %, et ce, malgré les engagements du protocole de Kyoto (ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2006a).

LES SOURCES DES PRINCIPAUX POLLUANTS ATMOSPHÉRIQUES SOUS SURVEILLANCE

Au Québec, les activités industrielles et commerciales, ainsi que la consommation de combustibles fossiles, particulièrement dans le transport, sont les principales causes de la pollution atmosphérique d'origine locale. Les polluants atmosphériques mesurés pour la surveillance des émissions générées par les sources fixes (industries, chauffage au bois, etc.) sont sensiblement les mêmes que ceux mesurés pour le transport routier.

du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2005). À ces sources s'ajoute, en hiver, le chauffage résidentiel au bois (ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2006). Le sud du Québec est situé à proximité des sources d'émissions américaines et ontariennes engendrées principalement par la production d'électricité à partir de combustibles fossiles et qui contribuent grandement à la pollution atmosphérique (ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2005). Cette contribution étrangère aux émissions locales varie, selon les régions : elle passe de 15 % dans l'Outaouais à 65 % dans la région de Québec. De toutes les provinces canadiennes, l'Ontario présente la plus grande concentration moyenne saisonnière d'ozone troposphérique, et le Québec occupe le deuxième rang (Environnement Canada et coll., 2005).

Sur la période s'étalant de 1995 à 2005, les régions affectées ont subi en moyenne 13 jours de smog par année. Cette valeur cache cependant d'importantes variations annuelles : le maximum de jours a été enregistré en 1999 (24 jours) et le minimum de jours, en 2000 (2 jours). Le smog est plus fréquent dans les régions de la Montérégie, de Montréal et de la Mauricie et Centre-du-Québec, mais ce phénomène a connu une diminution dans la période de 2000 à 2005, où on a enregistré une moyenne de 6 à 7 jours de smog par année. Les polluants qui favorisent le smog peuvent être d'origine transfrontalière ou locale. Plus on s'éloigne de la région des Grands Lacs pour s'approcher de l'intérieur du Québec, plus les sources de smog sont attribuables aux émissions québécoises.

Au Québec, en 2003, les émissions totales de gaz à effet de serre (GES) se chiffraient à 90,9 millions de tonnes de dioxyde de carbone (CO₂), ce qui représentait le meilleur bilan au Canada. Les secteurs du transport et des industries constituaient les deux sources majeures d'émissions,

Un gaz dangereux : l'ozone de basse altitude

L'ozone troposphérique (ozone de basse altitude) provient de réactions photochimiques complexes entre les composés organiques volatils (COV) et les oxydes d'azote (NO_x). Il est différent de l'ozone formé naturellement dans la haute atmosphère et qui protège des rayons du soleil. Même à très faible concentration, l'ozone troposphérique peut être dangereux pour les voies respiratoires supérieures et les poumons. La gravité des lésions dépend de la concentration d'ozone et de la durée d'exposition. Même une très courte exposition à une concentration relativement faible peut entraîner des lésions permanentes et contribuer à des excès de mortalité, notamment chez les personnes souffrant déjà de problèmes de santé cardiorespiratoires (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 1998).

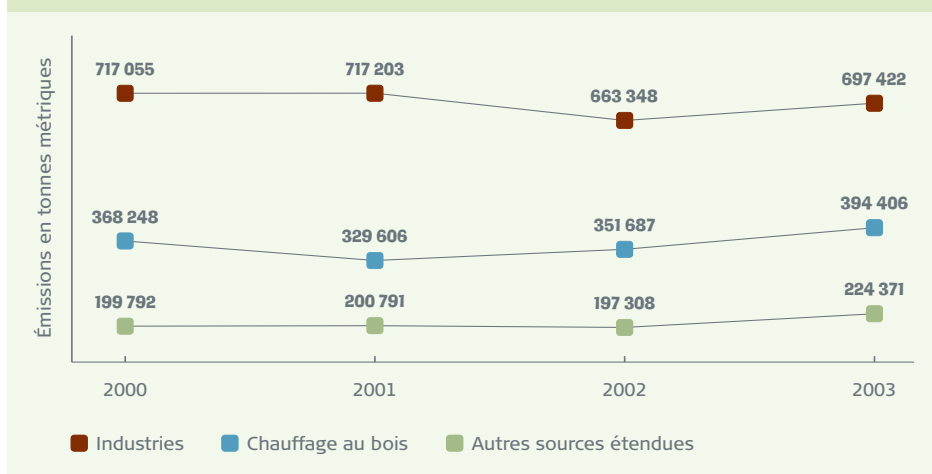
LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE GÉNÉRÉE PAR LES SOURCES FIXES

En 2003, au Québec, la moitié des émissions atmosphériques générées par l'ensemble des sources fixes étaient attribuables aux industries, tandis que le chauffage au bois était responsable de 30 % de cette pollution. Les industries généraient la presque totalité (94 %) des émissions de dioxyde de soufre (SO₂), 70 % des émissions d'oxydes d'azote (NO_x) et 57 % des émissions de monoxyde de carbone (CO). Les particules en suspension sont également générées par les industries, le chauffage au bois et les autres sources fixes. Enfin, de 2000 à 2003, la quantité des émissions atmosphériques s'est avérée relativement stable au Québec.

De 2000 à 2003, la pollution de l'air d'origine industrielle a augmenté dans trois régions, soit le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Montérégie et la Capitale-Nationale, tandis que dans l'ensemble des autres régions, les données indiquent une diminution des émissions. Dans le cas du Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'augmentation pourrait s'expliquer par un plus grand nombre d'industries incluses dans les données ; dans le cas de la Capitale-Nationale, il n'y a pas eu de nouvelles industries, mais pour trois de celles qui étaient déjà en place, les émissions ont considérablement augmenté durant cette période. Dans la région de la Montérégie, l'ouverture à temps complet et à sa pleine capacité de la centrale thermique d'Hydro-Québec à Tracy a émis 17 000 tonnes de plus en 2003.

Cinq régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Côte-Nord, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie et Abitibi-Témiscamingue) produisent plus de 80 % de la pollution atmosphérique de source fixe du Québec. La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean produit à elle seule plus du quart du volume total québécois des principaux polluants industriels atmosphériques.

FIGURE 1.4.2
POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE DE SOURCES FIXES AU QUÉBEC DE 2000 À 2003



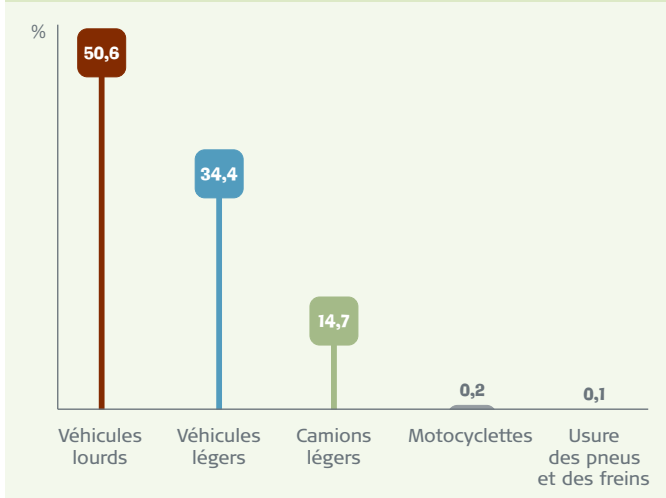
Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 28).

Dans l'ensemble du Québec, le nombre d'installations de chauffage au bois a augmenté de 60 % de 1987 à 2000, ce qui est venu assombrir la situation (ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2006).

LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE GÉNÉRÉE PAR LE TRANSPORT ROUTIER

En 2000, plus de la moitié des émissions de polluants atmosphériques générées par le transport routier provenait des véhicules lourds, et plus du tiers, des véhicules légers. Les véhicules immatriculés dans la région de la Montérégie et dans celle de la Mauricie et Centre-du-Québec contribuaient à près du tiers des émissions liées au transport routier.

FIGURE 1.4.3
POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE PAR PRINCIPAUX MOYENS
DE TRANSPORT ROUTIER AU QUÉBEC EN 2000



Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 29).

On a également retrouvé dans l'atmosphère 2 des 4 polluants associés au transport routier : près de 70 % des émissions atmosphériques étaient composées d'oxydes d'azote (NO_x) et 28 %, de composés organiques volatils (COV).

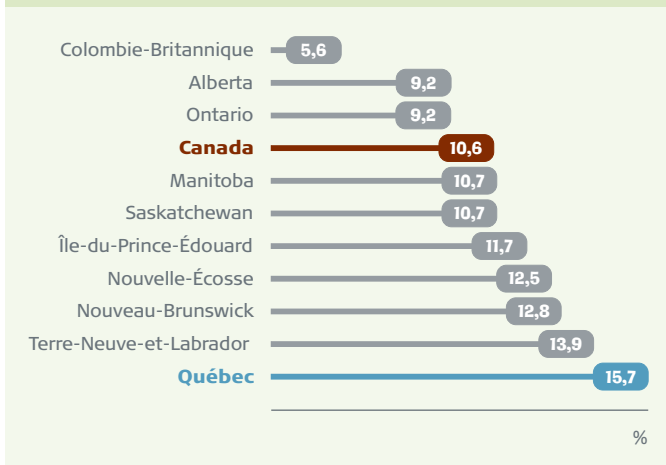
La voiture demeure le moyen de transport que les Québécois préfèrent pour se rendre au travail : près de 80 % des personnes le font en automobile, en camion ou en fourgonnette et, 9 fois sur 10, elles sont seules dans leur véhicule. La situation est à peu de choses près la même dans toutes les régions du Québec, à l'exception des régions du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Montréal. Cette dernière se distingue par la plus forte utilisation du transport en commun, puisque le tiers de sa population déclare avoir principalement recours à ce moyen pour faire la navette entre le domicile et le travail.

Il existe des indicateurs de santé qui peuvent être reliés à la qualité de l'air intérieur et extérieur. Parmi ceux-ci, nous avons examiné les taux d'hospitalisation pour certaines causes reconnues comme étant associées en partie à des facteurs environnementaux, dont les troubles du rythme cardiaque, et les bronchites et bronchiolites aiguës. Or, on constate, pour ces deux causes considérées ensemble,

que cinq régions du Québec présentent des taux particulièrement élevés, soit les trois régions nordiques ainsi que les régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. De même, on enregistre des taux non négligeables d'hospitalisation liée à ces causes en Abitibi-Témiscamingue, en Estrie, dans le Bas-Saint-Laurent, au Saguenay-Lac-Saint-Jean et dans la région de la Capitale-Nationale.

LES « DOMMAGES COLLATÉRAUX » DE LA FUMÉE DU TABAC

FIGURE 1.4.4
NON-FUMEURS EXPOSÉS À LA FUMÉE
SECONDAIRE À LA MAISON EN 2003,
COMPARAISONS CANADIENNES



Source: INSPQ, 2006.

C'est un fait reconnu : la consommation de tabac peut altérer la qualité de l'air intérieur et ainsi avoir des effets nocifs sur la santé. Selon une étude canadienne, le Québec aurait connu, en 1998, 359 décès chez les non-fumeurs attribuables à l'exposition à la fumée secondaire (Makomaski Iling et Kaiserman, 2004). Les dispositions de la *Loi québécoise sur le tabac*, entrées en vigueur en 2006 et qui interdisent notamment de fumer dans les endroits publics, devraient entraîner une diminution des décès et des maladies causées par la fumée secondaire. Cependant, le Québec compte toujours un nombre important de fumeurs, et ce, malgré la diminution observée ces dernières années. Ainsi, plusieurs non-fumeurs sont encore susceptibles d'être exposés à la fumée du tabac à domicile. Étant donné que le Québec est l'une des provinces comptant le plus grand nombre de fumeurs, il n'est pas étonnant de constater qu'en 2003, cette province était celle comportant la plus grande proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison, soit 16 %. Dans l'ensemble du Québec, c'est dans la région de la Côte-Nord que ce problème atteint un sommet : 25 % des non-fumeurs déclarent que quelqu'un

fume chaque jour ou presque à la maison. La fumée secondaire affecte également une partie importante de la population non-fumeuse du Nunavik, puisque les trois quarts de la population consomment la cigarette.

La qualité de l'eau

L'eau de surface et l'eau de la nappe phréatique sont susceptibles d'être polluées par une foule de produits et de microbes d'origines diverses. Il importe donc de s'assurer de la qualité de l'eau pour la consommation, et de prendre des mesures adéquates afin de minimiser l'impact environnemental des rejets d'eau dans les égouts.

BEAUCOUP DE RÉALISATIONS, MAIS ENCORE BEAUCOUP À FAIRE EN MATIÈRE DE GESTION DE L'EAU POTABLE

En 2003 au Québec, 75 % de la population était approvisionnée en eau potable par des eaux de surface et 23 %, par des eaux souterraines. Cette même année, 5 % de la population était desservie par un réseau de distribution dont l'eau n'avait subi aucun traitement.

La provenance de l'eau potable varie grandement d'une région à l'autre. La majorité des régions s'approvisionne principalement dans les eaux de surface. Pour certaines régions, notamment Montréal, le Nunavik et Laval, cette source constitue l'essentiel de l'eau distribuée. D'autres régions, en particulier l'Abitibi-Témiscamingue et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, puisent en très grande partie l'eau potable dans le sous-sol, directement dans la nappe phréatique.

Le mode de traitement de l'eau connaît aussi des variantes régionales. Ainsi, dans certaines régions, une part importante de la population a accès à une eau potable non-traitée : c'est le cas de 7 personnes sur 10 en Abitibi-Témiscamingue et de 5 sur 10 dans la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Toutefois, la plupart des régions offrent à leur population une eau potable qui a subi au moins un mode de traitement.

Pour différentes raisons, l'eau distribuée peut devenir impropre à la consommation, ce qui oblige les autorités à émettre des avis. Il y a eu plus de 518 avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau en 2002, et ce nombre est passé à 375 en 2004. Les avis étaient dans 90 % des cas des avis d'ébullition. De 2002 à 2004, toutes les régions, sauf le Nunavik, ont vu une partie de leur population touchée par un avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau. Si, de manière

générale, seulement 1 % de la population québécoise a connu ce type de situation en 2004 (soit environ 45 000 personnes chaque jour), on a noté cette année-là une exception de taille : dans la région Nord-du-Québec, environ 1 personne sur 6 a dû faire face à des problèmes d'eau potable. D'autres régions ont aussi connu des problèmes à ce chapitre, notamment Lanaudière et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

La surveillance de l'épuration des eaux usées est importante puisque la contamination des eaux récréatives ou de l'eau potable constitue un risque de gastro-entérites (Hafliger *et al.*, 2000). De 1995 à 2002, la proportion de la population du Québec desservie par un réseau d'égouts disposant d'un système d'épuration des eaux usées est passée de 62 % en 1995 à 79 % en 2002. Les eaux usées ne connaissent toutefois pas le même sort partout au Québec. Bien que toutes les régions fassent

Limite du système de traitement des eaux usées

Selon les estimations de la ville de Montréal (Ville de Montréal, 2001), les premières étapes d'épuration du système de traitement n'éliminent qu'environ 50 % des coliformes (bactéries indicatrices du risque de gastro-entérites). Par conséquent, toutes les activités nautiques sont interdites en aval de la zone de déversement de l'eau épurée.

subir un traitement primaire de leurs eaux usées rejetées dans les égouts, Montréal n'applique ensuite aucun procédé de désinfection, tandis que les efforts sont timides dans d'autres régions, notamment dans l'Outaouais et en Montérégie.

Le gouvernement du Québec a aussi implanté en 2001-2002 un programme d'échantillonnage volontaire des puits individuels et des réseaux desservant moins de 20 personnes. Parmi les 20 000 puits analysés, 8 % présentaient une contamination fécale (Robert, 2004). Un autre programme d'échantillonnage a aussi démontré qu'il y avait présence de pesticides dans la moitié des puits testés qui se situent près d'un champ de pommes de terre (Giroux, 2003a).

Dans certaines régions, le fait de concentrer plus d'animaux par unité de surface crée une pression croissante sur l'environnement par l'épandage des fumiers et lisiers, ce qui soulève des inquiétudes quant à la qualité de l'eau dans ces territoires. Sept études visant à caractériser la qualité de l'eau souterraine et les risques environnementaux et sanitaires associés aux productions animales intensives dans sept bassins versants touchés par cette problématique, ont permis de tracer un portrait ponctuel rassurant de la situation (ministère de l'Environnement et coll., 2004). Une de ces études, qui couvrait les régions de Montérégie, Chaudière-Appalaches, Lanaudière et Mauricie et Centre-du-Québec, a toutefois décelé un taux plus élevé d'hospitalisation par maladies entériques pouvant être dues à une transmission par l'eau, principalement chez les enfants de moins de cinq ans dans la zone d'agriculture intensive (Lebel *et al.*, 2004).

LES EAUX DE BAINADE SOUS SURVEILLANCE PARTIELLE

Le programme Environnement-Plage a pour objectif d'informer la population de la qualité bactériologique des eaux de baignade des plages publiques de l'ensemble du Québec. Pour être admissible au programme, une plage doit être exploitée à des fins de baignade, accessible au public et être reconnue sécuritaire (ministère de l'Environnement du Québec, 2002a). En 2004, le Québec comptait 755 plages, dont 412 étaient admissibles. Parmi celles-ci, 79 plages (19 %) ne participaient pas à ce programme volontaire, 326 plages (80 %) ont obtenu une cote bonne ou excellente, alors que 3 étaient considérées passables ; une seule était polluée.

Des algues bleues, parfois de couleur rouge, qui sont en fait des bactéries toxiques !

Les cyanobactéries, aussi appelées algues bleues, se trouvent naturellement dans l'eau et peuvent prendre différentes couleurs, allant du violet au bleu-vert en passant par le vert foncé, le vert olive et le rouge. Elles sont normalement microscopiques, mais dans des conditions idéales, elles peuvent proliférer et former des fleurs d'eau, ou efflorescences. Certaines cyanobactéries renferment des substances extrêmement toxiques, appelées cyanotoxines, qui peuvent causer des maladies graves et même la mort lorsqu'elles sont ingérées (Agriculture et Agroalimentaire Canada et gouvernement du Canada, 2003; American Water Works Association, 1999).

Au Québec, depuis 2002, plus de 80 cours d'eau ont été affectés par des fleurs d'eau de cyanobactéries, surtout dans les régions de l'Estrie, de la Montérégie et de la Mauricie et Centre-du-Québec. Ces infestations ont donné lieu à de nombreuses interdictions de baignade ou de tout usage de l'eau, en raison des risques pour la santé publique (Gingras *et al.*, 2003). À notre connaissance, aucun effet des cyanobactéries sur la santé humaine n'a été rapporté au Québec.

LES PESTICIDES ET LES ENGRAIS SUSCEPTIBLES DE CONTAMINER L'EAU

Le gouvernement du Québec gère, depuis 1988, un programme d'échantillonnage pour faire un suivi sur la présence de pesticides dans l'environnement. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, plus d'une centaine de bleuétières sont surveillées, ce qui représente une superficie de 18 300 hectares. L'herbicide le plus fréquemment utilisé dans les bleuétières est l'hexazinone. En 2002, 40 % des 25 échantillons d'eau potable prélevés près des bleuétières contenaient de l'hexazinone. Lorsqu'elles étaient détectées, les concentrations étaient très faibles (plus de 50 fois inférieures à la valeur de référence américaine) (Giroux, 2003).

Saviez-vous que...

En 2001, la culture du maïs occupait près de 390 000 hectares au Québec et utilisait la plus grande proportion de pesticides commercialisés.

Selon ce même programme, une vingtaine de rivières ont présenté des traces de pesticides. Parmi les quatre rivières surveillées annuellement (trois en Montérégie et une en Mauricie et Centre-du-Québec), toutes renfermaient régulièrement des pesticides durant l'été, et l'une d'entre elles, la rivière Saint-Régis en Montérégie, en contenait 20 sortes différentes dans un même échantillon. Or, certaines de ces rivières s'écoulent

dans de plus grandes rivières, qui servent dans certains cas de sources d'approvisionnement en eau potable. Les pesticides détectés sont surtout des herbicides reliés aux cultures de maïs et de soya, notamment l'atrazine. Récemment, l'atrazine a été associé à des effets néfastes sur la santé, et ce, même à faible dose (Giroux, 2002).

La qualité des sols

DES EXPLOITATIONS AGRICOLES QUI SOULÈVENT DES INQUIÉTUDES

En 2001, 70 % des 23 215 exploitations agricoles appliquaient des engrais chimiques. La méthode d'épandage à la volée était la plus répandue et représentait près de la moitié de la pratique courante. Les produits de l'azote comptaient pour la moitié du volume total des ventes d'engrais, alors que les produits de potasse occupaient le deuxième rang (28 %) et les produits du phosphate, le troisième (23 %). Le volume total des ventes se chiffrait à 640 000 tonnes d'engrais. Les agriculteurs du Québec ont appliqué des pesticides (herbicides, insecticides, fongicides) dans une proportion de 68 %, alors que la moyenne canadienne était de 73 %. Finalement, afin de réduire la quantité de pesticides et d'engrais utilisés, les agriculteurs québécois ont épandu les pesticides en bandes sur les cultures en rangs dans une proportion de 21 %, et environ la moitié de ceux-ci se sont dotés d'un plan de gestion des fertilisants (Korol, 2004).

LE RECYCLAGE DES MATIÈRES RÉSIDUELLES : DE PLUS EN PLUS PRATIQUÉ

Le Québec a généré 11,3 millions de tonnes métriques de matières résiduelles en 2002, dont 4,8 millions ont été récupérées. Cela représente annuellement 1,5 tonne de matières résiduelles générée par habitant, dont 0,64 tonne est récupérée. En excluant les boues municipales, la quantité de matières résiduelles générées a augmenté de 5 % de 2000 à 2002 (Recyc-Québec, 2003).

La quantité de matières résiduelles dirigées vers les filières de mise en valeur (récupération) s'est accrue de 25 % de 2000 à 2002. Durant la même période, le taux de récupération de l'ensemble des matières résiduelles générées (excluant les boues municipales) est passé de 36 % à 42 %. Ces augmentations sont principalement attribuables au secteur de la construction, de la rénovation et de la démolition. En effet, de 2000 à 2002, les quantités de matières résiduelles récupérées dans le secteur municipal ont augmenté de 19 %, tandis que dans les industries, les commerces et les institutions, elles se sont accrues de 12 %. La quantité de papiers, de cartons, de pneus, de métaux ferreux et d'électroménagers récupérés a augmenté, alors que la récupération du verre, des métaux non ferreux, des plastiques et des résidus domestiques dangereux a diminué. La quantité de matières résiduelles destinées à l'élimination est à la baisse pour la première fois depuis 1994. En 2002, la quantité de résidus éliminés (excluant les boues municipales) a diminué de 6 % (Recyc-Québec, 2003).

Intoxications et cancers

En 1997 au Québec, les intoxications signalées au Centre Anti-Poison étaient à leur plus haut niveau, avec près de 58 000 personnes touchées. Depuis 1997, les intoxications sont à la baisse : elles se sont élevées à 49 000 signalements en 2004. Les enfants de 15 ans et moins sont au moins trois fois plus victimes d'intoxications que le reste de la population. De 2000 à 2004, plus de 80 % des signalements d'intoxication étaient causés par des produits domestiques ou par des médicaments. Durant cette même période, les trois régions nordiques sont celles dont le taux d'intoxication est le plus élevé, notamment en raison de la proportion élevée d'enfants qu'on y retrouve par rapport au reste du Québec.

Certains agents cancérigènes

Plusieurs études scientifiques ont pu identifier des agents environnementaux cancérigènes pour l'humain. Certains de ces agents sont présents naturellement dans l'eau ou dans l'air, mais la majorité des personnes y sont plutôt exposées au travail. Il n'en demeure pas moins que certains cancers sont fortement associés à une exposition environnementale, comme le montre l'association entre une exposition aux rayonnements solaires (rayon UV) et l'augmentation des risques de cancer de la peau (Whiteman *et al.*, 2001). Il y a toutefois de nombreux cancers qui semblent davantage liés au milieu professionnel et dont l'exposition environnementale est peu fréquente. C'est le cas du mésothéliome (amiante). Sans étude pour mesurer les facteurs de risque individuels, il est impossible de connaître la fraction attribuable à l'exposition environnementale. Nos connaissances demeurent imparfaites quant aux causes sous-jacentes à ces phénomènes, qui dépendent probablement d'un ensemble de facteurs comme les habitudes de vie (surtout celles liées au tabac et à l'alimentation), ainsi que les expositions professionnelles et environnementales, notamment durant l'enfance.

et les Terres-Cries-de-la-Baie-James. L'amiante, le plomb, le cadmium, le trichloroéthylène (TCE), l'arsenic et ses composés sont des contaminants que l'on présume associés au cancer du rein (Gérin *et al.*, 2003). D'autres cancers (cancer de la glande thyroïde et lymphomes) peuvent être liés à une exposition accrue aux radiations ionisantes. En 1999-2002, l'incidence du cancer de la glande thyroïde et de lymphomes était plus élevée dans la région de Montréal. L'incidence de lymphomes y a toutefois diminué de moitié entre 1994-1998 et 1999-2002. Notons finalement que la région de Montréal se distingue par une incidence plus élevée de cancer du foie et qu'on observe une augmentation des cas de ce cancer au Québec.

Pour la période de 1999 à 2002, on a analysé de manière spécifique l'incidence et la mortalité pour certains cancers liés à l'environnement. L'analyse a premièrement montré que les cancers de l'appareil respiratoire sont en diminution. Parallèlement, les données qui en sont ressorties ont révélé que, par rapport à la moyenne provinciale, certaines régions étaient plus touchées que d'autres par l'incidence et la mortalité par cancers liés à l'environnement : Côte-Nord, Lanaudière, Laurentides, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Abitibi-Témiscamingue, Outaouais et Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il n'est pas possible de différencier les répercussions des habitudes de vie, de l'exposition professionnelle, des tendances familiales et des expositions environnementales (comme le radon) sur les incidences de cancer.

Le cancer du rein présente également un intérêt. De 1984-1988 à 1999-2002, les taux de nouveaux cas et de mortalité par tumeur maligne du rein demeurent stables au Québec. Il y a toutefois deux régions pour lesquelles l'incidence est significativement plus élevée pour ce type de cancer, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

En perspective

La quantité d'émissions atmosphériques générées par les industries et le transport routier n'a pas diminué, malgré le protocole de Kyoto signé par le Canada, qui demandait une diminution de 6 % des gaz à effet de serre pour 2010 par rapport au niveau de 1990. La croissance de l'utilisation du chauffage au bois demeure préoccupante et vient alourdir notre bilan. La qualité de l'air dans les maisons reste à surveiller puisqu'une proportion importante de non-fumeurs sont exposés à la fumée du tabac au domicile. Par ailleurs, des efforts importants ont été consentis pour améliorer la qualité de l'eau de consommation et demandent à être poursuivis. L'augmentation des cyanobactéries dans certains plans d'eau du Québec ajoute toutefois un risque significatif pour plusieurs sources d'eau de consommation et de baignade. Enfin, certaines maladies associées à des facteurs de risque environnementaux mériteraient une attention particulière, notamment les troubles du rythme cardiaque et le cancer du rein.

D'autres problèmes sont encore peu ou pas documentés. Signalons notamment les rayonnements ultraviolets, le bruit environnemental, les odeurs, les comportements préventifs de nature environnementale, les consultations médicales concernant les problèmes de santé environnementale, les impacts sanitaires des événements climatiques extrêmes (inondations, tempêtes, canicules, etc.), l'évolution des allergies et des expositions (aéroallergènes, animaux, etc.). Un renforcement des activités de surveillance de plusieurs contaminants et déterminants de la santé d'origine environnementale qui sont connus comme nocifs, mais non mesurés, devrait être amorcé.

1.5

Des habitudes de vie et des comportements qui façonnent notre santé

Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé comptent pour beaucoup dans l'apparition des maladies chroniques. Il en va de même pour les comportements liés à la sécurité routière, responsables d'une partie considérable des traumatismes non intentionnels.

D'une part, il est reconnu qu'une mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme sont associés aux maladies chroniques les plus mortelles ou invalidantes, soit les problèmes cardiovasculaires ou respiratoires, et certains cancers, notamment celui du poumon. Sont également associés aux mauvaises habitudes de vie, le diabète, l'asthme, l'ostéoporose et l'obésité. La consommation excessive d'alcool, sur une base occasionnelle ou régulière, constitue aussi un facteur de risque pour la santé.

D'autre part, en ce qui a trait à la sécurité routière, plusieurs comportements à risque peuvent occasionner des blessures graves et même mortelles, notamment le fait de conduire sous l'influence de l'alcool, de négliger le port de la ceinture de sécurité en voiture ou d'omettre celui du casque à vélo.

L'alimentation et l'activité physique : des progrès à accomplir

Nous savons qu'une saine alimentation favorise la bonne santé et, plus spécifiquement, qu'un régime riche en fruits et légumes contribue grandement à la prévention des maladies cardiovasculaires et de certaines formes de cancer.

Manger mieux, l'objectif et sa mesure

Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* recommande depuis le début des années 1990 de consommer de 5 à 10 portions de fruits et de légumes par jour (Santé Canada, 1992). En 2003, le MSSS, dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012* du Québec, fixait comme objectif qu'en 2012, 80 % de la population québécoise adopte cette habitude alimentaire (MSSS, 2003). Au Québec, en 2004, la moitié des jeunes de 4 à 18 ans et près des deux tiers de la population de 19 ans et plus consommaient au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour (Statistique Canada, 2006a).

Le bilan régional à propos de la consommation de fruits et de légumes, établi à partir de données sur la fréquence de consommation, est sensiblement le même partout au Québec : environ la moitié de la population de 12 ans et plus consomme des fruits et des légumes au moins 5 fois par jour. Cette donnée ne tient cependant pas compte du nombre de portions consommées.

Le maintien du niveau recommandé d'activité physique dans les loisirs peut aider à prévenir les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers, le surpoids et l'obésité. Globalement, malgré le fait que les Québécois soient légèrement moins actifs que les Canadiens dans leurs loisirs (INSPQ, 2006), ils sont moins sédentaires qu'auparavant. Les données montrent que la proportion de personnes de 18 ans et plus n'atteignant pas le niveau recommandé d'activité physique durant les loisirs est passée de 35 % en 1994-1995 à 26 % en 2003. On observe le plus faible pourcentage de sédentaires à cet égard dans la région de la Capitale-Nationale (22 %).

FIGURE 1.5.1
EXEMPLES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIRS PERMETTANT L'ATTEINTE DU NIVEAU RECOMMANDÉ CHEZ LES ADULTES¹

Activité	Intensité	Durée minimale (minutes par jour)	Fréquence (jours par semaine)
Marche	D'un pas modéré	55	5
Marche	D'un pas rapide	40	5
Patins à glace	Effort léger	50	3
Ski de randonnée	Effort léger	40	3
Raquette	D'un pas normal	35	3
Natation (crawl)	Effort léger	40	3
Bicyclette	Effort léger	45	3
Jogging	Vitesse modérée	30	3

1. Pour les jeunes, des exemples sont présentés dans le chapitre 3.3: Les jeunes au Québec: prendre un bon départ dans la vie.
Source: INSPQ et coll., 2006 (annexe 5).

Chez les jeunes de 12 à 17 ans, la tendance est la même: leur taux d'inactivité physique est passé de 38 % à 30 %. Alors qu'on dénote peu de différences entre les hommes et les femmes de 18 ans et plus, chez les jeunes, on constate que les filles (36 %) sont plus sédentaires que les garçons (24 %).

En ce qui concerne le niveau d'activité physique de transport, le Québec a enregistré une hausse importante depuis la fin des années 1990. En effet, en 2003, près de la moitié des Québécois de 12 ans et plus ont marché au moins une heure par semaine pour se rendre au travail, à l'école ou dans un commerce, alors que seulement 3 personnes sur 10 le faisaient en 1998-1999. Le recours à la marche pour se déplacer diminue de façon graduelle avec l'âge: près des trois quarts des jeunes de 12 à 17 ans marchent pour se déplacer,

alors que c'est le cas pour seulement la moitié des personnes de 65 ans et plus. C'est dans la région de Montréal qu'on observe le plus de personnes qui marchent au moins une heure pour leurs déplacements, car cette activité physique y est pratiquée par 6 personnes sur 10.

L'activité physique dans les loisirs progresse, mais le surplus de poids aussi

La population québécoise est plus active qu'auparavant, aussi bien dans le cadre de ses loisirs que dans celui de ses déplacements. Mais, étant donné la sédentarisation de son mode de vie, tant à la maison qu'au travail, cela ne veut pas dire pour autant qu'elle dépense plus d'énergie. On constate en effet que le surplus de poids ne cesse de gagner du terrain, ici comme ailleurs dans le monde. Le poids est le fruit d'un équilibre difficilement quantifiable entre l'apport alimentaire et la dépense énergétique, dont l'évolution dans le temps, chez une personne, découle de divers facteurs individuels (alimentation, activité physique et attitude envers son propre corps) et environnementaux (économie, culture et politique). En termes qualitatifs, l'apport alimentaire des dernières décennies s'est caractérisé par de plus grosses portions, une consommation accrue d'aliments préparés, une augmentation des repas pris à l'extérieur du foyer et davantage d'aliments très caloriques. Ainsi, il apparaît que le contrôle du poids dépend moins des contrôles internes du mangeur (physiologie, faim et satiété) que des influences externes (horaire, accessibilité et qualité des aliments, etc.) (Mongeau *et al.*, 2005).

L'habitude tabagique, des gains encourageants, mais un retard qui persiste par rapport aux autres provinces

Encore aujourd'hui, l'usage du tabac est reconnu comme étant la principale cause de décès évitable dans le monde (OMS, 2006). Au Québec seulement, on rapporte près de 21 000 victimes du tabagisme chaque année. Afin de combattre ce fléau, le gouvernement du Québec a adopté, en 1998, la *Loi sur le tabac* et a annoncé, en 2001, une hausse substantielle du budget accordé à la lutte contre le tabagisme. Grâce à cette mesure, le Québec fait donc partie des provinces dont les dépenses par habitant à cet effet sont les plus élevées au pays (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 2002).

Restriction de l'usage du tabac dans les endroits publics au Québec

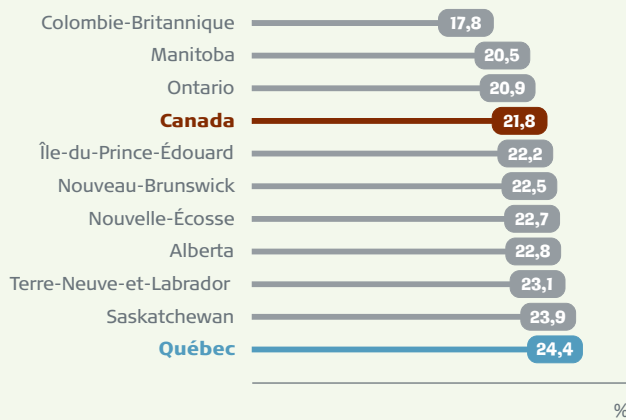
Depuis le 31 mai 2006 au Québec, en vertu des modifications à la *Loi sur le tabac*, il est interdit de fumer dans les endroits publics, comme les bars, les brasseries, les tavernes, les restaurants, les salles de bingo et les centres commerciaux. Ces interdictions s'ajoutent à celles qui étaient en vigueur depuis 1999 dans les établissements de santé et de services sociaux, les établissements d'enseignement de niveau post-secondaire et les lieux consacrés aux activités pour les mineurs. Depuis le 1^{er} septembre 2006, il est aussi interdit de fumer sur les terrains des centres de la petite enfance, et des écoles primaires et secondaires aux heures où ces établissements reçoivent de jeunes enfants ou des élèves.

Les mesures de cette loi ont sans doute porté fruit puisque la proportion de fumeurs est passée de 34 % en 1994-1995 à 24 % en 2005. Dans l'ensemble l'usage du tabac a diminué de la même façon pour les deux sexes, même si les hommes ont encore tendance à maintenir cette habitude plus que les femmes. De même, on a constaté que les jeunes femmes de 20 à 24 ans fument en plus grand nombre que les hommes du même âge.

Cette baisse généralisée de l'usage de la cigarette s'est également fait sentir à l'échelle canadienne. Malheureusement, le Québec a conservé la même position que celle des années précédentes, soit la dernière position du classement provincial (INSPQ, 2006). La situation est cependant meilleure que celles de plusieurs pays (INSPQ, 2006). Par ailleurs, c'est dans la région du Nunavik que la consommation du tabac est la plus répandue au Québec, alors que 70 % de sa population fume. On compte également un nombre très élevé de fumeurs dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, soit près de la moitié de la population.

Un résultat fort encourageant pour les années à venir provient de la forte diminution de l'habitude tabagique observée chez les élèves des trois premières années du secondaire. En effet, ce sont ces mêmes jeunes qui, dans moins de 10 ans, représenteront les personnes de 20 à 24 ans, groupe d'âge chez lequel on trouvait la plus grande proportion de fumeurs en 2005. En définitive, les progrès réalisés ces dernières années en matière de lutte contre le tabagisme favorisent les chances du Québec d'atteindre l'objectif qu'il s'est fixé, soit de ne compter que 18 % de fumeurs en 2012 (MSSS, 2003).

FIGURE 1.5.2
FUMEURS EN 2005,
COMPARAISONS CANADIENNES



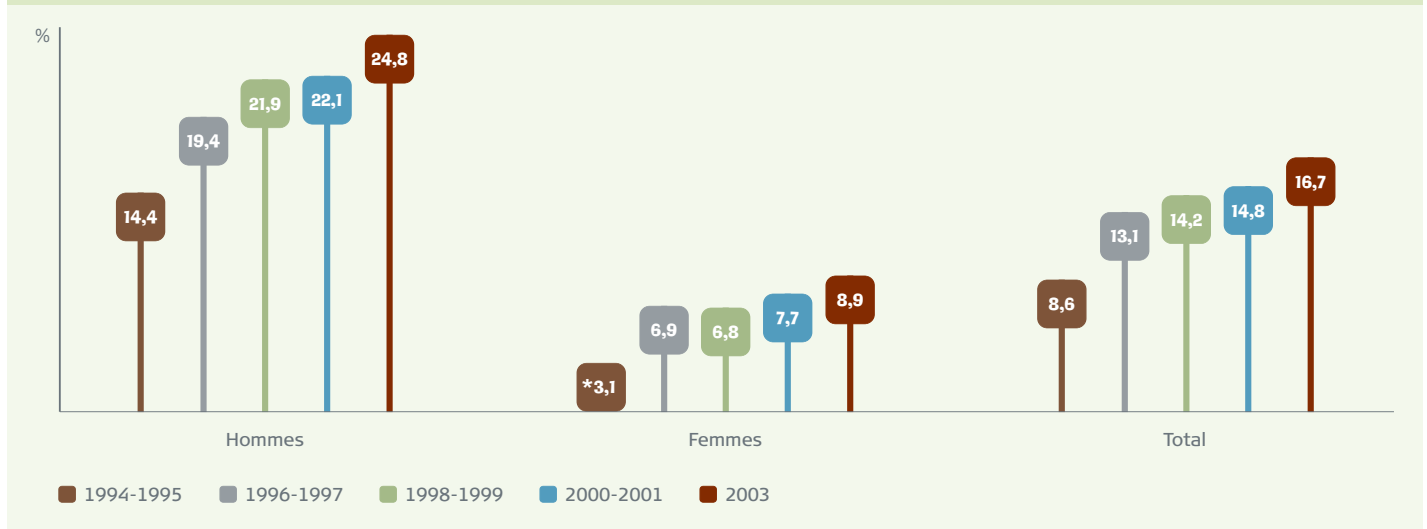
Source : INSPQ, 2006.

Consommation élevée d'alcool, une hausse inquiétante

Chaque année au Québec, on estime à plus de 4 600 le nombre de décès liés à la consommation d'alcool. La consommation élevée d'alcool 12 fois l'an ou plus ne cesse de croître depuis le milieu des années 1990. Elle est passée de 9 % en 1994-1995 à 17 % en 2003. C'est chez les jeunes de 20 à 24 ans que l'on observe le plus souvent ce comportement. En 2004, on comptait moins d'étudiants des trois premiers niveaux du secondaire qui buvaient de l'alcool qu'en 2002. En outre, ce sont les jeunes des deux premiers niveaux du secondaire qui étaient plus nombreux à le faire de façon excessive (Dubé et al., 2005).

FIGURE 1.5.3

POPULATION PRÉSENTANT UNE CONSOMMATION ÉLEVÉE D'ALCOOL 12 FOIS OU PLUS PAR ANNÉE AU QUÉBEC DE 1994-1995 À 2003



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 51).

Le Québec détient le deuxième taux le plus bas au regard de la consommation élevée d'alcool (12 fois ou plus l'an), juste après celui de la Colombie-Britannique (INSPQ, 2006). À l'échelle régionale, la consommation élevée atteint un sommet dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de la Côte-Nord.

Sécurité routière, les jeunes conducteurs masculins sous surveillance

Parmi les principaux facteurs de risque occasionnant des blessures mortelles ou graves chez les usagers des réseaux routiers, on retrouve la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool, et l'omission d'utiliser les équipements de protection, notamment la ceinture de sécurité chez les passagers de véhicule à moteur et le casque chez les cyclistes (MSSS, 2003).

Boire et conduire : un cocktail explosif

Même si, dans l'ensemble, la situation semble s'être améliorée, sauf chez les jeunes conducteurs masculins, rappelons que la conduite sous l'influence de l'alcool est encore associée à environ 30 % des décès, 18 % des blessés graves et 15 % des blessés légers (Brault et al., 2004).

La conduite avec facultés affaiblies demeure avant tout un comportement masculin qui, fort heureusement, a affiché un net recul durant les années 1990 si l'on se fie aux condamnations liées à ce type d'infraction. Par contre, lorsque les tendances sont analysées selon l'âge, il ressort que depuis 2000, les personnes de 25 à 64 ans affichent une amélioration, alors que le contraire se produit chez les jeunes de moins de 25 ans. Tous âges confondus, les condamnations pour conduites sous l'influence de l'alcool sont nettement en excès dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

De jeunes têtes à protéger

Les cyclistes de 10 à 24 ans demeurent vulnérables puisqu'ils figurent à la fois parmi ceux qui portent le moins le casque de sécurité et parmi ceux qui ont le moins amélioré ce comportement ces dernières années. Lorsqu'on sait que les blessures à la tête sont les plus sévères et qu'elles causent environ 80% des décès chez les cyclistes (SAAQ, 2006), l'importance de s'attarder à la promotion du port du casque de sécurité devient criante, et ce, en particulier pour les adolescents de 10 à 24 ans, qui sont généralement moins vigilants et plus téméraires.

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. Ces enquêtes montrent que près de 9 automobilistes sur 10 prennent l'habitude de s'attacher, aussi bien chez les conducteurs de camions légers que chez les passagers. Ces résultats sont fort encourageants et concordent avec le fait que, parmi l'ensemble des infractions du Code de la sécurité routière, l'omission de porter la ceinture de sécurité est peu courante (Tardif, 2005). Il faut cependant signaler que c'est sur les routes du Saguenay-Lac-Saint-Jean que la population néglige le plus ce comportement préventif pendant la nuit.

Le port du casque de sécurité chez les cyclistes est somme toute plus populaire aujourd'hui qu'il ne l'était durant les années 1990. La proportion de cyclistes de tous âges adoptant cette mesure de sécurité est passée de près du cinquième en 1993 à un peu plus du tiers en 2004. L'évolution de cet indicateur dans le temps est similaire pour les deux sexes, bien que les femmes soient généralement plus enclines que les hommes à porter le casque pour se protéger. On a remarqué que c'est en milieu urbain que le taux de port du casque est le plus bas (32%). En comparaison, les taux sont les suivants pour les autres environnements : 36% pour la route numérotée, 37% pour le parc et 43% pour la piste ou bande cyclable (Montégiani, 2005). Par ailleurs, cette pratique préventive est répandue seulement chez le quart des adeptes du vélo qui circulent sur les routes des régions de la Mauricie et Centre-du-Québec, de Lanaudière et de la Montérégie.

