



NAÎTRE, GRANDIR ET VIEILLIR EN SANTÉ AU BAS-SAINT-LAURENT

Rapport du directeur de santé publique 2014
sur la prévention des maladies chroniques



AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

288, rue Pierre-Saindon, bureau 115
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231
Télécopieur : 418 723-1597

www.agenssssbsl.gouv.qc.ca

PRODUCTION

Direction de santé publique

ÉDITION

© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Premier trimestre 2014
ISBN : 978-2-923362-98-4 (Papier)
ISBN : 978-2-923362-99-1 (PDF)

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

Le rapport du directeur de santé publique 2014 sur la prévention des maladies chroniques : Naître, grandir et vieillir en santé au Bas-Saint-Laurent a été élaboré par la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Le titre du présent rapport s'inspire d'une démarche actuellement en cours au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de La Matapédia. Plusieurs personnes ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

DIRECTION DU PROJET

D^r Sylvain Leduc, Direction de santé publique (DSP)

RECHERCHE ET ANALYSES

D^{re} Joanne Aubé-Maurice (DSP)
Nathalie Bérubé (DSP)
Maxime Lévesque (DSP)
Monique Rodrigue (DSP)

RÉDACTION

D^{re} Joanne Aubé-Maurice (DSP)
Maxime Lévesque (DSP)

RÉVISION LINGUISTIQUE ET SECRÉTARIAT

Georgette Gaudreault, Direction des ressources humaines, de la qualité et de la performance (DRHQP)
Murielle Proulx (DSP)
Nathalie St-Laurent (DSP)

GRAPHISME ET MISE EN PAGE

Audace Design, concept et communication inc.

COMITÉ D'ORIENTATION, DE SUIVI ET DES COMMUNICATIONS

D^{re} Joanne Aubé-Maurice (DSP)
Nathalie Bérubé (DSP)
Sylvie Lamontagne, Direction générale (DG)
D^r Sylvain Leduc (DSP)
Maxime Lévesque (DSP)
Marie-Josée Pineault (DSP)

RELECTEURS

Julie Desrosiers (DSP)
Dominique Perron, Direction des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers (DAMUSSH)
D^r Bernard Pouliot (DSP)

AUTRES CONTRIBUTIONS

Nathalie Gagnon (DSP)
Jo-Anni Joncas (DSP)
Andrée Lambert (DSP)
Marie-Josée Proulx (DSP)
D^{re} Renée Roussel (DSP)
Danielle Ruest (DSP)
Marie-Josée Tremblay (DSP)
Éric Pelletier, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et de services (DAESSS), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Patricia Lamontagne, Direction recherche, formation et développement (DRFD), (INSPQ)

CRÉDITS PHOTO

© Roland Thériault; Le groupe Viactive de St-Yves (Les appartements du Fleuve), 16^e Avenue, Rimouski Est; Marie-Claude Hamel (COSMOSS); Catherine Martin (DSP).

TABLE DES MATIÈRES

Liste des cartes	4
Liste des figures	4
Liste des graphiques	4
Liste des tableaux	5
Liste des acronymes	6
Notes méthodologiques	7
Mot du directeur	8
Faits saillants	9
Introduction	12
SECTION 1 : LES MALADIES CHRONIQUES AU BAS-SAINT-LAURENT	15
1.1 Les cancers	18
1.2 Les maladies de l'appareil circulatoire	30
1.3 Les maladies de l'appareil respiratoire	39
SECTION 2 : LES DÉTERMINANTS DES MALADIES CHRONIQUES AU BAS-SAINT-LAURENT ET LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS	49
2.1 Les facteurs biologiques : le vieillissement en tête des préoccupations	53
2.2 Les habitudes de vie : des comportements à renforcer ou à modifier	55
2.3 Les environnements : une autre façon d'améliorer la santé	63
2.4 Les services de santé : l'occasion d'intégrer les pratiques cliniques préventives	71
SECTION 3 : QUELLES SONT LES STRATÉGIES PORTEUSES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ AU BAS-SAINT-LAURENT?	77
3.1 Pour un vieillissement actif et en santé	79
3.2 Pour de meilleures habitudes de vie	81
3.3 Pour des environnements favorables à la santé	85
3.4 Pour des services de santé orientés vers la prévention	87
3.5 Synthèse des stratégies de santé publique liées aux maladies chroniques	90
Conclusion	92
Références	94
Glossaire	98

LISTE DES CARTES

Cartes 1 et 2 -	Taux ajustés d'incidence et de mortalité pour l'ensemble des cancers, régions sociosanitaires du Québec, période 2005-2009	21
Cartes 3 et 4 -	Taux ajustés d'hospitalisation et de mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, régions sociosanitaires du Québec, périodes 2005-2009 et 2007-2011.	34
Cartes 5 et 6 -	Taux ajustés d'hospitalisation et de mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire, régions sociosanitaires du Québec, périodes 2005-2009 et 2007-2011.	42

LISTE DES FIGURES

Figure 1 -	Continuum de prévention et de services	13
Figure 2 -	Liens entre certains facteurs de risque et les maladies chroniques.	52
Figure 3 -	Influence des inégalités sociales sur les maladies chroniques	68
Figure 4 -	Indicateurs socioéconomiques : les mesures économiques	69
Figure 5 -	Indicateurs socioculturels : les mesures socioculturelles.	70
Figure 6 -	Perspectives pour un vieillissement en santé : modèle conceptuel.	80
Figure 7 -	Synthèse des stratégies de santé publique liées aux maladies chroniques	90

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 -	Répartition des décès en fonction des grands regroupements de causes au Bas-Saint-Laurent, période 2005-2009.	17
Graphiques 2 et 3	Répartition des nouveaux cas et des décès pour le cancer selon les différents sièges au Bas-Saint-Laurent, période 2005-2009	18
Graphique 4 -	Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour l'ensemble des cancers, périodes 1985-1989 à 2005-2009.	19
Graphique 5 -	Évolution du nombre de nouveaux de cas et de décès pour l'ensemble des cancers, périodes 1985-1989 à 2005-2009.	19
Graphique 6 -	Taux d'incidence et de mortalité pour l'ensemble des cancers, selon l'âge, période 2005-2009	20
Graphique 7 -	Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon, périodes 1985-1989 à 2005-2009	22
Graphique 8 -	Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès pour le cancer du poumon, périodes 1985-1989 à 2005-2009.	22
Graphique 9 -	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon selon l'âge, période 2005-2009	23
Graphique 10 -	Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour le cancer colorectal, périodes 1985-1989 à 2005-2009.	24
Graphique 11 -	Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès pour le cancer colorectal, périodes 1985-1989 à 2005-2009	24
Graphique 12 -	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer colorectal selon l'âge, période 2005-2009	25
Graphique 13 -	Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour le cancer de la prostate chez l'homme, périodes 1985-1989 à 2005-2009	26
Graphique 14 -	Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès pour le cancer de la prostate chez l'homme, périodes 1985-1989 à 2005-2009	26
Graphique 15 -	Taux d'incidence de mortalité pour le cancer de la prostate chez l'homme selon l'âge, période 2005-2009.	27
Graphique 16 -	Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour le cancer du sein chez la femme, périodes 1985-1989 à 2005-2009	28
Graphique 17 -	Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès pour le cancer du sein chez la femme, périodes 1985-1989 à 2005-2009	28
Graphique 18 -	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du sein chez la femme selon l'âge, période 2005-2009.	29
Graphiques 19 et 20	Répartition des nouveaux cas et des décès pour les maladies de l'appareil circulatoire selon le type de maladie au Bas-Saint-Laurent, périodes 2005-2009 et 2007-2011	31
Graphique 21 -	Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, années 2007 à 2011	32
Graphique 22 -	Évolution des taux ajustés de mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, périodes 1985-1989 à 2005-2009	32
Graphique 23 -	Évolution du nombre d'hospitalisations pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, années 2007 à 2011	32
Graphique 24 -	Évolution du nombre de décès pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, périodes 1985-1989 à 2005-2009	32
Graphique 25 -	Taux de mortalité et d'hospitalisation pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire selon l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011.	33
Graphique 26 -	Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour les cardiopathies ischémiques, années 2007 à 2011	35
Graphique 27 -	Évolution des taux ajustés de mortalité pour les cardiopathies ischémiques, périodes 1985-1989 à 2005-2009.	35
Graphique 28 -	Évolution du nombre d'hospitalisations pour les cardiopathies ischémiques, années 2007 à 2011.	35

Graphique 29 - Évolution du nombre de décès pour les cardiopathies ischémiques, périodes 1985-1989 à 2005-2009	35
Graphique 30 - Taux de mortalité et d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques selon l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011	36
Graphique 31 - Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour les maladies cérébrovasculaires, années 2007 à 2011	37
Graphique 32 - Évolution des taux ajustés de mortalité pour les maladies cérébrovasculaires, périodes 1985-1989 à 2005-2009	37
Graphique 33 - Évolution du nombre d'hospitalisations pour les maladies cérébrovasculaires, années 2007 à 2011	37
Graphique 34 - Évolution du nombre de décès pour les maladies cérébrovasculaires, périodes 1985-1989 à 2005-2009	37
Graphique 35 - Taux de mortalité et d'hospitalisation pour les maladies cérébrovasculaires selon l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011	38
Graphiques 36 et 37 - Répartition des nouveaux cas et des décès pour les maladies de l'appareil respiratoire selon le type de maladie au Bas-Saint-Laurent, périodes 2005-2009 et 2007-2011	39
Graphique 38 - Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire, années 2007 à 2011	40
Graphique 39 - Évolution des taux ajustés de mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire, périodes 1985-1989 à 2005-2009	40
Graphique 40 - Évolution du nombre d'hospitalisations pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire, années 2007 à 2011	40
Graphique 41 - Évolution du nombre de décès pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire périodes 1985-1989 à 2005-2009	40
Graphique 42 - Taux de mortalité et d'hospitalisation pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire selon l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011	41
Graphique 43 - Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour l'ensemble des MPOC, années 2007 à 2011	43
Graphique 44 - Évolution des taux ajustés de mortalité pour l'ensemble des MPOC, périodes 1985-1989 à 2005-2009	43
Graphique 45 - Évolution du nombre d'hospitalisations pour l'ensemble des MPOC, années 2007 à 2011	43
Graphique 46 - Évolution du nombre de décès pour l'ensemble des MPOC, périodes 1985-1989 à 2005-2009	43
Graphique 47 - Taux de mortalité et d'hospitalisation pour les MPOC, selon, l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011	44
Graphique 48 - Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour les gripes et les pneumonies, années 2007 à 2011	45
Graphique 49 - Évolution des taux ajustés de mortalité pour les gripes et pneumonies, périodes 1985-1989 à 2005-2009	45
Graphique 50 - Évolution du nombre d'hospitalisations pour l'ensemble des gripes et pneumonies, années 2007 à 2011	45
Graphique 51 - Évolution du nombre de décès pour l'ensemble des gripes et pneumonies, périodes 1985-1989 à 2005-2009	45
Graphique 52 - Taux d'hospitalisation pour les gripes et pneumonies selon l'âge, période 2007-2011	46
Graphique 53 - Projections de la population selon le groupe d'âge, Bas-Saint-Laurent, 1985-2031	54
Graphique 54 - Proportion des cas de cancer liés au tabagisme, par siège	56
Graphique 55 - Répartition de la population de 12 ans et plus selon la consommation de tabac, au Bas-Saint-Laurent et au Québec, 2009-2010	57
Graphique 56 - Évolution du tabagisme au Bas-Saint-Laurent et au Québec	57
Graphique 57 - Proportion de la population de 18 ans et plus selon le niveau d'activité physique durant les loisirs, 2009-2010	59
Graphique 58 - Population de 12 ans et plus présentant une consommation abusive d'alcool au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, 2009-2010	62
Graphique 59 - Répartition de la population de 12 ans et plus qui consomme de l'alcool, selon leur fréquence de consommation d'alcool, 2009-2010	62
Graphique 60 - Répartition de la population en fonction de la densité résidentielle	65
Graphique 61 - Répartition de la population en fonction de la mixité des usages	65
Graphique 62 - Répartition de la population en fonction de la connexité du réseau routier	66
Graphique 63 - Répartition de la population en fonction du potentiel piétonnier	66
Graphique 64 - Proportion de la population vivant à proximité d'un parc ou d'un espace vert	67
Graphique 65 - Proportion de la population vivant à proximité d'une infrastructure récréative ou sportive	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Relations entre certaines maladies chroniques, les habitudes de vie et certaines conditions de santé à risque	55
Tableau 2 - Proportion de la population de 12 ans et plus consommant au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, population totale, Bas-Saint-Laurent et Québec, 2009-2010	58
Tableau 3 - Population de 18 ans et plus présentant un surplus de poids, 2009-2010	60
Tableau 4 - Proportion des décès attribuables à l'alcool (fraction attribuable), par sexe, Québec, 2002	61
Tableau 5 - Efforts consentis pour favoriser le recours à certains dépistages au Bas-Saint-Laurent	88
Tableau 6 - Efforts consentis pour favoriser le counseling en matière d'habitudes de vie au Bas-Saint-Laurent	88
Tableau 7 - Efforts consentis pour favoriser la prescription d'aides pharmacologiques aux fumeurs bas-laurentiens	89
Tableau 8 - Efforts consentis pour favoriser le recours à certains vaccins au Bas-Saint-Laurent	89

LISTE DES ACRONYMES

ACSP :	Association canadienne de santé publique
ASPC :	Agence de santé publique du Canada
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIM :	Classification internationale des maladies
CMQ :	Collège des médecins du Québec
COSMOSS :	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé
CPE :	Centre de la petite enfance
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DSP :	Direction de santé publique
ESCC :	Enquête sur la santé dans la collectivité canadienne
I.M.P.A.C.T. :	Intervention du milieu pour nos adolescents ayant des comportements à risque causant des traumatismes
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IPCDC :	Initiative pour le partage des connaissances et le développement des compétences
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
LSP :	Loi sur la santé publique
MAAC :	Maladies des artères, artérioles et capillaires
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MRC :	Municipalité régionale de comté
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAL :	Plan d'action local de santé publique
PAR :	Plan d'action régional de santé publique
PCP :	Pratiques cliniques préventives
PNSP :	Programme national de santé publique
PODCS :	Programme québécois du dépistage du cancer du sein
SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
SMAT :	Service de messagerie texte pour arrêter le tabac
VPH :	Virus du papillome humain

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

DONNÉES D'INCIDENCE, D'HOSPITALISATION ET DE MORTALITÉ POUR LE CANCER ET POUR LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET RESPIRATOIRE :

Les données d'incidence, d'hospitalisation et de mortalité proviennent des données de surveillance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (fichier des tumeurs du Québec, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO et fichier des décès).

En raison de l'absence de données d'incidence disponibles concernant les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, celles-ci ne sont pas abordées dans le présent rapport. Pour tenter d'apprécier l'impact de ces maladies, les taux d'hospitalisation associés sont présentés au lieu de l'incidence.

Les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sont autodéclarées par les répondants de l'enquête. Ce type d'autodéclaration peut sous-estimer des données relatives au poids, par exemple.

Les données relatives aux graphiques 60 à 65 proviennent du portrait de l'environnement bâti et de l'environnement des services, région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent, produit par l'Institut national de santé publique du Québec en 2011 (INSPQ, 2011a).

DONNÉES SUR LE TAUX DE PARTICIPATION AU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) :

Les données sur le taux de participation au PQDCS proviennent du système d'information du PQDCS (SI-PQDCS) de l'INSPQ et ont été extraites le 4 mars 2013.

DONNÉES SUR LES COUVERTURES VACCINALES :

Lorsque la source n'est pas clairement indiquée dans le texte, les données sur les couvertures vaccinales proviennent du Bureau de surveillance et de vigie de la Direction générale de santé publique du MSSS ou encore de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ASSS) de la Direction de santé publique.



MOT DU DIRECTEUR

SYLVAIN LEDUC, MD, FRCPC

Bonjour,

Les maladies chroniques, particulièrement les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire, sont des préoccupations majeures de santé publique. Elles sont fréquentes, engendrent un fardeau sanitaire et socioéconomique important, tant au niveau individuel que collectif, et présentent un fort potentiel de prévention lorsqu'on agit sur leurs déterminants et facteurs de risque.

C'est dans le but d'informer la population bas-laurentienne, les professionnels de la santé et les décideurs, en conformité avec la Loi sur la santé publique, que je vous présente aujourd'hui ce rapport du directeur de santé publique sur la prévention des maladies chroniques au Bas-Saint-Laurent. Vous y trouverez un portrait régional de la situation concernant les principales maladies chroniques et certains déterminants de la santé ainsi que les liens très étroits existants entre les deux. Certains de ces déterminants ne sont pas modifiables, comme les facteurs biologiques tels que l'âge et le sexe, mais d'autres comme les habitudes de vie, les environnements et les services de santé s'avèrent modifiables, notamment par des interventions de santé publique. En effet, plusieurs actions de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques, déployées aux niveaux communautaire et individuel et guidées par le Plan d'action régional (PAR) et les Plans d'action locaux (PAL) de santé publique, sont menées au Bas-Saint-Laurent. Une approche pour favoriser un vieillissement en santé et pour réduire les inégalités sociales de santé influence plusieurs d'entre elles.

Ce rapport se veut donc un outil pour améliorer la connaissance, tant de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent, que des façons de mieux intervenir collectivement pour promouvoir la santé et prévenir les maladies. Il incite à continuer à agir en promotion de la santé et en prévention des maladies chroniques au Bas-Saint-Laurent, compte tenu du succès associé à certaines interventions mais sachant également que la situation à l'égard de plusieurs facteurs de risque comme le tabagisme, la sédentarité ou le faible revenu pourrait être améliorée.

Ensemble, faisons du Bas-Saint-Laurent une région où nous nous donnons les moyens de naître, grandir et vieillir en bonne santé.

Sylvain Leduc, M.D., FRCPC
Directeur de santé publique du Bas-Saint-Laurent

FAITS SAILLANTS

1. LES MALADIES CHRONIQUES AU BAS-SAINT-LAURENT

Les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables d'environ 70 % de tous les décès survenus au Bas-Saint-Laurent lors de la période 2005-2009.

- **Les cancers** représentent la première cause de décès au Bas-Saint-Laurent et au Québec. Ils sont responsables d'une grande part des décès évitables;
- Pour la période 2005-2009, la région présente des taux ajustés d'incidence pour le cancer, tous sièges confondus, significativement plus faibles que ceux du reste du Québec et des taux de mortalité similaires;
- Dans l'ordre, les cancers du poumon et colorectal chez les deux sexes, du sein chez la femme, et de la prostate chez l'homme, sont ceux qui surviennent le plus souvent et occasionnent le plus de décès;
- Pour la période 2005-2009, le Bas-Saint-Laurent se distingue du reste de la province par une incidence :
 - supérieure du cancer colorectal;
 - inférieure du cancer de la prostate;
 - supérieure du cancer du sein chez la femme.

- **Les maladies de l'appareil circulatoire** représentent la deuxième cause de décès au Bas-Saint-Laurent et au Québec;
- Les cardiopathies ischémiques suivies des maladies cérébrovasculaires sont celles qui entraînent le plus d'hospitalisations et de décès parmi l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire dans la région pour la période 2005-2009;
- De 2007 à 2011, les taux d'hospitalisation pour les maladies de l'appareil circulatoire sont significativement plus élevés au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec;
- Les taux de mortalité de la région sont semblables à ceux du Québec pour la période 2005-2009;
- De 2007 à 2011, les taux d'hospitalisation pour les cardiopathies ischémiques sont significativement plus élevés au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec;
- On observe la même tendance pour les maladies cérébrovasculaires, sauf pour les années 2007 et 2011.

- **Les maladies de l'appareil respiratoire** représentent la troisième cause de décès au Bas-Saint-Laurent et au Québec;
- La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est le type de maladie qui entraîne le plus de décès parmi l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire. Les gripes et pneumonies, quant à elles, entraînent plus d'hospitalisations que les autres maladies de l'appareil respiratoire;
- De 2007 à 2011, le Bas-Saint-Laurent se distingue du reste de la province par des taux ajustés d'hospitalisation supérieurs :
 - pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire;
 - pour les MPOC (à l'exception des années 2008 et 2010);
 - pour les gripes et pneumonies.
- Pour la période 2005-2009, le Bas-Saint-Laurent se distingue du reste de la province par des taux ajustés de mortalité supérieurs :
 - pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire;
 - pour les MPOC;
 - pour les gripes et pneumonies.

2. LES DÉTERMINANTS DES MALADIES CHRONIQUES AU BAS-SAINT-LAURENT ET LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS

Pour la majorité des maladies chroniques, parmi **les déterminants biologiques**, l'âge est un facteur de risque important. Ceci est préoccupant, sachant que la proportion de personnes âgées dans la région s'accroît à un rythme plus important qu'ailleurs dans la province.

- En ce qui concerne **les habitudes de vie** au Bas-Saint-Laurent, la proportion de fumeurs est équivalente à celle de la province, soit d'environ 23 %, et stagne à ce niveau depuis 2003;
- La consommation de fruits et de légumes est semblable à celle du reste de la province, mais demeure préoccupante, puisqu'à peine plus de la moitié des individus rencontrent les recommandations minimales à cet égard;
- La population est moins active durant ses loisirs par rapport au reste du Québec et, comme ailleurs dans la province, environ une personne sur deux présente un surplus pondéral;
- Au Bas-Saint-Laurent, un homme sur quatre et une femme sur dix présentent une consommation d'alcool considérée comme étant abusive. Le Bas-Saint-Laurent se distingue toutefois d'une façon positive par rapport au reste du Québec par une proportion plus faible de personnes buvant tous les jours.

- En ce qui concerne **les environnements**, certaines caractéristiques du milieu bâti au Bas-Saint-Laurent sont défavorables à l'adoption de saines habitudes de vie, plus particulièrement, à un mode de vie physiquement actif, par rapport au reste du Québec. Ainsi, seulement 7 % de la population urbaine réside dans un secteur dont le potentiel piétonnier est fort;
- Aussi, plus de 75 % de la population totale habite un secteur qui n'est pas situé à proximité d'un parc ou d'un espace vert, et, comme ailleurs au Québec, environ 60 % des gens résident dans un secteur qui n'est pas situé à proximité d'une infrastructure récréative ou sportive;
- Au chapitre de l'environnement économique et culturel, qui influence également l'état de santé de la population et donc les maladies chroniques, le Bas-Saint-Laurent fait mauvaise figure par rapport au Québec en ce qui a trait au niveau de scolarité, au taux d'emploi, au taux de chômage et au revenu disponible des ménages;
- De plus, le niveau de soutien émotionnel et informel est généralement plus faible qu'au Québec. En contrepartie, le sentiment d'appartenance à la communauté locale y est généralement plus élevé qu'ailleurs au Québec.

- **Les services de santé**, un déterminant à travers lequel plusieurs actions contribuent à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, offrent l'occasion de réaliser des pratiques cliniques préventives : dépistage, *counseling*, vaccination et prescription de médicaments préventifs;
- La région fait bonne figure en matière de dépistage du cancer du sein, bien que la participation à ce dépistage demeure légèrement en deçà de la cible provinciale de 70 %. De plus, près de 75 % des Bas-Laurentiennes de 18 à 69 ans se sont prévaluées du dépistage du cancer du col utérin au cours des trois dernières années, comparativement à 73 % pour l'ensemble de la province;
- Le dépistage de l'hypertension artérielle demeure important, compte tenu de la prévalence de cette condition au sein de la population de 20 ans et plus au Bas-Saint-Laurent, atteignant 21,0 %, un pourcentage légèrement mais significativement supérieur à celui du reste du Québec (20,7 %);
- Le Bas-Saint-Laurent fait également bonne figure par rapport au reste de la province en matière de couverture vaccinale contre le virus du papillome humain (VPH). Cependant, les couvertures vaccinales contre l'influenza chez les personnes âgées et les travailleurs de la santé demeurent bien en dessous des cibles provinciales.

3. QUELLES SONT LES STRATÉGIES PORTEUSES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ AU BAS-SAINT-LAURENT?

Pour favoriser un vieillissement actif et en santé au Bas-Saint-Laurent, certains territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont engagés dans une approche axée sur le vieillissement en santé.

- **Pour favoriser de meilleures habitudes de vie**, des agents de promotion et de prévention ont été déployés dans tous les CSSS de la région, tant pour des actions de prévention clinique individuelle que de promotion de la santé au niveau populationnel. L'approche *École en santé* et la démarche *COSMOSS* favorisent également les saines habitudes de vie chez les jeunes;
- En plus de la promotion de campagnes provinciales pour un environnement sans fumée, des activités de promotion et de prévention sont menées dans plusieurs milieux (écoles, milieux de travail, lieux publics) par des intervenants scolaires, du réseau de la santé ou même par de jeunes leaders pour lutter contre le tabagisme. Un soutien à la cessation tabagique est aussi offert dans tous les CSSS;
- Plusieurs projets ou initiatives locales et régionales en saine alimentation sont en cours, tant chez les jeunes en CPE (projet *À nos marmites : 1,2,3... santé!*), qu'en milieu scolaire (*Pour un virage santé à l'école*), qu'au sein de la population adulte (politique alimentaire dans les établissements de la santé), plus âgée (Projet d'amélioration de la qualité de l'alimentation en CHSLD) ou plus défavorisée (projet *Mangez mieux*);
- Le mode de vie physiquement actif est encouragé par diverses activités rejoignant tous les groupes d'âge, dont le programme *Viactive*, visant plus particulièrement les 50 ans et plus, et le programme *À pied, à vélo, ville active*, encourageant les déplacements actifs et sécuritaires des jeunes et de leurs parents. Une préoccupation particulière pour favoriser l'accès aux infrastructures récréatives et sportives pour tous émane des différentes initiatives en matière de mode de vie physiquement actif;
- Des activités de sensibilisation à la problématique de la consommation abusive d'alcool sont réalisées dans divers milieux, en plus des programmes *Alcochoix* et *I.M.P.A.C.T.*, qui rejoignent respectivement les adultes présentant une consommation à risque et les jeunes finissants, pour favoriser la consommation modérée d'alcool et les sensibiliser aux risques de traumatismes découlant d'une consommation abusive.

- **Pour créer des environnements plus favorables à la santé**, notamment en ce qui concerne le milieu bâti, plusieurs actions sont réalisées, dont la sensibilisation des élus municipaux, la création de corridors piétonniers aux abords des écoles ainsi que les évaluations d'impacts à la santé liées aux modifications des schémas d'aménagements des municipalités régionales de comté (MRC) ou à d'autres projets de développement;
- Pour améliorer l'environnement socioéconomique, plusieurs démarches intersectorielles et de santé publique ont cours dans la région, comme les *SIPPE*, certains projets en sécurité alimentaire ou encore la démarche *COSMOSS*. D'ailleurs, la mobilisation autour de *COSMOSS* a permis de faire du Bas-Saint-Laurent la région qui présente le plus bas taux de décrochage au secondaire dans toute la province.

- Plusieurs stratégies sont mises de l'avant dans la région **pour offrir des services de santé davantage axés vers la prévention**, dont le soutien à l'intégration de certaines pratiques cliniques préventives (PCP) au sein des milieux cliniques;
- Il demeure tout de même important d'intensifier les PCP pour assurer une meilleure couverture de la population visée, notamment en ce qui concerne le recours à certains dépistages et à certains vaccins;
- Un éventuel dossier médical électronique pourrait faciliter l'intégration de l'ensemble des PCP, par exemple, grâce à des rappels systématiques aux cliniciens lorsqu'ils reçoivent des clientèles cibles ou en facilitant le partage d'information entre professionnels de la santé.

INTRODUCTION

Le maintien de la santé et du bien-être de la population constitue la raison d'être de la **santé publique**¹, que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit comme la « science et l'art de promouvoir la santé, de prévenir la maladie, de prolonger la vie et d'améliorer la qualité de la vie par des efforts organisés de la société (OMS, 2011, p. 3) ». Au Québec, le directeur de santé publique, aidé par une équipe multidisciplinaire, agit en quelque sorte à titre de médecin de la population de sa région². Les outils et données dont il dispose pour établir un diagnostic ou portrait de santé de la population sont liés à la fonction de surveillance de la santé définie dans la Loi sur la santé publique (LSP) (Gouvernement du Québec, 2013), permettant d'apprécier l'ampleur des problèmes de santé et de leurs déterminants. C'est à partir de ce diagnostic que sont déployées, par le directeur et son équipe, diverses actions reconnues efficaces ou prometteuses en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies et de protection de la santé, trois champs d'activité également définis dans la LSP. Ces fonctions de santé publique soutiennent l'exercice de la **responsabilité populationnelle**, qui est également assumée par tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région.

Les maladies chroniques comptent parmi les préoccupations majeures de santé publique de par leur fréquence, leur gravité et leur potentiel de prévention. De fait, elles représentent un fardeau social, économique et sanitaire important partout dans le monde et le Bas-Saint-Laurent n'échappe pas à cette réalité. Pour les individus atteints, les maladies chroniques impliquent des conséquences parfois lourdes sur la qualité de vie. Ceux-ci nécessitent davantage de soins et services de santé et doivent souvent composer avec des incapacités qui peuvent aller jusqu'à engendrer un appauvrissement socioéconomique (CSBE, 2010). Cette diminution de qualité de vie peut devenir une source de stress et mener à une détresse psychologique. Pour l'entourage des personnes atteintes, ces maladies sont aussi lourdes de conséquences. De fait, le dévouement et le soutien des proches aidants peuvent impliquer beaucoup de temps, parfois même emprunté sur les heures de travail, et représenter une source de stress importante.

Pour la société dans son ensemble, les maladies chroniques représentent aussi un fardeau sanitaire et socioéconomique important. Leur nombre croissant coïncide avec une utilisation plus importante des services de santé (ISQ, 2008a), vu les besoins accrus de la population en médicaments, en matériel médical et en services de santé de première ligne et spécialisés. C'est d'autant plus vrai lorsqu'une personne doit composer avec plus d'une maladie chronique (multimorbidité). Cette utilisation accrue des services de santé peut favoriser un engorgement des services et, par conséquent, diminuer l'accès de la population à ceux-ci. Enfin, comme les maladies chroniques augmentent généralement avec l'âge, cette problématique est particulièrement préoccupante au Bas-Saint-Laurent, étant donné que le vieillissement de la population se fait plus rapidement au Bas-Saint-Laurent que dans le reste du Québec.

C'est dans l'optique d'informer la population du Bas-Saint-Laurent sur la problématique des maladies chroniques que le présent rapport a été produit. Plus précisément, il a pour but de dresser un portrait des cancers, des maladies de l'appareil circulatoire et des maladies de l'appareil respiratoire dans la région, vu leur importance relative. Ensuite, il présente un portrait des déterminants et facteurs de risque sous-jacents. Finalement, il aborde plusieurs actions entreprises par les acteurs de santé publique régionaux et locaux du Bas-Saint-Laurent et leurs partenaires pour atténuer les impacts individuels et collectifs de ces maladies, tout en incluant une préoccupation particulière pour favoriser un vieillissement en santé. Ces actions sont notamment guidées par des outils de planification développés aux paliers provincial (Programme national de santé publique (PNSP)), régional (Plan d'action régional de santé publique (PAR)) et local (Plans d'action locaux de santé publique (PAL)), qui prônent, entre autres, la promotion de la santé et la prévention des maladies sur le plan populationnel ainsi que l'offre de services de santé préventifs sur une base individuelle. Ce continuum de prévention est présenté à la figure 1.

¹ Tout au long du document, les mots apparaissant en couleur contrastante sont définis dans le glossaire, à la fin du rapport.

² Dans le présent document, le mot région réfère à la région sociosanitaire du Bas-St-Laurent, qui inclut 8 territoires de CSSS, pour la plupart superposables aux 8 territoires de MRC correspondants.

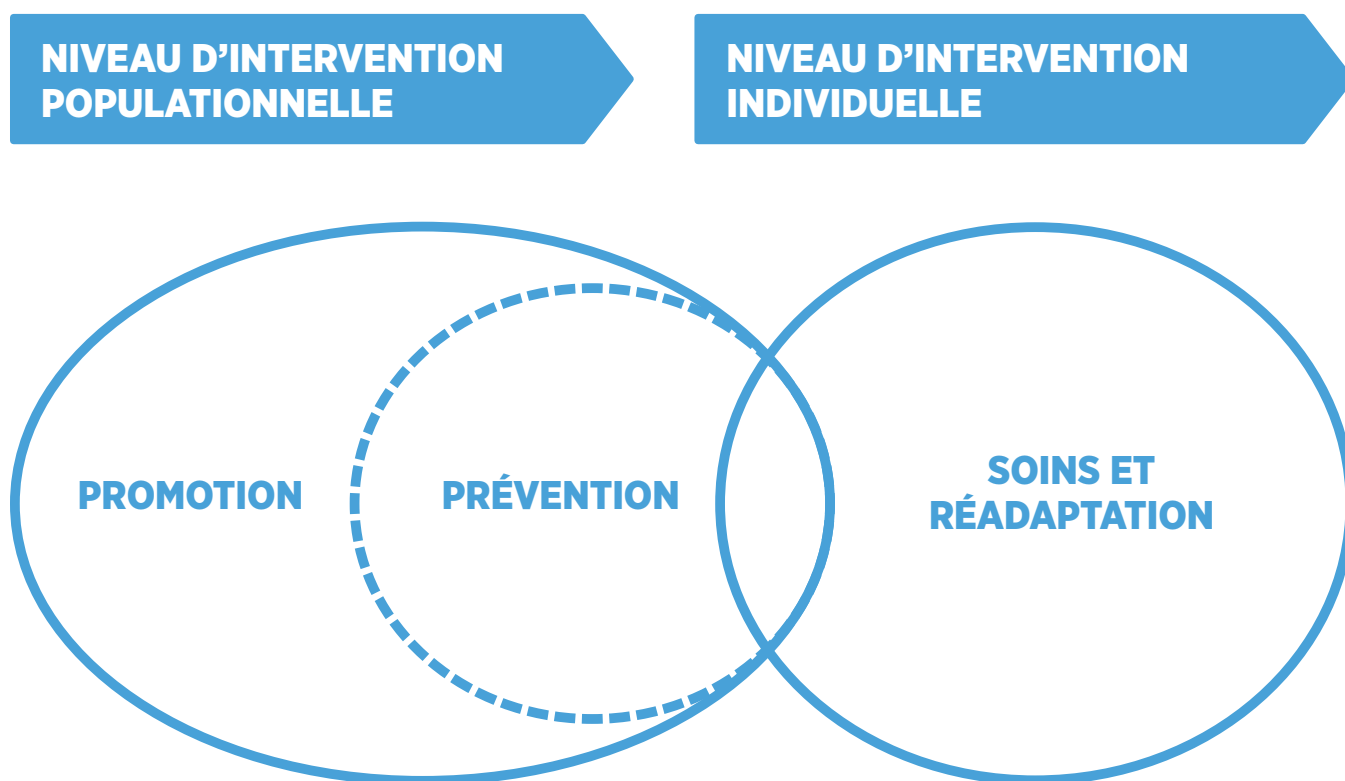
PARLONS STATISTIQUES...

