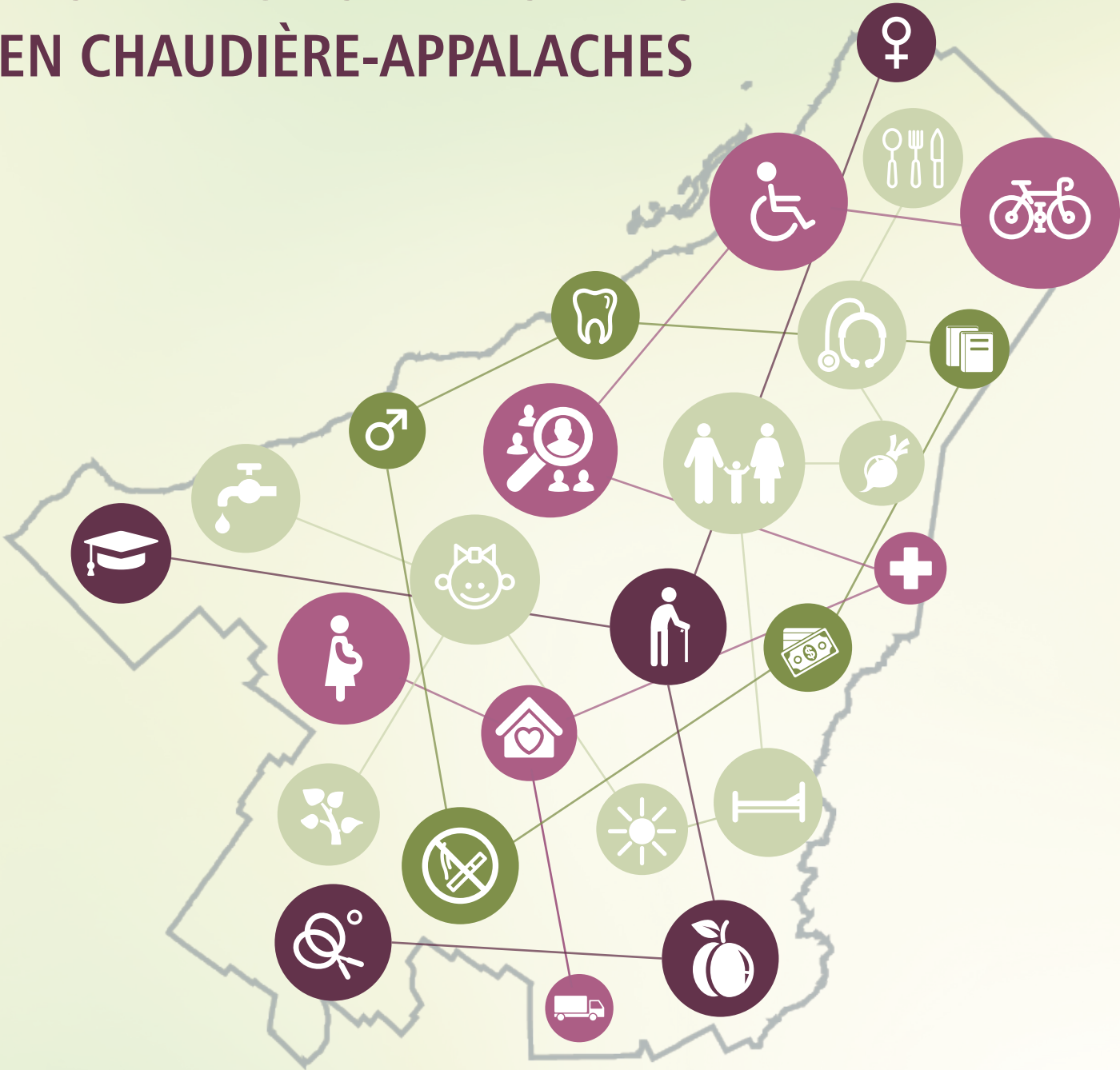


# DES AVANCÉES ET DES DÉFIS EN CHAUDIÈRE-APPALACHES



Pour une région en santé

Ce portrait de santé est rédigé par l'équipe de Surveillance de l'état de santé de la population  
Direction de santé publique

Rédaction :

Annie Bourassa, agente de planification, de programmation et de recherche

Odette Laplante, médecin-conseil

Lucie Roy, agente de planification, de programmation et de recherche

Sylvie Veilleux, technicienne en recherche psychosociale

Sous la direction de :

Philippe Lessard, directeur de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Révision et mise en page :

Sophie Veilleux, agente administrative

*Des avancées et des défis en Chaudière-Appalaches : Pour une région en santé* est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, dont voici les coordonnées :

363, route Cameron

Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : [www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca).

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN 978-2-89548-826-2 (version électronique)

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

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2015



## LISTE DES COLLABORATEURS

Ce portrait de santé de la région est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes du CISSS de Chaudière-Appalaches. Merci à tous pour votre disponibilité et votre ouverture à fournir commentaires et données, qui ont facilité la compréhension des réalités vécues par la population de la région et des territoires qui la composent.

Un merci particulier est adressé à plusieurs professionnels du CISSS de Chaudière-Appalaches :

- Marie-Josée Asselin, agente de planification, de programmation et de recherche
- Denis Astell, agent de planification, de programmation et de recherche
- Catherine Aubut, médecin résident
- Lise Bélanger, médecin-conseil
- Amélie Boutin, technicienne en communication
- Isabelle Brisson, agente de planification, de programmation et de recherche
- Pierre Deshaies, médecin-conseil
- Édith Dumont, agente de planification, de programmation et de recherche
- Andrée Fafard, agente de planification, de programmation et de recherche
- Christian Fortin, dentiste-conseil
- Brigitte Fournier, médecin-conseil
- Rodrigue Gallagher, agent de planification, de programmation et de recherche
- Sophie Garant, agente de planification, de programmation et de recherche
- Marie-France Labbé, agente de planification, de programmation et de recherche
- Julie Lambert, adjointe au directeur de santé publique, des services en maladies infectieuses, en santé et en environnement
- Marie Noële Lavoie, coordonnatrice des services de promotion de la santé et prévention
- François Léveillé, technicien en recherche psychosociale
- Anne Pilote, agente de planification, de programmation et de recherche
- Diane Morin, médecin-conseil
- Pier-Anne Paquet-Gagnon, agente de planification, de programmation et de recherche
- Louise Paré, médecin-conseil
- Liliana Romero, médecin résident
- Fanie Roy, agente de planification, de programmation et de recherche
- Pierre Savard, coordonnateur des services en santé au travail
- Édith St-Hilaire, agente de planification, de programmation et de recherche
- Brigitte Tardif, agente de planification, de programmation et de recherche

Enfin, le docteur Philippe Lessard, directeur de santé publique du CISSS de Chaudière-Appalaches, pour avoir orienté et soutenu la démarche.



# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES COLLABORATEURS .....	I
TABLE DES MATIÈRES .....	I
LISTE DES FIGURES .....	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES .....	V
AVANT-PROPOS .....	VII
RÉSUMÉ.....	IX
<i>Cinq grands constats</i> .....	IX
<i>Des investissements rentables à tout âge</i> .....	X
<i>Des défis</i> .....	XI
INTRODUCTION .....	XIII
<b>CHAPITRE 1 : CINQ GRANDS CONSTATS .....</b>	<b>1</b>
<b>Premier constat : Une démographie en évolution, autour de « deux régions en une ».....</b>	<b>1</b>
<i>Quelques défis</i> .....	3
<b>Deuxième constat : Près de deux fois plus d'âinés que de jeunes d'ici 2035, alors que c'était le contraire il y a 20 ans ...</b>	<b>4</b>
<i>Quelques défis</i> .....	5
<b>Troisième constat : Ajouter des années à la vie ne suffit pas, il faut aussi ajouter de la santé aux années.....</b>	<b>6</b>
<i>Quand espérance de vie n'équivaut pas à espérance de vie en santé</i> .....	6
<i>Des avancées : moins de risque de mourir jeune qu'il y a 25 ans</i> .....	7
<i>Quelques défis</i> .....	8
<b>Quatrième constat : Les inégalités sociales et économiques rendent malade et font mourir, mais sont évitables.....</b>	<b>9</b>
<i>La défavorisation matérielle</i> .....	10
<i>La défavorisation sociale</i> .....	10
<i>Quelques défis</i> .....	11
<b>Cinquième constat : Une évolution constante du contexte de vie qui appelle à la vigilance .....</b>	<b>12</b>
<i>La santé influencée par l'environnement</i> .....	12
Boire une eau de qualité .....	12
Respirer de l'air de qualité.....	12
Vivre des conséquences de changements climatiques.....	13
<i>Les maladies infectieuses : une recrudescence de certaines maladies</i> .....	14
<i>Autres problèmes sociaux et de santé en évolution</i> .....	14
<i>Quelques défis</i> .....	15
<b>CHAPITRE 2 : DES INVESTISSEMENTS RENTABLES À TOUT ÂGE POUR NAÎTRE, GRANDIR, VIVRE, TRAVAILLER ET VIEILLIR EN SANTÉ .....</b>	<b>17</b>
<b>Les tout-petits : Donner les meilleures chances de réaliser leur plein potentiel .....</b>	<b>18</b>
<i>Des problèmes sociaux et de santé qui peuvent être évités</i> .....	18
<i>Des conditions de vulnérabilité évitables</i> .....	20
Des risques reliés au contexte de vie des parents.....	20
Protéger par l'allaitement .....	21
Protéger par la vaccination.....	22
<i>Quelques défis</i> .....	22

<b>Les jeunes : Soutenir le développement de leur plein potentiel dans des environnements qui favorisent la santé et la réussite éducative .....</b>	<b>23</b>
<i>Des problèmes sociaux et de santé qui peuvent être évités.....</i>	24
<i>Des problèmes évitables en favorisant le développement optimal des jeunes.....</i>	25
Des modes de vie qui auront des impacts tout au cours de leur vie .....	25
Un milieu scolaire qui favorise le développement et la réussite scolaire .....	26
Un milieu de travail sain et sécuritaire qui tient compte du manque d'expérience des jeunes .....	27
Un réseau social positif sur lequel compter.....	27
<i>Quelques défis .....</i>	28
<b>Les adultes : Développer des milieux sains et sécuritaires, pour soutenir des modes de vie favorables la santé et le bien-être.....</b>	<b>29</b>
<i>Des problèmes sociaux et de santé qui peuvent être évités.....</i>	29
Des décès évitables .....	29
Plus de décès par accident de véhicules à moteur et par suicide, malgré les avancées.....	30
Plus de journées d'hospitalisation chez les jeunes adultes.....	31
Des problèmes de santé mentale qui ont de multiples répercussions .....	31
Des conditions évitables qui augmentent le risque de maladies chroniques .....	32
Les problèmes de santé reliés au travail.....	32
<i>Des conditions adaptées pour bien affronter les défis de la vie.....</i>	34
Des environnements de vie et au travail pour protéger et favoriser la santé .....	34
Des modes de vie sains .....	34
Faire face aux périodes de changement dans la vie.....	35
Se protéger et protéger les autres par la vaccination contre la grippe et l'infection grave à pneumocoque .....	36
<i>Quelques défis .....</i>	36
<b>Les aînés : Favoriser la qualité de vie, réduire la perte d'autonomie, briser l'isolement et faciliter l'adaptation aux transitions de vie .....</b>	<b>37</b>
<i>Des problèmes sociaux et de santé et des incapacités qui peuvent être évités.....</i>	38
Des incapacités et pertes d'autonomie souvent évitables.....	40
Les chutes chez les aînés : la région se démarque défavorablement .....	40
Des conditions à risque qui multiplient les problèmes de santé et leurs conséquences.....	41
Les infections nosocomiales : un fardeau évitable.....	41
La santé buccodentaire des aînés affecte bien plus que leur bouche .....	41
<i>Viellir chez soi et ajouter de la santé et de la vie aux années pour vieillir en santé.....</i>	42
Les aînés font face à de grands défis de transitions dans leur vie.....	42
Des modes de vie sains améliorent aussi la santé des aînés.....	42
<i>Quelques défis .....</i>	43
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>
<b>FIGURES COMPLÉMENTAIRES .....</b>	<b>47</b>
<i>Particularités locales .....</i>	47
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>59</b>
<i>Quelques précisions méthodologiques .....</i>	59
Le nombre et les mesures de fréquence.....	59
Les comparaisons statistiques .....	59
Les sources de données .....	60
Les années.....	59
L'évaluation de la précision de la donnée .....	60