FIGURE 1.5.4
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

Indicateurs	Situation moins favorable	Situation plus favorable
Population sédentaire durant les loisirs (2003)	---	Capitale-Nationale
Population ne marchant pas pour se déplacer dans ses transports (2003)	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Bas-Saint-Laurent	Montréal
Fumeurs (2003)	Terres-Cries-de-la-Baie-James	---
Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus par année (2003)	Terres-Cries-de-la-Baie-James Côte-Nord	Laval
Conducteurs utilisant la ceinture de sécurité la nuit (2004)	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Chaudière-Appalaches Mauricie et Centre-du-Québec Montérégie
Cyclistes portant le casque de sécurité (2004)	Mauricie et Centre-du-Québec Lanaudière Montérégie	Outaouais Laval Capitale-Nationale
Condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies (2002)	Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Abitibi-Témiscamingue	Laval Montréal

Source : INSPQ et coll., 2006 (fiches 46, 47, 49, 51, 52, 53 et 54).

En perspective

Globalement, les Québécois et les Québécoises ont amélioré leurs habitudes de vie, et leurs comportements liés à la santé et à la sécurité routière. En effet, les taux de tabagisme et de sédentarité ont chuté considérablement depuis les années 1990. Le port du casque de sécurité chez les cyclistes est de plus en plus populaire, et l'utilisation de la ceinture de sécurité demeure répandue. Cependant, la consommation élevée d'alcool (12 fois l'an ou plus), plus courante chez les hommes, s'est accrue de façon soutenue depuis une dizaine d'années, et le taux de condamnation pour conduite avec facultés affaiblies chez les jeunes hommes s'avère préoccupant.

Le suivi des données montre que les objectifs fixés par les autorités de santé publique pour 2012 concernant l'activité physique et le tabagisme demeurent réalisables. À cet effet, les nouvelles mesures adoptées en 2006 interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics, y compris les bars et les restaurants, favoriseront certainement le recul de la dépendance à la nicotine au Québec.

Section 2

Des progrès réels,
mais des problèmes persistants

2.1

La santé : la richesse collective des Québécois

Comment qualifier l'état de santé des Québécois ? Des améliorations sont-elles perceptibles à travers le temps ? Les comparaisons avec les autres provinces canadiennes et les principaux pays industrialisés sont-elles favorables ou non ? Existe-t-il des disparités importantes à l'intérieur du Québec ? Autant de questions qui seront traitées ici.

Les Québécois se perçoivent généralement en bonne santé

Lorsqu'ils sont interrogés sur leur santé en général ou sur des problèmes particuliers qui peuvent entraîner une limitation d'activités ou une incapacité, il ressort que les Québécois ont, dans l'ensemble, une perception plus positive de leur état de santé que le reste des Canadiens. En fait, d'une enquête à l'autre, et notamment lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes tenue en 2003, le Québec enregistre les plus faibles proportions de personnes déclarant des limitations d'activités et de personnes ayant des problèmes sérieux de santé fonctionnelle (Statistique Canada et ICIS, 2005). Dans ce dernier cas, où la santé fonctionnelle globale d'une

personne est mesurée à partir d'aspects qualitatifs et quantitatifs de la santé selon différents attributs (vue, mobilité, mémoire, etc.), le Québec se démarque nettement des autres provinces. Seulement 14 % des Québécois déclarent des problèmes modérés ou sérieux de santé fonctionnelle, comparativement à 18 % des Canadiens.

Cependant, la perception favorable qu'ont les Québécois de leur état de santé diminue rapidement avec l'âge. Si, dans l'ensemble de la population de 12 ans et plus, 89 % des individus se perçoivent en bonne santé et 86 % ne déclarent pas de problèmes modérés ou sérieux de santé fonctionnelle, chez les personnes de 65 ans et plus, ces proportions baissent dans les deux cas à 75 %. Enfin, un peu moins de femmes que d'hommes semblent se considérer en bonne santé.

État de santé perçu et état de santé mesuré

Les données sur l'état de santé de la population sont généralement obtenues à partir de deux types de sources, les enquêtes de santé, et les fichiers médicaux et administratifs. D'un côté, les enquêtes de santé recueillent de l'information sur la perception qu'ont les individus de leur santé et sur les problèmes qu'ils déclarent. De l'autre, les fichiers comme ceux des décès, des hospitalisations ou des tumeurs, compilent l'information à partir d'événements précis comme la mort, un séjour à l'hôpital ou un diagnostic médical. À partir de ces différentes informations, il est donc possible de tracer un portrait complémentaire de l'état de santé perçu et de l'état de santé mesuré de la population québécoise.

L'état de santé mesuré : une amélioration constante

Les données recueillies à partir des fichiers administratifs permettent d'examiner les tendances dans le temps, ce qui n'est souvent pas possible à partir des données d'enquête, compte tenu des échantillons en cause et de la comparabilité des résultats d'une enquête à l'autre (ISQ, 2005).

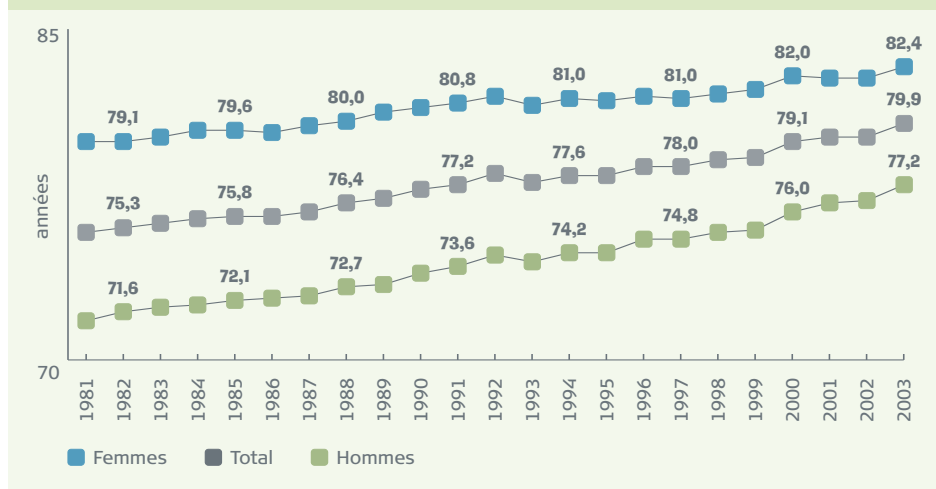
La mortalité... la pointe de l'iceberg

Parmi les mesures permettant d'évaluer l'état de santé de la population, les indicateurs de mortalité sont les plus utilisés. La mortalité représente souvent la pointe de l'iceberg par rapport aux problèmes de santé entraînant des hospitalisations ou des incapacités, et est le reflet des habitudes de vie des individus cumulées sur plusieurs années. La qualité du système de soins et son accès peuvent également influencer l'état de santé d'une population (Choinière, 2004).

64 ans, mettant ainsi en évidence les succès remportés dans la réduction des décès liés aux accidents chez les jeunes et aux maladies du cœur chez les adultes. Ce déclin plus important de la mortalité dans certains groupes d'âges plus jeunes fait en sorte que le taux de mortalité générale a diminué de 20 % depuis la fin des années 1980 et que le taux de mortalité prématurée a subi une baisse de 30 %.

L'espérance de vie au Québec montre une hausse constante et se situait, en 2003, à 77,2 ans chez les hommes, et à 82,4 ans chez les femmes. Au cours des dernières décennies, les gains ont été plus marqués chez les hommes que chez les femmes, de telle sorte que l'écart entre les deux sexes est passé de 8 ans en 1981 à 5 ans en 2003. Cette diminution de la mortalité ne se traduit pas uniquement par une hausse de l'espérance de vie à la naissance, mais également par une diminution marquée des taux de mortalité à tous les âges. Cette diminution a été particulièrement soutenue chez les jeunes de moins de 15 ans et chez les adultes de 45 à

FIGURE 2.1.1
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE AU QUÉBEC DE 1981 À 2003



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 96).

L'espérance de vie en résumé

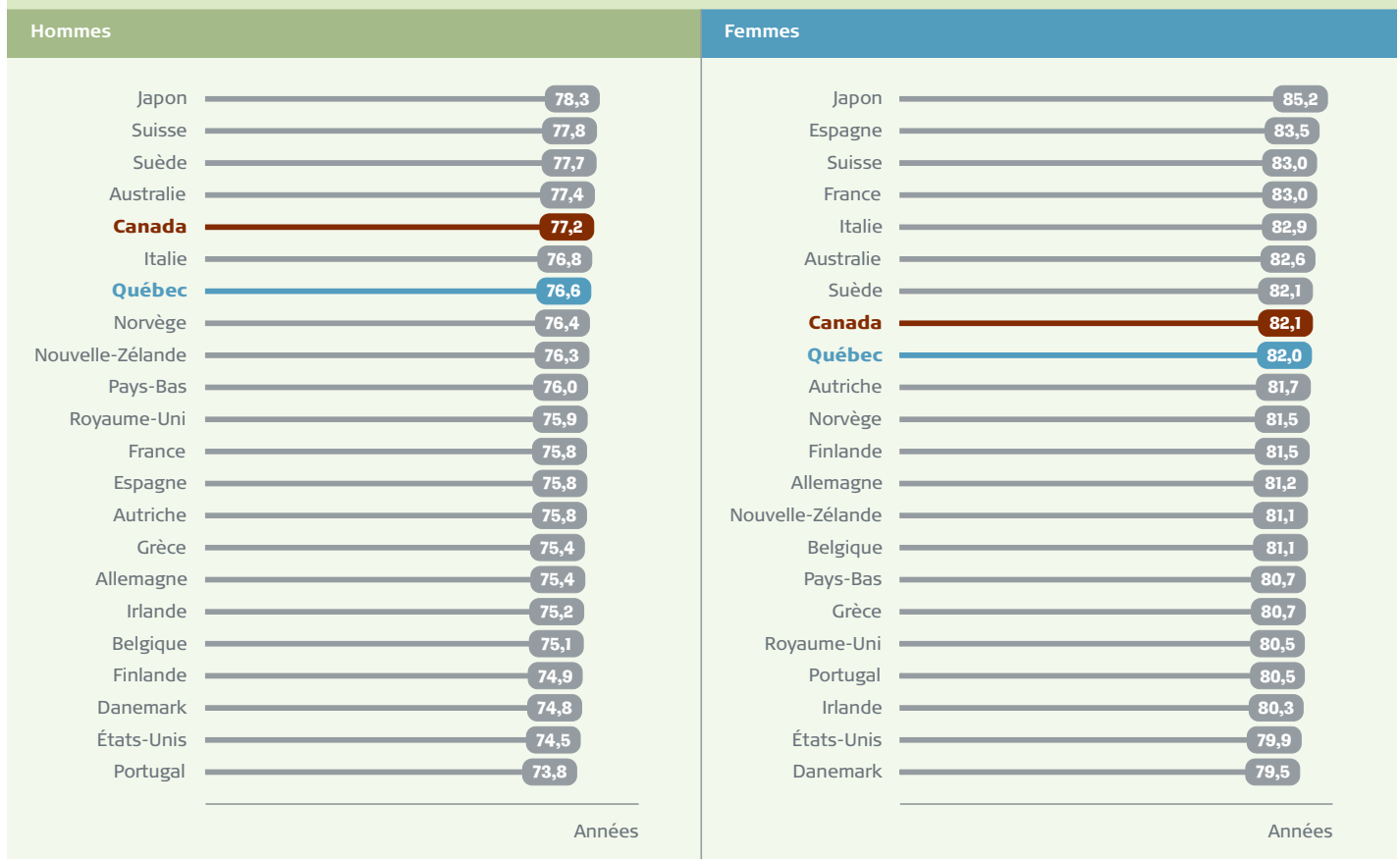
L'espérance de vie à la naissance, qui synthétise la mortalité enregistrée dans les différents groupes d'âge, constitue la mesure la plus connue et la plus facilement interprétable. Elle représente le nombre d'années que peut espérer vivre un nouveau-né si celui-ci est soumis toute sa vie aux probabilités de survie par âge observées durant une période donnée.

L'espérance de vie : des comparaisons favorables

Les Québécoises ont une durée de vie identique à celle de l'ensemble des Canadiennes, alors que les Québécois ont une espérance de vie légèrement inférieure à celle des Canadiens (INSPQ, 2006). Cette similarité entre les valeurs d'espérance de vie du Québec et du Canada est très récente, particulièrement chez les hommes. Historiquement, la durée de vie au Québec était en effet bien inférieure à celle observée au Canada, et cela illustre de façon éloquentes les gains réalisés en matière d'état de santé, d'habitudes de vie, de conditions socioéconomiques et de services de santé.

En revanche, les valeurs plus élevées d'espérance de vie à la naissance observées dans certaines provinces, comme en Colombie-Britannique, donnent à penser qu'il y a toutefois encore des gains à accomplir au Québec.

FIGURE 2.1.2
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN 2002,
COMPARAISONS INTERNATIONALES



Source: INSPQ, 2006.

En matière de longévité moyenne à la naissance, le Québec fait bonne figure sur le plan international. Il se classe en effet au 7^e rang chez les hommes et au 9^e rang chez les femmes (INSPQ, 2006). Il demeure toutefois que des comparaisons entre la longévité masculine du Québec et celle d'autres pays, comme le Japon, la Suisse et la Suède, et entre la longévité féminine du Québec et celle de certains pays méditerranéens indiquent que des progrès sont encore possibles.

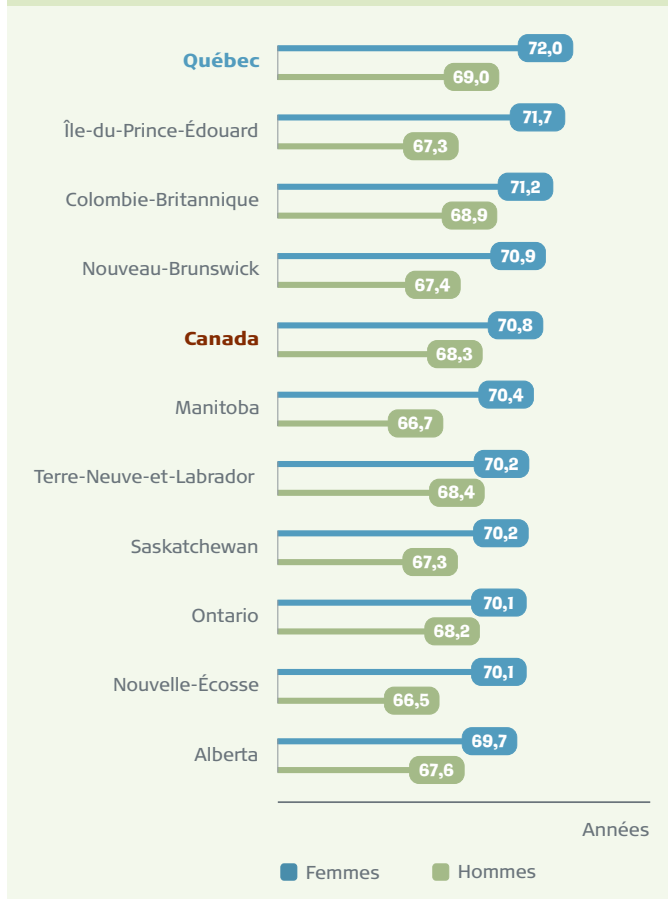
L'espérance de vie en santé : le Québec au premier rang

La population du Québec vit plus longtemps, mais vit-elle plus longtemps en bonne santé ?

Les femmes vivent en moyenne cinq ans de plus que les hommes. Mais l'écart entre les sexes est réduit à moins de quatre ans lorsque les années vécues en bonne santé sont prises en compte. Parmi les provinces canadiennes, c'est le Québec qui affiche, tant chez les hommes que chez les femmes, les durées de vie en santé les plus longues (MSSS, 2004). Ainsi, lorsque les

données de mortalité sont associées à des données sur l'état de santé déclaré, le résultat obtenu offre un portrait avantageux du Québec par rapport aux autres provinces. Cela rejoint les observations faites précédemment à propos de la perception plus favorable que se font les Québécois de leur état de santé comparativement aux autres Canadiens.

FIGURE 2.1.3
ESPÉRANCE DE VIE EN SANTÉ À LA NAISSANCE EN 2001,
COMPARAISONS CANADIENNES



Source : MSSS, 2004.

Combiner état de santé et espérance de vie

De nombreuses mesures de l'espérance de vie en bonne santé ont été effectuées par le passé pour le Québec, à partir de la combinaison des données de mortalité et d'état de santé, ce dernier étant défini en fonction de différents concepts comme la déficience, l'incapacité, la dépendance, le handicap et les limitations d'activités (Philibert *et al.*, 2006). L'une des mesures les plus intéressantes de la santé globale de la population est l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé. Cet indicateur ne fournit pas seulement une estimation de l'espérance de vie en l'absence d'incapacité : il permet également de tenir compte de différents niveaux d'état de santé. L'état de santé est alors défini à partir des problèmes déclarés de santé fonctionnelle. La mesure obtenue correspond ainsi à une estimation du nombre d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en santé.

Des disparités importantes persistent à l'intérieur du Québec

L'amélioration de l'état de santé des Québécois observée au cours des dernières décennies n'a pas permis d'éliminer les inégalités géographiques et sociales de la santé. Il subsiste ainsi des écarts importants de santé selon la région, la communauté ou le statut socioéconomique des individus.

Au premier plan, la région du Nunavik puis, à un moindre degré, celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James se démarquent avec des indicateurs de santé nettement plus défavorables que ceux

Le paradoxe québécois

des autres régions. Au Nunavik, région peuplée très majoritairement d'Inuits, l'espérance de vie tend même à diminuer pour se situer à 60 ans chez les hommes et à 68 ans chez les femmes, constituant un retard de plus de 15 ans par rapport à la moyenne québécoise. Chez les Cris, la situation est moins catastrophique, mais il faut tout de même souligner que l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé est inférieure de cinq ans à celle de la population de l'ensemble du Québec.

Les Québécois sont plus nombreux à présenter des habitudes de vie nocives pour la santé, notamment en ce qui concerne le tabagisme. Par contre, ils déclarent systématiquement moins de problèmes de santé que les autres Canadiens. Perception ou réalité, il n'en demeure pas moins que le fait que les Québécois déclarent, en général, moins de problèmes de santé que les autres Canadiens représente en soi un résultat positif. Est-ce que les problèmes de santé et leurs conséquences au plan des incapacités et des limitations d'activité sont moins répandus dans la population québécoise que dans la population canadienne ? Ou s'agit-il d'un trait culturel des Québécois que celui de se percevoir plus souvent en bonne santé et d'avoir moins d'attente en matière de santé ? C'est ce que certains ont appelé le paradoxe québécois (Berger, 2002).

Même si les différences sont moins spectaculaires que celles observées chez les Cris et les Inuits, d'autres régions présentent également une situation moins favorable que la moyenne québécoise. Ainsi, que ce soit en matière d'espérance de vie ou d'espérance de vie en bonne santé, l'Abitibi-Témiscamingue et l'Outaouais affichent toujours des valeurs bien inférieures à celles de l'ensemble du Québec.

D'autres inégalités subsistent également à l'intérieur d'une même région, comme celle de Montréal, où l'espérance de vie à la naissance peut présenter des écarts de plus de 13 ans entre territoires de CLSC (Choinière et al., 2003). Enfin, pour la durée de vie en santé selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale de la population, l'écart entre les populations les plus favorisées et les moins favorisées atteint 10 ans chez les hommes et 7 ans chez les femmes (Pampalon et Hamel, 2005).

En perspective

L'état de santé des Québécois est bon, et même très bon. L'espérance de vie des hommes et des femmes continue d'augmenter et est comparable à ce qui est observé dans l'ensemble du Canada. Sur le plan international, le Québec se classe parmi les 10 premiers pays pour la longévité moyenne de ses hommes et de ses femmes. De plus, en tenant compte des années vécues en santé, le Québec se classe au premier rang parmi les provinces canadiennes. Sur ce dernier point, des comparaisons ne sont cependant pas possibles avec d'autres pays.

Bien que selon certains observateurs (Dubuc, 2006), le Québec se classerait presque au dernier rang en matière de produit intérieur brut mesuré en dollars parmi les 50 états américains et les 10 provinces canadiennes, il faut retenir que cette province se retrouve en tête de liste en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance. Ainsi, un seul état américain bénéficie d'une durée de vie dépassant celle du Québec (U.S. Census Bureau, 2005). L'état de santé fait partie de la richesse collective des Québécois. Au lieu de se mesurer en dollars produits par habitant, cette richesse se mesure en années vécues ou en années vécues en santé, et constitue la caisse santé de la population québécoise. Malheureusement, cette caisse santé n'est pas partagée équitablement parmi les Québécois. Le défi consiste à ce que tous les hommes et toutes les femmes du Québec puissent accéder au même niveau de richesse en années vécues en santé.

2.2

Les maladies chroniques : celles dont on souffre et celles dont on meurt

Les maladies chroniques seront examinées sous deux angles : celui de la morbidité (les personnes qui en souffrent) et celui de la mortalité (les personnes qui en décèdent). L'importance des différentes maladies chroniques varie selon l'angle par lequel on les examine.

Les maladies chroniques dont on souffre : une augmentation générale

En l'absence de registre spécifique à chaque maladie, la meilleure source pour connaître le nombre de personnes souffrant d'une maladie demeure l'enquête de santé. En général, les personnes sont interrogées sur les problèmes de santé dont elles souffrent, qui durent depuis au moins six mois et qui ont été diagnostiqués par un médecin. Lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes tenue en 2003, les 10 problèmes de santé déclarés par la plus grande

Qu'entend-on par maladies chroniques ?

Les principales maladies que l'on classe sous le vocable « chronique » sont les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives, les maladies du système ostéo-articulaire et des muscles auxquelles s'ajoutent les maladies dégénératives du système nerveux et l'obésité. Ces maladies se caractérisent par une origine non contagieuse, par le cumul et l'interaction, tout au long de la vie des individus, d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque, par une longue période de latence, par des dérangements fonctionnels ou des incapacités et, souvent, par l'incurabilité (MSSS, 2003).

proportion de Québécois étaient, par ordre d'importance, les allergies non alimentaires (25 %), les maux de dos (17 %), l'hypertension (15 %), l'arthrite ou le rhumatisme (14 %), les migraines (10 %), l'asthme (9 %), les problèmes de thyroïde (6 %), les allergies alimentaires (6 %), les maladies cardiaques (5 %) et le diabète (5 %). Sauf exception, pour ces problèmes de santé, les femmes sont plus touchées que les hommes, et le pourcentage de personnes déclarant en souffrir est à la hausse par rapport à l'enquête précédente, tenue en 2000-2001.

Les résultats des régions sociosanitaires indiquent que les Terres-Cries-de-la-Baie-James et l'Outaouais se distinguent par des résultats défavorables. D'une part, les Terres-Cries-de-la-Baie-James présentent des problèmes d'hypertension, de diabète et d'obésité dans des proportions significativement supérieures à la moyenne. D'autre part, les résidents de l'Outaouais enregistrent des valeurs supérieures à la moyenne québécoise en matière d'allergies non alimentaires et d'asthme, deux problèmes respiratoires.

Dans certaines enquêtes, on recueille des données concernant le poids et la taille des répondants afin de calculer l'indice de masse corporelle. Cet indice permet notamment de déterminer la proportion de personnes se classant dans la catégorie « obèse ». Les valeurs de poids et de taille auto-déclarées de 2005 indiquent que 14 % des Québécois seraient obèses (INSPQ, 2006).

Le poids et la taille déclarés ou mesurés

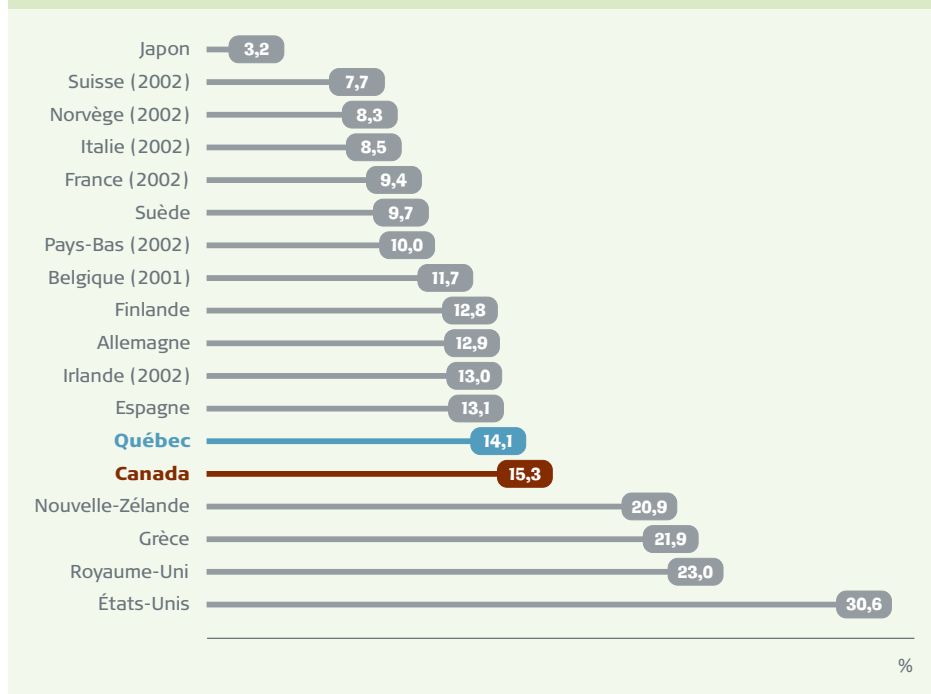
Deux méthodes permettent de recueillir des données en matière de poids et de taille : les mesures anthropométriques et les données auto-déclarées, c'est-à-dire divulguées par les répondants. Il est question de mesures anthropométriques lorsque le poids et la taille sont obtenus au moyen d'instruments de mesure. Or, selon les données anthropométriques, 22 % des Québécois étaient obèses en 2004. Malgré tout, la position du Québec à cet égard demeure parmi l'une des meilleures au Canada (Tjepkema, 2005). La comparaison entre les résultats obtenus au moyen de ces deux méthodes dans l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes 2005 a démontré que les femmes ont tendance à sous-estimer leur poids, alors que les hommes sont enclins à surestimer leur taille. On a aussi constaté que plus l'indice de masse corporelle d'une personne tend vers l'embonpoint ou l'obésité, plus celle-ci a tendance à sous-estimer son poids. Il n'est cependant pas possible de connaître l'ampleur exacte de la différence entre ces deux méthodes de collecte de données pour le Québec, car les données anthropométriques ne sont recueillies que pour l'ensemble du Canada (Statistique Canada et ICIS, 2006). Néanmoins, en comparant diverses études, on évalue que les données auto-déclarées sous-estiment la prévalence réelle de l'obésité dans une proportion de 4 à 8 % (Tjepkema, 2005).

Ce taux n'a cessé d'augmenter depuis la fin des années 1980, alors qu'il s'établissait à 8 %. Même si sensiblement moins de Québécois que de Canadiens souffrent d'obésité, les comparaisons internationales révèlent une situation moins reluisante où le Québec et le Canada se situent parmi les endroits ayant le plus haut taux d'obésité (INSPQ, 2006). En comparaison, le Japon (3 %), la Suisse (8 %) et la Norvège (8 %) affichent des pourcentages équivalents à ceux enregistrés au Québec à la fin des années 1980.

Les maladies chroniques dont on meurt : le cancer au premier rang

Depuis près d'un siècle, les maladies de l'appareil circulatoire représentent la première cause de décès au Canada et dans les pays occidentaux, mais plus maintenant au Québec. À partir de l'année 2000, les tumeurs malignes ont supplanté les maladies de l'appareil circulatoire et forment dorénavant la première cause de décès au Québec. Cette situation est la résultante de deux phénomènes opposés : la chute importante de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et le maintien, à des niveaux élevés, de la mortalité par tumeurs malignes. En parallèle, on observe une hausse inquiétante de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes alors que la tendance est à la baisse pour les autres grandes causes de cancer chez les femmes et les principales causes de cancer chez les hommes.

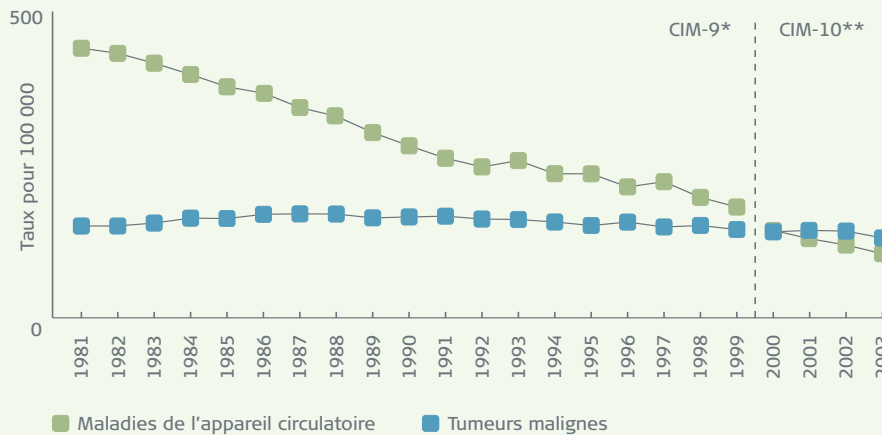
FIGURE 2.2.1
POPULATION SOUFFRANT D'OBÉSITÉ EN 2003,
COMPARAISONS INTERNATIONALES



Source : INSPQ, 2006.

2.2 Les maladies chroniques :
celles dont on souffre et celles dont on meurt

FIGURE 2.2.2
MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET PAR TUMEURS MALIGNES
AU QUÉBEC DE 1981 À 2003



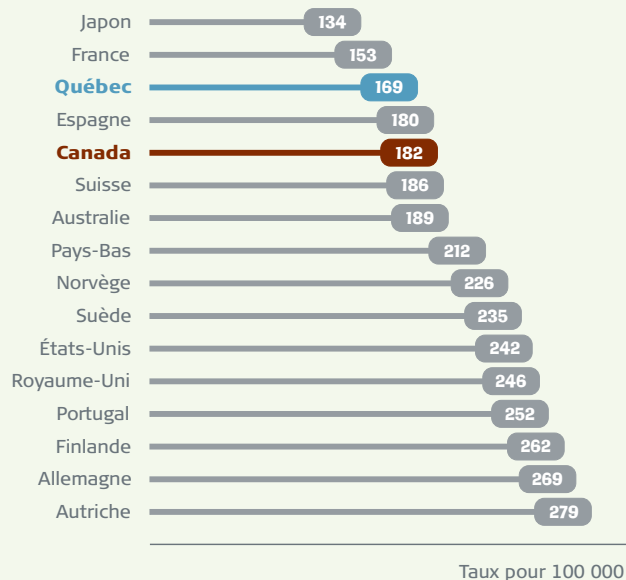
* CIM-9 : 9^e révision de la Classification internationale des maladies.
** CIM-10 : 10^e révision de la Classification internationale des maladies.
Source : INSPQ, 2006.

Le rang qu'occupe le Québec sur le plan canadien et sur le plan international varie selon la cause de décès (INSPQ, 2006). Pour les maladies de l'appareil circulatoire, le Québec enregistre l'un des taux de mortalité les plus faibles, et seuls le Japon et la France bénéficient d'un taux de mortalité plus faible. La chute de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a été particulièrement marquée au Québec, et le taux québécois est maintenant inférieur au taux canadien. En 2001, le Québec présentait d'ailleurs le taux le plus faible de toutes les provinces canadiennes. Il est cependant difficile de déterminer la part jouée par les technologies médicales, les médicaments et les habitudes de vie dans cette diminution de la mortalité.

particulièrement pour le cancer du poumon, le Québec présentait, au début des années 2000, le pire bilan des provinces canadiennes et des pays industrialisés (INSPQ, 2006). Le Québec continue d'afficher le taux le plus élevé de tabagisme parmi les provinces canadiennes. Cependant, dans bien des pays industrialisés, le tabagisme est maintenant beaucoup plus répandu qu'au Québec.

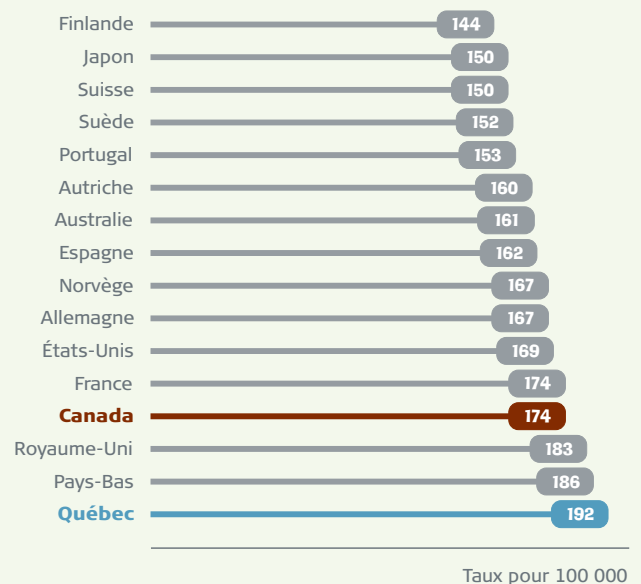
Pour les tumeurs malignes, et plus

FIGURE 2.2.3
MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE
EN 2001, COMPARAISONS INTERNATIONALES



Source : INSPQ, 2006.

FIGURE 2.2.4
MORTALITÉ PAR TUMEURS MALIGNES EN 2001,
COMPARAISONS INTERNATIONALES



Source : INSPQ, 2006.

Cela montre bien que le haut niveau de mortalité par cancer du poumon observé actuellement au Québec, ainsi qu'au Canada et aux États-Unis, est la résultante des habitudes tabagiques des dernières décennies. Par conséquent, à moyen terme, une baisse de la mortalité due au cancer du poumon en Amérique du Nord devrait survenir, ainsi qu'un changement dans les comparaisons internationales, au détriment de l'Europe et du Japon.

D'autres cancers, comme celui du côlon et du rectum, et celui du sein, entraînent une mortalité plus élevée au Québec que dans le reste du Canada. Toutefois, en ce qui a trait aux maladies de l'appareil respiratoire, notamment les pneumonies et les gripes, les comparaisons avec le Canada et les pays industrialisés semblent favoriser le Québec.

Actuellement, le taux de mortalité par tumeurs malignes du Québec est tel que cette province est la seule du Canada où la mortalité par tumeurs malignes dépasse celle par maladies de l'appareil circulatoire (INSPQ, 2006). Selon toute vraisemblance, un phénomène de substitution jouerait entre les deux causes de décès. Les décès par tumeurs arrivent souvent à des âges

plus jeunes que ceux par maladies de l'appareil circulatoire. Ainsi, à un taux élevé de mortalité par tumeurs correspondrait un taux faible de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire. Au plan international, deux pays, la France et le Japon, affichent des taux de mortalité par tumeurs malignes supérieurs à ceux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (INSPQ, 2006). Si la France semble, comme le Québec, être affligée d'une forte mortalité par tumeurs, le Japon, de son côté, enregistre des taux très faibles pour les deux grandes causes de décès. C'est d'ailleurs le seul pays dans cette situation.

À l'intérieur du Québec, on observe de nombreuses disparités régionales en matière de mortalité. Huit régions affichent, pour plusieurs causes de décès, des taux significativement supérieurs à la moyenne québécoise. Ces régions sont l'Outaouais, Lanaudière et les Laurentides dans le sud du Québec; le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Côte-Nord et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine dans le Moyen-Nord; le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James à l'extrême nord.

Fait intéressant, pour la période de 2000 à 2004, 15 régions sur 18 affichaient un taux de mortalité par tumeurs malignes supérieur à celui de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire.

FIGURE 2.2.5
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT DÉFAVORABLEMENT

Indicateurs	Régions
Obésité (2003)	Terres-Cries-de-la-Baie-James
Problèmes de santé chroniques (2003)	Allergies non alimentaires: Outaouais Asthme: Outaouais Hypertension: Terres-Cries-de-la-Baie-James Diabète: Terres-Cries-de-la-Baie-James
Prévalence du diabète (2003-2004)	Côte-Nord Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Montréal Laurentides
Incidence du cancer (1999-2002)	Nord-du-Québec Laurentides Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Lanaudière Saguenay-Lac-Saint-Jean
Mortalité par tumeurs malignes (2000-2003)	Nunavik Côte-Nord Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Lanaudière Abitibi-Témiscamingue Saguenay-Lac-Saint-Jean Laurentides
Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (2000-2003)	Nunavik Abitibi-Témiscamingue Outaouais Laurentides Montérégie
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (2000-2003)	Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James Saguenay-Lac-Saint-Jean Lanaudière Mauricie et Centre-du-Québec Outaouais

Source: INSPQ et coll., 2006 (fiches 109, 111, 112, 113, 114, 115 et 116).

Le vieillissement de la population : un facteur important dans l'évolution du fardeau des maladies chroniques

Les répercussions des maladies chroniques sur la santé des individus augmentent avec l'âge. Par exemple, peu de personnes âgées de moins de 50 ans décèdent de maladies du cœur ou du cancer; peu souffrent de maux de dos, d'hypertension, d'arthrite ou de diabète. En ce qui a trait au diabète, 6 % des Québécois de 20 ans et plus sont diabétiques, mais chez les personnes de 75 ans et plus, cette proportion dépasse les 20 %.

Bien qu'on développe de nouvelles technologies médicales et de nouveaux médicaments pouvant annuler ou freiner l'augmentation des décès liés à certaines maladies, et bien qu'on y ait davantage accès, les coûts engendrés par le recours à ces services de santé risquent fort d'exploser. Par exemple, en 4 ans, le nombre de personnes diabétiques a augmenté de 30 % au Québec.

Ce que cache l'ajustement selon l'âge

La plupart des indicateurs de mortalité et de morbidité sont ajustés en fonction de l'âge afin d'éliminer l'influence que joue la structure par âge de la population dans les comparaisons géographiques et temporelles. Cependant, cet ajustement masque le fardeau réel qu'entraînent les différents problèmes de santé pour les années vécues et les coûts économiques. Or, il est justement prévu que le vieillissement de la structure par âge sera particulièrement marqué au Québec au cours des prochaines décennies. Ce phénomène se traduira par une augmentation importante des personnes de 65 ans et plus, à la fois en nombre, avec l'arrivée massive des baby-boomers, mais aussi en pourcentage, à cause du faible taux de fécondité qui compromet le remplacement des générations.

musculo-squelettique et le diabète ne figurent même pas parmi les dix premières causes de décès. Par contre, lorsque le fardeau occasionné par la morbidité est ajouté à l'analyse, ces maladies se classent respectivement au 7^e et au 8^e rang, et les maladies du système nerveux, dont la maladie de Parkinson et l'Alzheimer, se retrouvent au 6^e rang (Mathers et Stevenson, 1999). Ces dernières, qui touchent particulièrement les personnes très âgées, devraient voir leur fardeau augmenter considérablement au cours des prochaines décennies avec la forte croissance anticipée du nombre de personnes de ce groupe d'âge.

L'importance des maladies chroniques est relative et peut varier selon l'angle par lequel on les examine: celui de la morbidité ou celui de la mortalité. Certains indicateurs ont été mis au point pour mesurer le fardeau global des maladies en tenant compte à la fois de la morbidité et de la mortalité. Ces indicateurs tournent autour du concept des années vécues ajustées pour l'état de santé. Les travaux réalisés jusqu'à maintenant l'ont été surtout au plan international, et notamment en Australie. Lorsque seule la mortalité est prise en considération, les quatre principales maladies sont les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes, les maladies respiratoires et les traumatismes. Les maladies du système

En perspective

Il y a les maladies chroniques dont les gens souffrent et celles dont les gens décèdent. Dans certains cas, il s'agit des mêmes maladies, dans d'autres, elles diffèrent. Mais dans tous les cas, le fardeau de ces maladies devrait s'accroître considérablement avec le vieillissement de la population, lequel sera particulièrement marqué au Québec.

Pour certaines maladies chroniques, les facteurs de risque sont bien connus, et une modification de quelques habitudes de vie, comme cesser de fumer, manger mieux et moins, et pratiquer régulièrement des activités physiques, peut entraîner des améliorations importantes. Cependant, d'autres maladies sont plus difficilement évitables par des activités de prévention puisqu'elles sont la conséquence du vieillissement et de l'usure du corps humain. Avec l'allongement de la vie et l'arrivée des baby-boomers aux âges plus avancés, nous devons inévitablement revoir la planification des services de santé, et les coûts substantiels qui y seront rattachés afin de soigner les personnes atteintes de maladies chroniques.

2.3

La guerre contre les maladies transmissibles : plus de victoires que de défaites

Les maladies transmissibles comprennent une série de conditions dont l'ampleur, la gravité, le potentiel de contagion et les moyens de contrôle sont très variables. Plusieurs d'entre elles représentent encore à ce jour une menace réelle pour la santé de la population, alors que d'autres ont presque disparu. Cette section trace un portrait global d'un certain nombre de maladies transmissibles.

Ce qu'il faut savoir sur les données

Les données présentées ici proviennent principalement du Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du Québec, un système de surveillance destiné à la vigie sanitaire. Les statistiques représentent les nouveaux cas (incidence) de MADO estimés à partir des déclarations faites par les laboratoires et les médecins. Les modalités du système de surveillance québécois des MADO font en sorte que celui-ci est généralement affecté par une sous-déclaration des cas dont l'ampleur est cependant difficile à évaluer avec précision. Néanmoins, l'analyse des tendances reste pertinente compte tenu d'une certaine stabilité dans le temps du processus de déclaration (MSSS, 2005).

Elle aborde en premier lieu les maladies évitables par la vaccination, puis les infections transmises sexuellement ou par le sang. Par la suite, cette section examine les maladies entériques, ainsi que les infections à streptocoques. En dernier lieu, certaines maladies émergentes ou réémergentes suscitant des inquiétudes feront l'objet d'une attention particulière.

Les maladies évitables par la vaccination : un défi sans cesse renouvelé

La vaccination a permis l'élimination ou, à tout le moins, le contrôle d'un grand nombre de maladies infectieuses, bactériennes ou virales, souvent très débilitantes ou mortelles. Malgré ces gains, la vigilance est toujours de mise pour certaines de ces maladies.

LA COQUELUCHE

En 2005, 827 cas de coqueluche ont été déclarés au Québec. Ce nombre demeure bien en deçà de celui observé durant la période épidémique des années 1990, alors qu'on a enregistré annuellement pas moins de 4 300 cas de cette maladie entre 1993 et 1995, et un chiffre record de 4 881 cas en 1998. La coqueluche évolue par cycle épidémique. Le nombre de nouveaux cas, aussi appelé

Le combat contre la coqueluche : une lutte engagée depuis 1946

l'incidence, a atteint, en 2003, son plus faible seuil jamais observé, soit 282 cas. La situation varie d'une région à l'autre compte tenu de la nature cyclique de la maladie, des pratiques de déclaration obligatoire et de la recherche plus ou moins active des cas. De façon générale, les taux d'incidence montrent que la population âgée de moins de 15 ans est la plus touchée, et que les nourrissons de moins de 12 mois demeurent les plus vulnérables.

Un programme de vaccination contre la coqueluche existe au Québec depuis 1946. Un vaccin a été introduit dans le calendrier régulier de vaccination en 1998. Compte tenu de l'incidence relativement élevée de la coqueluche chez les enfants de 10 à 14 ans n'ayant pas bénéficié du vaccin, une dose de rappel est administrée aux adolescents depuis l'automne 2004.