« On estime que les maladies chroniques coûtent proportionnellement très cher au système et à la société en général par rapport à la proportion de personnes qui en sont atteintes au sein de la population. En effet, les données montrent qu'environ 5 % de la population consomme près de 50 % des soins de courte durée : la plupart de ces personnes sont atteintes de multiples maladies chroniques. » (Department of Health, 2005, cités par CSBE, 2010).

Cette réalité est également observée au Québec. (Laframboise et Mireault, 2008 cités par CSBE, 2010).

FIGURE 1

Continuum de prévention et de services



Source : Adapté de MSSS, 2004a



1

**LES MALADIES CHRONIQUES
AU BAS-SAINT-LAURENT**

Les **maladies chroniques** affectent un grand nombre de Bas-Laurentiens. Vivre avec ce type de maladie peut représenter un perpétuel combat. En effet, les conséquences qu'elles impliquent bouleversent le mode et la qualité de vie de la personne qui en est infligée et de celles qui l'entourent. Ces personnes peuvent souvent faire face à des problèmes d'anxiété, de perte d'estime de soi, d'isolement, d'incapacité à accomplir certaines tâches quotidiennes ou liées au travail ainsi qu'à des problèmes d'adaptation. Le diagnostic d'une maladie chronique entraîne souvent la prise de médication et de nombreuses consultations et hospitalisations.

Les cancers représentent la première cause de décès au Bas-Saint-Laurent et au Québec. Avec les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire, ils sont responsables d'environ 70 % de tous les décès survenus au Bas-Saint-Laurent lors de la période 2005-2009 (graphique 1³). Une grande part de ces décès prématurés pourrait être évitée par l'adoption de saines habitudes de vie, par la modification des environnements ou par l'adaptation des services de santé. Il en sera d'ailleurs question plus loin dans ce rapport. Afin de comprendre jusqu'à quel point ces trois types de maladies sont un fardeau pour la région, la présente section du rapport dresse un état de situation pour chacune d'entre elles.

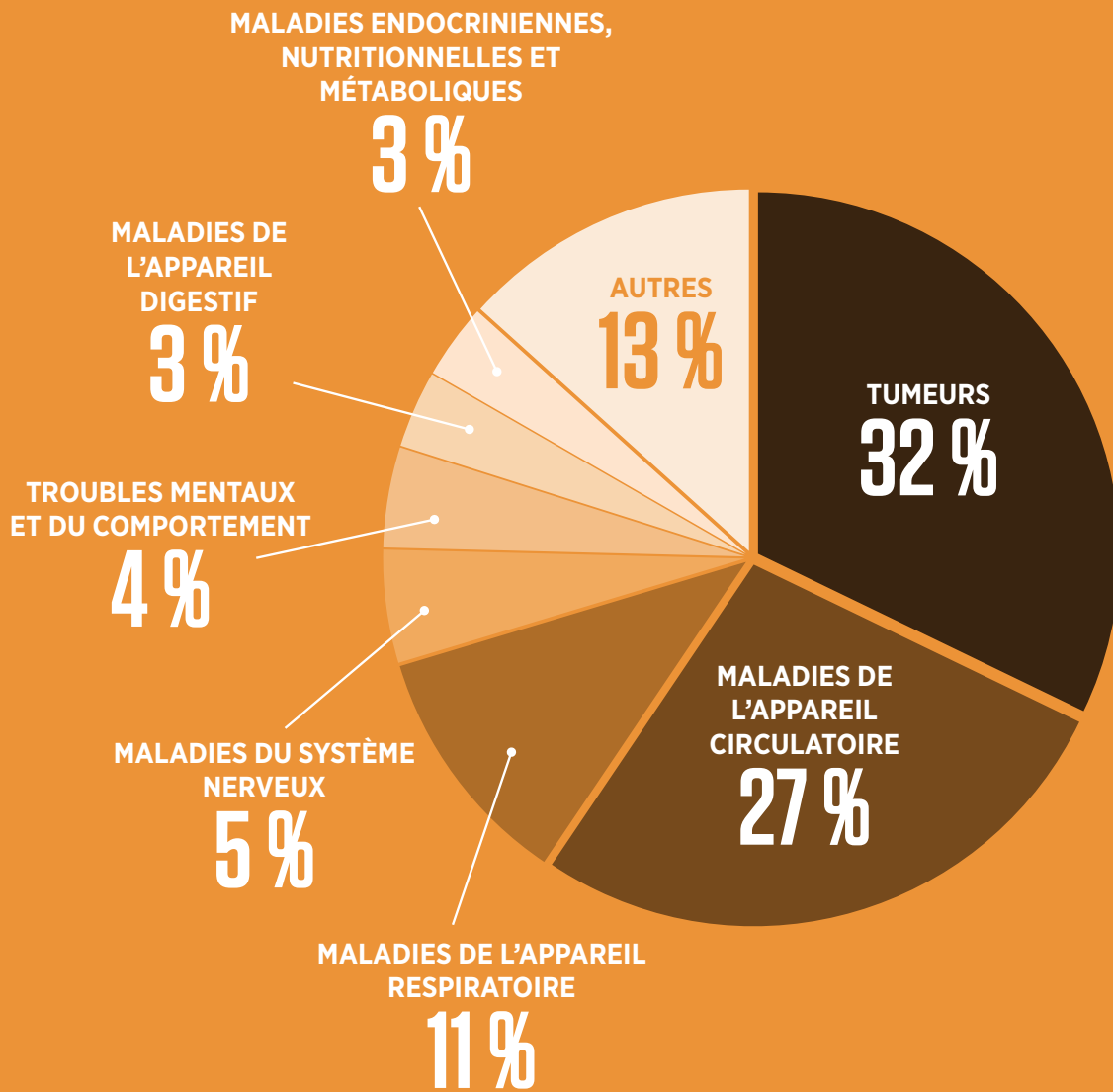
En raison de la disponibilité des données, pour les cancers, l'analyse portera sur l'incidence et la mortalité, alors que pour les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, elle portera sur les hospitalisations et la mortalité (voir les notes méthodologiques à la page 7). Tout au long de cette section, nous vous présenterons les plus récentes statistiques disponibles. Bien que certaines d'entre elles datent de quelques années déjà, elles nous permettent d'apprécier, d'une façon assez juste, la situation, étant donné que les changements d'incidence, d'hospitalisation et de mortalité dans une population surviennent généralement sur de longues périodes.

**LES CANCERS,
LES MALADIES DE
L'APPAREIL CIRCULATOIRE
ET LES MALADIES DE
L'APPAREIL RESPIRATOIRE,
SONT RESPONSABLES
D'ENVIRON 70 % DE TOUS
LES DÉCÈS AU
BAS-SAINT-LAURENT.**

³ Voir les notes méthodologiques pour obtenir la source des données pour les graphiques 1 à 52 et les cartes 1 à 6.

GRAPHIQUE 1

Répartition des décès en fonction des grands regroupements de causes au Bas-Saint-Laurent, période 2005-2009



1.1 LES CANCERS

Les cancers représentent un ensemble de près de 200 maladies différentes prenant toutes leur origine lors de la division incontrôlable de cellules anormales qui ont subi diverses mutations. Ces mutations sont causées par une multitude de facteurs, notamment les mauvaises habitudes de vie, incluant le tabagisme ainsi que les contaminants environnementaux.

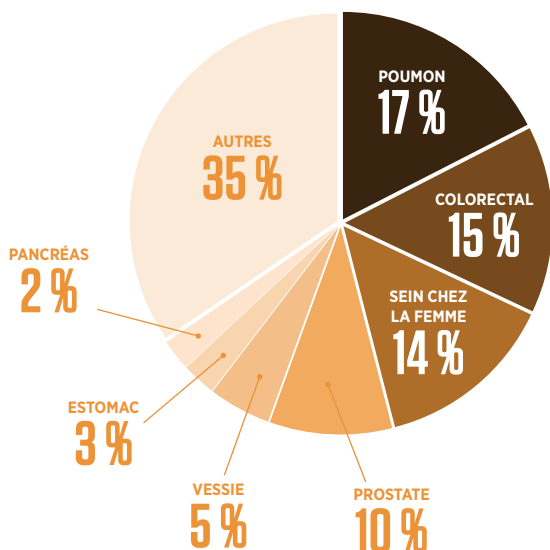
Le cancer est responsable d'une grande part des décès évitables au Bas-Saint-Laurent et dans l'ensemble du Québec.

Les graphiques 2 et 3 illustrent les principaux sièges de cancer pour l'ensemble des nouveaux cas et des décès au Bas-Saint-Laurent. **Dans l'ordre, les cancers du poumon et colorectal chez les deux sexes, du sein chez la femme et de la prostate chez l'homme, sont ceux qui surviennent le plus souvent et occasionnent le plus de décès.**

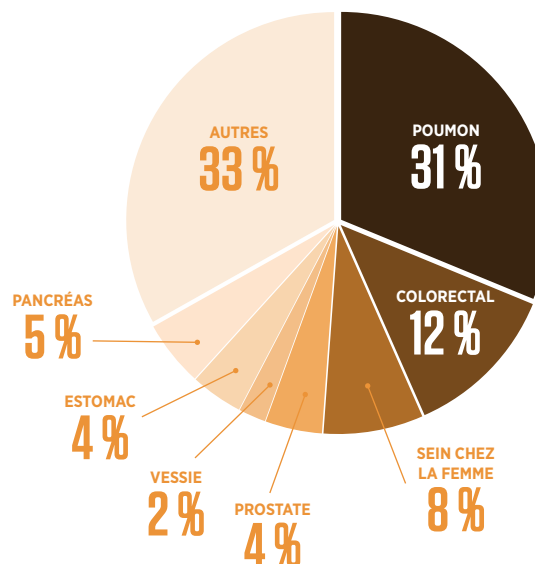
GRAPHIQUES 2 ET 3

Répartition des nouveaux cas et des décès pour le cancer selon les différents sièges au Bas-Saint-Laurent, période 2005-2009

(%) Nouveaux cas



(%) Décès

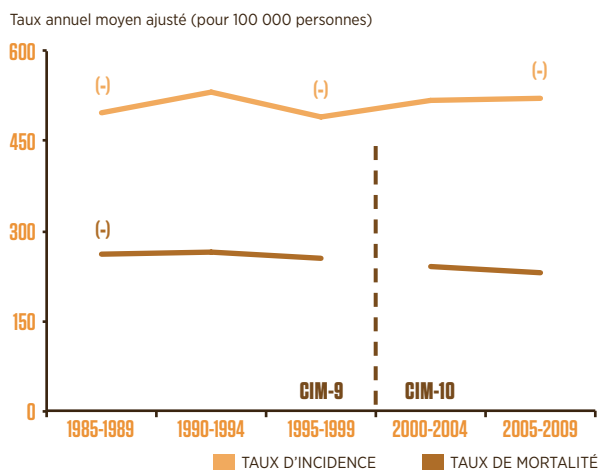


Nous présenterons, dans les prochaines pages, une vue d'ensemble des cancers avec une attention particulière pour l'incidence et la mortalité pour les cancers du poumon, colorectal, de la prostate chez l'homme et du sein chez la femme.

1.1.1 L'ENSEMBLE DES SIÈGES DE CANCER AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 4

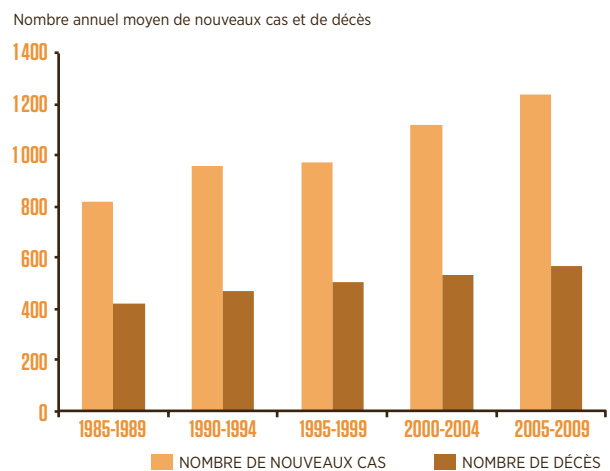
Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour l'ensemble des cancers, périodes 1985-1989 à 2005-2009



(-) Taux ajusté de la région significativement plus faible que celui du reste du Québec.

GRAPHIQUE 5

Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès pour l'ensemble des cancers, périodes 1985-1989 à 2005-2009



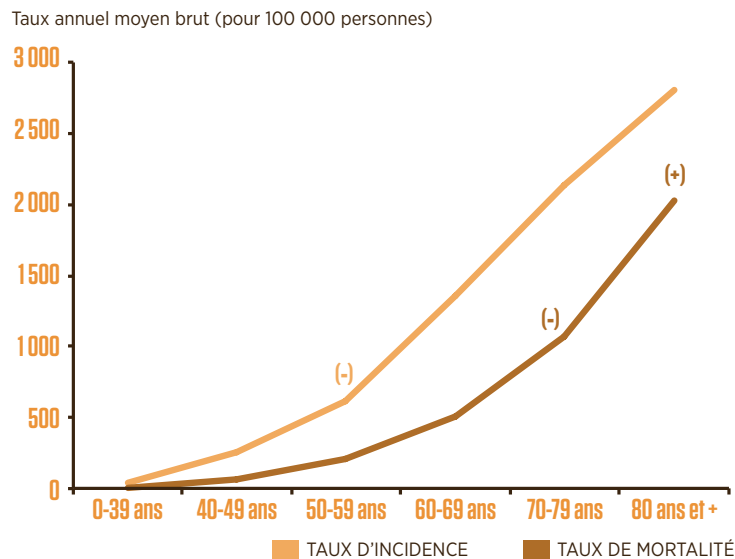
PARLONS STATISTIQUES...

Comment peut-on expliquer le fait que le nombre de nouveaux cas de cancer est en croissance alors que les taux ajustés d'incidence stagnent pour la même période?

Ce phénomène peut s'expliquer, en grande partie, par le vieillissement de la population bas-laurentienne. L'âge est un facteur de risque important du cancer : plus une personne est âgée, plus elle risque de développer un cancer (Société canadienne du cancer, 2013). Ainsi, l'augmentation du nombre de nouveaux cas dans la région est surtout attribuable au vieillissement de la population. L'ajustement des taux annule l'effet de cette structure d'âge, ce qui permet les comparaisons avec le reste de la province.

GRAPHIQUE 6

Taux d'incidence et de mortalité pour l'ensemble des cancers selon l'âge, période 2005-2009



(-)(+) Taux de la région significativement plus faible ou plus élevée que celui du reste du Québec.

INCIDENCE

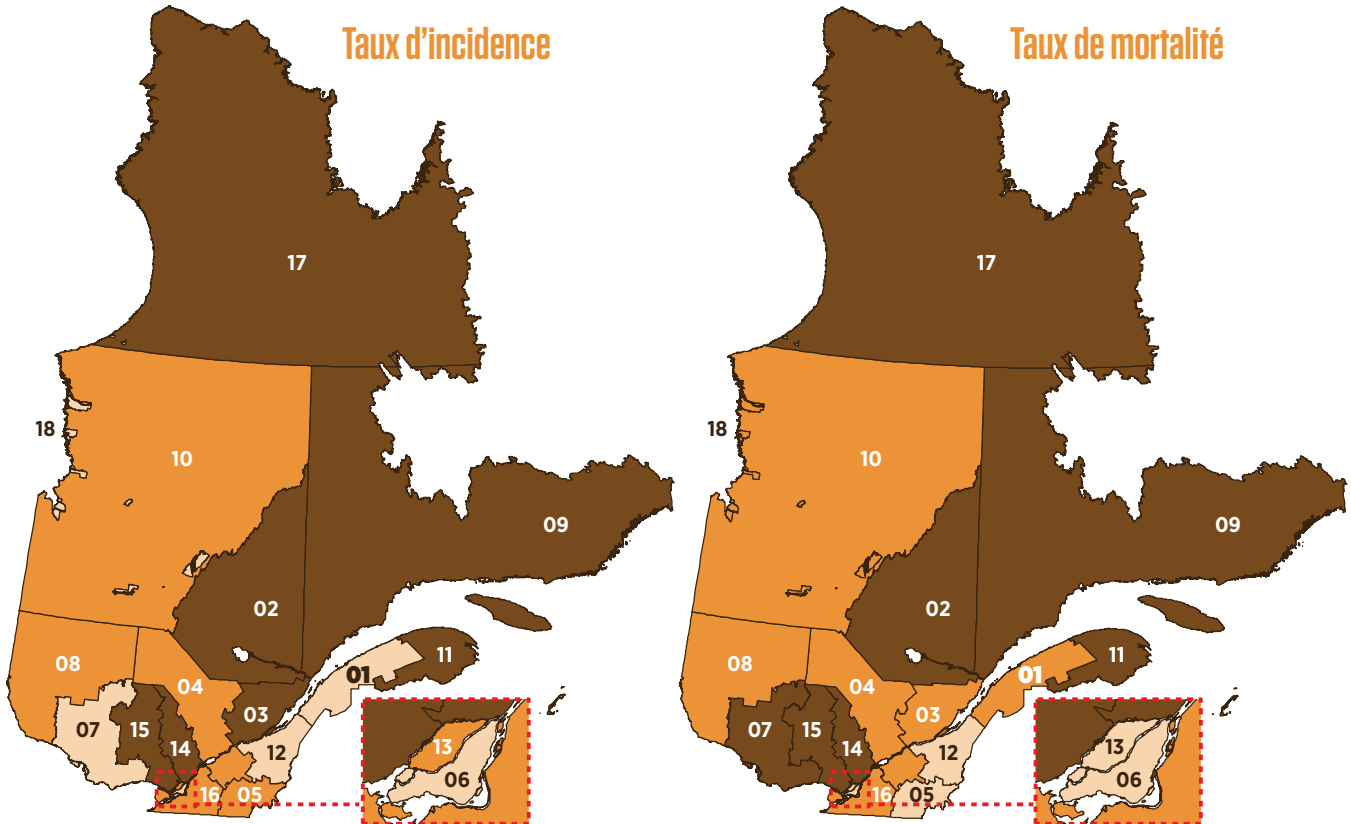
- Les taux ajustés d'incidence sont relativement stables depuis la période 1985-1989 (graph. 4);
- **La région présente des taux ajustés d'incidence pour certaines périodes (1985-1989, 1995-1999 et 2005-2009) significativement plus faibles que ceux du reste du Québec** (graph. 4);
- Le nombre de nouveaux cas de cancer augmente continuellement depuis la période 1985-1989 (graph. 5);
- Les taux d'incidence augmentent au fil des âges pour la période 2005-2009 (graph. 6);
- Le taux d'incidence chez les 50-59 ans est significativement plus faible au plan statistique que celui du reste du Québec pour la période 2005-2009 (graph. 6).




MORTALITÉ

- Les taux ajustés de mortalité diminuent légèrement depuis la période 1990-1994 (graph. 4);
- La région présentait, pour la deuxième portion des années 80, (période 1985-1989) un taux ajusté de mortalité significativement plus faible au plan statistique que celui du reste du Québec (graph. 4);
- Le nombre de décès augmente, mais beaucoup moins rapidement que le nombre de nouveaux cas depuis la période 1985-1989 (graph. 5);
- Les taux de mortalité augmentent au fil des âges pour la période 2005-2009 (graph. 6);
- Au plan statistique, le taux des 70-79 ans est significativement inférieur à celui de la province alors que celui des 80 ans et plus est significativement plus élevé pour la période 2005-2009 (graph. 6).

CARTES 1 ET 2

Taux ajustés d'incidence et de mortalité pour l'ensemble des cancers, régions sociosanitaires du Québec, période 2005-2009

**LÉGENDE**

-  Statistiquement inférieur au reste du Québec
-  Semblable au Québec
-  Statistiquement supérieur au reste du Québec

RÉGION

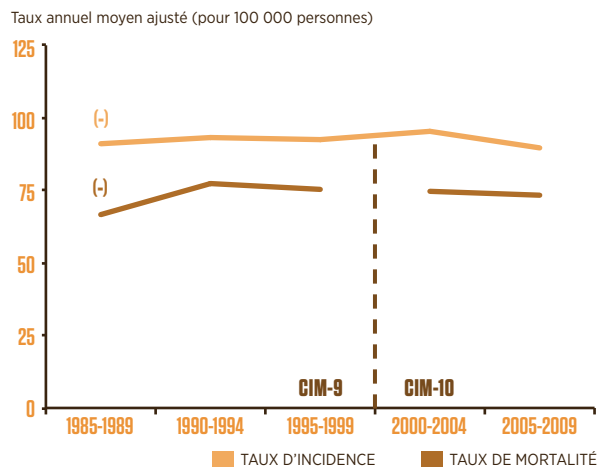
- | | |
|--|---|
| 01 Bas-Saint-Laurent | 10 Nord-du-Québec |
| 02 Saguenay - Lac-Saint-Jean | 11 Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine |
| 03 Capitale-Nationale | 12 Chaudière-Appalaches |
| 04 Mauricie et Centre-du-Québec | 13 Laval |
| 05 Estrie | 14 Lanaudière |
| 06 Montréal | 15 Laurentides |
| 07 Outaouais | 16 Montérégie |
| 08 Abitibi-Témiscamingue | 17 Nunavik |
| 09 Côte-Nord | 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James |

Les cartes 1 et 2 mettent en perspective les taux d'incidence et de mortalité ajustés, pour l'ensemble des sièges de cancer, dans les différentes régions sociosanitaires du Québec, et ce, pour la période 2005-2009. La région du Bas-Saint-Laurent présente, comme quelques autres régions, un taux ajusté d'incidence pour le cancer significativement inférieur à celui du reste de la province. Pour la mortalité, le Bas-Saint-Laurent présente un taux semblable à celui du Québec.

1.1.2 LE CANCER DU POUMON AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 7

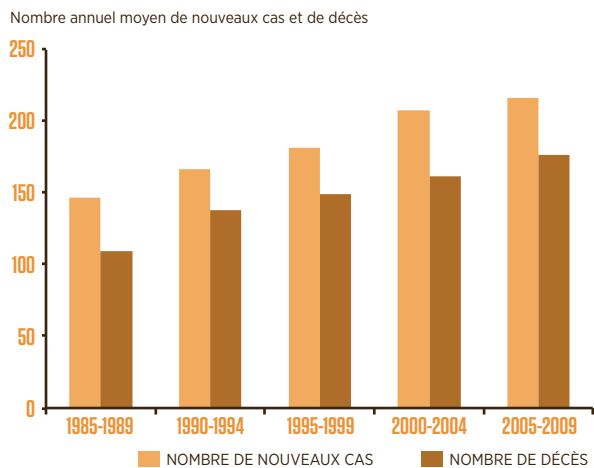
Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon, périodes 1985-1989 à 2005-2009



(-) Taux ajusté de la région significativement plus faible que celui du reste du Québec.

GRAPHIQUE 8

Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès pour le cancer du poumon, périodes 1985-1989 à 2005-2009

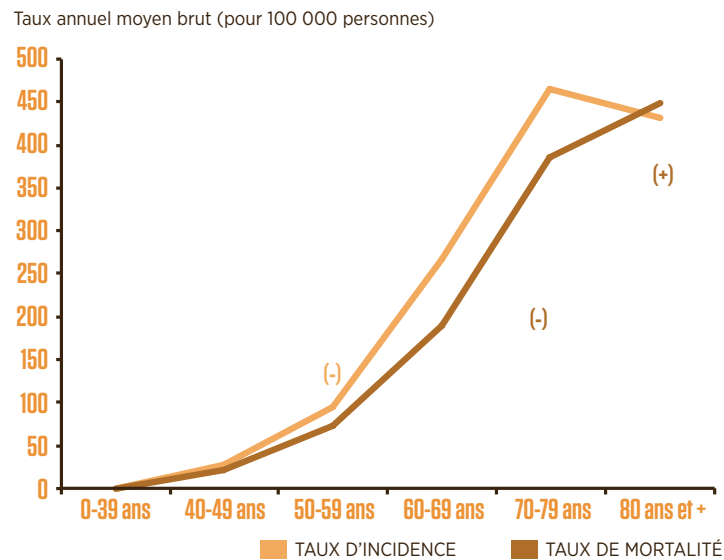


PARLONS STATISTIQUES...

La proximité des taux d'incidence et de mortalité, encore plus marquée vers 80 ans, reflète notre faible capacité à guérir le cancer du poumon, d'où l'importance d'agir en prévention pour éviter sa survenue, qui est souvent secondaire au tabagisme.

GRAPHIQUE 9

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon selon l'âge, période 2005-2009

**INCIDENCE**

- Les taux ajustés d'incidence ne fluctuent pas de la période 1985-1989 à celle de 2005-2009 (graph. 7);
- Au plan statistique, le taux ajusté d'incidence était significativement inférieur à celui du reste du Québec pour la période 1985-1989 (graph. 7);
- Le nombre annuel de nouveaux cas est en constante augmentation de la période 1985-1989 à celle de 2005-2009 (graph. 8);
- Les taux d'incidence croissent au fil des âges, et plus particulièrement, à partir de 40 ans pour la période 2005-2009 (graph. 9).

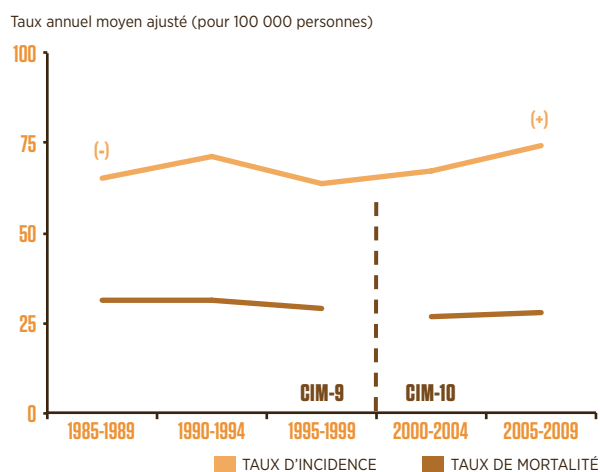
MORTALITÉ

- À l'instar des taux ajustés d'incidence, les taux ajustés de mortalité ne connaissent pas de fluctuations importantes à partir de la période 1985-1989 jusqu'à celle de 2005-2009 (graph. 7);
- Au plan statistique, le taux ajusté de mortalité était significativement inférieur à celui du reste du Québec pour la période 1985-1989 (graph. 7);
- Le nombre annuel de décès est en constante augmentation de la période 1985-1989 à celle de 2005-2009 (graph. 8);
- Les taux de mortalité croissent au fil des âges, et plus particulièrement, à partir de 40 ans pour la période 2005-2009 (graph. 9).

1.1.3 LE CANCER COLORECTAL AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 10

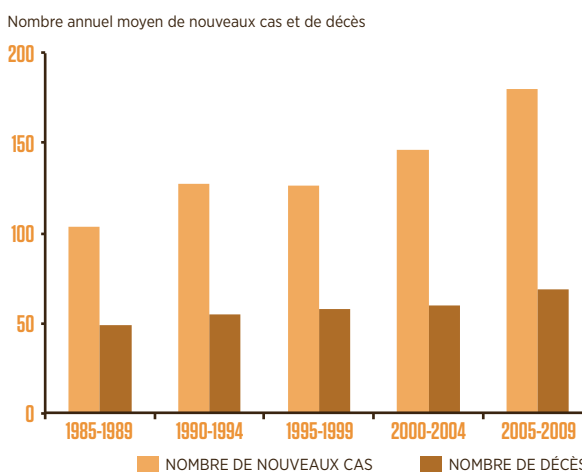
Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour le cancer colorectal, périodes 1985-1989 à 2005-2009



(-)(+) Taux ajusté de la région significativement plus faible ou plus élevé que celui du reste du Québec.

GRAPHIQUE 11

Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès pour le cancer colorectal, périodes 1985-1989 à 2005-2009



POUR EN SAVOIR PLUS...

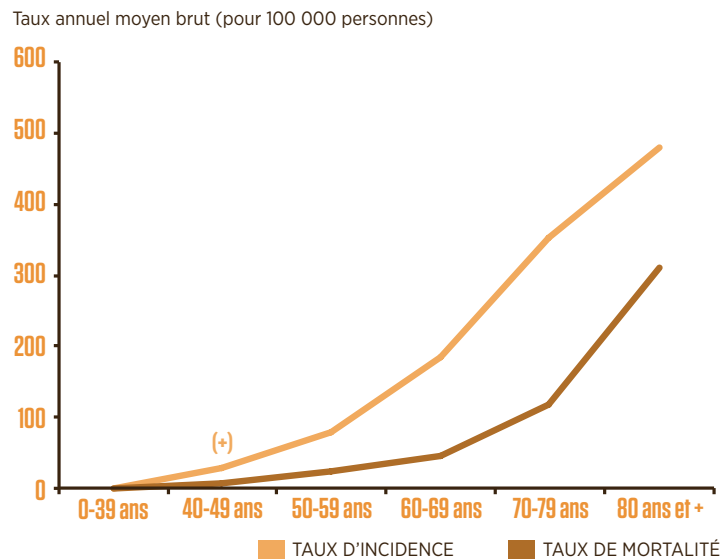
Ce type de cancer se forme dans le rectum ou le côlon, aussi appelé gros intestin, et se développe habituellement sur des polypes.

Les polypes sont de petites masses de chair qui ressemblent un peu à des verrues. Ils poussent sur les parois internes du gros intestin. La transformation d'un polype en cancer peut prendre plusieurs années. (ASPC, 2013a)

Actuellement, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) travaille à mettre en place le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal. Les personnes de 50 à 74 ans seront la clientèle ciblée par ce programme de dépistage.

GRAPHIQUE 12

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer colorectal selon l'âge, période 2005-2009



(+) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

INCIDENCE

- Les taux ajustés d'incidence ont connu une croissance de la période 1985-1989 à celle de 2005-2009 (graph. 10);
- **Au plan statistique, le taux ajusté d'incidence de la période 1985-1989 était significativement inférieur et celui de 2005-2009 était significativement supérieur à ceux du reste du Québec pour les mêmes périodes** (graph. 10);
- Le nombre annuel de nouveaux cas a connu une croissance depuis la période 1985-1989 (graph. 11);
- Les taux d'incidence croissent au fil des âges, et plus particulièrement, à partir des 40-49 ans. D'ailleurs, pour cette classe d'âge, le taux brut d'incidence est significativement supérieur à celui du reste du Québec d'un point de vue statistique pour la période 2005-2009 (graph. 12).

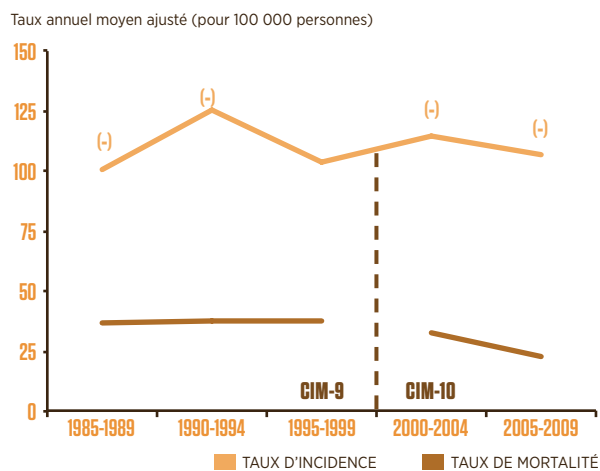
MORTALITÉ

- Les taux ajustés de mortalité n'ont pas fluctué entre les périodes 1985-1989 et 2005-2009 (graph. 10);
- Le Bas-Saint-Laurent, pour l'ensemble des périodes, présente des taux ajustés de mortalité semblables à ceux du Québec (graph. 10);
- Le nombre annuel de décès n'a que légèrement augmenté de la période 1985-1989 à celle de 2005-2009 (graph. 11);
- À l'instar des taux d'incidence, à partir des 40-49 ans, les taux de mortalité croissent au fil des âges pour la période 2005-2009 (graph. 12).

1.1.4 LE CANCER DE LA PROSTATE CHEZ L'HOMME AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 13

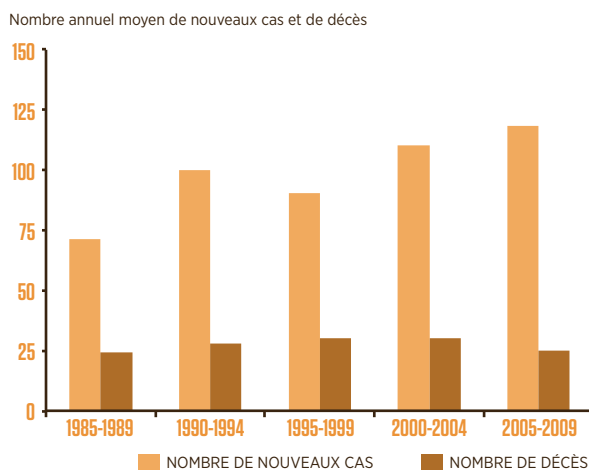
Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour le cancer de la prostate chez l'homme, périodes 1985-1989 à 2005-2009



(-) Taux ajusté de la région significativement plus faible que celui du reste du Québec.

GRAPHIQUE 14

Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès pour le cancer de la prostate chez l'homme, périodes 1985-1989 à 2005-2009



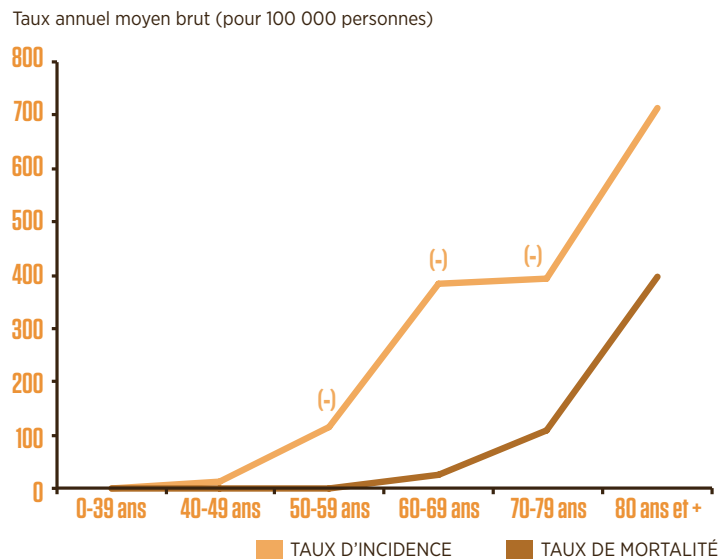
POUR EN SAVOIR PLUS...