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Axes et ordre des territoires .....	2
Figure 2 :	Accroissement de la population de Chaudière-Appalaches .....	2
Figure 3 :	Évolution de la population de Chaudière-Appalaches .....	4
Figure 4 :	Espérance de vie à la naissance et espérance de vie sans incapacité en Chaudière-Appalaches .....	6
Figure 5 :	Comparaison des taux de décès sur une période de 25 ans en Chaudière-Appalaches .....	7
Figure 6 :	Un potentiel de prévention pour réduire le fardeau .....	17
Figure 7 :	Journées d'hospitalisation chez les moins de 18 ans de Chaudière-Appalaches .....	19
Figure 8 :	Enfants vulnérables à la maternelle .....	20
Figure 9 :	Allaitement des bébés suivis en CLSC .....	21
Figure 10 :	Évolution des cas de chlamydia déclarés chez les 15 à 24 ans en Chaudière-Appalaches .....	24
Figure 11 :	Consommation de psychotropes chez les jeunes du secondaire .....	26
Figure 12 :	Répartition des principales causes de décès des 18 à 64 ans en Chaudière-Appalaches .....	30
Figure 13 :	Évolution des taux de décès pour les 18 à 64 ans .....	31
Figure 14 :	Journées d'hospitalisation chez les 18 à 64 ans .....	31
Figure 15 :	Évolution des taux d'incidence des lésions professionnelles pour les travailleurs de 18 à 64 ans qui résident en Chaudière-Appalaches .....	33
Figure 16 :	Évolution des taux d'incidence des problèmes de santé pour les travailleurs de 18 à 64 ans qui résident en Chaudière-Appalaches .....	33
Figure 17 :	Répartition des principales causes de décès des 65 ans et plus en Chaudière-Appalaches .....	38
Figure 18 :	Personnes hospitalisées selon l'âge .....	39
Figure 19 :	Journées d'hospitalisation chez les 65 ans et plus de Chaudière-Appalaches .....	39
Figure 20 :	Évolution des taux de décès attribuables aux chutes pour les 65 ans et plus .....	40
Figure A1 :	Axes et ordre des territoires .....	47
Figure A2 :	Variation quinquennale de population entre 1981-1986 et entre 2006-2011 .....	47
Figure A3 :	Proportions des 0 à 17 ans et des 65 ans et plus par rapport à la population totale .....	47
Figure A4 :	Fécondité .....	48
Figure A5a :	Espérance de vie à la naissance et sans incapacité pour les femmes .....	48
Figure A5b :	Espérance de vie à la naissance et sans incapacité pour les hommes .....	48
Figure A6 :	Revenu moyen après impôt des 15 ans et plus .....	49
Figure A7 :	Population de 15 ans et plus n'ayant pas de certificat, diplôme ou grade .....	49
Figure A8 :	Natalité .....	49
Figure A9 :	Mères à risque de moins de 20 ans ou de 20 ans et plus, mais n'ayant pas 11 ans de scolarité .....	50
Figure A10 :	Enfants vulnérables à la maternelle .....	50
Figure A11 :	Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans .....	50
Figure A12 :	Revenu moyen après impôt des familles (couple avec enfant à la maison) .....	51
Figure A13 :	Revenu moyen après impôt des familles monoparentales .....	51
Figure A14 :	Chlamydia chez les 15 à 24 ans .....	51
Figure A15 :	Mortalité par accident de véhicules à moteur chez les 18 à 64 ans .....	52
Figure A16 :	Prévalence de l'hypertension artérielle chez les 20 à 64 ans .....	52
Figure A17 :	Prévalence du diabète chez les 20 à 64 ans .....	52
Figure A18 :	Hospitalisations par chutes chez les 65 ans et plus .....	53
Figure A19 :	Population âgée de 75 ans et plus et vivant seule .....	53





## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

Acronyme	Nom complet
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – Dixième Révision
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CJCA	Centre jeunesse Chaudière-Appalaches
CLSC	Centre local de services communautaires
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
EQLAV	Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
np	Non présenté
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SARV	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
VPH	Virus du papillome humain
VTT	Véhicule tout-terrain



## AVANT-PROPOS

Notre santé est fortement influencée par notre âge et aussi par notre environnement économique, social et communautaire, par nos modes de vie ainsi que notre bagage familial, tant génétique que social. En fait, le contexte dans lequel les gens naissent, grandissent, étudient, travaillent et vivent conditionne la santé davantage que l'hérédité ou le système de santé[1]. Par ailleurs, la population influence — et peut influencer — aussi son milieu[2]. Le lien étroit entre le contexte de vie et la santé met en lumière l'importance d'en connaître les caractéristiques et de contribuer à soutenir les changements rencontrés dans la vie[3, 4].

Favoriser la santé et le bien-être de la population de la région, c'est offrir les meilleures opportunités à nos enfants de développer leur plein potentiel. Ceci aura un impact tout au cours de leur vie de jeune, d'adulte et d'aîné. C'est aussi se donner une possibilité de réduire la maladie, les blessures et les incapacités. Chaque problème social et de santé évité allège le fardeau de la maladie et celui du système de santé et de services sociaux, représentant autant de soins, de maladies, de souffrances et de coûts directs et indirects épargnés. Ces investissements sont rentables à tout âge, même chez les aînés[5]. Investir « pour » la santé est ainsi un premier gage de performance du système de santé[6].

Ce portrait *Des avancées et des défis en Chaudière-Appalaches* : Pour une région en santé nous ouvre la porte, comme nouvelle entité qu'est le CISSS de Chaudière-Appalaches, pour **mieux connaître la santé de la population afin de mieux répondre à notre mission d'améliorer la santé et le bien-être de nos citoyens**. Il se veut un outil pour les membres de la direction du CISSS de Chaudière-Appalaches et son conseil d'administration, ainsi que pour les gestionnaires, cliniciens et intervenants du réseau de santé et des services sociaux et d'autres secteurs. Il vise à poser un **diagnostic populationnel** pour guider les orientations, renforcer notre action, la rendre encore plus efficace et mieux adaptée aux besoins. Il illustre comment l'accès à la santé inclut l'accès à un environnement et à des conditions de vie qui la favorisent. J'espère aussi qu'il contribuera à mettre en lumière les avancées en santé et bien-être, à identifier des besoins à combler et à susciter des réflexions sur des défis à relever pour produire plus de qualité de vie et réduire les problèmes et souffrances évitables.

La réponse aux besoins régionaux et locaux en matière de prévention, je nous propose de la porter collectivement. Ensemble, nous possédons des leviers pour une action plus forte qui contribue à la fois à la santé et au bien-être et au développement durable de tous les territoires de la région. Ainsi, je convie notre CISSS de Chaudière-Appalaches à placer l'action « pour » la santé au cœur de ses priorités, de celles du réseau qu'il coordonne et de ses collaborations avec les autres secteurs dont les actions influencent la santé et la qualité de vie de la population de la région.



## RÉSUMÉ

Le portrait *Des avancées et des défis en Chaudière-Appalaches : Pour une région en santé* a pour objectif d'illustrer certains problèmes sociaux et de santé évitables et l'influence du contexte et des modes de vie des individus sur la santé. Il a été réalisé dans la foulée des travaux entourant la création du CISSS de Chaudière-Appalaches afin de soutenir les membres de la direction et du conseil d'administration dans leur mission d'améliorer la santé et le bien-être de la population de la région. Il présente cinq grands constats ainsi que des problèmes sociaux et de santé et des facteurs qui influencent la santé à chaque étape du cycle de vie. Il illustre des avancées et soulève des défis.

### **Cinq grands constats**

#### ***Une démographie en évolution, autour de « deux régions en une »***

La croissance de la région de la Chaudière-Appalaches n'est pas homogène. Deux grands axes se dégagent. D'un côté, l'axe de la Chaudière, qui regroupe les MRC des Chutes-de-la-Chaudière, Desjardins, La Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Bellechasse, connaît une croissance de sa population. De l'autre, l'axe des Appalaches qui comprend quatre MRC en décroissance, soit Les Appalaches, Montmagny, L'Islet et Les Etchemins. Les MRC qui se situent à la fois sur ces deux axes, soit Beauce-Sartigan et Robert-Cliche, sont en croissance légère. Ces deux régions en une sont un reflet du développement de la région et conditionnent la santé et le contexte de vie de ses résidents.

#### ***Près de deux fois plus d'aînés que de jeunes d'ici 2035, alors que c'était le contraire il y a 20 ans***

La région de la Chaudière-Appalaches compte, en 2015, autant d'aînés que de jeunes de moins de 18 ans, soit 19 % pour chaque groupe. Il y a moins de 20 ans, environ 2 fois plus de jeunes vivaient dans la région et, si la tendance se maintient, d'ici 20 ans les personnes âgées seront près de 2 fois plus nombreuses que les jeunes; la cohorte d'adultes ne représenterait alors que 52 % de la population comparativement à 63 % il y a 20 ans. Cette transformation démographique est encore plus marquée dans les MRC en décroissance, où les personnes de 65 ans et plus représentent déjà autour du quart de la population.

#### ***Ajouter des années à la vie ne suffit pas, il faut aussi ajouter de la santé aux années***

Une grande avancée : l'espérance de vie a augmenté au cours des dernières années dans la région comme ailleurs au Québec et, par conséquent, le risque de mourir jeune est moindre qu'il y a 25 ans. Les hommes et les femmes qui habitent un territoire en croissance, comme les MRC de l'axe de la Chaudière, ont généralement une espérance de vie sans incapacité plus longue, alors que ceux et celles qui habitent un territoire en décroissance vivent en moyenne près de 14 ans avec une incapacité, soit environ 2 ans de plus que la moyenne régionale de 12 ans. Malgré les avancées, le risque de mourir entre 25 et 44 ans demeure élevé dans la région, surtout en raison de décès par blessures et suicides.

#### ***Les inégalités sociales et économiques rendent malade et font mourir, mais sont évitables***

Le développement démographique non homogène des territoires de la région est reflété par des inégalités sociales, économiques et de santé. La population des territoires de MRC en croissance est généralement plus avantagée matériellement que celle des territoires en décroissance, selon un effet de gradient. Ainsi, les niveaux de revenu et de scolarisation de la population des MRC sont généralement associés au degré de croissance de la population. Par contre, la défavorisation sociale, reflet du soutien social, ne suit pas nécessairement ces axes.