Des maladies éliminées grâce à la vaccination

L'élimination correspond à la situation dans laquelle une transmission soutenue ne peut se produire et où les cas secondaires à une importation s'interrompent d'eux-mêmes, sans intervention. La poliomyélite a été éliminée en Amérique, et on n'y observe plus de cas de diphtérie. Les cas de tétanos demeurent peu fréquents : en 2004 et 2005 on a recensé en moyenne deux cas par année chez des adultes. Contrairement à ce qui se passe en Europe, le passage de la rougeole sous le seuil de l'élimination semble chose faite au Québec. L'éclosion de rougeole rapportée en 2000 (32 cas) s'est produite dans un groupe religieux des Laurentides, non immunisé et en contact fréquent avec des individus provenant de milieux endémiques. On constate également que la rubéole et les oreillons ont été éliminés. Toutefois, les récentes éclosions d'oreillons observées aux États-Unis et en Nouvelle-Écosse, et l'éclosion de rubéole en Ontario nous rappellent le rôle déterminant de la vaccination dans la prévention de ces maladies.

FIGURE 2.3.1
NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION AU QUÉBEC DE 2000 À 2005

Maladies infectieuses	Année					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Coqueluche	805	1 023	1 069	282	521	827
Infection à méningocoques	37	101	71	58	73	77
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i> de type B	8	7	8	11	10	11

Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 131).

spectaculaire chez les enfants de moins de cinq ans. L'ajout de ce vaccin a ainsi fortement contribué à réduire l'incidence des méningites et, en outre, à éliminer presque totalement celle des épiglottites, et ce, pas seulement chez les enfants d'âge préscolaire, ce qui témoigne d'une immunité conférée par le vaccin. De fait, la vaccination contre cette maladie représente un des succès les plus spectaculaires des dernières années, puisque seulement 10 à 11 cas ont été déclarés annuellement entre 2003 et 2005.

L'INFECTION À MÉNINGOCOQUES

En 2005, 77 cas d'infection à méningocoques ont été déclarés au Québec, dont 3 ont conduit à un décès. Plus fréquentes l'hiver, en même temps que les autres infections respiratoires, elles sont toujours présentes dans la population générale, mais surtout chez les enfants de moins de un an. Il peut arriver que la bactérie évolue et qu'une nouvelle souche apparaisse. On peut alors assister à une augmentation du nombre de cas aussi bien dans l'ensemble de la population que chez les tout-petits, avec une hausse concomitante de la létalité. C'est ce qui est arrivé au Québec au début des années 1990 (moyenne de 160 cas annuels en 1991 et 1992) et, plus récemment, en 2001 (101 cas). Ces deux épisodes ont donné lieu à des campagnes de vaccination massive visant les jeunes partout au Québec. De façon générale, les différences interrégionales sont peu importantes.

L'INFECTION À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE B

L'infection à *Haemophilus influenzae* de type B est une maladie grave dont les conséquences sont souvent dramatiques (déficit intellectuel et auditif). Au début des années 1990, on observait environ 125 cas par année. Depuis l'introduction du vaccin dans le calendrier régulier de vaccination, en 1992, le taux québécois d'incidence de ces infections a considérablement diminué. Cette amélioration a été

Résurgence des infections transmissibles sexuellement et par le sang dans les années 2000

Les infections transmissibles sexuellement et celles qui sont transmissibles par le sang constituent, d'une année à l'autre, le plus fort pourcentage de cas de maladies à déclaration obligatoire au Québec. Elles peuvent cependant être évitées dans la majorité des cas par l'adoption de comportements sécuritaires.

La lymphogranulomatose vénérienne en forte progression

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection transmissible sexuellement causée par les sérotypes L1, L2 et L3 de *Chlamydia trachomatis*. Au Québec, un cas de LGV a été déclaré en 2004, et on dénombre un total de 22 cas en 2005. À partir des données de 2005, on estime que le nombre de cas en 2006 doublera. Tous les cas déclarés jusqu'à présent atteignaient des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), dont la grande majorité résidaient dans la région de Montréal.

Infections transmissibles sexuellement et infertilité

La chlamydie génitale est préoccupante chez les jeunes femmes, car, si elle n'est pas traitée, elle évolue fréquemment vers une maladie inflammatoire pelvienne, ce qui augmente les risques de grossesse ectopique et d'infertilité. Or, bien que le taux d'hospitalisation pour grossesse ectopique semble avoir diminué au cours des dernières années, il faut rester vigilant. En effet, étant donné que le traitement ambulatoire de cette maladie n'est pas comptabilisé dans les données d'hospitalisation, l'apparente réduction des cas pour cette maladie pourrait être trompeuse.

L'INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* GÉNITALE

L'infection à *Chlamydia trachomatis* génitale est la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. On en recensait près de 13 000 cas en 2005, et elle comptait pour près du tiers de l'ensemble des MADO. La tendance est à la hausse depuis la fin des années 1990, et le nombre de cas déclarés annuellement a doublé entre 1997 et 2004. La majorité des cas déclarés atteignent des femmes âgées de 15 à 24 ans. Cette infection se trouve dans toutes les régions du Québec, mais sa fréquence notable au Nunavik est inquiétante.

L'HÉPATITE C CHRONIQUE

L'implantation du Programme québécois de dépistage et d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C chronique a eu lieu en 1999. Auparavant, les cas étaient sous-diagnostiqués. En outre, puisque cette maladie n'est à déclaration obligatoire que depuis 2002, il est difficile de juger de l'évolution de la situation. Cependant, on observe une diminution du nombre de cas déclarés, lequel est passé de 3 712 en 2000 à 2 459 en 2005. L'ensemble des régions du Québec sont touchées, et c'est dans la région de Montréal que l'incidence est la plus élevée. Le principal facteur de transmission du virus de l'hépatite C est le partage de seringues chez les utilisateurs de drogues par injection.

L'INFECTION GONOCOCCIQUE

Le taux d'incidence des infections gonococciques (gonorrhées) déclarées a diminué de façon progressive entre 1984 et 1996. La tendance s'est malheureusement renversée à partir de 1998, et le nombre de cas a grimpé à 75 % de plus qu'en 1996, pour ensuite se stabiliser. Plus récemment, on a observé un peu plus de 800 nouveaux cas en moyenne par année (900 cas en 2005). Les hommes constituent toujours, et de loin, la majorité des personnes atteintes par ce problème (81 %), et c'est au Nunavik qu'on retrouve de façon constante les taux d'incidence les plus élevés.

La « gono » touche fortement les HARSAH

Les données de vigie sanitaire ont permis de mettre en évidence certaines caractéristiques des personnes touchées par les infections gonococciques. À partir des cas déclarés en 2005 et 2006, pour lesquels l'information est complète, on estime que près de la moitié proviennent d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), alors que seulement 5 % à 10 % proviennent de la population en général. On constate aussi une incidence plus élevée de cette maladie chez les HARSAH ailleurs dans le monde.

LA SYPHILIS INFECTIEUSE

Une recrudescence de la syphilis infectieuse touche la population québécoise depuis maintenant cinq ans. De 1985 à la fin des années 1990, le nombre annuel de cas déclarés avait diminué progressivement au Québec, et, on avait rapporté seulement 3 cas en 1998. Cependant, à partir de 2000, on a observé une augmentation de cas telle qu'elle a pris des allures d'épidémie : 7 cas en 2000, 16 cas en 2001, 47 cas en 2002, 157 cas en 2003, 243 cas en 2004 et 252 cas en 2005. Selon les informations dont nous disposons, il semble que la majorité (90 %) des personnes touchées par cette maladie sont des HARSAH (hommes

FIGURE 2.3.2
NOMBRE DE NOUVEAUX CAS D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG AU QUÉBEC DE 2000 À 2005

Maladies infectieuses	Année					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> génitale	8 695	10 175	11 081	12 304	12 873	12 661
Hépatite C chronique	3 712	2 921	2 539	2 217	2 728	2 459
Infection gonococcique	674	831	880	883	826	900
Syphilis infectieuse	7	16	47	157	243	252
Hépatite B aiguë	180	95	99	91	69	46

Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 131).

Facteurs de risque de l'hépatite B

L'usage de drogues injectables, le nombre élevé de partenaires sexuels et les relations avec des partenaires infectés sont sans doute à l'origine de plusieurs des cas d'hépatite B aiguë. Toutefois, chez près d'un tiers des personnes infectées au Québec, il a été impossible jusqu'ici de déterminer les facteurs de risque de cette maladie (INSPQ, 2005).

La baisse d'incidence de l'hépatite B aiguë est sans doute attribuable, du moins en partie, à l'introduction du programme universel de vaccination en quatrième année du primaire, dès 1994, et en cinquième secondaire, en 1999 (INSPQ, 2005), de même qu'aux recommandations de vaccination resserrées à l'intention des voyageurs au cours des dernières années (Provost *et al.* 2005).

LE VIH ET LE SIDA

Depuis le 18 avril 2002, et jusqu'au 31 décembre 2005, 3 158 personnes infectées par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ont fait l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques au Québec. Parmi celles-ci, 1 611 (51 %) étaient des personnes nouvellement diagnostiquées.

Le sida et le VIH, deux facettes d'un même problème

Le sida, ou syndrome d'immunodéficience acquise, représente le stade avancé de l'infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). L'arrivée, en 1996, des thérapies efficaces de traitement de l'infection par le VIH a grandement modifié l'évolution de la maladie, et a ainsi repoussé la survenue d'un diagnostic de sida. La baisse spectaculaire du sida est sans doute en grande partie attribuable à ces nouveaux traitements, qui améliorent la qualité de vie et la survie des personnes vivant avec le VIH (MSSS, 2004c). Pourtant, bien que cette infection soit moins répandue, elle continue de circuler. On semble d'ailleurs assister à une certaine banalisation du sida et du VIH, et à un relâchement des comportements préventifs dans certains groupes de la population, ce qui s'est récemment traduit par une hausse inquiétante des infections transmissibles sexuellement.

ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) et que parmi ceux-ci, plusieurs sont également infectés par le VIH (MSSS, 2004a). L'épidémie semble avoir pris naissance dans la région de Montréal, puis elle a progressé dans plusieurs régions du Québec, et c'est dans les Laurentides que le taux d'incidence est le plus élevé.

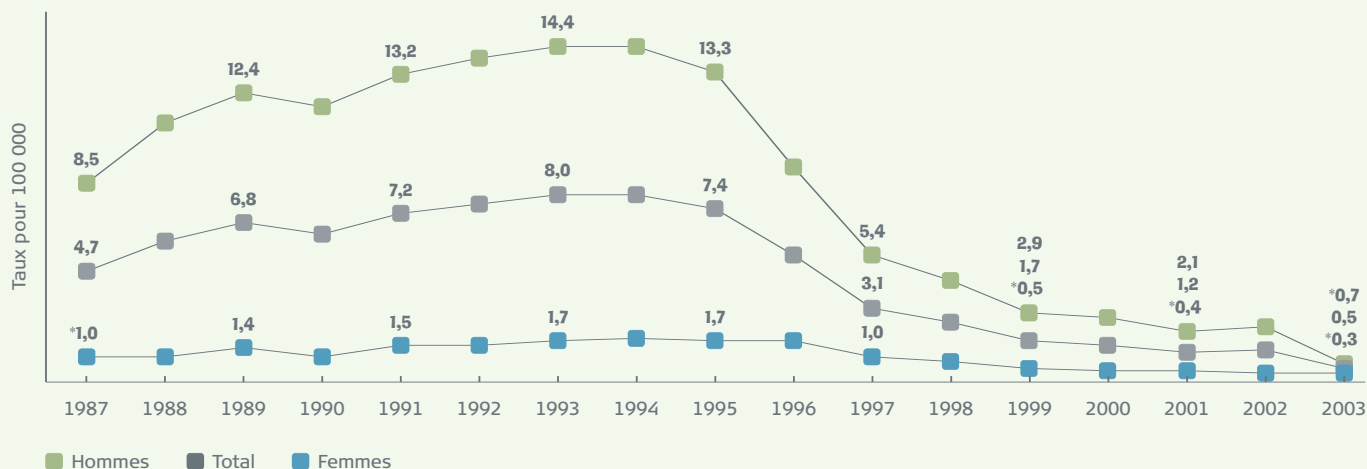
L'HÉPATITE B AIGUË

L'hépatite B aiguë entraîne, chez les personnes qui en sont atteintes, le risque de développer une cirrhose ou un cancer du foie. Cette maladie a fortement diminué au cours des dernières années. On a dénombré

moins de 50 cas en 2005, comparativement à 180 cas 5 ans plus tôt. Les hommes ont toujours accusé des taux d'incidence plus élevés que les femmes, ce qui s'est d'ailleurs répété en 2005. Par contre, lorsque l'incidence de cette maladie diminue, c'est de façon équivalente chez les deux sexes. Montréal et la Capitale-Nationale sont les régions qui connaissent les taux les plus élevés d'hépatite B aiguë.

Les deux tiers des cas proviennent de la région de Montréal, 8 % de la Montérégie et 7 %, de la région de la Capitale-Nationale. Les trois-quarts des personnes atteintes sont âgées de 25 à 49 ans. Entre 2004 et 2005, le nombre de cas nouvellement diagnostiqués parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes a augmenté de 21 %. Par ailleurs, il semble que, pour l'instant, le nombre de cas d'infection par le VIH soit stable chez les utilisateurs de drogues par injection. Chez les femmes, qui représentent près du

FIGURE 2.3.3
INCIDENCE DU SIDA AU QUÉBEC DE 1987 À 2003



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 133).

Retirer les seringues souillées de la circulation

On sait maintenant que plusieurs infections transmissibles sexuellement et par le sang menacent les utilisateurs de drogues injectables (Noël et Cloutier, 2005). C'est pourquoi les programmes d'échange de seringues ont été mis sur pied : ils permettent aux utilisateurs de drogues injectables, de même qu'aux personnes qui font usage de seringues et d'aiguilles pour des autosoins, de rapporter leurs seringues souillées et d'en obtenir des neuves. En 2005-2006, on comptait au Québec 766 centres d'accès aux seringues et au matériel d'injection stériles. On retrouve également, depuis juin 2006, un système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées, qui est offert aussi bien aux utilisateurs de drogues par injection qu'aux personnes qui font usage de seringues et d'aiguilles pour des autosoins. Les tatoueurs, les perceurs et les électrolystes peuvent également se débarrasser, sans frais, de leurs instruments piquants et tranchants usagés en les apportant à un CLSC.

quart des personnes atteintes, la moitié sont originaires de pays endémiques. Qui plus est, durant la période de 2000 à 2003 au Québec, 122 décès par le VIH sont enregistrés en moyenne annuellement.

Depuis l'apparition des premiers cas de sida, au début des années 1980, plus de 6 000 cas ont été déclarés au Québec (MSSS, 2004b). L'incidence annuelle a atteint un sommet au cours des années 1993 et 1994, puis a graduellement reculé, passant de 577 cas en 1994 à moins de 100 à partir de 2001. La courbe d'incidence s'explique en grande partie par l'évolution de l'infection par le VIH, et ce, surtout chez les hommes, puisque le nombre de cas chez les femmes ne représente que 12 % de l'ensemble des cas cumulés.

Maladies entériques : la pointe de l'iceberg

La transmission des maladies entériques se fait essentiellement par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. On estime que seulement 10 % des cas de maladies entériques font l'objet d'une déclaration. Ce n'est donc qu'une petite portion de la population atteinte qui consulte un médecin lors d'un épisode de diarrhée et, parmi ces personnes, toutes ne font pas l'objet d'un prélèvement de selles, puisque le diagnostic exact ne change rien au traitement du cas.

L'ENTÉRITE À *CAMPYLOBACTER*

Les facteurs de risque les plus importants des entérites à *Campylobacter* sont les contacts avec le poulet cru ou mal cuit, et avec l'eau contaminée, ou encore leur ingestion (Michaud, 2002). L'incidence de ce type d'entérites est assez stable depuis le début des années 2000 : on compte près de 2 500 cas par année. Entre 2000 et 2004, les régions de l'Est et du centre du Québec ont affiché les taux d'incidence les plus élevés. L'éducation du public et des travailleurs de l'industrie du poulet constitue la pierre angulaire de la prévention de ces affections au Québec, et passe par l'enseignement de mesures de prévention simples mais nécessaires lors de la manipulation et de la préparation du poulet cru.

LA SALMONELLOSE

Bien que le nombre de cas de salmonellose ait été particulièrement élevé en 1990 (1 954 cas) et en 1991 (1 712 cas), depuis 1992, il a été plutôt stable, c'est-à-dire qu'il s'est maintenu à environ 1 100 cas par année, sauf lors de deux importantes éclosions, en 1996.

La surveillance des salmonelles

L'intérêt de la surveillance continue des salmonelles réside dans la détection d'éclosions potentielles. Depuis 1997, le Québec participe au Programme national de surveillance des maladies entériques de Santé Canada. Cette collaboration a permis de mettre en évidence des éclosions interprovinciales jusqu'alors insoupçonnées. Trente hôpitaux situés dans 17 des 18 régions du Québec participent à un programme sentinelle de surveillance des salmonelles afin de mettre en évidence des éclosions potentielles.

Le contrôle des maladies entériques chez les tout-petits

La giardiase et les entérites à *Yersinia enterocolitica* sont assez stables au Québec : pour la période de 2000 à 2005, le nombre annuel moyen est de 944 pour la première maladie et de 128 pour la seconde. Cette situation est en partie attribuable aux efforts des autorités de santé publique pour la promotion des mesures de contrôle et de prévention dans le réseau des centres de la petite enfance.

L'AMIBIASE

L'incidence de l'amibiase, maladie parasitaire souvent acquise à l'étranger, est stable depuis le début des années 2000. Un peu plus de 200 cas sont détectés annuellement. La région de Montréal est celle qui présente le taux d'incidence moyen le plus élevé au Québec.

LA « MALADIE DU HAMBURGER »

Les infections entéro-hémorragiques à *E. coli*, mieux connues sous le vocable de « maladie du hamburger », sont des maladies entériques sévères dont les sources se retrouvent le plus souvent dans la chaîne alimentaire et l'environnement. Le programme de prévention administré conjointement par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) et celui de la Santé et des Services sociaux porte probablement fruit, puisqu'un recul des taux d'incidence est survenu entre 2000 et 2005 : le nombre de nouveaux cas est passé de 536 à 127. Il est cependant plausible qu'une portion de la morbidité mesurée en 2000 ait été due à une augmentation des diagnostics et des déclarations faisant suite à l'épisode très médiatisé de l'eau contaminée de Walkerton en

Les conséquences graves de la « maladie du hamburger »

Le syndrome hémolytique urémique (SHU) constitue de loin la complication la plus fréquente de l'infection entéro-hémorragique à *E. coli* chez les jeunes enfants et les personnes âgées. Les personnes souffrant du SHU en meurent dans une proportion de 3 à 5 % ; près du tiers y survivent avec une fonction rénale anormale et 12 % subissent d'autres séquelles, notamment l'hypertension artérielle, la cécité et d'autres complications liées à l'ablation d'une portion de l'intestin (Gaulin *et al.*, 2005).

FIGURE 2.3.4
NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE MALADIES ENTÉRIQUES AU QUÉBEC DE 2000 À 2005

Maladies infectieuses	Année					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Entérite à <i>Campylobacter</i>	2 663	2 418	2 541	2 348	2 450	2 449
Salmonellose	1 063	1 056	1 203	1 090	1 021	1 093
Giardiase	930	881	955	938	957	1 005
Ambiase	215	216	199	214	214	193
Infection entéro-hémorragique à <i>Escherichia coli</i>	536	339	260	133	163	127
Shigellose	458	294	197	228	150	265
Hépatite A	110	108	96	100	105	91
Entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	140	119	141	142	103	122

Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 131).

Ontario, en mai et juin de la même année. De 2000 à 2004, ce sont les régions de la Capitale-Nationale et du Bas-Saint-Laurent qui ont enregistré les taux d'incidence les plus élevés.

LA SHIGELLOSE

La shigellose est une cause relativement fréquente d'écllosion d'origine alimentaire. En 2005, on en comptait 265 cas. Le taux d'incidence de la shigellose varie dans le temps au gré d'éclussions qui surviennent périodiquement dans l'une ou l'autre des régions du Québec. En 1997, une écllosion importante est survenue dans une chaîne alimentaire, ce qui explique en bonne partie les 475 cas rapportés cette année-là au Québec. Depuis, on a connu des éclussions de moindre importance. Les groupes d'âge plus jeunes sont souvent les plus atteints. De 2000 à 2004, c'est dans la région du Nunavik que la situation a nettement été la plus inquiétante, situation attribuable à l'écllosion observée en 2000 et 2001. La région de Montréal montre aussi un taux d'incidence plus élevé que la moyenne québécoise.

L'hépatite A : une maladie entérique pour laquelle il existe un vaccin

Le Québec a connu quelques éclussions d'hépatite A dans les années 1990. Celles-ci touchaient principalement des communautés spécifiques et les toxicomanes. Un programme de vaccination ciblé a alors été instauré. Depuis 2000, l'incidence de cette maladie est demeurée assez stable, et le nombre de cas s'est situé autour de 100 annuellement (on en a compté 91 en 2005). Une part non négligeable des cas déclarés sont liés aux voyages internationaux. On assiste aussi à une certaine recrudescence de cas en lien avec l'adoption internationale. À titre préventif, des démarches ont été entreprises auprès du Secrétariat à l'adoption internationale afin de sensibiliser les parents au risque d'infection et à la vaccination des contacts domiciliaires. Le vaccin contre l'hépatite A, souvent administré avec celui de l'hépatite B, est généralement recommandé chez les voyageurs internationaux se rendant dans les pays « en développement » (Provost *et al.*, 2005).

Les streptocoques : des agents connus qui surprennent encore

Bien que les streptocoques soient des bactéries connues pour lesquelles le traitement avec des antibiotiques est reconnu efficace, les capacités d'évolution et d'adaptation de ces bactéries en font des ennemis encore puissants.

La lutte aux infections à Streptococcus pneumoniae par les vaccins

Depuis 1998, et plus systématiquement depuis 2000, un vaccin est offert aux personnes de 65 ans et plus et à celles qui sont atteintes de maladies chroniques telles le diabète, ou l'insuffisance rénale ou pulmonaire. En décembre 2004, la vaccination a été étendue aux enfants âgés de 2 mois à 5 ans.

L'INFECTION À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*

Le taux d'incidence des infections à *Streptococcus pneumoniae*, ou pneumocoques, est assez stable. En 2005, on a déclaré 843 cas. Certaines régions du Québec présentent des taux d'incidence plus élevés que d'autres, et c'est au Nunavik que ces infections sont nettement plus fréquentes. Ces infections atteignent principalement les enfants et les personnes âgées, même si elles se manifestent différemment chez les uns et chez les autres : les méningites et les otites sont particulièrement fréquentes chez les premiers, tandis que les secondes sont davantage atteintes par les pneumonies et les septicémies.

LES BACTÉRIES « MANGEUSES DE CHAIR »

Les infections à streptocoques du groupe A font encore la manchette sous le vocable de bactéries « mangeuses de chair ». Chez les jeunes enfants, elles apparaissent à la suite de complications dues à la varicelle. Elles s'accompagnent souvent d'un choc toxique, et leur pourcentage de létalité varie de 10 à 15 %. Depuis 1996, les infections à streptocoques du groupe A doivent obligatoirement être déclarées, et elles présentent une incidence assez stable de près de 200 cas annuellement. Les taux des régions du Québec sont relativement comparables.

Un retour du passé et un regard vers le futur

Certaines maladies infectieuses ont attiré l'attention de la population ces dernières années par leur apparition soudaine, ou encore en raison de leur résurgence récente.

LA TUBERCULOSE

On pourrait croire que la tuberculose a disparu et pourtant, elle est encore présente. On a compté 255 cas de cette maladie en 2005, et les moyens pour la circonscrire sont toujours d'actualité. Bien que, dans le Québec d'aujourd'hui, la tuberculose atteigne spécifiquement certains groupes plus à risque (les sans-abris, les toxicomanes, les immigrants en provenance de pays endémiques, certaines communautés autochtones), et bien que les taux d'incidence tendent à diminuer régulièrement, il reste que les efforts de contrôle sont toujours nécessaires, surtout en raison des défis liés au traitement de longue durée et à la difficulté de rejoindre les clientèles susceptibles d'en avoir besoin. Cette maladie est plus fortement répandue dans les régions de Montréal et du Nunavik.

Saviez-vous que...

La tuberculose est la seule maladie à traitement obligatoire au Québec. Un programme de surveillance de la résistance des souches aux antituberculeux est en place au Laboratoire de santé publique du Québec. Les profils de résistance varient selon les régions, ce qui rend cette surveillance très utile pour le traitement des cas.

LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL

L'installation et la migration de nouvelles espèces de moustiques en Amérique du Nord, associées à divers phénomènes écologiques et environnementaux, dont le réchauffement des températures atmosphériques, pourraient provoquer une activité accrue du virus du Nil occidental (VNO) à moyen terme. Une éclosion d'envergure est peu probable à court terme, à moins de connaître des chaleurs estivales exceptionnelles. Les saisons 2004 et 2005 ont d'ailleurs été particulièrement calmes : on a rapporté pour ces périodes respectivement 3 et 5 cas au Québec.

LA GRIPPE ET SES VARIANTES

La grippe demeure une cause importante de mortalité et de morbidité. Chaque année au Québec, on en compte environ 300 000 à 500 000 cas, entraînant entre 10 000 à 50 000 hospitalisations, et 1 000 à 1 500 décès (MSSS, 2003). Les complications sérieuses et les décès liés à cette maladie touchent surtout les personnes atteintes de maladies chroniques, et les personnes de 65 ans et plus. La grippe est causée par le virus influenza. Il en existe trois types, soit les types A, B et C. On observe généralement une plus forte mortalité associée à l'influenza A. Le virus influenza est en constante évolution, et de nouvelles variantes émergent et causent des épidémies sur une base annuelle. C'est pourquoi une campagne de vaccination gratuite est menée chaque année au Québec auprès des personnes à risque. C'est le virus influenza de type A qui est impliqué lorsque se produit une expansion à tout le continent, voire à toute la planète. Il est alors question d'une pandémie.

*La grippe aviaire...
une menace bien réelle*

Le virus influenza A H5N1, qui circule actuellement, existe de façon naturelle chez les oiseaux sauvages. Il a été isolé pour la première fois en Afrique du Sud en 1961, et il constitue une préoccupation constante pour les autorités de santé publique depuis 1997. Le virus circule maintenant en Asie et sur le continent européen. Il a causé jusqu'à présent plus d'une centaine de décès à l'échelle mondiale, mais aucun au Canada. Le virus fait également l'objet d'une surveillance constante de sa transmissibilité et de sa virulence. En effet, si le virus subissait des mutations lui permettant de se transmettre d'un humain à l'autre, il représenterait alors une menace mondiale. La priorité des autorités de santé publique est de se préparer à la fabrication d'un vaccin contre une telle souche. Des plans d'urgence sont aussi mis en place partout dans le monde, dont au Québec (MSSS, 2006).

LES INFECTIONS NOSOCOMIALES OU MALADIES CONTRACTÉES LORS D'UN ÉPISODE DE SOINS

Certaines infections, comme une pneumonie, des infections de plaies, des infections du sang et des urines, surviennent à la suite d'une hospitalisation associée à certains types de traitements et d'interventions. On les rencontre d'ailleurs principalement dans les hôpitaux : l'infection bactérienne à *Clostridium difficile* (*C. difficile*), l'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'infection à entérocoques résistant à la vancomycine (ERV). Leur propagation s'explique par une série de facteurs, tels que la complexité des cas traités, les procédures de traitement plus invasives, le rythme de travail accéléré entraînant le non respect potentiel des mesures préventives de base, et le déplacement des patients d'un établissement à l'autre. Au cours des deux dernières années, certaines mesures ont entraîné une diminution de ces infections, particulièrement celles reliées à la bactérie *C. difficile* et au SARM. Il s'agit de programmes de surveillance visant à mieux connaître la situation, de l'application plus rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle, et d'une meilleure formation des intervenants (MSSS, 2006a).

En perspective

Avec l'introduction progressive de nouveaux vaccins, de grands progrès ont été réalisés dans la lutte aux maladies infectieuses évitables. Certains défis restent cependant à relever, notamment en ce qui a trait à la coqueluche chez les enfants de 10 à 14 ans. Par ailleurs, de nouveaux vaccins sont disponibles sur le marché ou sont en développement. Avant qu'ils soient introduits au programme d'immunisation québécois, des études doivent être faites pour évaluer leurs effets

sur la santé de la population, et pour prioriser leur implantation au sein des divers groupes qui peuvent en bénéficier.

Dans le cas des maladies transmissibles sexuellement et transmissibles par le sang, si l'hépatite B est nettement en baisse, les infections gonococciques, la syphilis et les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* regagnent au contraire du terrain. En outre, le VIH demeure une infection toujours préoccupante. Plus que jamais, des activités visant à prévenir la transmission de ces infections et à faciliter leur dépistage s'imposent. Dans le cas des maladies entériques, notons que la « maladie du hamburger », ou infection entéro-hémorragique à *Escherichia coli*, a connu une baisse depuis le début des années 2000. Il est également possible d'entrevoir une diminution notable des infections à *Streptococcus pneumoniae* au cours des prochaines années, en raison de l'offre de vaccins aux personnes de 65 ans et plus et aux personnes atteintes de maladies chroniques. Enfin, outre la menace bien réelle des maladies nosocomiales, une pandémie de grippe pourrait éventuellement nous toucher.

FIGURE 2.3.5
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT DÉFAVORABLEMENT

Indicateurs (taux d'incidence)	Régions
Coqueluche (2000-2004)	Lanaudière Chaudière-Appalaches Laurentides
Infection à méningocoques (2000-2004)	Capitale-Nationale
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> génitale (2000-2004)	Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James Côte-Nord
Hépatite C chronique (2000-2004)	Montréal Laurentides
Infection gonococcique (2000-2004)	Nunavik Montréal
Syphilis infectieuse (2000-2004)	Laurentides
Hépatite B aiguë (2000-2004)	Montréal Capitale-Nationale
Sida (1999-2003)	Montréal
Infection par le VIH (2002-2003)	Montréal
Entérite à <i>Campylobacter</i> (2000-2004)	Capitale-Nationale Chaudière-Appalaches
Salmonellose (2000-2004)	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
Giardiase (2000-2004)	Estrie
Amibiase (2000-2004)	Montréal
Infection entéro-hémorragique à <i>E. coli</i> (2000-2004)	Capitale-Nationale Bas-Saint-Laurent
Shigellose (2000-2004)	Nunavik
Infection à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (2000-2004)	Nunavik Estrie
Tuberculose (2000-2004)	Nunavik Montréal

Source : INSPQ et coll., 2006 (fiches 131 et 133).

2.4

Les traumatismes non intentionnels : il faut y regarder de plus près

Les traumatismes non intentionnels, plus communément qualifiés d'accidents, désignent l'ensemble des mécanismes qui causent des blessures, des lésions ou des traumatismes. Les collisions de véhicules à moteur, les chutes et les noyades en sont des exemples. Ces traumatismes excluent toutefois les blessures infligées volontairement à soi-même (les suicides) ou à autrui (les homicides).

Saviez-vous que...

Au Québec, à l'instar des pays anglo-saxons, les professionnels de la santé publique évitent d'utiliser le terme « accident », qui véhicule une connotation d'événements aléatoires et donne l'impression que ceux-ci sont simplement dus à la malchance (Davis et Pless, 2001). Ils le remplacent donc par une appellation qui désigne la conséquence de l'événement, les « traumatismes ».

Au Québec, les traumatismes non intentionnels sont responsables de 4 % de tous les décès survenant dans la population de tous âges. S'ils retiennent l'attention des médias par leur côté parfois spectaculaire, c'est leur caractère prévisible et évitable qui intéresse les professionnels de la santé publique depuis plusieurs décennies, et ce, d'autant plus qu'ils constituent la principale cause de décès chez les jeunes.

La réduction de la mortalité s'essouffle

Depuis l'année 2000, de nouvelles règles sont appliquées au Canada pour définir et classer les décès. Cette modification a pour conséquence de rendre difficile les comparaisons avant et après l'an 2000, et ce, plus spécifiquement pour certaines causes de mortalité. L'évolution de la

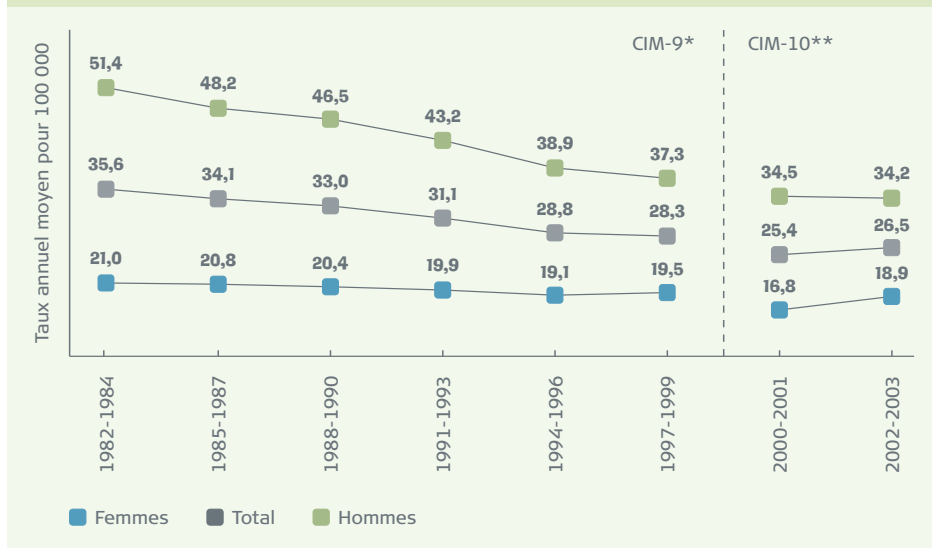
L'impact des nouvelles règles de classification des décès sur la mortalité due aux traumatismes non intentionnels

Le passage de la 9^e à la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM), à partir de 2000, modifie les règles de sélection de la cause initiale du décès parmi l'ensemble des causes inscrites sur le Certificat de décès ; il modifie aussi certains regroupements de diagnostics. Statistique Canada estime que l'application des nouvelles règles a pour effet d'augmenter très légèrement le nombre de cas de décès attribués aux blessures non intentionnelles (+3,3 %). En revanche, elle a un effet inverse très prononcé sur certaines causes spécifiques, notamment une importante sous-estimation des chutes (-49,8 %) et une augmentation des cas codifiés comme traumatismes, mais dont le mécanisme n'est pas précisé. Pour remédier à cette situation, on prévoit apporter certaines modifications de la nouvelle classification en 2006. Durant la présente période de transition, l'analyse des tendances temporelles de la mortalité requiert donc une très grande prudence (Statistique Canada, 2005a).

mortalité due aux traumatismes non intentionnels au Québec sera donc analysée en deux blocs, l'un couvrant les années précédant 2000 et l'autre, les années 2000 et les suivantes.

Entre 1985 et 1999, le taux de mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles a diminué de 17 %. Cette réduction est légèrement supérieure à celle observée pour l'ensemble des causes de décès (15 %). Les gains ont surtout été réalisés avant 1990 ; depuis, il semble que la diminution des taux de mortalité par blessures non intentionnelles se soit essoufflée.

FIGURE 2.4.1
MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS AU QUÉBEC
DE 1982-1984 À 2002-2003



* CIM-9: 9^e révision de la Classification internationale des maladies.
** CIM-10: 10^e révision de la Classification internationale des maladies.
Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 129).

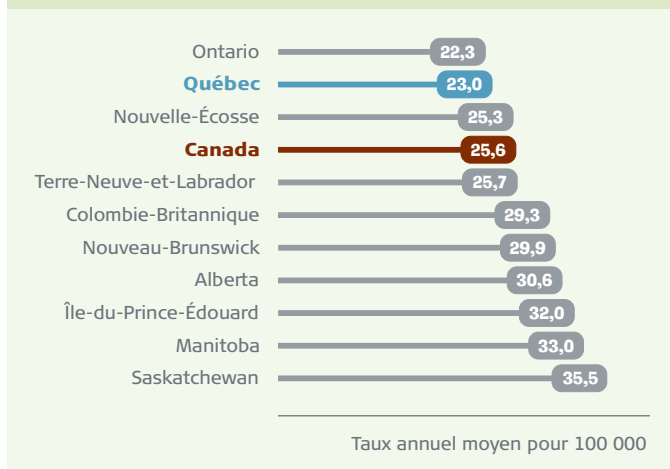
En ce qui a trait aux données disponibles pour les quatre années suivant la coupure occasionnée par le passage de la CIM-9 à la CIM-10 en 2000, nous constatons une certaine stabilité du taux de mortalité chez les hommes, mais une légère augmentation de ce taux chez les femmes. Cette hausse pourrait être en partie attribuable à la mortalité par chutes dans les groupes d'âges les plus vieux.

La mortalité par blessures non intentionnelles varie de façon considérable d'une région à l'autre. Les taux semblent augmenter à mesure que la proportion de la population urbaine diminue. Les régions éloignées affichent ainsi des taux particulièrement élevés tandis que les régions les plus urbaines bénéficient des valeurs les plus basses.

Le Québec occupe encore une position favorable

Le Québec maintient des taux de mortalité par blessures légèrement inférieurs à ceux des autres provinces canadiennes, et ce, depuis les 25 dernières années. Les données les plus récentes montrent que le Québec se classe au deuxième rang parmi les provinces affichant les plus faibles

FIGURE 2.4.2
MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS
DE 2000 À 2002, COMPARAISONS CANADIENNES



Source: INSPQ, 2006.

taux de mortalité par traumatismes non intentionnels, juste derrière l'Ontario (INSPQ, 2006). Au sein d'une vingtaine de pays membres de l'OCDE, la position des hommes du Québec à la fin des années 1990 (au 7^e rang) est meilleure que celle des femmes (au 14^e rang) (Choinière, 2003). Au début des années 1980, la position relative des femmes du Québec (5^e rang) était toutefois nettement plus favorable. En fait, au Québec, depuis les 20 dernières années, la réduction de la mortalité par traumatismes non intentionnels a été moins importante chez les femmes que chez les hommes, ce qui a eu pour effet d'atténuer l'écart entre les deux sexes.

Qu'en est-il des blessures qui entraînent une hospitalisation ?

Les 50 000 hospitalisations annuelles attribuables aux traumatismes non intentionnels comptent pour 9 % de toutes les hospitalisations. La tendance à la baisse des taux d'hospitalisation pour lésions traumatiques (-12 %) depuis le début des années 1990 est bien modeste si on la compare à celle des hospitalisations pour l'ensemble des diagnostics (-24 %). Les taux chez les occupants de véhicules à moteur ont connu une forte réduction, tandis que pour les intoxications et les chutes accidentelles, les taux n'ont presque pas bougé. En raison du vieillissement de la population, le nombre d'hospitalisations pour chute augmente rapidement.

La variation des taux entre les régions du Québec est un peu moins marquée pour les hospitalisations que pour la mortalité. La tendance va toutefois dans le même sens, puisque les régions éloignées des grands centres urbains se démarquent par des taux plus élevés.

FIGURE 2.4.3
HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE AU QUÉBEC
EN 1991-1995 ET 2000-2004

Cause d'hospitalisation	1991-1995	2000-2004		Variation en %
	Taux annuels moyens pour 10 000	Nombres annuels moyens	Taux annuels moyens pour 10 000	
Ensemble des diagnostics	1 025	579 048	777	-24
Traumatismes non intentionnels	77,3	50 445	67,7	-12
Chutes accidentelles	30,3	22 275	29,8	-2
Occupants de véhicules à moteur	6,4	3 252	4,4	-31
Cyclistes	1,7	1 064	1,4	-18
Intoxications accidentelles	0,9	649	0,9	0
Incendies et brûlures	0,8	437	0,6	-25

Source : INSPQ et coll., 2006 (fiches 99 et 127).

Précisions sur les données d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels

Les données d'hospitalisation constituent un indicateur des ressources affectées au traitement des blessures suffisamment graves pour nécessiter l'hospitalisation, quoique généralement non mortelles. Compte tenu qu'il s'agit de données administratives, l'interprétation doit être faite avec prudence lorsque l'on compare des données régionales : outre les variations dans la morbidité, les taux peuvent en effet refléter des différences dans la disponibilité des ressources d'hospitalisation entre les régions.

Les blessures liées au transport : des constats partagés

L'importante réduction de la mortalité liée à l'usage des véhicules à moteur, observée au cours des années 1990, semble avoir atteint un plancher ces dernières années. Si les taux de mortalité et d'hospitalisation liés à l'utilisation des véhicules à moteur continuent de fléchir, le rythme ne paraît toutefois pas être le même selon le mode de transport.

Entre les périodes de 1991 à 1995 et de 2000 à 2004, les taux d'hospitalisation des cyclistes ont diminué à un rythme deux fois moindre que celui des occupants de véhicules à moteur. Durant les dix dernières années, la transformation du réseau de la santé, appelée « virage ambulatoire », a entraîné une compression des ressources d'hospitalisation de sorte qu'il ne faut pas interpréter exclusivement ces résultats comme une réelle diminution de la morbidité. En effet, au regard du nombre de personnes blessées, le rapport de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) montre une augmentation de 17 % de l'ensemble des victimes (personnes décédées, blessés graves et blessés légers) de la route de 2001 à 2005. D'ailleurs, le taux de victimes de la route a atteint en 2005 un sommet inégalé depuis 1990. Les victimes de la route se répartissent de la façon suivante : 88 % de blessés légers, 11 % de blessés graves et 1 % de décédés (SAAQ, 2006a).

Il est également important d'examiner de manière distincte la situation de chaque type d'utilisateur de la route. Des 59 000 victimes de la route dénombrées en 2005, 48 000 étaient des conducteurs ou des passagers d'automobiles ou de camions, 2 600 des motocyclistes, 2 600 des cyclistes et 3 900 des piétons. C'est chez les motocyclistes (39 %) et les conducteurs d'automobiles et de camions (21 %) que l'on constate les plus fortes augmentations de victimes de la route. Ce sont également ces deux types d'utilisateurs qui ont enregistré les hausses les plus importantes de décès liés à la route (SAAQ, 2006a).

Des comportements préventifs encourageants pour la sécurité routière

Au Québec, des enquêtes menées la nuit révèlent que près de 9 automobilistes sur 10 prennent l'habitude d'attacher leur ceinture de sécurité. De plus, depuis le début des années 1990, on observe au Québec une diminution notable du taux de condamnations reliées à des infractions pour conduites avec facultés affaiblies (Tardif, 2005). Par ailleurs, ce sont aujourd'hui plus du tiers des cyclistes qui portent le casque de sécurité, habitude nettement plus répandue que dans les années 1990, alors que seulement un cinquième d'entre eux se protégeaient.

En faisant l'analyse des risques liés à la santé pour les utilisateurs de véhicules hors route (VHR), à savoir les motoneiges et les véhicules tout terrain (VTT), l'INSPQ a aussi signalé une augmentation des décès chez ces usagers, principalement chez ceux conduisant un VTT. Au cours de la période de 1996 à 2000, on comptait annuellement en moyenne environ 50 décès liés à ces activités ; durant la période de 2001 à 2005, ce nombre est passé à 63. Les jeunes représentent, là encore, une population particulièrement à risque. Cela est d'autant plus affligeant que ces décès ou blessures sont en grande partie évitables. On constate en effet chez les victimes d'accidents de VHR un nombre non négligeable d'enfants n'ayant pas l'âge légal de les conduire (14 ans) ou d'en être passagers (Bergeron et al., 2006).

Les blessures liées aux chutes : un problème criant aux âges avancés

Contrairement à la mortalité liée au transport, la mortalité liée aux chutes touche essentiellement les personnes âgées.

Chez les personnes de 65 ans et plus, bien que les taux de décès par chute soient globalement assez stables, le nombre de décès liés à cette cause augmente. Mais, ce qui retient l'attention c'est l'accroissement considérable du taux de mortalité par chute avec l'âge. D'un groupe d'âge à l'autre, 65 à 74 ans, 75 à 84 ans, 85 ans et plus, les taux sont chaque fois multipliés par 6 !

En ce qui concerne les hospitalisations liées aux chutes, on en compte chaque année plus de 22 000 au Québec, ce qui correspond à 40 % de toutes les hospitalisations pour blessures non intentionnelles, et à environ 4 % de toutes les hospitalisations. La très grande majorité de ces cas affectent des personnes âgées.