Le cancer de la prostate est le deuxième type de cancer le plus diagnostiqué annuellement chez les hommes du Bas-Saint-Laurent tout juste derrière le cancer du poumon.

Il peut résulter d'un amalgame de facteurs. Les habitudes alimentaires inadéquates, la sédentarité ou l'exposition prolongée à certains produits chimiques sont autant de facteurs de risque possibles pouvant conduire au développement de ce type de cancer, mais leur contribution exacte demeure mal comprise. L'âge reste toutefois le principal facteur de risque. Il n'existe que très peu de cas de cancers de la prostate chez les hommes de moins de 50 ans. (ASPC, 2013b)

GRAPHIQUE 15

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer de la prostate chez l'homme selon l'âge, période 2005-2009



(-)Taux de la région significativement plus faible que celui du reste du Québec.

INCIDENCE

- Les taux ajustés d'incidence, entre les périodes 1985-1989 et 2005-2009, connaissent certaines fluctuations. Toutefois, à partir de 2000-2004, les taux sont plus stables (graph. 13);
- **Pour les périodes 2000-2004 et 2005-2009, les taux ajustés d'incidence sont significativement inférieurs au plan statistique à ceux du reste du Québec** (graph. 13);
- Le nombre annuel de nouveaux cas connaît une croissance entre les périodes 1985-1989 et 2005-2009 (graph. 14);
- Les taux bruts d'incidence croissent au fil des âges et, particulièrement, à partir des 50-59 ans (graph. 15);
- Au plan statistique, les taux d'incidence pour les 50-59 ans, les 60-69 ans et les 70-79 ans sont significativement inférieurs à ceux du reste du Québec pour la période 2005-2009 (graph. 15).

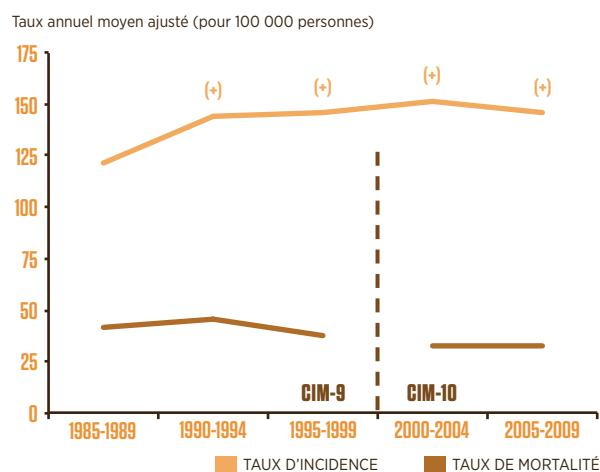
MORTALITÉ

- De la période 1985-1989 à celle de 1995-1999, les taux ajustés de mortalité ne fluctuent pas. À partir de la période 2000-2004 à celle de 2005-2009, les taux diminuent légèrement (graph. 13);
- Le Bas-Saint-Laurent, pour l'ensemble des périodes, présente des taux ajustés de mortalité semblables à ceux du Québec (graph. 13);
- Le nombre annuel de décès n'a pas vraiment fluctué entre la période 1985-1989 et celle de 2005-2009 (graph. 14);
- À partir des 60-69 ans, les taux de mortalité croissent au fil des âges pour la période 2005-2009 (graph. 15).

1.1.5 LE CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 16

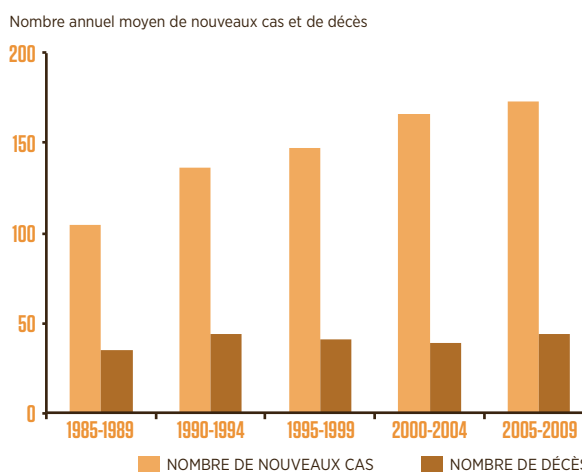
Évolution des taux ajustés d'incidence et de mortalité pour le cancer du sein chez la femme, périodes 1985-1989 à 2005-2009



(+) Taux ajusté de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

GRAPHIQUE 17

Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès pour le cancer du sein chez la femme, périodes 1985-1989 à 2005-2009



POUR EN SAVOIR PLUS...

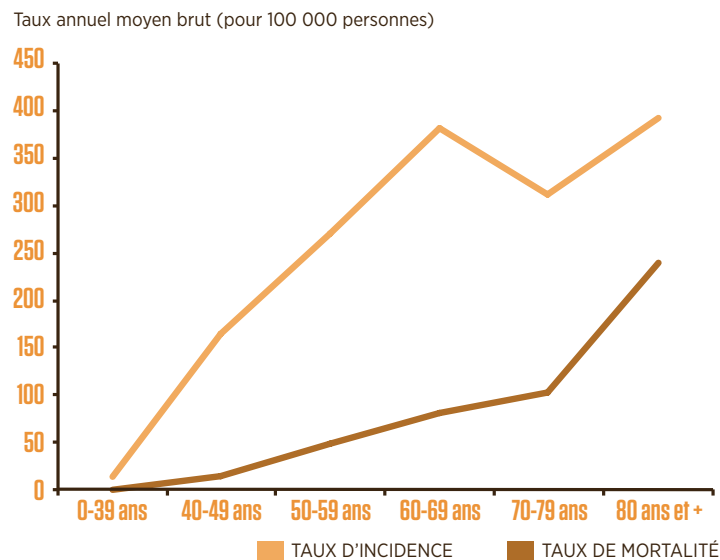
Il n'y a pas de cause unique au cancer du sein, mais il existe des facteurs qui augmentent le risque de cancer, notamment les suivants :

- L'âge : 80 % des cancers du sein touchent les femmes de 50 ans et plus;
- Les antécédents familiaux de cancer du sein;
- Certaines mutations génétiques;
- Des troubles mammaires antérieurs et des biopsies révélant la présence de cellules anormales;
- Des tissus mammaires très denses;
- L'obésité et la sédentarité chez les femmes post-ménopausées;
- Aucune grossesse ou une première grossesse après 30 ans;
- Le début des menstruations à un jeune âge;
- Une ménopause tardive.

(ASPC, 2013c)

GRAPHIQUE 18

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du sein chez la femme selon l'âge, période 2005-2009

**INCIDENCE**

- Les taux ajustés d'incidence croissent de la période 1985-1989 à celle de 2000-2004. Toutefois, de 2000-2004 à 2005-2009, les taux ont diminué (graph. 16);
- **À l'exception de la période 1985-1989, les taux ajustés d'incidence sont significativement supérieurs à ceux du reste du Québec, au plan statistique** (graph. 16);
- Le nombre annuel de nouveaux cas augmente depuis la période 1985-1989 (graph. 17);
- Les taux d'incidence croissent fortement avec l'âge, et ce, particulièrement à partir de 40 ans pour la période 2005-2009 (graph. 18).

MORTALITÉ

- De la période 1985-1989 à celle de 2005-2009, les taux ajustés de mortalité ne fluctuent pas (graph. 16);
- Le Bas-Saint-Laurent, pour l'ensemble des périodes, présente des taux ajustés de mortalité semblables à ceux du Québec (graph. 16);
- Le nombre annuel de décès n'a pas fluctué entre la période 1985-1989 et celle de 2005-2009 (graph. 17);
- À partir de 40 ans, les taux de mortalité croissent en fonction du vieillissement. Une plus forte croissance des taux de mortalité pour le cancer du sein est observable chez les femmes de 70-79 ans et celles de 80 ans et plus pour la période 2005-2009 (graph. 18).

1.2

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Les maladies de l'appareil circulatoire, que l'on nomme aussi maladies cardiovasculaires, font l'objet de grandes préoccupations dans le domaine de la santé. **Outre le fait qu'elles sont responsables d'une proportion importante des hospitalisations et des décès dans la région, elles augmentent les incapacités et contribuent à une dégradation de la qualité de vie.**

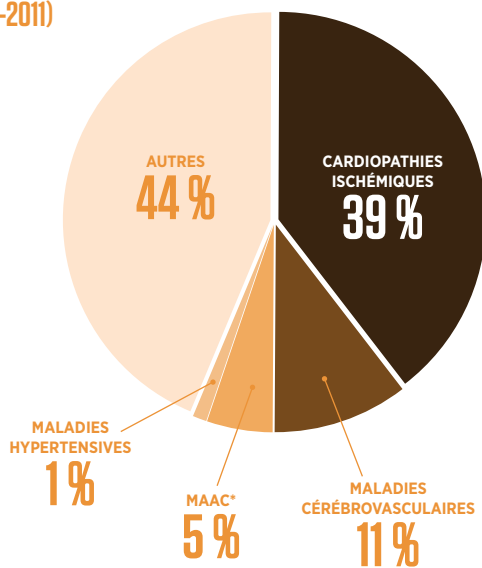
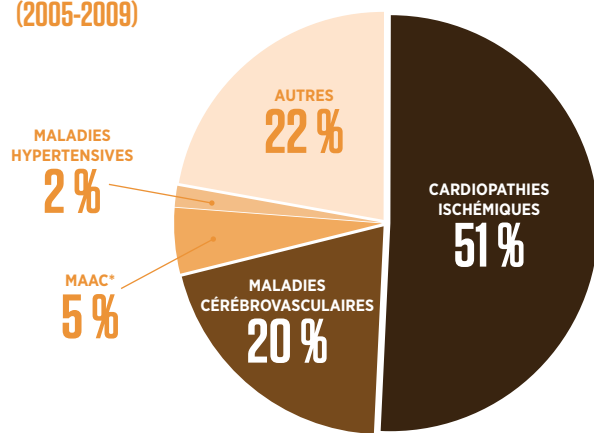
Selon la classification internationale des maladies (CIM), il existe cinq grands types de maladies de l'appareil circulatoire :

1. La cardiopathie ischémique;
2. La maladie cérébrovasculaire;
3. La maladie vasculaire périphérique;
4. L'insuffisance cardiaque;
5. Les maladies hypertensives.

Les graphiques 19 et 20 illustrent la répartition des hospitalisations et des décès selon les types de maladies de l'appareil circulatoire. **Les cardiopathies ischémiques, suivies des maladies cérébrovasculaires, sont les types de maladies qui entraînent le plus d'hospitalisations pour la période 2007-2011, et de décès parmi l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire dans la région pour la période 2005-2009.**

GRAPHIQUES 19 ET 20

Répartition des hospitalisations et des décès pour les maladies de l'appareil circulatoire selon les types de maladies au Bas-Saint-Laurent, périodes 2005-2009 et 2007-2011

**(%) Hospitalisations
(2007-2011)****(%) Décès
(2005-2009)**

* MAAC : Maladies des artères, artérioles et capillaires

Autrest : Insuffisance cardiaque, atteintes non rhumatismales de la valvule aortique, fibrillation et flutter auriculaire, embolie pulmonaire, etc.

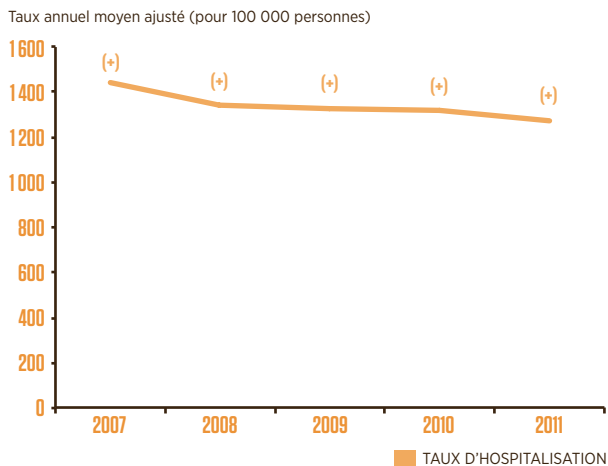
Nous présenterons, dans les prochaines pages, une vue d'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, mais une attention particulière sera accordée à la mortalité et aux hospitalisations par cardiomaladies ischémiques et pour les maladies cérébrovasculaires.

1.2.1

L'ENSEMBLE DES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE AU BAS-SAINT-LAURENT

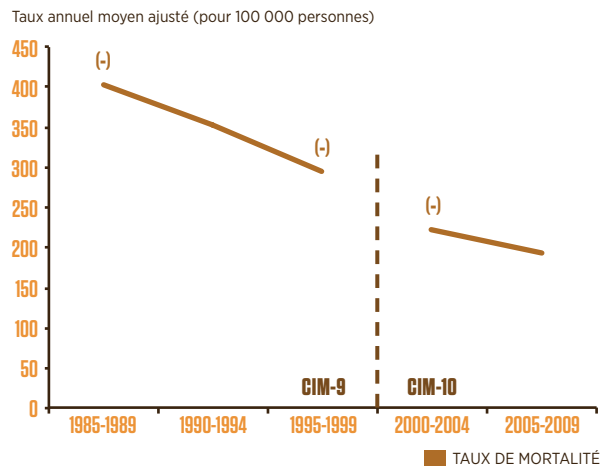
GRAPHIQUE 21

Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulaire, années 2007 à 2011



GRAPHIQUE 22

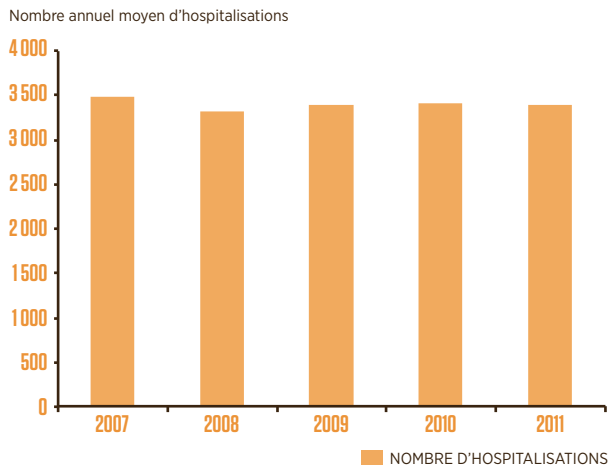
Évolution des taux ajustés de mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulaire, périodes 1985-1989 à 2005-2009



(-)(+) Taux ajusté de la région significativement plus faible ou plus élevé que celui du reste du Québec.

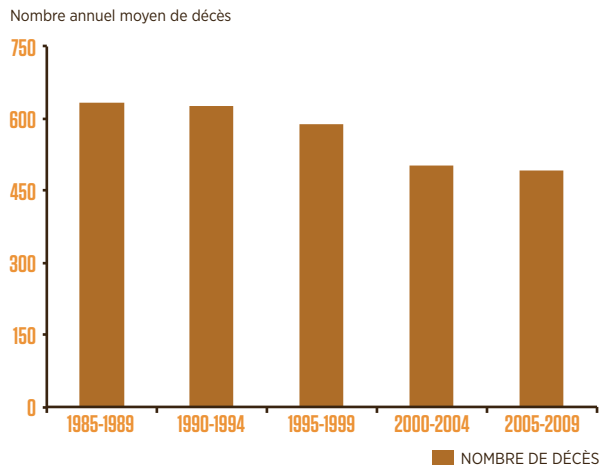
GRAPHIQUE 23

Évolution du nombre d'hospitalisations pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulaire, années 2007 à 2011



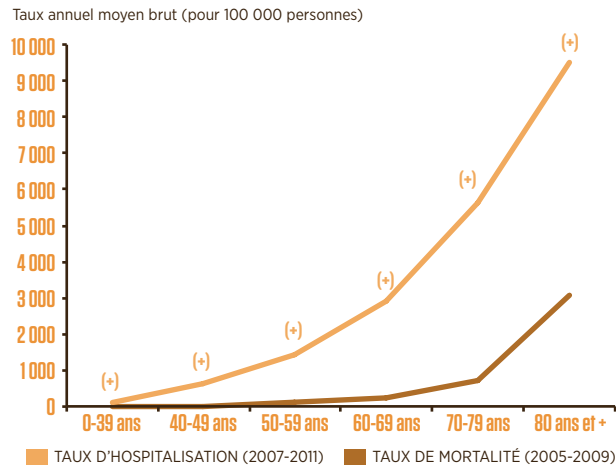
GRAPHIQUE 24

Évolution du nombre de décès pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulaire, périodes 1985-1989 à 2005-2009



GRAPHIQUE 25

Taux de mortalité et d'hospitalisation pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire selon l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011



(+) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

HOSPITALISATION

- Les taux ajustés d'hospitalisation diminuent de 2007 à 2011 (graph. 21);
- **De 2007 à 2011, les taux ajustés d'hospitalisation sont significativement plus élevés que ceux du reste du Québec** (graph. 21);
- Le nombre annuel d'hospitalisations ne fluctue pas de 2007 à 2011 (graph. 23);
- Les taux d'hospitalisation croissent au fil des âges et sont, pour toutes les classes d'âge, significativement plus élevés que ceux du reste du Québec pour la période 2007-2011 (graph. 25).

MORTALITÉ

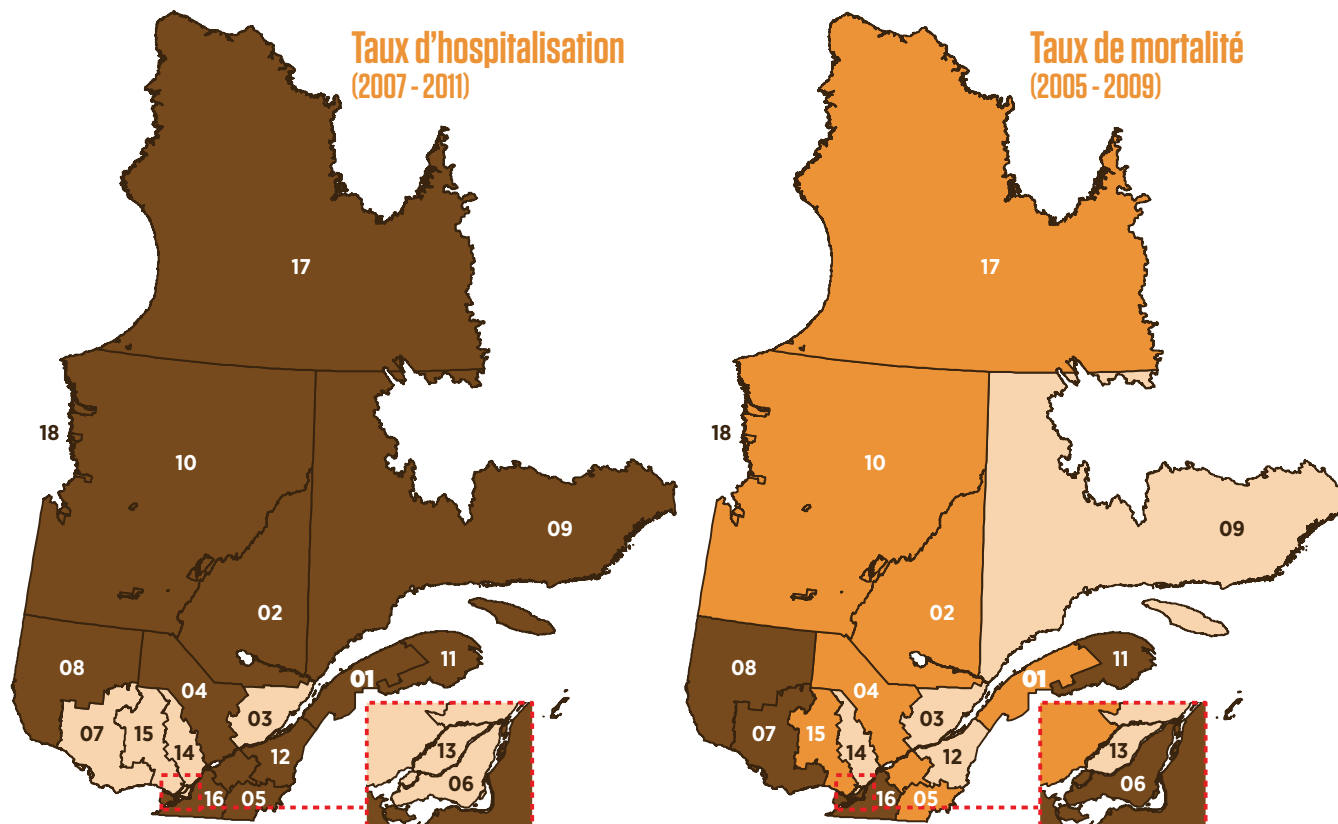
- Les taux ajustés de mortalité sont en décroissance de la période 1985-1989 à celle de 2005-2009 (graph. 22);
- Au plan statistique, pour les périodes 1985-1989, 1995-1999 et 2000-2004, les taux ajustés de mortalité sont significativement plus faibles que ceux du reste de la province, **alors qu'ils sont similaires pour 2005-2009** (graph. 22);
- Le nombre de décès diminue depuis la période 1985-1989 (graph. 24);
- Les taux de mortalité croissent au fil des âges, et ce, particulièrement à partir de 60-69 ans pour la période 2005-2009 (graph. 25).

PARLONS STATISTIQUES...

Pour la période 2007-2011, les maladies de l'appareil circulatoire étaient la première cause d'hospitalisation au Bas-Saint-Laurent. Une personne hospitalisée sur cinq l'était en raison d'une maladie de l'appareil circulatoire. Ces maladies représentent, au Québec, au courant de la période 2005-2009, la deuxième cause de mortalité tout juste derrière le cancer (graphique 1 p. 17).

CARTES 3 ET 4

Taux ajustés d'hospitalisation et de mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, régions sociosanitaires du Québec, périodes 2005-2009 et 2007-2011



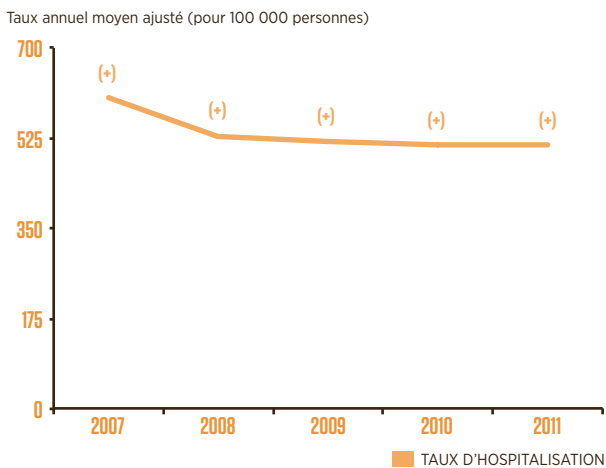
LÉGENDE		# RÉGION	
	Statistiquement inférieur au reste du Québec	01	Bas-Saint-Laurent
	Semblable au Québec	02	Saguenay - Lac-Saint-Jean
	Statistiquement supérieur au reste du Québec	03	Capitale-Nationale
		04	Mauricie et Centre-du-Québec
		05	Estrie
		06	Montréal
		07	Outaouais
		08	Abitibi-Témiscamingue
		09	Côte-Nord
		10	Nord-du-Québec
		11	Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine
		12	Chaudière-Appalaches
		13	Laval
		14	Lanaudière
		15	Laurentides
		16	Montérégie
		17	Nunavik
		18	Terres-Cries-de-la-Baie-James

Au niveau des hospitalisations, la carte 3 illustre que le Bas-Saint-Laurent, comme bien d'autres régions, présente un taux ajusté significativement supérieur à celui du reste du Québec pour la période 2007-2011. La carte 4 illustre, quant à elle, la situation des régions sociosanitaires au niveau de la mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire pour la période 2005-2009. Le Bas-Saint-Laurent ne se démarque pas d'un point de vue statistique et présente un taux ajusté de mortalité semblable à celui de la province.

1.2.2 LES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 26

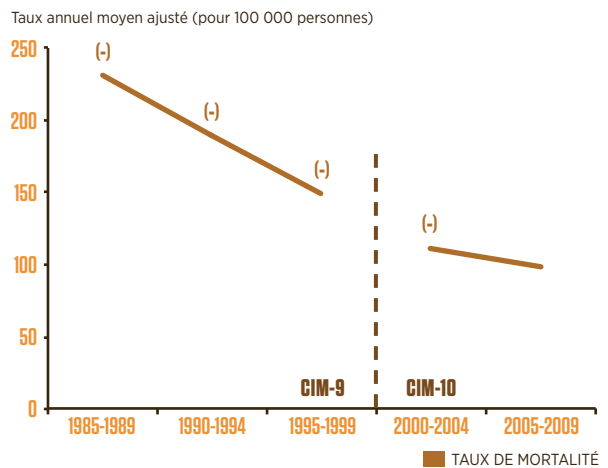
Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour les cardiopathies ischémiques, années 2007 à 2011



(-)(+) Taux ajusté de la région significativement plus faible ou plus élevé que celui du reste du Québec.

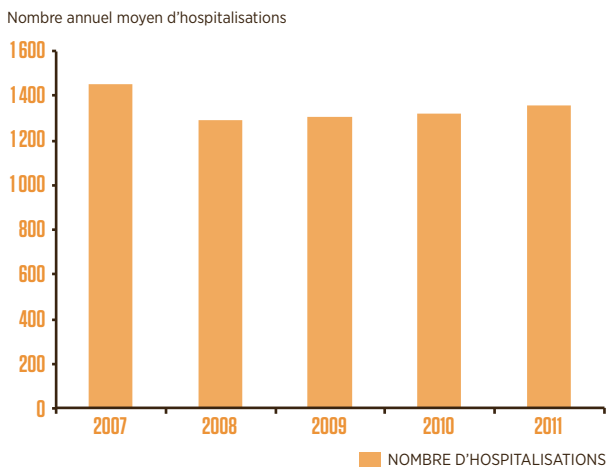
GRAPHIQUE 27

Évolution des taux ajustés de mortalité pour les cardiopathies ischémiques, périodes 1985-1989 à 2005-2009



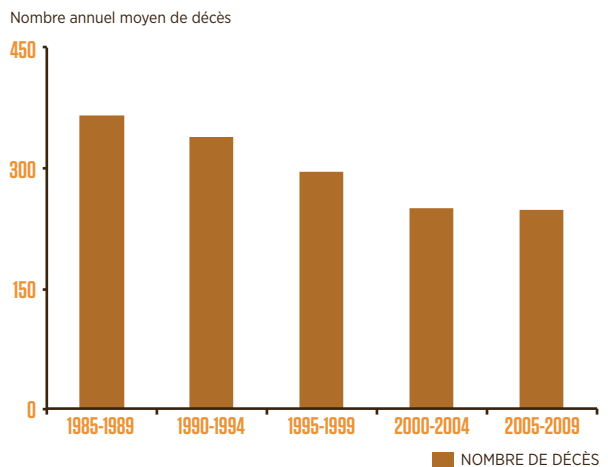
GRAPHIQUE 28

Évolution du nombre d'hospitalisations pour les cardiopathies ischémiques, années 2007 à 2011



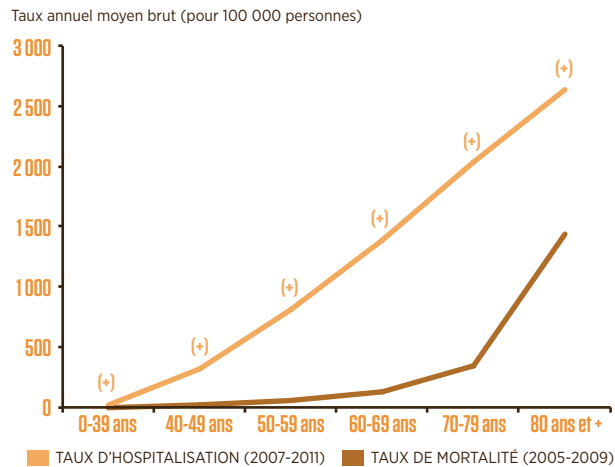
GRAPHIQUE 29

Évolution du nombre de décès pour les cardiopathies ischémiques, périodes 1985-1989 à 2005-2009



GRAPHIQUE 30

Taux de mortalité et d'hospitalisation pour les cardiopathies ischémiques selon l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011



(+) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

HOSPITALISATION

- De 2007 à 2011, les taux ajustés d'hospitalisation ont légèrement diminué (graph. 26);
- **Pour l'ensemble des périodes, les taux ajustés d'hospitalisation sont significativement plus élevés au Bas-Saint-Laurent que dans le reste de la province** (graph. 26);
- Le nombre annuel d'hospitalisations ne fluctue pas énormément de 2007 à 2011 (graph. 28);
- Les taux d'hospitalisation croissent avec l'âge dans la région et sont significativement plus élevés que ceux du reste du Québec pour toutes les classes d'âge, période 2007-2011 (graph 30).

MORTALITÉ

- Les taux ajustés de mortalité sont en décroissance de la période 1985-1989 à celle de 2005-2009 (graph. 27);
- **Les taux ajustés de mortalité sont significativement plus faibles que ceux du reste du Québec, sauf pour la période 2005-2009** (graph. 27);
- Le nombre annuel de décès est aussi en diminution de la période 1985-1989 à celle de 2005-2009 (graph. 29);
- Les taux de mortalité augmentent au fil des âges (graph. 30);
- Les décès surviennent généralement à partir de 50-59 ans pour la période 2005-2009 (graph. 30).

POUR EN SAVOIR PLUS...

Parmi l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques sont celles qui causent le plus de décès au Bas-Saint-Laurent. Ces maladies impliquent des problèmes d'irrigation sanguine du muscle cardiaque.

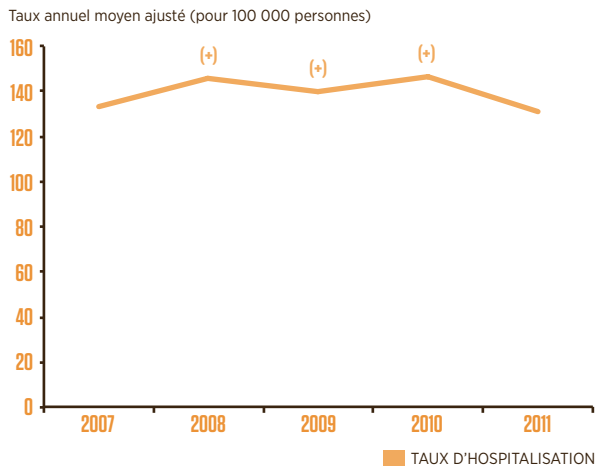
Un blocage partiel d'une artère coronaire peut entraîner une insuffisance de sang oxygéné (ischémie), provoquant des symptômes comme l'angine de poitrine (douleur thoracique) et la dyspnée (essoufflement).

Le blocage complet d'une artère provoque une nécrose (dommage aux tissus) ou un infarctus du myocarde, phénomène qui est couramment appelé « crise cardiaque ». (ASPC, 2010)

1.2.3 LES MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 31

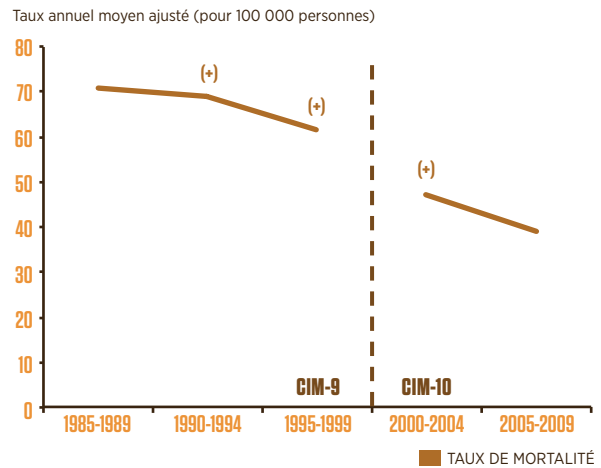
Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour les maladies cérébrovasculaires, années 2007 à 2011



(*) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

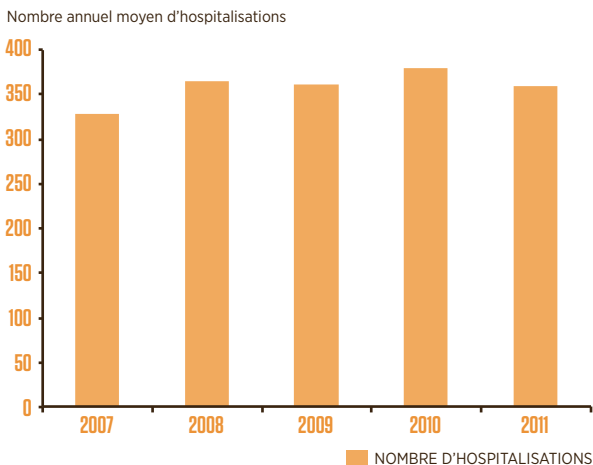
GRAPHIQUE 32

Évolution des taux ajustés de mortalité pour les maladies cérébrovasculaires, périodes 1985-1989 à 2005-2009



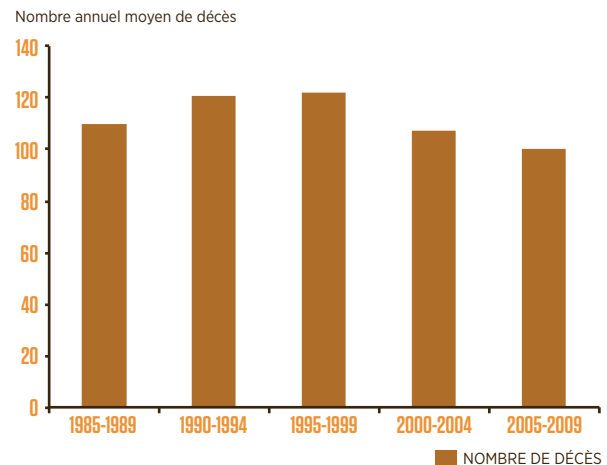
GRAPHIQUE 33

Évolution du nombre d'hospitalisations pour les maladies cérébrovasculaires, années 2007 à 2011



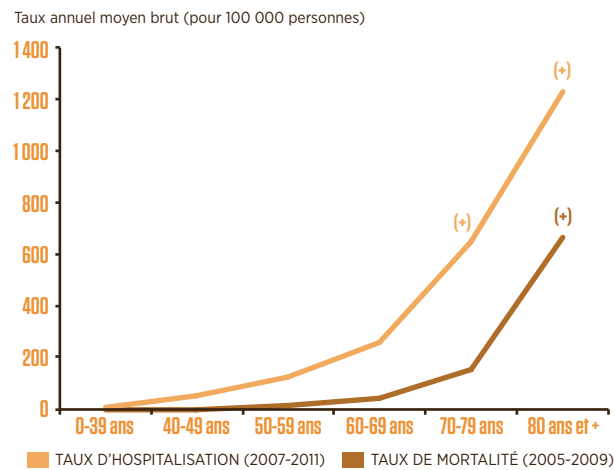
GRAPHIQUE 34

Évolution du nombre de décès pour les maladies cérébrovasculaires, périodes 1985-1989 à 2005-2009



GRAPHIQUE 35

Taux de mortalité et d'hospitalisation pour les maladies cérébrovasculaires selon l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011



(*) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

HOSPITALISATION

- Les taux ajustés d'hospitalisation pour les maladies cérébrovasculaires ont peu fluctué entre 2007 et 2011 (graph. 31);
- **Par ailleurs, de 2008 à 2010, les taux étaient significativement plus élevés que ceux du reste du Québec** (graph. 31);
- De 2007 à 2011, le nombre annuel d'hospitalisations a légèrement augmenté (graph. 33);
- Les taux d'hospitalisation croissent au fil des âges et sont significativement plus élevés chez les 70-79 ans et les 80 ans et plus que ceux du reste du Québec pour les mêmes classes d'âge pour la période 2007-2011 (graph. 35).