## ***Une évolution constante du contexte de vie qui appelle à la vigilance***

Outre les inégalités, différents problèmes en évolution ou en émergence influencent l'état de santé et font appel à la vigilance. Les quelque 340 réseaux d'eau potable présents en Chaudière-Appalaches amènent des situations de contamination microbiologique et la composition du sol de la région, propice à l'émission de radon ou encore l'exposition à l'amiante dans l'air peuvent être à l'origine de cancers du poumon. L'augmentation des ITSS et le retour de certaines mettent en lumière le risque de relâcher la vigilance et l'adoption de comportements sécuritaires comme le port du condom. Il en est de même pour le diabète de type II qui interpelle nos habitudes de vie ou l'effet des médias sociaux et des nouvelles technologies sur l'intimidation.

## ***Des investissements rentables à tout âge***

Relativement à ces constats, des problèmes sociaux et de santé et certains facteurs qui les influencent sont avancés, démontrant que les investissements sont rentables à tout âge pour naître, grandir, vivre, travailler et vieillir en santé en Chaudière-Appalaches.

### ***Pour un bon départ qui influencera toute la vie***

Le début de la vie est déterminant. Pourtant, certains tout-petits naissent prématurément ou avec un retard de croissance intra-utérin. Durant la petite enfance, certains sont victimes de négligence; d'autres arrivent à la maternelle et sont vulnérables dans leur développement. Agir sur le contexte de vie des parents et favoriser l'allaitement et la vaccination sont des avancées prometteuses pour favoriser la santé des tout-petits. Pourtant, l'allaitement diminue de façon importante dès l'âge de 2 mois. Miser sur les tout-petits représente le meilleur retour sur l'investissement, leur donnant les meilleures chances de réaliser leur plein potentiel tout au long de la vie.

### ***Pour une transition réussie vers la vie adulte***

Certains jeunes de l'âge scolaire sont victimes de négligence et certains démontrent des problèmes d'adaptation sociale comme les troubles de comportement. Par ailleurs, la carie dentaire double entre la maternelle et la deuxième année. Les cas déclarés de chlamydia augmentent : dans les dernières années, près d'un jeune de 15 à 24 ans sur 100 a eu une chlamydia déclarée. On dénombre encore trop peu de jeunes physiquement actifs ou ayant une saine alimentation. Plusieurs consomment cigarettes et autres drogues. Les jeunes sont proportionnellement plus nombreux qu'au Québec à avoir consommé de l'alcool dans la dernière année, à avoir eu au moins un épisode de consommation élevée d'alcool et à commencer à consommer jeune. Le soutien apporté aux parents et aux autres milieux de vie pour la création d'environnements favorables est déterminant pour le développement optimal de tous les jeunes, particulièrement pour ceux qui ont un parcours de vie plus difficile.

### ***Pour une participation active des adultes dans la société***

Les adultes marquent, par leur travail, le développement de la société. Dans ce milieu, les troubles musculosquelettiques et la surdité sont les principales maladies professionnelles déclarées et acceptées par la CSST. Les problèmes d'adaptation et les troubles mentaux représentent aussi une préoccupation majeure, en lien avec les préjugés et la stigmatisation ainsi qu'avec la santé physique. On observe par ailleurs que 80 % des décès des 18 à 24 ans et 50 % des décès de 25 à 44 ans sont attribuables aux blessures et aux suicides; les taux de décès pour ces causes sont plus élevés qu'au Québec. Les habitudes de vie sont à améliorer, et ce, bien avant l'âge adulte : 23 % fument, environ la même proportion a une consommation élevée d'alcool, près de 60 % ne consomment pas assez souvent de fruits et légumes et 65 % ne sont pas suffisamment actifs. Afin de contrer les problèmes sociaux et de santé vécus par les adultes de la région, il importe de développer des milieux sains et sécuritaires, pour soutenir des modes de vie qui favorisent la santé et le bien-être.

## ***Pour un vieillissement en santé***

Près de 80 % des aînés se considèrent en bonne santé. Malgré tout, 80 % souffrent d'un problème de santé chronique et certains vivent des incapacités ou des problèmes de santé qui nécessitent des soins et du soutien. Près de 13 % des 65 à 74 ans de Chaudière-Appalaches déclarent une incapacité modérée ou grave. Cette proportion quintuple chez les personnes de 85 ans et plus. La dépression, la consommation de médicaments, les troubles cognitifs, les chutes et les problèmes d'adaptation sont des préoccupations de plus en plus présentes. Améliorer le mode de vie des aînés est rentable, entre autres, au regard de l'activité physique, de l'alimentation ou de l'hygiène dentaire. Favoriser le vieillissement en santé pour réduire la perte d'autonomie, briser l'isolement et faciliter l'adaptation aux transitions de vie est un gage de succès pour améliorer la qualité de vie des aînés.

## ***Des défis***

Ce portrait soulève des défis d'importance. Il met en lumière pour chacun des grands constats et des groupes d'âge, la nécessité d'établir des dialogues et de travailler de façon concertée avec les communautés et les différents acteurs de la région et de chacun des territoires qui la composent. Il rappelle l'importance de mieux connaître, comprendre et d'exercer une vigilance sur l'évolution des différents problèmes sociaux et de santé vécus en Chaudière-Appalaches ainsi que des facteurs et des changements qui les influencent, afin de mieux guider et adapter l'action aux différentes réalités.

Il propose des pistes pour favoriser le développement de milieux sains et sécuritaires pour tous les groupes d'âge, afin de mieux prévenir les problèmes de santé, détecter tôt et adapter les services de santé aux besoins en tenant compte, notamment, des réalités locales et des besoins des personnes et des groupes qui ont des conditions de vie difficiles, pour mieux répondre de façon intégrée à leurs besoins souvent complexes. La mise en œuvre de chacune de ces pistes devrait être organisée pour qu'elles soient en mesure de réduire les inégalités et ainsi augmenter la performance du réseau face à la santé et au bien-être de la population.





## INTRODUCTION

Le directeur de santé publique est responsable d'informer la population sur l'état de santé et de bien-être de la population de la région, d'éclairer la prise de décision dans le secteur de la santé et des services sociaux et dans les autres secteurs dont les actions influencent la santé, ainsi que de proposer et de promouvoir la mise en place de mesures susceptibles de l'améliorer[7, 8]. De plus, selon la Loi sur la santé publique, certaines mesures visent « à ce que soit effectuée une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés »[9]. Ce document s'inscrit dans cet esprit.

Ce portrait de santé mise sur **l'importance de connaître les populations et d'investir pour développer une région en santé**, et ce, bien avant que les personnes se sentent limitées dans leurs activités par la maladie ou par une incapacité physique, sociale, intellectuelle ou psychologique. Il illustre l'influence du contexte de vie et les **modes de vie** des individus et des groupes.

Ce document nomme **des avancées et des défis en Chaudière-Appalaches**, sans viser l'exhaustivité. Pour ce faire, deux chapitres constituent ce document. Le premier campe cinq grands constats observés dans la région en **dégageant des problèmes sociaux et de santé évitables particulièrement préoccupants** par leurs impacts plus grands sur des groupes de populations vulnérables. Le deuxième chapitre dresse un état de situation de problèmes sociaux et de santé évitables et des facteurs qui les influencent aux différentes étapes de la vie, de la grossesse et la naissance jusqu'en fin de vie. Les données régionales ne sont pas toutes illustrées et les variations locales sont présentées dans les figures complémentaires afin d'alléger la lecture du document. Les précisions méthodologiques sont présentées en annexe.

**Modes de vie** : la santé est influencée par les **modes de vie**, les façons de vivre et d'interagir avec l'environnement physique et social, que ce soit les **habitudes de vie** reliées par exemple à l'alimentation, à la pratique de l'activité physique, à la consommation de psychotropes, à la gestion du stress ou encore par les **comportements** que l'on adopte comme en conduisant un véhicule, envers les pairs, lors de relations sexuelles, etc.



# CHAPITRE 1 : CINQ GRANDS CONSTATS

L'accès à la santé, c'est beaucoup plus que l'accès aux soins et services. Cela inclut des actions pour donner, à tous les individus d'une communauté, accès à « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie »[10].

À cet effet, ce portrait identifie cinq grands constats :

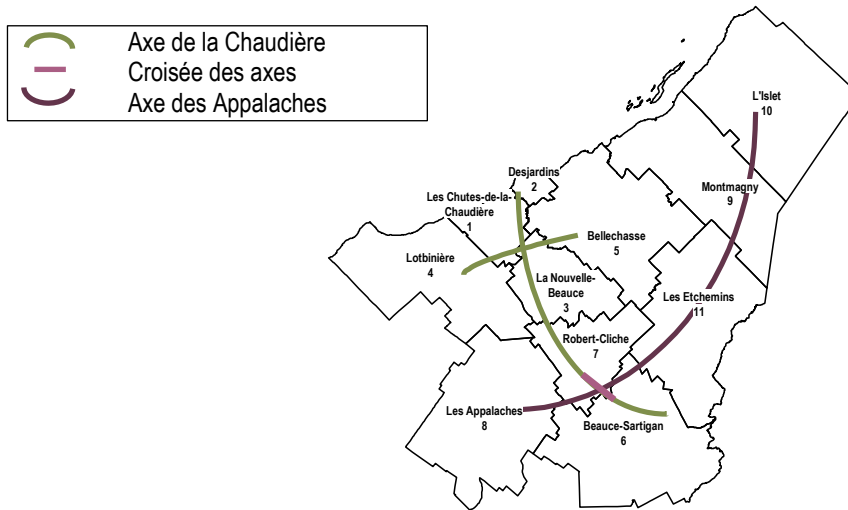
- une démographie en évolution, autour de « deux régions en une »;
- près de 2 fois plus d'aînés que de jeunes d'ici 2035, alors que c'était le contraire il y a 20 ans;
- ajouter des années à la vie ne suffit pas, il faut aussi ajouter de la santé aux années;
- les inégalités sociales et économiques rendent malade et font mourir, mais sont évitables;
- une évolution constante du contexte de vie qui appelle à la vigilance.

## Premier constat : Une démographie en évolution, autour de « deux régions en une »

Une décroissance de population est généralement le reflet d'un faible nombre de nouveaux arrivants, d'une diminution de naissances ainsi que d'une forte migration des jeunes, des familles et des aînés vers les milieux urbains. Elle peut être un symptôme d'une communauté qui éprouve des difficultés à se développer et à freiner le cercle vicieux d'exode des milieux ruraux pour se rapprocher des services et des emplois. Par contre, un accroissement de population rapide laisse présager un tissu social pas entièrement développé, moins prêt à agir comme facteur de protection communautaire pour aider à parer aux coups durs de la vie.

La population de la région a augmenté de façon inégale selon les territoires depuis 1986, reflétant le constat de « deux régions en une », fait lors de la création de la région il y a 25 ans[11]. Deux sous-régions sont présentes : **des territoires en croissance, situés autour de l'embouchure et de la rivière Chaudière** (Les Chutes-de-la-Chaudière, Desjardins, La Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Bellechasse, Beauce-Sartigan et Robert-Cliche) **et ceux qui sont en décroissance situés surtout sur l'axe des Appalaches** (Les Appalaches, Montmagny, L'Islet et Les Etchemins) (Figures 1 et 2). Le profil a évolué en 25 ans, puisque le degré de décroissance a ralenti et s'est même inversé sur quelques territoires, reflet du dynamisme de la région (Figures A1 et A2 à la page 47).