En perspective

Depuis l'an 2000, les taux de mortalité pour traumatismes non intentionnels sont à peu près stables au Québec. Les importantes réductions observées au cours des années 1980 et 1990 sont désormais choses du passé. La stabilité globale actuelle peut toutefois cacher la détérioration de situations spécifiques et évitables, ce qui incite à une surveillance ciblée, notamment à l'égard des différents usagers de la route.

Le portrait de la situation n'est pas aussi favorable après l'analyse des hospitalisations. Les traumatismes non intentionnels y accaparent une part plus grande qu'il y a 15 ans : alors qu'ils représentaient 7,5 % de l'ensemble des cas d'hospitalisation en soins physiques de courte durée durant la période de 1991 à 1995, cette proportion a atteint 8,8 % durant la période de 2000 à 2004. Ce sont les hospitalisations faisant suite à une chute qui croissent le plus rapidement, dépassant maintenant les 22 000 cas par année.

Enfin, rappelons que si les traumatismes non intentionnels sont responsables d'un peu plus de 1 900 décès par année en moyenne, soit 4 % de l'ensemble des décès, leur fardeau sur le système de santé est encore plus considérable : ils sont à l'origine d'environ 50 000 hospitalisations en moyenne chaque année au Québec, soit 9 % de l'ensemble des hospitalisations. Par ailleurs, leurs coûts social et économique sont d'autant plus élevés qu'ils entraînent souvent des incapacités chez les victimes.

2.5

L'environnement social et les problèmes d'adaptation : un aperçu

Le contexte de vie dans lequel évoluent les individus et leur mode d'adaptation aux situations de vie parfois difficiles sont des dimensions essentielles à considérer pour qui souhaite avoir une compréhension globale de la santé des populations. Les indicateurs examinés ici réfèrent à l'en-

Les limites des données

Les indicateurs utilisés pour décrire l'environnement social et les problèmes d'adaptation sont encore incomplets et en voie de développement. De plus, les données actuelles sur les problèmes d'adaptation sociale comportent d'importantes limites ; elles reflètent surtout les interventions des services sociaux, policiers ou judiciaires, ce qui ne rend pas toujours compte de l'ampleur réelle de ces problèmes. Une meilleure sensibilisation de la population, par exemple au sujet de la violence conjugale ou des abus à l'égard des enfants, peut avoir pour effet d'augmenter le nombre de cas signalés aux services publics. Les changements dans les pratiques des intervenants ou dans les ressources allouées aux services font aussi fluctuer les statistiques et viennent parfois brouiller l'image qui s'en dégage.

vironnement social et à l'adaptation sociale. On entend par environnement social la quantité et la qualité des liens entre les personnes, et leur sentiment de sécurité et de bien-être, lesquels peuvent entraîner certains comportements néfastes ou bénéfiques chez les individus et l'ensemble de la communauté. La notion d'adaptation sociale concerne les comportements que l'on juge conformes ou non conformes aux normes sociales.

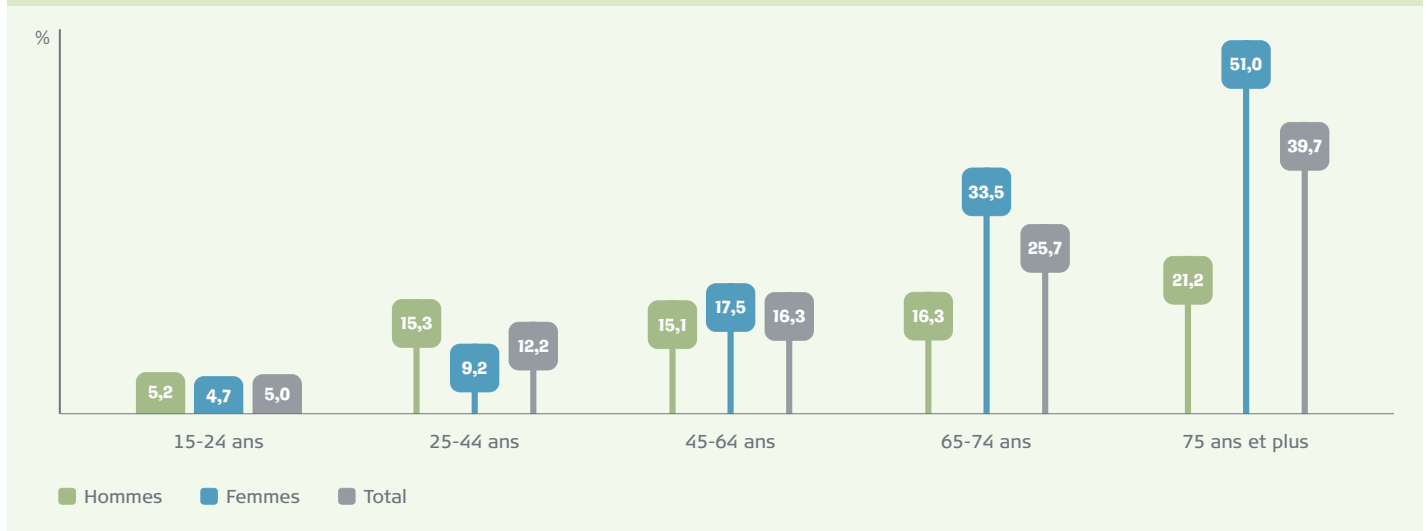
L'environnement social

On peut avoir un aperçu de l'environnement social dans lequel vit une population en examinant différents facteurs associés au milieu de vie des individus, à la qualité des liens qu'ils entretiennent avec leur entourage et aux différentes formes de soutien disponibles dans leur milieu. Ainsi, le fait de vivre seul ou en compagnie d'autres personnes, d'avoir accès ou non à différentes formes de soutien et d'aide dans l'entourage, et d'éprouver un sentiment d'appartenance plus ou moins fort à l'endroit de la communauté sont des exemples de facteurs sociaux qui ont des liens évidents avec les problèmes de santé physique et mentale. L'abandon scolaire et un faible niveau de scolarité sont également associés aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociale des individus.

VIVRE SEUL, UNE RÉALITÉ DE PLUS EN PLUS RÉPANDUE

Il est reconnu que le fait de vivre seul a des répercussions défavorables sur l'état de santé, tant au plan physique qu'au plan psychosocial. Or, au Québec, la proportion de personnes vivant seules a presque doublé depuis une vingtaine d'années, et a atteint 15 % en 2001. Il s'agit de la plus forte proportion parmi les provinces canadiennes (INSPQ, 2006). On observe cette hausse dans toutes les régions, tout spécialement au Saguenay-Lac-Saint-Jean et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Toutefois, c'est la région de Montréal qui compte le plus de personnes vivant seules, soit 20 % de sa population.

FIGURE 2.5.1
POPULATION VIVANT SEULE AU QUÉBEC EN 2001



Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 8).

C'est parmi les personnes âgées que l'on retrouve la plus grande proportion de personnes vivant seules, qui se chiffre à 40 % chez les personnes de 75 ans et plus. Les femmes de ce groupe sont les plus touchées alors que la moitié d'entre elles vivent seules, comparativement à un cinquième des hommes du même âge.

L'AIDE ET LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES : LA NÉCESSAIRE COMPLÉMENTARITÉ DE L'ENTOURAGE ET DES SERVICES PUBLICS

En 2001, 9 personnes âgées sur 10 continuaient de vivre en ménage privé ; c'était le cas de 97 % d'entre elles dans le groupe des 65-74 ans et de 82 % dans le groupe des 75 ans et plus. Cette proportion est la plus faible parmi les provinces canadiennes, mais elle s'accroît de façon constante depuis une vingtaine d'années (INSPQ, 2006).

Ce que comprend et ne comprend pas la mesure de l'aide non rémunérée

L'aide aux personnes âgées sans paye ou sans salaire comprend les situations suivantes : donner des soins personnels à une personne âgée faisant partie de la famille, visiter des personnes âgées, leur parler au téléphone, les aider à effectuer leurs emplettes, leurs opérations bancaires ou à prendre leurs médicaments. Est exclu le travail bénévole pour un organisme communautaire, religieux, à but non lucratif ou pour une œuvre de charité.

Dans un tel contexte, les services et les soins prodigués aux personnes âgées par des proches ou par les programmes publics prennent une importance grandissante (Conseil des aînés, 2001).

Au Québec, environ 18 % des personnes de 15 ans et plus ont déclaré avoir consacré du temps non rémunéré à donner des soins ou de l'aide à des personnes âgées au cours d'une période d'une semaine. Les deux tiers de ces personnes y consacrent moins de 5 heures au cours d'une semaine, et très peu disent y avoir consacré 10 heures et plus. De toutes les provinces canadiennes, le Québec est celle qui affiche le plus faible taux de personnes prodiguant 10 heures et plus de soins aux personnes âgées (INSPQ, 2006). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à apporter cette forme d'aide. Les personnes de 45 à 64 ans sont aussi plus susceptibles de prodiguer de tels soins, suivies par les personnes de 65 ans et plus.

Importance des conditions de vie des familles

Bien que les facteurs de risque pouvant affecter le développement et l'adaptation sociale des jeunes soient nombreux et diversifiés, on doit souligner l'influence prépondérante des conditions de vie des familles. En plus de la pauvreté qui joue un rôle déterminant, différentes caractéristiques comme la faible scolarité de la mère, le jeune âge des parents, leur histoire personnelle, le soutien social dont ils disposent, la structure familiale et la qualité de la relation conjugale sont aussi susceptibles d'exercer une influence (Vitaro et Gagnon, 2000). Certaines familles, notamment lorsqu'un seul parent est présent, ont aussi des besoins de soutien particuliers.

Devenir mère à l'adolescence

Le taux de fécondité parmi les Québécoises de 14 à 17 ans a diminué de moitié depuis le début des années 1990. Les naissances chez les adolescentes demeurent toutefois toujours préoccupantes puisqu'elles sont souvent associées à des conditions familiales ou socioéconomiques défavorables, à une faible estime de soi et au peu d'intérêt pour les études. Ces mères et leurs enfants présentent des risques plus élevés sur le plan de la santé, et des problèmes d'adaptation, notamment en ce qui concerne l'abus, la négligence et la violence. Ils sont aussi plus susceptibles de demeurer pour un certain temps dans un état de défavorisation économique et sociale.

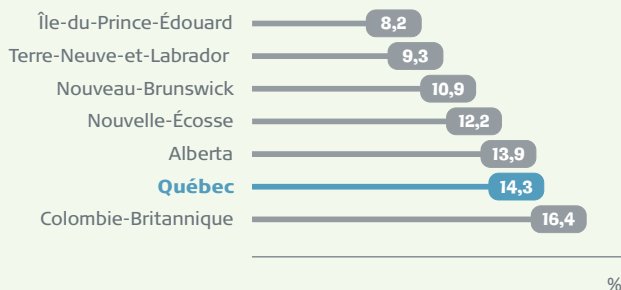
PLUS DE PARENTS SEULS ET PLUS DE PLACES EN SERVICES DE GARDE

Au Québec, plus de 300 000 enfants vivent avec un seul parent. C'était le cas de 20 % des enfants en 2001, une proportion qui tend à augmenter de manière continue depuis 20 ans. La proportion varie avec l'âge des enfants, allant de 15 % chez ceux âgés de 0 à 4 ans à 23 % chez ceux âgés de 15 à 17 ans. Les quatre cinquièmes de ces enfants vivent avec leur mère, bien que la proportion de ceux qui vivent avec leur père augmente d'année en année.

La proportion des enfants vivant dans une famille monoparentale varie du simple au double selon les régions, le Nunavik (28 %) et Montréal (25 %) venant en tête. L'augmentation observée au cours de la dernière décennie diffère beaucoup selon les régions : à Montréal, la hausse a été de l'ordre de 11 % alors qu'elle a atteint 97 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Une façon d'estimer le soutien offert aux familles avec enfants par l'État québécois est le taux de places disponibles en services de garde pour les enfants de moins de cinq ans. Le nombre de places disponibles a connu une hausse importante au cours des dernières décennies, en particulier depuis la création, en 1997, des Centres de la petite enfance (CPE). En 2005, 52 places pour 100 enfants de moins de cinq ans étaient disponibles contre 18 places en 1997. Le taux varie de 47 à 68 places pour 100 enfants selon les régions, et toutes présentent une tendance à la hausse depuis 15 ans, à l'exception du Nord-du-Québec.

FIGURE 2.5.2
PERSONNES N'AYANT PAS UN NIVEAU ÉLEVÉ DE SOUTIEN SOCIAL EN 2000-2001, COMPARAISONS CANADIENNES



Source : INSPQ, 2006.

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL : DES PERCEPTIONS QUI VARIENT

Au Québec, 14 % de la population ne dispose pas d'un niveau élevé de soutien social. Cette proportion augmente nettement avec l'âge, et près du quart des personnes de 65 ans et plus se retrouvent dans cette catégorie. Les hommes semblent plus désavantagés que les femmes à cet égard dans le groupe des moins de 45 ans, alors que la situation s'inverse chez les personnes d'âge plus avancé. Le pourcentage de personnes n'ayant pas un niveau élevé de soutien social varie de 7 % dans l'Outaouais à 18 % à Montréal.

Parmi les provinces pour lesquelles cette donnée est disponible, le Québec présente une des proportions les plus importantes de personnes n'ayant pas un niveau élevé de soutien social (INSPQ, 2006).

Rôle protecteur du soutien social

Le niveau de soutien social apporté par l'entourage est connu pour jouer un rôle protecteur dans les périodes difficiles de la vie, par exemple dans les situations de maladie, de problèmes familiaux, lors de la perte d'un être cher, ou dans d'autres situations critiques. Les personnes qui manquent de soutien social sont plus enclines à la détresse psychologique (Légaré *et al.*, 2000).

Le sentiment d'appartenance à la communauté locale est un indicateur régulièrement utilisé lors d'analyses portant sur la cohésion et l'intégration sociale, et mesuré depuis quelques années dans les enquêtes canadiennes. Au Québec, la proportion de personnes ayant un très faible sentiment d'appartenance à leur communauté était de 11 % en 2003, et s'élevait à 18 % dans le groupe des 20 à 24 ans. On note toutefois des différences assez marquées de cette proportion entre les régions : de 3 % dans la Côte-Nord et dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James, elle atteint 20 % dans la région de Laval.

LA FRÉQUENTATION SCOLAIRE : UNE ÉVOLUTION FAVORABLE À LA PARTICIPATION ET À L'INTÉGRATION SOCIALE

À partir des données portant sur différentes générations d'élèves, il est possible de calculer la probabilité, pour une population donnée, de ne jamais obtenir de diplôme d'études secondaires. Le taux de sortie sans diplôme du secondaire était de 15 % pour l'année 2003-2004. Cet indicateur est à la baisse à l'échelle du Québec et dans la plupart des régions. Il n'a cependant pas diminué chez les jeunes et les étudiants de moins de 20 ans. En ce qui concerne ce dernier groupe, la Côte-Nord présente la situation la plus défavorable.

Par ailleurs, parmi les jeunes de 15 à 24 ans, la proportion de ceux qui ne fréquentent pas l'école a accusé une forte diminution en 20 ans, passant de 53 % à 33 % entre 1981 et 2001. Pour cet indicateur, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James se démarquent avec des pourcentages supérieurs à 60 %.

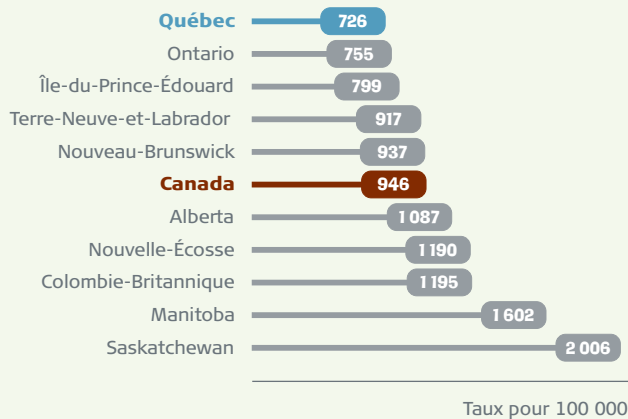
Les problèmes d'adaptation sociale

Les problèmes d'adaptation sociale peuvent être illustrés chez les adultes par l'ampleur des crimes commis contre la personne, notamment ceux commis dans un contexte conjugal. Chez les jeunes, ils sont illustrés par les infractions aux lois et les troubles de comportement chez les adolescents, ainsi que par les cas d'abus ou de négligence à l'égard des enfants.

LES CRIMES CONTRE LA PERSONNE PERPÉTRÉS SURTOUT PAR LES HOMMES

Au Québec, en 2003, le nombre de crimes commis contre la personne était de 73 688, soit 13 % de plus qu'en 1998. Bien que cette tendance à la hausse soit préoccupante, il convient de souligner que le Québec a enregistré, en 2004, le taux de crimes contre la personne le plus faible parmi les provinces canadiennes, et qu'il détient cette position depuis une dizaine d'années (Statistique Canada et ICIS, 2005). Les hommes commettent généralement 5 fois plus d'infractions que les femmes (ministère de la Sécurité publique, 2004). Les voies de fait comptent pour plus de la moitié de ces crimes et ont également augmenté au cours de cette période.

FIGURE 2.5.3
CRIMES CONTRE LA PERSONNE EN 2004,
COMPARAISONS CANADIENNES



Source : INSPQ, 2006.

La violence faite aux femmes dans un contexte conjugal : une définition

Les délits du *Code criminel* définis comme actes de violence conjugale se limitent aux crimes contre la personne : meurtres et tentatives de meurtre, agressions sexuelles, voies de fait, enlèvements et séquestrations, harcèlement criminel et profération de menaces. Les données ne s'appliquent qu'aux femmes de 12 ans et plus agressées par une des personnes suivantes : une conjointe ou un conjoint, une ex-conjointe ou un ex-conjoint, et une ou un ami intime. Les conjoints comprennent les conjoints légitimes et les conjoints en union libre. Un ami intime est défini comme une personne ayant une relation proche et affectueuse avec la victime.

Les taux et les tendances observés sur une période de six ans en matière de crime contre la personne diffèrent beaucoup d'une région à l'autre. Au Nunavik, le taux est de loin le plus élevé. Le second rang revient à Montréal, qui a conservé cette position au cours des cinq dernières années.

AU QUÉBEC, PRÈS DE 14 000 CAS DE VIOLENCE CONJUGALE PAR ANNÉE

En 2003, selon les statistiques policières, le nombre d'agressions à l'endroit des femmes de 12 ans et plus, dans un contexte conjugal, était de 13 840. Ainsi, près du quart des crimes contre la personne au Québec ont été commis dans un contexte conjugal (ministère de la Sécurité publique, 2005a). Les victimes de violence conjugale sont environ deux fois plus nombreuses chez les femmes de 18 à 39 ans que dans les autres groupes d'âge. On remarque néanmoins un nombre non négligeable de victimes chez les adolescentes de 12 à 17 ans.

Sur une période de 7 ans, soit de 1997 à 2003, le taux de femmes victimes de violence conjugale a connu une augmentation de l'ordre de 14 %. La tendance est la même à peu près partout au Québec, mais on observe néanmoins des écarts importants entre les régions. Ainsi, le Nunavik se démarque avec un taux six fois plus élevé que la moyenne québécoise, et Montréal occupe encore une fois le second rang.

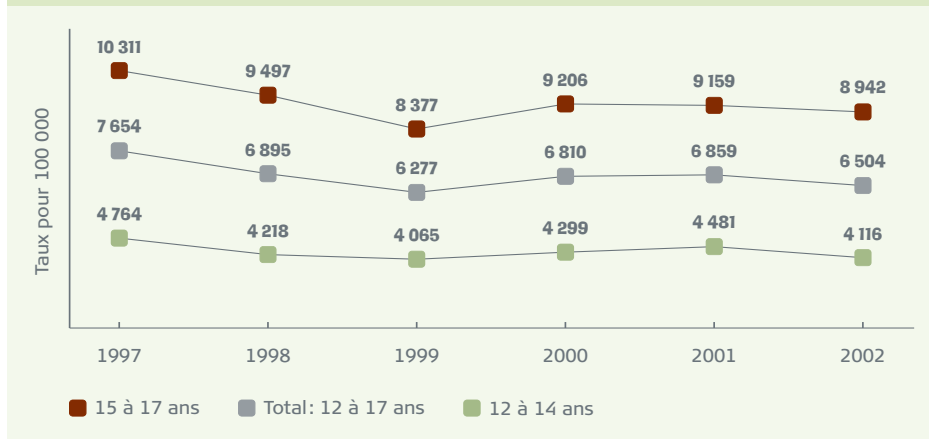
Ces statistiques ne montrent bien sûr qu'une partie du problème. Une enquête québécoise menée en 1998 indiquait que 6 % des femmes ayant vécu en couple pendant au moins deux mois rapportent avoir subi de la violence physique, tandis que 7 % affirment avoir subi de la violence sexuelle de la part de leur conjoint (Riou *et al.*, 2003).

LES INFRACTIONS COMMISES PAR DES JEUNES : DES DISPARITÉS RÉGIONALES IMPORTANTES

Les données disponibles au sujet des délits commis par des adolescents de 12 à 17 ans, qu'il s'agisse d'infractions au *Code criminel*, aux lois fédérales ou aux lois provinciales, font état de près de 36 000 infractions en 2002. Au cours des dernières années, le taux d'infractions a peu changé dans l'ensemble. Les tendances sont semblables chez les jeunes de 12 à 14 ans et chez ceux de 15 à 17 ans, mais le taux est plus de deux fois supérieur parmi le groupe plus âgé.

Par ailleurs, chez les garçons, le taux d'infractions est quatre fois plus élevé que chez les filles (ministère de la Sécurité publique, 2004).

FIGURE 2.5.4
JEUNES CONTREVENANTS AU QUÉBEC DE 1997 À 2002



Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 38).

Au cours des dernières années, c'est dans l'Outaouais que le taux a atteint un sommet au Québec. Les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de Mauricie et Centre-du-Québec ont également présenté un bilan inquiétant. Enfin, notons la forte hausse enregistrée entre 1999 et 2002 dans les régions Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Laval et Estrie.

Parmi les provinces canadiennes, c'est le Québec qui affiche le taux d'infractions au *Code criminel* le plus bas chez les jeunes de 12 à 17 ans (Statistique Canada, 2006b).

NOUVELLES PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE : HAUSSE DES CAS DE NÉGLIGENCE

En 2003-2004, on dénombrait au Québec un peu plus de 8 600 nouveaux cas pris en charge dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Depuis environ 10 ans, le taux de nouveaux cas a connu une augmentation d'abord légère, puis plus accentuée, et s'est maintenu à un niveau comparable par la suite. Dans l'ensemble, le taux observé au cours de la période de 1998 à 2004 est de 29 % plus élevé que celui de la période précédente. L'évolution a été semblable pour les deux sexes, bien que les taux soient toujours légèrement plus hauts chez les garçons.

La hausse observée est en bonne partie attribuable à l'accroissement des cas de négligence, qui comptent maintenant pour plus de la moitié des nouvelles prises en charge. Par ailleurs, le tiers des nouveaux cas sont reliés aux troubles de comportement.

Entre la première et la seconde moitié des dix dernières années, l'augmentation du taux de nouvelles prises en charge s'est confirmée dans toutes les régions où des données sont disponibles. Cette hausse est de l'ordre de 50 % et plus dans cinq régions, notamment la Côte-Nord, où le taux est le plus important au Québec et significativement plus élevé que la moyenne québécoise pour pratiquement toutes les problématiques.

En perspective

Certaines caractéristiques de l'environnement social liées à la santé et au bien-être tendent à s'améliorer au Québec, mais d'autres soulèvent des inquiétudes. Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses à vivre seules. Certains jeunes connaissent aussi de graves difficultés, comme en témoigne la hausse des cas de négligence pris en charge dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

Les statistiques disponibles montrent également que les problèmes graves d'adaptation sociale, tels les crimes contre la personne chez les adultes, la violence conjugale et les délits commis par les jeunes, sont toujours des réalités préoccupantes. Et bien que ces données fournissent

un portrait incomplet de l'ampleur et de l'évolution de ces problèmes, elles démontrent, à tout le moins, la nécessité de consacrer des efforts plus importants à les prévenir, et à aider les personnes touchées et leur famille.

FIGURE 2.5.5
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

Indicateurs	Situation moins favorable	Situation plus favorable
Enfants vivant avec un seul parent (2001)	Nunavik Montréal	Chaudière-Appalaches Nord-du-Québec Saguenay-Lac-Saint-Jean Bas-Saint-Laurent
Population vivant seule (2001)	Montréal Capitale-Nationale	Terres-Cries-de-la-Baie-James Nunavik
Prises en charge dans le cadre de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> (1998-2004)	Côte-Nord Abitibi-Témiscamingue	Laval Chaudière-Appalaches
Jeunes contrevenants (2002)	Outaouais Abitibi-Témiscamingue Mauricie et Centre-du-Québec	Lanaudière Bas-Saint-Laurent
Crimes contre la personne (2003)	Nunavik Montréal Outaouais	Chaudière-Appalaches Capitale-Nationale
Victimes de violence conjugale (2003)	Nunavik Montréal Outaouais	Chaudière-Appalaches Capitale-Nationale
Personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées (2001)	Nord-du-Québec Montréal	Terres-Cries-de-la-Baie-James Nunavik
Population n'ayant pas un niveau élevé de soutien social (2000-2001)	Montréal	Outaouais Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Montérégie
Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté (2003)	Laval	Côte-Nord Terres-Cries-de-la-Baie-James Nord-du-Québec

Source: INSPQ et coll., 2006 (fiches 7, 8, 37, 38, 39, 40, 42, 43 et 44).

2.6

La santé mentale des Québécois : des constats nuancés

La santé mentale ne consiste pas seulement en l'absence de troubles mentaux. Elle se définit plutôt comme un état de bien-être qui fait en sorte que la personne peut se réaliser, faire face aux tensions de la vie quotidienne, s'engager dans un travail productif et participer activement à la vie de sa communauté (OMS, 2001). À l'inverse, les troubles mentaux se définissent comme des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement, associées à un sentiment de détresse et à différents types de dysfonctionnement. Les principaux problèmes de santé mentale

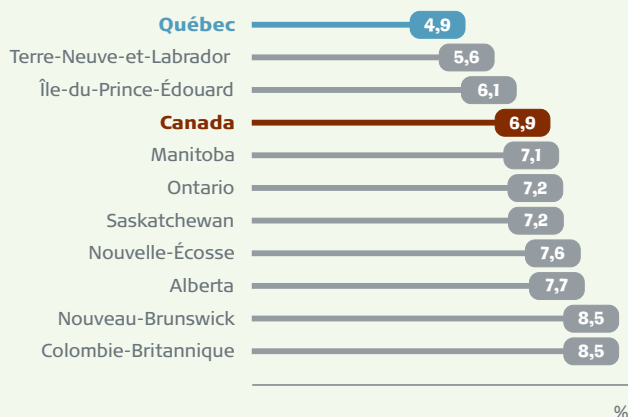
sont les troubles de l'humeur (qui incluent la dépression), la schizophrénie, les troubles de la personnalité, certains troubles liés à l'alimentation et les troubles associés à la consommation de certaines substances : alcool, drogues, médicaments (American Psychiatric Association, 2003). Bien que le suicide ne soit pas, à proprement parler, un trouble mental, il est souvent traité sous cette rubrique. Il est une conséquence possible d'un trouble mental, même s'il n'est pas associé exclusivement à ce type de problèmes.

Un domaine de la santé mal documenté

Peu de données sont disponibles pour décrire l'état de santé mentale de la population, et celles auxquelles nous avons accès sont, pour la plupart, issues d'enquêtes. Ces données permettent toutefois de couvrir quelques aspects tels que la perception de l'état de santé mentale, le niveau de stress, la présence de troubles mentaux et la consultation de professionnels de la santé au sujet d'un problème de santé mentale. À ces aspects s'ajoutent les idées suicidaires déclarées ainsi que les taux de mortalité par suicide.

Les Québécois positifs mais stressés

FIGURE 2.6.1
POPULATION AYANT UNE PERCEPTION NÉGATIVE DE SA SANTÉ MENTALE EN 2002, COMPARAISONS CANADIENNES

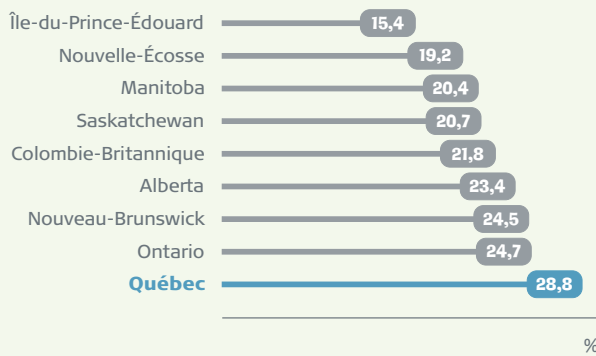


Source : Statistique Canada, 2004a.

La grande majorité des Québécois ont une perception positive de leur état de santé mentale. En effet, en 2002, c'est un peu moins de 5 % de la population de 15 ans et plus qui ne se perçoit pas en bonne santé mentale. Cette proportion serait plus élevée chez les adultes de 45 ans et plus, et on observe peu de différences entre les hommes et les femmes. Fait intéressant, il semblerait que la perception négative de l'état de santé mentale soit moins répandue au Québec que dans l'ensemble du Canada (Statistique Canada, 2004a). Bien qu'il soit encourageant, ce constat n'est pas le lot de toutes les régions du Québec. Il dissimule en effet des disparités régionales notables. Mentionnons à cet effet que les résidents de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont en proportion nettement plus nombreux que les autres Québécois à juger négativement leur santé mentale. À l'inverse, cette propension est moins répandue chez les résidents de la Capitale-Nationale.

Dans une société où la perception de l'état de santé mentale est somme toute assez bonne, il est étonnant de constater qu'en 2003, près de 3 adultes sur 10 disaient éprouver un stress quotidien élevé et qu'à ce chapitre, aucun progrès n'a été enregistré depuis 2000. Les adultes de 25 à 44 ans, puis les jeunes de 20 à 24 ans, sont les plus affectés par cet état de stress. Le Québec se distingue ainsi des autres provinces où cette information est disponible, et présente la proportion la plus élevée d'adultes qui éprouvent un stress quotidien élevé (INSPQ, 2006).

FIGURE 2.6.2
POPULATION ÉPROUVANT UN STRESS QUOTIDIEN ÉLEVÉ
EN 2003, COMPARAISONS CANADIENNES



Source: INSPQ, 2006.

On fait les mêmes constatations pour la vie professionnelle des Québécois, alors que près de 4 travailleurs sur 10 éprouvent un stress quotidien élevé au travail. Là encore, ce sont les adultes de 25 à 44 ans qui sont les plus touchés par ce problème. Cette situation est préoccupante, puisque le Québec est la province canadienne qui affiche, encore une fois, la plus forte proportion de personnes éprouvant un niveau élevé de stress dans leur vie professionnelle (Statistique Canada, 2004b). Cette situation n'est toutefois pas partagée par toutes les régions du Québec. Trois régions se distinguent en effet de l'ensemble de la province par une proportion significativement plus faible de personnes ayant le sentiment d'être stressées au travail : les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nord-du-Québec et la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Les liens et le sens de la relation entre la perception de l'état de santé mentale et le niveau de stress sont loin d'être évidents. Des différences culturelles de perception à l'égard de ces deux facteurs entre les résidents du Québec

et ceux des autres provinces canadiennes, de même qu'entre les résidents des diverses régions du Québec, pourraient peut-être expliquer les divergences observées entre la perception de l'état de santé mentale et le niveau de stress éprouvé. En témoignerait notamment le fort contraste des habitants de la région Terres-Cries-de-la-Baie-James, nettement plus enclins que les autres Québécois à percevoir négativement leur état de santé mentale, mais, au contraire, beaucoup moins portés qu'eux à ressentir un niveau élevé de stress, de façon générale comme au travail.

Les troubles mentaux les plus fréquents : l'anxiété et la dépression

Parmi les troubles mentaux les plus fréquents figurent les troubles anxieux et la dépression (Statistique Canada, 2002b). Cette dernière affecte une proportion non négligeable de Québécois. Ainsi, en 2000-2001 au Québec, 6 à 8 % de la population de 12 ans et plus rapportait avoir vécu un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année. En outre, cette proportion serait en hausse depuis le milieu des années 1990. Mentionnons par ailleurs que la dépression semble

d'avantage affecter les adultes de 20 à 44 ans. Enfin, les femmes sont nettement plus susceptibles que les hommes de vivre un épisode dépressif majeur.

Saviez-vous que...

Environ 10 % de la population québécoise présenterait un trouble mental, incluant la dépendance à une substance. Cette proportion serait d'ailleurs comparable à celle de l'ensemble du Canada (Statistique Canada, 2004c).

Davantage de buveurs excessifs

Outre ses répercussions sur la santé physique, la consommation élevée d'alcool peut aussi présenter des risques pour la santé mentale, en particulier un problème de dépendance. Au Québec, la dépendance à l'alcool touche près de 2 % de la population ; cette proportion serait toutefois inférieure à celle de l'ensemble du Canada (Statistique Canada, 2004d).

Il n'en demeure pas moins que certains signes sont préoccupants. En effet au Québec, la proportion de la population accusant une consommation élevée d'alcool est en hausse depuis le milieu des années 1990. Ce phénomène est plus particulièrement inquiétant chez les hommes. Ceux-ci sont, en proportion, presque trois fois plus nombreux que les femmes à avoir connu au moins 12 épisodes de consommation élevée d'alcool (5 consommations ou plus en une même occasion) au cours d'une année (25 % vs 9 %). Par ailleurs, une enquête récente révèle que, si la prévalence globale de la consommation d'alcool a diminué chez les jeunes entre 2002 et 2004, la consommation excessive parmi les jeunes buveurs a augmenté (Dubé et al., 2005).

Certaines régions du Québec sont plus particulièrement touchées par ce problème. C'est le cas de la Côte-Nord et surtout des Terres-Cries-de-la-Baie-James, où la proportion de personnes ayant connu plus de 12 épisodes de consommation excessive d'alcool au cours d'une année est significativement plus élevée que dans l'ensemble de la province. À l'inverse, c'est la région de Laval qui affiche le plus faible taux à cet égard.

Les femmes consultent plus que les hommes au sujet de leur santé mentale

En 2003, environ 8 % de la population de 12 ans et plus a consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale et parmi celle-ci, les femmes consultent plus fréquemment que les hommes. La proportion de femmes requérant l'aide d'un professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale est ainsi presque deux fois plus élevée que celle des hommes. Ce sont avant tout des psychologues ou des omnipraticiens qui sont consultés, et ce, dans des proportions similaires. En outre, la proportion de la population ayant consulté un professionnel pour une question de santé mentale serait relativement plus élevée au Québec que dans les autres provinces canadiennes pour lesquelles cette donnée est disponible. Cette proportion s'établit à 8,1 % pour le Québec, qui vient juste après l'Alberta (8,7 %) ; dans les autres provinces, elle varie de 7,6 % à 5,7 % (INSPQ, 2006).

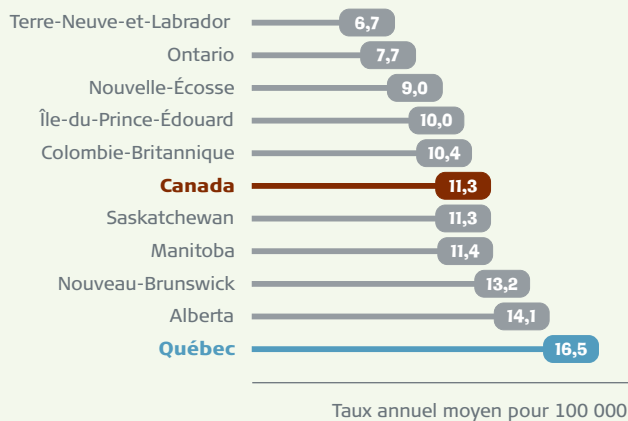
Le sombre portrait du suicide au Québec : une lueur d'espoir à l'horizon ?

Même si les idées suicidaires et le suicide ne sont pas forcément des problèmes de santé mentale, ils reflètent néanmoins une profonde détresse psychologique et sociale des individus.

Environ 3 % des Québécois présentent des idées suicidaires sérieuses, c'est-à-dire déclarent avoir pensé sérieusement à s'enlever la vie. Cette proportion serait comparable à celle de l'ensemble du Canada (Statistique Canada, 2004e). En revanche, le taux de suicide est beaucoup plus criant au Québec que dans les autres provinces canadiennes et la plupart des pays industrialisés. En effet, durant la période de 2000 à 2002, le Québec a affiché le plus haut taux de suicide au

Canada : il était d'une fois et demie supérieur à celui de l'ensemble du Canada et pratiquement trois fois plus élevé que celui de certaines provinces. Comparativement aux pays industrialisés, le Québec apparaît aussi en tête de liste avec un des taux de mortalité par suicide des plus élevés, après la Finlande et le Japon (INSPQ, 2006).

FIGURE 2.6.3
MORTALITÉ PAR SUICIDE EN 2000-2002,
COMPARAISONS CANADIENNES



Source : INSPQ, 2006.

Cette triste réalité masque toutefois de forts contrastes au sein de la population québécoise. En moyenne, plus de 1 300 personnes décèdent par suicide chaque année au Québec. Mais les hommes sont nettement plus susceptibles de mettre fin à leurs jours que les femmes : 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 et en particulier chez ceux âgés de 30 à 49 ans : la moitié des suicides sont commis dans cet intervalle d'âge (St-Laurent et Bouchard, 2004).

Enfin, certaines régions du Québec, notamment les régions urbaines telles que Montréal, Laval et la Montérégie, sont moins touchées par ce phénomène que le Québec dans son ensemble. Par contre, en Mauricie et Centre-du-Québec, en Abitibi-Témiscamingue, en Chaudière-Appalaches et au Bas-Saint-Laurent, cette problématique est plus importante, tandis qu'au Nunavik, elle atteint des proportions alarmantes et ne cesse de s'aggraver. Le taux de mortalité par suicide de cette région est en effet plus de sept fois

supérieur à celui du Québec. Qui plus est, le suicide peut représenter jusqu'au tiers de l'ensemble des décès survenus chez les hommes dans cette région, alors qu'au Québec, cette proportion est d'environ 3 % (St-Laurent et Bouchard, 2004).

D'une part, les disparités régionales de la mortalité par suicide sont, en partie, le reflet de la forte prévalence de ce phénomène en milieu rural. Les trois régions affichant les taux les plus faibles sont en effet celles qui sont les plus urbanisées. D'autre part, le suicide varie fortement selon la défavorisation matérielle ou sociale. Les taux de suicide passent ainsi presque du simple au double entre les groupes les plus favorisés et ceux les plus démunis (Hamel et Pampalon, 2002).

Entre les périodes de 1998 à 2000 et de 2001 à 2003, le Québec a enregistré une légère diminution de la mortalité par suicide, tant chez les hommes que chez les femmes. Représenterait-elle une lueur d'espoir à l'horizon et l'amorce d'une régression de cette problématique au Québec ? Difficile d'interpréter cette diminution sans davantage de recul dans le temps. Rappelons que durant les années 1980, la mortalité par suicide a également connu une diminution notable, mais que celle-ci a été de courte durée.

En perspective

La santé mentale au Québec semble tissée de contrastes et de contradictions. Comment se fait-il qu'ici, la perception de l'état de santé mentale soit meilleure et la dépendance à l'alcool soit moindre que dans les autres provinces canadiennes, et qu'en même temps, le niveau de stress en général et au travail, ainsi que les taux de suicide soient plus élevés ? Comment se fait-il que les Québécois soient presque deux fois moins susceptibles de vivre un épisode dépressif majeur que les Québécoises, et quatre fois plus à risque de décéder par suicide qu'elles ? De nombreux autres constats aussi contradictoires pourraient être soulignés. Plusieurs hypothèses sont souvent avancées pour expliquer, en partie du moins, ces situations paradoxales et ces disparités régionales : l'existence d'inégalités socioéconomiques, de différences sociales et culturelles, d'inégalités de résilience entre les hommes et les femmes, etc. Il est d'autant plus difficile de répondre à de telles questions que les quelques données dont nous disposons nous permettent seulement de brosser un portrait très incomplet de la santé mentale au Québec. Toutefois, ce bilan est suffisamment parlant pour placer la santé mentale parmi les principales préoccupations de santé au Québec.

FIGURE 2.6.4
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

Indicateurs	Situation moins favorable	Situation plus favorable
Population ayant une consommation élevée d'alcool (2003)	Terres-Cries-de-la-Baie-James Côte-Nord	Laval
Population ayant une perception négative de sa santé mentale (2003)	Terres-Cries-de-la-Baie-James	Capitale-Nationale
Population éprouvant un stress quotidien élevé (2003)	— — —	Terres-Cries-de-la-Baie-James Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Côte-Nord
Mortalité par suicide (2000-2003)	Nunavik Mauricie et Centre-du-Québec Abitibi-Témiscamingue Chaudière-Appalaches Bas-Saint-Laurent Capitale-Nationale	Montréal Laval Montérégie

Source: INSPQ et coll., 2006 (fiches 51, 145, 147 et 151).

Section 3

Des populations qui évoluent

3.1

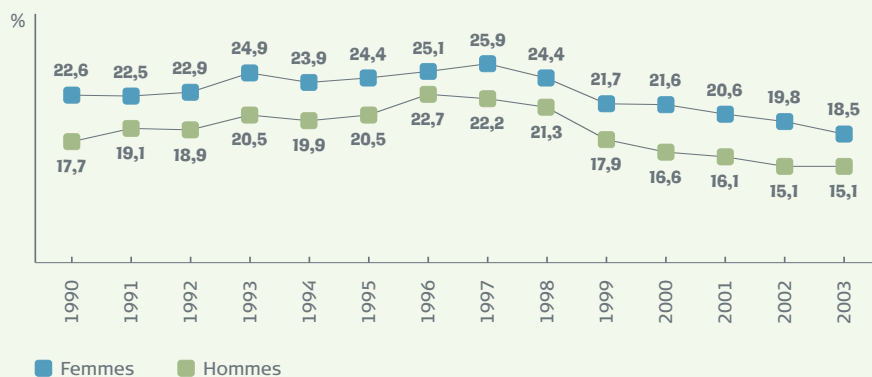
Les différences de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes : des tendances claires, mais qui s'atténuent

Une société qui se veut égalitaire et solidaire vise à éliminer les disparités sociales, économiques, culturelles et sanitaires entre les groupes qui la composent, et avant tout entre les hommes et les femmes. Le texte qui suit vise donc à tracer un portrait succinct des différences et des similitudes entre les hommes et les femmes en matière de santé et de bien-être.

Des conditions sociales et économiques moins favorables chez les femmes

Les femmes assument beaucoup plus souvent que les hommes le rôle de parent seul. Ainsi, en 2001, plus de 80 % des enfants résidant avec un seul parent vivaient avec leur mère. Lorsque les enfants ont quitté la maison, les femmes se retrouvent plus souvent seules que les hommes. Cette situation est de plus en plus fréquente avec l'âge, de telle sorte que plus du tiers des femmes de 65 à 74 ans, et plus de la moitié de celles de 75 ans et plus, vivent seules en ménage privé.

FIGURE 3.1.1
POPULATION SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU AU QUÉBEC DE 1990 À 2003



Source : ISQ, 2006b.

D'avantage de femmes que d'hommes sur les bancs universitaires

Les données sur le plus haut niveau de scolarité atteint montrent un renversement des tendances. Alors que chez les personnes de 45 ans et plus, plus d'hommes que de femmes ont un grade universitaire, chez les personnes de 25 à 44 ans, c'est l'inverse qui se produit. D'ailleurs, en 2003, les femmes représentaient plus de 60 % des nouveaux diplômés du baccalauréat (ISQ, 2006a).