MORTALITÉ

- Les taux ajustés de mortalité pour les maladies cérébrovasculaires sont en décroissance entre la période 1985-1989 et celle de 2005-2009 au Bas-Saint-Laurent (graph. 32);
- De 1990 à 2004, la région affiche des taux ajustés de mortalité significativement supérieurs à ceux du reste du Québec, **alors qu'ils sont similaires pour 2005-2009** (graph. 32);
- Le nombre annuel de décès ne connaît pas de grande fluctuation entre les périodes 1985-1989 et 2005-2009 (graph. 34);
- Les taux de mortalité augmentent au fil des âges et les personnes de 80 ans et plus présentent un taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec pour la période 2005-2009 (graph. 35).

POUR EN SAVOIR PLUS...

Les maladies cérébrovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, tout juste derrière les cardiopathies ischémiques, et ce, autant pour le Bas-Saint-Laurent que pour le Québec. Cette maladie implique un problème de circulation sanguine dans les vaisseaux du cerveau. Un blocage dont les effets durent moins de 24 heures est appelé un accident ischémique transitoire. Un blocage complet avec des effets à long terme constitue une thrombose cérébrovasculaire ou un accident vasculaire cérébral (AVC). Parfois, plutôt que d'être obstrué, un vaisseau sanguin peut éclater dans le cerveau, causant aussi des effets à long terme. (ASPC, 2010) (ASPC, 2010)

1.3 MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent plusieurs affections chroniques. Nous aborderons deux types de maladies de l'appareil respiratoire importantes pour la population du Bas-Saint-Laurent :

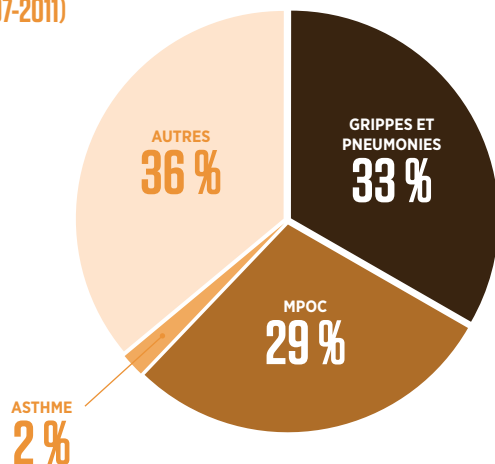
1. La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC);
2. Les grippes et les pneumonies, qui peuvent exacerber plusieurs maladies chroniques respiratoires et cardiovasculaires.

Tout comme les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire sont préoccupantes d'un point de vue de santé publique en raison des hospitalisations et des décès qu'elles occasionnent. **La MPOC est, comme illustré au graphique 37, le type de maladie qui entraîne le plus de décès parmi l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire. Les gripques et pneumonies, quant à elles, entraînent plus d'hospitalisations que les autres maladies de l'appareil respiratoire (graphique 36).**

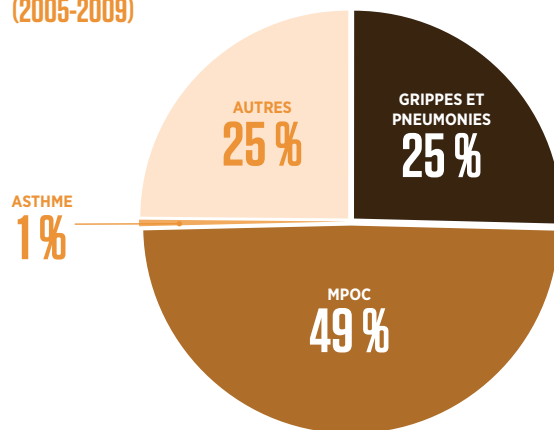
GRAPHIQUES 36 ET 37

Répartition des hospitalisations et des décès pour les maladies de l'appareil respiratoire selon les types de maladies au Bas-Saint-Laurent, périodes 2005-2009 et 2007-2011

(%) Hospitalisations
(2007-2011)



(%) Décès
(2005-2009)



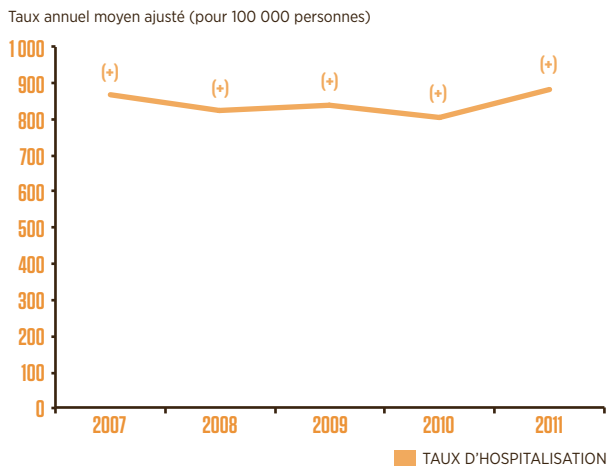
Ainsi, en plus d'aborder les maladies de l'appareil respiratoire dans leur ensemble, une attention particulière sera accordée aux hospitalisations et à la mortalité par MPOC et pour les gripques et pneumonies.

1.3.1

L'ENSEMBLE DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 38

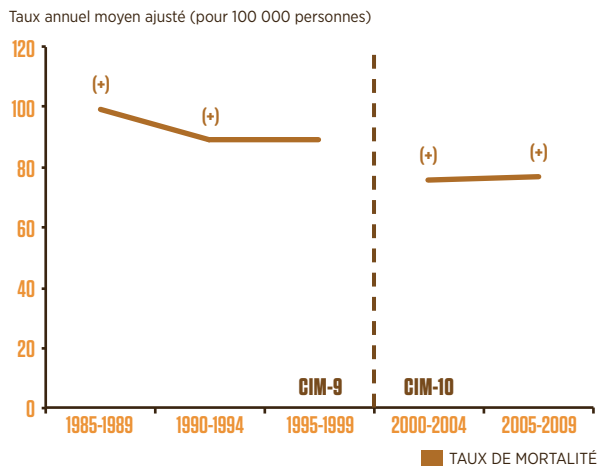
Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire, années 2007 à 2011



(+) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

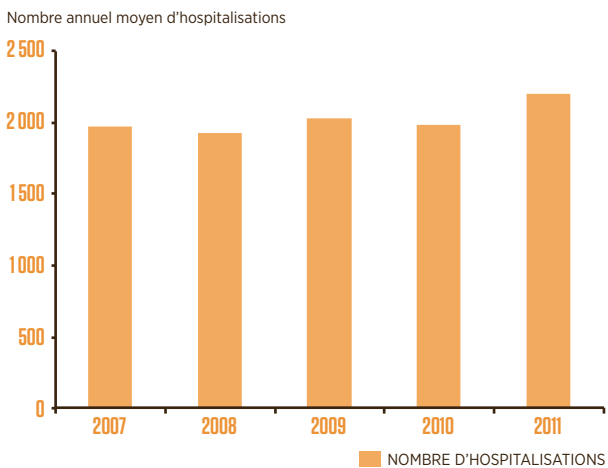
GRAPHIQUE 39

Évolution des taux ajustés de mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire, périodes 1985-1989 à 2005-2009



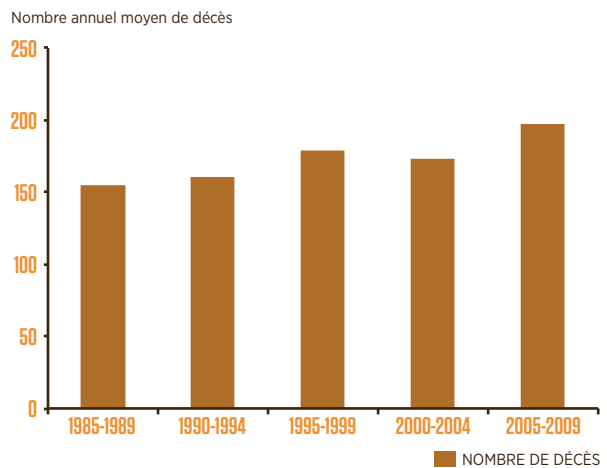
GRAPHIQUE 40

Évolution du nombre d'hospitalisations pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire, années 2007 à 2011



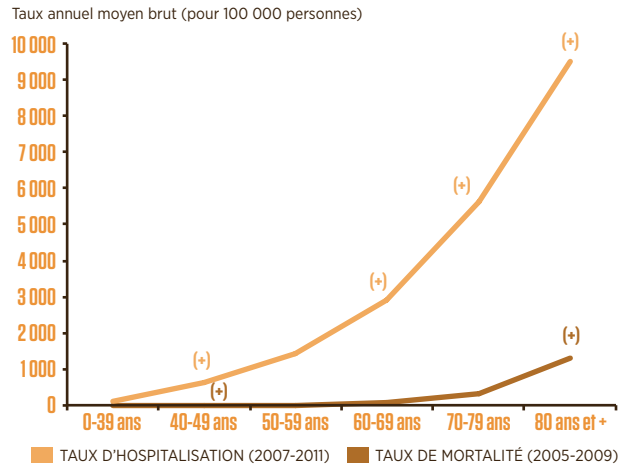
GRAPHIQUE 41

Évolution du nombre de décès pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire, périodes 1985-1989 à 2005-2009



GRAPHIQUE 42

Taux de mortalité et d'hospitalisation pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire selon l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011



(+) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

HOSPITALISATION

- De 2007 à 2011, les taux ajustés d'hospitalisation ne fluctuent pas beaucoup et sont tous significativement plus élevés que ceux du reste du Québec (graph. 38);
- De 2007 à 2010, le nombre annuel d'hospitalisations ne fluctue pas vraiment, mais il croît en 2011 (graph. 40);
- Les taux d'hospitalisation augmentent au fil des âges et sont significativement plus élevés que ceux du reste du Québec pour plusieurs groupes d'âge pour la période 2007-2011 (graph. 42).

MORTALITÉ

- Les taux ajustés de mortalité des maladies respiratoires dans la région sont en décroissance depuis la période 1985-1989 et **pour presque toutes les périodes, les taux sont significativement plus élevés que dans le reste du Québec** (graph. 39);
- Depuis la période 1985-1989, le nombre annuel de décès connaît une légère croissance (graph. 41);
- Les taux de mortalité croissent au fil des âges et sont significativement plus élevés que ceux du reste du Québec, pour certains groupes d'âge, pour la période 2005-2009 (graph. 42).

POUR EN SAVOIR PLUS...

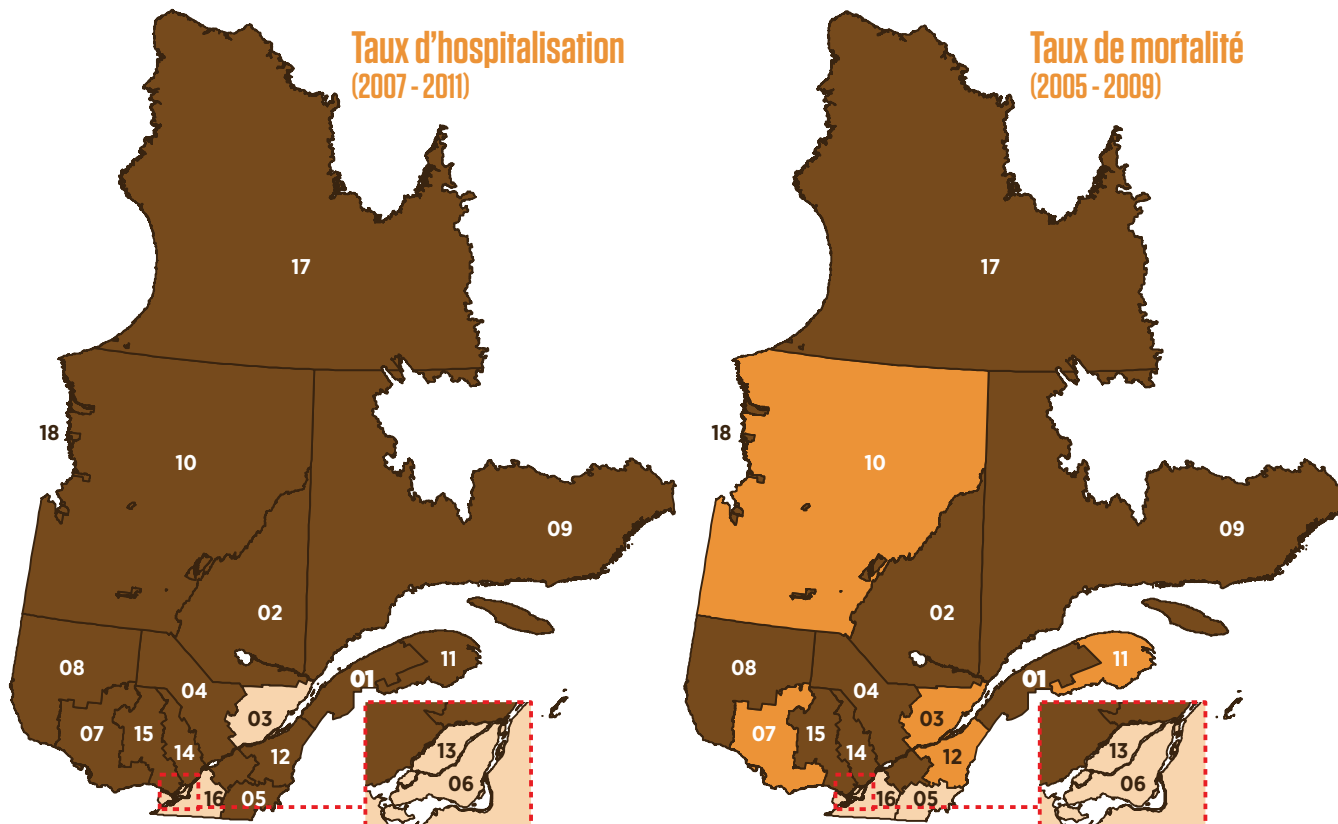
Certaines maladies de l'appareil respiratoire peuvent être directement associées à une exposition à un ou des contaminants dans l'environnement.

L'environnement est en partie influencé par les actions humaines. L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement ou à la pollution atmosphérique illustre bien ce phénomène.

Il est donc possible d'éviter ou de diminuer l'exposition à certains contaminants en agissant sur notre environnement et sur notre mode de vie.

CARTES 5 ET 6

Taux ajustés d'hospitalisation et de mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire, régions sociosanitaires du Québec, périodes 2005-2009 et 2007-2011



LÉGENDE		# RÉGION	
	Statistiquement inférieur au reste du Québec	01	Bas-Saint-Laurent
	Semblable au Québec	02	Saguenay - Lac-Saint-Jean
	Statistiquement supérieur au reste du Québec	03	Capitale-Nationale
		04	Mauricie et Centre-du-Québec
		05	Estrie
		06	Montréal
		07	Outaouais
		08	Abitibi-Témiscamingue
		09	Côte-Nord
		10	Nord-du-Québec
		11	Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine
		12	Chaudière-Appalaches
		13	Laval
		14	Lanaudière
		15	Laurentides
		16	Montréal
		17	Nunavik
		18	Terres-Cries-de-la-Baie-James

La carte 5 présente les taux d'hospitalisation ajustés pour l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire pour la période 2007-2011 alors que la carte 6 présente les taux ajustés de mortalité pour ces maladies, et ce, pour la période 2005-2009.

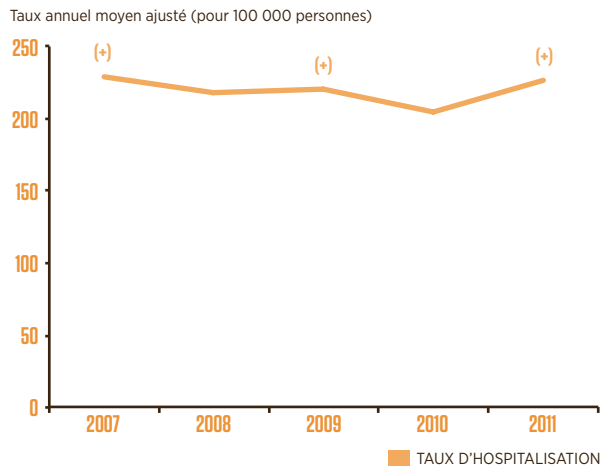
Autant pour les hospitalisations que pour la mortalité, le Bas-Saint-Laurent présente des taux significativement supérieurs à ceux du reste du Québec.

1.3.2

LES MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES (MPOC) AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 43

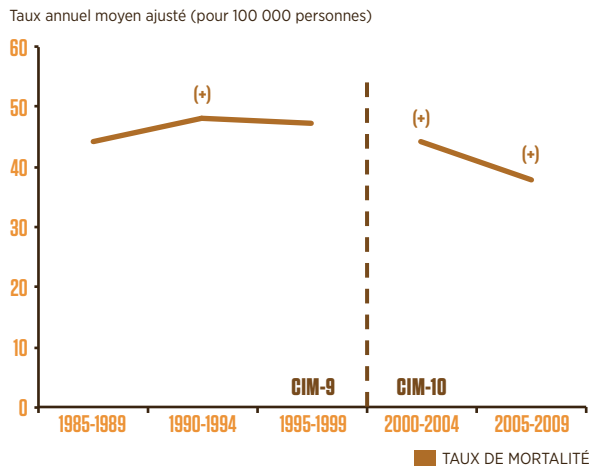
Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour l'ensemble des MPOC, années 2007 à 2011



(+) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

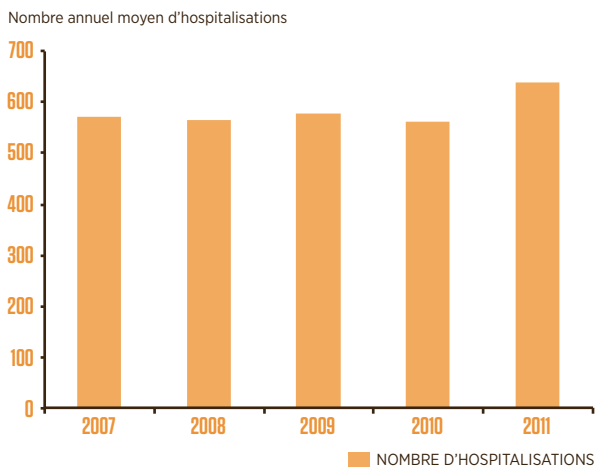
GRAPHIQUE 44

Évolution des taux ajustés de mortalité pour l'ensemble des MPOC, périodes 1985-1989 à 2005-2009



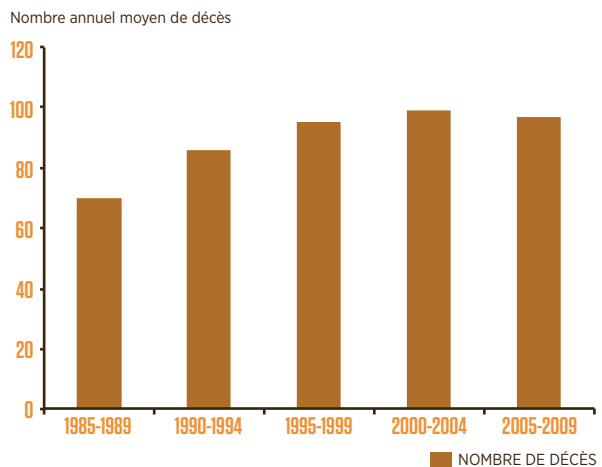
GRAPHIQUE 45

Évolution du nombre d'hospitalisations pour l'ensemble des MPOC, années 2007 à 2011



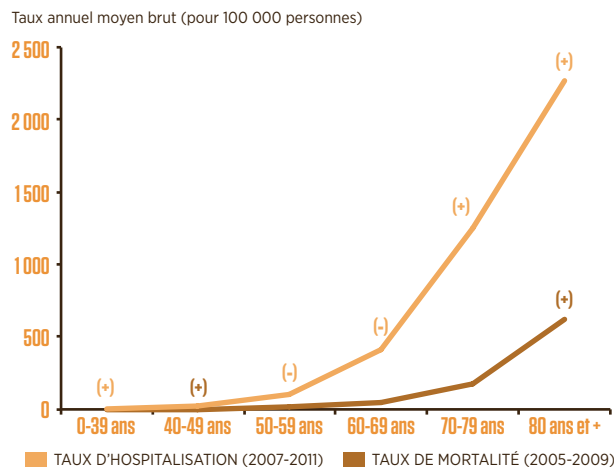
GRAPHIQUE 46

Évolution du nombre de décès pour l'ensemble des MPOC, périodes 1985-1989 à 2005-2009



GRAPHIQUE 47

Taux de mortalité et d'hospitalisation pour les MPOC, selon l'âge, périodes 2005-2009 et 2007-2011



(-)(+) Taux de la région significativement plus faible ou plus élevé que celui du reste du Québec.

HOSPITALISATION

- De 2007 à 2011, les taux ajustés d'hospitalisation ont peu fluctué. **Ils sont significativement supérieurs à ceux du reste du Québec pour 2007, 2009 et 2011** (graph. 43);
- Le nombre annuel d'hospitalisations n'a pas vraiment fluctué de 2007 à 2010 pour ensuite croître en 2011 (graph. 45);
- Les taux d'hospitalisation croissent au fil des âges et sont significativement plus élevés au sein des groupes de 0-39 ans, 70-79 ans et 80 ans et plus, et significativement plus faibles dans le groupe des 50-59 ans et des 60-69 ans par rapport au reste du Québec pour la période 2007-2011 (graph. 47).

MORTALITÉ

- Malgré une décroissance des taux ajustés de mortalité depuis 1990-1994, **les taux pour les périodes 2000-2004 et 2005-2009 sont significativement supérieurs à ceux du reste du Québec** (graph. 44);
- Le nombre annuel de décès a connu une croissance jusqu'à la période 2000-2004 pour se stabiliser par la suite (graph. 46);
- Les taux de mortalité croissent au fil des âges et sont significativement plus élevés que ceux du reste du Québec chez les 40-49 ans et les 80 ans et plus pour la période 2005-2009 (graph. 47).

POUR EN SAVOIR PLUS...

La MPOC est une maladie chronique caractérisée par l'essoufflement, la toux chronique et la production accrue de crachats. Généralement, les symptômes de la maladie se manifestent chez les personnes de 55 ans et plus.

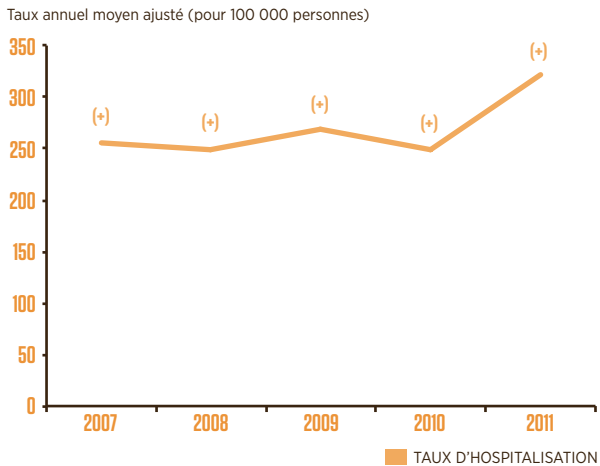
Le tabagisme cause 80 à 90 % des cas de MPOC. D'autres expositions à des facteurs environnementaux, comme les poussières provenant de la foresterie ou de l'agriculture, ainsi que certaines composantes de la pollution atmosphérique peuvent entraîner ou exacerber cette maladie. (ASPC, 2013d)

1.3.3

LES GRIPPES ET LES PNEUMONIES AU BAS-SAINT-LAURENT

GRAPHIQUE 48

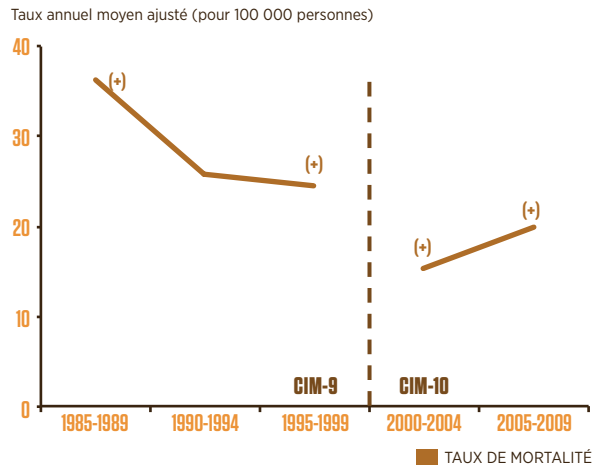
Évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour les grippest et les pneumonies, années 2007 à 2011



(+) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

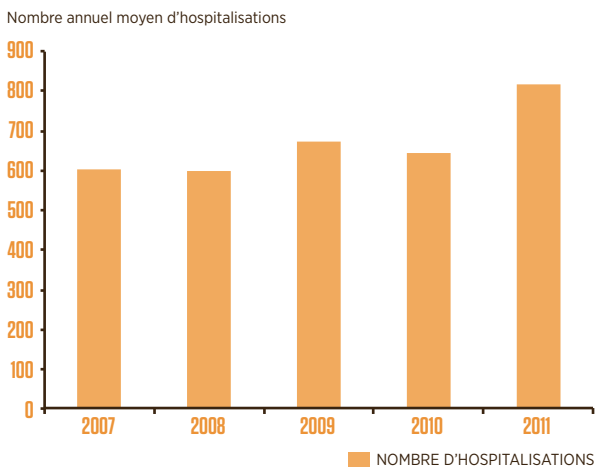
GRAPHIQUE 49

Évolution des taux ajustés de mortalité pour les grippest et pneumonies, périodes 1985-1989 à 2005-2009



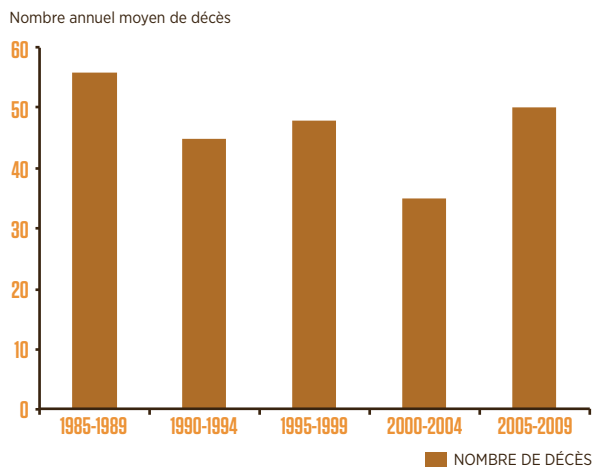
GRAPHIQUE 50

Évolution du nombre d'hospitalisations pour l'ensemble des grippest et pneumonies, années 2007 à 2011



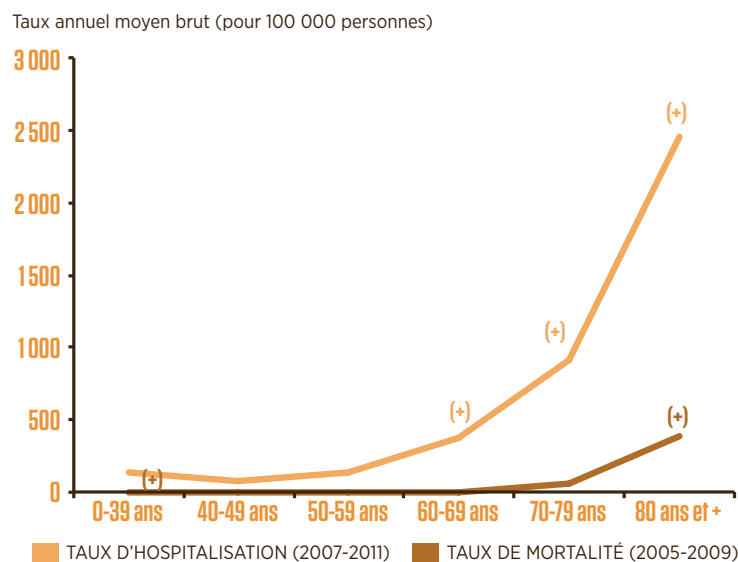
GRAPHIQUE 51

Évolution du nombre de décès pour l'ensemble des grippest et pneumonies, périodes 1985-1989 à 2005-2009



GRAPHIQUE 52

Taux d'hospitalisation pour les grippez et pneumonies selon l'âge, période 2007-2011



(+) Taux de la région significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

INCIDENCE

- De 2007 à 2011, les taux ajustés d'hospitalisation ont peu fluctué. Pour 2011, on note une hausse du taux (graph. 48);
- **De 2007 à 2011, les taux ajustés d'hospitalisation sont significativement supérieurs à ceux du reste du Québec** (graph. 48);
- Le nombre annuel d'hospitalisations n'a pas vraiment fluctué de 2007 à 2010 pour ensuite croître en 2011 (graph. 50);
- Les taux d'hospitalisation croissent au fil des âges. Pour les groupes d'âge de 60 ans et plus, ils sont significativement plus élevés que ceux du reste du Québec pour la période 2007-2011 (graph. 52).

MORTALITÉ

- Une hausse du taux ajusté de mortalité est observable pour la période 2005-2009 par rapport à celle de 2000-2004 (graph. 49);
- **De la période 1995-1999 à celle de 2005-2009, la région affiche des taux ajustés de mortalité significativement supérieurs à ceux du reste du Québec** (graph. 49);
- Une hausse du nombre annuel de décès est perceptible entre la période 2000-2004 et celle de 2005-2009 (graph. 51);
- Les taux de mortalité pour les personnes de 0-39 ans et de 80 ans et plus sont significativement plus élevés que ceux du reste du Québec pour la période 2005-2009. Toutefois, pour cette période, on note un seul décès en moyenne annuellement chez les 0-39 ans (graph. 52).

POUR EN SAVOIR PLUS...

La grippe saisonnière est une infection du nez, de la gorge et des poumons, causée par le virus de l'influenza. Il est important de savoir que tout le monde peut attraper la grippe. Cependant, les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques sont encore plus susceptibles de contracter cette infection (Association pulmonaire du Canada, 2012a). La plus grande vulnérabilité des enfants explique sans doute le taux d'hospitalisation plus élevé pour les 0-39 ans que pour les 40-49 ans dans le graphique précédent.

Les chiffres démontrent qu'une grande part des hospitalisations relatives aux maladies de l'appareil respiratoire est directement associée aux gripes et particulièrement aux pneumonies. Pour la période 2005-2009, on estime qu'en moyenne, annuellement, 50 personnes décèdent des suites d'une grippe ou d'une pneumonie au Bas-Saint-Laurent. Du fait de leur lourd impact sur les services de santé, ces maladies contribuent fortement à alourdir le fardeau que représentent les maladies chroniques pour la société.

Ainsi, beaucoup d'efforts sont déployés par les intervenants en santé publique afin de promouvoir les bienfaits de la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, qui demeure l'un des moyens de prévention des plus efficaces contre ces infections.





2

LES DÉTERMINANTS DES MALADIES CHRONIQUES AU BAS-SAINT-LAURENT ET LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS

L'HISTOIRE DE JACQUES...

POURQUOI JACQUES A-T-IL AUTANT DE DIFFICULTÉ À BIEN S'ALIMENTER?

Parce qu'il est prestataire de l'aide sociale depuis un an et parce que sa conjointe est décédée; elle faisait la cuisine et il ne s'y connaît pas du tout. Il a perdu son logement.

POURQUOI EST-IL PRESTATAIRE DE L'AIDE SOCIALE?

Jacques n'a plus d'emploi, n'avait aucune économie, aucune assurance salaire ou régime de retraite. L'entreprise n'en offrait pas. Il y a deux ans, il a quitté volontairement l'emploi qu'il occupait depuis 35 ans.

MAIS POURQUOI A-T-IL QUITTÉ SON EMPLOI?

Jacques n'avait pas d'automobile, aucun transport collectif n'était disponible et il ne voulait pas déménager pour aller dans la ville voisine où s'est réinstallée la petite entreprise pour laquelle il travaillait.

MAIS POURQUOI NE VOULAIT-IL PAS DÉMÉNAGER?

Jacques avait décidé d'accompagner son épouse dans les derniers mois de sa vie à domicile. Aussi, il soutient sa fille monoparentale qui habite près de chez lui.

MAIS POURQUOI N'A-T-IL PAS TROUVÉ UN AUTRE EMPLOI?

Jacques est âgé de 60 ans. Il est travaillant et débrouillard, mais sans instruction et sans carte de compétence. Il a donc de la difficulté à trouver du travail à proximité de chez lui. Il se sent dévalorisé.

MAIS POURQUOI SE SENT-IL DÉVALORISÉ?