Figure 1 : Axes et ordre des territoires

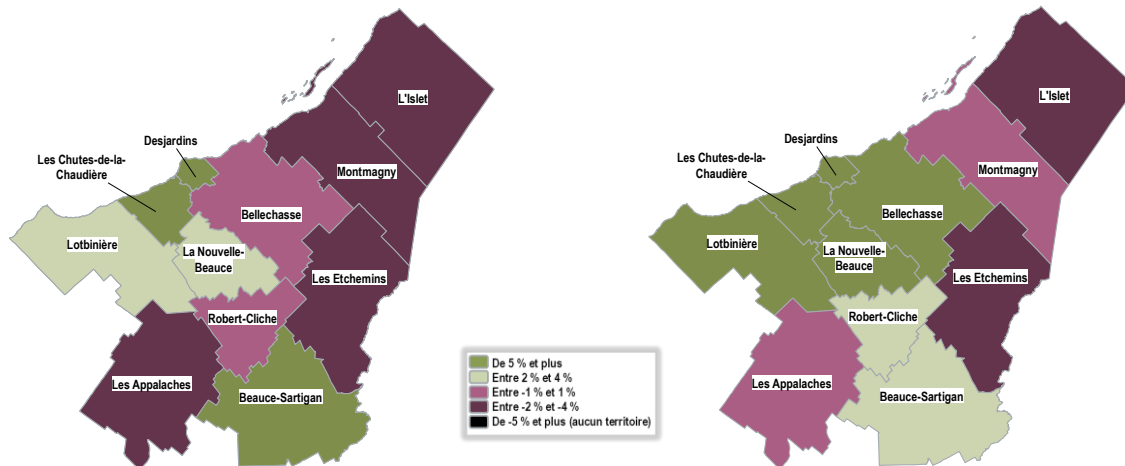


Comme illustrés à la figure 2, les territoires situés dans l'axe de la rivière Chaudière demeurent en croissance de population depuis 25 ans. Cette croissance s'est intensifiée dans les territoires de La Nouvelle-Beauce, Lotbinière et Bellechasse, qui constituent maintenant la « couronne » de la ville de Lévis et s'est ralentie dans le secteur des Chutes-de-la-Chaudière, avec un accroissement maintenant d'environ 7 %, plutôt que de 15 % il y a 25 ans<sup>a</sup>. L'accroissement de la population des territoires de Beauce-Sartigan et de Robert-Cliche (3 %), qui se situent à la croisée des deux axes, est cependant faible. Sur l'axe de la chaîne des Appalaches, la décroissance de population entre les deux derniers recensements se poursuit, mais elle est environ 2 fois moindre qu'il y a 25 ans (Figure A2 à la page 47).

Figure 2 : Accroissement de la population de Chaudière-Appalaches<sup>a</sup>

Entre 1981 et 1986

Entre 2006 et 2011



<sup>a</sup> Source : ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en décembre 2014).

## *Quelques défis*

### **Comprendre les causes et les conséquences et en suivre l'évolution**

Mettre à jour la caractérisation des communautés locales de la région, avec les acteurs concernés du CISSS de Chaudière-Appalaches et des autres secteurs. Ces informations statistiques et qualitatives locales serviraient de base pour adapter les actions aux contextes de vie et aux besoins des communautés de la région.

### **Développer des environnements sains et sécuritaires et mieux prévenir**

Travailler avec les communautés et les acteurs sociaux et économiques concernés, en tenant compte des interactions entre les réalités géographiques, la santé et le développement des différents territoires de la région.

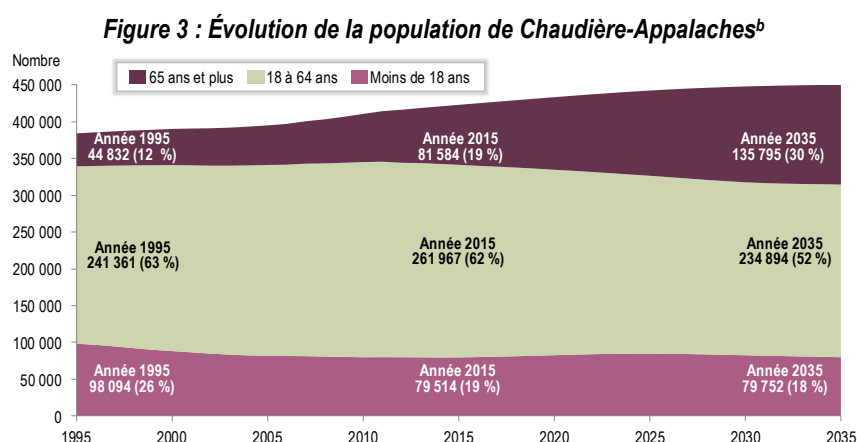
### **Adapter les services de soins et de soutien**

Favoriser, dans la mesure du possible, un accès géographique équitable à des services de proximité, considérant l'effet indirect, mais significatif de cet accès sur la vitalité des milieux.

## Deuxième constat : Près de deux fois plus d'ânés que de jeunes d'ici 2035, alors que c'était le contraire il y a 20 ans

Environ 423 000 personnes vivent en Chaudière-Appalaches en 2015, à peu près autant d'hommes que de femmes. La population de la région devrait augmenter de 6,5 % au cours des 20 prochaines années, passant à près de 450 500 personnes en 2035<sup>b</sup>.

La structure démographique de la région devrait continuer à se modifier considérablement d'ici 2035. Comme au Québec, la génération du *baby-boom* (les personnes nées de 1946 à 1966) commence à quitter le groupe des 18 à 64 ans pour entrer dans celui des 65 ans et plus. Ils représentent la plus grande part de la population et contribueront fortement au vieillissement de la population.



- Si la tendance se maintient, **d'ici 20 ans, les personnes de 65 ans et plus seront près de 2 fois plus nombreuses que les jeunes de moins de 18 ans**. Au contraire, il y a moins de 20 ans, on comptait environ 2 fois plus de jeunes de moins de 18 ans que d'ânés. **Il s'agit d'une inversion des proportions de jeunes et d'ânés sur une période d'à peine 40 ans<sup>b</sup>.**
- En 2015, la proportion des ânés de 65 ans et plus est de 19 % et les moins de 18 ans représentent aussi 19 %. **C'est donc cette année que l'on constate, en Chaudière-Appalaches, autant d'ânés que de jeunes.** Cependant, il y a déjà une plus forte proportion d'ânés que de jeunes sur les territoires de l'axe des Appalaches (24 % à 26 %) ainsi que sur les territoires de Bellechasse et de Desjardins (20 % et 21 %) (Figure A3 à la page 47). Par ailleurs, le taux de fécondité plus faible dans les territoires en décroissance de l'axe des Appalaches et le territoire de Desjardins réduit la croissance de population résultant de naissances (Figure A4 à la page 48).
- Si les projections s'avèrent justes, il y aura dans la région, en 2035, près de 54 000 ânés de plus comparativement à aujourd'hui. Ils représenteront alors près du tiers de la population<sup>b</sup>.

En comparaison à l'ensemble du Québec, la région compte un peu plus d'ânés (19 % comparativement à 18 %), autant de jeunes, mais moins d'adultes (62 % comparativement à 64 %); cela dégage un double enjeu d'une population adulte plus sollicitée pour soutenir les jeunes et les ânés et d'un bassin de main-d'œuvre adulte en proportion plus restreint que dans l'ensemble du Québec. Ces défis sont encore plus grands sur les territoires en décroissance, où la proportion de personnes âgées représente autour du quart de la population (Figure A3 à la page 47).

<sup>b</sup> Source : ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en décembre 2014).

## **Quelques défis**

### **Comprendre les causes et les conséquences et en suivre l'évolution**

La profonde transformation démographique continuera d'avoir un impact tant sur l'utilisation des services sociaux et de santé que sur le développement de la région, d'où l'importance de s'associer avec les populations et les autres acteurs concernés pour comprendre ensemble ce changement complexe et ses implications.

### **Développer des environnements sains et sécuritaires et mieux prévenir**

Les changements des contextes de vie et les influences qu'ils ont sur la qualité de vie et la santé, mettent en lumière l'importance de favoriser le développement des communautés, le vieillissement en santé, le soutien intergénérationnel, le développement optimal des enfants et des jeunes, tout en continuant à ralentir l'exode rural. Il s'agit d'un exemple éloquent de la rencontre des intérêts de santé et de développement.

### **Adapter les services de soins et de soutien**

Soutenir des innovations qui visent à développer une gestion préventive des services avec les médecins, organismes communautaires et autres secteurs concernés, pour éviter que ces changements démographiques soient associés à une augmentation d'incapacités et de problèmes sociaux et de santé évitables.



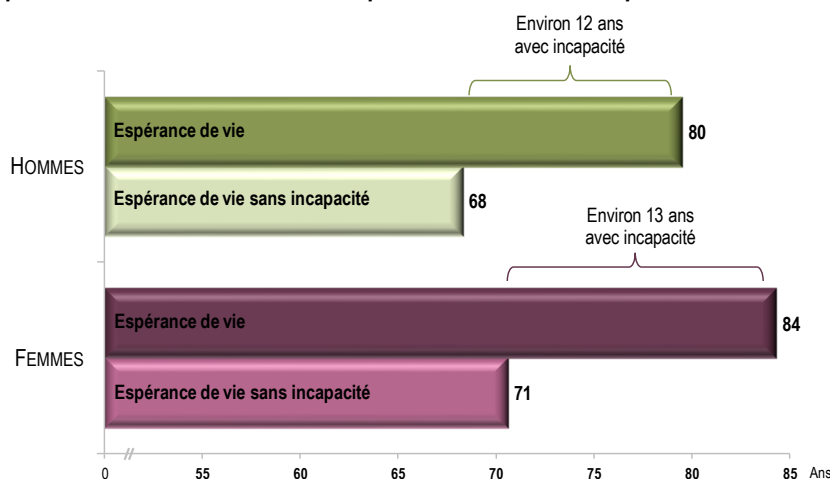
## Troisième constat : Ajouter des années à la vie ne suffit pas, il faut aussi ajouter de la santé aux années

L'espérance de vie moyenne en Occident s'est accrue de plus de 30 ans depuis le début des années 1900. Seulement le quart de ces 30 années de gains, soit 8 ans, serait le résultat d'améliorations du système de soins. Les 22 autres années seraient attribuables aux progrès socioéconomiques, à l'amélioration du contexte de vie et à la prévention, surtout en ce qui a trait aux maladies infectieuses, maladies cardiovasculaires et aux blessures qui tuaient les enfants, les jeunes et les adultes dans la force de l'âge[1]. L'espérance de vie à la naissance continue de croître<sup>c</sup>, mais plus rapidement chez les hommes que chez les femmes depuis quelques décennies, faisant ainsi en sorte que l'écart d'espérance de vie entre les sexes s'amenuise.

### Quand espérance de vie n'équivaut pas à espérance de vie en santé...

L'amélioration de l'espérance de vie n'est cependant pas garante d'une bonne santé au sein de la population puisque les personnes sont susceptibles de vivre en moyenne 12 ans avec des incapacités qui peuvent entraîner une perte d'autonomie plus ou moins grave.

Figure 4 : Espérance de vie à la naissance et espérance de vie sans incapacité en Chaudière-Appalaches<sup>c</sup>



- Les hommes de la région vivent en moyenne 80 ans, soit 1 an de plus que ceux du Québec. Ils sont susceptibles de vivre en moyenne 12 années avec incapacité, soit 2 années de vie de plus sans incapacité que la moyenne des Québécois (Figure A5a à la page 48).
- Les femmes de la région vivent en moyenne 84 ans, soit 1 an de plus que celles du Québec. Elles sont susceptibles de vivre 13 années avec une incapacité, comme pour les hommes, soit 2 ans de plus sans incapacité que la moyenne au Québec (Figure A5b à la page 48).