Les indicateurs économiques révèlent la persistance d'une situation plus défavorable chez les femmes que chez les hommes. Ils dévoilent en effet que plus de femmes que d'hommes vivent sous le seuil de faible revenu, reçoivent le Supplément de revenu garanti (personnes de 65 ans et plus) ou se déclarent en situation d'insécurité alimentaire. Le taux d'emploi est également plus faible chez les femmes que chez les hommes, peut-être, entre autres, en raison des écarts plus prononcés chez les générations plus âgées. Enfin, en 2005, un retard persistait encore chez les femmes en ce qui a trait à la rémunération horaire moyenne des employés (ISQ, 2006b).

Des problèmes d'adaptation sociale plus courants chez les hommes

Les mesures disponibles sur l'intégration sociale des individus pointent toutes dans la même direction : les femmes connaissent moins de problèmes d'adaptation sociale que les hommes. Dès l'enfance et l'adolescence, les filles présentent une plus grande réussite scolaire et montrent moins de problèmes de comportement. Ainsi, deux fois plus de garçons que de filles sortent du système scolaire sans diplôme du secondaire. Par ailleurs, à l'âge adulte, les hommes semblent désavantagés sur le plan du soutien social et de l'appartenance à la communauté locale.

La criminalité : un phénomène surtout masculin

Le taux de perpétration de crimes contre la personne commis par les jeunes est 10 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles. Aux âges adultes, la criminalité continue d'être plus fréquente chez les hommes. Que ce soit pour des crimes contre la personne, des crimes contre la propriété ou d'autres infractions, les hommes affichent des taux cinq fois plus élevés que les femmes (ministère de la Sécurité publique, 2005).

Les hommes ont des habitudes de vie plus néfastes

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à adopter des habitudes de vie nuisibles sur le plan de la santé, comme le tabagisme, la consommation insuffisante de fruits et de légumes, la consommation excessive d'alcool, la sédentarité

dans les activités physiques de loisir, l'absence du port du casque à vélo ou la conduite avec facultés affaiblies. Les différences entre les sexes sont particulièrement marquées pour les comportements liés à la consommation d'alcool et à la conduite avec facultés affaiblies.

Les femmes ont plus fréquemment recours aux services de santé

L'analyse des divers indicateurs relatifs aux services de santé révèle que les femmes ont beaucoup plus fréquemment recours que les hommes à la gamme de services de santé que constituent les services préventifs, les services de première ligne ou les services hospitaliers. Elles sont ainsi proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se faire vacciner contre la grippe, à consulter un professionnel de la santé ou un intervenant en médecine non traditionnelle, de même qu'à demander l'aide d'un professionnel au sujet de leur santé mentale.

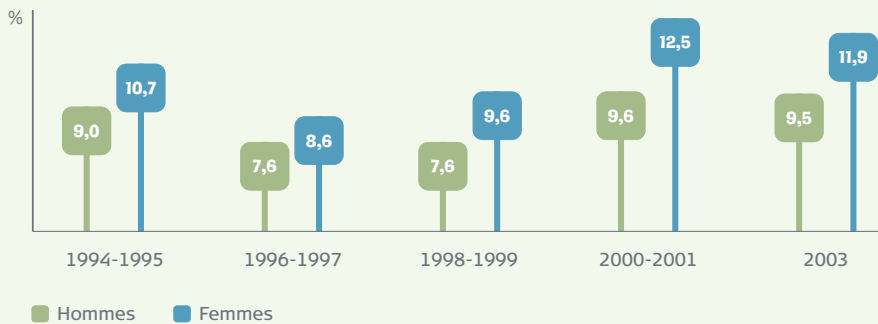
Dans le domaine des services spécifiques aux personnes de 65 ans et plus, les femmes sont également plus nombreuses que les hommes à recourir au programme de services optométriques et au régime d'assurance-médicaments. Comme celles-ci vivent plus longtemps, et souvent seules, elles reçoivent aussi plus fréquemment des services à domicile, et lorsque ces services ne sont plus suffisants, elles sont plus nombreuses à se retrouver en institution de santé.

Les femmes se perçoivent en moins bonne santé que les hommes

Les données recueillies à partir des enquêtes de santé sont claires : plus de femmes que d'hommes ne se perçoivent pas en bonne santé et souffrent de différents problèmes de santé. Les femmes sont aussi plus nombreuses que les hommes à déclarer des limitations d'activités et des problèmes

3.1 Les différences de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes : des tendances claires, mais qui s'atténuent

FIGURE 3.1.2
POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ AU QUÉBEC
DE 1994-1995 À 2003



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 95).

de santé fonctionnelle (problèmes de vue, d'ouïe, de parole, de mobilité, de mémoire, etc.). En fait, parmi les 10 principaux problèmes de santé chroniques déclarés, seules les prévalences de diabète et de maladies cardiaques sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Dans certains cas, comme l'arthrite ou le rhumatisme, les migraines et les problèmes de la thyroïde, les pourcentages observés chez les femmes sont le double de ceux enregistrés chez les hommes.

Enfin, en milieu professionnel, la propension à éprouver quotidiennement un stress élevé et à manquer de latitude décisionnelle est plus

importante chez les femmes que chez les hommes. Elles ont aussi une plus mauvaise perception de leur santé mentale et vivent davantage d'épisodes dépressifs que ceux-ci.

Les femmes vivent plus longtemps

Depuis les 20 dernières années, l'espérance de vie a augmenté considérablement au Québec. Chez les hommes, elle a atteint, en 2003, 77,2 ans ; chez les femmes, 82,4 ans. Les hommes ont néanmoins davantage bénéficié de cette hausse que les femmes, de sorte que l'écart qui était de 8 ans en 1981, en faveur des femmes, n'était plus que de 5 ans en 2003. Cependant, lorsqu'on considère seulement les années vécues en bonne santé, la différence entre les sexes diminue à moins de 4 ans.

Une surmortalité masculine

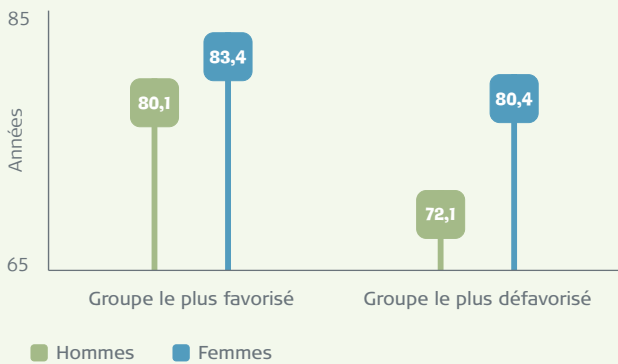
Les causes de décès pour lesquelles la surmortalité masculine est particulièrement élevée sont, entre autres, celles associées au tabagisme, aux blessures accidentelles et aux suicides. Pour certaines causes, comme le suicide, le taux de mortalité des hommes est quatre fois celui des femmes.

La plus faible espérance de vie des hommes se traduit dans les taux de mortalité par âge et selon la cause. À tous les âges et pour toutes les causes, les hommes affichent des taux de mortalité plus élevés que les femmes. Même au début de la vie, les nouveau-nés masculins affichent des taux de mortalité périnatale et infantile supérieurs aux nouveau-nés de sexe féminin.

Des inégalités sociales de santé plus marquées chez les hommes que chez les femmes

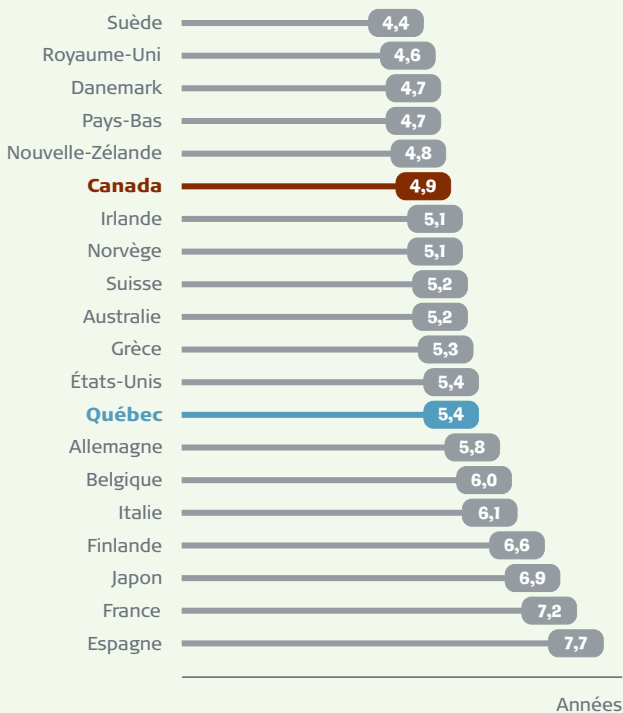
L'examen des indicateurs de l'état de santé selon le niveau socioéconomique révèle des écarts souvent plus marqués chez les hommes que chez les femmes, comme c'est le cas à l'égard de l'espérance de vie selon le niveau de défavorisation matérielle ou sociale (Pampalon et Hamel, 2005). Par exemple, lorsqu'on compare le groupe le plus favorisé et celui le moins favorisé, les données concernant l'espérance de vie à la naissance montrent un écart de 8 ans chez les hommes, et de seulement 3 ans chez les femmes.

FIGURE 3.1.3
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE CHEZ LE GROUPE LE PLUS FAVORISÉ ET LE GROUPE LE PLUS DÉFAVORISÉ AU QUÉBEC EN 2001



Source : Pampalon et Hamel, 2005.

FIGURE 3.1.4
RETARD DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DES HOMMES PAR RAPPORT À CELLE DES FEMMES EN 2002, COMPARAISONS INTERNATIONALES



Source : INSPQ, 2006.

En perspective

La comparaison des résultats entre les hommes et les femmes permet de dégager des tendances claires. Les hommes recourent moins fréquemment aux services de santé, ils présentent plus de problèmes d'adaptation sociale, ils sont plus nombreux à avoir des habitudes de vie délétères et vivent moins longtemps. De leur côté, les femmes vivent dans des conditions sociales et économiques moins favorables et ont une perception plus négative de leur santé.

Ces différences selon le sexe sont le reflet des dissemblances dans les facteurs biologiques entre les hommes et les femmes, certes, mais aussi celui des dissemblances dans leurs rôles sociaux. Le fait que les hommes vivent plus souvent que les femmes des problèmes de criminalité, de décrochage scolaire et de consommation d'alcool en témoigne bien. Par ailleurs, bien qu'au Québec les hommes jouissent toujours d'un revenu plus élevé que celui des femmes, et de conditions de travail plus favorables, le revirement qui s'opère quant à l'accès à l'éducation supérieure depuis plusieurs années est fort révélateur. Maintenant, les femmes sont plus nombreuses à être diplômées des universités, ce qui, sans doute, est un prélude à la réduction à court terme des écarts de revenu entre les hommes et les femmes.

Enfin, la diminution de l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes est le fruit d'une certaine convergence entre les sexes au regard des principaux facteurs de risque à la santé. La différence de cinq ans dans l'espérance de vie des hommes et des femmes pourrait encore se voir réduite. D'ailleurs, il convient de souligner que l'écart entre les sexes diminue à mesure que le niveau de favorisation matérielle et sociale augmente. Dans le groupe le plus défavorisé, les hommes vivent 8 ans de moins que les femmes ; dans le groupe le plus favorisé, la différence est réduite à 3 ans. Des études montrent cependant qu'en éliminant les principaux risques à la santé, il resterait un écart de 2 à 3 ans causé par des facteurs de nature biologique. En effet, les femmes auraient des prédispositions génétiques qui leur permettraient de vivre plus longtemps que les hommes (Murray, 1996).

Enfin, au Québec, les écarts entre les sexes en matière d'espérance de vie sont sensiblement les mêmes qu'ailleurs. Par exemple, la différence d'espérance de vie à la naissance entre les sexes est de cinq ans aussi bien au Canada que dans la plupart des pays industrialisés. C'est seulement en Suède qu'on observe une différence plus faible, qui est de quatre ans, alors qu'au Japon, en France et en Espagne, elle est de sept ans (INSPQ, 2006).

3.2

La santé maternelle et infantile au Québec : poursuivons les efforts !

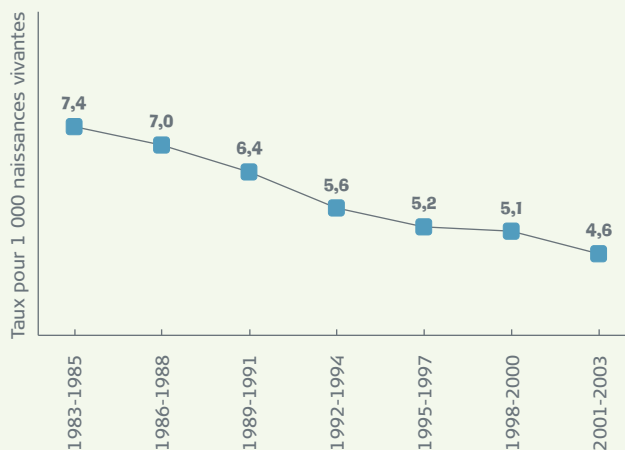
Les différents moments entourant la naissance sont cruciaux. En effet, des problèmes survenus pendant la grossesse, lors de l'accouchement ou au cours de la première année de vie peuvent être très lourds de conséquences sur la santé et le développement des individus, et ce, pour le reste de leur vie. Le domaine de la santé maternelle et infantile s'intéresse particulièrement à ces étapes décisives marquant le début de la vie.

L'attention est avant tout portée à la santé des fœtus, des nouveau-nés et des jeunes enfants de moins d'un an. Toutefois, ce domaine couvre aussi la santé et les conditions de vie des mères, puisque la santé des enfants en dépend grandement, ainsi que les pratiques médicales et obstétricales permettant d'assurer le bien-être des mères et de leurs enfants, notamment lors de l'accouchement.

Le Québec, à l'image de plusieurs pays industrialisés, a réalisé d'importants progrès, surtout en matière de mortalité infantile et périnatale, quoique les efforts doivent être poursuivis pour assurer le bien-être des jeunes enfants.

Un recul marqué de la mortalité infantile et périnatale au Québec

FIGURE 3.2.1
MORTALITÉ INFANTILE AU QUÉBEC
DE 1983-1985 À 2001-2003



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 124).

La mortalité infantile est en constante diminution au Québec. Aujourd'hui, elle est un tiers moins élevée qu'il y a une vingtaine d'années, ce qui représente annuellement moins de 5 décès pour 1 000 naissances vivantes. Par comparaison, au début des années 1980, sur 1 000 naissances vivantes, plus de 7 enfants décédaient avant d'atteindre 1 an.

Il en est de même pour la mortalité périnatale. Celle-ci a été réduite du quart depuis le début des années 1980. Le Québec et la Colombie-Britannique affichent les taux de mortalité périnatale les plus faibles des provinces canadiennes.

Mortalité infantile et mortalité périnatale : définitions

La mortalité infantile correspond aux décès d'enfants de moins d'un an. La mortalité périnatale réfère quant à elle aux décès de nouveau-nés de moins d'une semaine ainsi qu'aux mortinaissances, c'est-à-dire les nouveau-nés décédés avant ou pendant l'accouchement.

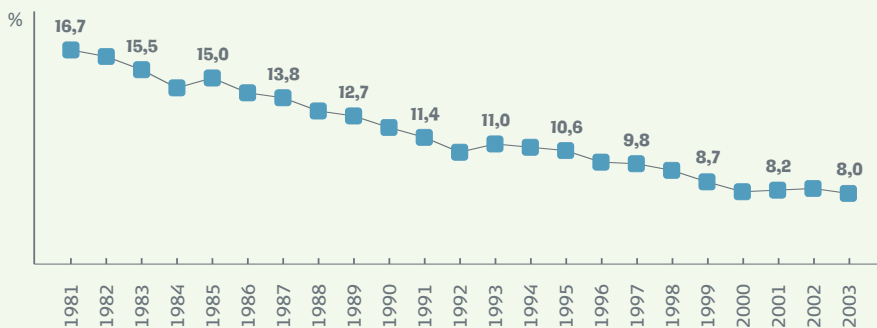
Plusieurs facteurs ont contribué à ce recul de la mortalité infantile et périnatale : l'amélioration des conditions socioéconomiques, l'adoption de mesures de prévention efficaces, notamment le contrôle des maladies infectieuses par la vaccination et la prise d'antibiotiques, le retrait préventif des femmes enceintes ou qui allaitent ainsi que l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins médicaux périnataux (Santé Canada, 2003).

Ces progrès, aussi importants soient-ils, n'ont toutefois pas été partagés à part égale entre toutes les régions du Québec. Ainsi, bien que la mortalité infantile ait pratiquement diminué de moitié au Nunavik depuis vingt ans, elle demeure encore quatre fois supérieure à celle de la province !

Beaucoup moins de naissances présentant un retard de croissance intra-utérine

Depuis ces vingt dernières années, des gains tout aussi considérables que ceux enregistrés pour la mortalité ont été réalisés au Québec pour les naissances présentant un retard de croissance intra-utérine (RCIU), et ce, quel que soit l'âge de la mère. Ces naissances sont en proportion deux fois moins nombreuses : en 1981, la proportion des naissances vivantes ayant un RCIU s'élevait à 17 % ; en 2003, celle-ci était de l'ordre de 8 %. Ces gains pourraient être attribuables à de meilleures habitudes de vie des mères québécoises, entre autres à leur plus faible propension à fumer pendant leur grossesse (Millar et Hill, 2004).

FIGURE 3.2.2
NAISSANCES AYANT UN RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE
AU QUÉBEC DE 1981 À 2003



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 120).

Retard de croissance intra-utérine et faible poids à la naissance : deux notions distinctes

Les nouveau-nés ayant un retard de croissance intra-utérine (RCIU) sont ceux dont le poids est insuffisant compte tenu de leur âge gestationnel. Il ne faut pas confondre cette notion avec celle de faible poids à la naissance, qui ne tient pas compte de la durée de gestation. Ainsi, une naissance de faible poids ou prématurée n'a pas forcément un RCIU.

Davantage de bébés prématurés

Les bébés dont le poids à la naissance est insuffisant ou qui sont nés prématurément ont des risques accrus de présenter des problèmes de santé, d'être hospitalisés à plusieurs reprises (Johnson et al., 2001) et même de décéder au cours de leur première année de vie (Kramer et al., 2000). Au Québec, la proportion de naissances de faible poids reste relativement stable depuis les années 1990, à un niveau comparable aux valeurs enregistrées par le Canada. Par contre, fait plus inquiétant, la proportion de naissances prématurées poursuit une augmentation notable chez les mères de tous âges. En 15 ans, cette proportion s'est accrue de 22 % au Québec.

Deux régions, la Côte-Nord et le Nunavik, se démarquent avec des proportions de naissances prématurées significativement plus élevées que la moyenne québécoise.

Saviez-vous que...

L'augmentation des naissances multiples pourrait être liée au recours plus fréquent à des méthodes de procréation assistée (Agence de santé publique du Canada 2005, Santé Canada 2005). Il est en effet estimé que 30 % à 50 % des jumeaux et que plus de 75 % des triplets naissent à la suite de traitements de fertilité dans les pays industrialisés (Fauser *et al.*, 2005).

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de la prématurité : le jeune âge ou l'âge avancé de la mère, la monoparentalité, les antécédents de naissances prématurées, la consommation de tabac ou encore la grossesse multiple. Ce dernier facteur pourrait en partie expliquer cette hausse de la prématurité observée au Québec, mais aussi dans de nombreux pays industrialisés (Kramer *et al.*, 2000). En effet, en 2003, le taux de naissances multiples s'élève au Québec à près de 3 % de l'ensemble des naissances (naissances vivantes et mortinaissances), soit le double du taux observé en 1983.

Plus d'affections néonatales graves

Les affections néonatales graves sont des problèmes de santé sévères qui affectent les nouveau-nés au cours de leur premier mois de vie – la période néonatale – et dont les répercussions peuvent être sérieuses, pouvant notamment donner lieu à une incapacité à long terme (Santé Canada, 2003). Au Québec, depuis une dizaine d'années, on note chez les nouveau-nés une augmentation d'environ 20 % du syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de la septicémie néonatale⁷, deux affections fréquentes. Lors de la période de 2003 à 2004, ces deux affections ont touché chacune en moyenne 16 nouveau-nés sur 1 000 par année.

Certaines régions du Québec semblent plus touchées que d'autres par ces affections. C'est le cas du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Lanaudière et de Laval, cette dernière étant davantage touchée par le SDR. Les régions de Chaudière-Appalaches et de la Capitale-Nationale sont, quant à elles, davantage affectées par la septicémie néonatale.

Un bilan plutôt favorable pour les anomalies congénitales

Même si la plupart des anomalies congénitales peuvent être corrigées, les plus graves d'entre elles entraînent des problèmes de santé et de développement sérieux chez les fœtus ou les nouveau-nés, et sont souvent mortelles. On observe que 2 à 3 % des enfants naissent avec une anomalie congénitale grave (Harper, 1998). Ces anomalies demeurent une cause importante de mortalité infantile. En revanche, tout comme le Canada (Santé Canada, 2002), le Québec affiche,

Qu'est ce qu'une anomalie congénitale ?

Il s'agit d'une malformation du métabolisme ou de l'anatomie, présente à la naissance, qui peut provoquer une incapacité physique ou mentale, ou être fatale (Santé Canada, 2002).

depuis une quinzaine d'années, un recul considérable des décès des nouveau-nés et des nourrissons provoqués par des anomalies congénitales.

7. La septicémie néonatale est, chez le nourrisson, une infection généralisée de l'organisme, provoquée par la dissémination d'un germe pathogène, par l'intermédiaire du sang.

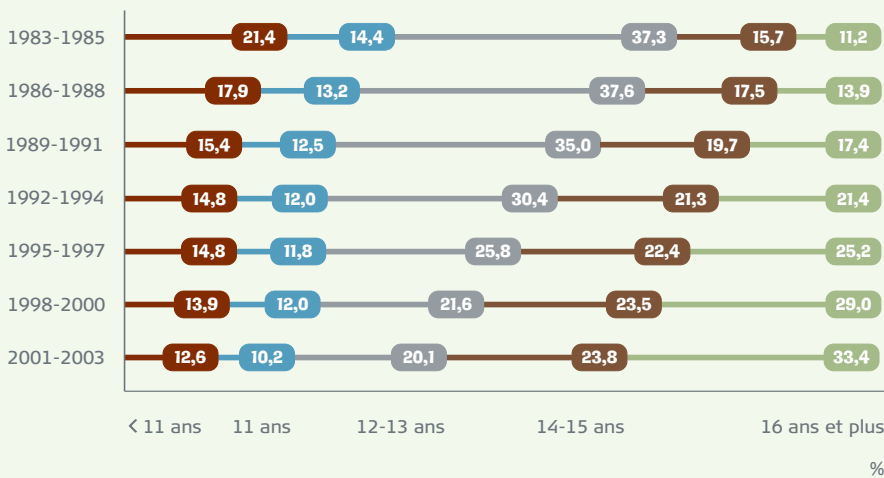
Ce recul s'explique, en partie, par la mise en place d'actions préventives, comme la consommation d'acide folique par les femmes pour la prévention des anomalies du tube neural, et le recours à de meilleures techniques de dépistage et de diagnostic prénatals des anomalies, notamment celles visant à détecter la présence du syndrome de Down, anomalie chromosomique aussi appelée trisomie 21. Il n'est donc pas surprenant de constater que globalement, la prévalence d'anomalies congénitales a aussi diminué au Québec depuis quelques années. Les cardiopathies congénitales, anomalies les plus fréquentes, constituent néanmoins une exception, puisque durant les périodes de 1989 à 1995 et de 1996 à 2002, leur prévalence a augmenté de plus de 30 %.

Des mères plus scolarisées

Les conditions d'existence lors des premières années de vie des enfants, incluant la gestation, peuvent être aussi déterminantes pour leur santé et leur développement que leur bagage génétique. C'est pourquoi il est important que ceux-ci et leurs mères évoluent dans un environnement sain. La situation socioéconomique des parents, et plus particulièrement celle de la mère, joue alors un rôle crucial (Santé Canada, 2005).

Si l'on considère la scolarité pour évaluer la situation socioéconomique des mères, on constate que celle-ci s'est considérablement améliorée. Depuis le début des années 1980, la scolarité moyenne des mères n'a cessé de croître, et la proportion de mères ayant au moins 14 ans de scolarité a plus que doublé, pour s'établir à près de 60 %. Toutefois, des écarts très importants persistent toujours au sein des régions du Québec, aux dépens des régions éloignées, en particulier de celles du Nord québécois.

FIGURE 3.2.3
NAISSANCES SELON LA SCOLARITÉ DE LA MÈRE
AU QUÉBEC DE 1983-1985 À 2001-2003



Malgré ces gains en matière de scolarité des mères, il reste que de nombreux enfants naissent encore dans des contextes fragiles sur le plan socioéconomique. Au Québec, les mères adolescentes donnent naissance à environ 600 enfants en moyenne chaque année. Ces mères de moins de 18 ans n'ont souvent pas terminé leur scolarité et vivent fréquemment dans des conditions de précarité peu favorables à leur épanouissement, et qui compromettent le développement et la santé de leur enfant. Les grossesses à l'adolescence ne sont d'ailleurs généralement pas désirées puisqu'on a observé en 2003 plus de 3,5 avortements pour chaque naissance chez les mères de moins de 18 ans.

Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 35).

Pratiques obstétriques : où en sommes-nous ?

Les pratiques obstétriques, notamment lorsque l'accouchement présente des complications, sont déterminantes pour la santé de la mère et de l'enfant. Parmi ces pratiques, deux d'entre elles sont assez fréquentes : la césarienne et l'épisiotomie.

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, il ne doit être motivé que dans certaines situations, et il est plus fréquent dans les cas de recours antérieur à la césarienne, de dystocie, de présentation par le siège et de détresse fœtale (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000).

de 30 % des accouchements vaginaux pratiqués à l'hôpital. En contrepartie, on observe une tendance à la hausse du taux combiné de déchirures du premier et du second degré, lesquelles se produisent dans près de la moitié des accouchements vaginaux. Cette augmentation pourrait cependant être attribuable à une augmentation des déclarations des déchirures : puisque le recours à l'épisiotomie est moins fréquent, davantage d'attention est accordée à ces phénomènes (Graham et Fowler-Graham, 1997). Là encore, les disparités régionales d'épisiotomie seraient dues à des différences de pratiques médicales.

Au Québec, le taux de césariennes est en hausse depuis 5 ans et s'établit à 21,5 %. Ainsi, sur les 71 102 accouchements survenus en 2003-2004 dans les centres hospitaliers, plus de 15 000 césariennes ont été pratiquées. Cette hausse peut s'expliquer en partie par l'augmentation des grossesses multiples ainsi que par l'âge plus avancé des mères, facteurs de risque importants d'accouchement par césarienne.

L'épisiotomie est en nette diminution depuis 20 ans au Québec et elle est utilisée dans moins

Qu'est-ce que l'épisiotomie et quand y a-t-on recours ?

L'épisiotomie est une intervention chirurgicale relativement courante, surtout fréquente chez les femmes qui accouchent pour la première fois, permettant d'éviter une déchirure du périnée lors de l'accouchement. Toutefois, cette intervention n'est recommandée qu'afin d'accélérer l'accouchement dans les situations de détresse fœtale ou maternelle, ou lorsque la progression du travail s'est arrêtée (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1998).

En perspective

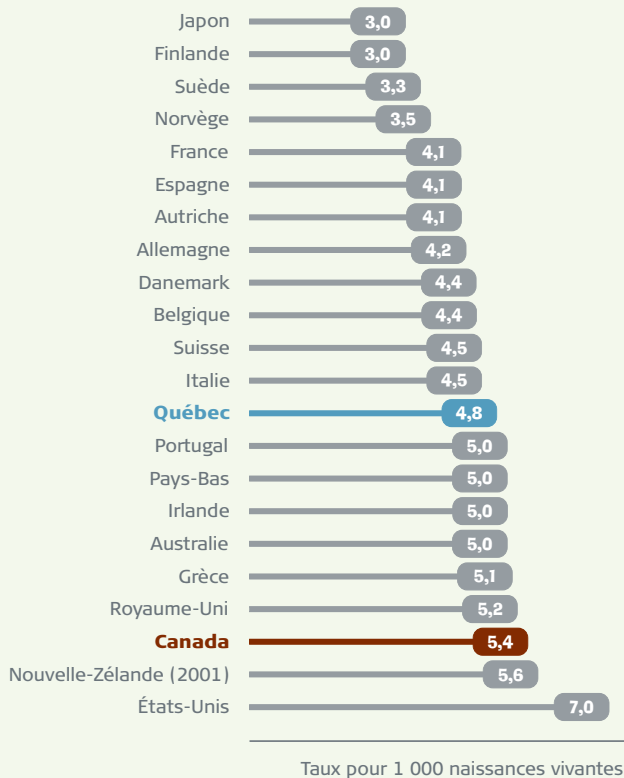
L'augmentation marquée des affections périnatales graves et des naissances prématurées ternit quelque peu les progrès considérables réalisés en matière de mortalité infantile et de mortalité périnatale depuis plusieurs années au Québec. Par contre, se pourrait-il que la hausse de ces problèmes soit justement une conséquence des gains enregistrés pour la mortalité périnatale et infantile ?

D'importants progrès restent encore à réaliser, même en ce qui a trait à la mortalité infantile. Rappelons qu'au Québec, d'importantes disparités régionales existent toujours : au Nunavik, la mortalité infantile est encore quatre fois plus élevée que dans le reste de la province, malgré des progrès majeurs enregistrés dans la région depuis une quinzaine d'années. À titre indicatif, si le Québec affichait un taux de mortalité égal à celui du Nunavik, ce serait en moyenne près

de 1 000 décès supplémentaires d'enfants de moins d'un an qui s'ajouteraient chaque année aux 340 décès actuels. Par ailleurs, en dépit du fait que le Québec, dans son ensemble, se positionne assez favorablement comparativement à plusieurs provinces canadiennes et à plusieurs pays industrialisés, il accuse tout de même du retard au regard de certaines provinces canadiennes, de la majorité des pays européens et surtout du Japon. Ainsi, à l'inverse, si le taux de mortalité infantile du Québec était égal à celui du Japon, on pourrait sauver près de 120 vies d'enfants de moins d'un an en moyenne chaque année dans la province.

Quoiqu'il en soit, les efforts doivent être poursuivis et encouragés tant sur les plans de la technologie, des pratiques médicales, des conditions de vie des mères et des enfants que sur celui des comportements et des habitudes de vie.

FIGURE 3.2.4
MORTALITÉ INFANTILE EN 2002,
COMPARAISONS INTERNATIONALES



Source: INSPQ, 2006.

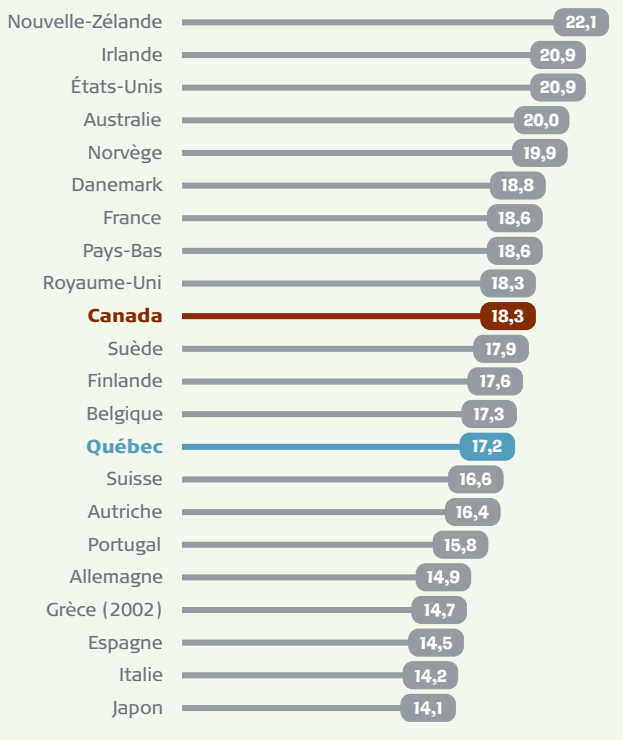
3.3

Les jeunes au Québec : prendre un bon départ dans la vie

Les jeunes sont constitués de groupes différents qui correspondent à des étapes particulières de la vie : les enfants en bas âge, ceux fréquentant l'école primaire, les adolescents et même les jeunes adultes. Cette section trace un portrait succinct des jeunes sous divers angles : l'évolution démographique, le milieu de vie, les habitudes de vie, l'adaptation sociale, l'utilisation des services préventifs et, enfin, l'état de santé.

Des jeunes de moins en moins nombreux, mais pas moins importants!

FIGURE 3.3.1
POPULATION ÂGÉE DE MOINS DE 15 ANS EN 2003,
COMPARAISONS INTERNATIONALES



%

En 2006, le Québec compte environ un million et demi de jeunes de moins de 18 ans. Depuis 10 ans, leur nombre a diminué d'environ 155 000. Ils ne constituent maintenant que le cinquième de la population, comparativement au quart, 20 ans plus tôt. Les enfants d'âge préscolaire (de 0 à 5 ans) comptent pour 6 % de la population totale, tandis que le groupe des 6 à 11 ans, soit les enfants en âge de fréquenter l'école primaire, en représentent 7 %. Les adolescents de 12 à 17 ans, pour leur part, présentent le poids démographique le plus important, car ils comptent pour 8 % de la population totale.

Les régions du Québec qui comptent le plus de jeunes parmi leur population sont celles du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, avec chacune une proportion d'environ 40 % d'enfants de moins de 18 ans. Le Québec se situe par ailleurs un peu au-dessous de la moyenne au sein des pays de l'OCDE pour ce qui est de la proportion de la population âgée de moins de 15 ans (INSPQ, 2006).

Source : INSPQ, 2006.

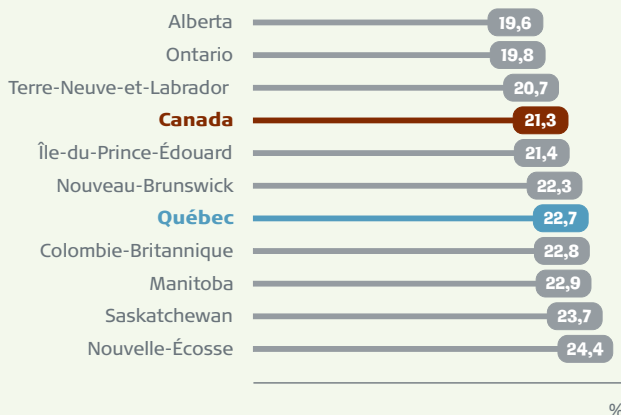
Le milieu de vie des jeunes en mutation

Le milieu de vie des jeunes joue un rôle majeur dans leur santé et leur bien-être, d'autant plus qu'ils en sont la plupart du temps captifs. C'est en effet au sein de cet environnement que se forment les habitudes de vie et les comportements des enfants, et que sont transmises les valeurs sociales et culturelles à travers l'éducation des parents, des enseignants ou encore des éducatrices. Certains facteurs de risque tels que la présence de fumée secondaire, la négligence, les abus physiques et sexuels peuvent nuire gravement à la santé des jeunes.

DES FAMILLES PARFOIS EN DIFFICULTÉ

La plupart des enfants vivent dans une famille avec deux parents, ou figures parentales. Toutefois, la réalité des familles monoparentales est de plus en plus courante : leur nombre a presque doublé en 20 ans. Au Québec, ces familles représentent 23 % de l'ensemble des familles avec enfants, ce qui est légèrement plus élevé que la moyenne canadienne (INSPQ, 2006). Dans 8 cas sur 10, c'est la femme qui est le parent.

FIGURE 3.3.2
FAMILLES MONOPARENTALES AVEC ENFANTS
DE MOINS DE 18 ANS EN 2001,
COMPARAISONS CANADIENNES



Source : INSPQ, 2006.

Dans certaines régions, les familles monoparentales forment le quart des familles avec enfants de moins de 18 ans. C'est le cas des régions du Nunavik, de Montréal, de la Côte-Nord et de l'Outaouais.

L'impact souvent négatif d'un contexte familial fragilisé

Les familles du Québec offrent aux jeunes un milieu de vie aux conditions socioculturelles et économiques variées. Ce milieu de vie change rapidement, non seulement entre les générations, mais aussi au cours de la vie des personnes, parfois même dans l'enfance, ce qui peut entraîner des difficultés pour les jeunes, notamment des problèmes d'adaptation (Desrosiers *et al.*, 2002). Les enfants de familles monoparentales ou de familles recomposées risquent ainsi davantage d'éprouver des difficultés d'ajustement et de présenter des problèmes de santé, au moins temporaires.

Par ailleurs, les jeunes familles sont nombreuses à connaître des épisodes de pauvreté. En 2005, 8 % des jeunes Québécois de 0 à 17 ans ont fait partie d'une famille prestataire de l'aide sociale. Or, une situation sociale défavorable est associée chez l'enfant à une plus grande probabilité d'être hospitalisé, d'être atteint d'une infection des voies respiratoires, d'être perçu par sa mère comme n'étant pas en très bonne santé et de devoir consulter un médecin généraliste. Mais certains facteurs peuvent atténuer l'impact de la pauvreté sur la santé : l'allaitement pendant 6 mois, le soutien des grands-parents, une mère en très bonne ou en excellente santé, et la fréquentation de la garderie (Paquet et Hamel, 2003).

LES SERVICES DE GARDE ET L'ÉCOLE, LE QUOTIDIEN DE LA PLUPART DES JEUNES

Si la famille constitue le milieu de vie de base des enfants, celui-ci est très tôt partagé avec celui des services de garde pour plusieurs d'entre eux, puis, pour la majorité des enfants de cinq ans environ, avec le milieu scolaire. Ces milieux, qui sont le quotidien de la plupart des jeunes, ont aussi une influence importante sur leur développement et leur santé.

Au Québec, les places dans les services de garde pour les moins de cinq ans ont considérablement augmenté depuis la création du réseau des centres de la petite enfance (CPE), en 1997. À leur début, les CPE pouvaient accommoder un enfant sur cinq ; maintenant, la moitié des enfants ont la possibilité de les fréquenter. Au Nunavik en 2005, la disponibilité d'une place en service de garde était garantie à deux enfants de moins de cinq ans sur trois, ce qui constitue la meilleure couverture au Québec.

Parallèlement à l'accroissement du nombre de places en service de garde, on constate une augmentation du pourcentage des familles dont les deux parents travaillent. Ainsi, chez les mères de 20 à 44 ans avec enfants de moins de 6 ans, le taux d'activité est passé de 64 % en 1996 à 75 % en 2003 (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2005).

Dès qu'ils atteignent l'âge de 6 ans, l'école devient le second lieu de vie des jeunes après la famille, et ce, au moins jusqu'à 16 ans, puisque c'est l'âge limite de la fréquentation scolaire obligatoire au Québec. Par contre, bien que la grande majorité des jeunes de 15 à 19 ans fréquentent l'école, force est de constater que 15 % d'entre eux ne sont plus aux études.

Les habitudes de vie : des progrès à accomplir

Les habitudes de vie s'ancrent très tôt chez les enfants. Et plus tôt elles sont ancrées, plus il est difficile de les changer. Il est donc important de favoriser l'adoption de bonnes habitudes de vie dès le plus jeune âge.

FIGURE 3.3.3
EXEMPLES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIRS PERMETTANT L'ATTEINTE
DU NIVEAU RECOMMANDÉ CHEZ LES JEUNES

Activité	Intensité	Durée minimale (minutes par jour)	Fréquence (jours par semaine)
Marche	D'un pas modéré	110	5
Marche	D'un pas rapide	80	5
Patins à glace	Effort modéré	50	5
Ski alpin	Effort modéré	55	5
Soccer	Jeu en équipe	50	5
Basketball	Jeu en équipe	40	5
Natation (crawl)	Effort modéré	40	5
Bicyclette	Effort modéré	40	5

Source : INSPQ et coll., 2006 (annexe 5).

L'obésité chez les jeunes

Les données basées sur le poids et la taille mesurés montrent que, selon la classification de Cole, 7 % des jeunes de 2 à 17 ans souffraient d'obésité en 2004 (Mongeau *et al.*, 2005). En 1999, on estimait, au moyen de la mesure du poids, de la taille et des plis cutanés, que l'obésité touchait 3 % à 4 % des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans (Ledoux *et al.*, 2002).

ACTIVITÉ PHYSIQUE, ALIMENTATION ET EXCÈS DE POIDS

La majorité des jeunes de 12 à 17 ans ont un niveau d'activité physique de loisirs assez élevé. En 2003, 7 jeunes sur 10 atteignaient le niveau recommandé d'activité physique.

En ce qui concerne l'alimentation, chez les enfants de 4 ans, 1 enfant sur 5 ne consomme pas les 2,5 portions par jour de fruits et légumes recommandées comme quantité quotidienne minimale

par le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* pour ce groupe d'âge (Desrosiers et al., 2005). En 1999, au moins 1 jeune sur 2 âgé de 6 à 16 ans ne consommait pas la quantité minimale de fruits et légumes suggérée (Lavallée, 2004). Ajoutons que près de la moitié des jeunes de 12 à 19 ans déclarent consommer des fruits et légumes moins de cinq fois par jour.

En ce qui concerne les produits laitiers, les jeunes Québécois n'en consomment pas en quantité suffisante selon les recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. En effet, plus de la moitié des enfants de 4 ans et des jeunes de 9 ans et plus ne consomment pas la quantité minimale quotidienne de produits laitiers recommandée (Desrosiers et al., 2005 ; Lavallée, 2004).

La malbouffe chez les jeunes Québécois et les jeunes Canadiens

Les jeunes Québécois de 4 à 18 ans s'alimentent parfois moins bien que les jeunes Canadiens, si l'on tient compte des recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (Statistique Canada, 2006a). Ils sont en effet plus nombreux à excéder la limite de consommation de graisses (22 % contre 11 %) et moins nombreux à consommer le nombre minimal de portions de fruits et de légumes (51 % contre 64 %). Toutefois, les jeunes du Québec se distinguent des autres Canadiens du même âge avec une plus faible consommation d'aliments préparés en restauration rapide (9 % contre 25 %).

TABAC, ALCOOL ET DROGUE : UN TRIO INQUIÉTANT

Environ 1 jeune de 12 à 19 ans sur 5 fume la cigarette. Les jeunes filles sont aussi nombreuses à fumer que les jeunes garçons. Par contre, les jeunes femmes de 20 à 24 ans surpassent les jeunes hommes du même âge à ce chapitre. Heureusement, le tabagisme est une habitude de moins en moins populaire chez les jeunes des deux sexes. Pour ce qui est de l'alcool, on estime que 16 % des jeunes en consomment de façon excessive et répétitive, ce qui représente 5 consommations et plus en une seule occasion, au moins 12 fois au cours de l'année.

Les jeux de hasard s'apprennent tôt

Lorsqu'on les questionne à propos des jeux de hasard et d'argent (loteries instantanées, cartes, paris sportifs, etc.), près de la moitié des élèves du secondaire avouent s'y être adonnés au cours de l'année 2004 au Québec. La plupart sont des joueurs sans problème, mais environ 6 % des élèves risquent d'en développer un, et 2,5 % sont des joueurs pathologiques probables. Les garçons sont plus nombreux que les filles à être à risque (Dubé et al., 2005).

La consommation problématique d'alcool et de drogues aurait toutefois diminué depuis 2000. Aujourd'hui, 84 % des élèves du secondaire n'ont pas de problème puisqu'un élève sur 10 présente une consommation à risque pour laquelle une intervention légère serait souhaitable, et 1 élève sur 20 aurait besoin d'une intervention spécialisée; cette dernière prévalence semble rester stable (Dubé et al., 2005).

L'adaptation sociale

Les problèmes d'adaptation sociale chez les jeunes renvoient à des comportements jugés non conformes avec les normes sociales en vigueur. Ces comportements sont souvent influencés par l'environnement social des jeunes, leur famille, leurs amis ou encore leur milieu scolaire. Si ces problèmes, de diverses natures, ne sont pas tous directement préjudiciables à la santé des jeunes, ils se dressent en revanche souvent comme des obstacles imposants à leur accomplissement social.