Jacques vit maintenant dans une maison de chambres, en attendant une place pour un logement social dans sa municipalité. Il se sent inutile. Il ne fréquente plus ses amis dans le cadre de ses loisirs ou pour prendre des marches.

MAIS POURQUOI NE FRÉQUENTE-T-IL PLUS SES AMIS POUR SES ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES?

En plus de se sentir dévalorisé, Jacques ne se sent plus en forme pour ses activités. Il présente un surplus de poids secondaire lié à son mode de vie de plus en plus sédentaire et à une alimentation défavorable à sa santé depuis le décès de sa conjointe. Il est d'ailleurs toujours en attente de services en nutrition pour améliorer sa condition. De plus, il a du mal à se remettre d'une grippe qui l'a beaucoup affaibli il y a quelques mois. N'ayant pas de voiture, Jacques n'avait pas réussi à se faire vacciner à temps contre la grippe cette année.

Source : Adapté de Bonin et al., 2012. Pour un vieillissement en santé au Bas-Saint-Laurent : Ensemble pour renforcer nos actions collectives. Présentation PowerPoint réalisée le 24 octobre 2012 à Rimouski.

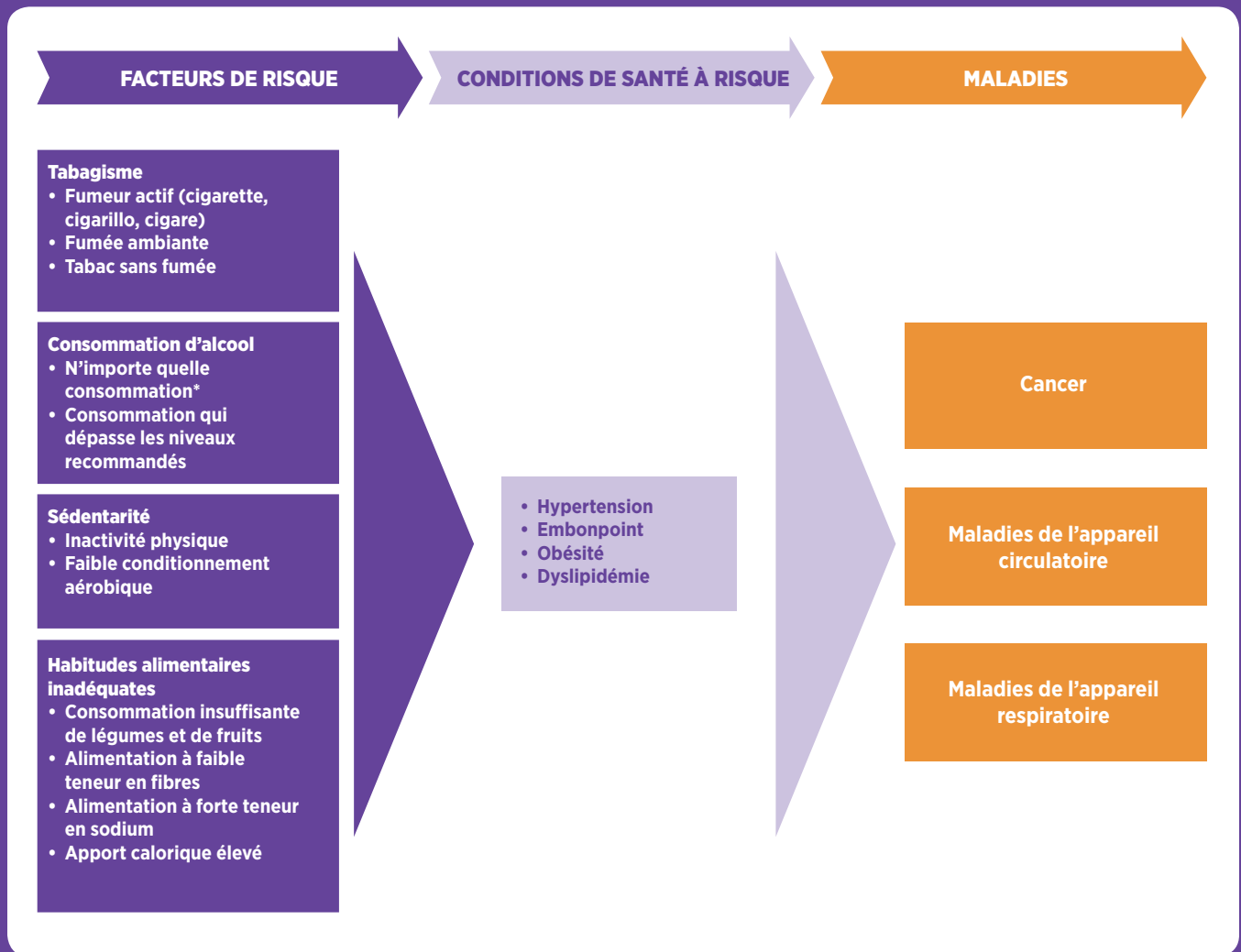
Il est largement admis que la santé ne dépend pas uniquement de facteurs biologiques comme le sexe, l'âge et l'hérédité ou des soins de santé dispensés en réponse aux besoins de la population. Bien que ces derniers facteurs aient un impact important sur la santé, les **habitudes de vie** adoptées par chacun d'entre nous influencent également notre santé. On considère parfois les individus comme les seuls responsables des comportements favorables ou défavorables à la santé qu'ils adoptent. Par ailleurs, les décisions en matière de santé dépendent aussi beaucoup du contexte et de **l'environnement** dans lequel on évolue, tant sur le plan socioéconomique (ex. : niveau d'éducation ou de revenu) que physique (ex. : accès à des magasins d'alimentation, à des infrastructures sportives) ou politique (ex. : décisions prises quant à l'aménagement du territoire). Or, ces environnements sont grandement influencés par les choix de nos décideurs, qu'ils soient élus municipaux, patrons d'entreprises ou administrateurs d'institutions (MSSS, 2006a).

L'histoire de Jacques (voir l'encadré précédent) illustre bien l'influence de ces différents facteurs sur la santé de celui-ci. Elle montre aussi que les **déterminants de la santé**, c'est-à-dire ces facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux, qui déterminent notre santé (OMS, 1999), sont complexes, multiples et interdépendants (ASPC, 2014). Ils sont présents à l'intérieur comme à l'extérieur du système de santé (ASPC, 2014). Certains de ces facteurs, comme les facteurs biologiques propres à chacun d'entre nous (l'âge et le sexe par exemple), ne sont pas modifiables, alors que d'autres, comme les soins de santé, les habitudes de vie et les environnements (socioéconomique et physique) sont considérés comme étant modifiables. C'est sur ces facteurs modifiables que portent la majorité des actions de santé publique. Un **facteur de risque** représente une situation particulière en lien avec ces déterminants (ex. : faible statut socioéconomique, âge avancé, etc.) qui peut être liée par une relation de cause à effet à une vulnérabilité accrue à des problèmes de santé (OMS, 1999). On parle au contraire de **facteur de protection** pour désigner un facteur qui contribue à réduire la probabilité qu'une personne développe un problème de santé (ACSP, 2014) (ex. : bon niveau d'éducation, soutien émotionnel élevé, etc.).

**LES HABITUDES
DE VIE ADOPTÉES PAR
CHACUN D'ENTRE NOUS
INFLUENCENT ÉGALEMENT
NOTRE SANTÉ.**

La figure 2 illustre le lien entre certains facteurs de risque liés aux habitudes de vie, les conditions de santé à risque (ou intermédiaires) qui peuvent en découler et les maladies chroniques susceptibles d'affecter un individu évoluant avec ces conditions.

FIGURE 2
Liens entre certains facteurs de risque et les maladies chroniques



* La consommation d'alcool a un effet néfaste sur l'apparition de plusieurs cancers et maladies sans qu'un seuil de consommation sécuritaire n'ait été établi.
Source : Adapté de Cecchini M et al., 2010.

Plusieurs stratégies existent dans le but de promouvoir la santé et de prévenir la maladie au sein de la population en agissant sur les déterminants de la santé et, par le fait même, sur les facteurs de risque et de protection. Ces stratégies seront discutées plus en détail à la section 3.

La présente section permettra de mettre en lien les différents problèmes de santé identifiés dans la section 1 avec les principaux déterminants qui influencent ces problèmes au Bas-Saint-Laurent. Plus précisément, en lien avec la biologie, nous aborderons d'abord la réalité liée au vieillissement de la population bas-laurentienne. Nous présenterons ensuite un portrait de certaines habitudes de vie dans la région, suivi des caractéristiques liées à l'environnement, plus précisément à l'environnement physique et socioéconomique bas-laurentien. Nous terminerons en décrivant l'implication des services de santé en prévention de la maladie dans la région.

2.1

LES FACTEURS BIOLOGIQUES : LE VIEILLISSEMENT EN TÊTE DES PRÉOCCUPATIONS

Plusieurs facteurs biologiques (non modifiables) peuvent avoir un impact sur la survenue des maladies chroniques. L'âge, le sexe, l'origine ethnique et les facteurs héréditaires en sont de bons exemples. Nous nous attarderons ici seulement à l'âge, un facteur qui influence la grande majorité des maladies chroniques et qui s'avère particulièrement préoccupant au Bas-Saint-Laurent, compte tenu de la rapidité particulière du vieillissement de la population dans la région par rapport au reste de la province.

Pour presque toutes les maladies chroniques décrites dans le présent document, l'âge est un facteur de risque important. Il est donc primordial de tenir compte des impacts potentiels du vieillissement de la population sur la survenue des maladies chroniques au Bas-Saint-Laurent, sachant de surcroît que **la proportion de personnes âgées dans la région s'accroît à un rythme plus important qu'ailleurs dans la province.**

PARLONS STATISTIQUES...

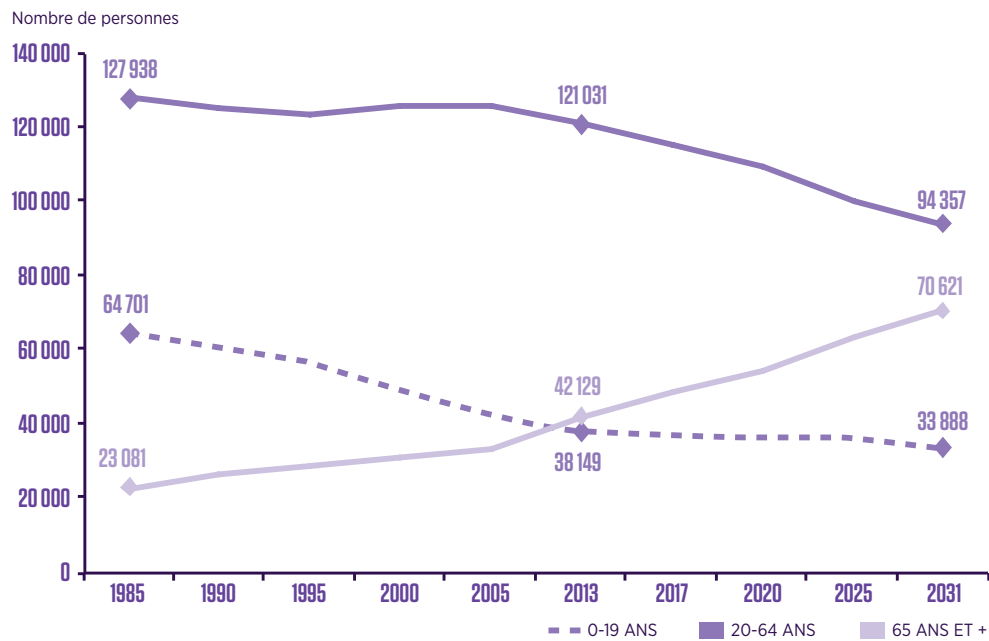
Selon les projections démographiques de l'ISQ, la population des 65 ans et plus représente 21 % de la population totale du Bas-Saint-Laurent en 2013. Pour l'ensemble du Québec, cette proportion s'élève à 17 %.

En 2031, ce groupe représentera 36 % de la population totale de la région, alors que pour le Québec, cette proportion sera de 26 %.

C'est donc dire que le poids démographique des 65 ans et plus augmente plus rapidement dans la région que dans l'ensemble du Québec.

GRAPHIQUE 53

Projections de la population selon le groupe d'âge, Bas-Saint-Laurent, 1985 à 2031



Source : ISQ, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, édition 2009.

Le graphique 53 présente le nombre de personnes réel ou projeté pour chaque groupe d'âge entre les années 1985 et 2031 au Bas-Saint-Laurent. On observe que depuis 1985, la population des 65 ans et plus prend de l'importance en termes de nombre par rapport aux autres groupes d'âge et qu'à l'inverse, la population de 64 ans et moins diminue considérablement.

Le vieillissement anticipé de la population au cours des deux prochaines décennies risque d'influencer grandement la problématique des maladies chroniques.

2.2

LES HABITUDES DE VIE : DES COMPORTEMENTS À RENFORCER OU À MODIFIER

Comme nous l'avons vu précédemment, le mode de vie d'une personne a un impact important sur sa santé. Certaines habitudes favorisent l'apparition des problèmes de santé alors que d'autres protègent l'individu contre ces mêmes problèmes. Plusieurs études démontrent le lien de causalité entre les habitudes de vie et l'état de santé d'une personne. Le tableau 1 fait la somme de certaines de ces études et illustre, pour quatre habitudes de vie majeures, leur lien avec les maladies chroniques. Ainsi, une personne qui fume s'expose à l'ensemble des maladies chroniques présentées dans ce tableau. On présente aussi les liens entre certaines conditions de santé intermédiaires, favorisées par l'adoption d'habitudes de vie dommageables pour la santé et les maladies chroniques.

TABLEAU 1

Relations entre certaines maladies chroniques, les habitudes de vie et certaines conditions de santé à risque

Facteurs de risque	Cancer	Maladies de l'appareil circulatoire	MPOC
Habitudes de vie			
Tabagisme	X	X	X
Habitudes alimentaires inadéquates	X	X	
Sédentarité	X	X	
Consommation d'alcool	X	X	
Conditions de santé à risque ou intermédiaires			
Obésité	X	X	
Hypertension		X	
Dyslipidémies		X	

Source : Adapté de NPHP, 2001 et Ehm et al., 2006, cités par INSPQ, 2010a.

Dans la présente section du rapport, les habitudes de vie citées au tableau 1 seront abordées afin de dresser un portrait le plus complet possible du mode de vie des Bas-Laurentiens.

PARLONS STATISTIQUES...

« Si les facteurs de risque majeurs étaient éliminés (alimentation inadéquate, sédentarité, tabagisme et consommation excessive d'alcool), on préviendrait :

- 80 % des décès prématurés par maladies cardiovasculaires, AVC et diabète de type 2;
- 40 % de ceux par cancer »;

(OMS, 2005, cité par Bonin et al., 2012, p. 11.).

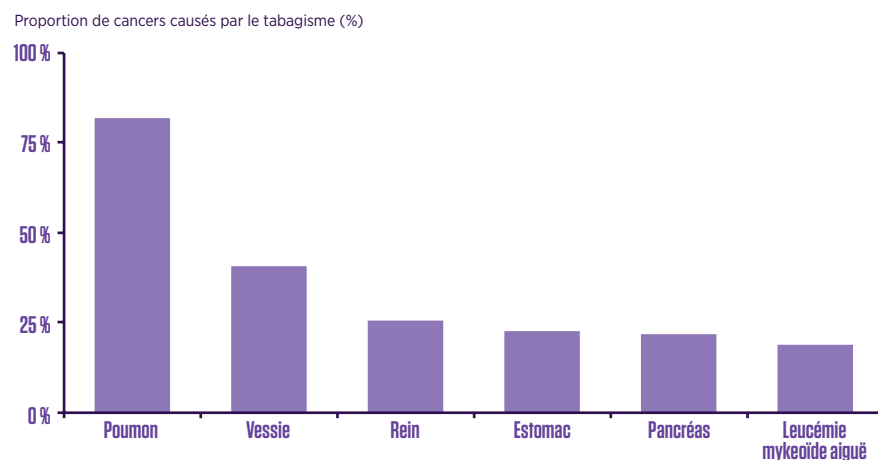
2.2.1 LE TABAGISME

Le tabagisme a un effet sur l'apparition d'un nombre important de maladies chroniques. En plus de représenter une habitude de vie défavorable à la santé, l'usage du tabac comporte un fort potentiel de dépendance. Cela nécessite des interventions adaptées à cette réalité et incite à redoubler les efforts, non seulement pour favoriser la cessation tabagique, mais également pour prévenir l'initiation à cette substance.

Le graphique 54 montre la proportion des cancers, selon le siège, qui est directement liée à la consommation de tabac. Ainsi, la consommation de tabac est responsable de 82 % des cas de cancers du poumon. Le tabagisme est également à l'origine de 41 % des cas de cancer de la vessie et environ du quart des cas de cancer du rein, de l'estomac et du pancréas (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

GRAPHIQUE 54

Proportion des cas de cancer liés au tabagisme, par siège



Source : Adapté de U.S. Department of Health and Human Services, 2004 cités par KRUEGER, h. & Associates Inc, 2008.

PARLONS STATISTIQUES...

Selon l'OMS, le tabac tue la moitié des individus qui en consomment. On parle même du tabagisme comme de l'une des plus graves menaces ayant pesé sur la santé publique mondiale à ce jour. Dans le monde, une personne meurt environ toutes les six secondes de ce fléau. En plus des impacts sur les victimes et leurs proches, ces décès prématurés représentent bien souvent une perte de revenu familial, une perte de productivité collective et d'importantes dépenses de santé, soit des conséquences qui impliquent un coût immense pour la société (OMS, 2013).

Toujours selon l'OMS, le risque de décès prématuré diminue de 50 % si une personne cesse de fumer entre 60 et 75 ans. D'ailleurs, le tabagisme demeure la principale cause de décès évitable à l'échelle internationale (Santé Canada, 2011a).

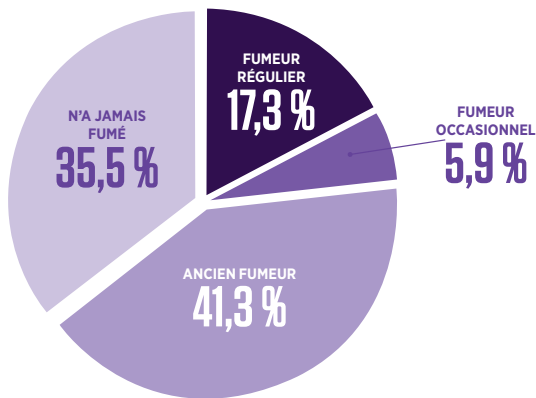
En plus du cancer, le tabagisme, comme mentionné à la sous-section 1.3.2, est responsable de 80 à 90 % des cas de MPOC. Il en va de même pour certaines maladies cérébrovasculaires, par exemple, les accidents vasculaires cérébraux dont le risque de survenue est deux à quatre fois plus élevé chez les fumeurs que chez les personnes n'ayant jamais fumé (Santé Canada, 2011b).

Le graphique 55 illustre, pour 2009-2010, la répartition des habitudes tabagiques au Bas-Saint-Laurent et au Québec. **On constate que la proportion de fumeurs (fumeurs réguliers et fumeurs occasionnels) dans la région est équivalente à celle de la province, soit d'environ 23 %.**

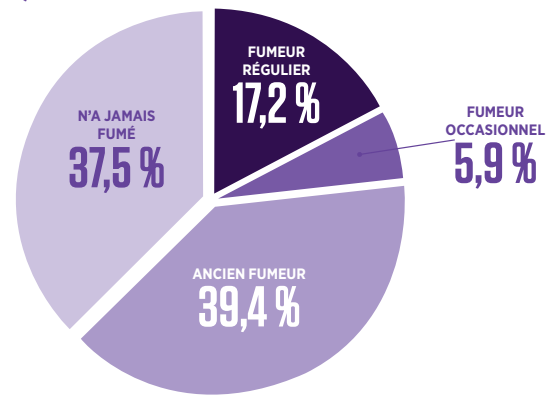
GRAPHIQUE 55

Répartition de la population de 12 ans et plus selon la consommation de tabac, au Bas-Saint-Laurent et au Québec, 2009-2010

Bas-Saint-Laurent



Québec

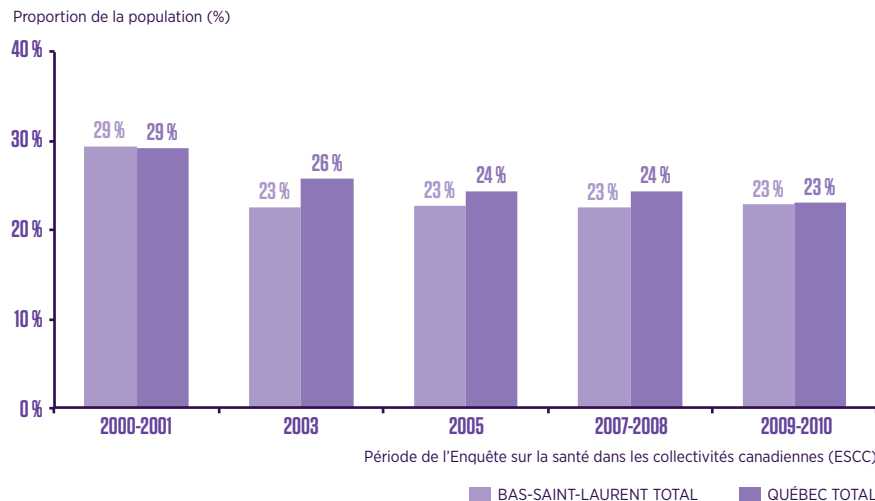


Source : Statistiques Canada, ESCC, cycle 2009-2010.

Le graphique 56 illustre, quant à lui, l'évolution historique des habitudes tabagiques dans la région et au Québec. Contrairement à la province, qui présente un taux en décroissance depuis la période 2000-2001, **la prévalence du tabagisme au Bas-Saint-Laurent stagne à 23 % depuis 2003.**

GRAPHIQUE 56

Évolution du tabagisme¹ au Bas-Saint-Laurent et au Québec



¹ Population de 12 ans et plus considérée comme étant des fumeurs réguliers et occasionnels
Source : Statistiques Canada, ESCC, cycle 2009-2010.

2.2.2

L'ALIMENTATION, L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LE SURPLUS DE POIDS

Des habitudes alimentaires inadéquates ainsi qu'un faible niveau d'activité physique peuvent mener à un surplus de poids, une condition de santé à risque pouvant favoriser notamment l'apparition de certains cancers ou maladies de l'appareil circulatoire.

2.2.2.1

L'alimentation

L'alimentation joue un rôle important dans l'apparition de certaines maladies chroniques, particulièrement les maladies de l'appareil circulatoire et certains types de cancers, tel que présenté au tableau 1 (p. 55). Une alimentation riche en sel, en gras saturés et en sucres peut contribuer à la survenue ou à l'exacerbation de celles-ci (OMS, 2003).

Le tableau 2 présente la proportion de personnes de 12 ans et plus consommant au moins 5 portions de fruits et de légumes chaque jour, en accord avec les recommandations du Guide alimentaire canadien.

TABLEAU 2

Proportion de la population de 12 ans et plus consommant au moins 5 portions par jour de fruits et légumes, population totale, Bas-Saint-Laurent et Québec, 2009-2010

Proportion de la population totale	
Bas-Saint-Laurent	53 %
Québec	51 %

Source : Statistiques Canada, ESCC, cycle 2009-2010.

La consommation de fruits et légumes de la population du Bas-Saint-Laurent est, somme toute, semblable à celle du reste de la province, mais **demeure préoccupante, puisqu'à peine plus de la moitié des individus rencontrent les recommandations minimales à cet égard.**

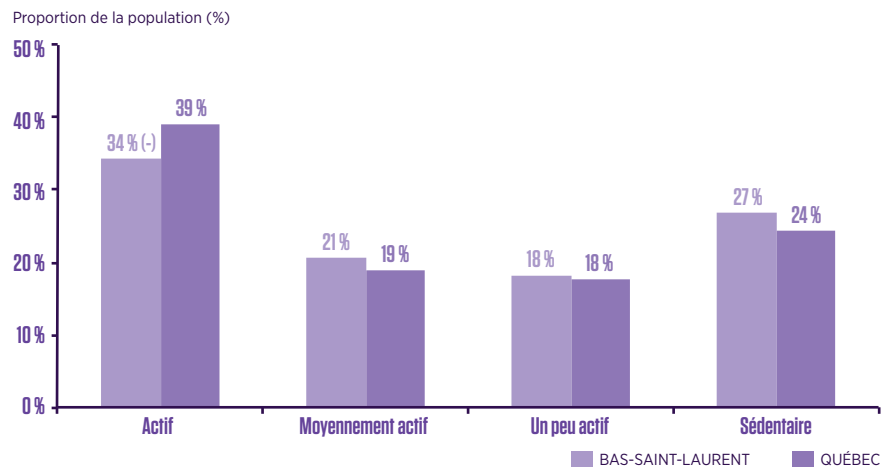
2.2.2.2 L'activité physique

Un mode de vie physiquement actif joue un rôle primordial pour la prévention de plusieurs maladies chroniques. À l'inverse, comme présenté au tableau 1 (p. 55), la sédentarité augmente le risque de développer plusieurs d'entre elles, dont les maladies de l'appareil circulatoire et certains cancers.

Le graphique 57 présente la proportion de la population qui est active ou moyennement active durant ses loisirs, dans la région et au Québec.

GRAPHIQUE 57

Proportion de la population de 18 ans et plus selon le niveau d'activité physique durant les loisirs, 2009-2010



(-) Taux ajusté de la région significativement plus faible que celui du reste du Québec.
Source : Statistiques Canada, ESCC, cycle 2009-2010.

Ce graphique illustre le fait que **la population du Bas-Saint-Laurent est significativement moins active durant ses loisirs que celle du reste du Québec.**

PARLONS STATISTIQUES...

Les hommes de 50 ans et plus inactifs qui se mettent à l'activité physique coupent leur risque de mortalité de moitié après 10 ans (BMJ, 2009, cité par Bonin et al., 2012).

L'activité physique aurait un effet protecteur sur l'apparition de certains types de cancers et de maladies de l'appareil circulatoire (I-Min Lee et al., 2012). L'activité physique peut aussi contribuer à atténuer certains symptômes de la MPOC (Association pulmonaire du Canada, 2012b).

2.2.2.3

Le surplus de poids

Le surplus pondéral est une condition de santé à risque pour le développement de certaines maladies chroniques, comme présenté au tableau 1 (p. 55). Le tableau suivant montre la proportion de la population selon l'importance du surplus pondéral dans la région et dans la province.

TABLEAU 3

Population de 18 ans et plus présentant un surplus de poids, 2009-2010

Type de surplus	Bas-Saint-Laurent	Québec
Embonpoint	33 %	34 %
Obésité	17 %	16 %
Surplus pondéral	50 %	51 %

Source : Statistiques Canada, ESCC, cycle 2009-2010.

Les proportions régionales sont similaires à celles observées dans la province. Elles demeurent toutefois préoccupantes, puisqu'**une personne sur deux déclare présenter un surplus pondéral**, un facteur de risque important de maladies de l'appareil circulatoire et certains types de cancers.

PARLONS STATISTIQUES...

La prévalence déclarée d'au moins deux maladies chroniques (asthme, arthrite, cancer, diabète, maladies de l'appareil circulatoire et MPOC) est trois fois plus élevée chez les personnes obèses que chez celles présentant un poids normal.

Bien que moins marquée, cette situation est aussi observable chez les personnes faisant de l'embonpoint comparativement à celles ayant un poids normal (MSSS, 2012a).

2.2.3

LA CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool représente, à l'instar du tabac, un certain potentiel de dépendance. Par contre, bien que préoccupante, la dépendance à l'alcool est moins fréquente que celle liée au tabac. Il est toutefois important de retenir que l'alcool représente un facteur de risque pour l'apparition de plusieurs maladies chroniques sans qu'un seuil de consommation sécuritaire n'ait été établi pour toutes ces maladies.

Dans son rapport annuel de 2002, l'OMS considère même celle-ci comme le troisième facteur de risque ayant le plus fort impact sur la morbidité et la mortalité dans les pays développés, et ce, après le tabagisme et l'hypertension artérielle, que nous considérons dans le présent document comme une condition de santé intermédiaire ou à risque (OMS, 2002).

TABLEAU 4

Proportion des décès attribuables à l'alcool (fraction attribuable), par sexe, Québec, 2002

Type de maladie	Décès		Maladies ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cancers				
Bouche et oropharynx	33 %	19 %	33 %	19 %
Oesophage	38 %	24 %	38 %	24 %
Foie	32 %	22 %	31 %	22 %
Larynx	43 %	31 %	43 %	31 %
Sein	-	6 %	-	6 %
Autres	9 %	5 %	9 %	5 %
Total	31 %	9 %	35 %	11 %
Maladies de l'appareil circulatoire				
Maladies hypertensives	23 %	8 %	23 %	8 %
Maladies ischémiques cardiaques	-9%*	-5 %	-10 %	-5 %
Cardiomyopathies alcooliques	100 %	100 %	100 %	100 %
Arythmies cardiaques	26 %	17 %	26 %	17 %
Maladies cérébrovasculaires	3 %	-7 %	3 %	-7 %
Varices oesophagiennes	54 %	45 %	54 %	42 %
Total	-5 %	-4 %	7 %	3 %

* Lorsque la proportion est négative, l'alcool a un effet bénéfique/protecteur pour le type de maladie.

¹ Estimation de la morbidité à partir des jours d'hospitalisation occasionnés par les maladies.

Source : Adapté de Ehm et al., 2006, cités par INSPQ, 2010a.

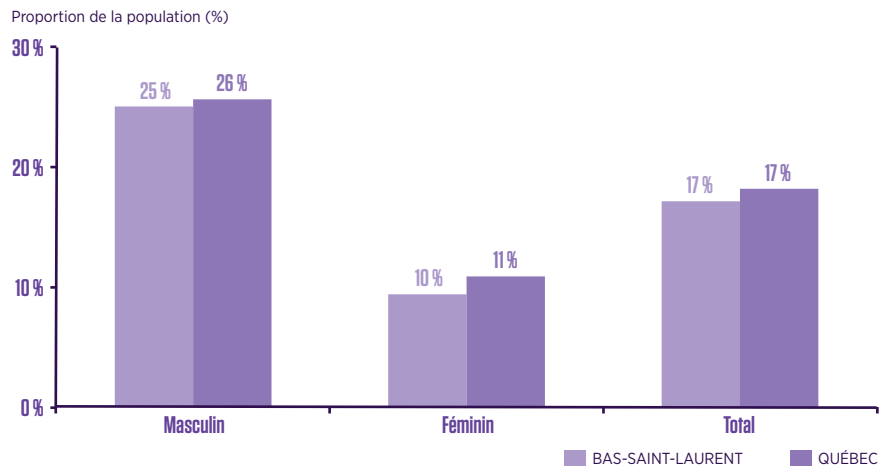
POUR EN SAVOIR PLUS...

La consommation d'alcool a un effet néfaste sur l'apparition de plusieurs cancers et maladies sans qu'un seuil de consommation sécuritaire n'ait été établi. On observe quelques rares exceptions à la règle en ce qui concerne certaines maladies de l'appareil circulatoire. Par exemple, lorsque consommé faiblement, l'alcool peut présenter un effet protecteur pour la maladie ischémique cardiaque, notamment associée au phénomène d'angine et d'infarctus (Ehm et al., 2006, cités par INSPQ, 2010a).

Nous ne disposons pas de données très précises sur la consommation d'alcool dans la région. Par ailleurs, le graphique 58 présente la proportion de la population bas-laurentienne et québécoise de 12 ans et plus ayant consommé de l'alcool de façon abusive, c'est-à-dire cinq consommations ou plus en une même occasion, et ce, au moins 12 fois au cours d'une période de 12 mois.

GRAPHIQUE 58

Population de 12 ans et plus présentant une consommation abusive¹ d'alcool au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, 2009-2010



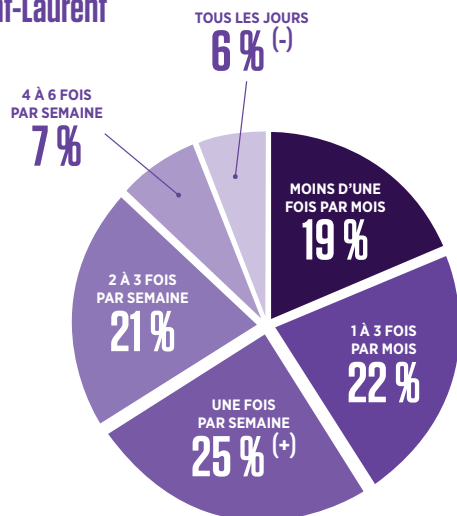
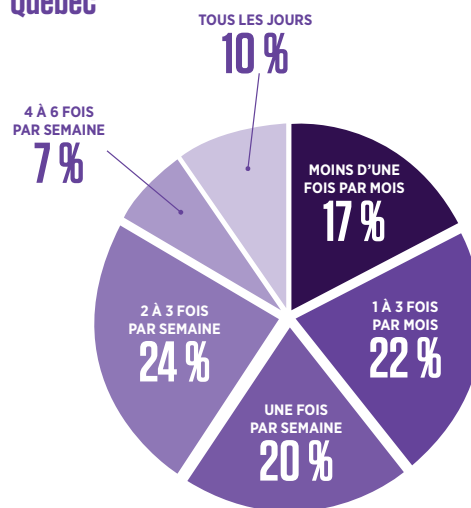
¹ Population de 12 ans et plus dans les ménages privés ayant pris cinq consommations ou plus d'alcool en une même occasion au moins 12 fois, au cours d'une période de 12 mois.
Source : Statistiques Canada, ESCC, cycle 2009-2010.

Bien qu'il n'y ait pas de différence statistiquement significative entre la région et le reste du Québec, il est intéressant de constater qu'**un homme sur quatre et qu'une femme sur dix présentent une consommation abusive d'alcool**, telle que définie à la page précédente.

Le graphique 59 présente quant à lui la fréquence de consommation d'alcool dans la région et au Québec.

GRAPHIQUE 59

Répartition de la population de 12 ans et plus qui consomme de l'alcool, selon leur fréquence de consommation d'alcool, 2009-2010

Bas-Saint-Laurent**Québec**

(-)(+) Taux ajusté de la région significativement plus faible ou plus élevé que celui du reste du Québec.

Le Bas-Saint-Laurent se distingue d'une façon statistiquement significative par rapport au reste du Québec par une proportion plus faible de personnes buvant tous les jours. Cette conclusion ne permet toutefois pas de se prononcer sur le nombre de consommations prises dans chacune de ces occasions.