<sup>c</sup> Source : INSPQ, 2006 et 2007 à 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

Plus précisément :

- les hommes et les femmes de la région qui vivent sur un territoire en croissance démographique ont généralement une meilleure longévité sans incapacité que ceux de la région, alors que **ceux qui vivent sur un territoire en décroissance démographique vivent en moyenne près de 2 ans de plus avec une incapacité** (Figures A5a et A5b à la page 48);
- les hommes qui résident sur un territoire en décroissance vivent environ 3 années de moins sans incapacité que les femmes du même territoire (Figure A5b à la page 48).

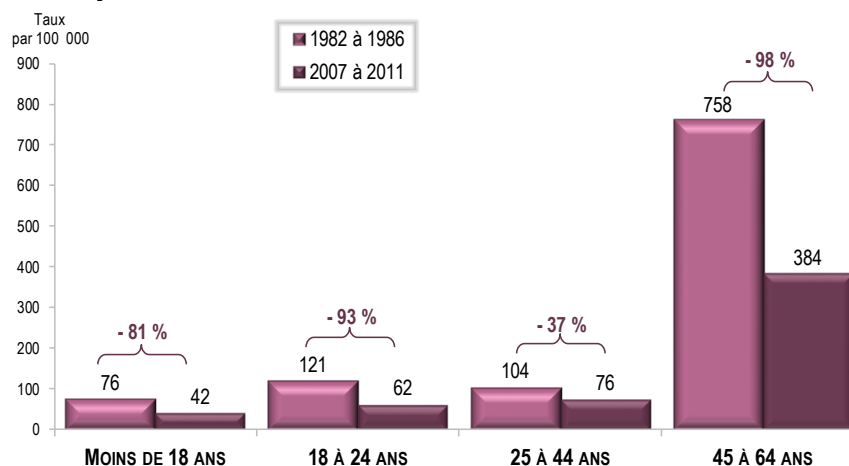
## Des avancées : moins de risque de mourir jeune qu'il y a 25 ans

Les gains récents d'espérance de vie à la naissance sont mesurables, notamment par les taux de décès qui s'améliorent sur une période de 25 années. Ainsi, en comparant le risque de décès de 1982 à 1986 à celui de 2007 à 2011 :

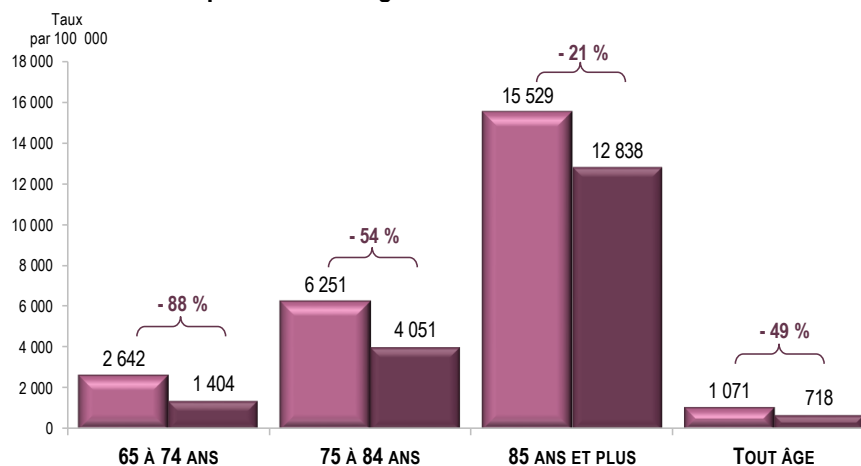
- le risque de décès tous âges confondus est en moyenne **presque 50 % moindre** comparativement à il y a 25 ans dans la région, avec des avancées importantes à chaque étape de la vie;
- le risque de décéder avant 18 ans et entre 18 et 24 ans est presque 2 fois moindre qu'il y a 25 ans (réduction de 81 % et de 93 %). Il en est de même chez les adultes de 45 à 64 ans et les « jeunes aînés » de 65 à 74 ans;
- cependant, **pour les adultes de 25 à 44 ans, le gain n'est que de 37 %, soit 2 fois moins marqué;**
- chez les aînés, les gains sont de 54 % pour les 75 à 84 ans et de 21 % pour les 85 ans et plus, reflet de l'espérance de vie qui s'améliore<sup>d</sup>.

Figure 5 : Comparaison des taux de décès sur une période de 25 ans en Chaudière-Appalaches<sup>d</sup>

### Chez les jeunes et les adultes



### Chez les aînés et pour tous les âges



<sup>d</sup> Source : MSSS, fichier des décès et ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en novembre 2014).

## Quelques défis

### **Comprendre les causes et les conséquences et en suivre l'évolution**

Le premier défi est de s'associer aux autres secteurs pour mieux comprendre les facteurs qui influencent l'espérance de vie sans incapacité des personnes qui vivent sur l'axe des Appalaches comparativement à celles qui vivent sur l'axe de la Chaudière.

Un deuxième défi est de comprendre les facteurs qui font que la réduction du risque de décès chez les adultes de 25 à 44 ans est 2 fois moindre que chez les autres personnes de moins de 75 ans de la région et ainsi, mieux répondre aux besoins des jeunes adultes de la région.

### **Développer des environnements sains et sécuritaires et mieux prévenir**

Afin de mieux prévenir la perte d'autonomie évitable liée aux incapacités, porter une attention particulière aux hommes et aux femmes plus vulnérables, notamment ceux qui habitent sur l'axe des Appalaches et ainsi, ajouter de la santé et de la vie aux années. Ce défi interpelle les acteurs des communautés concernées de toute la région et ceux des différents secteurs, notamment pour développer des milieux de vie et de travail qui favorisent la santé et la sécurité.

### **Adapter les services pour détecter et agir tôt**

Développer une gestion préventive des services pour réduire la durée et la gravité des périodes d'incapacité, en mettant l'accent sur les populations les plus susceptibles de développer des séquelles, en concertation avec les différents acteurs des réseaux locaux.

## Quatrième constat : Les inégalités sociales et économiques rendent malade et font mourir, mais sont évitables

L'environnement social, le soutien du réseau social et le sentiment d'appartenance à une communauté interagissent entre eux à chaque étape de la vie. Il en est de même pour le niveau d'éducation, le revenu, le travail, la qualité du milieu de vie, l'éloignement géographique, le logement ainsi que l'accès aux services. Ils influencent ensemble à la fois **le degré de favorisation ou de défavorisation sociale et la santé** des personnes qui y vivent. **Leur distribution inégale reflète et influence ainsi le degré de défavorisation et contribue à créer des écarts de santé entre les personnes.**

Des « inéquités » de santé, c'est-à-dire **des inégalités injustes**, apparaissent selon un gradient en fonction des revenus, du soutien social et du niveau d'éducation : elles ne s'observent donc pas uniquement entre les personnes les plus riches et les moins fortunées. En d'autres mots, les personnes qui ont un statut économique moins élevé courent un plus grand risque d'être en moins bonne santé que celles qui se situent juste au-dessus dans l'échelle de défavorisation. Le même constat s'applique à la défavorisation sociale et **les effets des deux types de défavorisation, matérielle et sociale, se multiplient (effet de synergie)**. Voici quelques exemples pour en illustrer les effets<sup>e</sup>[12-14] :

- Au Québec, en comparant le taux observé chez les 20 % les moins favorisés **matériellement et socialement** aux 20 % les plus favorisés, on constate chez les moins favorisés :
  - 18 fois plus de grossesses chez les adolescentes;
  - 1,6 fois plus de bébés de poids insuffisant à la naissance;
  - 2,6 fois plus de décès prématurés (avant l'âge de 75 ans); l'excès est dû surtout aux maladies cardiovasculaires, aux cancers et aux traumatismes, soit 3 fois plus chez les hommes et 2 fois plus chez les femmes;
  - un taux de suicide 3,2 fois plus élevé, soit 3 fois plus chez les hommes et 4 fois plus chez les femmes;
  - une espérance de vie plus courte de 4 ans chez les femmes et de 8 ans chez les hommes qui se traduit par un taux d'années potentielles de vie perdues par 100 000 habitants 2,5 fois plus élevé;
  - 8 fois plus de signalements retenus à la DPJ;
  - 1,5 fois plus d'hospitalisations.
- De plus, le taux de caries des enfants des familles aux revenus les plus faibles est 2,5 fois plus élevé que celui des familles aux revenus plus élevés; les familles des travailleurs à faible revenu sont le groupe le plus marginalisé par le système de soins dentaires actuel, avec moins d'accès aux soins dentaires, et un plus grand fardeau de maladies buccodentaires non traitées.
- Dans l'ensemble, ces écarts ne s'amenuisent pas au fil des années, mais tendent plutôt à augmenter, puisque la santé des personnes de milieux favorisés s'améliore plus rapidement que celle des milieux peu favorisés.

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, la population des territoires en croissance, situés sur l'axe de la rivière Chaudière, est généralement plus avantagée matériellement.

<sup>e</sup> À noter que les données présentées portent sur des périodes qui diffèrent d'une source à l'autre, soit 1996-1998, 1997-1998, 1999-2003 ou 2000-2004.

La population des territoires en forte décroissance situés sur l'axe des Appalaches, est davantage défavorisée matériellement. À la croisée des deux axes, la population des territoires de Robert-Cliche et Beauce-Sartigan présente des profils de défavorisation matérielle se rapprochant davantage de la réalité observée pour la population de l'axe des Appalaches que de la réalité de l'axe de la Chaudière. De plus, dans l'ensemble de la région, la défavorisation sociale, qui reflète le degré de soutien social, ne suit pas nécessairement ces axes<sup>f</sup>.

Plusieurs caractéristiques sociales et économiques de la population de la région, composant l'indice de défavorisation, varient selon les deux grands axes dans la région[15]. À titre d'exemple :

### **La défavorisation matérielle**

En 2010, le revenu personnel moyen après impôt en Chaudière-Appalaches se situe à 29 030 \$<sup>g</sup>. Il est inférieur à celui de la moyenne des Québécois. Les personnes de 15 ans et plus habitant la ville de Lévis, qui regroupe les territoires Desjardins et Les Chutes-de-la-Chaudière, possèdent le revenu moyen après impôt le plus élevé de la région. Il est notamment inférieur à la moyenne régionale dans les quatre territoires en décroissance démographique, soit L'Islet, Montmagny, Les Appalaches et Les Etchemins (Figure A6 à la page 49).

Une personne de 15 ans et plus sur 4 n'a pas de diplôme d'études secondaires. C'est dans trois des quatre territoires en décroissance que l'on observe les proportions les plus élevées de personnes sans diplôme et dans la ville de Lévis que la proportion est la plus faible (Figure A7 à la page 49).

### **La défavorisation sociale**

En Chaudière-Appalaches, 61 % des personnes de 15 ans et plus vivent en couple, soit davantage qu'au Québec (56 %). Ainsi, dans la région, 35 % sont mariées et 21 % sont partenaires en union libre. Le veuvage, relativement peu fréquent avant 65 ans, touche davantage les femmes que les hommes<sup>h</sup>. Il s'agit d'un indicateur d'isolement social qui influence fortement la santé.

De plus, 15 % des personnes de 15 ans et plus vivent seules. Ce sont surtout les aînés âgés de 75 ans et plus qui vivent seuls, particulièrement les femmes<sup>h</sup>.

Les inégalités économiques et sociales sont souvent associées à des conditions de vie difficiles comme l'insalubrité du logement, l'insécurité alimentaire, un emploi avec un risque plus élevé de blessures et de maladies d'origine professionnelle ainsi qu'un mode de vie pouvant avoir des effets directs sur la santé. Elles suscitent ainsi **un cumul de facteurs de risque, conjugué à un déficit de facteurs de protection**. Elles ont aussi un effet sur la santé psychologique (estime de soi, dépression, anxiété), que ce soit par le stress chronique associé aux problèmes financiers, à l'exclusion ou à la dévalorisation personnelle. Cela peut également affecter la santé physique et mentale, et ce, indépendamment des comportements et habitudes de vie. En fait, des conditions sociales et économiques difficiles influencent la santé et le risque de vivre avec des incapacités qui, à leur tour, réduisent la capacité à garder un travail ou à s'accomplir dans la société.