DÉCROCHAGE SCOLAIRE : DES ÉCARTS IMPORTANTS ENTRE SEXES, MAIS PLUS ENCORE ENTRE FAVORISÉS ET DÉFAVORISÉS

Trois jeunes sur dix quittent le secondaire sans diplôme⁸. À cet égard, la situation est nettement au désavantage des garçons. En outre, la proportion des élèves qui quittent l'école sans diplôme ni qualification est d'environ le double chez les élèves les plus défavorisés par rapport aux élèves les plus favorisés (Charest et al., 2005). L'écart de réussite selon le milieu socioéconomique des jeunes est d'ailleurs plus important que l'écart selon le sexe (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005).

GROSSESSE À L'ADOLESCENCE : UN PROBLÈME MANIFESTE DANS LES RÉGIONS NORDIQUES

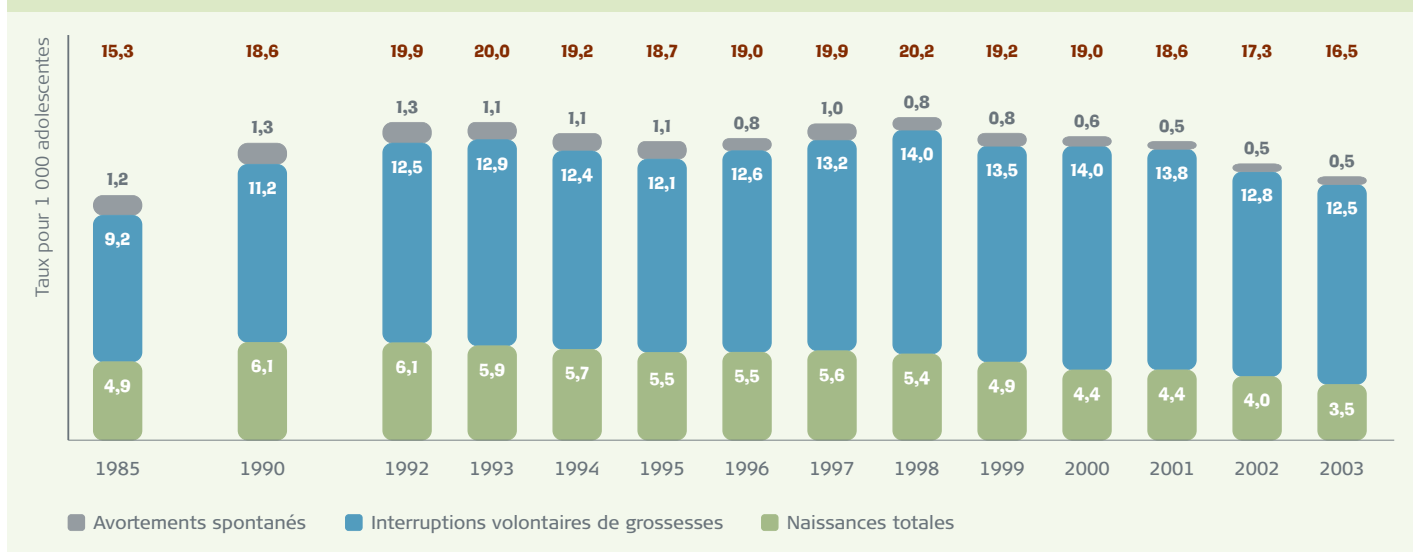
Au Québec, après avoir augmenté entre 1985 et 1990, le taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans s'est stabilisé. Cette problématique affecte plus particulièrement certaines régions. Le phénomène de la grossesse à l'adolescence est en effet beaucoup plus répandu dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James que dans les autres régions. Comparativement

aux autres jeunes Québécoises de 14 à 17 ans, les jeunes filles du Nunavik du même âge sont 5 fois plus nombreuses à avoir connu une grossesse. Les adolescentes des Terres-Cries-de-la-Baie-James se distinguent également avec un taux de grossesse trois fois supérieur à la moyenne québécoise. Par ailleurs, chez les jeunes femmes de 18 à 19 ans de ces deux régions nordiques, on constate également un écart similaire avec les autres régions du Québec.

Les risques psychosociaux de la maternité à l'adolescence

Devenir mère à l'adolescence constitue la principale cause de décrochage scolaire chez les filles au Québec. Isolement social, habitudes de vie problématiques, sous-scolarisation, mauvais traitements, stress et dépression comptent souvent parmi les problèmes faisant suite à une grossesse à l'adolescence (Blais, 2005 ; Gauthier et Charbonneau, 2002).

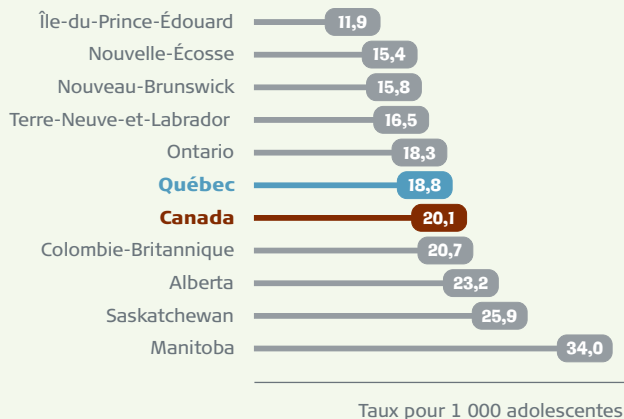
FIGURE 3.3.4
GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES DE 14 À 17 ANS AU QUÉBEC DE 1985 À 2003



Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 36).

8. Le taux de sortie sans diplôme du secondaire passe à 15 % lorsqu'on tient compte des étudiants qui sont âgés de 20 ans ou plus au moment de l'obtention du diplôme.

FIGURE 3.3.5
GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES DE 15 À 17 ANS
EN 2001, COMPARAISONS CANADIENNES



Source: INSPQ, 2006.

Les issues possibles de la grossesse (naissances, avortements spontanés et interruptions volontaires) n'ont pas évolué de façon semblable au fil des années chez les adolescentes. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) demeure toujours l'issue la plus probable et, bien que le taux d'IVG ait augmenté de 1985 à 2000, depuis, il a légèrement diminué. Mentionnons par ailleurs que ce taux est trois fois plus élevé chez les jeunes femmes de 18 à 19 ans que chez les adolescentes de 14 à 17 ans.

*Relations sexuelles à l'adolescence :
la majorité déclarent utiliser
un moyen de contraception*

En 2005 au Québec, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 4 adolescents et adolescentes sur 10 déclaraient avoir eu des relations sexuelles au cours de l'année. Parmi ceux-ci, près de 9 sur 10 avaient habituellement utilisé un moyen de contraception (Fernet *et al.*, 2002).

Parallèlement, le taux de naissances a connu une diminution marquée depuis 1990. Finalement, le taux de grossesse des adolescentes québécoises est légèrement inférieur à celui des adolescentes de l'ensemble du Canada (INSPQ, 2006).

NÉGLIGENCE ET VIOLENCE FAMILIALE ENVERS LES ENFANTS, LA POINTE DE L'ICEBERG

Chaque année au Québec, on dénombre plus de 8 600 cas de nouvelles prises en charge d'enfants de moins de 18 ans dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, c'est-à-dire des cas de jeunes mineurs dont la sécurité ou le développement peuvent être ou sont compromis. Ces dernières années, la situation a peu changé, et on compte un peu plus de 5 cas pour 1 000 jeunes.

La négligence constitue de loin le principal motif de prise en charge.

Conduites parentales à caractère violent

Une enquête réalisée en 2004 auprès des parents évaluait que 43 % des enfants de moins de 18 ans ont subi de la violence physique mineure (tape aux fesses, à la main, au bras, à la jambe, etc.) et 6 % de la violence physique sévère (coups aux fesses avec un objet dur, claques sur la tête, etc.). La moitié des enfants auraient également vécu au moins trois épisodes d'agression psychologique (cris, hurlements, humiliation, menace de coups, etc.) (Clément *et al.*, 2005).

LA DÉLINQUANCE : SURTOUT CHEZ LES GARÇONS

Les infractions commises par les jeunes reflètent de sérieux problèmes d'adaptation sociale et, souvent, des conditions de vie difficiles au sein de leur entourage. Elles constituent aussi certainement le frein le plus important à leur épanouissement.

Au Québec, en 2002, les adolescents âgés de 12 à 17 ans ont commis près de 36 000 infractions au *Code criminel*, aux lois fédérales ou aux lois provinciales. Peu de changements ont été relevés à ce sujet au cours des dernières années. Par contre, il est important de souligner que chez les garçons, le taux d'infractions est quatre fois plus élevé que chez les filles (ministère de la Sécurité publique, 2004). Mais globalement, la délinquance chez les jeunes Québécois est la plus faible observée parmi les provinces canadiennes (Statistique Canada, 2006b).

L'utilisation de certains services de santé préventifs

Quelques services de santé préventifs visent spécifiquement les jeunes, entre autres la vaccination contre l'hépatite B et certains services dentaires.

L'inoculation d'un vaccin avant l'adolescence est la meilleure façon de se prémunir contre l'hépatite B. Les élèves de 4^e année du primaire sont donc invités à recevoir trois doses d'un vaccin au cours de l'année scolaire. Ils sont ainsi protégés avant d'être actifs sexuellement ou d'avoir des comportements à risque (partage de seringues, etc.). Au cours de l'année scolaire 2004-2005, 9 élèves de 4^e année sur 10 ont reçu les trois doses recommandées.

Dans presque toutes les régions du Québec, près de 90 % des élèves visés ont obtenu les trois doses nécessaires pour que le vaccin ait toute son efficacité. Bien que dans la région de Montréal la couverture soit la moins bonne, on y rejoint tout de même un peu plus de 8 élèves sur 10. La meilleure performance régionale est observée au Saguenay-Lac-Saint-Jean (97 %).

Un programme de services dentaires vise les enfants de 0 à 9 ans lorsque ces services sont prodigués par un chirurgien dentiste, ou un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale. La moitié des enfants ont participé à ce programme en 2003, soit sensiblement la proportion observée depuis 1998. Avec 4 jeunes sur 10 qui se sont prévalus d'un des services dentaires assurés, c'est la région de l'Outaouais qui obtient le résultat le plus faible au Québec. À l'opposé, la plus forte participation a été observée dans les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean et du Bas-Saint-Laurent, où on a enregistré des taux qui avoisinent les 60 %.

L'état de santé

Selon le groupe d'âge, les problèmes de santé qui affectent les jeunes sont de natures très différentes. Cependant, quelque soit l'âge, l'incapacité représente, pour le jeune qui en souffre, un problème considérable. En plus des contraintes physiques qu'elle lui impose, l'incapacité peut entraver son épanouissement et ainsi nuire à son bien-être, tant physique que psychologique.

L'INCAPACITÉ ET SES CONSÉQUENCES CHEZ LES ENFANTS

La proportion des jeunes de 0 à 17 ans souffrant d'une incapacité est estimée par le recensement de 2001 à 3,5 %. Comparativement à la moyenne québécoise, deux fois plus de jeunes d'âge mineur du Nunavik ont une incapacité. Les jeunes Inuits se distinguent nettement du reste

du Québec sur ce plan, devançant de loin la région de Montréal, qui vient au second rang à ce chapitre, avec une proportion de 4,1 %.

La mesure de l'incapacité, une question de définition

Selon le recensement de 2001, une personne a une incapacité si elle a 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 (Statistique Canada, 2002c). Les données du recensement sur l'incapacité doivent être utilisées avec circonspection, car elles ont pour but de sélectionner l'échantillon pour l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA). Au Québec, cette enquête estimait à 2 % la proportion des enfants de 0 à 14 ans ayant une incapacité (Berthelot, 2006). En Ontario elle est estimée à 3,5 % et dans l'ensemble du Canada, à 3,3 % (Statistique Canada, 2002a).

PEU DE DÉCÈS... MAIS SOUVENT ÉVITABLES

Toutes causes confondues, c'est chez les enfants de 0 à 4 ans (107 pour 100 000) que le taux de mortalité est le plus élevé. Chez les jeunes de 5 à 14 ans, il est de 12 pour 100 000 et chez les jeunes de 15 à 24 ans, de 58 pour 100 000. De plus, le taux de mortalité tend à être plus élevé chez les garçons. Chez les

enfants de 0 à 4 ans, les affections périnatales et les malformations congénitales entraînent plus de la moitié des décès. Dans le groupe des jeunes de 5 à 14 ans, les blessures accidentelles, notamment celles qui sont liées aux accidents de la route, constituent la cause principale de mortalité. Enfin, les accidents de transport et les suicides représentent les deux premières causes de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans. Mentionnons que, globalement, le taux de mortalité a diminué chez l'ensemble des jeunes depuis la fin des années 1980.

Deux régions se distinguent du reste du Québec quant à la mortalité des enfants de moins de 5 ans : la Montérégie, avec le taux le plus faible, et le Nunavik avec le taux le plus élevé. C'est cependant dans le groupe des jeunes de 15 à 24 ans que le taux de mortalité varie davantage entre les régions. Notons que ce taux est particulièrement élevé au Nunavik.

*Une nette amélioration
de la santé buccodentaire
des jeunes*

Des enquêtes de santé dentaire menées auprès d'élèves de 2^e et de 6^e années scolaires révèlent que la présence de caries dentaires chez ces élèves est en très nette diminution au Québec depuis le début des années 1980. De plus, cette diminution de la carie dentaire est observée tant chez les élèves dont la dentition est primaire que chez ceux dont elle est permanente.

FIGURE 3.3.6
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

Indicateurs	Situation moins favorable	Situation plus favorable
Familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans (2001)	Nunavik Montréal	Chaudière-Appalaches Nord-du-Québec Bas-Saint-Laurent Saguenay-Lac-Saint-Jean
Grossesses chez les adolescentes de 14-17 ans (1999-2003)	Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James Côte-Nord Montréal	Chaudière-Appalaches Bas-Saint-Laurent
Prises en charge dans le cadre de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> (1998-2004)	Côte-Nord Abitibi-Témiscamingue	Laval Chaudière-Appalaches
Places disponibles en service de garde (2005)	Côte-Nord Chaudière-Appalaches	Nunavik Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
Élèves de 4 ^e année ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B (2004-2005)	Montréal	Saguenay-Lac-Saint-Jean
Participation des enfants de 0-9 ans au programme de services dentaires (2003)	Outaouais Montréal	Saguenay-Lac-Saint-Jean Bas-Saint-Laurent
Enfants de 0-17 ans ayant une incapacité (2001)	Nunavik Montréal	Bas-Saint-Laurent Chaudière-Appalaches
Enfants de 0-17 ans bénéficiant d'une allocation pour enfant handicapé (2003)	Lanaudière	Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James Abitibi-Témiscamingue
Mortalité chez les 0-4 ans (2000-2003)	Nunavik	Montérégie
Mortalité chez les 15-24 ans (2000-2003)	Nunavik Abitibi-Témiscamingue Chaudière-Appalaches Mauricie et Centre-du-Québec	Laval Montréal

Source: INSPQ et coll., 2006 (fiches 6, 36, 37, 41, 65, 75, 103, 105 et 106).

En perspective

La grande majorité des jeunes Québécois se portent bien et prennent un bon départ dans la vie. Ils sont actifs physiquement, participent massivement aux programmes préventifs de santé qui leur sont offerts, sont nombreux à ne pas fumer et à se protéger lors de leurs relations sexuelles. Depuis quelques années, les taux de mortalité sont en baisse chez les jeunes.

Des problèmes demeurent cependant. Les jeunes sont encore trop nombreux à vivre dans la pauvreté ou à manquer de soutien, et même à subir de la violence sévère de la part de leur famille. Le phénomène de surplus de poids est par ailleurs à surveiller chez les jeunes. Au chapitre de l'alimentation, un certain nombre d'enfants ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes, ou d'autres aliments nécessaires à une croissance en santé.

Finalement, certains jeunes vivent des situations qui les rendent fragiles et vulnérables sur le plan psychologique, avec comme conséquences des problèmes d'adaptation sociale. Le décrochage scolaire, la grossesse à l'adolescence ou certains comportements à risque, tels que la consommation excessive d'alcool, l'usage de drogues et la dépendance au jeu, peuvent ainsi grandement nuire à leur accomplissement personnel et à leur santé.

3.4

La santé et le travail au Québec : les risques du métier?

Le travail peut présenter des risques aussi nombreux que variés à la santé physique et mentale des travailleurs : expositions à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques, contraintes ergonomiques, problèmes organisationnels ou relationnels, etc. La plupart du temps, ces risques

peuvent être prévenus, sinon limités, notamment par l'intermédiaire de normes de sécurité au travail ou de programmes de sensibilisation des travailleurs. Au Québec, la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* a justement pour objet l'élimination à la source de ces risques. Pour ce faire sont prévues diverses mesures de protection, de prévention et de surveillance visant à orienter les interventions en milieu de travail dans le but d'améliorer la santé des travailleurs.

Particularité de l'analyse par région de travail

Les services publics de prévention et de protection de la santé au travail définissent et orientent leurs interventions en fonction du lieu de travail des individus, et non en fonction de leur lieu de résidence comme c'est généralement le cas pour les autres domaines de la santé publique. De ce fait, pour que les données régionales sur les travailleurs puissent être utiles à l'intervention en santé au travail, elles portent la plupart du temps sur les personnes qui travaillent dans les différentes régions du Québec, et non sur celles qui y résident⁹.

Des situations professionnelles différentes selon le sexe et la région

La population active occupée travaillant sur le territoire québécois s'élève à près de 3,2 millions de travailleurs (Statistique Canada, 2004), et compte presque autant de travailleuses (48 %) que de travailleurs (52 %). Ces personnes vivent toutefois des situations professionnelles différentes. Ce sont ainsi majoritairement des hommes qui travaillent dans les secteurs primaire (agriculture, pêches, forêts, mines) et secondaire (industries manufacturières et construction). Pour ce qui est du secteur tertiaire, qui emploie les trois quarts de la main d'œuvre du Québec, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à travailler dans le domaine de la santé et des services sociaux ou dans celui de l'enseignement. Par ailleurs, le domaine du commerce a la particularité d'employer une main-d'œuvre jeune : plus du tiers des travailleurs sont âgés de 15 à 29 ans.

Les différentes régions du Québec ont des profils d'emploi variés. Par exemple, dans la région de Chaudière-Appalaches, près de 30 % des travailleurs œuvrent dans les industries manufacturières, alors que cette proportion n'est que de 7 % en Outaouais. De même, c'est en Outaouais (23 %) et dans la région de la Capitale-Nationale (15 %) qu'on retrouve le plus de travailleurs des services gouvernementaux. Enfin, les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec, bien pourvues en richesses naturelles, emploient 10 % des travailleurs dans le secteur primaire, proportion nettement supérieure à la moyenne québécoise.

9. Même si des données plus récentes sont disponibles sur les lésions professionnelles, les taux présentés ici sont ceux de l'année 2001 puisque c'est la seule année pour laquelle les effectifs de population, utilisés au dénominateur dans le calcul des taux, sont disponibles selon la région de travail plutôt que la région de résidence.

Les lésions professionnelles

LES CARACTÉRISTIQUES DES LÉSIONS

Au total, près de 135 000 nouvelles lésions professionnelles déclarées ont été acceptées et indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) en 2003 au Québec. Ces lésions professionnelles sont regroupées en deux types, soit les accidents de travail, entraînant les lésions les plus fréquentes, et les maladies professionnelles.

L'accident de travail est défini comme un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle (Gouvernement du Québec, 2006). De façon générale, les blessures et les troubles traumatiques sont fréquemment associés aux accidents de travail et représentent environ 80 % de l'ensemble des lésions. Près de la moitié des accidents de travail (48 %) ont pour conséquences des entorses, des foulures ou des déchirures aux muscles, aux tendons, aux ligaments ou aux articulations. Les autres lésions sont généralement des plaies et contusions, et des fractures.

La maladie professionnelle se définit, quant à elle, comme une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou liée directement aux dangers de ce travail. Différents troubles systémiques (musculo-squelettiques, respiratoires, nerveux, etc.) et maladies (maladies infectieuses, cancers, etc.) entrent dans cette catégorie, qui regroupe environ 20 % de l'ensemble des lésions professionnelles. Les maladies professionnelles les plus fréquentes sont celles du système musculo-squelettique, car elles représentent 60 % des maladies : tendinites, épicondylites, lombalgies et bursites. Viennent ensuite les troubles de l'œil ou de la vue (11 %), la surdité (7 %), et les troubles ou syndromes mentaux (4 %).

Les diverses parties du corps, appelées sièges de la lésion, sont différemment affectées par les lésions professionnelles. Le siège de la lésion est donc un élément significatif dans la caractérisation des lésions professionnelles (CSST, 2004). Le tronc (incluant le cou) est la partie du corps la plus touchée, puisqu'il est impliqué dans près de 40 % des lésions. Les lésions aux membres supérieurs et inférieurs sont également fréquentes, comptant pour respectivement 27 % et 16 % des cas.

LES NOUVEAUX CAS DE LÉSIONS

En 2001, le Québec affichait un taux d'incidence de 44 nouvelles lésions pour 1 000 travailleurs. De façon générale, ce taux d'incidence est nettement supérieur chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge : les hommes sont toujours de deux à trois fois plus sujets à subir une lésion professionnelle que les femmes. Les jeunes sont également les plus touchés par les lésions professionnelles, et l'incidence diminue avec l'âge.

En matière d'incidence des lésions professionnelles, ce sont les secteurs primaire et secondaire de l'activité économique qui sont les plus affectés. L'exploitation de la forêt vient en tête de liste, avec 146 nouvelles lésions pour 1 000 travailleurs en 2001. Suivent la fabrication de produits en métal, l'industrie des aliments et boissons ainsi que la fabrication de produits en caoutchouc et en plastique.

FIGURE 3.4.1
NOUVEAUX CAS DE LÉSIONS PROFESSIONNELLES AU QUÉBEC EN 2001



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 142).

Certaines régions affichent des taux d'incidence significativement plus élevés que l'ensemble du Québec. C'est notamment le cas des régions de Chaudière-Appalaches, de l'Estrie, des Laurentides et de la Montérégie. Sauf pour les Laurentides, les trois autres régions ont une proportion élevée de travailleurs œuvrant dans les industries manufacturières. À l'inverse, plusieurs régions présentent des taux d'incidence significativement plus bas que la moyenne québécoise. Parmi ces régions, certaines ont un secteur tertiaire plus important que la moyenne (Capitale-Nationale, Outaouais).

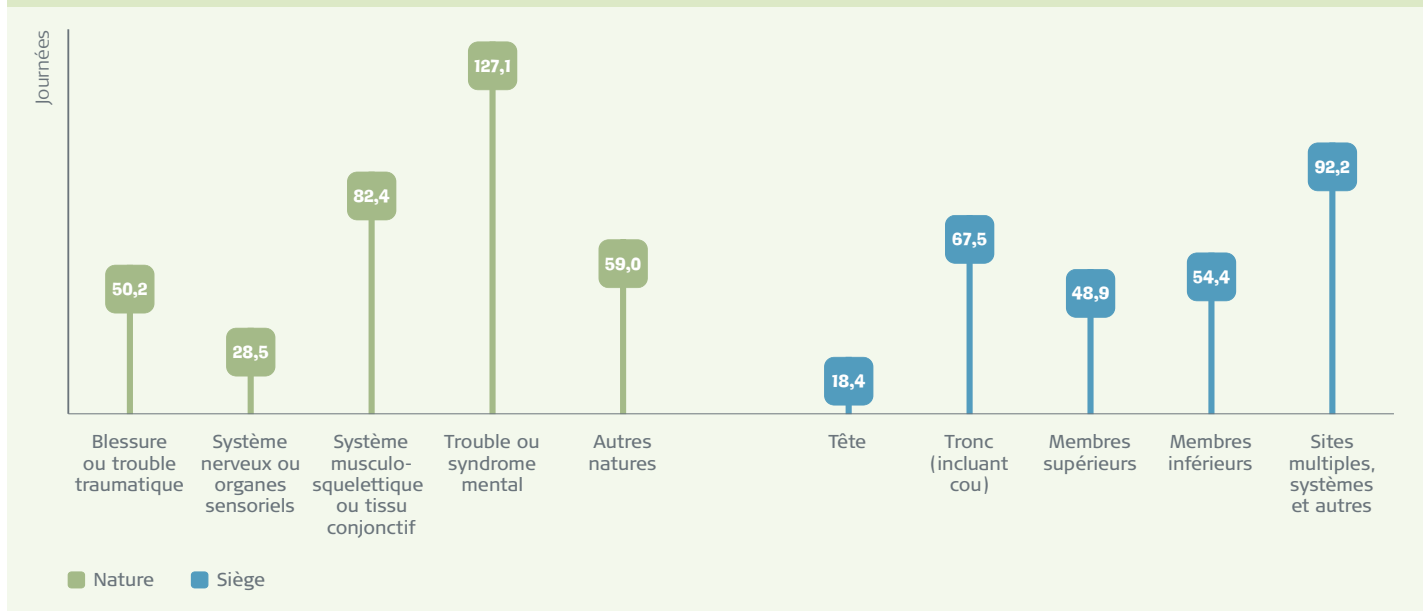
GRAVITÉ DES LÉSIONS

La gravité des lésions professionnelles peut se mesurer de plusieurs façons (atteintes ou séquelles permanentes, nombre de jours d'indemnisation, rechutes, réadaptation, etc.). La durée moyenne d'indemnisation est une mesure fréquemment utilisée à cette fin, bien qu'elle ne soit pas un indicateur parfait de la gravité, car elle ne tient pas compte des lésions n'entraînant pas nécessairement un arrêt de travail (p. ex. la surdité professionnelle). En 2003, pour l'ensemble du Québec, la durée moyenne d'indemnisation s'établissait à 59 jours par lésion. Si on se fie aux durées moyennes d'indemnisation des femmes et des hommes (respectivement 68 jours et 56 jours), il semble que la gravité des lésions soit plus importante chez les femmes. La durée moyenne d'indemnisation augmente également avec l'âge des travailleurs : elle passe de 34 jours par lésion chez les jeunes de 15 à 24 ans à 106 jours par lésion chez les personnes de 60 ans et plus.

Au cours de la période de 1995 à 2003, la durée moyenne d'indemnisation a constamment augmenté et est passée de 43 jours par lésion en 1995 à 59 jours par lésion en 2003, et ce, sans égard au sexe ou à l'âge des travailleurs.

Parmi les 134 571 lésions déclarées, acceptées et indemnisées par la CSST en 2003, 1 seule sur 5 n'a entraîné aucun jour d'indemnisation. Dans 43 % des cas, 1 à 14 jours d'indemnisation ont été requis. De même, 23 % des cas ont nécessité 15 à 90 jours d'indemnisation et 12 % des cas, plus de 90 jours.

FIGURE 3.4.2
DURÉE MOYENNE D'INDEMNISATION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES AU QUÉBEC EN 2003



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 143).

Si l'on prend en considération le nombre de jours d'indemnisation qu'ils nécessitent, les troubles ou syndromes mentaux sont de loin les types de lésions les plus graves. En effet, on alloue en moyenne 127 jours d'indemnisation par lésion de ce type, et le tiers des cas entraîne plus de 90 jours d'indemnisation. Les maladies ou troubles du système musculo-squelettique viennent au deuxième rang, avec une durée moyenne d'indemnisation de 82 jours, suivies par les blessures ou troubles traumatiques, qui nécessitent en moyenne 50 jours d'indemnisation par lésion.

La répartition selon le siège permet de constater que les lésions touchant des sites multiples ou des systèmes sont les plus graves sur le plan de la durée moyenne d'indemnisation (92 jours par lésion). Elles sont suivies des lésions au tronc, aux membres inférieurs et aux membres supérieurs.

Certaines régions de travail sont davantage affectées par la gravité des lésions professionnelles. Par exemple, en 2003, la durée moyenne d'indemnisation pour l'ensemble du Québec était de 59 jours. Or, ce nombre était de 100 jours pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de 90 jours pour l'Abitibi-Témiscamingue et de 85 jours pour l'Outaouais. À l'opposé, la région de Chaudière-Appalaches affichait la durée moyenne d'indemnisation la plus faible, avec 45 jours par lésion, même si son taux d'incidence de lésions professionnelles était le plus élevé.

Les décès et les maladies liés au travail

De 2000 à 2005, la CSST a enregistré une moyenne annuelle de 187 décès reconnus comme étant liés au travail (CSST, 2001 à 2006). Alors qu'en 2000 et dans les années antérieures la majorité des décès étaient dus à un accident de travail (60 % en 2000). Cette tendance est actuellement en train de se renverser : en 2005, c'était la maladie professionnelle qui occasionnait la majorité des décès (118 sur 223, soit 53 %), et près de 90 % de ceux-ci étaient reliés à une exposition à

l'amiante (105 décès) (Block, 2006). Le secteur de la construction et celui des mines et carrières sont les plus touchés par les décès d'origine professionnelle. En 2005, ils ont enregistré respectivement 52 et 34 décès, soit près de 40 % des décès reconnus par la CSST.

Outre ces décès, dont le lien a été clairement établi avec l'activité professionnelle, on compte chaque année au Québec plusieurs décès et de nombreux nouveaux cas de maladies « spécifiques » qui sont généralement associés au milieu de travail, notamment à l'exposition à certains contaminants. Cela concerne plus spécifiquement les cas de silicose, d'amiantose et de béryllose (De Guire *et al.*, 2004). La silicose entraîne en moyenne 5 décès chaque année et l'amiantose, 12 décès.

Les mésothéliomes de la plèvre et du péritoine sont des maladies associées à l'exposition à l'amiante (De Guire *et al.*, 2004). Au Québec, ce sont en moyenne 102 cas de mésothéliome de la plèvre et 8 cas de mésothéliome du péritoine qui sont diagnostiqués annuellement. Par ailleurs, le cancer et le mésothéliome de la plèvre sont chacun responsables d'environ une vingtaine de décès annuellement au Québec, les cancers du péritoine, d'un peu moins de 50 décès et les mésothéliomes du péritoine, de moins de 5 décès.

Expositions aux risques en milieu de travail : les hommes davantage exposés que les femmes

FIGURE 3.4.3
TRAVAILLEURS EXPOSÉS À CERTAINES SITUATIONS À RISQUE
EN MILIEU DE TRAVAIL AU QUÉBEC EN 1998

Situations à risque	Hommes	Femmes	Total
	%	%	%
Conditions organisationnelles			
Horaire de travail irrégulier ou imprévisible	34,0	25,2	30,1
Horaire de travail de nuit	13,9	5,8	10,3
Rémunération au rendement, à la commission ou au bonus	10,5	7,6	9,2
Contraintes physiques			
Travail répétitif des mains et des bras	21,0	20,1	20,6
Effort en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement	27,6	6,5	18,2
Manipulation de charges lourdes	24,1	10,7	18,1
Vibrations des mains ou des bras	14,6	2,0	9,0
Vibrations de tout le corps	10,5	*0,8	6,2
Exposition à des agresseurs			
Bruit intense	19,1	4,5	12,6
Solvants	14,1	3,9	9,6
Poussières de bois	9,0	*0,9	5,4
Fumées de soudage	7,4	*0,6	4,4
Poussières de farine	4,4	2,5	3,6
Pesticides	1,9	*0,6	1,3

Certaines données d'enquête fournissent des renseignements sur l'exposition des travailleurs à certaines situations à risque en milieu de travail (Arcand *et al.*, 2000). Ces données révèlent tout d'abord qu'en ce qui concerne les risques pour la santé physique, les hommes sont toujours davantage exposés que les femmes, et ce, peu importe la situation à risque ou le type d'agresseur analysé.

Ainsi, 30 % des travailleurs sont exposés à des horaires de travail irréguliers ou imprévisibles (1 homme sur 3 et 1 femme sur 4), 21 % font un travail répétitif des mains et des bras (21 % des hommes et 20 % des femmes), 18 % sont en situation d'efforts en raison des outils, des machines ou de l'équipement qu'ils utilisent (28 % des hommes et 7 % des femmes) et 18 % des travailleurs manipulent des charges lourdes (24 % des hommes et 11 % des femmes). Il importe aussi de mentionner que 13 % des travailleurs œuvrent dans des milieux où le bruit est intense

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
Source: INSPQ et coll., 2006 (fiche 31).

Les situations à risque pour la santé psychologique touchent davantage les femmes que les hommes

Le milieu de travail présente aussi parfois des situations à risque pour la santé psychologique. Les femmes sont plus souvent victimes d'agressions psychologiques que les hommes. Ainsi, en 1998, 20 % des femmes et 17 % des hommes ont subi de l'intimidation au travail ; près de 8 % des femmes et 2 % des hommes ont déjà été victimes de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés au travail. En ce qui a trait à la violence physique, les chiffres semblent indiquer qu'elle est vécue autant par les hommes que par les femmes, soit par environ 3 % des travailleurs et des travailleuses.

(19 % des hommes et 5 % des femmes), que 10 % d'entre eux sont exposés à des solvants (14 % des hommes et 4 % des femmes) et que 9 % sont exposés à des vibrations des mains ou des bras (15 % des hommes et 2 % des femmes).

Au Québec, certaines régions de travail semblent présenter des risques pour la santé physique et psychologique plus élevés que la moyenne. C'est plus particulièrement le cas des régions de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, de Chaudière-Appalaches, d'Abitibi-Témiscamingue et de l'Estrie.

Stress lié au travail

Le travail et l'environnement de travail peuvent, dans certaines conditions, être sources de stress pour les travailleurs. Au Québec, ce sont 4 travailleurs sur 10 qui estiment vivre quotidiennement des journées de travail assez stressantes ou extrêmement stressantes. Les femmes semblent plus affectées que les hommes par ce problème : en 2003, 44 % des travailleuses disaient éprouver quotidiennement du stress au travail, comparativement à 36 % des travailleurs.

Lorsque les travailleurs manquent de latitude en matière de prise de décision au travail, cela peut représenter une source de stress et avoir des effets néfastes sur leur santé psychologique. La proportion de travailleurs québécois aux prises avec ce type de situation est estimée à 43 %. Il semble que les femmes, encore une fois, soient plus affectées par ce problème que les hommes : en 2002, 48 % des femmes disaient manquer de latitude décisionnelle au travail, contre 39 % des hommes. Par ailleurs, on rencontre davantage cette situation chez les jeunes travailleurs. Ainsi, en 2002, près des deux tiers des travailleurs de 15 à 24 ans n'avaient pas une grande latitude en matière de prise de décision au travail, par rapport à un tiers des travailleurs de 45 à 74 ans.

Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Depuis 10 ans, le nombre de demandes de retrait préventif enregistrées par le réseau de la santé dans le cadre du programme PMSD est passé de 16 000 à près de 25 000 (MSSS, 2005a). De ce nombre, 97 % sont des demandes de travailleuses enceintes et les autres, des demandes de travailleuses qui allaitent. Les secteurs d'activité d'où proviennent le plus de demandes sont

ceux de la santé et des services sociaux, avec plus de 6 700 demandes annuellement, du commerce, avec plus de 3 500 demandes, et de l'industrie manufacturière, avec plus de 3 100 demandes. À eux trois, ces secteurs d'activité regroupent plus de la moitié des demandes.

Les types de risques retenus sont par ailleurs très différents selon qu'il s'agisse d'une demande pour grossesse ou d'une demande pour allaitement. Pour les travailleuses enceintes, les contraintes ergonomiques constituent les risques les plus fréquemment retenus, soit dans près de neuf

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

Avec l'adoption de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* en 1979, 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).

Les risques pour la travailleuse enceinte ou qui allaite : quels sont-ils ?

Les risques retenus par le médecin du réseau de la santé et qui doivent être éliminés pour que la travailleuse demeure à son poste de travail, peuvent être regroupés en cinq catégories (MSSS, 2005a) : les contraintes ergonomiques (position de travail, soulèvement de charges, cadence rapide, etc.), les agresseurs chimiques (gaz, vapeurs, fumées, poussières, etc.), les agresseurs biologiques (virus, bactéries, etc.), les agresseurs physiques (radiations, vibrations, chaleur, froid, etc.) et les risques à la sécurité (agressions, chutes, etc.).

demandes de retrait sur dix. Les risques à la sécurité sont quant à eux retenus dans une demande sur deux ; les risques biologiques et les risques chimiques, dans moins d'une demande sur deux. Dans le cas des demandes pour allaitement, la situation est toute autre et seuls les agresseurs chimiques sont retenus de façon importante, soit dans 93 % des demandes.

Certains secteurs d'activité présentent en outre des risques différents pour la travailleuse enceinte ou qui allaite. Ainsi, on retient davantage les risques liés aux agresseurs chimiques pour l'ensemble du

secteur primaire, pour l'industrie de la construction et pour l'industrie manufacturière que pour les autres secteurs. De même, on retient deux à trois fois plus de demandes de retrait préventif pour ces trois secteurs ainsi que ceux du transport et des communications que pour les autres secteurs en ce qui a trait aux risques liés à la présence d'agresseurs physiques. Quant aux agresseurs biologiques, ils sont plus préoccupants pour le secteur de l'enseignement, où 88 % des demandes de retrait préventif liées à ces agresseurs sont retenues, et pour celui de la santé et des services sociaux, pour lequel on retient 75 % des demandes.

FIGURE 3.4.4
DEMANDES DE RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE,
SELON LE RISQUE, AU QUÉBEC EN 1996, 2000 ET 2004

Risques du milieu de travail	Grossesse			Allaitement		
	1996	2000	2004	1996	2000	2004
	%	%	%	%	%	%
Contraintes ergonomiques	93,6	88,4	86,4	5,5	7,8	4,2
Agresseurs chimiques	22,9	24,2	27,8	95,4	93,3	92,9
Agresseurs biologiques	23,3	31,3	40,3	13,6	14,1	16,4
Agresseurs physiques	14,3	13,5	16,7	0,7	3,1	2,2
Risques à la sécurité	40,9	42,6	52,4	0,9	3,1	0,8
Nombre total de demandes*	17 133	21 952	24 474	434	669	756

* Le fichier SMEST ne couvre pas les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James. Quatre régions saisissent partiellement ou pas du tout les risques à éliminer dans la source utilisée. Les données ne sont pas disponibles pour les régions Saguenay-Lac-Saint-Jean et Abitibi-Témiscamingue. De nombreuses données sont manquantes pour les régions Bas-Saint-Laurent et Laval. Enfin les données de la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont manquantes pour la seconde moitié de l'année 2004.

Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 64).

En perspective

Les accidents de travail sont à l'origine de la grande majorité des lésions professionnelles. La sensibilisation en matière de normes de sécurité au travail demeure donc toujours un enjeu important, puisque la majorité de ces accidents sont évitables.

Il est par ailleurs intéressant de constater que l'intervention en santé au travail peut cibler et sensibiliser différents publics de travailleurs de façon adaptée. Les jeunes travailleurs, par exemple, sont souvent plus exposés aux risques et sont davantage victimes de lésions et de traumatismes que les travailleurs plus âgés. On observe aussi des disparités entre les hommes et les femmes. Il n'est pas étonnant de constater, par exemple, que les travailleurs sont systématiquement plus nombreux à subir des lésions professionnelles ou à être exposés à des agresseurs que les travailleuses, puisque 70 % de la main-d'œuvre travaillant dans les secteurs primaire et secondaire est masculine. Ces deux secteurs d'activité présentent en effet de nombreux risques pour la santé de par la nature souvent dangereuse des emplois qu'ils proposent et de par la présence de contaminants dans leurs milieux de travail. Rappelons que les seuls secteurs de la construction et des mines et carrières ont enregistré plus du tiers des décès liés au travail.

Soulignons toutefois qu'au travail, la santé psychologique des femmes est plus souvent mise à l'épreuve que celle des hommes. D'une part, elles sont plus exposées que les hommes aux agresseurs psychologiques, tels que la violence, l'intimidation et les gestes ou les paroles à caractère sexuel non désirés. D'autre part, elles éprouvent généralement plus de stress que les hommes et disposent de moins de latitude décisionnelle au travail. Enfin, en ce qui a trait au nombre de jours d'indemnisation, les troubles psychologiques et mentaux occasionnés par l'activité professionnelle sont les plus graves.

3.5

Les aînés : plus nombreux et en meilleure santé

Les aînés, lesquels réfèrent aux personnes de 65 ans et plus, ont un poids démographique de plus en plus important dans la population québécoise. Toutefois, ce groupe de personnes couvre un large éventail d'âges. Il est constitué à la fois de nouveaux retraités dans la soixantaine, en pleine forme physique et mentale, ainsi que d'individus très âgés, ayant une qualité de vie très limitée. Le texte qui suit dépeint, à grands traits, les principales caractéristiques de cette population.

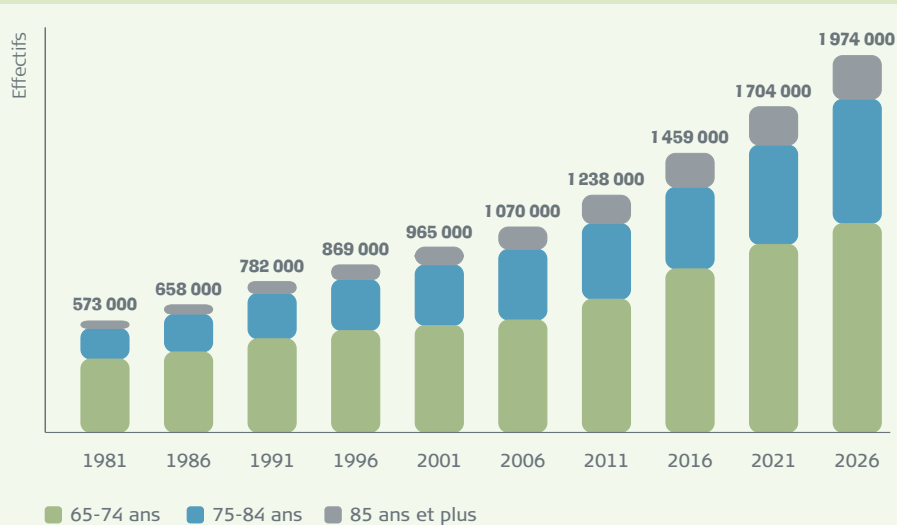
Le boom démographique de l'âge d'or

À l'heure actuelle, le Québec compte plus d'un million de personnes de 65 ans et plus, ce qui représente 1 Québécois sur 7. 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. En parallèle, l'allongement continu de la vie entraînera une hausse régulière des personnes très âgées. Ces deux facteurs combinés devraient faire passer le nombre d'aînés d'un million en 2006 à près de deux millions en 2026. Le nombre des aînés les plus vieux, soit ceux de 85 ans et plus, devrait aussi doubler durant la même période, et passer

de 115 000 à 230 000. D'ailleurs, parmi les pays industrialisés, le Québec devrait enregistrer l'un des taux d'accroissement les plus élevés du nombre de personnes de 65 ans et plus (Gauthier et al., 2004).

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 2 femmes pour 1 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 et passer de 37 % en 2006 à 23 % en 2026.

FIGURE 3.5.1
POPULATION DES AÎNÉS AU QUÉBEC DE 1981 À 2026



Source : MSSS, Service du développement de l'information, version février 2005 (produit électronique).

Vivre seul à la maison

Chez les aînés, près de 9 personnes sur 10 vivent dans un ménage privé. Parce qu'elles sont célibataires, veuves ou divorcées, et que les enfants ont quitté la maison, ces personnes se retrouvent souvent seules dans leur domicile. Cette situation s'intensifie avec l'âge. Par exemple,

Qui désigne-t-on par l'expression « personnes en institutions de santé » ?

Les institutions de santé considérées dans cette section sont celles définies au recensement de 2001. Elles comprennent les hôpitaux généraux, les hôpitaux assurant des soins d'urgence, les autres hôpitaux et établissements connexes, ainsi que les centres de traitement et les établissements pour personnes ayant une incapacité, les maisons de repos et les foyers pour personnes âgées (Statistique Canada, 2002c). Selon le recensement, on comptait, au Québec en 2001, 82 700 personnes vivant en institution de santé.