2.3

LES ENVIRONNEMENTS : UNE AUTRE FAÇON D'AMÉLIORER LA SANTÉ

Le MSSS définit le déterminant « environnement » comme l'ensemble des éléments qui entourent un être vivant (MSSS, 2012b). On peut aborder ce déterminant de la santé, qui est souvent très lié aux habitudes de vie, selon différentes composantes :

- environnement physique;
- environnement économique et socioculturel;
- environnement politique.

Dans la présente sous-section, une attention particulière sera accordée aux deux premiers types d'environnements. Si l'environnement politique n'est pas abordé de façon spécifique, c'est tout simplement parce qu'il transcende les autres types d'environnements. Par exemple, les prises de décision concernant l'aménagement urbain et la planification du territoire rural ou celles favorisant la création d'emplois ou l'accès à des infrastructures récréatives et d'alimentation sont bien souvent influencées par le politique.

2.3.1 L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

L'environnement physique se divise, selon le MSSS, en différents sous-groupes : l'environnement naturel (ex. : qualité de l'air de l'eau et des sols), **l'environnement bâti** (ex. : aménagement du territoire, urbanisme et transport) et l'environnement technologique (ex. : les produits de transformation comme l'automobile ou certains aliments) (MSSS, 2012b). Dans le présent rapport, une attention particulière sera portée à l'environnement bâti.

L'environnement bâti comprend les éléments de l'environnement physique qui sont construits par l'homme (INSPQ, 2010b, p. 3). Il caractérise le milieu de vie dans lequel on évolue, qu'il s'agisse du quartier, de la municipalité, de la ville ou de la région. En plus d'avoir une influence sur la qualité de l'air (pollution atmosphérique, radon, moisissures), de l'eau (contamination de l'eau potable ou récréative) et des sols (contamination des aliments cultivés) qui influencent à leur tour la santé, ce type d'environnement peut être favorable ou non à l'adoption de saines habitudes de vie, qui influencent directement la survenue de certaines maladies chroniques.

Un environnement bâti favorable à l'adoption de saines habitudes de vie consiste à l'échelle d'un quartier, par exemple, en une trame urbaine favorisant l'utilisation des modes de transport actif, des infrastructures sportives et de loisirs ou l'approvisionnement en aliments de qualité. Ainsi, la planification du territoire doit prioriser l'hétérogénéité des usages (commerciaux, résidentiels, publiques et même industriels) permettant des déplacements actifs et utilitaires sur de courtes distances pour combler ses besoins. À ces usages, des parcs, espaces verts et équipements de loisir doivent s'intégrer afin d'offrir une multitude de possibilités de divertissements aux résidents.

Il existe quelques indicateurs pour mesurer les caractéristiques de l'environnement bâti (INSPQ, 2011a). La plupart de ces indicateurs ne sont actuellement utilisés que pour décrire les milieux urbains, c'est-à-dire pour le Bas-Saint-Laurent, les villes de Rivière-du-Loup, de Rimouski et de Matane ainsi que certains secteurs entourant ces villes. En effet, plusieurs des données disponibles pour l'instant sont peu adaptées aux réalités de l'environnement bâti en milieu rural.

Nous décrirons, dans les prochaines pages, les indicateurs suivants et présenterons la réalité de notre région au regard de ceux-ci :

1. La densité résidentielle;
2. La mixité des usages;
3. La connexité du réseau routier;
4. Le potentiel piétonnier;
5. La proximité des parcs et espaces verts;
6. La proximité des installations sportives et récréatives.

POUR EN SAVOIR PLUS...

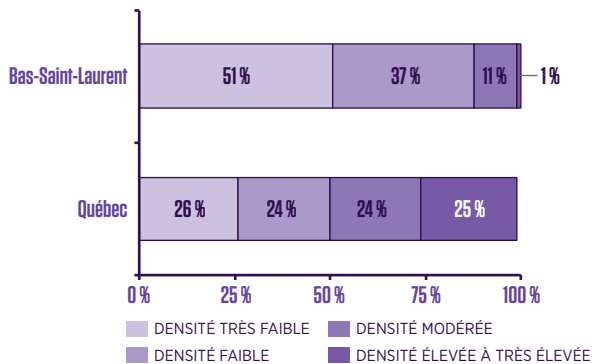
Il est possible de consulter le portail web Portrait de l'environnement bâti de l'INSPQ pour obtenir davantage d'information à l'adresse suivante : <http://environnementbati.inspq.qc.ca/>

INDICATEUR 1 : LA DENSITÉ RÉSIDENIELLE

La **densité résidentielle** démontre la compacité du développement résidentiel dans un secteur donné. Cette compacité s'exprime en termes de nombre de logements résidentiels par kilomètre carré (INSPQ, 2011a). Plus le nombre de logements est élevé, plus le milieu est considéré comme ayant une densité élevée, ce qui est généralement favorable aux déplacements actifs (INSPQ, 2010b).

GRAPHIQUE 60⁴

Répartition de la population en fonction de la densité résidentielle*



Le graphique 60 présente la répartition de la population en fonction de la densité résidentielle, un indicateur réservé au milieu urbain.

- Au Bas-Saint-Laurent, une personne sur deux vivant en milieu urbain habite un secteur ayant une très faible densité résidentielle contre une personne sur quatre au Québec.
- Une infime partie de la population urbaine bas-laurentienne (1 %) vit dans un secteur ayant une densité résidentielle élevée à très élevée, contre 25 % des Québécois.

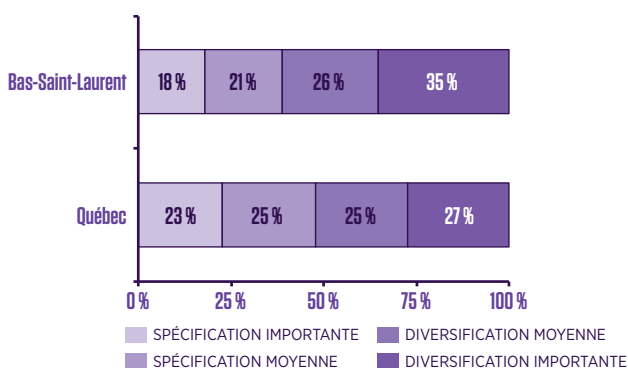
* Très faible densité = moins de 11,7 unités à l'hectare; faible densité = de 11,7 à 16,8; densité modérée = 16,8 à 24,6; densité élevée à très élevée = 24,6 et plus.

INDICATEUR 2 : LA MIXITÉ DES USAGES

La **mixité des usages** est un indicateur qui rend compte de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité d'un secteur donné. Lorsqu'on retrouve une concentration variée d'usages (résidentiels, commerciaux, institutionnels ou même industriels), on dit de ce secteur qu'il présente une diversification importante, généralement favorable aux déplacements actifs. Au contraire, lorsqu'on retrouve une concentration d'usages exclusivement résidentiels, par exemple, on dit de ce secteur qu'il se caractérise par une spécialisation importante (INSPQ, 2011a), souvent défavorable aux déplacements actifs (INSPQ, 2010b). Une grande mixité ou diversification peut aussi favoriser l'accès aux magasins d'aliments de qualité, ce qui est associé à une meilleure alimentation et à une plus faible prévalence de surplus de poids dans la population (INSPQ, 2010b).

GRAPHIQUE 61

Répartition de la population en fonction de la mixité des usages



Le graphique 61 présente la situation du Bas-Saint-Laurent et du Québec urbains au niveau de la mixité des usages.

- Au Bas-Saint-Laurent, une plus grande proportion des secteurs urbains présente une diversification des usages importante ou moyenne par rapport à l'ensemble du Québec.

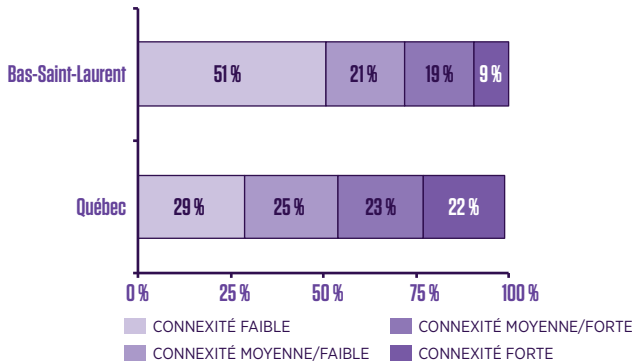
⁴ Voir les notes méthodologiques pour connaître la source des données des graphiques 60 à 65.

INDICATEUR 3 : LA CONNEXITÉ DU RÉSEAU ROUTIER

La **connexité** du réseau routier est la mesure du nombre d'intersections au kilomètre carré (km²) (INSPQ, 2011a). Il est plus aisé et rapide de circuler dans un secteur où la densité d'intersections est élevée par rapport à un secteur où elle est plus faible (INSPQ, 2010b). Les intersections encouragent donc les déplacements actifs en diminuant le nombre de détours à emprunter pour les piétons et les cyclistes pour se rendre à destination.

GRAPHIQUE 62

Répartition de la population en fonction de la connexité du réseau routier*



Tout comme les deux indicateurs précédents, la connexité du réseau routier n'est adaptée que pour les secteurs urbains :

- Au Bas-Saint-Laurent urbain, une personne sur deux réside dans un secteur où l'on retrouve une faible densité d'intersections (faible connexité du réseau routier), contre trois personnes sur dix au Québec.

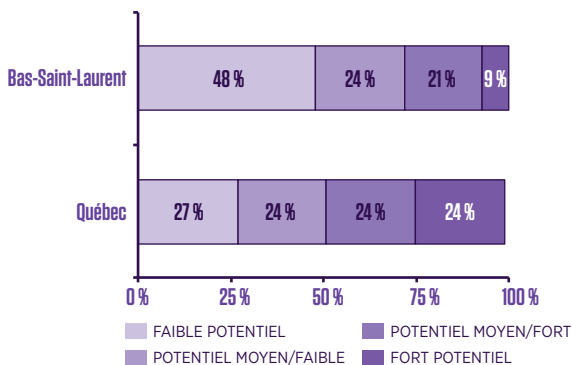
* Densité faible = 23,9 et moins d'intersections au km²; densité moyenne/faible = de 24,0 à 51,8; densité moyenne/forte = 51,8 à 79,0; densité forte = 79,1 et plus.

INDICATEUR 4 : POTENTIEL PIÉTONNIER

À partir de la densité résidentielle d'un secteur, de la mixité des usages et de la connexité du réseau routier, on détermine le **potentiel piétonnier** d'un secteur donné (INSPQ, 2011a). Les écrits démontrent que le potentiel piétonnier d'un secteur est associé positivement au recours au transport actif (INSPQ, 2010b).

GRAPHIQUE 63

Répartition de la population en fonction du potentiel piétonnier*



Le potentiel piétonnier, pour le Bas-Saint-Laurent et le Québec, est également déterminé seulement pour les secteurs urbains :

- Environ les trois quarts de la population urbaine de la région résident dans un secteur où le potentiel piétonnier est faible ou moyen/faible. Au Québec, c'est la moitié de la population qui vit cette situation;
- **Au Bas-Saint-Laurent, seulement 7 % de la population urbaine réside dans un secteur où le potentiel piétonnier est fort, contre près de 25 % au Québec.**

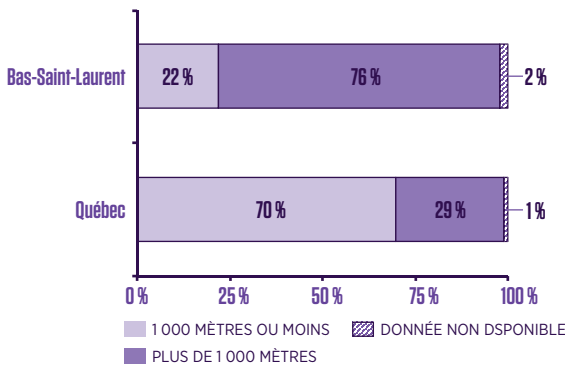
* Les quatre classes ont été déterminées en fonction de la distribution de cette mesure à l'échelle du Québec (standardisation des différentes variables des trois indicateurs sous-jacents).

INDICATEUR 5 : LA PROXIMITÉ D'UN PARC OU D'UN ESPACE VERT

L'identification des parcs et des espaces verts est réalisée à partir du rôle d'évaluation des municipalités pour 2007. Les usages du rôle qui sont apparentés à des terrains de jeux, des pistes d'athlétisme, des écoles élémentaires, des parcs ornementaux, des parcs pour la récréation et des terrains de sport ont été considérés comme étant un parc ou un espace vert. On considère qu'un secteur est situé à proximité d'un parc ou d'un espace vert lorsque moins de 1 000 mètres ne le sépare de ceux-ci (INSPQ, 2011a). Plusieurs écrits montrent que la proximité d'un lieu où l'on peut pratiquer une activité physique comme un parc ou un espace vert favorise l'activité physique (INSPQ, 2010b).

GRAPHIQUE 64

Proportion de la population vivant à proximité d'un parc ou d'un espace vert*



Contrairement aux indicateurs précédents, la proximité d'un parc ou d'un espace vert a été calculée pour les secteurs ruraux et urbains de la région et du Québec :

- **Les trois quarts de la population bas-laurentienne habitent un secteur situé à plus de 1 000 mètres d'un parc ou d'un espace vert.** Au Québec, on observe la situation inverse : 7 personnes sur 10 résident à moins de 1 000 mètres d'un parc ou d'un espace vert.

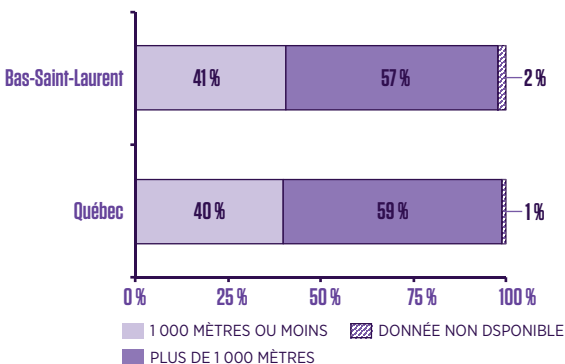
* Terrains de jeux et pistes athlétiques, parcs à caractère récréatif et ornemental, parcs pour la récréation en général, terrains de jeux, terrains de sport.

INDICATEUR 6 : LA PROXIMITÉ DES INFRASTRUCTURES RÉCRÉATIVES ET SPORTIVES

On considère qu'un secteur est situé à proximité d'une infrastructure récréative ou sportive lorsque moins de 1 000 mètres ne le sépare de celles-ci (INSPQ, 2011a). Plusieurs écrits démontrent une association significative entre l'accessibilité géographique aux infrastructures récréatives et sportives et l'activité physique (INSPQ, 2010b). Ainsi, le temps de déplacement entre le lieu de résidence et l'équipement ou l'infrastructure de loisir ou de sport est susceptible d'encourager ou de décourager une personne à en faire l'utilisation.

GRAPHIQUE 65

Proportion de la population vivant à proximité d'une infrastructure récréative ou sportive*



Comme l'indicateur précédent, cet indicateur est calculé pour les secteurs ruraux et urbains du Bas-Saint-Laurent et du Québec :

- **Au Bas-Saint-Laurent comme au Québec, environ 6 personnes sur 10 résident à plus de 1 000 mètres d'une infrastructure récréative ou sportive.**

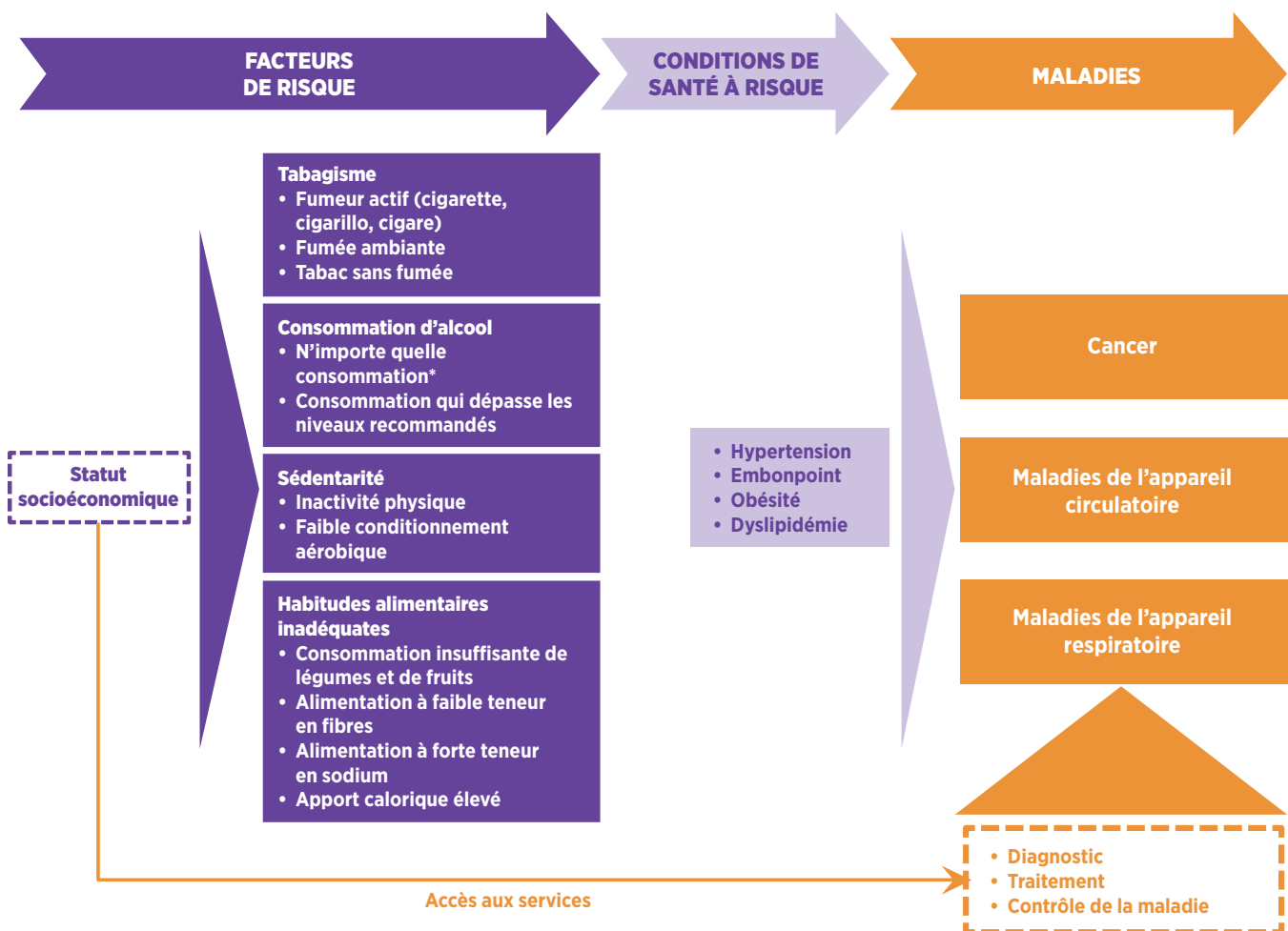
* Arènes et activités connexes, autres activités récréatives, autres activités sportives, autres activités sur glace, autres installations pour les sports, centres de ski, centres de tir pour armes à feu, centres récréatifs en général, centres sportifs multidisciplinaires (couverts), équitation, gymnases et formation athlétique, piscines extérieures et activités connexes, piscines intérieures et activités connexes, piste de course, plages, salles ou salons de quilles, stades, terrains de golf, terrains de sport, toboggans.

2.3.2 L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIOCULTUREL

L'environnement économique et socioculturel est déterminant dans l'apparition d'inégalités sociales de santé. Par exemple, il est reconnu que la pauvreté a un effet négatif sur l'état de santé de la population (Benzeval et Judge, 2001) et donc sur les maladies chroniques, ce qui favorise l'apparition d'*inégalités en santé*. La présente section permet de comprendre le lien entre les inégalités sociales, les autres déterminants de la santé et les maladies chroniques et de comparer la situation de la région avec celle du Québec à cet égard.

FIGURE 3

Influence des inégalités sociales sur les maladies chroniques



* La consommation d'alcool a un effet néfaste sur l'apparition de plusieurs cancers et maladies sans qu'un seuil de consommation sécuritaire n'ait été établi.
Source : Adapté de Cecchini M et al., 2010.

La figure 3 reprend essentiellement l'ensemble de l'information présentée dans la figure 2 de la page 52 et y intègre la notion d'inégalités sociales de santé. Ces inégalités augmentent la prévalence des facteurs de risque, ce qui crée des conditions propices à l'apparition des maladies chroniques. Ces inégalités agissent aussi au niveau de l'accès aux soins de santé qui revêtent également une grande importance en ce qui concerne la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.

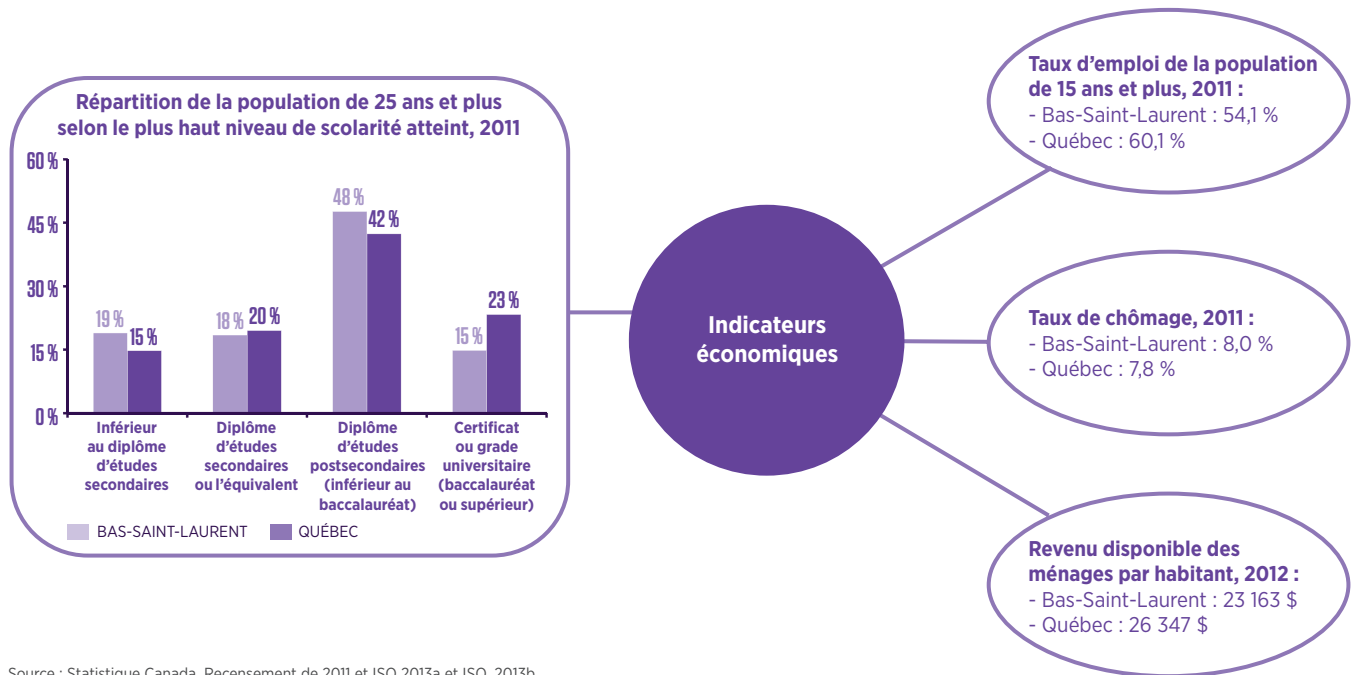
POUR EN SAVOIR PLUS...

Les inégalités sociales ont une influence directe sur les autres déterminants de la santé. Les personnes sans emploi et les travailleurs pauvres (P. J. Ulysse et al., 2006) sont souvent contraints de se priver de biens et de services essentiels qui leur permettraient de répondre à leurs besoins primaires pour maintenir et accroître leur santé (OMS, 2010), tels qu'un logement adéquat et salubre, une alimentation saine ou l'accès à des moyens de transports. Ces lacunes peuvent contribuer au stress, à la sédentarité, à un surplus pondéral et à accroître le sentiment d'exclusion sociale. Selon le MSSS (2007), les inégalités de santé s'installent dès le tout jeune âge et influencent la santé des individus tout au long de leur vie en compromettant notamment la réussite scolaire, l'accès au travail et le statut socioéconomique futur.

Les indicateurs socioéconomiques qui suivent permettent d'apprécier l'importance des inégalités sociales et économiques dans la région et de comparer cette situation avec celle du Québec. Le choix de ces indicateurs repose sur la disponibilité et sur la validité des données.

FIGURE 4

Indicateurs socioéconomiques : les mesures économiques



Source : Statistique Canada, Recensement de 2011 et ISQ 2013a et ISQ, 2013b.

La figure 4 nous révèle les éléments suivants :

- En proportion, il y a moins de personnes détenant un certificat ou un grade universitaire au Bas-Saint-Laurent comparativement au Québec. Aussi, **une plus grande proportion de personnes n'a aucun diplôme dans la région par rapport à la province;**
- **Le taux d'emploi du Bas-Saint-Laurent, pour 2011, est inférieur à celui de la province.**

- Le **taux de chômage** de la région est, pour l'année 2011, **plus élevé que celui du Québec**, ce qu'on observe d'ailleurs depuis 2002.
- Le **Bas-Saint-Laurent est la région qui présente le plus faible revenu disponible pour les ménages** parmi l'ensemble des régions du Québec en 2012. .

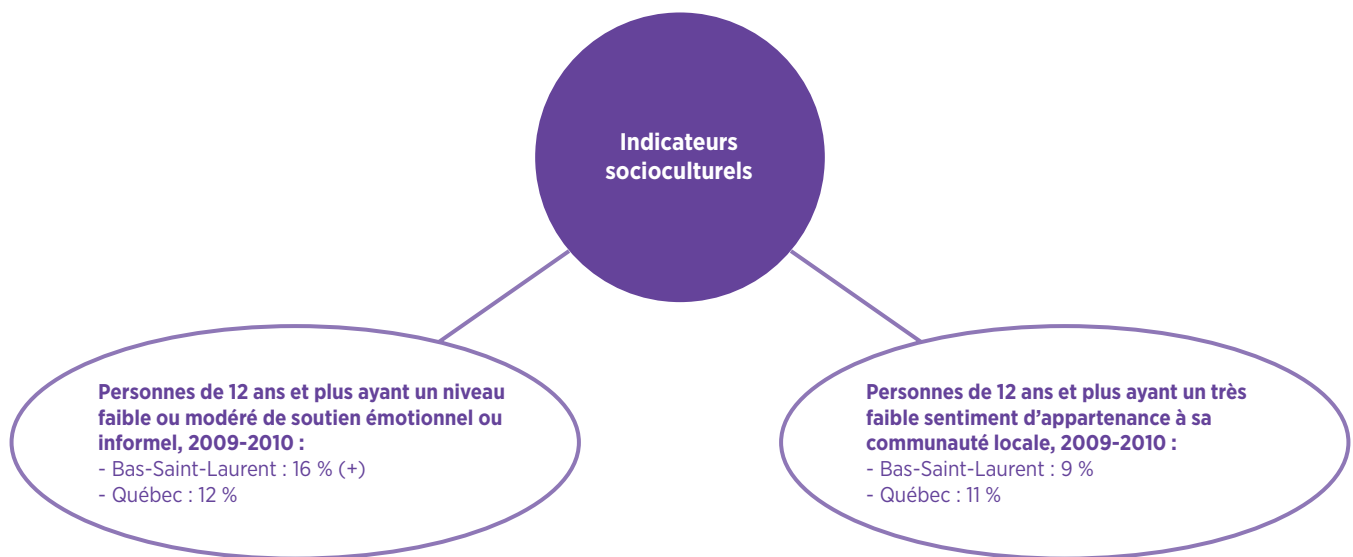
PARLONS STATISTIQUES...

L'**insécurité alimentaire** qui peut être influencée par certains indicateurs économiques et socioculturels est une manifestation des inégalités sociales de santé.

Au Bas-Saint-Laurent, pour 2009-2010, environ 7 % de la population vit une situation d'insécurité alimentaire, ce qui est semblable à la réalité du Québec (MSSS, 2008a).

FIGURE 5

Indicateurs socioculturels : les mesures socioculturelles



Source : Statistiques Canada, ESCC, cycle 2009-2010.

La figure 5 nous révèle les éléments suivants :

- **Au Bas-Saint-Laurent, une plus grande proportion des 12 ans et plus présente un niveau faible ou modéré de soutien émotionnel et informel par rapport au reste du Québec;**
- **Au Bas-Saint-Laurent, une plus faible proportion de gens présente un très faible sentiment d'appartenance à leur communauté locale par rapport au Québec.**

2.4

LES SERVICES DE SANTÉ : L'OCCASION D'INTÉGRER LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

Comme mentionné précédemment, les services de santé sont considérés comme un déterminant de la santé à travers lequel, en plus du traitement des maladies, plusieurs actions peuvent être posées pour promouvoir la santé et prévenir les problèmes de santé (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). D'une part, des liens étroits entre les services de santé de première ligne et la communauté peuvent soutenir la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ensuite, l'intégration de **pratiques cliniques préventives** (PCP) au sein des services de santé représente une autre occasion de réduire la morbidité et la mortalité associées à certaines maladies.

Ces pratiques réfèrent à des interventions préventives réalisées par un professionnel de la santé auprès d'un patient et incluent le **dépistage**, le **counseling** en matière de santé, la prescription de certains médicaments qui jouent un rôle en prévention (chimio prophylaxie) et la vaccination, (Provost et al., 2007). Dans le présent rapport, la chimio prophylaxie réfèrera uniquement aux aides pharmacologiques pour la cessation tabagique.

Dans les prochains paragraphes, nous décrirons les recommandations en matière de PCP qui touchent plus spécifiquement les maladies chroniques abordées précédemment. De plus, pour bien illustrer la situation de notre région, nous présenterons, pour le dépistage et la vaccination, la proportion des individus ciblés qui se prévalent de telles recommandations. Pour le counseling et le recours aux aides pharmacologiques de cessation tabagique, ce type d'information n'est malheureusement pas disponible.

2.4.1 DÉPISTAGE

Le dépistage vise à détecter et à traiter une maladie précocement, avant que les signes et symptômes n'apparaissent, ce qui améliore la prise en charge et l'évolution de celle-ci (Shah, 2003). Le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et de l'hypertension artérielle chez certains groupes cibles sont des pratiques inscrites au PNSP ainsi qu'au PAR du Bas-Saint-Laurent⁵. Bien que non inscrit au PNSP ni au PAR, le dépistage du cancer colorectal compte également parmi les dépistages contribuant à prévenir certaines maladies abordées dans ce rapport.

DÉPISTER POUR PRÉVENIR CERTAINS CANCERS

On recommande le dépistage annuel du cancer du sein par mammographie chez les femmes âgées de 50 à 69 ans dans le but de réduire la mortalité liée à ce cancer (MSSS, 2008b; ASSS du Bas-Saint-Laurent, 2011). Au Bas-Saint-Laurent, pour l'année 2011-2012, environ 66 % des femmes éligibles au PQDCS se sont prévaluées de la mammographie, comparativement à 58 % pour l'ensemble du Québec⁶. **Bien que la région fasse bonne figure par rapport à la province, le pourcentage de participation au PQDCS est légèrement en deçà de la cible provinciale de 70 % (MSSS, 1996).**

PARLONS STATISTIQUES...

Le PQDCS existe depuis 2001 au Bas-Saint-Laurent. L'objectif de ce programme était, lors de son lancement, de réduire la mortalité pour le cancer du sein en améliorant la détection précoce de ce cancer chez les femmes de 50 à 69 ans.

« Cinq ans après sa mise en place, le PQDCS semble associé à une réduction de la mortalité pour le cancer du sein (au Québec). Parmi les participantes au dépistage, cette réduction pourrait atteindre de 35 à 41 %. Parmi les femmes admissibles au dépistage, la réduction se situerait autour de 7 à 11 %. Pour l'ensemble des femmes du groupe d'âge ciblé par le PQDCS, la réduction de mortalité pourrait atteindre environ 3 % (INSPQ, 2008, p.1) ».

En ce qui concerne le cancer colorectal, un nouveau programme de dépistage sera bientôt en déploiement au Québec dans le but de réduire la mortalité associée à ce cancer. Ce dépistage, qui se fait par recherche de sang dans les selles, est recommandé aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans, et ce, tous les deux ans (MSSS, 2014). Le programme étant encore au stade de projet pilote au moment de la rédaction du présent rapport, les données sur les populations rejointes par celui-ci ne sont pas disponibles.

⁵ Les recommandations en matière de dépistage présentées dans cette section concernent des groupes d'individus sans facteurs de risque particuliers autres que le sexe ou l'âge. Les recommandations diffèrent pour les individus présentant des facteurs de risque particuliers qui doivent être évalués au cas par cas par leur médecin traitant.

⁶ Pour plus d'information sur les sources des données concernant la participation au PQDCS dans la région, consulter la section sur les notes méthodologiques au début du document.

Enfin, bien que le cancer du col de l'utérus n'ait pas fait l'objet d'une section particulière dans l'état de situation présenté au début de ce document, il s'agit d'un cancer pour lequel certaines actions de santé publique sont démontrées efficaces, dont le dépistage. En effet, le dépistage du **cancer du col de l'utérus** par le test de Papanicolaou (test Pap) (MSSS, 2008b; ASSS du Bas-Saint-Laurent, 2011) chez les femmes de 21 à 65 ans, aux 2 ou 3 ans (INSPQ, 2011b), est recommandé. Au Bas-Saint-Laurent, une enquête de 2008 portant sur une population un peu plus large que le groupe cible mentionné précédemment indiquait qu'**environ 74 % des femmes de 18 à 69 ans s'étaient prévaluées de ce dépistage au cours des trois dernières années, comparativement à 73 % pour l'ensemble de la province (ISQ, 2008b)**.

Les autres cancers discutés dans le présent rapport ne font pas l'objet d'une recommandation en faveur d'un dépistage systématique au sein de la population générale, ce qui n'exclut pas la pertinence de réaliser certains examens de dépistage ou diagnostics selon l'évaluation individuelle réalisée par le clinicien.