Ces « inéquités » sont le reflet d'**enjeux majeurs de performance**, particulièrement pour les personnes dont le parcours de vie est difficile, celles qui cumulent des problèmes sociaux et de santé, d'exclusion, ou qui vivent avec une déficience ou une incapacité dont l'apparition ou les conséquences peuvent être évitées ou réduites. Une des façons les plus efficaces de réduire les inégalités sociales et leurs effets sur la santé est de briser le cercle vicieux de la transmission intergénérationnelle de la défavorisation, pour favoriser le développement des enfants et une bonne scolarisation[16-18]. Agir très tôt dans la vie des enfants permet de changer positivement leurs trajectoires de vie,

<sup>f</sup> Source : INSPQ, indice de défavorisation, 2011.

<sup>g</sup> Le revenu moyen de la région est estimé à partir des revenus moyens des territoires de MRC.

<sup>h</sup> Source : Statistique Canada, recensement 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

entre autres, la persévérance et la réussite scolaire, le taux de criminalité et la santé mentale [18-21]. L'organisation communautaire, la participation citoyenne ainsi que les politiques publiques et initiatives intersectorielles qui favorisent l'équité, l'inclusion et la qualité de vie en s'associant aux personnes qui vivent des situations de pauvreté ou d'exclusion, sont des stratégies démontrées efficaces, en complément de stratégies d'équité d'accès aux services. Cette association contribue, notamment, à augmenter la capacité des personnes et des groupes à influencer leur contexte de vie.

## Quelques défis

### Comprendre les causes et les conséquences et en suivre l'évolution

Des dialogues avec les communautés et les personnes qui vivent une défavorisation matérielle, sociale ou qui combinent les deux types de défavorisation allant jusqu'à l'exclusion, sont essentiels pour mieux comprendre comment s'associer avec eux pour réduire ces « inéquités » évitables. Une compréhension des réalités vécues par ces personnes, groupes et territoires moins favorisés est essentielle pour mieux répondre à leurs besoins.

### Développer des environnements sains et sécuritaires et mieux prévenir

S'associer aux autres acteurs qui détiennent chacun une partie des leviers, pour aborder les défis complexes qui concernent autant les autres secteurs d'activités que le réseau sociosanitaire et soutenir le développement social et économique durable des communautés.

### Détecter et agir tôt

Briser la transmission intergénérationnelle de la pauvreté, de problèmes sociaux et de contextes de vie qui conditionnent les inégalités sociales et de santé dès le jeune âge.

### Adapter les services

Adapter les services au contexte de vie des personnes, notamment celles dont les conditions de vie sont difficiles et qui hésitent souvent à consulter tôt. À cet effet, favoriser la complémentarité avec les organismes qui les soutiennent peut contribuer à améliorer leur santé ou réduire leur incapacité ou handicap. Les instances de concertation régionales et locales sont un outil efficace pour développer une adaptation qui réponde aux différents défis que vivent les personnes et les groupes tout en misant sur les forces des milieux.

Ces « inéquités » de santé et de qualité de vie présentent des **défis majeurs de performance**. À cet effet, une **culture d'équité** appuyée par un **monitorage des modalités d'adaptation**, permettrait de s'assurer que les services contribuent à prévenir, lorsque possible, à répondre à temps aux besoins et à réduire les inégalités de santé et de qualité de vie, plutôt que de risquer de les augmenter involontairement.

## **Cinquième constat : Une évolution constante du contexte de vie qui appelle à la vigilance**

La santé de la population s'est améliorée au cours des dernières décennies. Toutefois, des reculs sont possibles, vu l'évolution constante du contexte de vie, de travail, de production économique et de globalisation des marchés. Cette évolution peut amener des risques biologiques, toxicologiques et environnementaux. Elle amène des changements profonds dans les technologies, les modes de vie et la qualité de vie. Elle peut ainsi susciter la réapparition ou l'apparition de risques et même de menaces pour la santé ou faire émerger de nouveaux facteurs de protection.

### ***La santé influencée par l'environnement***

La population croît, l'industrie développe de nouveaux procédés et matières premières (gaz de schiste, etc.), les villes s'étendent, l'agriculture s'industrialise (industrie porcine, utilisation de pesticides), des projets d'envergure s'implantent (route 112, éoliennes, etc.) et les changements climatiques et leurs impacts s'accroissent (inondations, vagues de chaleur et de froid intense, etc.). Tous ces facteurs conditionnent le contexte de vie et la santé de la population. L'accident ferroviaire de Lac-Mégantic et le déversement de pétrole brut ainsi occasionné dans la rivière Chaudière à l'été 2013 démontrent que des urgences environnementales peuvent également avoir des impacts considérables et persistants sur la vie de communautés entières en un instant. Le bruit environnemental est aussi de plus en plus source de problèmes affectant la santé et le bien-être.

#### ***Boire une eau de qualité***

La majorité de la population de Chaudière-Appalaches est desservie par des réseaux d'eau potable (plus de 340 réseaux), pour lesquels environ 135 situations potentielles de contamination microbiologique ou chimique sont traitées annuellement. Considérant la composante rurale significative de la région, une partie importante de la population est approvisionnée par un puits privé (environ 17 %), proportion plus grande qu'ailleurs au Québec (10 %). La sécurité de cette eau relève du propriétaire du puits, qui croit souvent à tort, qu'une eau limpide et claire sans goût ni odeur est garante d'une absence de contamination.

**La qualité de l'eau, par exemple, par la diminution de la contamination microbienne, réduit les maladies telles les gastroentérites et, par la fluoration, améliore la santé dentaire.** Les contaminations microbiologiques sont liées le plus souvent à des équipements défectueux, vétustes ou à de mauvaises pratiques. Les causes de contaminations chimiques sont, quant à elles, nombreuses. Elles peuvent être liées, à titre d'exemple, aux infrastructures, comme des tuyaux qui libèrent du plomb dans l'eau ou à certains types de sol dans la région qui entraînent des contaminations dites naturelles comme la présence d'arsenic dans l'eau. Par ailleurs, dans les écoles fluorées de la ville de Lévis, il y a 32 % moins d'enfants dépistés à risque élevé de caries. En 1989 et 1990, les enfants de la ville de Montmagny qui offrait une eau fluorée, avaient 68 % moins de caries que ceux de la ville de Saint-Georges où l'eau était non fluorée à l'époque[22]. Selon l'état des connaissances scientifiques actuelles, il est raisonnable de considérer que la fluoration de l'eau potable des municipalités de 5 000 habitants et plus amènerait une diminution de la carie dentaire de l'ordre de 20 % à 40 %[23].

#### ***Respirer de l'air de qualité***

Dans le cadre de la vie quotidienne, 90 % du temps est passé à l'intérieur des bâtiments. Ainsi, lorsque l'air intérieur est contaminé par différentes sources (monoxyde de carbone, moisissures, humidité excessive, amiante, radon, tabac, etc.), les risques d'apparition ou d'aggravation de problèmes de santé augmentent, et ce, particulièrement pour les populations vulnérables, c'est-à-dire les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes souffrant de certaines maladies chroniques. Les contaminants de l'air extérieur (amiante, smog, fumées,

légionelle, poussières, herbe à poux, odeurs, etc.) peuvent aussi influencer la morbidité, la mortalité et la qualité de vie des communautés qui y sont exposées.

La région de la Chaudière-Appalaches présente certaines particularités. À titre d'exemple :

- la région se distingue sur le plan des maladies reliées à l'exposition à l'amiante. Le taux d'incidence du mésothéliome de la plèvre (enveloppe des poumons) est significativement supérieur à ce qui est observé ailleurs au Québec (1,9 fois plus élevé);
- 10 % des cancers du poumon seraient attribuables à une exposition au radon<sup>[24]</sup>. La constitution géologique particulière des sols en Chaudière-Appalaches serait plus propice à l'émission de radon, à l'instar des autres régions constituant les Basses-terres du Saint-Laurent;
- chaque année, environ 30 intoxications au monoxyde de carbone sont déclarées dans la région; elles sont survenues surtout dans le cours des activités courantes à la maison, lors de loisirs ou au travail;
- plus de 40 % des maisons ou logements sont bâtis avant 1971 et environ 7 % des logis nécessitent des réparations majeures<sup>i</sup>. Il s'agit de conditions d'habitation qui peuvent entraîner des problèmes de qualité de l'air intérieur et donc, à risque de causer l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé, principalement de nature respiratoire;
- la santé et la qualité de vie de près de 43 000 citoyens de la région sont altérées par les symptômes d'allergie au pollen de l'herbe à poux<sup>k</sup>. Cette réalité est appelée à s'intensifier en raison de l'allongement de la période de pollinisation relié aux changements climatiques.

### ***Vivre des conséquences de changements climatiques***

Les changements climatiques et les événements météorologiques extrêmes qui en découlent ont des répercussions, parfois directes et parfois indirectes, sur la santé. Par exemple, les vagues de chaleur peuvent aggraver certaines maladies chroniques et augmenter les décès durant l'été. De plus, en période de canicule, la prise de certains médicaments (neuroleptiques/antipsychotiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, anticonvulsivants, inhibiteurs de la cholinestérase, sels de lithium) peut aggraver le syndrome d'épuisement-déshydratation et le coup de chaleur. L'augmentation de la température et la modification du taux d'humidité se répercutent aussi sur la pollution atmosphérique (pollens, ozone, particules en suspension), augmentant ainsi les problèmes de santé liés à la qualité de l'air et favorisant la propagation de maladies infectieuses transmises par les animaux, les insectes et les tiques; la maladie de Lyme est un exemple, quelques cas étant maintenant répertoriés dans notre région ces dernières années. Le risque de maladies liées à la contamination de l'eau est aussi un enjeu de santé publique, compte tenu de la hausse des précipitations et des inondations.

En somme, dans la région comme ailleurs au Québec, les conséquences liées aux changements climatiques se manifestent déjà au sein de la population et elles s'accroîtront dans les prochaines années. Il importe donc d'intensifier l'adaptation par l'instauration d'activités de vigie, de surveillance et d'alerte, et par la mise en place de mesures préventives.

**La qualité de l'air et de l'eau sont des exemples d'avancées à ne pas prendre pour des acquis immuables. Plusieurs maladies et décès reliés à l'environnement sont évitables par des mesures de prévention simples, reconnues efficaces et pour lesquelles la vigilance est de mise.** Ces problèmes peuvent avoir des conséquences plus graves, voire létales s'ils ne sont pas correctement diagnostiqués et adéquatement pris en

<sup>i</sup> Source : MSSS, fichier des tumeurs du Québec 2006 à 2010, données produites par l'Infocentre de santé publique.

<sup>j</sup> Source : Statistique Canada, recensement 2006, données produites par l'Infocentre de santé publique.

<sup>k</sup> Source : ISQ, EQSP 2008, données produites par l'Infocentre de santé publique.



charge et corrigés à la source pour éviter de mettre à risque d'autres personnes. D'ailleurs, plusieurs organisations, dont les municipalités, les MRC, les partenaires d'autres ministères, ont la capacité de contribuer à ces actions de prévention en ciblant l'adaptation des milieux de vie pour qu'ils soient plus sains, sécuritaires et favorables à un développement durable et à la santé.