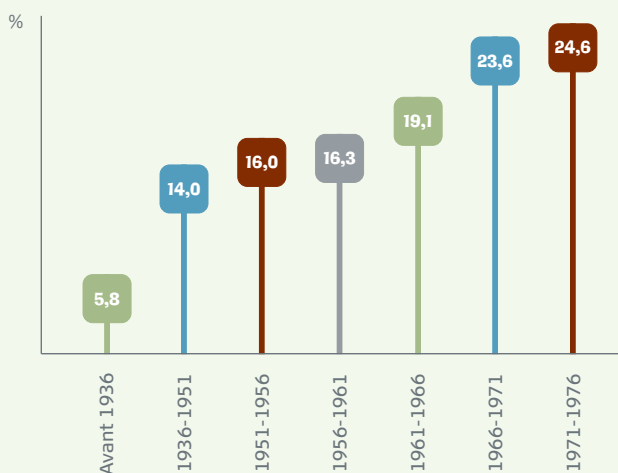
Dans le réseau de santé québécois, le terme « institution » réfère aux centres hospitaliers de soins de longue durée du secteur public ou du secteur privé conventionné (ayant signé une convention avec le MSSS pour des fins de financement). Au 31 mars 2005, on comptait au Québec 35 612 personnes de 65 ans et plus vivant dans ces institutions.

chez les personnes de 85 ans et plus, plus de 50% des femmes et plus de 40% des hommes vivent seuls. Ces femmes et ces hommes n'ont souvent pas de soutien social ou financier. Ils dépendent, pour les soins de santé, des services publics et communautaires, et pour leur revenu, du Supplément de revenu garanti (Lefebvre, 2003 ; ISQ, 2004).

La proportion d'aînés résidant dans des ménages privés diminue avec l'âge alors que les institutions de santé deviennent leur lieu de résidence. Dans le groupe des personnes de 85 ans et plus, près de 4 personnes sur 10 se retrouvent ainsi en institution.

Des conditions socioéconomiques précaires, mais en voie d'amélioration

FIGURE 3.5.2
DIPLOMES UNIVERSITAIRES SELON LA GÉNÉRATION
AU QUÉBEC EN 2001



Source : Statistique Canada, recensement de 2001.

Le statut socioéconomique joue, en général, un rôle important sur la santé. Cette tendance semble cependant moins claire chez les personnes de 65 ans et plus. On dénote ainsi moins d'inégalités sociales de la santé dans cette population (Wilkins *et al.*, 2002).

Toutefois, par rapport aux autres groupes d'âge, les aînés, et en particulier les femmes aînées, jouissent de conditions économiques moins favorables. Elles sont moins scolarisées, vivent plus souvent sous le seuil de faible revenu et, à cet égard, dépendent plus fréquemment de transferts gouvernementaux. La situation économique des aînés s'est cependant améliorée au cours des dernières années. De plus, l'insécurité alimentaire est moins répandue dans ce groupe que dans le reste de la population.

L'arrivée des baby-boomers dans le groupe des aînés devrait toutefois modifier cette situation. Ceux-ci sont plus scolarisés, ils ont généralement cotisé à un fonds de pension et, par conséquent, sont plus susceptibles de disposer d'un revenu de rentes plus élevé. La situation de précarité économique qui touche les femmes de 65 ans et plus devrait se rencontrer de moins en moins souvent dans les générations d'après-guerre.

Un réseau social important, mais qui nécessite encore des améliorations

Bien qu'ils vivent souvent seuls, des données de 1996 indiquent que plusieurs aînés bénéficient d'un réseau social important (Lefebvre, 2003). Ce réseau est constitué des enfants, des frères et des sœurs, des personnes apparentées ou d'amis proches. Par ailleurs, près de 80 % des aînés déclarent avoir un niveau élevé de soutien social. Ce pourcentage diminue cependant avec l'âge, et il est moins élevé que dans la population de moins de 65 ans. De plus, les proportions de personnes de 65 ans et plus ayant un niveau élevé de soutien social sont plus faibles au Québec que dans les autres provinces canadiennes (Statistique Canada et ICIS, 2005).

Les aînés bénéficient également de services prodigués bénévolement par des réseaux informels de soutien. Ainsi, au recensement de 2001, plus d'un million de Québécois ont déclaré avoir consacré du temps non rémunéré à donner des soins ou de l'aide à des personnes âgées. Cette pratique est toutefois moins répandue au Québec que dans les autres provinces.

Les bonnes habitudes de vie : un facteur important pour le maintien de la santé des aînés

Les habitudes de vie jouent un rôle majeur dans la prévention des maladies, ou le rétablissement à la suite d'un épisode de maladie. L'effet bénéfique des bonnes habitudes de vie est cumulatif à travers le parcours de vie des individus. Ainsi, les risques que la santé se dégrade seraient beaucoup moins élevés à tous les âges chez les aînés ayant de bonnes habitudes de vie (Martel *et al.*, 2005).

Selon les différentes enquêtes de santé, les personnes de 65 ans et plus affichent en général de meilleures habitudes de vie que leurs cadets. Ils consomment plus souvent des fruits et des légumes, et sont moins nombreux à fumer et à consommer des quantités élevées d'alcool.

Néanmoins, plusieurs de ces habitudes laissent une large place à l'amélioration. En effet, la moitié des aînés consomment encore moins de cinq fruits et légumes par jour, le tiers sont sédentaires en matière d'activité physique de loisirs, et près du quart sont exposés de façon active ou passive au tabagisme. Par conséquent, la proportion de personnes âgées susceptibles de tirer profit de l'adoption et du maintien de bonnes habitudes de vie est considérable.

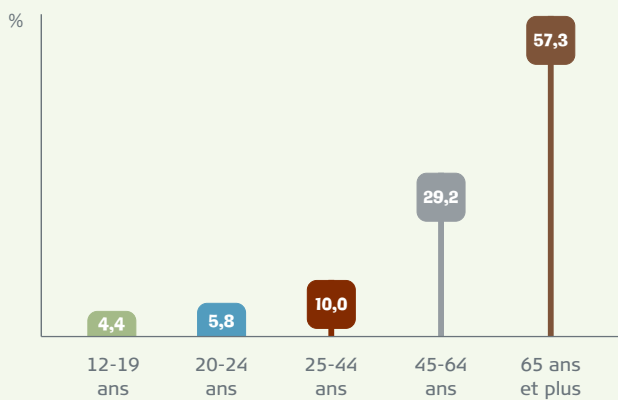
Des services de santé essentiels et de plus en plus en demande

L'accès rapide et en temps opportun à des services de santé adéquats constitue un déterminant important pour la durée et la qualité de vie des aînés. Le recours au large spectre des services offerts par le réseau de la santé (services préventifs, services de première ligne et services hospitaliers) augmente avec l'âge et s'intensifie dans les groupes les plus âgés.

Ainsi, au cours d'une année, 95 % des aînés consultent au moins une fois un médecin ou un chirurgien, près de 60 % consomment au moins trois médicaments, le tiers participe aux programmes de services optométriques et 60 % reçoivent le vaccin contre la grippe. Environ 15 % des aînés bénéficient de services à domicile dans le cadre du programme *Perte d'autonomie liée au vieillissement*.

Au cours des dernières années, la consommation de médicaments a enregistré une croissance fulgurante chez les aînés. De 2000 à 2003, le nombre annuel d'ordonnances par personne est passé de 47 à 63, et a atteint un sommet de 90 chez les personnes de 85 ans et plus. Cet accès aux médicaments peut avoir des effets bénéfiques; il peut aussi causer, dans certains cas, de graves problèmes d'intoxication médicamenteuse (Millar, 1998 ; MSSS, 1994).

FIGURE 3.5.3
POPULATION AYANT CONSOMMÉ AU MOINS TROIS
MÉDICAMENTS DIFFÉRENTS AU QUÉBEC EN 2003



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiche 77).

Le recours aux services hospitaliers augmente aussi de façon exponentielle avec l'âge. Le séjour hospitalier est souvent lié à des interventions qui permettent d'améliorer l'état fonctionnel de la personne (remplacement de la hanche ou du genou), ou de prolonger sa vie (pontage coronarien, angioplastie). Si l'accès à ces interventions a augmenté considérablement au cours des dernières années, dans certains cas, notamment dans celui du remplacement de la hanche ou du genou, le Québec accuse toujours un retard important par rapport aux autres provinces (Statistique Canada et ICIS, 2006).

À mesure que les années passent, que l'état de santé devient de plus en plus précaire et que le réseau informel de soutien s'effrite, la proportion de gens âgés placés en institution de santé augmente significativement. En 2001, 2,5 % des personnes de 65 à 74 ans, 10,7 % des personnes de 75 à 84 ans et 37,0 % des personnes de 85 ans et plus vivaient en institution de santé.

La majorité des aînés sont en santé

En général, l'état de santé de la population se détériore avec l'âge. Les taux de prévalence, d'hospitalisation et de mortalité pour la majorité des problèmes de santé sont plus élevés chez les aînés que dans le reste de la population, et atteignent des sommets dans les groupes les plus âgés.

Ces problèmes sont plus souvent associés à la santé physique qu'à la santé mentale. Lors de l'enquête menée en 2000 et 2001 par Statistique Canada, les problèmes déclarés par au moins 10 % des Québécois de 65 ans et plus étaient en premier lieu l'arthrite ou le rhumatisme, puis les maladies cardiaques, les cataractes, le diabète et les problèmes de la thyroïde (Lefebvre, 2003). En ce qui concerne la mortalité, trois causes regroupent près des trois quarts des décès chez les aînés, soit, dans l'ordre, les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil respiratoire.

Les répercussions des différentes maladies qui affligent la population des aînés se traduisent chez les personnes par des limitations dans leurs activités de la vie quotidienne, des problèmes de santé fonctionnelle liés à différents attributs, comme la vue, l'ouïe, la mémoire, la douleur, et une perception négative de leur santé. Ainsi, 1 personne sur 4 âgée de 65 ans et plus déclare être atteinte d'un problème de santé fonctionnelle, ou ne se perçoit pas comme étant en bonne santé. La situation varie beaucoup selon l'âge, à l'intérieur du groupe des aînés. Avant l'âge de 75 ans, 20 % de ceux-ci ne se considèrent pas en bonne santé, tandis que cette proportion passe à 30 % chez ceux qui ont 75 ans et plus.

Il n'en demeure pas moins que les trois quarts des aînés vivant à domicile ne présentent aucun problème de santé fonctionnelle. De plus, l'espérance de vie à 65 ans n'a cessé d'augmenter au Québec au cours des ans : elle est passée de 17 ans, au milieu des années 1980, à 19 ans de nos jours. Qui plus est, sur ces 19 ans, au moins 15 sont vécus en santé.

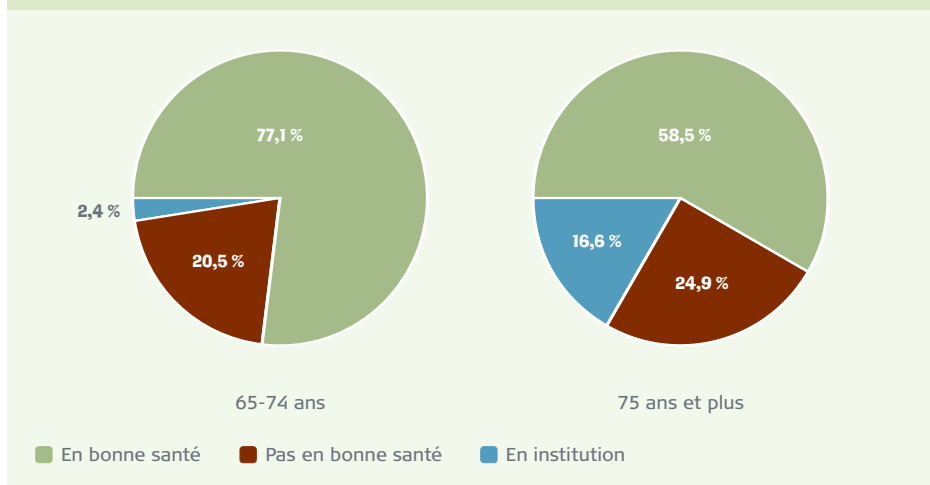
Si, chez les aînés de 65 ans, les femmes semblent être plus nombreuses que les hommes à souffrir de problèmes de santé et à présenter des limitations dans leurs activités, elles continuent cependant de bénéficier d'une espérance de vie plus élevée qu'eux. Elles peuvent ainsi espérer vivre encore 20,5 années, dont 15,5 en santé, alors que les hommes ont une durée de vie de 16,5 années, dont 13,4 en santé.

Comparativement aux aînés du reste du Canada, la durée de vie totale ou en santé des aînés du Québec est similaire (MSSS, 2004 ; Statistique Canada et ICIS, 2005). Sur le plan international, les aînés du Québec bénéficient, à 65 ans, d'une espérance de vie supérieure à la moyenne des

pays industrialisés. Les hommes accusent cependant un retard de 1,3 an, et les femmes, un retard de 2,2 ans sur le Japon, qui occupe le premier rang (OCDE, 2005).

Au plan de la santé mentale, la situation des aînés est encore plus positive. Comme dans l'ensemble de la population, seulement 4 % des personnes de 65 ans et plus ne se perçoivent pas en bonne santé mentale. De plus, les aînés sont beaucoup moins nombreux que le reste de la population à éprouver un niveau élevé de stress ou à avoir vécu, au cours de la dernière année, un épisode dépressif majeur.

FIGURE 3.5.4
POPULATION DE 65-74 ANS ET DE 75 ANS ET PLUS
SELON L'ÉTAT DE SANTÉ AU QUÉBEC EN 2001



Source : INSPQ et coll., 2006 (fiches 85 et 95).

En perspective

Les aînés présentent actuellement un bilan de santé relativement positif, en particulier ceux qui sont âgés de moins de 75 ans. Ces « jeunes » aînés vieilliront et, avec l'allongement de la durée de vie, viendront grossir les rangs des personnes de 85 ans et plus. Les gens très âgés, ceux qui ont 85 ans et plus, présentent un portrait de santé beaucoup moins favorable. En outre, les jeunes aînés actuels seront remplacés, dès 2011, par les cohortes les plus âgées des baby-boomers. Ces nouveaux aînés, plus instruits et plus fortunés, présenteront également de meilleures habitudes de vie que leurs prédécesseurs et, donc, un bilan de santé encore plus positif. Ils devraient être plus nombreux à faire partie de la population active et à travailler jusqu'à un âge plus avancé (Statistique Canada, 2006d).

Malgré ce portrait assez encourageant, le vieillissement de la population et l'importante augmentation du nombre de personnes âgées au Québec suscitent tout de même des préoccupations, notamment en ce qui a trait aux soins de santé et à la façon de gérer les régimes de pension. Le défi pour la société québécoise face au boom démographique des aînés consiste donc à ce que les aspects positifs liés à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être limitent le plus possible les effets négatifs résultant d'une demande plus forte en soins de santé et en régimes de pension.

Conclusion

Le présent portrait de l'état de santé de la population québécoise permet de constater l'ampleur des progrès accomplis au cours des dernières années. On réalise ainsi que les efforts entrepris ne sont pas vains et qu'il est possible de favoriser une meilleure santé de la population.

Après les victoires répétées sur les maladies infectieuses tout au long du vingtième siècle, le recul de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est peut-être le progrès le plus remarquable des dernières années au Québec. Ce phénomène, au même titre que la baisse de la mortalité infantile, n'est évidemment pas étranger à la hausse continue de l'espérance de vie et surtout au niveau élevé de l'espérance de vie en bonne santé. La diminution appréciable de la consommation de tabac nous incite à croire que des gains importants sont encore possibles à cet égard. Toutefois, les Québécois fument encore davantage que les Canadiens des autres provinces.

Il ne faut donc rien tenir pour acquis et la vigilance doit être maintenue, même lorsque des progrès considérables sont constatés. Par exemple, les campagnes de sensibilisation relativement à la sécurité routière ont porté fruits au cours des années 1990, mais on a noté récemment une augmentation du nombre de victimes de la route. Dans le cas des maladies infectieuses, l'apparition de nouvelles maladies est toujours possible, de même que la résurgence soudaine d'infections connues, comme c'est le cas actuellement pour certaines maladies transmissibles sexuellement et par le sang. Par ailleurs, quelques aspects de l'environnement social soulèvent des inquiétudes comme l'augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules et les cas de plus en plus nombreux de négligence chez les enfants.

L'importance de la pratique de l'activité physique et de l'adoption de saines habitudes alimentaires pour conserver une bonne santé semble à présent reconnue par tous. Cependant, dans les différents milieux de vie, on devra aussi favoriser le maintien de la santé, sinon bien des efforts risquent d'aboutir à des résultats insatisfaisants. Si les milieux de travail et l'environnement évoluent dans un sens favorable, ils contribueront considérablement à l'amélioration de l'état de santé des Québécois. L'accessibilité aux soins de santé et aux services préventifs fait évidemment partie d'un environnement propice au maintien et à l'amélioration de la santé. À cet égard, l'expérience des dernières années montre qu'il est possible de faire mieux et ce, de façon relativement rapide.

Par ailleurs, les progrès accomplis ne doivent pas dissimuler l'existence de disparités persistantes au sein même de la population québécoise. Observé par la loupe des conditions socioéconomiques, l'état de santé des Québécois affiche un portrait plus contrasté qu'il n'y paraît au premier abord. Naître dans un milieu défavorisé constitue un désavantage certain face à la perspective de vivre longtemps et en santé. De plus, la surmortalité masculine demeure élevée pour les principales causes de décès. Enfin, certaines disparités régionales étonnent par leur ampleur. Les régions qui comptent un nombre important d'autochtones sont nettement défavorisées au chapitre des principaux indicateurs de santé. Est-ce acceptable, dans le Québec des années 2000, que l'espérance de vie dans certaines régions soit inférieure à la moyenne d'environ quinze ans ?

Les défis à relever sont de taille quant à la réduction des disparités de toutes sortes. Ils le sont aussi au regard de certaines affections, comme le cancer, dont les ravages persistent toujours. En effet, bien que de manière générale on observe une tendance à la baisse de la mortalité pour les grandes causes de cancer, le Québec affiche à ce chapitre un piètre bilan comparativement aux autres provinces canadiennes et aux pays industrialisés. Devenu depuis peu la première cause de décès au Québec, le cancer mérite une attention particulière, si l'on souhaite diminuer l'étendue de ce fléau dans les prochaines années. Fait particulièrement inquiétant, depuis une vingtaine d'années, la mortalité par cancer du poumon bien qu'elle soit encore supérieure chez les hommes, a doublé chez les femmes.

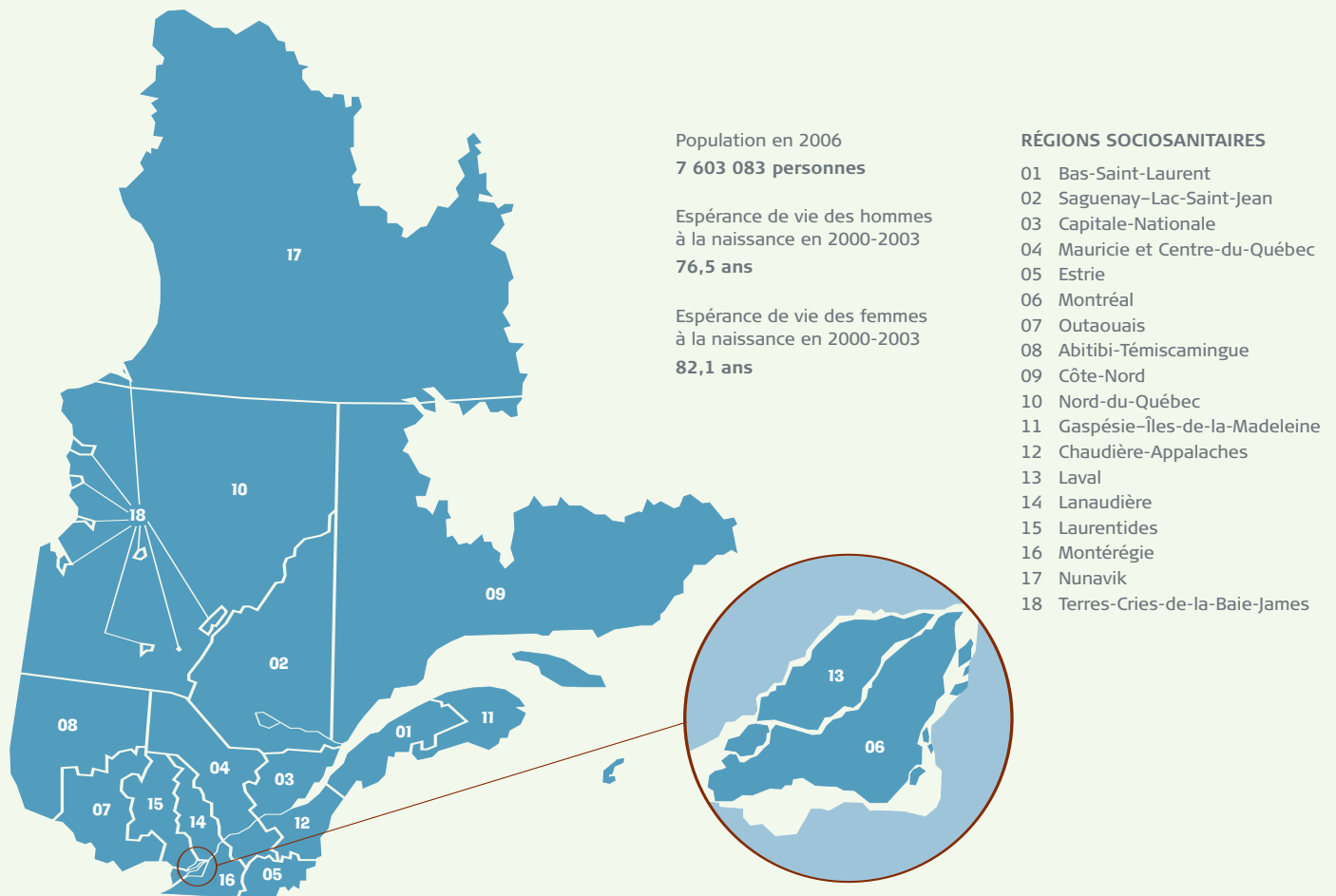
Devenue un problème de santé publique à l'échelle occidentale, l'obésité, pour sa part, est en nette progression au Québec depuis la fin des années 1980. Considérée à la fois comme une maladie et comme un facteur de risque quant au développement d'autres maladies, elle représente une menace bien réelle, dont les effets atténuent les gains réalisés ces dernières années en matière de santé publique. Si l'obésité n'est pas aussi répandue au Québec que dans les autres provinces canadiennes, elle y est tout de même plus fréquente que dans la plupart des pays développés. C'est par une large mobilisation qu'on pourra endiguer ce phénomène en émergence qui, peut-être davantage que d'autres problèmes de santé, déborde du champ traditionnel de la santé publique.

Bien que la très grande majorité des Québécois se considèrent en bonne santé mentale, certains signaux incitent à la vigilance. Une minorité importante d'entre eux affirment éprouver un stress quotidien élevé, ce qui constitue évidemment une entrave au bien-être personnel, mais aussi un facteur de risque quant au développement de maladies. Vivre un épisode dépressif majeur est une épreuve que doivent traverser une proportion non négligeable de Québécois. Enfin, bien qu'une légère diminution du suicide ait été observée ces dernières années, le taux demeure élevé, principalement chez les hommes. Cette particularité peu enviable de la société québécoise doit demeurer au centre des préoccupations de santé publique.

Compte tenu des défis posés par le phénomène du vieillissement de la population au Québec, l'amélioration de l'état de santé de cette dernière doit certainement être considérée comme un atout important. Poursuivre sur cette lancée exige que la mobilisation générale se fasse autour de cibles précises. Quinze ans après la publication de la *Politique de la santé et du bien-être*, le présent *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* apparaît comme un précieux outil pour enrichir la réflexion sur les objectifs et les cibles d'action à privilégier dans les années à venir. Car il est toujours possible d'améliorer la santé de la population !

Annexe 1

Synthèse québécoise



Source: INSPQ et coll., 2006.

Déterminants de la santé

Depuis 1986, la population du Québec a augmenté de près d'un million de personnes pour se situer, en 2006, à 7 603 083 habitants. Au fil des années, le visage du Québec a changé, il a vieilli et même passablement, au point que la proportion de personnes de 65 ans et plus rattrape maintenant peu à peu celle des personnes de 0 à 14 ans. La fécondité est faible et l'apport de l'immigration est de plus en plus grand. La population du Québec devient davantage multiethnique. En 2001, un Québécois sur dix venait de l'extérieur du Canada. Soulignons que près de 84 % de la population parle le français à la maison ; 10 %, l'anglais et 6 %, une autre langue. Enfin, la famille vit, elle aussi, certains bouleversements. Davantage de familles sont monoparentales, et le nombre de personnes seules croît constamment.

Sur le plan socioéconomique, la situation tend à s'améliorer. La population est plus scolarisée, l'emploi augmente et le chômage diminue. De plus, la proportion des prestataires de l'assistance-emploi baisse et le revenu personnel par habitant progresse. Mais un point inquiétant subsiste : près d'une personne sur cinq vit sous le seuil de faible revenu.

Il est difficile de juger de la qualité de l'environnement à partir des indicateurs disponibles. Signalons toutefois quelques faits : les trois quarts de la population reçoivent leur eau potable de la surface (lac, rivière, etc.) et le quart, des nappes souterraines. Ajoutons qu'une grande partie de cette eau est traitée et que, depuis trois ans, le nombre d'avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau est en nette diminution. Par ailleurs, près de 80 % de la population est desservie par des installations d'épuration des eaux usées. Pour ce qui est de la qualité de l'air, elle est encore plus difficile à saisir. Mentionnons seulement que le nombre de jours de smog varie grandement d'une année à l'autre. Pour terminer, notons que la qualité des logements semble se maintenir, car, depuis 1991, 8 % de ceux-ci nécessitent des réparations majeures.

La dimension sociale est une autre facette difficile à évaluer. Néanmoins, elle semble s'améliorer. Le taux de sortie sans diplôme du secondaire diminue, de moins en moins de jeunes de 15 à 24 ans ne fréquentent pas l'école, la proportion de mères faiblement scolarisées est en baisse de même que le taux de jeunes contrevenants. Par ailleurs, depuis 15 ans, le nombre de places disponibles en services de garde est en nette progression : en 2005, un enfant sur deux de 0 à 4 ans avait accès à une de ces places. Le portrait est cependant plus sombre en matière de crimes contre la personne, car on remarque une augmentation récente dans ce domaine, ce qui n'est pas sans soulever certaines inquiétudes.

Pour les habitudes de vie et les comportements, les bonnes nouvelles sont aussi au rendez-vous. Les Québécois fument moins, ils sont plus actifs durant leurs loisirs, les cyclistes portent davantage leur casque, et le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies est en constante régression. Toutefois, les défis sont encore nombreux : une personne sur quatre fume, 26 % de la population ne fait pas d'exercice durant ses loisirs, et plus de la moitié de la population ne consomme pas 5 portions de fruits ou de légumes par jour.

L'accès à des services de santé de qualité est une préoccupation constante de la population. Quatre volets composent la rubrique des services de santé. Le premier, les ressources et les équipements, semble connaître une certaine amélioration. Le nombre de médecins pour 100 000 habitants augmente légèrement, on effectue davantage d'examen en tomodensitométrie et en imagerie par résonance magnétique, et on traite davantage de cas de cancers en radio-oncologie. Par ailleurs, les services préventifs bénéficient des progrès les plus apparents. Plus de femmes de 50 à 69 ans passent des mammographies, les personnes de 50 ans et plus sont plus nombreuses à recevoir le vaccin contre la grippe, de même que les élèves de 4^e année à recevoir celui contre l'hépatite B. Concernant les services de première ligne, on remarque peu de changements, si ce n'est la progression du taux de participation des personnes de 65 ans et plus au programme des services optométriques. En outre, rappelons que, d'une année à l'autre, plus de 80 % de la population consulte un médecin. Pour terminer, soulignons que le bilan des services hospitaliers est plus contrasté. Tout d'abord, les services hospitaliers entourant l'accouchement montrent des résultats mitigés. Le taux d'épisiotomie régresse, mais le taux de déchirure périnéale du premier et du second degrés augmente. De plus, on observe une augmentation des césariennes ces dernières années. Enfin, pour ce qui est des autres services hospitaliers, on constate une baisse importante du taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires. Tout comme dans le *Portrait de santé. Le Québec et ses régions, édition 2001*, un des points qui soulève le plus de questions et qui nécessite d'importants correctifs est celui des séjours excessifs à l'urgence (48 heures et plus) : ils sont encore fréquents et, malheureusement, à la hausse.

État de santé

Le fait marquant des 20 dernières années est sûrement l'accroissement de l'espérance de vie, qui est de 4,1 ans chez les Québécois et de 2,2 ans chez les Québécoises, un gain plus qu'appréciable. D'autres résultats sont également fort intéressants : les hospitalisations en soins physiques de courte durée sont en baisse, et ce, sans égard à la cause, et la santé dentaire des jeunes ne cesse de s'améliorer.

Les résultats des indicateurs liés aux maladies chroniques sont toutefois moins encourageants. Le nombre de personnes présentant un surplus de poids augmente, et plusieurs problèmes de santé sont à la hausse, tels que les maux de dos autres que ceux résultant de la fibromyalgie et de l'arthrite, l'hypertension, l'arthrite ou le rhumatisme, et les migraines. Cependant, mentionnons que, contrairement à certaines appréhensions populaires, les taux d'incidence de l'ensemble des sièges de cancer et de plusieurs sièges spécifiques sont demeurés relativement stables ces dernières années. Par contre, l'adoption de la 10^e révision de la Classification internationale des maladies, qui a eu lieu au Québec en 2000, ne permet pas de comparer l'évolution des différentes causes de décès.

Le bilan de santé des nouveau-nés est fort positif. La proportion des naissances avec un retard de croissance intra-utérine diminue, tout comme le taux d'hospitalisations au cours de la première année de vie, et comme les taux de mortalité infantile et périnatale. Au chapitre des traumatismes non intentionnels, soulignons que les campagnes d'information sur l'alcool au volant semblent avoir porté fruits puisque, au cours des 10 dernières années, parmi les conducteurs décédés, on note une diminution de ceux qui ont présenté un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise.

En ce qui a trait aux maladies infectieuses, elles semblent *a priori* sous contrôle, voire en régression, dans certains cas. C'est vrai, entre autres, pour la coqueluche, l'infection à *Chlamydia trachomatis* génitale, l'infection gonococcique, la salmonellose et la tuberculose. Le nombre de grossesses ectopiques a également diminué au cours des 10 dernières années. Cependant, une maladie évolue dans le sens contraire : l'hépatite C chronique est en forte hausse.

Les impacts environnementaux et les effets du milieu de travail sur la santé sont d'autres sujets qui intéressent la santé publique. En général, il est assez difficile de relier l'environnement ou le milieu de travail à des problèmes de santé, mais certains cancers ou certaines maladies y sont davantage associés (cancer du rein, cancer du cerveau, trouble du rythme cardiaque, cancer de la plèvre, etc.). Au cours des dernières années, le taux d'intoxications déclarées et signalées au Centre Anti-Poison du Québec a baissé. Pour ce qui est des maladies liées au milieu de travail, on note que près de 40 % des travailleurs éprouvent un stress quotidien élevé au travail, et que, dans une proportion similaire, ils n'y ont pas une grande latitude de prise de décision.

Pour terminer, mentionnons que l'état de santé psychosociale ou mentale de la population québécoise demeure préoccupant. Ainsi, soulignons qu'une personne sur quatre éprouve un stress quotidien élevé, que près de 8 % de la population a vécu, au cours de la dernière année, un épisode dépressif majeur, et surtout que, chaque jour, près de quatre personnes se suicident au Québec.

Déterminants de la santé

CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
1 Taux d'accroissement %	(1986-1991)	(2001-2006)
Total	5,2	2,7
0-14 ans	2,8	-5,5
15-64 ans	4,0	3,3
65 ans et plus	17,3	10,4
2 Population	(1986)	(2006)
Total N	6 708 468	7 603 083
0-14 ans %	20,2	16,2
15-64 ans %	70,0	69,7
65 ans et plus %	9,8	14,1
Indice de dépendance totale %	43,0	43,5
Indice de dépendance des jeunes %	28,9	23,3
Indice de dépendance des aînés %	14,0	20,2
Indice de vieillesse %	48,4	86,7
Âge médian ans	31,8	40,7
Rapport de masculinité Hommes par 100 femmes	–	98
3 Indice synthétique de grossesse	(1995-1998)	(1999-2003)
Grossesses par femme	2,28	2,22
4 Indice synthétique de fécondité	(1984-1988)	(1999-2003)
Enfants par femme	1,40	1,48
CONDITIONS SOCIOCULTURELLES		
5 État matrimonial de fait (18 ans et plus) %	(1991)	(2001)
Célibataires	23,4	24,9
Légalement mariés	51,3	42,2
Partenaires en union libre	11,7	17,8
Séparés	2,1	2,0
Divorcés	4,9	6,6
Veufs	6,5	6,5
6 Familles avec enfants de moins de 18 ans %		
Couples actuellement mariés	68,6	50,5
Couples vivant en union libre	13,5	26,8
Familles monoparentales	17,9	22,7
7 Enfants de moins de 18 ans vivant avec un seul parent %	15,4	19,7
8 Population vivant seule %		
Total (15 ans et plus)	12,1	15,2
Hommes (15 ans et plus)	10,8	13,9
Femmes (15 ans et plus)	13,4	16,4
15-64 ans	–	12,4
65-74 ans	–	25,7
75 ans et plus	–	39,7
9 Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé %		
Total (65 ans et plus)	89,1	90,1
Hommes (65 ans et plus)	92,3	93,3
Femmes (65 ans et plus)	86,9	87,9
65-74 ans	95,4	96,7
75-84 ans	84,6	88,2
85 ans et plus	58,2	58,9

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
10 Population selon la langue parlée à la maison %	(1991)	(2001)
Français	83,9	83,9
Anglais	10,7	10,0
Autres langues	5,4	6,0
11 Immigrants %	8,7	9,9
CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES		
12 Population des 25 ans et plus selon le plus haut niveau de scolarité atteint %	(1991)	(2001)
Inférieur au certificat d'études secondaires	39,7	31,3
Certificat d'études secondaires	16,6	17,6
Études postsecondaires partielles (inférieures au baccalauréat)	32,2	35,6
Grade universitaire	11,5	15,6
13 Population active occupée selon le type d'industrie %		
Secteur primaire	–	3,0
Industries manufacturières	–	18,5
Construction	–	2,7
Transport et communications	–	6,4
Commerce	–	18,4
Services gouvernementaux	–	6,2
Enseignement	–	7,4
Santé et services sociaux	–	11,5
Hébergement et restauration	–	6,3
Autres services	–	19,7
14 Population active occupée selon la profession %		
Gestion	–	10,0
Affaires, finances et administration	–	19,2
Sciences naturelles et appliquées	–	6,6
Secteur de la santé	–	6,2
Sciences sociales, enseignement, etc.	–	8,8
Arts, culture, sports et loisirs	–	2,9
Ventes et services	–	22,9
Métiers, transport et machinerie	–	12,1
Professions du secteur primaire	–	2,5
Transformation, fabrication, etc.	–	8,8
	(1991)	(2005)
15 Taux d'emploi %	55,9	60,1
16 Taux de chômage %	12,1	8,3
	(1995)	(2004)
17 Revenu personnel par habitant \$ courants	21 266	28 595
Revenu personnel disponible par habitant \$ courants	16 247	21 649
18 Population vivant sous le seuil de faible revenu %	(1990)	(2000)
Total	19,4	19,1
Hommes	17,4	17,3
Femmes	21,4	20,8
	(1991)	(2005)
19 Prestataires de l'assistance-emploi %	9,5	8,1

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
20	Personnes de 65 ans et plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti %				
	(1990)	(2005)			
	Total (65 ans et plus)	56,3	49,3		
	Hommes (65 ans et plus)	–	42,1		
	Femmes (65 ans et plus)	–	54,5		
21	Population en situation d'insécurité alimentaire %				
	(2000-2001)	(2003)			
	Total (12 ans et plus)	13,7	13,1		
	Hommes (12 ans et plus)	12,0	11,4		
	Femmes (12 ans et plus)	15,3	14,7		
22	Logements privés selon le mode d'occupation %				
	(1991)	(2001)			
	Loués	44,4	42,0		
	Possédés	55,5	57,9		
	Logements de bande	0,1	0,1		
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE					
23	Population selon la source d'approvisionnement en eau potable %				
				(2003)	
	Eaux de surface	–	74,9		
	Eaux souterraines	–	22,7		
	Eaux mixtes	–	2,4		
	Population selon le mode de traitement de l'eau potable %				
	Traitement complet	–	44,3		
	Autres traitements	–	28,4		
	Simple chloration	–	10,0		
	Sans traitement	–	4,8		
	N'ayant pas de réseau de distribution	–	12,5		
	(2002)	(2004)			
24	Nombre d'avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau				
		518	375		
	(2003)	(2004)			
	Population touchée quotidiennement par un avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau %				
		0,5	0,8		
	(1995)	(2002)			
25	Population desservie par des installations d'épuration des eaux usées %				
		61,7	79,4		
26	Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison presque chaque jour %				
				(2003)	
	Total (12 ans et plus)	–	15,7		
	Hommes (12 ans et plus)	–	16,7		
	Femmes (12 ans et plus)	–	14,7		
	(1995)	(2004)			
27	Nombre de jours de smog				
		22	12		
	(2000)	(2003)			
28	Quantité des émissions atmosphériques des principaux polluants générées par les industries tonnes métriques				
		717 055	697 422		
29	Quantité des émissions atmosphériques des principaux polluants générées par le transport routier tonnes métriques				
				(2000)	
	Particules respirables (PM _{2,5})	–	5 239		
	Oxydes de soufre (SO _x)	–	6 131		
	Composés organiques volatils (COV)	–	84 321		
	Oxydes d'azote (NO _x)	–	208 927		
30	Population active occupée de 15 ans et plus selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail %				
	(1996)	(2001)			
	Conducteur	73,1	72,9		
	Passager	6,0	5,3		
	Transport en commun	11,8	12,8		
	À pied	7,4	6,9		
	À bicyclette	1,0	1,2		
	Autres moyens	0,7	0,8		
31	Travailleurs exposés à certaines situations à risque en milieu de travail %				
				(1998)	
	Horaire irrégulier ou imprévisible	–	30,1		
	Travail répétitif des mains et des bras	–	20,6		
	Manipulation de charges lourdes	–	18,1		
	Bruit intense	–	12,6		
	(1991)	(2001)			
32	Logements privés nécessitant des réparations majeures %				
		8,0	7,8		
ENVIRONNEMENT SOCIAL					
33	Taux de sortie sans diplôme du secondaire %				
	(1990-1991)	(2003-2004)			
		23,2	14,8		
34	Population de 15-24 ans ne fréquentant pas l'école %				
	(1991)	(2001)			
	Total (15-24 ans)	37,3	33,2		
	Hommes (15-24 ans)	38,8	36,1		
	Femmes (15-24 ans)	35,7	30,2		
35	Naissances selon la scolarité de la mère %				
	(1984-1988)	(1999-2003)			
	Moins de 11 ans	19,1	13,0		
	11 ans	–	10,9		
	12-13 ans	–	20,6		
	14-15 ans	–	23,7		
	16 ans et plus	–	31,9		
36	Taux de grossesse à l'adolescence p. 1 000 adolescentes				
	(1995-1998)	(1999-2003)			
	14-17 ans	19,4	18,2		
	18-19 ans	68,5	65,9		
	(1993-1998)	(1998-2004)			
37	Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse p. 1 000				
		4,2	5,5		
38	Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois p. 100 000				
	(1997)	(2002)			
	Total (12-17 ans)	7 654	6 504		
	12-14 ans	4 764	4 116		
	15-17 ans	10 311	8 942		

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
	(1998)	(2003)
39 Taux de crimes contre la personne p. 100 000	868	984
40 Taux de victimisation pour violence conjugale (femmes de 12 ans et plus) p. 100 000	371	419
	(1990)	(2005)
41 Taux de places disponibles en services de garde p. 100 enfants de 0-4 ans	10,9	51,9
42 Personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées %	(1996)	(2001)
Total (15 ans et plus)	16,2	17,7
Hommes (15 ans et plus)	13,3	14,7
Femmes (15 ans et plus)	19,1	20,6
43 Population n'ayant pas un niveau élevé de soutien social %		(2000-2001)
Total (12 ans et plus)	–	14,4
Hommes (12 ans et plus)	–	14,5
Femmes (12 ans et plus)	–	14,2
44 Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale %	(2000-2001)	(2003)
Total (12 ans et plus)	20,0	11,1
Hommes (12 ans et plus)	19,7	11,9
Femmes (12 ans et plus)	20,2	10,4
HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS		
45 Personnes consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes %		(2003)
Total (12 ans et plus)	57,7	54,9
Hommes (12 ans et plus)	63,9	63,4
Femmes (12 ans et plus)	51,8	46,7
	(2000-2001)	(2003)
46 Population de 18 ans et plus sédentaire durant les loisirs %	32,4	26,3
Population de 12 à 17 ans moins active durant les loisirs %	36,3	29,6
47 Population de 12 ans et plus selon le niveau d'activité physique de transport %		
Marche		
Aucune heure	48,4	39,7
Moins d'une heure	13,9	14,4
De une à cinq heures	26,3	32,4
Six heures et plus	11,4	13,6
Bicyclette		
Aucune heure	92,6	91,7
48 Population de 12 ans et plus selon le niveau d'activité physique au travail ou dans les activités quotidiennes %		
Normalement assise	31,4	28,6
Debout sans charge	45,1	41,2
Transport d'objets légers	16,6	23,0
Travail forçant	6,8	7,3

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
	(2000-2001)	(2003)
49 Fumeurs %		
Total (12 ans et plus)	29,5	25,9
Hommes (12 ans et plus)	31,1	27,1
Femmes (12 ans et plus)	27,9	24,6
Personnes de 12 ans et plus fumant quotidiennement 26 cigarettes et plus %	3,4	1,2
50 Population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine %		
Total (12 ans et plus)	5,9	6,1
Hommes (12 ans et plus)	9,9	10,1
Femmes (12 ans et plus)	2,0	2,2
51 Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année %		
Total (12 ans et plus)	14,8	16,7
Hommes (12 ans et plus)	22,1	24,8
Femmes (12 ans et plus)	7,7	8,9
	(2000)	(2004)
52 Conducteurs utilisant la ceinture de sécurité la nuit %	87,1	88,6
Passagers avant utilisant la ceinture de sécurité la nuit %	87,8	85,3
53 Cyclistes portant le casque de sécurité %	(1993)	(2004)
Total	18,9	36,6
Hommes	18	35
Femmes	21	45
	(1990)	(2002)
54 Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies p. 100 000 titulaires	555	306
SERVICES DE SANTÉ RESSOURCES ET ÉQUIPEMENTS		
55 Nombre de médecins p. 100 000	(1991)	(2003)
Ensemble des médecins	193	204
Omnipraticiens	95	101
Spécialistes	97	103
Nombre de dentistes et spécialistes en chirurgie buccale p. 100 000	41	45
	(2002-2003)	(2003-2004)
56 Nombre d'infirmières p. 100 000	568	573
Nombre d'infirmières auxiliaires p. 100 000	139	140
Nombre de préposées aux bénéficiaires p. 100 000	350	354
57 Taux d'occupation des lits dressés %	(1994-1995)	(2003-2004)
Soins physiques de courte durée	79,7	85,2
Hébergement et soins de longue durée	96,1	97,3
Séjour moyen des usagers jours		
Soins physiques de courte durée	7,3	6,5
Hébergement et soins de longue durée	242,9	204,9