DÉPISTER POUR PRÉVENIR CERTAINES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

L'hypertension artérielle est une condition de santé à risque découlant souvent d'habitudes de vie défavorables à la santé et favorisant l'apparition de certaines maladies chroniques. Le dépistage de celle-ci est recommandé chez tous les adultes et se fait par la mesure de la tension artérielle (ASSS de Montréal et CMQ, 2014). Nous ne disposons malheureusement pas de données permettant d'apprécier la proportion d'adultes rejoints par cette PCP dans la région. Par ailleurs, le dépistage et la prise en charge précoce de l'hypertension artérielle sont importants, étant donné que **la prévalence de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus au Bas-Saint-Laurent, qui atteint 21,0 %, est légèrement mais significativement supérieure à celle du reste du Québec (20,7 %)** (INSPQ, Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec, 2010-2011). De plus, l'initiation précoce de mesures préventives telles que la modification des habitudes de vie (modification de l'alimentation et des apports en sodium, augmentation de l'activité physique, diminution de la consommation d'alcool et cessation tabagique) ou d'un traitement pharmacologique, s'il y a lieu, peuvent grandement améliorer la tension artérielle des individus souffrant d'hypertension (ASSS de Montréal et CMQ, 2014).

2.4.2. COUNSELING

Le *counseling* est une PCP impliquant un « processus de communication centré sur le patient et ciblé sur un problème ou des objectifs de santé qui peut comprendre un ensemble d'activités telles que : évaluer les connaissances et les motivations, fournir de l'information, conseiller de modifier un comportement inapproprié, renforcer un comportement souhaitable et suivre les progrès accomplis (Traduction libre⁷ de : Elford et al., 2001, p. 5) ». Comme nous l'avons vu précédemment, certains comportements liés à la santé comme l'alimentation, la pratique d'activité physique, le tabagisme ou la consommation d'alcool auraient intérêt à être améliorés au Bas-Saint-Laurent. En effet, nous avons vu que les Bas-Laurentiens consommaient trop peu de fruits et légumes par rapport aux recommandations, que plus du tiers des individus étaient inactifs durant leurs loisirs, que la proportion de fumeurs était encore trop importante, et qu'un homme sur quatre consommait de l'alcool en quantité abusive. Ces comportements sont certes influencés par les environnements dans lesquels gravitent les individus ainsi que par les interventions populationnelles et communautaires visant directement les habitudes de vie, mais ils peuvent aussi être influencés par des interventions individuelles à visée préventive comme le *counseling*.

⁷ Cette traduction a été rendue disponible par Mme Christine Pakenham, de la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Quatre PCP de *counseling* recommandées au PNSP et dans le PAR du Bas-Saint-Laurent visent spécifiquement l'amélioration des habitudes de vie pour limiter leur impact sur les maladies chroniques, soit le counseling :

- en faveur de l'abandon tabagique;
- en faveur d'une saine alimentation;
- en faveur d'une pratique régulière d'activité physique;
- sur la consommation d'alcool (MSSS, 2008b; ASSS du Bas-Saint-Laurent, 2011).

Toutefois, nous ne disposons pas de données permettant d'apprécier la proportion d'individus rejoints par ces PCP dans la région.

2.4.3.

AIDES PHARMACOLOGIQUES POUR LA CESSATION TABAGIQUE

La prescription d'aides pharmacologiques aux fumeurs pour favoriser la cessation tabagique est un autre exemple de PCP visant à prévenir ou à réduire l'effet d'habitudes de vie défavorables à la santé sur le développement de certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires et respiratoires ou certains cancers. Une plus grande intégration de cette pratique pourrait nous aider à améliorer le profil tabagique de la population, la proportion de fumeurs stagnant autour de 23 % depuis quelques années dans la région.

2.4.4.

VACCINATION

En plus de prévenir la survenue de maladies infectieuses, quelques vaccins contribuent à prévenir des maladies chroniques comme certains cancers ou l'exacerbation de maladies pulmonaires.

VACCINER POUR PRÉVENIR LE CANCER DU COL

Par exemple, le vaccin contre le VPH, offert gratuitement aux filles de 9 à 17 ans depuis 2008 dans les écoles du Québec, vise notamment à prévenir l'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes (INSPQ, 2013). **Le Bas-Saint-Laurent fait bonne figure en matière de couverture vaccinale contre le VPH.** En effet, pour l'année 2012-2013, la couverture vaccinale pour la dernière dose du vaccin était de 87 %⁸, ce qui dépasse la cible fixée au PNSP (85 %) (MSSS, 2008), et la couverture vaccinale obtenue pour l'ensemble du Québec (78 %). Toutefois, notons que la répartition des couvertures vaccinales est inégale à travers la région, certains territoires de CSSS du Bas-Saint-Laurent se situant en deçà de la cible provinciale.

⁸ Pour plus d'information sur les sources des données concernant les couvertures vaccinales contre le VPH, l'influenza et le pneumocoque, consulter la section sur les notes méthodologiques au début du document.

VACCINER POUR PRÉVENIR L'EXACERBATION DE CERTAINES MALADIES PULMONAIRES

Les infections des voies respiratoires peuvent occasionner une exacerbation des MPOC. La vaccination contre l'influenza et le pneumocoque auprès de certaines populations cibles contribue à la prévention de la grippe saisonnière et des pneumonies dues au pneumocoque et, plus particulièrement, à la morbidité, aux hospitalisations et à la mortalité liées à ces maladies (MSSS, 2013).

Le vaccin contre l'influenza est indiqué à chaque année pour les personnes à risque élevé de complications, notamment les personnes âgées de 60 ans et plus et les personnes atteintes de maladies chroniques, ainsi que pour les travailleurs de la santé qui sont susceptibles de transmettre la maladie aux personnes plus à risque (MSSS, 2013). Selon certaines données d'enquête, lors de la campagne de vaccination 2007-2008 contre l'influenza, 59 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile ont été vaccinées, un pourcentage similaire au reste du Québec (ISQ, 2008c). En 2007-2008, 84 % des personnes de 60 ans et plus vivant en CHSLD public ont été vaccinées contre l'influenza dans la région, comparativement à 87 % pour le Québec. Seulement 47 % des travailleurs de la santé des CSSS ont été vaccinés durant la même saison grippale, au Bas-Saint-Laurent comme dans l'ensemble de la province. Ainsi, pour ces années, **les couvertures vaccinales contre l'influenza chez les 60 ans et plus vivant à domicile et chez les travailleurs de la santé sont bien en deçà des cibles fixées par le PNSP qui s'élèvent à 80 %** (MSSS, 2008b). De plus, la couverture vaccinale chez les travailleurs semble diminuer depuis quelques années au Bas-Saint-Laurent, tout comme au Québec d'ailleurs.

Le vaccin contre le pneumocoque est, quant à lui, indiqué généralement une seule fois à vie (sauf exceptions) chez les personnes de 65 ans et plus ou de 2 à 64 ans à risque accru d'infection invasive à pneumocoque (MSSS, 2013). Au Bas-Saint-Laurent, 57 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont été vaccinées en 2013 contre le pneumocoque, alors que la cible provinciale pour ce groupe est de 80 % (MSSS, 2008b).



3

**QUELLES SONT LES
STRATÉGIES PORTEUSES
POUR AMÉLIORER LA SANTÉ
AU BAS-SAINT-LAURENT?**

Nous avons présenté précédemment l'ampleur de la problématique des maladies chroniques, plus particulièrement des cancers, ainsi que des maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire dans la région. Nous avons ensuite identifié plusieurs facteurs pouvant influencer la survenue de ces maladies, notamment l'âge, les habitudes de vie, les environnements et les services de santé. La présente partie du rapport est consacrée aux stratégies qui peuvent influencer favorablement ces derniers facteurs et donc prévenir ou diminuer le fardeau des maladies chroniques dans la région.

De façon générale, la santé publique peut, par exemple, favoriser l'adoption de politiques publiques favorables à la santé ou le renforcement de l'action communautaire pour améliorer la participation et l'*empowerment* du public en matière de santé. Les acteurs de santé publique peuvent également soutenir la création de milieux favorables à la santé pour influencer directement les environnements dans lesquels les individus évoluent et donc les choix qu'ils font en matière de santé. Ils peuvent aussi agir plus directement sur l'acquisition d'aptitudes individuelles permettant de prendre des décisions favorables à la santé. Enfin, le soutien à une réorientation des services de santé en faveur de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie représente une autre approche utile en santé publique (OMS, 1986). Pour une problématique donnée, l'action concomitante sur plusieurs des stratégies citées précédemment est généralement plus efficace.

Des actions régionales pertinentes, en cours ou à consolider pour améliorer le portrait des maladies chroniques au Bas-Saint-Laurent et s'attaquer aux causes sous-jacentes seront présentées dans les prochains paragraphes. Notons que ces actions viennent soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle dans le cadre duquel les CSSS ont un rôle d'animation et de partenariat (Bonin et al., 2012).

IL EST IMPORTANT DE SOUTENIR LA CRÉATION DE MILIEUX FAVORABLE À LA SANTÉ.

3.1 POUR UN VIEILLISSEMENT ACTIF ET EN SANTÉ

Bien que l'âge ne soit pas un facteur de risque modifiable, les actions de santé publique doivent tenir compte de cette réalité dans le but de favoriser un vieillissement en santé. L'histoire de Jacques (p. 50), présentée à la section précédente, met bien en lumière différents obstacles liés aux environnements physique et socioéconomique qui peuvent être exacerbés par le vieillissement et avoir une influence défavorable sur les habitudes de vie, l'estime personnelle, la santé et le bien-être qui en découlent.

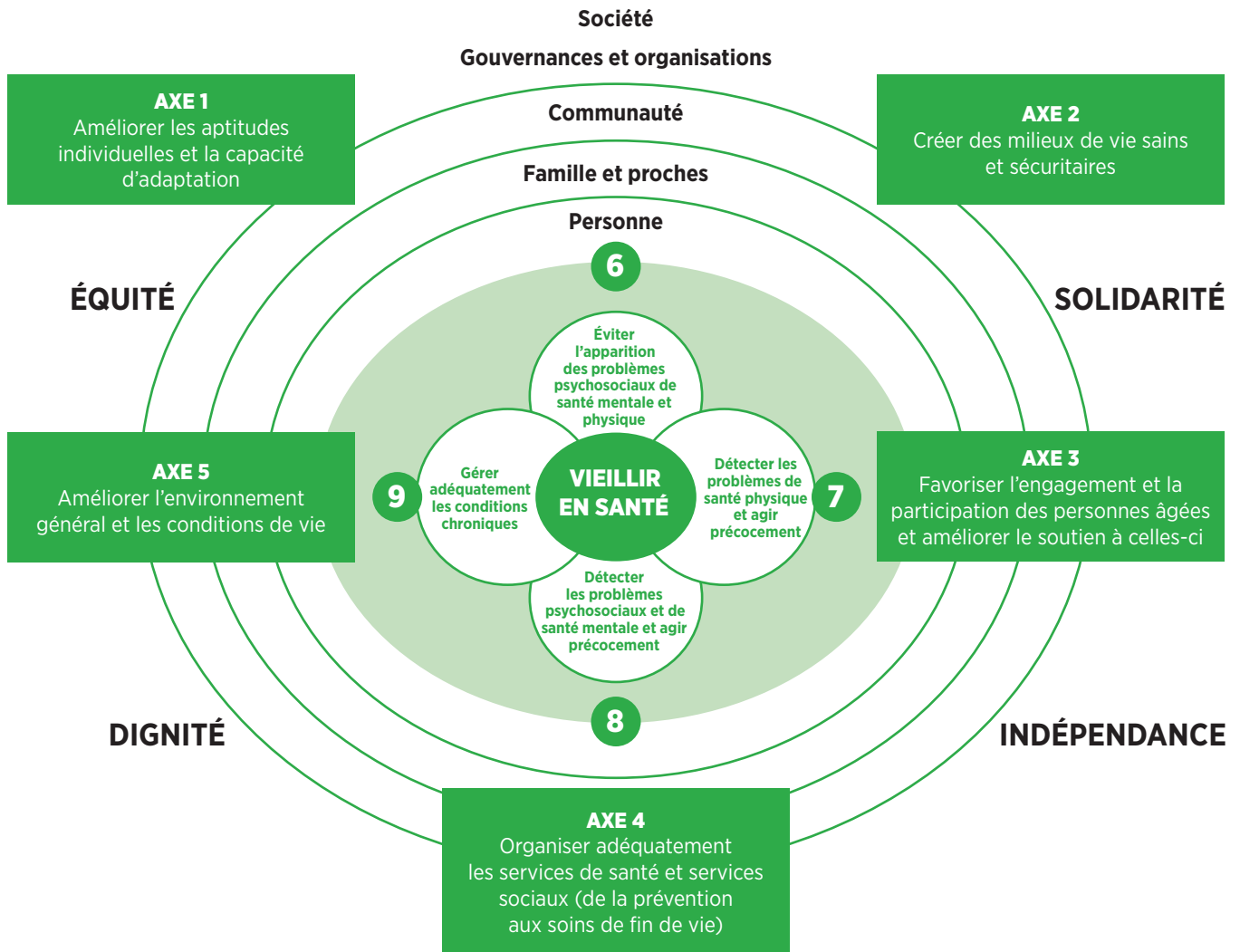
La figure 6, qui présente un modèle conceptuel pour favoriser un vieillissement en santé, reprend d'ailleurs plusieurs des obstacles illustrés dans l'histoire de Jacques (p. 50) sous forme d'axes d'intervention. Ces axes découlent en fait directement des grands déterminants de la santé (biologie, environnements, habitudes de vie et services de santé). Le modèle reprend plus précisément les grandes stratégies (ou axes) d'intervention présentées à la page précédente, qui peuvent être mises de l'avant pour agir sur ces déterminants, tout en y intégrant la dimension du vieillissement.

À ces cinq axes d'intervention populationnels qui permettent d'influencer et d'agir à divers niveaux sur les individus, leurs proches, leurs communautés et l'ensemble de la société, s'ajoutent quatre axes d'intervention plus individuels et propres au système de santé, en cohérence avec le continuum de santé présenté en introduction, allant de la prévention clinique à la gestion des maladies chroniques en passant par l'identification précoce (dépistage) des problèmes de santé. Quatre principes transcendent le modèle : l'équité, la solidarité, l'indépendance et la dignité (Cardinal et al., 2008).



FIGURE 6

Perspectives pour un vieillissement en santé : modèle conceptuel



Source : Cardinal, 2008, citée par Bonin et al., 2012.

Au Bas-Saint-Laurent, certains CSSS se sont engagés d'une façon particulière dans une approche axée sur le vieillissement en santé. Cette démarche est accompagnée par l'Agence et l'Initiative pour le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC). De plus, cette préoccupation est omniprésente dans de nombreux projets et initiatives de santé publique, dont plusieurs sont présentés ci-dessous.

3.2

POUR DE MEILLEURES HABITUDES DE VIE

Plusieurs actions sont menées dans la région dans le but de favoriser les saines habitudes de vie au sein de la population. La mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie (MSSS, 2006b) guide plusieurs actions en ce sens. La démarche *COSMOSS*, créée en 2004, qui sera discutée plus en détail dans la section 3.3.2, existe grâce à la concertation volontaire de partenaires, de ministères et d'organismes du Bas-Saint-Laurent autour de certains enjeux, dont le soutien à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie au sein de la population.

Le déploiement d'agents de promotion et de prévention en saines habitudes de vie dans tous les CSSS de la région représente une excellente occasion d'agir en amont des maladies chroniques, plus précisément en agissant **en faveur de la saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et contre le tabagisme**. Trois rôles principaux relèvent actuellement de ces professionnels : 1) le recours aux PCP liées aux trois habitudes de vie citées précédemment auprès des jeunes présentant un surplus de poids et les personnes âgées à risque de chutes ou de perte d'autonomie; 2) les actions intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des maladies en collaboration avec les partenaires et les décideurs, incluant le soutien à la modification des environnements et 3) la communication et les actions visant à influencer la norme sociale. Le rôle lié aux PCP est décrit plus en détails dans la section 3.4., alors que plusieurs exemples associés aux deux autres rôles de ces agents seront présentés dans les paragraphes suivants.

En plus du rôle joué par les agents de promotion et de prévention, d'autres acteurs exercent une influence importante en matière de saines habitudes de vie. Par exemple, les agents *École en santé*, les organisateurs communautaires, les infirmières scolaires, les nutritionnistes et les kinésiothérapeutes des CSSS font partie des acteurs clés sur qui repose également la promotion de saines habitudes de vie au Bas-Saint-Laurent.

3.2.1

QUE FAISONS-NOUS POUR FAVORISER UN ENVIRONNEMENT SANS FUMÉE?

Des actions sont menées à différents niveaux au Bas-Saint-Laurent pour lutter contre le tabagisme : sensibilisation, promotion d'un environnement sans fumée et prévention du tabagisme et cessation tabagique. D'abord, la promotion de plusieurs campagnes provinciales et nationales de sensibilisation au tabagisme se fait dans la région. Par exemple, différents milieux participent à la *Journée mondiale sans tabac* (maisons des jeunes, écoles, CSSS). De plus, le *Défi J'arrête, j'y gagne!* rejoint chaque année des centaines de fumeurs bas-laurentiens qui souhaitent cesser de fumer, dont 575 fumeurs en 2013. Plusieurs autres campagnes de sensibilisation sont promues et publicisées dans la région (*Famille sans fumée*, *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, campagne de contremarketing du tabac *DeFacto*, campagne *Magane pas tes organes*, etc.).

Ensuite, des activités de promotion et de prévention sont menées dans différents milieux. Par exemple, les intervenants des centres d'abandon du tabagisme de la région réalisent des actions dans les écoles, les épiceries, les marchés publics, les milieux de travail, etc. D'autres activités plus spécifiques se déroulent dans le milieu scolaire, notamment pour dénoncer l'impact négatif des scènes médiatiques de consommation de tabac sur les jeunes telles que le *Commando oxygène* dans les écoles secondaires. Également, des intervenants scolaires et de la santé et des services sociaux (infirmières, techniciens en travail social, etc.) mènent des activités de prévention et de sensibilisation sur le sujet à travers des kiosques, des ateliers ou d'autres initiatives dans les écoles primaires, secondaires et postsecondaires de la région. Aussi, des jeunes de la région participent au mouvement provincial de lutte au tabagisme *La gang allumée* visant à prévenir et réduire l'usage du tabac dans leur milieu et même dans la société en général. À cet effet, une jeune de la région siège au Réseau conseil provincial *La gang allumée*.

Enfin, un troisième axe d'intervention pour lutter contre le tabagisme au niveau régional concerne les services de cessation tabagique. Les mesures associées impliquent notamment la promotion de la ligne téléphonique et du site Internet associés *Défi J'arrête, j'y gagne!* Elles incluent également la promotion et le recours aux centres d'abandon du tabagisme de la région, déployés dans tous les territoires de CSSS, qui soutiennent les fumeurs dans leurs démarches d'abandon ou pour prévenir la rechute à travers des activités de counseling et le recours aux aides pharmacologiques de cessation tabagique. Le service de messagerie texte pour soutenir l'arrêt tabagique (*SMAT*) a également été promu cette année.

3.2.2

QUE FAISONS-NOUS POUR FAVORISER LA SAINÉ ALIMENTATION?

Plusieurs projets ou initiatives sont actuellement en cours pour favoriser l'adoption d'une saine alimentation dans la région et visent les jeunes, les adultes, les personnes âgées ou les plus défavorisés.

On sait que les habitudes de vie acquises durant l'enfance se répercutent sur le mode de vie et la santé des individus à l'âge adulte. C'est pourquoi, bien avant l'apparition de maladies chroniques, il importe de promouvoir la saine alimentation. Chez les jeunes, le projet régional *À nos marmites : 1, 2, 3... santé!* vise à outiller les services de garde en installation et en milieu familial pour rendre l'environnement plus favorable à l'adoption d'une saine alimentation, et ce, dans les huit MRC de la région. Plus précisément, le projet a pour objectif de développer les connaissances et les compétences des éducatrices et des responsables de l'alimentation en CPE ou des responsables d'un milieu familial et de bonifier l'environnement

alimentaire dans ces milieux. Au niveau scolaire, l'implantation de la politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif dans les écoles (*Pour un virage à l'école*) compte également parmi les interventions mises de l'avant pour améliorer l'alimentation chez les jeunes. Tous les établissements scolaires doivent mettre en application cette politique au sein de leur milieu, ce qui implique notamment la mise en place d'environnements alimentaires sains.

Pour favoriser la saine alimentation au sein de la population adulte, d'autres actions sont en cours dans la région. La promotion et l'appropriation du cadre de référence pour le développement et l'implantation de politiques alimentaires adaptées dans tous les établissements de santé est un autre exemple d'actions menées autour de la saine alimentation qui rejoint un certain nombre d'adultes.

Pour rejoindre les personnes plus âgées, un projet sur l'amélioration de la qualité de l'alimentation en CHSLD est en cours depuis quelques années au Bas-Saint-Laurent et constitue une belle réussite.

Certaines initiatives entourant la sécurité alimentaire et visant les populations plus défavorisées sont également déployées dans la région comme le projet *Mangez mieux*, qui vise notamment à favoriser la consommation de fruits et légumes chez la clientèle nécessitant le soutien du dépannage alimentaire.

3.2.3

QUE FAISONS-NOUS POUR FAVORISER UN MODE DE VIE PHYSIQUEMENT ACTIF?

Plusieurs activités de promotion d'un mode de vie physiquement actif sont en cours dans la région et rejoignent tous les groupes d'âge, notamment les jeunes d'âge scolaire et leurs familles. Une préoccupation particulière pour favoriser l'accès aux infrastructures récréatives et sportives pour tous émane des différentes initiatives en matière de mode de vie physiquement actif. Nous nous attarderons dans les paragraphes suivants sur deux programmes particulièrement structurés et qui rejoignent un nombre important d'individus au Bas-Saint-Laurent.

Le programme VIACTIVE vise à favoriser l'activité physique chez les personnes de 50 ans et plus. Il est dispensé par l'entremise d'animateurs souvent recrutés à même les groupes d'ainés et préalablement formés pour l'animer. Il est offert tout au long de l'année et s'adresse à divers regroupements d'ainés, soit entre 50 et 65 ans ou âgés de 60 ans et plus. Les activités offertes dans le cadre de ce programme sont basées sur des stratégies éprouvées, validées scientifiquement et reproductibles de façon autonome pour favoriser la pratique régulière d'activité physique. Plusieurs groupes VIACTIVE intègrent la marche en plein air, le vélo, le ski de fond, la raquette à leur programmation. Au Bas-Saint-Laurent, les huit CSSS sont impliqués dans ce programme.

Avec le **programme À pied, à vélo, ville active**, Vélo Québec se positionne depuis 2005 comme intervenant incontournable auprès des municipalités et des écoles du Québec afin de **faire la promotion du transport actif en facilitant les déplacements actifs des enfants et de leurs parents sur le trajet domicile-école-travail et en créant des environnements sécuritaires afin de favoriser le transport actif pour l'ensemble des citoyens.** Le Bas-Saint-Laurent a adopté ce programme en 2010 avec maintenant près d'une douzaine de municipalités participantes et une dizaine supplémentaire prévue pour l'année à venir. De plus, dans la région, quatre CSSS soutiennent ce programme dont les avantages sont majeurs : diminution de la circulation automobile près des écoles, accès sécuritaires pour les piétons et les cyclistes aux abords de l'école permettant de rassurer les parents, aménagements des rues qui enrichissent la vie de quartier et favorisent la rétention des familles, etc. Il s'agit donc d'une autre illustration du lien étroit entre l'environnement bâti et les saines habitudes de vie.

3.2.4

QUE FAISONS-NOUS POUR CONTRER LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL?

Certaines activités de sensibilisation à la problématique des dépendances, incluant la dépendance à l'alcool et la consommation abusive d'alcool, sont réalisées chaque année dans la région. Par exemple, deux organismes communautaires d'hébergement en dépendance œuvrant dans la région, avec le soutien financier de l'Agence, ont un mandat de sensibilisation et de prévention à cet égard. Un nombre important d'activités dans différents milieux (résidences de personnes âgées, usines, organismes communautaires, scolaires, organismes de bienfaisance, etc.) est réalisé chaque année par ces organismes dans toute la région. Aussi, la *Semaine de prévention des toxicomanies* permet aux différents partenaires en santé et services sociaux de réaliser un nombre intéressant d'activités durant le mois de novembre à chaque année.

Pour prévenir les conséquences liées à la consommation d'alcool, plusieurs actions sont menées au Bas-Saint-Laurent. La mise en place du programme *Alcochoix* dans tous les CSSS, qui vise la consommation modérée chez la clientèle adulte ayant une consommation d'alcool à risque, en est un bon exemple. L'activité *I.M.P.A.C.T* (Intervention du milieu pour nos adolescents ayant des comportements à risque causant des traumatismes), menée dans certains territoires de la région avec divers partenaires (police, pompier, CSSS, Agence, etc.), vise, quant à elle, à sensibiliser les jeunes finissants des écoles aux risques de traumatismes liés à la vitesse au volant et à la conduite avec les facultés affaiblies par la consommation d'alcool et drogues.

De plus, dans le but de prévenir l'émergence d'une problématique de consommation ou l'aggravation de celle-ci, un mécanisme régional d'accès aux services en dépendance (incluant la dépendance à l'alcool) et une trajectoire de services ont été établis dans la région. Celle-ci intègre le repérage, la détection et l'intervention précoce sur cette problématique auprès des jeunes et des adultes se présentant en CSSS. Des ententes entre les CSSS et le Centre de réadaptation en dépendances du Bas-Saint-Laurent, ainsi qu'entre les CSSS et les établissements d'enseignement de leurs territoires respectifs, ont permis de départager les rôles et responsabilités de chacun, notamment quant au repérage et à la détection précoce des dépendances auprès des jeunes du secondaire, du cégep et de l'université ainsi que des écoles privées. Toujours en lien avec l'identification précoce des dépendances, un outil de promotion du repérage de cette problématique auprès de la clientèle adulte a été remis à plusieurs employeurs d'entreprises privées de la région.

3.3 POUR DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

3.3.1. QUE FAISONS-NOUS POUR AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT BÂTI AU BAS-SAINT-LAURENT?

Les indicateurs liés à l'environnement bâti présentés dans la section 2 font ressortir certaines lacunes au Bas-Saint-Laurent. En effet, le potentiel piétonnier pour les secteurs urbains de la région est généralement déficient. Or, nous avons vu qu'un fort potentiel piétonnier ainsi que la proximité des équipements récréatifs et sportifs favorisaient tous deux la pratique d'activités physiques dans la population (INSPQ, 2010b).

En plus de travailler activement et directement sur l'amélioration des saines habitudes de vie, le milieu s'organise pour améliorer les indicateurs de l'environnement bâti défavorables à ces habitudes au Bas-Saint-Laurent. **La DSP du Bas-Saint-Laurent travaille de concert avec le monde municipal, scolaire et avec d'autres partenaires tels que les CSSS et Vélo Québec afin d'améliorer la situation.** Par exemple, en plus du programme *À pied, à vélo, ville active* décrit précédemment, des sessions de sensibilisation auprès des élus municipaux, des démarches de création de corridors piétonniers sécuritaires aux abords des établissements scolaires, une participation à différents comités sur les orientations gouvernementales en matière d'aménagement du territoire et les évaluations d'impacts à la santé liées aux modifications des schémas d'aménagements des MRC ou à d'autres projets de développement comptent parmi les démarches auxquelles la DSP prend part activement pour améliorer l'environnement bâti.

3.3.2

QUE FAISONS-NOUS POUR AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT SOCIOÉCONOMIQUE AU BAS-SAINT-LAURENT?

Les indicateurs précédents révèlent que le Bas-Saint-Laurent n'est pas exempt des problématiques liées à la pauvreté et à l'exclusion sociale. En effet, le fait que la population de la région ait un niveau de scolarité, un taux d'emploi et un taux de chômage moins favorable et présente un niveau plus faible de soutien émotionnel ou informel par rapport au Québec suggère qu'il existe des communautés vulnérables aux inégalités sociales de santé. Ces communautés nécessitent une attention particulière et un soutien adéquat afin d'atténuer les impacts de leur défavorisation socioéconomique sur leur santé. Ainsi, plusieurs démarches intersectorielles et de santé publique sont en cours, dans la région, afin d'accompagner les populations plus défavorisées vers les services préventifs et d'aide nécessaire à leur bien-être.

Une de ces démarches de concertation est celle de *COSMOSS* que nous avons abordée brièvement un peu plus tôt dans cette section. En plus de soutenir l'adoption de saines habitudes de vie, ***COSMOSS* vise à améliorer la santé et le bien-être des jeunes à partir de la grossesse jusqu'à l'âge de 30 ans et à favoriser la persévérance scolaire et l'insertion au marché du travail.** Cette initiative unique au Québec s'intègre dans une perspective globale de lutte à la pauvreté et aux inégalités sociales et de santé. Les efforts sont centrés sur l'action en prévention, le réseautage intersectoriel, la continuité et la complémentarité des services.

COSMOSS agit principalement sur quatre grands enjeux interreliés :

- Favoriser une entrée scolaire réussie;
- Favoriser le développement de saines habitudes de vie;
- Encourager la persévérance scolaire et la réussite éducative;
- Favoriser une intégration sociale et professionnelle durable.

Autour de cette initiative se greffent des structures de concertation spécifiques, dont celles touchant la solidarité et l'inclusion sociale et celles visant un vieillissement actif et en santé.



La mobilisation *COSMOSS* a permis de faire du Bas-Saint-Laurent la région qui présente le plus bas taux de décrochage au secondaire dans toute la province.

La santé publique agit également plus directement auprès des clientèles vulnérables pour contribuer à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ainsi, **les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (*SIPPE*)**, qui s'adressent aux parents ou futurs parents ayant un faible niveau de scolarité et vivant en contexte de pauvreté extrême ainsi qu'à leurs enfants de 0 à 5 ans, **ont pour objectif de maximiser la santé et le bien-être des clientèles visées, tout en renforçant leur pouvoir d'agir et celui de leur communauté.** À travers les *SIPPE*, on favorise donc les saines habitudes de vie et la santé physique et mentale au sein de la famille, l'allaitement maternel, les compétences parentales et le développement global des enfants. On vise également à améliorer les conditions de vie plus générales des individus en améliorant les réseaux de soutien social, l'intégration socioprofessionnelle des parents, l'accessibilité aux services publics et communautaires et en soutenant la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être (MSSS, 2004b).

Enfin, comme mentionné précédemment, **des projets favorisant plus spécifiquement la sécurité alimentaire, notamment l'accès aux fruits et légumes, sont en cours dans la région.** Au-delà de ces exemples précis, notons qu'une préoccupation pour les inégalités sociales de santé teinte l'analyse de l'ensemble des problèmes de santé publique et des actions mises de l'avant pour y remédier, tant au niveau régional que local.

3.4 POUR DES SERVICES DE SANTÉ ORIENTÉS VERS LA PRÉVENTION

Les liens étroits entre les services de santé de première ligne et la communauté peuvent soutenir la promotion de la santé et la prévention des maladies. Au Bas-Saint-Laurent, ces liens sont notamment favorisés par le déploiement d'agents de promotion et de prévention en saines habitudes de vie, tel que discuté précédemment. Le rôle de promotion et de prévention de ceux-ci s'inscrit à deux niveaux : populationnel et individuel, en cohérence avec le continuum de prévention et de services présenté en introduction (figure 1). Les PCP permettent plus spécifiquement d'agir en prévention sur le plan individuel, à même le système de soins, en ciblant certains facteurs de risque individuels à travailler. En plus du rôle joué par les agents de promotion et de prévention en CSSS sur l'alimentation, le mode de vie physiquement actif et la lutte au tabagisme pour certaines clientèles cibles (jeunes de 4 à 17 ans avec surplus de poids et personnes de 65 ans et plus à risque de chutes ou de perte d'autonomie), les PCP liées à la prévention des maladies chroniques se réalisent dans tous les milieux cliniques, par plusieurs professionnels de la santé, sur divers sujets et de diverses façons (counseling en matière d'habitudes de vie, dépistage de cancers ou autres maladies chroniques, aides pharmacologiques aux fumeurs et vaccination). Les équipes en maladies chroniques déployées dans tous les CSSS de la région sont d'autres acteurs importants dans ce domaine, mais qui agissent plus spécifiquement sur des individus présentant des conditions de santé à haut risque (syndrome métabolique et intolérance au glucose) ou qui sont déjà aux prises avec certaines maladies chroniques. Leurs interventions visent donc à prévenir la progression de ces conditions de santé ou à minimiser les conséquences des maladies chroniques qui affligent leur clientèle.

Plusieurs stratégies sont efficaces pour favoriser l'intégration des PCP au sein des milieux cliniques. Par ailleurs, il est reconnu que l'utilisation concomitante ou successive de plus d'une stratégie (interventions multifacettes) est particulièrement efficace (Provost et al., 2007). Comme nous le verrons pour chacune des PCP présentées ci-après (tableaux 5 à 8), au Bas-Saint-Laurent, l'intégration de celles-ci dans les milieux cliniques passe généralement par des interventions multifacettes.

En ce qui concerne la vaccination, plusieurs stratégies spécifiques à cette pratique et démontrées efficaces ont été recensées par l'INSPQ (2009). Ainsi, on recommande de poser des actions liées à trois grands axes d'intervention : augmenter la demande en vaccination de la part des personnes à vacciner, augmenter l'accessibilité à la vaccination et augmenter l'offre de service de vaccination (INSPQ, 2009). Des exemples plus précis pour chacun de ces axes d'intervention sont présentés au tableau 8.



Nous présenterons donc, dans les prochains tableaux (tableaux 5 à 8), une synthèse des efforts consentis au Bas-Saint-Laurent pour favoriser l'intégration des PCP qui sont plus directement en lien avec la prévention des maladies chroniques abordées dans ce rapport. Les stratégies en caractères gras sont celles qui apparaissent les plus efficaces, même lorsqu'utilisées seules⁹. Les stratégies décrites dans les tableaux suivants peuvent varier selon le territoire de CSSS.

TABLEAU 5
Efforts consentis pour favoriser le recours à certains dépistages au Bas-Saint-Laurent

Dépistage ¹⁰	Stratégies utilisées
Dépistage du cancer du sein	<ul style="list-style-type: none"> • Formation médicale continue; • Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens; • Interventions visant directement le patient; • Interventions de masse à l'aide des médias.
Dépistage du cancer du col	<ul style="list-style-type: none"> • Formation médicale continue; • <i>Leaders</i> d'opinion locaux¹¹.
Dépistage de l'hypertension artérielle	<ul style="list-style-type: none"> • Formation médicale continue; • Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens.