### ***Les maladies infectieuses : une recrudescence de certaines maladies***

Malgré les immenses avancées, la lutte aux maladies infectieuses n'est jamais terminée. Des maladies ou phénomènes émergents bousculent ces acquis. Des maladies rares ou jusque-là absentes au Québec peuvent, du jour au lendemain, entraîner une menace importante à la santé de la population que ce soit par l'émergence de nouveaux pathogènes, comme le SRAS; par la transformation des aliments à grande échelle, telle que la listériose; par l'apparition de nouvelles souches résistantes aux antimicrobiens, par exemple le SARV; par la baisse des couvertures vaccinales telles que la rougeole; par la venue de phénomènes sociaux et l'adoption de comportement à risque, comme les ITSS; par le réchauffement du climat tel que les zoonoses; et enfin par la grande mobilité des populations comme l'Ébola.

Le retour des ITSS met en lumière les risques de relâcher la vigilance sur l'adoption de comportements sécuritaires, comme le port du condom. Ainsi, la syphilis, qui avait presque disparu pendant plusieurs années, atteint maintenant des femmes en âge de procréer, rendant ainsi bien réelles la menace de syphilis congénitale et ses conséquences catastrophiques sur le bébé. On observe aussi une résistance aux antibiotiques de certaines infections, comme la gonorrhée, contribuant à des échecs au traitement et à la propagation accrue de la maladie. **Le succès dans le contrôle de la transmission des infections et de maladies évitables par la vaccination réitère l'importance de miser sur des stratégies qui sont reconnues efficaces comme de s'assurer d'une bonne couverture vaccinale.**

### ***Autres problèmes sociaux et de santé en évolution***

Certains problèmes sociaux et de santé, notamment des maladies chroniques comme le diabète de type II, surviennent de plus en plus tôt dans la vie. De plus, le contexte de vie évolue rapidement sur d'autres fronts, que ce soit l'effet des médias sociaux et de nouvelles technologies, les changements industriels et de produits de consommation, le changement d'habitudes de vie et les nouvelles configurations des familles ou d'émergence de nouvelles dépendances. L'effervescence des médias sociaux lors de certaines situations d'intimidation et de suicide en est un exemple. Le contexte de vie sociale, économique et physique en évolution rapide influence la santé de façon souvent imprévue, particulièrement pour ceux dont les conditions de vie sont plus difficiles ou qui vivent avec une incapacité.

L'importance de surveiller et d'exercer une vigie s'applique à tous les problèmes sociaux et de santé en évolution ou en émergence, aux facteurs qui les influencent positivement ou négativement et aux groupes qui y sont exposés. Cette vigilance permettra, notamment, de guider l'adaptation des environnements de vie et de travail pour qu'ils favorisent et évitent de nuire à la santé de toute la population.

## Quelques défis

### Comprendre les causes et les conséquences et exercer une vigie

Développer la capacité de détecter et prédire l'évolution et l'émergence de problèmes sociaux et de santé ainsi que des facteurs qui les influencent. À cet effet, compléter la collecte d'informations et l'analyse des données disponibles par des dialogues avec la population et les autres acteurs concernés, pour voir venir et comprendre les effets des changements de l'environnement physique, infectieux, social, économique et technologique et des modes de vie.

### Développer des environnements sains et sécuritaires et mieux prévenir

S'associer avec les autres secteurs et les communautés pour :

- sensibiliser la population sur les pratiques d'entretien de leurs puits et les comportements sécuritaires à adopter lorsque la qualité de leur eau est incertaine; promouvoir un bon accès aux services de contrôle de qualité et à des actions pour favoriser et améliorer le contenu et la qualité de l'eau;
- offrir des services de vaccination et de dépistage des ITSS et en améliorer l'accessibilité. Soutenir aussi l'éducation à la sexualité et rendre disponible le matériel de prévention (ex : condoms, seringues propres);
- protéger les groupes plus vulnérables des effets nocifs des environnements et des contextes de vie en évolution.

### Détecter et agir tôt

Avec les médecins, pharmaciens et autres acteurs du réseau, assurer une détection, un signalement ou une déclaration de cas de problèmes sociaux ou de santé reliés ou soupçonnés de l'être, par exemple :

- des problèmes reliés à la qualité de l'eau, afin de favoriser une analyse et correction à la source en temps opportun;
- des maladies à déclaration obligatoire, en émergence ou qui semblent affecter un groupe différent, afin d'appliquer les mesures de prévention et de contrôle reconnues efficaces, dont le traitement préventif des contacts;
- des problèmes sociaux et de santé qui affectent de nouveaux groupes ou qui sont soupçonnés d'être associés à des risques en émergence;
- des problèmes sociaux et de santé reliés au cumul de risques auxquels font face ceux qui vivent un contexte de défavorisation matérielle, sociale ou d'exclusion, pour favoriser une approche précoce intégrée, mieux adaptée face à des changements susceptibles de les affecter davantage, compte tenu de l'effet de cumul.

### Adapter les services

Les disparités mettant en évidence deux régions en une et l'effet de gradient des inégalités invitent à porter un regard nouveau sur les actions pour améliorer le contexte de vie. Par exemple, la recrudescence des ITSS, notamment parmi des groupes vulnérables qui sont peu enclins à utiliser précocement les services sociaux, de réadaptation et de santé invitent à s'associer à ces groupes avec les organismes qui leur viennent en aide, pour mieux répondre de façon intégrée à leurs besoins souvent complexes.

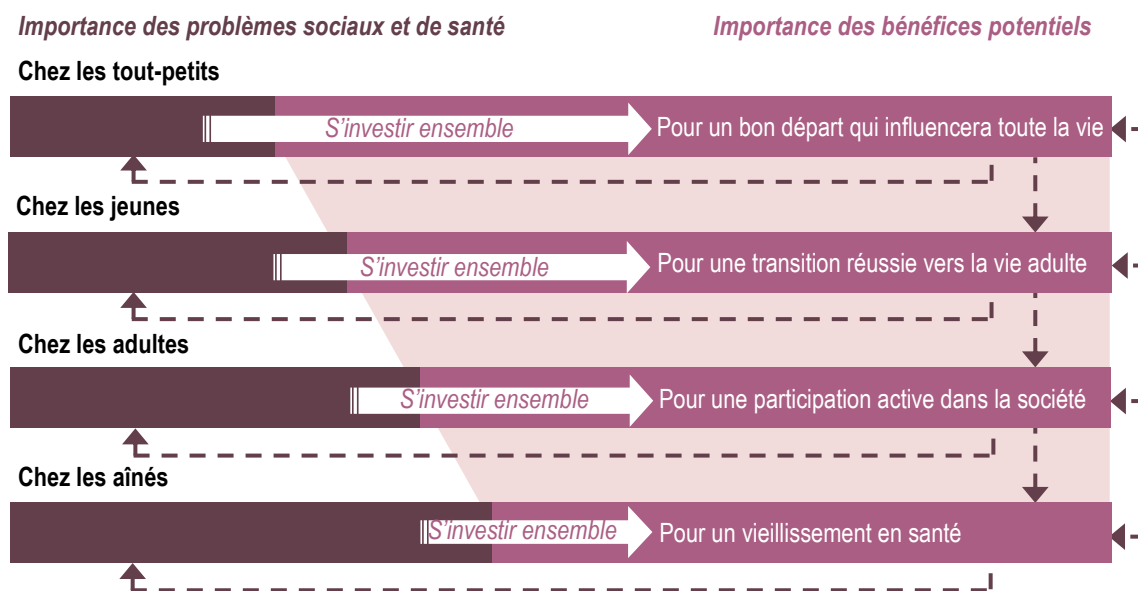


## CHAPITRE 2 : DES INVESTISSEMENTS RENTABLES À TOUT ÂGE POUR NAÎTRE, GRANDIR, VIVRE, TRAVAILLER ET VIEILLIR EN SANTÉ

Les jeunes d'aujourd'hui sont la première génération dont l'espérance de vie risque d'être plus courte que celle de leurs parents, notamment à cause de l'augmentation du diabète et de l'obésité tôt dans la vie[25]. Il est non seulement possible, mais nécessaire et rentable de prévenir les maladies, de prévenir les décès précoces et d'améliorer la santé. Des actions peuvent porter fruit à tout âge, même si le meilleur retour sur l'investissement se situe chez les tout-petits et les jeunes, qui sont à une étape de vie où se forgent plusieurs comportements et habitudes, où se « conditionnent » la santé et le développement.

Ces investissements sont rentables aussi chez les adultes et les aînés, même par une faible réduction de facteurs de risque ou une augmentation de facteurs protecteurs, compte tenu de l'importance, c'est-à-dire la fréquence, la gravité et le coût des problèmes sociaux et de santé évitables.

Figure 6 : Un potentiel de prévention pour réduire le fardeau



Les cinq grands constats et leurs défis, présentés dans le chapitre précédent, s'appliquent à l'ensemble de la population. Ce chapitre illustre des problèmes sociaux et de santé évitables ainsi que des facteurs modifiables qui influencent l'état de santé et de bien-être. Il est divisé en quatre grandes tranches d'âge de population que sont les tout-petits, soit les enfants âgés de moins de 6 ans, les jeunes de 6 à 17 ans, les adultes de 18 à 64 ans et les aînés.

# Les tout-petits : Donner les meilleures chances de réaliser leur plein potentiel

Importance des problèmes sociaux et de santé

Importance des bénéfices potentiels

S'investir ensemble

Pour un bon départ qui influencera toute la vie

Autour de 18 000 familles avec enfants de moins de 6 ans vivent dans la région<sup>l</sup>. Environ 4 600 bébés y naissent chaque année<sup>m</sup>, représentant une fécondité de 1,9 enfant par femme alors qu'un renouvellement naturel de la population, sans immigration, nécessite au moins 2,1 enfants par femme. Les enfants de moins de 6 ans représentent 6,6 % de la population, comparativement à 8,2 % il y a à peine 25 ans<sup>n</sup>.

La petite enfance est une fenêtre unique où le potentiel physique, socioémotionnel et cognitif est malléable. Ainsi, l'activation de certaines connexions dans le cerveau d'un enfant est directement influencée par les opportunités offertes par l'environnement social et familial[26]. **Les tout-petits doivent tous être considérés, comme des trésors.** Les données qui suivent illustrent des défis pour offrir à tous les meilleures chances de développer leur potentiel et d'assurer un bon départ dans la vie.

## Des problèmes sociaux et de santé qui peuvent être évités

La période précédant la naissance et les premières années de vie sont cruciales pour favoriser un développement optimal tant physique que psychosocial.

Dès la naissance, des enfants sont déjà vulnérables : dans la région, environ 325 nouveaux-nés par année ont un retard de croissance intra-utérin et près de 310 sont prématurés<sup>m</sup>. D'autres naissent avec ou développent une déficience ou une incapacité, les mettant à risque de divers problèmes de santé et de développement.

### Des modes de vie sains et sécuritaires de la mère qui réduisent le risque pour le bébé :

- ayant un petit poids à la naissance et une prématurité;
- exposé à des infections maternelles (syphilis, rubéole, etc.);
- exposé à des produits nocifs (tabac, alcool, drogues, médicaments);
- ayant des problèmes d'attachement et d'alimentation et d'un système immunitaire non optimal.

### Des milieux sains et sécuritaires de la travailleuse enceinte ou qui allaite, pour réduire :

- le nombre de bébés prématurés;
- le retard de croissance intra-utérin.

### Des milieux sains et sécuritaires à la maison, en services de garde, dans les loisirs pour réduire :

- les maladies contagieuses;
- les maladies respiratoires (fumée de tabac);
- la carie de la petite enfance;
- les blessures (chute, brûlure, etc.);
- les expositions à des contaminants.