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES	
	(1996)	(2003)		(2000-2001)	(2003)	
58 Nombre d'examens en tomodynamométrie p. 1 000	41,8	75,6	70 Population ayant consulté un intervenant en médecine non traditionnelle %			
Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique p. 1 000	4,8	12,1	Total (12 ans et plus)	11,1	13,0	
Proportion de cas de cancers traités en radio-oncologie %	45,1	50,9	Hommes (12 ans et plus)	8,1	8,6	
	(1991)	(2003)	Femmes (12 ans et plus)	14,0	17,1	
59 Indice de dépendance de la population pour les coûts normalisés des services médicaux %	84,0	84,9	71 Population ayant consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale %			
60 Indice de dépendance de la ressource pour les coûts normalisés des services médicaux %	84,0	84,9	Total (12 ans et plus)	8,8	8,1	
			Hommes (12 ans et plus)	6,0	5,6	
SERVICES PRÉVENTIFS			Femmes (12 ans et plus)	11,6	10,5	
	(2000-2001)	(2003)	72 Taux de participation en médecine et chirurgie %	(1991)	(2003)	
61 Femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de PAP au cours d'une période de moins de trois ans %	69,6	71,2	Ensemble des services	80,6	80,8	
	(1997-1998)	(2003-2004)	Examens de malades ambulatoires	79,1	78,5	
62 Femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours d'une période de deux ans %	55,7	63,4	Cabinet	71,3	70,3	
		(2000-2001)	Clinique externe et urgence	36,4	36,0	
63 Hommes de 50 ans et plus ayant passé un test de l'APS au cours de la dernière année %	–	38,3	Domicile	2,7	1,5	
			Nombre de services par participant	10,5	9,2	
64 Proportion de demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes avec risques à éliminer selon les risques du milieu de travail %		(2000-2004)		(1999-2000)	(2003-2004)	
Contraintes ergonomiques	–	87,3	73 Taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC p. 1 000	315	325	
Agresseurs chimiques	–	26,1	74 Proportion d'appels au service Info-Santé CLSC répondus en moins de 4 minutes %	76,7	72,3	
Agresseurs biologiques	–	36,5	Délai moyen d'attente au service Info-Santé CLSC minutes	2,6	4,8	
Agresseurs physiques	–	15,1		(1994)	(2003)	
Risques à la sécurité	–	47,5	75 Taux de participation au programme de services dentaires p. 100 enfants de 0-9 ans	50,8	49,8	
	(1994-1995)	(2004-2005)	Nombre de services par participant	3,1	2,7	
65 Élèves de 4 ^e année ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B %	81,9	89,0		(1998)	(2003)	
	(2001-2002)	(2003-2004)	76 Taux de participation au programme de services optométriques pour les personnes de 65 ans et plus %	29,8	34,8	
66 Population de 50 ans et plus ayant reçu le vaccin contre la grippe, au cours d'une campagne de vaccination %	38,2	43,2	Nombre de services par participant	2,6	2,8	
	(1996-1997)	(2003-2004)	77 Population ayant consommé au moins trois médicaments différents %		(2003)	
67 Proportion de seringues récupérées %	78,0	70,4	Total (12 ans et plus)	–	21,8	
	(1995-1998)	(1999-2003)	Hommes (12 ans et plus)	–	15,5	
SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			Femmes (12 ans et plus)	–	27,9	
68 Indice synthétique d'interruption volontaire de grossesse interruptions par femme	0,58	0,62		(2000)	(2003)	
69 Population de 12 ans et plus ayant consulté un professionnel de la santé %		(2000-2001)	(2003)	78 Taux de participation au régime d'assurance médicaments pour les personnes de 65 ans et plus %	89,8	91,4
Professionnel de la santé	92,6	92,4	Nombre d'ordonnances par participant	46,7	62,5	
Médecin de famille	71,6	69,0	79 Population recevant des services à domicile %	(2000-2001)	(2003)	
Dentiste ou orthodontiste	52,6	56,7	Total (65 ans et plus)	9,9	9,5	
Spécialiste de la vue	37,9	38,6	Hommes (65 ans et plus)	8,1	7,6	
Autre médecin spécialiste	33,6	31,2	Femmes (65 ans et plus)	11,3	10,9	
Chiropraticien	8,9	8,8				
Physiothérapeute	6,7	7,6				
Psychologue	5,1	5,1				

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
SERVICES HOSPITALIERS		
80 Population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de soins de santé %	(2000-2001)	(2003)
Total (12 ans et plus)	12,6	12,6
Hommes (12 ans et plus)	11,1	11,3
Femmes (12 ans et plus)	14,0	13,9
81 Durée moyenne de séjour en soins physiques de courte durée <i>jours</i>	(1993-1995)	(2001-2003)
Total	7,7	7,2
Médecine	8,4	7,7
Chirurgie	8,6	8,3
Obstétrique et nouveau-nés	3,9	3,4
	(1994-1995)	(2003-2004)
82 Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations %	79,1	81,2
83 Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations %	81,4	82,6
84 Séjours excessifs à l'urgence (2 ^e semestre) %	(1999-2000)	(2004-2005)
24 heures	17,2	21,6
48 heures	3,3	6,0
85 Population de 65 ans et plus en institution de santé %	(1991)	(2001)
Total (65 ans et plus)	8,2	8,6
Hommes (65 ans et plus)	5,9	5,7
Femmes (65 ans et plus)	9,8	10,6
65-74 ans	2,6	2,5
75-84 ans	–	10,7
85 ans et plus	–	37,0
	(1995)	(2004)
86 Taux d'admission des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée %	23,6	30,5
Durée moyenne d'attente des personnes admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée <i>jours</i>	81	91
87 Taux ajusté de certaines interventions chirurgicales ¹ p. 10 000	(1995-2000)	(2000-2004)
Angioplastie (20 ans et plus)	16,3	23,8
Pontage aortocoronarien par greffe (20 ans et plus)	11,3	11,2
Arthroplastie de la hanche	4,0	4,8
Arthroplastie du genou	3,6	5,1
	(1991-1995)	(2000-2004)
88 Taux de césarienne p. 100 accouchements	17,0	20,1
89 Taux d'épisiotomie p. 100 accouchements par voie vaginale	50,2	28,3
Taux de déchirure du premier et du second degré p. 100 accouchements par voie vaginale	33,6	47,5
90 Taux de congé précoce des nouveau-nés après la naissance p. 100 nouveau-nés		
1 000 à 2 499 grammes	6,1	5,9
2 500 grammes et plus	2,0	6,5

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
91 Taux de congé précoce de la mère après l'accouchement p. 100 accouchements	(1991-1995)	(2000-2004)
Césarienne (moins de 4 jours)	0,8	22,0
Vaginal (moins de 2 jours)	1,5	4,8
92 Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires ¹ (0-74 ans) p. 10 000	62,3	45,4
		(2000-2003)
93 Taux ajusté de mortalité évitable ^{1,2} (0-74 ans) p. 100 000	–	103
94 Taux ajusté de chirurgie d'un jour ¹ p. 10 000	(1995-2000)	(2000-2004)
Ensemble des diagnostics	389	395
Tumeurs	32	30
Système nerveux et organes des sens	90	112
Appareil respiratoire	35	33
Appareil digestif	44	52
Organes génito-urinaires	45	39
Système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	41	40
État de santé		
ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE		
95 Population ne se percevant pas en bonne santé %	(2000-2001)	(2003)
Total (12 ans et plus)	11,1	10,7
Hommes (12 ans et plus)	9,6	9,5
Femmes (12 ans et plus)	12,5	11,9
96 Espérance de vie à la naissance <i>ans</i>	(1985-1989)	(2000-2003)
Total	76,1	79,4
Hommes	72,4	76,5
Femmes	79,9	82,1
97 Espérance de vie en bonne santé <i>ans</i>		(2001)
Total	–	67,0
Hommes	–	65,8
Femmes	–	68,1
98 Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé <i>ans</i>		(2003)
Total	–	71,1
Hommes	–	69,2
Femmes	–	72,8
99 Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée ¹ p. 10 000	(1991-1995)	(2000-2004)
Ensemble des diagnostics	1 025	773
Tumeurs malignes	77	62
Appareil circulatoire	170	142
Appareil respiratoire	103	82
Appareil digestif	137	91
Organes génito-urinaires	84	49
Lésions traumatiques et empoisonnements	73	66
100 Population ne se percevant pas en bonne santé bucco-dentaire %		(2003)
Total (12 ans et plus)	–	13,8
Hommes (12 ans et plus)	–	15,3
Femmes (12 ans et plus)	–	12,4

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
101 Indice CAOOF chez les enfants		
Dentition primaire	(1983-1984)	(1998-1999)
2 ^e année nb de surfaces	11,3	5,8
		(1996-1997)
6 ^e année nb de surfaces	3,6	1,9
Dentition permanente		(1998-1999)
2 ^e année nb de surfaces	1,7	0,7
		(1996-1997)
6 ^e année nb de surfaces	6,8	3,1
102 Population ayant une limitation d'activités %	(2000-2001)	(2003)
Total (12 ans et plus)	19,3	22,3
Hommes (12 ans et plus)	17,2	19,5
Femmes (12 ans et plus)	21,2	25,1
103 Population ayant une incapacité %		(2001)
Total	–	11,1
Hommes	–	10,3
Femmes	–	11,8
104 Population ayant des problèmes de santé fonctionnelle %	(2000-2001)	(2003)
Total (12 ans et plus)	14,6	14,1
Hommes (12 ans et plus)	13,0	13,3
Femmes (12 ans et plus)	16,2	14,9
105 Taux d'enfants handicapés p. 1 000	(1994)	(2003)
Total (0-17 ans)	17,1	18,1
Garçons (0-17 ans)	19,8	22,1
Filles (0-17 ans)	14,2	14,0
106 Taux de mortalité selon l'âge p. 100 000	(1985-1989)	(2000-2003)
0-4 ans	174	107
5-14 ans	25	12
15-24 ans	79	58
25-44 ans	120	99
45-64 ans	752	491
65-74 ans	2 717	2 006
75 ans et plus	8 180	7 272
107 Taux ajusté de mortalité selon la cause ^{1,2} p. 100 000		
Ensemble des causes	913	728
Tumeurs malignes	–	230
Appareil circulatoire	–	218
Appareil respiratoire	–	58
Appareil digestif	–	26
Traumatismes non intentionnels	–	26
108 Taux ajusté des années potentielles de vie perdues ^{1,2} p. 100 000		
Ensemble des causes	7 528	5 327
Tumeurs malignes	–	1 826
Appareil circulatoire	–	885
Appareil respiratoire	–	170
Appareil digestif	–	165
Traumatismes non intentionnels	–	564

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE MALADIES CHRONIQUES

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
109 Population présentant un surplus de poids %	(2000-2001)	(2003)
Total (18 ans et plus)	44,2	47,4
Hommes (18 ans et plus)	51,0	55,6
Femmes (18 ans et plus)	37,5	39,2
110 Population de 18 ans et plus présentant une insuffisance de poids %	3,4	3,1
111 Prévalence des principaux problèmes de santé (12 ans et plus) %		
Allergies non alimentaires	24,2	24,9
Maux de dos autres que la fibromyalgie et l'arthrite	13,4	16,9
Hypertension	12,6	14,5
Arthrite ou rhumatisme	11,5	14,0
Migraines	7,3	10,3
Asthme	8,7	8,6
Problèmes de la thyroïde	5,3	6,3
Allergies alimentaires	5,8	6,1
Maladies cardiaques	5,2	5,3
Diabète	4,1	4,6
112 Taux ajusté de prévalence du diabète ¹ %	(1999-2000)	(2003-2004)
Total (20 ans et plus)	5,3	6,4
Hommes (20 ans et plus)	6,0	7,3
Femmes (20 ans et plus)	4,7	5,6
113 Taux ajusté d'incidence du cancer ¹ p. 100 000	(1984-1988)	(1999-2002)
Ensemble des sièges	484	470
Côlon et rectum	69	65
Pancréas	14	12
Poumon	85	83
Sein chez la femme	111	129
Prostate	101	107
Rein	14	14
Leucémie	14	13
114 Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes ^{1,2} p. 100 000		(2000-2003)
Total	–	230
Estomac	–	7
Côlon et rectum	–	27
Pancréas	–	11
Poumon	–	68
Sein chez la femme	–	31
Prostate	–	27
115 Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire ^{1,2} p. 100 000		
Total	–	218
Cardiopathies ischémiques	–	123
Maladies vasculaires cérébrales	–	40
Maladies des artères	–	11
116 Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire ^{1,2} p. 100 000		
Total	–	57,7
Pneumonies et gripes	–	10,4
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	–	36,6

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
		(2000-2003)
117 Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées au tabagisme ^{1,2} p. 100 000	–	277
SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS		
118 Naissances de faible poids %	(1984-1988)	(1999-2003)
Moins de 1 500 g	0,8	0,9
Moins de 2 500 g	6,2	5,6
119 Naissances prématurées %	6,2	7,6
120 Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine %	14,1	8,3
121 Prévalence de certaines anomalies congénitales p. 10 000	(1989-1995)	(1996-2002)
Cardiopathies congénitales	106,4	139,2
Fente palatine	6,9	7,7
Fente labiale associée ou non à une fente palatine	8,3	7,4
Syndrome de Down	12,6	11,8
122 Taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie p. 10 000	(1991-1995)	(2000-2004)
Ensemble des diagnostics	2 719	2 406
Maladies infectieuses et parasitaires	151	149
Appareil respiratoire	779	790
Appareil digestif	232	228
Organes génito-urinaires	120	162
Anomalies congénitales	177	183
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	252	421
123 Taux de morbidité néonatale p. 1 000 nouveau-nés		
Syndrome de détresse respiratoire	11,1	13,3
Septicémie néonatale	11,9	14,5
	(1985-1989)	(2000-2003)
124 Taux de mortalité infantile p. 1 000 naissances vivantes	7,0	4,6
125 Taux de mortalité périnatale p. 1 000 naissances totales	9,1	6,9
Taux de mortinatalité p. 1 000 naissances totales	5,0	4,0
TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS		
126 Population victime de blessures %	(2000-2001)	(2003)
Total (12 ans et plus)	11,0	11,4
Hommes (12 ans et plus)	13,0	13,4
Femmes (12 ans et plus)	9,1	9,4
127 Taux ajusté d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels ¹ p. 10 000	(1991-1995)	(2000-2004)
Ensemble des traumatismes non intentionnels	77,3	68,2
Occupants de véhicules à moteur	6,4	4,4
Cyclistes	1,7	1,4
Intoxications accidentelles	0,9	0,9
Chutes accidentelles	30,3	29,8
Incendies et brûlures	0,8	0,6
		(1998-2002)
128 Taux de victimes attribuables à l'incendie p. 100 000	–	6,1

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
129 Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels ^{1,2} p. 100 000		(2000-2003)
Total	–	26,0
Accidents de transport	–	9,8
Accidents de véhicules à moteur	–	9,2
Chutes accidentelles	–	3,3
	(1990-1996)	(1997-2003)
130 Proportion des conducteurs décédés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise %	38,6	31,1
Taux de conducteurs décédés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise p. 100 000	3,5	2,2
MALADIES INFECTIEUSES		
131 Taux d'incidence des principales maladies infectieuses à déclaration obligatoire p. 100 000	(1990-1994)	(2000-2004)
Coqueluche	36,2	9,9
Infection à méningocoques	1,8	0,9
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> génitale	163,7	148,1
Hépatite C chronique	0,9	37,9
Infection gonococcique	16,2	11,0
Entérite à <i>Campylobacter</i>	32,2	33,4
Salmonellose	20,9	14,6
Giardiase	10,1	12,5
Amibiase	2,6	2,8
Infection entéro-hémorragique à <i>Escherichia coli</i>	5,6	3,8
Shigellose	4,7	3,6
Infection à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	–	11,6
Tuberculose	5,1	3,6
Infection à streptocoque, groupe A	–	2,7
	(1991-1995)	(2000-2004)
132 Taux de grossesses ectopiques p. 1 000 grossesses	16,0	13,0
		(1999-2003)
133 Taux d'incidence du sida p. 100 000	–	1,3
		(2002-2003)
Taux d'incidence de l'infection par le VIH p. 100 000	–	6,6
	(2002)	(2005)
134 Nombre de cas humains infectés par le VNO	20	5
Nombre d'oiseaux infectés par le VNO	139	115
135 Nombre d'hospitalisations pour certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire nombre moyen	(1991-1995)	(2000-2004)
Infection à <i>Haemophilus influenzae</i>	334	650
Infection à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	83	108
Infection à streptocoque, groupe A	118	222
Tuberculose	308	194
VIH	934	179

MALADIES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
	(1995)	(2004)
136 Taux d'intoxications déclarées et signalées p. 100 000	732	650
137 Taux ajusté d'incidence pour certains cancers associés à des facteurs environnementaux ¹ p. 100 000	(1994-1998)	(1999-2002)
Cancer du foie	4,9	5,5
Cancer de l'appareil respiratoire	93,3	91,3
Cancer de l'utérus	47,2	46,3
Cancer du rein	13,2	14,4
Cancer du cerveau	8,1	7,7
Cancer de la glande thyroïde	5,0	6,9
Lymphome	6,9	4,0
Myélomes multiples et néoplasmes immunoprolifératifs	6,0	6,2
Leucémie	12,4	13,3
138 Taux ajusté d'hospitalisation pour certains diagnostics associés à des facteurs de risque environnementaux ¹ p. 10 000	(1991-1995)	(2000-2004)
Autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques	9,4	21,0
Affections cardio-pulmonaires aiguës	1,5	2,6
Troubles du rythme cardiaque	11,7	15,0
Bronchite et bronchiolite aiguës	6,0	5,9
Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes	0,8	1,4
Avortements spontanés	8,0	3,3
Anomalies congénitales	7,2	4,8
139 Taux ajusté de mortalité pour certaines maladies associées à des facteurs de risque environnementaux ^{1,2} p. 100 000		(2000-2003)
Tumeur maligne de l'appareil respiratoire	–	71,2
Tumeur maligne du rein	–	4,9
Tumeur maligne du cerveau	–	5,7
Autres formes des cardiopathies ischémiques	–	3,3
Troubles du rythme cardiaque	–	5,6
Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires	–	2,5
Anomalies congénitales	–	2,4
MALADIES LIÉES AU MILIEU DE TRAVAIL		
140 Travailleurs n'ayant pas une grande latitude de prise de décision au travail %		(2000-2001)
Total (15-74 ans)	–	43,5
Hommes (15-74 ans)	–	40,6
Femmes (15-74 ans)	–	46,9
141 Travailleurs éprouvant un stress quotidien élevé au travail %	(2000-2001)	(2003)
Total (15-74 ans)	41,2	39,6
Hommes (15-74 ans)	38,8	36,2
Femmes (15-74 ans)	43,9	43,7
		(2001)
142 Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées p. 1 000	–	44,2

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
	(1995)	(2003)
143 Durée moyenne d'indemnisation des lésions professionnelles déclarées et indemnisées jours	42,6	59,4
	(1984-1988)	(1999-2002)
144 Nombre de nouveaux cas de mésothéliomes de la plèvre nombre moyen	54	102
ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE OU MENTALE		
145 Population ne se percevant pas en bonne santé mentale %		(2003)
Total (12 ans et plus)	–	3,6
Hommes (12 ans et plus)	–	3,5
Femmes (12 ans et plus)	–	3,8
146 Population ayant quelquefois ou jamais de sommeil réparateur %		(2000-2001)
Total (12 ans et plus)	–	23,5
Hommes (12 ans et plus)	–	21,0
Femmes (12 ans et plus)	–	25,9
147 Population éprouvant un stress quotidien élevé %		(2003)
Total (15 ans et plus)	–	28,4
Hommes (15 ans et plus)	–	27,6
Femmes (15 ans et plus)	–	29,3
148 Population ayant vécu un épisode dépressif majeur %		(2000-2001)
Total (12 ans et plus)	–	7,9
Hommes (12 ans et plus)	–	5,9
Femmes (12 ans et plus)	–	9,9
		(2000-2003)
149 Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool ^{1,2} p. 100 000	–	62,0
	(1987)	(2000-2001)
150 Population de 15 ans et plus présentant des idées suicidaires sérieuses %	3,3	2,4
151 Taux ajusté de mortalité par suicide ¹ p. 100 000	(1985-1989)	(2000-2003)
Total	16,6	17,7
Hommes	26,6	28,4
Femmes	7,3	7,4

NOTES

- Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.
- L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès.

– Non traité dans le document.

Source : INSPQ et coll., 2006.

Bibliographie

- Agence de santé publique du Canada (2005). *Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Agence de santé publique du Canada, 12 p.
- Agriculture et Agroalimentaire Canada (2003). *Les algues, les cyanobactéries et la qualité de l'eau*, gouvernement du Canada, http://www.agr.gc.ca/pfra/water/algcyano_f.htm.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2000). *Evaluation of cesarean delivery*, Washington, DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists, 59 p.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé – 4^e édition*, Paris, Masson, 1120 p.
- American Water Works Association (1999). *Manual of Water Supply Practices – M48: Waterborne Pathogens*, 1^{re} édition, Denver, AWA, 285 p.
- Arcand, R., F. Labrèche, S. Stock, K. Messing et F. Tissot (2000). « Travail et santé », *Enquête sociale et de santé 1998*, collection La santé et le bien-être, chapitre 26, Institut de la statistique du Québec (sous la direction de), Québec, Les Publications du Québec, p. 525-570.
- Berger, F. (2002). « Le paradoxe québécois : mieux vivre moins longtemps ! », *La Presse*, Montréal, 24 août.
- Bergeron, P., B. Piquet-Gauthier, R. Larocque, G. Légaré, A. Smagiassi et S.A. Girard (2006). *Mémoire déposé à la Commission parlementaire sur les transports et l'environnement lors des consultations particulières et audiences publiques dans le cadre du document d'orientation sur les véhicules hors route*, présenté par la ministre déléguée au Transport. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 28 p.
- Berthelot, M. (2006). « Prévalence de l'incapacité dans la population québécoise », *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)*, chapitre 2, M. Berthelot, J. Camirand et R. Tremblay, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 39-48.
- Blais, J. (2005). « La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste ! », *Ça s'exprime*, vol. 2, ministère de la Santé et des Services sociaux, 8 p.
- Block, I. (2006). « Asbestos Killing More Workers but CSST Says There's More to Story », *Journal The Gazette*, Montréal, 14 mars, p. A10.
- Brault, M., C. Dussault, J. Bouchard et A.-M. Lemire (2004). *Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec : Résultats finaux*, document préparé pour la 17^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière du 8 au 13 août 2004 à Glasgow (UK), Québec, Société de l'assurance automobile du Québec, 9 p.
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (1998). *Quels sont les principaux dangers pour la santé liés à l'inhalation d'ozone ?* Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, http://www.cchst.ca/reponsesst/chemicals/chem_profiles/ozone/health_ozo.html.
- Charest, D., M. Pelletier et S. Rheault (2005). *La réussite scolaire des garçons et des filles. L'influence du milieu socioéconomique. Analyse exploratoire*, Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, http://www.mels.gouv.qc.ca/stat/recherche/doc05/Brochure_reus_influence_ISBN2550441443.pdf.
- Choinière, R. (2004). « L'état de santé des Québécois : des signes encourageants », *L'annuaire du Québec 2005*, M. Venne (éditeur), Fides, p. 309-315.
- Choinière, R. (2003). *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 88 p.
- Choinière, R., J. Massie et C. Paradis (2003). *Le portrait statistique de la santé des Montréalais*, Montréal, RRSSS de Montréal-Centre, 342 p.
- Clément, M. È., C. Chamberland, L. Côté, D. Dubeau et B. Beauvais (2005). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 162 p.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (2002). *La stratégie nationale : Aller vers l'avant. Rapport d'étape 2002 sur la lutte contre le tabagisme*, Communication Canada, 17 p.
- Commission de coopération environnementale (1997). *Les mouvements de polluants à l'échelle du continent*, Montréal, Commission de coopération environnementale, 40 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/portail/fr/prevention/informations_supplementaires/progmatsansdang/progmatsansdang.htm.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2004). *Codage : définitions, énumérations et descriptions*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, non paginé.

- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006). *Rapports annuels d'activité 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 : Annexes statistiques*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, pagination multiple.
- Conseil des aînés (2001). *La réalité des aînés québécois*, Québec, Les Publications du Québec, 199 p.
- Davis, R.M. et B. Pless (2001). « BMJ Bans "Accidents" », *British Medical Journal*, vol. 322, p. 1320-1321.
- De Guire, L. et al. (2004). « Maladies professionnelles », *Manuel d'hygiène du travail : Du diagnostic à la maîtrise des facteurs de risque*, chapitre 3, Association québécoise pour l'hygiène, la santé et la sécurité du travail (sous la direction de), Mont-Royal, Modulo-Griffon, p. 19-40.
- 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.
- Desrosiers, H., G. Neill, L. Gingras et N. Vachon (2002). « Grandir dans un environnement en changement », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 2, 65 p.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1998). *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population : Les inégalités sociales de la santé*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 92 p.
- 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.
- Dubuc, A. (2006). *Éloge de la richesse. Des idées pour donner au Québec les moyens de ses ambitions*, Les Éditions Voix parallèles, 336 p.
- Environnement Canada, Statistique Canada et Santé Canada (2005). *Indicateurs canadiens de durabilité de l'environnement*, Gatineau, Environnement Canada, Catalogue 16-251-XIF, 36 p.
- Fausser, B. et al. (2005). « Multiple Birth Resulting from Ovarian Stimulation for Subfertility Treatment », *Lancet*, vol. 365, n° 9473, p. 1807-1816.
- Fernet, M., M. Imbleau et F. Pilote (2002). « Sexualité et mesures préventives contre les MTS et le sida », *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, chapitre 12, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 273-291.
- Gaulin, C. et al. (2005). *Infections à E. Coli O157:H7 dans la province de Québec de 2000 à 2003, Bilan et orientations pour la surveillance*, MSSS, 48 p.
- Gauthier, H., S. Jean, G. Langis, Y. Nobert et M. Rochon (2004). *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, vol. 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 303 p.
- Gauthier, M. et J. Charbonneau (2002). *Jeunes et fécondité : les facteurs en cause. Revue de la littérature et synthèse critique*, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, et Institut national de la recherche scientifique – Urbanisation, Culture et Société, 91 p.
- Gérin, M., P. Gosselin, S. Cordier, C. Viau, P. Quénel et E. Dewailly (2003). *Environnement et santé publique – Fondements et pratiques*, 1^{re} édition, Edisem (Québec) et Éditions Tec & Doc (France), 1023 p.
- Gingras, B., S. Hamel-Fortin, L. Jacques, G. Lévesque, E. Masson et M. Provost (2003). *Mémoire national de santé publique présenté à la Commission sur le développement durable de la production porcine au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, gouvernement du Québec, 64 p.
- Giroux, I. (2003). *Concentrations d'hexazinone dans des prises d'eau potable près de bleuettières du Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Québec, ministère de l'Environnement du Québec, gouvernement du Québec, Envirodoq : ENV/2003/0254, 9 p.
- Giroux, I. (2003a). *Contamination de l'eau souterraine par les pesticides et les nitrates dans les régions en culture de pommes de terre – Campagne d'échantillonnage de 1999-2000-2001*, Québec, ministère de l'Environnement du Québec, gouvernement du Québec, 23 p.
- Giroux, I. (2002). *Contamination de l'eau par les pesticides dans les régions de culture de maïs et de soya au Québec – Résultats des campagnes d'échantillonnage 1999, 2000 et 2001, et évolution temporelle de 1992 à 2001*, Québec, ministère de l'Environnement du Québec, gouvernement du Québec, Envirodoq : ENV/2002/0365, 45 p.
- Gouvernement du Québec (2006). *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, LRQ, c. A-3.001, art. 2, Les Publications du Québec.
- Graham, I.D. et D. Fowler-Graham (1997). « Episiotomy Counts : Trends and Prevalence in Canada, 1981-1982 to 1993-1994 », *Birth*, vol. 24, p.141-147.
- Hafliger, D., P. Hubner et J. Luthy (2000). « Outbreak of viral gastroenteritis due to sewage-contaminated drinking water », *International Journal of Food Microbiology*, vol. 54, n° 1-2, p. 123-126.
- Hamel, D. et R. Pampalon (2002). *Traumatismes et défavorisation au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 8 p.
- Harper, P.S. (1998). *Practical Genetic Counselling*, 5^e édition, Boston: Butterworth Heinemann, 364 p.
- Institut de la statistique du Québec (2006). Site internet de l'Institut de la statistique du Québec, <http://www.stat.gouv.qc.ca>.
- Institut de la statistique du Québec (2006a). *Portrait régional de la diplomation au niveau baccalauréat au Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 75 p.
- Institut de la statistique du Québec (2006b). *Recueil statistique sur la pauvreté et les inégalités socioéconomiques au Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 134 p.
- Institut de la statistique du Québec (2005). *Comparabilité entre les cycles 1.1 et 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Impact du changement apporté à la répartition de l'échantillon selon la base de sondage*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 64 p.
- Institut de la statistique du Québec (2005a). *Résultats préliminaires de l'ESCC, cycle 2.2 (volet nutrition) tirés du fichier de partage – copie d'évaluation – de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, volet nutrition (ESCC), cycle 2.2 (2004) de Statistique Canada*, Québec, Institut de la statistique du Québec, <http://www.stat.gouv.qc.ca>.
- Institut national de santé publique du Québec (2006). *Santéscope*, <http://www.inspq.qc.ca/Santéscope/>.

- Institut national de santé publique du Québec (2005). *La prévention de l'hépatite B par l'immunisation au Québec*, Comité sur l'immunisation du Québec, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 72 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 (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 659 p.
- Johnston, R.B. (Jr.) et al. (2001). « Overview: new perspectives on the stubborn challenge of preterm birth », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, n° 15 (suppl. 2), p. 3-6.
- Korol, M. (2004). *La gestion des engrais et des pesticides au Canada*, Ottawa, Statistique Canada, division de l'agriculture, catalogue 21-021-MIF, n° 003, 41 p.
- Kramer, S. et al. (2000). « The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality », *Journal of American Medical Association*, n° 284, p. 843-849.
- Lavallée, C. (2004). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*, Volet nutrition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 166 p.
- Lebel, G., P. Levallois, S. Gingras et P. Chevalier (2004). *Incidence des maladies entériques potentiellement transmissibles par l'eau: analyse des hospitalisations et des cas déclarés aux directions de santé publiques 1995-1999*, vol. 8, études sur la qualité de l'eau potable dans sept bassins versants en surplus de fumier et impacts potentiels sur la santé, Québec, gouvernement du Québec, 65 p.
- Ledoux, M., L. Mongeau et M. Rivard (2002). « Poids et image corporelle », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, chapitre 14, collection La santé et le bien-être, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 311-344.
- Lefebvre, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 20 p.
- Légaré, G., M. Préville, R. Massé, C. Poulin, D. St-Laurent et R. Boyer (2000). « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, collection La santé et le bien-être, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 333-352.
- Makomaski Iling, 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.
- Martel, L. et al. (2005). *Vieillir en santé*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-618, 9 p.
- Mathers, C.T. et C. Stevenson (1999). *The Burden of Disease and Injury in Australia*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 273 p.
- Michaud (2002). *Épidémiologie clinique et moléculaire des entérites à campylobacter en Estrie: une étude cas-témoin*, CHUS.
- Millar, WJ. et G. Hill (2004). « Grossesse et usage du tabac », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 15, n° 4, p. 55-58.
- Millar, WJ. (1998). « La polymédication chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 9, n° 4, p. 11-18.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2005). *La réussite scolaire des garçons et des filles. L'influence du milieu socioéconomique. Analyse exploratoire*, Québec, gouvernement du Québec, 26 p.
- Ministère de l'Environnement du Québec (2002). *Les émissions de gaz à effet de serre (GES)*, gouvernement du Québec, <http://www.mddep.gouv.qc.ca/regards/portrait-stat/emission.htm>.
- Ministère de l'Environnement du Québec (2002a). *Programme Environnement-Plage*, gouvernement du Québec, <http://www.mddep.gouv.qc.ca/programmes/env-plage/>.
- Ministère de l'Environnement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation et Institut national de santé publique du Québec (2004). *Étude sur la qualité de l'eau potable dans sept bassins versants en surplus de fumier et impacts potentiels sur la santé*, Québec, gouvernement du Québec.
- Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (2005). *Un portrait statistique des familles au Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 349 p.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (2005). *Plan stratégique 2005-2008*, Montréal, gouvernement du Québec, 22 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza. Mission Santé*, Québec, 129 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006a). *Les infections nosocomiales. Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, Québec, gouvernement du Québec, 58 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec, Rapport annuel 2002*, Québec, gouvernement du Québec, 104 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a). *Fichier SMEST*, gouvernement du Québec (produit électronique).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005b). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, gouvernement du Québec, 120 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Québec, gouvernement du Québec, 102 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et le SIDA au Québec*, gouvernement du Québec, 38 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b). *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), cas cumulatifs 1979-2003, MSSS, mise à jour n° 2003-2, au 31 décembre 2003*, Programme de surveillance du sida du Québec, gouvernement du Québec, 24 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004c). *Surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec, cas cumulatifs 2002-2004, MSSS, mise à jour n° 2004-1, au 30 juin 2004*, Programme de surveillance du VIH/sida du Québec, gouvernement du Québec, 39 p.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 133 pages.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées : Stratégies d'action*, Québec, gouvernement du Québec, 47 p.
- Ministère de la Sécurité publique (2005). *Criminalité au Québec. Statistiques 2004*, Québec, gouvernement du Québec, 86 p.
- Ministère de la Sécurité publique (2005a). *La violence conjugale. Statistiques 2003*, Québec, gouvernement du Québec, 76 p.
- Ministère de la Sécurité publique (2004). *Criminalité au Québec. Statistiques 2003*, Québec, gouvernement du Québec, 81 p.
- Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (2006). *Le chauffage au bois*, Québec, gouvernement du Québec, www.mddep.gouv.qc.ca/air/chauf-bois/index.htm.
- Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (2006a). *Le Québec et les changements climatiques. Un défi pour l'avenir. Plan d'action 2006-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 39 p.
- Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (2005). *Info-smog*, Québec, gouvernement du Québec (produit électronique).
- Mongeau, L., N. Audet, J. Aubin et R. Baraldi (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 23 p.
- Montégiani, M. (2005). *Enquête 2004 sur le port du casque de sécurité*, Société de l'assurance automobile du Québec, Québec, gouvernement du Québec, 20 p.
- Murray, C. (1996). « Rethinking DALYs », *The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, C. Murray et A. Lopez, Boston, Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank, 98 p.
- Noël, L. et R. Cloutier (2005). *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C offerts aux utilisateurs de drogues par injection au Québec, avril 2003 à mars 2004*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national de santé publique du Québec, 26 p.
- OCDE (2005). *Eco-Santé OCDE 2005* (produit électronique).
- Organisation mondiale de la santé (2006). *First Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control*, données présentées à Genève du 6 au 17 février 2006, 2 p.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/.
- Pampalon, R. et D. Hamel (2005). *Compilations spéciales*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Pampalon, R. (2002). *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p.
- Paquet, G. et D. Hamel (2003). *Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection. Faits saillants*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 16 p.
- Philibert, M., R. Pampalon et R. Choinière (2006). *L'espérance de santé au Québec : revue de différentes estimations pour 1986 à 2003*, Institut national de santé publique du Québec.
- Provost, S., S. Gagnon, G. Lonergan, Y. Bui (2005). *Maladies infectieuses chez les voyageurs internationaux. Quelques données québécoises de surveillance*, Rapport du Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 30 p.
- Recyc-Québec (2003). *Bilan 2002 de la gestion des matières résiduelles au Québec – Pour un développement durable – Cap sur 2008*, Québec, gouvernement du Québec, 45 p.
- Riou, D.A., M. Rinfret-Raynor et S. Cantin (2003). *La violence envers les conjointes dans les couples québécois*, 1998, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 156 p.
- Robert, C. (2004). *Bilan de la qualité de l'eau potable au Québec – janvier 1995 – juin 2002*, Service de l'expertise technique en eau, direction du Milieu municipal, ministère de l'Environnement du Québec, Québec, Environnement Canada/ENV/2003/0324, 46 p.
- Santé Canada (2005). *Bulletin de recherche sur les politiques de santé : les fluctuations du taux de fécondité : incidence et tendances*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 40 p.
- Santé Canada (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 232 p.
- Santé Canada (2002). *Les anomalies congénitales au Canada – Rapport sur la santé périnatale, 2002*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 72 p.
- Santé Canada (1992). *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services.
- Société de l'assurance automobile du Québec (2006). *La sécurité à vélo*, gouvernement du Québec, <http://www.saaq.gouv.qc.ca/prevention/velo/>.
- Société de l'assurance automobile du Québec (2006a). *Dossier statistique. Bilan 2005. Accidents, parc automobile, permis de conduire*, Québec, SAAQ, 201 p.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (1998). *Clinical Practice Guidelines: Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*, Ottawa, SOGC.
- Statistique Canada (2006a). *Les habitudes alimentaires des Canadiens*, Ottawa, gouvernement du Canada, 47 p.
- Statistique Canada (2006b). « Statistiques de la criminalité au Canada, 2005 », *Juristat*, vol. 26, n° 4, 24 p.
- Statistique Canada (2006c). *Accès aux services de soins de santé au Canada, janvier à décembre 2005*, Ottawa, gouvernement du Canada, 27 p.
- Statistique Canada (2006d). *Enquête sociale générale sur l'emploi du temps, cycle 19 : Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés*, Ottawa, gouvernement du Canada, catalogue 89-622-XIF, 31 p.

- Statistique Canada (2005a). *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada*, Ottawa, gouvernement du Canada, catalogue 84-548-XIF.
- Statistique Canada (2004). *Population active occupée âgée de 15 ans et plus ayant un lieu de travail habituel ou travaillant à domicile selon l'Industrie – Classification type des industries de 1980 et profession – Classification nationale des professions pour statistiques de 2001 (1179), les groupes d'âge (8) et le sexe (3) (données-échantillon 20%)*, Montréal, gouvernement du Canada, tableau personnalisé CO-0744 (produit électronique).
- Statistique Canada (2004a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002, cycle 1.2*, gouvernement du Canada, www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/pdf/51100126_f.pdf.
- Statistique Canada (2004b). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002, cycle 1.2*, gouvernement du Canada, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/pdf/51100136_f.pdf.
- Statistique Canada (2004c). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002, cycle 1.2*, gouvernement du Canada, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/pdf/51100176_f.pdf.
- Statistique Canada (2004d). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002, cycle 1.2*, gouvernement du Canada, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/pdf/5110096_f.pdf.
- Statistique Canada (2004e). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002, cycle 1.2*, gouvernement du Canada, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/pdf/5110066_f.pdf.
- Statistique Canada (2002). *Profil des langues au Canada : l'anglais, le français et bien d'autres langues, Recensement de 2001 : série « analyses »*, Ottawa, gouvernement du Canada, catalogue 96F0030XIF2001005 (produit électronique).
- Statistique Canada (2002a). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001. Un profil de l'incapacité au Canada en 2001 – tableaux*, Ottawa, gouvernement du Canada, catalogue 89-579-XIF, 77 p.
- Statistique Canada (2002b). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, gouvernement du Canada, 111 p.
- Statistique Canada (2002c). *Dictionnaire du recensement de 2001*. Ottawa, gouvernement du Canada, catalogue 92-378, 487 p.
- Statistique Canada et ICIS (2006). *Indicateurs de la santé*, Ottawa, gouvernement du Canada, vol. 2006, n° 1, catalogue 82-221 XIF.
- Statistique Canada et ICIS (2005). *Indicateurs de la santé*, Ottawa, gouvernement du Canada, vol. 2005, n° 3, catalogue 82-221 XIF.
- 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, 44 p.
- Tardif, F. (2005). *Les infractions et les sanctions reliées à la conduite d'un véhicule routier 1995-2004*, Québec, Société de l'assurance automobile du Québec, 148 p.
- Thibault, N., E. Létourneau et C. Girard (2004). *Si la tendance se maintient... Perspectives démographiques : Québec et régions, 2001-2051*, Québec, Institut de la statistique du Québec, collection Démographie, 39 p.
- 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, gouvernement du Canada, catalogue 82-620-MWF2005001, 36 p.
- U.S. Census Bureau (2005). *State Population Projections, 2005*, <http://www.census.gov/population/projections/MethTab2.xls>.
- Ville de Montréal (2001). *Station d'épuration des eaux usées – Le traitement des eaux usées*. <http://services.ville.montreal.qc.ca/station/fr/treastaf.htm#1>.
- Vitaro, F. et C. Gagnon (sous la direction de) (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome 2, Les problèmes externalisés*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 630 p.
- Whiteman, D.C., C.A. Whiteman et A.C. Green (2001). « Childhood Sun Exposure as a Risk Factor for Melanoma: a Systematic Review of Epidemiologic Studies », *Cancer Causes Control*, vol. 12, n° 1, p. 69-82.
- Wilkins, R., J.-M. Berthelot et E. Ng (2002). « Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996 », *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 13, p. 51-79.
- Wilkinson, R.G. et K.E. Pickett (2006). « Income inequality and population health : A review and explanation of the evidence », *Social Science and Medicine*, vol. 62, n° 7, p. 1768-1784.
- Willey, J., N. Gilbert et N. Lyrette (2004). *Human Health Effects of Ozone: Update in Support of the Canada-Wide Standards for Particulate Matter and Ozone*, Santé Canada, gouvernement du Canada, 140 p.

Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006

DEUXIÈME RAPPORT NATIONAL SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU QUÉBEC

Les analyses

Cette toute récente édition du portrait de santé, qui constitue également le deuxième rapport national sur l'état de santé de la population québécoise, se présente sous un jour nouveau : deux volumes complémentaires permettant de tracer un portrait précis et intelligent de l'état de santé des Québécois, lequel saura intéresser tant les spécialistes que les néophytes.

Ce volume, *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*, présente un bilan de santé des Québécois selon 16 thèmes regroupés en trois grandes sections :

- 1. Ce qui influence la santé :** l'évolution démographique, les conditions socioéconomiques, les soins de santé et les services préventifs, la santé environnementale, les habitudes de vie et les comportements.
- 2. Des progrès réels mais des problèmes persistants :** la santé globale, les maladies chroniques, les maladies infectieuses, les traumatismes non intentionnels, l'environnement social et les problèmes d'adaptation, la santé mentale.
- 3. Des populations qui évoluent :** les différences entre les hommes et les femmes, la santé maternelle et infantile, les jeunes, la santé et le travail, les aînés.

L'évolution récente, les disparités régionales de santé ainsi que la situation du Québec face aux autres provinces ou pays occidentaux sont autant d'angles d'analyse ayant permis d'établir, à travers ses forces et faiblesses, le bilan de santé des Québécois. Ce portrait vulgarisé met en relief les progrès réalisés en matière de santé et sert à identifier les secteurs où des efforts soutenus doivent être déployés. Une affiche-synthèse, offerte en prime, accompagne le volume.

Ce document est complété par un autre volume *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* qui regroupe toutes les données pertinentes à l'étude de l'état de santé de la population. Il constitue ainsi un véritable annuaire statistique de la santé et de ses déterminants à l'échelle du Québec et de chacune des 18 régions sociosanitaires. Plus de 200 indicateurs calculés à partir d'une soixantaine de sources différentes y sont rassemblés sous forme de fiches descriptives faisant une place de choix aux comparaisons entre les régions. Le volume sur les statistiques comprend également une synthèse des données à l'échelle du Québec, un survol de chacune des 18 régions sociosanitaires et une présentation détaillée des différents aspects méthodologiques.

Cette bonification du portrait de santé est le fruit d'une collaboration entre l'Institut national de santé publique du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique du Québec, qui mettent à profit leurs expertises pour produire un ouvrage plus complet que jamais.

**Institut national
de santé publique**

Québec 

Avec la collaboration de :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Institut de la statistique

978-2-551-22956-7



Imprimé au Québec, Canada

24,95 \$