TABLEAU 6
Efforts consentis pour favoriser le *counseling* en matière d'habitudes de vie au Bas-Saint-Laurent

Counseling ¹²	Stratégies utilisées
<i>Counseling</i> favorisant la saine alimentation	<ul style="list-style-type: none"> • Formation médicale continue; • Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens; • Autre stratégie : bibliothèque virtuelle d'outils de promotion de saines habitudes de vie disponible aux cliniciens.
<i>Counseling</i> sur l'abandon du tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> • Formation médicale continue; • Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens; • Interventions visant directement le patient; • Interventions de masse à l'aide des médias; • Système de rappel visant les cliniciens; • Leaders d'opinion locaux.
<i>Counseling</i> sur la consommation d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens; • Équipes d'amélioration de la qualité des soins¹³; • Interventions visant directement le patient.
<i>Counseling</i> sur la pratique régulière d'activité physique	<ul style="list-style-type: none"> • Formation médicale continue; • Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens; • Interventions visant directement le patient; • Interventions de masse à l'aide des médias; • Autre stratégie : bibliothèque virtuelle d'outils de promotion de saines habitudes de vie disponible aux cliniciens.

⁹ Les stratégies identifiées dans les tableaux 5 à 7 sont décrites plus en détail dans le document suivant : Provost et al., 2007. L'intégration des pratiques cliniques préventives - Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature, disponible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-04.pdf>. Les stratégies identifiées dans le tableau 8 sont, quant à elles, décrites plus en détail dans le document suivant : INSPQ, 2009. Plan québécois de promotion de la vaccination, disponible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1051_PlanPromoVacc.pdf.

¹⁰ Ces trois dépistages sont inscrits au PNSP (MSSS, 2008b) ainsi qu'au PAR du Bas-Saint-Laurent 2010-2015 (ASSS du Bas-Saint-Laurent, 2011). Comme le dépistage du cancer colorectal fait actuellement l'objet de projets pilotes dans la province (auxquels participe un seul des CSSS du Bas-Saint-Laurent), et qu'il ne figure pas encore au PNSP ni au PAR, il apparaît prématuré d'aborder ici les stratégies mises de l'avant pour son intégration dans notre région.

¹¹ Leaders d'opinion locaux : « Cliniciens considérés par leurs collègues comme des professionnels respectés, des communicateurs efficaces et des personnes qui exercent un pouvoir d'influence sur leurs pairs (Oxman et al., cités par Provost et al., 2007, p. 35) ».

¹² Ces quatre pratiques de *counseling* sont inscrites au PNSP (MSSS, 2008) ainsi qu'au PAR du Bas-Saint-Laurent 2010-2015 (ASSS du Bas-Saint-Laurent, 2011).

¹³ Ces équipes multidisciplinaires proviennent du milieu même où l'on souhaite implanter une ou des PCP ciblées, et visent notamment à diminuer les barrières à l'intégration de celles-ci par les cliniciens.

TABLEAU 7

Efforts consentis pour favoriser la prescription d'aides pharmacologiques aux fumeurs bas-laurentiens

Médicaments préventifs ¹⁴	Stratégies utilisées
Prescription d'aides pharmacologiques aux fumeurs	<ul style="list-style-type: none"> Formation médicale continue; Interventions visant directement le patient.

TABLEAU 8

Efforts consentis pour favoriser le recours à certains vaccins au Bas-Saint-Laurent

Vaccination	Stratégies utilisées		
	Favoriser l'offre	Favoriser la demande	Favoriser l'accessibilité
Pneumocoque et l'influenza (populations vulnérables)	<ul style="list-style-type: none"> Campagne de promotion de la vaccination avec outils à l'intention des vaccinateurs Offre du vaccin contre l'influenza et le pneumocoque lors de la même visite, lorsque pertinent Rétroaction aux CSSS de leur capacité à couvrir la population ciblée par la vaccination contre l'influenza 	<ul style="list-style-type: none"> Campagne de promotion de la vaccination visant notamment les clientèles cibles Sensibilisation aux médecins et pharmaciens pour qu'ils rappellent aux patients visés de se faire vacciner 	<ul style="list-style-type: none"> Accès au vaccin dans certains milieux de vie (CHSLD, résidence privée) Vaccination disponible sur des plages horaires élargies et variées Vaccin offert gratuitement aux clientèles ciblées par la vaccination
Influenza (travailleurs de la santé)	<ul style="list-style-type: none"> Campagne de promotion de la vaccination avec outils à l'intention des vaccinateurs Rétroaction aux CSSS de leur capacité à couvrir la population cible 	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion d'information sur la vaccination directement aux professionnels de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Vaccination disponible gratuitement Vaccin disponible durant différents quarts de travail, à même les milieux de pratique
VPH (jeunes filles)	<ul style="list-style-type: none"> Campagne provinciale de promotion de la vaccination s'adressant aux parents et aux jeunes filles et appliquée par les infirmières scolaires Offre de vaccination par certaines infirmières scolaires aux jeunes filles encore éligibles à l'entrée au CÉGEP Offre de vaccination par les cliniques de planning aux jeunes filles encore éligibles Offre de vaccination par certaines cliniques de santé des voyageurs 	<ul style="list-style-type: none"> Distribution, dans les CLSC, les bureaux de médecins et les pharmacies, d'une brochure d'information et de promotion de la vaccination pour la population hors scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> Accès gratuit à la vaccination dans divers milieux (scolaire, CLSC et cliniques de planning); Pour les clientèles non éligibles au vaccin gratuit, offre par certains CLSC du vaccin Cervarix, moins dispendieux que le Gardasil

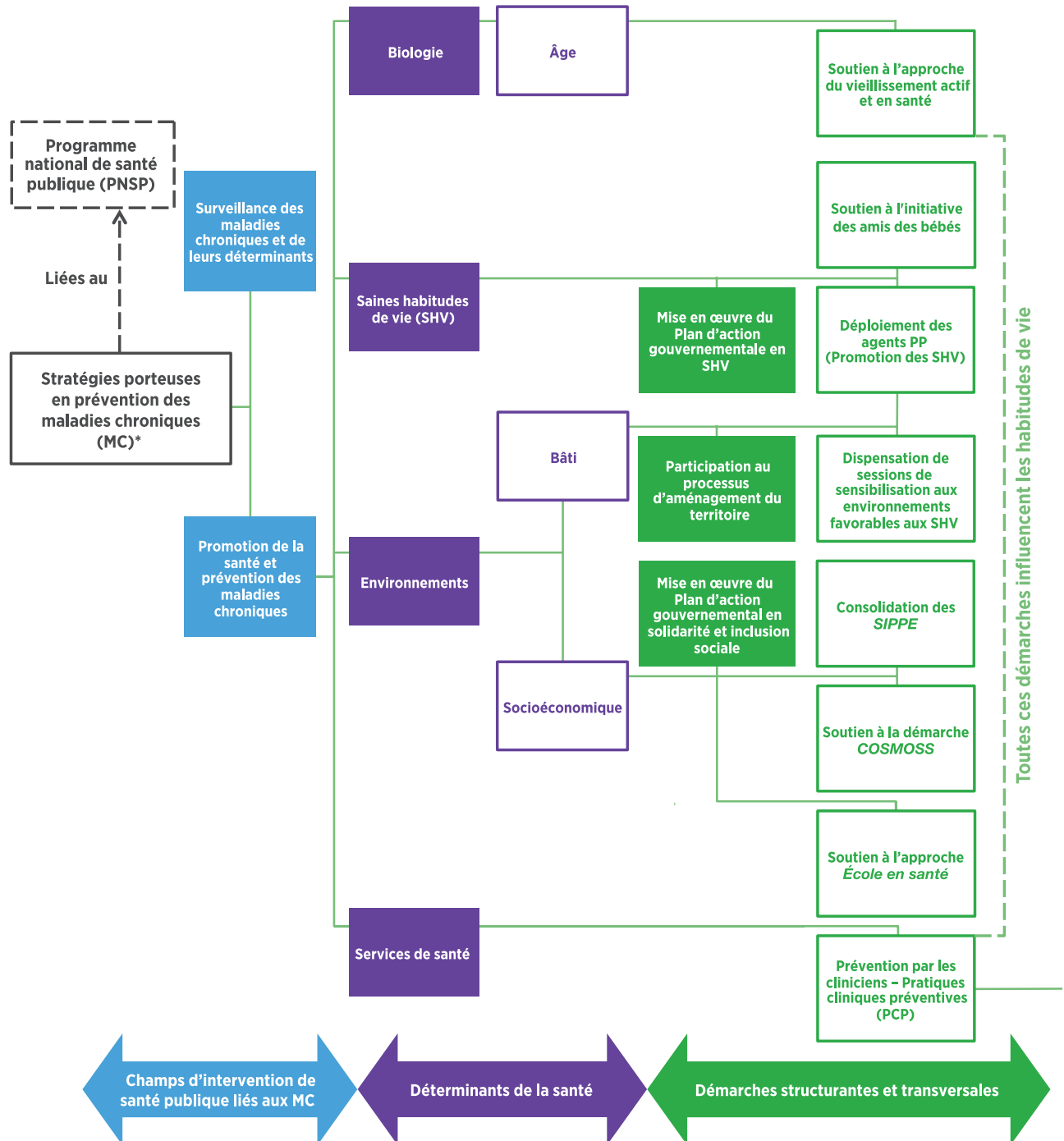
On constate donc que **plusieurs stratégies** impliquant de nombreux acteurs clés **sont mises de l'avant dans la région pour favoriser l'intégration des PCP, dont le déploiement récent des agents de promotion et de prévention dans les CSSS, la contribution des professionnels des équipes de maladies chroniques des CSSS et plusieurs autres acteurs nommés précédemment.** Notons qu'un éventuel dossier médical électronique pourrait faciliter l'intégration de l'ensemble des PCP dans la région, notamment par des rappels automatisés aux cliniciens lorsqu'ils reçoivent des clientèles ciblées par une PCP ou en facilitant le partage d'information sur l'ensemble des actes préventifs entre différents professionnels de la santé.

¹⁴ Cette PCP n'est pas incluse au PNSP (MSSS, 2008b) ni au PAR du Bas-Saint-Laurent 2010-2015 (ASSS du Bas-Saint-Laurent, 2011). Il s'agit néanmoins d'une intervention préventive démontrée efficace (CAN-ADAPPT, 2012, cité par l'ASSS de Montréal et CMQ, 2014).

3.5 SYNTHÈSE DES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE LIÉES AUX MALADIES CHRONIQUES

La figure 7 présente une synthèse des stratégies mises en place en santé publique pour promouvoir les saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques au Bas-Saint-Laurent.

FIGURE 7



* Le présent schéma ne représente pas une liste exhaustive des actions et des stratégies de santé publique

Environnement sans fumée

- Promotion et prévention dans les écoles, les milieux de travail et les lieux publics;
- Soutien aux partenaires pour favoriser la cessation tabagique;
- Promotion des campagnes de sensibilisation sociétales.

Mode de vie physiquement actif

- Promotion de l'activité physique chez les 50 ans et plus (programme *Viactive*);
- Promotion des déplacements actifs des familles (programme *À pied, à vélo, Ville active*);
- Amélioration de l'accès aux infrastructures récréatives et sportives pour tous.

Saine alimentation

- Soutien à l'allaitement chez les nourrissons;
- Soutiens aux initiatives de saine alimentation chez :
 - ✓ Les jeunes en CPE et à l'école (programmes *À nos marmites : 1, 2, 3... santé!* et *Pour un virage santé à l'école*);
 - ✓ Les aînés en CHSLD;
 - ✓ Les plus défavorisés (projet *Mangez mieux*);
 - ✓ Les travailleurs et la clientèle fréquentant les établissements de santé et de services sociaux.

Consommation d'alcool

- Coordination du programme *Alcochoix* dans la région;
- Participation à la mise en œuvre du projet *I.M.P.A.C.T.* chez les jeunes.

- Dépistage des maladies chroniques;
- Counseling en saines habitudes de vie;
- Vaccination (influenza, pneumocoque, VPH);
- Aides pharmacologiques à la cessation tabagique.

Quelques actions concrètes au Bas-Saint-Laurent



CONCLUSION

Ce rapport du directeur de santé publique avait pour objectif de faire un portrait des maladies chroniques au Bas-Saint-Laurent, de présenter leurs principaux déterminants et facteurs de risque et d'identifier les actions préventives pertinentes qui sont réalisées ou qui auraient avantage à être consolidées. Il met en lumière l'ampleur de la problématique des maladies chroniques, de par leur fréquence relativement élevée au sein de la population, ainsi que la morbidité et la mortalité importantes qu'elles entraînent par rapport à d'autres maladies. Lorsqu'on supprime l'influence de l'âge sur les statistiques, on observe que le taux d'incidence de plusieurs de ces maladies est relativement stable dans la région et que le taux de mortalité diminue, particulièrement pour les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire. Par contre, il demeure impératif d'intervenir pour limiter la survenue des maladies chroniques, puisque le vieillissement rapide de la population bas-laurentienne favorise une augmentation du nombre absolu de cas et de décès et qu'il existe des actions efficaces pour prévenir plusieurs d'entre elles.

En effet, le vieillissement de la population bas-laurentienne se fait plus rapidement que dans le reste de la province, la proportion de personnes âgées prenant de plus en plus d'importance par rapport à celle des groupes plus jeunes. Ce phénomène a pour conséquence d'augmenter le nombre de personnes qui souffrent et décèdent de maladies chroniques dans la région, exerçant une pression importante sur tout le réseau de la santé et des services sociaux. De plus, si l'âge est un facteur de risque que l'on ne peut influencer directement, une approche basée sur un vieillissement en santé, suggérant des actions de promotion et de prévention sur les autres déterminants de la santé en visant plus particulièrement les personnes âgées, nous apparaît importante. Par ailleurs, la santé publique, de concert avec ses partenaires, peut également favoriser des habitudes de vie, des environnements et des services de santé préventifs favorables à la santé au sein des autres groupes d'âge, contribuant ainsi à prévenir la survenue de maladies chroniques encore plus en amont, chez les jeunes, les adultes et donc, les futures personnes âgées.

Ainsi, il nous semble incontournable de continuer à agir en promotion de la santé et en prévention des maladies chroniques dans la région, sachant de surcroît que la fréquence de plusieurs facteurs de risque demeure relativement élevée (tabagisme, faible consommation de fruits et légumes, faible potentiel piétonnier en milieu urbain, etc.) et que certains facteurs de protection pourraient être davantage favorisés (niveau d'éducation, revenu, soutien émotionnel et informel, etc.). Nous souhaitons donc encourager la poursuite des activités déjà en cours touchant la prévention du tabagisme, la promotion de la saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et d'une consommation d'alcool tout au plus modérée, et ce, chez tous les groupes d'âge. Nous souhaitons également poursuivre et consolider les actions visant à promouvoir un environnement bâti propice aux saines habitudes de vie et un contexte socioéconomique offrant les conditions nécessaires à un épanouissement individuel et collectif en santé. Enfin, il nous apparaît important de poursuivre les efforts d'implantation des pratiques cliniques préventives identifiées dans le présent rapport, en cohérence avec une approche à plusieurs niveaux, pour agir non seulement sur le plan populationnel en promotion de la santé et en prévention des maladies, mais également sur le plan individuel par des actions sur les principaux facteurs de risque modifiables des maladies chroniques.

Pour contribuer davantage à prévenir les maladies chroniques dans la région, l'action intersectorielle, notamment favorisée par la démarche *COSMOSS*, demeure une pierre d'assise des interventions de santé publique. De plus, il apparaît particulièrement important que tous les acteurs de santé publique et leurs partenaires poursuivent un certain nombre d'engagements :

Pour favoriser un vieillissement en santé :

- Étendre d'une façon plus systématique l'approche axée sur le vieillissement en santé dans la région;
- Soutenir l'approche *École en santé*.

Pour favoriser les saines habitudes de vie :

- Soutenir et consolider l'implication et les rôles populationnels et individuels joués par les agents de promotion et de prévention dans tous les CSSS, en complémentarité avec les activités de concertation déjà en place dans la région.

Pour favoriser des environnements physique et socioéconomique favorables à la santé :

- Développer de nouvelles stratégies pour influencer les décideurs quant à l'aménagement du territoire, plus précisément quant à l'environnement bâti;
- Optimiser l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité;
- Soutenir les actions visant à prévenir le décrochage scolaire et à favoriser l'intégration socioprofessionnelle, notamment par la démarche *COSMOSS*.

Pour intégrer davantage d'activités préventives au sein des services de santé :

- Intensifier l'intégration des PCP par un plus grand soutien aux milieux cliniques, de la formation et des stratégies novatrices telles que l'implantation d'un dossier médical électronique permettant notamment l'identification des clientèles visées par les PCP et des rappels aux cliniciens à ce sujet.

L'ACTION INTERSECTORIELLE DEMEURE UNE PIERRE D'ASSISE EN PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

RÉFÉRENCES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (ASSS) DU BAS-ST-LAURENT. 2011. Plan d'action régional de santé publique: Gardons le cas sur la santé, 2010-2015, Bas-St-Laurent. Rimouski. 44 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Publications/2011/PAR_Sante_publique.pdf (consulté le 14 janvier 2014).

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (ASSS) DE MONTRÉAL et Collège des médecins du Québec. 2014. EMP 2014. Montréal, 42 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <https://www.cmq.org/fr/RSSFeeds/-/media/Files/Guides/EMP-2014.pdf> (consulté le 15 janvier 2014).

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). Qu'est-ce qui détermine la santé? [En ligne]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php> (consulté le 14 janvier 2014).

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). 2010. Six types de maladie cardiovasculaire. [En ligne]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/mcv-cvd-fra.php> (consulté le 17 janvier 2014).

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). 2013a. Cancer colorectal. [En ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cancer/cancer_colorectal-colorectal_cancer-fra.php (consulté le 17 janvier 2014).

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). 2013b. Cancer de la prostate. [En ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cancer/cancer_prostate-prostate_cancer-fra.php (consulté le 17 janvier 2014).

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). 2013c. Que faut-il savoir au sujet du cancer du sein. [En ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cancer/cancer_sein_sujet-breast_cancer_about-fra.php (consulté le 17 janvier 2014).

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). 2013d. Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) [En ligne]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/crd-mrc/mpoc-copd-fra.php> (consulté le 17 janvier 2014).

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (ACSP). Quels sont les facteurs de prévention des problèmes d'alcool et de drogue? [En ligne]. <http://www.cpha.ca/fr/portals/substance/prevention/faq03.aspx> (consulté le 14 janvier 2014).

ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA. 2012a. Maladies de A-Z : Influenza (la grippe saisonnière). [En ligne]. http://www.lung.ca/diseases-maladies/a-z/flu-grippe/index_f.php (consulté le 17 janvier 2014).

ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA. 2012b. MPOC. [En ligne]. http://www.poumon.ca/diseases-maladies/copd-mpoc_f.php (consulté le 17 janvier 2014).

BEAUCAGE C., et Y Bonnier-Viger. 1996. Épidémiologie appliquée : une invitation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé. Boucherville : Gaëtan Morin Editeur Ltée, 550 pages.

BONIN, L., A. Tourigny, A. Chamberland, J. Rochon et L. Cardinal, 2012. Pour un vieillissement en santé au Bas-Saint-Laurent : Ensemble pour renforcer nos actions collectives. Présentation PowerPoint. Rimouski. 24 octobre 2012.

CARDINAL, L., M.-C. Langlois, D. Gagné, A. Tourigny. 2008. Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf (consulté le 15 janvier 2014).

CECCHINI, M., F. Sassi, J.A. Lauer, Y.Y. Lee, V. Guajardo-Barron et D. Chisholm. 2010. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity : health effects and cost-effectiveness, The Lancet, Volume 376, publication 9754, pages 1775-1784. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.who.int/choice/publications/Obesity_Lancet.pdf (consulté le 17 janvier).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). 2010. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 : état de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux. Québec : Commissaire à la santé et au Bien-être, 132 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf (consulté le 14 janvier 2014).

DEPARTMENT OF HEALTH. 2005. Supporting People with Long Term Conditions : An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration, Gouvernement du Royaume-Uni, 44 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4122574.pdf (consulté le 17 janvier 2014).

ELFORD RW, HL MacMillan, et CN Wathen en collaboration avec le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. 2001. Counseling for Risky Health Habits : A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners. CTFPHC Technical Report #01-7. London, ON : Canadian Task Force, 22 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2012/09/Counseling_TR.pdf?0136ff (consulté le 15 janvier 2014).

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, 2013. Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} décembre 2013. Éditeur officiel du Québec. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html (consulté le 16 janvier 2014).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), 2008. Évolution de la mortalité pour le cancer du sein depuis l'implantation du programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Québec : Institut national de santé publique du Québec, 14 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/885_EvalMortaliCancerSein.pdf (consulté le 16 janvier 2014).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), 2009. Plan québécois de promotion de la vaccination. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 76 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1051_PlanPromoVacc.pdf (consulté le 15 janvier 2014).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), 2010a. La consommation d'alcool et la santé publique au Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 100 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087_alcooletsantepublique.pdf (consulté le 17 janvier 2014).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), 2010b. L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 98 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108_ImpactEnvironBati.pdf (consulté le 14 janvier 2014).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), 2011a. Portrait de l'environnement bâti et de l'environnement des services : Région sociosanitaire (RSS) du Bas-Saint-Laurent. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 71 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1523_PortEnvBatiEnvServicesRSSBasStLaurent.pdf (consulté le 15 janvier 2014).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), 2011b. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 40 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf (consulté le 14 janvier 2014).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), 2013. Les infections au virus du papillome humain (VPH) et le portrait des cancers associés à ces infections au Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 105 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1709_InfecVPHPortrCancersAssolInfecQc.pdf (consulté le 15 janvier 2014).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), 2008a. Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. Québec : Institut de la statistique du Québec, 4 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200803.pdf> (consulté le 17 janvier 2014).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), 2008b. Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : analyse des données régionales, Recueil statistique. Québec : Institut de la statistique du Québec, 877 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_EnqueteQCSanteRA_2008H00F00.pdf (consulté le 16 janvier 2014).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), 2008c. Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2008. Québec : Institut de la statistique du Québec, 58 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB1670FR_Influenza2008A00F00.pdf (consulté le 15 janvier 2014).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), 2009. Maladies Chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales. Québec : Institut de la statistique du Québec, 8 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200901.pdf> (consulté le 17 janvier 2014).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), 2013a. Bulletin statistique régional : Édition 2013. Québec : Institut de la statistique du Québec, 58 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01608FR_RA01_2013A00F00.pdf (consulté le 17 janvier 2014).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), 2013b. Produit intérieur brut aux prix de base et revenu disponible des ménages par habitant, régions administratives et ensemble du Québec, 2008-2012. Québec : Institut de la statistique du Québec, 58 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/comp_interreg/tableaux/pib_revenu_hab.htm (consulté le 17 janvier 2017).

KRUEGER, h. & Associates Inc. 2008. Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada, Toronto, Groupe d'action pour la prévention primaire du Partenariat canadien contre le cancer, 73 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/3.2.1.4-FR-Status-Report-on-Cancer-Prevention.pdf> (consulté le 17 janvier 2014).

LEE, I-Min, E.J. Shiroma, F. Lobelo, P. Puska, S.N. Blair et P.T. Katzmarzyk. 2012. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide : an analysis of burden of disease and life expectancy, *The Lancet*, Volume 380, publication 9838, pages 219-229. Aussi disponible en ligne à l'adresse [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61031-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61031-9/abstract) (consulté le 17 janvier 2014).

LAFRAMBOISE, F. et J. Mimeault. 2008. Les défis de la chronicité : le suivi clinique intégré et intensifié de clientèles cibles – Rapport final du projet d'intervention. CSSS des sommets, Sainte-Agathe, 56 pages.

LALONDE M. 1974. Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens. Ottawa. 82 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 1996. Programme québécois de dépistage du cancer du sein : cadre de référence. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 67 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_005.pdf (consulté le 14 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2004a. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 61 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf> (consulté le 14 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2004b. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : résumé du cadre de référence. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 28 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-01.pdf> (consulté le 15 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2006a. La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 21 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-02.pdf> (consulté le 14 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2006b. Investir pour l'avenir: Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids - 2006-2012. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 50 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-08W.pdf> (consulté le 15 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2007. Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec : Riches de tous nos enfants. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 162 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf> (consulté le 15 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2008a. Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire : Mise à jour 2008. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 37 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf> (consulté le 16 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2008b. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 103 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf> (consulté le 14 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2011. Pour guider l'action : portrait de santé du Québec et de ses régions, les statistiques. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 351 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-03W.pdf> (consulté le 15 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2012a. Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 28 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-942-01F.pdf> (consulté le 17 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2012b. Pour une vision commune des environnements favorables : À la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 24 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-03.pdf> (consulté le 17 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2013. Protocole d'immunisation du Québec. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 505 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf (consulté le 15 janvier 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2014. Dépistage du cancer colorectal. [En ligne]. <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdccr/> (consulté le 14 janvier 2014).

NATIONAL PUBLIC HEALTH PARTNERSHIP (NPHP), 2001. Preventing Chronic Disease : A Strategic Framework – Background Paper. Australie : National public health partnership, 58 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://www.nphp.gov.au/publications/strategies/chrondis-bgpaper.pdf> (consulté le 17 janvier 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 1986. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève, 6 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf (consulté le 15 janvier 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 1999. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 25 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf (consulté le 14 janvier 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2002. Rapport sur la santé dans le Monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève : Organisation mondiale de la santé, 233 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://www.who.int/whr/2002/fr/> (consulté le 17 janvier 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2003. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé – Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. [En ligne]. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/summary/fr/> (consulté le 17 janvier 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2010. Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 232 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf (consulté le 15 janvier 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2011. Renforcement des capacités et services de santé publique en Europe : cadre d'action. Genève : Organisation mondiale de la santé, 35 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/147915/wd10F_StrengtheningPublicHealthCapacities_111349.pdf (consulté le 17 janvier 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2013. Tabagisme. [En ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/> (consulté le 17 janvier 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2014a. Obésité et surpoids. [En ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html> (consulté le 15 janvier 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2014b. Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé. [En ligne]. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/ (consulté le 15 janvier 2014).

PROVOST M-H., L. Cardinal, L. Moreault, et R. Pineault. 2007. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 168 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-04.pdf> (consulté le 14 janvier 2014).

SANTÉ CANADA. 2011a. Le tabagisme et votre corps – Effets de la cigarette sur la santé. [En ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/index-fra.php> (consulté le 17 janvier 2014).

SANTÉ CANADA. 2011b. Le tabagisme et l'accident vasculaire cérébral. [En ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/label-etiquette/stroke-avc-fra.php> (consulté le 17 janvier 2014).

SHAH, C., 2003. Public health and preventive medicine in Canada. 5th Ed. Toronto: Elsevier Saunders, 595 pages.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Statistique Canada, Agence de la santé publique du Canada et les Registres provinciaux et territoriaux du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2013 – Sujet particulier : le cancer du foie. Toronto : Société canadienne du cancer 120 pages. Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.cancer.ca/-/media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/canadian-cancer-statistics-2013_FR.pdf (consulté le 17 janvier 2014).

U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. 2004. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Aussi disponible en ligne à l'adresse http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/complete_report/index.htm (consulté le 17 janvier 2014).

GLOSSAIRE

CIM-9, CIM-10 et CIM-O-3 : Classification internationale des maladies. La CIM-9 est uniquement utilisée pour classifier les décès survenus avant l'année 2000. Les hospitalisations et les décès survenus à partir de 2000 sont, quant à eux, classifiés en fonction de la CIM-10. La CIM-O-3 est exclusivement réservée aux nouveaux cas de cancer.

Connexité du réseau routier : Mesure du nombre d'intersections au kilomètre carré (km²) (adapté d'INSPQ, 2011a).

Counseling : Processus de communication centré sur le patient et ciblé sur un problème ou des objectifs de santé qui peuvent comprendre un ensemble d'activités telles que : évaluer les connaissances et les motivations, fournir de l'information, conseiller de modifier un comportement inapproprié, renforcer un comportement souhaitable et suivre les progrès accomplis (traduction libre d'Elford et al., 2001).

Densité résidentielle : Compacité du développement résidentiel dans un secteur donné. Cette compacité s'exprime en termes de nombre de logements résidentiels par kilomètre carré (adapté d'INSPQ, 2011a).

Dépistage : Intervention qui vise à détecter et à traiter une maladie précocement, avant que les signes et symptômes n'apparaissent, ce qui améliore la prise en charge et l'évolution de celle-ci (adapté de Shah, 2003).

Déterminants de la santé : Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent [de façon favorable ou défavorable] l'état de santé des individus ou des populations (OMS, 1999).

Différence statistiquement significative (+) (-) (signification statistique) : Lorsque la différence entre le taux du Bas-Saint-Laurent et celui du reste de la province est décrite comme étant statistiquement significative, cette différence présente une très faible probabilité d'être due au hasard. Par exemple, au seuil de signification statistique de 5 %, une différence observée risque d'être due au hasard une fois sur 20 (inspiré de Beaucage et Bonnier-Viger, 1996).

Embonpoint : Indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25 et inférieur à 30 (OMS, 2014).

Environnement : Ensemble des éléments qui entourent un être vivant (MSSS, 2012).

Environnement bâti : Éléments de l'environnement physique qui sont construits par l'homme (INSPQ, 2010).

Facteurs de protection : Facteurs qui contribuent à réduire la probabilité qu'une personne développe un problème d'alcool ou de drogue; ils peuvent aussi stimuler sa capacité d'adaptation au stress et aux difficultés personnelles (ACSP, 2014).

Facteur de risque : Situation sociale ou économique, état biologique, comportement ou environnement qui est lié, éventuellement par une relation de cause à effet, à une vulnérabilité accrue à une maladie, à des problèmes de santé ou à des traumatismes déterminés (OMS, 1999).

Habitudes de vie : Façons de vivre qui reposent sur des types définissables de comportements qui sont déterminés par les relations réciproques entre les caractéristiques personnelles d'un individu, les relations sociales et les conditions de vie socioéconomiques et environnementales (adapté d'OMS, 1999).

Indice de masse corporelle (IMC) : Mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer l'embonpoint et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m² (OMS, 2014).

Inégalités en santé : Évitable injustices en matière de santé relevées au sein d'un même pays ou entre différents pays. [...] Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient (OMS, 2014b).

Insécurité alimentaire : Difficulté dans l'accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive permettant de satisfaire ses besoins énergétiques et ses préférences alimentaires pour mener une vie saine et active (adapté de MSSS, 2008a).

Maladie chronique : Affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement (source ISQ, 2009). Dans le présent rapport, nous référons plus précisément aux cancers, aux maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire en parlant des maladies chroniques.

Mixité des usages : Indicateur qui rend compte de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité d'un secteur donné. Lorsqu'on retrouve une concentration variée d'usages (résidentiels, commerciaux, institutionnels ou même industriels), on dit de ce secteur qu'il a une diversification importante. Lorsqu'on retrouve une concentration d'usages exclusivement résidentiels, par exemple, on dit de ce secteur qu'il se caractérise par une spécialisation importante (adapté d'INSPQ, 2011a).

Obésité : Indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 (OMS, 2014).

Potentiel piétonnier : Se calcule à partir de la densité résidentielle, de la mixité des usages et de la connexité de réseau routier et renseigne sur le potentiel d'un secteur donné à favoriser les déplacements actifs (adapté d'INSPQ, 2011a).

Pratiques cliniques préventives (PCP) : Interventions préventives réalisées par un professionnel de la santé auprès d'un patient qui incluent le dépistage, le counseling en matière de santé, la prescription de certains médicaments qui jouent un rôle en prévention (chimio prophylaxie) et la vaccination (adapté de MSSS, 2007).

Prévention des maladies : Mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences (OMS, 1999).

Promotion de la santé : Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (OMS, 1999).

Responsabilité populationnelle : Vise à assumer l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population et en agissant en amont, sur les déterminants de la santé (Bonin et al., 2012).

Revenu disponible des ménages : Il s'agit de la somme de tous les revenus reçus par les ménages résidant dans un territoire donné moins les transferts courants versés par ceux-ci à certains secteurs institutionnels (ex. : impôts sur le revenu et les cotisations aux régimes d'assurance sociale) (ISQ 2013a et ISQ, 2013b).

Santé publique : Science et art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société (OMS, 1999).

Sentiment d'appartenance à sa communauté : Sentiment perçu par un individu quant aux liens qui l'unissent à sa communauté (adapté de Statistique Canada, ESCC, cycle 2009-2010).

Soutien émotionnel et informel : Capacité d'obtenir de l'écoute, des conseils ou des renseignements en temps de crise, ou lorsque le besoin de se confier ou de parler à quelqu'un se présente (adapté de Statistique Canada, ESCC, cycle 2009-2010).

Surplus pondéral : Accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé (OMS, 2014).

Taux ajusté pour l'âge (ajustement) : Taux d'incidence, de mortalité ou d'hospitalisation soumis à des techniques permettant d'éliminer l'effet de la structure d'âge dans la population d'intérêt, de manière à en faciliter la comparaison avec d'autres populations présentant des structures d'âge différentes (autres régions, ensemble de la province) (Inspiré de Beaucage et Bonnier-Viger, 1996).

Taux de chômage : Nombre de chômeurs, exprimé en pourcentage de la population active de 15 ans et plus (ISQ 2013a et ISQ, 2013b).

Taux d'emploi : Nombre de personnes actives sur le marché du travail, exprimé en pourcentage de la population de 15 ans et plus (ISQ 2013a et ISQ, 2013b).

Taux d'hospitalisation : Taux d'incidence des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon le diagnostic principal (cancer, maladies de l'appareil circulatoire ou maladies de l'appareil respiratoire) dans une population (adapté de MSSS, 2011).

Taux d'incidence : Rapport entre le nombre de nouveaux cas d'une maladie survenus sur une période donnée et la population totale lors de cette période. Ce nombre de cas est généralement présenté sur 100 000 personnes-année (adapté de Beaucage et Bonnier-Viger, 1996).

Taux de mortalité : Taux d'incidence des décès secondaires à une maladie donnée dans une population (adapté de Beaucage et Bonnier-Viger, 1996).



288, rue Pierre-Saindon, bureau 115
 Rimouski (Québec) G5L 9A8
 Téléphone : 418 724-5231
 Télécopieur : 418 723-1597
 www.agencessbsl.gouv.qc.ca

Agence de la santé
 et des services sociaux
 du Bas-Saint-Laurent

Québec