### Un soutien aux familles pour aider à réduire :

- la négligence, les abus physiques et psychologiques et leurs conséquences;
- la violence familiale et ses conséquences;
- les enfants victimes du syndrome du bébé secoué;
- les retards de développement (motricité, langage, social, intellectuel).

### Le repérage précoce et le dépistage pour identifier :

- des maladies métaboliques (ex. : phénylcétonurie);
- la surdité;
- les problèmes de développement.

### La vaccination pour protéger contre :

- les maladies comme diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, HiB, rougeole, rubéole, oreillons, rotavirus, varicelle, influenza, méningites à méningocoque (méningite) infections invasives graves et infections respiratoires sévères, hépatite B, infection pour le VPH.

<sup>l</sup> Source : Statistique Canada, recensement 2006.

<sup>m</sup> Source : MSSS, fichier des naissances 2007-2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

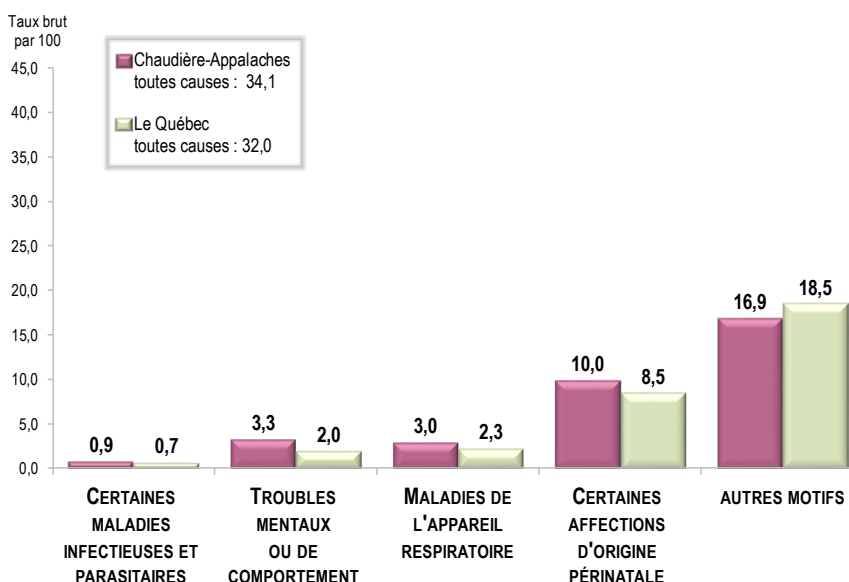
<sup>n</sup> Source : ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en décembre 2014).

Les territoires en décroissance présentent généralement les taux de natalité parmi les plus faibles de la région et les proportions de naissances de mères de moins de 20 ans ou qui n'ont pas complété 11 années de scolarité, les plus élevées (Figures A8 et A9 aux pages 49 et 50). La proportion d'enfants qui entament leur vie dans un contexte plus difficile y est ainsi plus élevée qu'ailleurs dans la région.

Voici d'autres exemples de problèmes sociaux et de santé que vivent les tout-petits de la région :

- trop de décès surviennent chez les tout-petits : en moyenne, 25 décès chez les moins d'un an et un par année chez les enfants de 1 à 4 ans, ce nombre étant habituellement attribuable à un accident<sup>o</sup>;
- on note 34 jours d'hospitalisation par année par 100 enfants de moins de 18 ans<sup>p</sup>, soit 10 % plus que la moyenne du Québec pour les enfants du même âge. Les motifs qui expliquent cet excédent sont certaines maladies infectieuses, les troubles mentaux et du comportement ainsi que certaines affections de la période périnatale<sup>q</sup>;

**Figure 7 : Journées d'hospitalisation chez les moins de 18 ans de Chaudière-Appalaches<sup>q</sup>**



- des conditions de vulnérabilité influencent le développement du jeune ainsi que sa santé physique et mentale. Les enfants qui sont victimes ou témoins de négligence, d'abus ou de violence familiale en gardent souvent des séquelles physiques, sociales et psychologiques. Chaque année, environ 1 200 enfants de moins de 5 ans font l'objet d'un signalement à la DPJ. Parmi ceux-ci, en moyenne 565 signalements sont retenus chaque année, pour des motifs de négligence ou de risque sérieux de négligence dans près de 3 cas sur 4<sup>r</sup>;
- près d'un enfant de la maternelle sur 4 est vulnérable dans au moins un des cinq domaines (Figure 8) qui influencent leur développement et leur réussite scolaire, pouvant ainsi alimenter le cycle de pauvreté. **Ainsi, par année, près de 1 000 enfants de la maternelle sont susceptibles d'être moins bien outillés que les autres pour profiter pleinement de ce que l'école peut leur offrir.** Parmi ceux-ci, près de la moitié (10 % des enfants) sont vulnérables dans au moins deux des cinq domaines<sup>s</sup>.

<sup>o</sup> Source : MSSS, fichier des décès, 2007 à 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

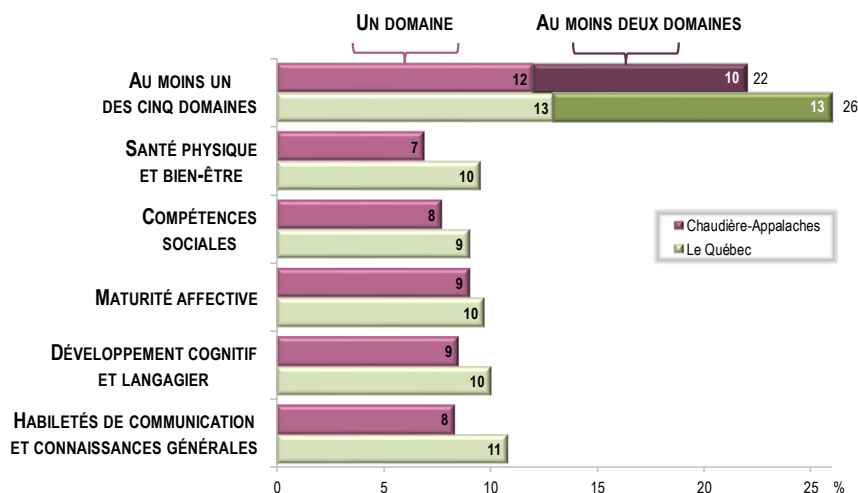
<sup>p</sup> À noter qu'exceptionnellement, les données se rapportent aux moins de 18 ans.

<sup>q</sup> Source : MSSS, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014.

<sup>r</sup> Source : CJCA, fichier de la clientèle, 2010-2011 à 2014-2015.

<sup>s</sup> Source : ISQ, EQDEM 2012, données produites par l'Infocentre de santé publique.

Figure 8 : Enfants vulnérables à la maternelle<sup>1,u</sup>



- La proportion d'enfants de la maternelle à risque dans au moins un domaine est significativement plus élevée que la moyenne régionale sur les territoires de L'Islet et Desjardins (Figure A10 à la page 50).
- Pour l'année scolaire 2013-2014, 26 % des enfants de la maternelle de la région ont déjà expérimenté la carie dentaire et 17 % étaient dépistés à risque élevé de caries[27]. Les enfants des territoires de La Nouvelle-Beauce, de Bellechasse et des Etchemins présentaient les moins bonnes conditions dentaires, avec 30 à 50 % plus d'enfants à risque élevé de caries. Ce problème de santé a des répercussions fonctionnelles, psychologiques et sociales sur l'enfant, incluant parfois un retard de croissance, suivi chez certains enfants d'un rattrapage de croissance au cours des mois suivants la réparation des dents[28, 29].

### Des conditions de vulnérabilité évitables

Les constats énoncés, auxquels font face ces tout-petits, ne sont que quelques exemples. Ils sont souvent cumulés et représentent un défi de prévention, de détection, d'intervention et de soutien précoces auprès des enfants, de leur famille et de la communauté. Différents facteurs exercent une influence positive sur le développement tels une grossesse en santé, une alimentation adéquate de la mère et de l'enfant, un attachement sécurisant, la vaccination, des milieux de vie favorisant le jeu et la sécurité de l'enfant et des relations sensibles avec l'entourage[30]. Soutenir les parents et les communautés pour favoriser un développement optimal de chaque enfant est un gage d'un bon départ dans la vie.

#### Des risques liés au contexte de vie des parents

Des conditions de vulnérabilité évitables, comme de vivre dans un contexte de pauvreté, l'exposition de la femme enceinte à des risques en milieu de travail, le fait d'avoir une mère adolescente ou un parent ayant un problème de santé mentale, peuvent influencer la santé et le développement des tout-petits.

<sup>1</sup> Source : ISQ, EQDEM 2012, données produites par l'Infocentre de santé publique.

<sup>u</sup> Les données arrondies ne permettent pas de voir les différences avec ailleurs au Québec. Pour chacun des domaines, les proportions sont moindres que celles d'ailleurs au Québec sauf pour la maturité affective.

En Chaudière-Appalaches :

- 5 % des enfants naissent d'une mère de moins de 20 ans ou d'une mère de 20 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires. Cette proportion est près de 10 % dans certains territoires en décroissance, soit 2 fois plus (Figure A9 à la page 50);
- parmi les familles ayant des enfants de moins de 18 ans, près d'une sur 5 est monoparentale, représentant près de 9 000 familles dans la région, allant jusqu'à une sur 4 dans certains territoires (Figure A11 à la page 50);
- le revenu annuel moyen après impôt des familles comptant au moins un enfant à la maison est inférieur à celui du Québec. Il est de 80 649 \$ pour les familles composées d'un couple avec enfants à la maison et de 44 787 \$ pour les familles monoparentales avec une variation géographique importante entre les familles de la ville de Lévis, dont le revenu moyen est plus élevé, et celles des autres territoires (Figures A12 et A13 à la page 51);
- 60 % des enfants de 0 à 4 ans sont reçus en service de garde régi par un programme éducatif<sup>v,w</sup>. Ce programme est mis en place pour soutenir, notamment les familles vulnérables, en les outillant dans leurs compétences parentales.

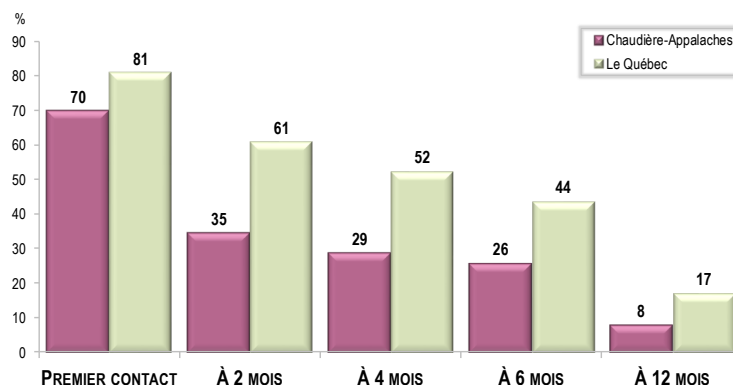
### **Protéger par l'allaitement**

Les avantages de l'allaitement ne sont plus à démontrer que ce soit pour favoriser le lien mère-enfant, pour renforcer le système immunitaire, pour prévenir des cancers et d'autres maladies chroniques, pour diminuer la carie dentaire et pour permettre à l'enfant de bénéficier d'une alimentation adaptée à ses besoins. Il contribue à protéger le tout-petit contre certains risques à la santé physique et affective, associés ou non à des conditions de vie précaires.

En Chaudière-Appalaches :

- seulement 7 bébés sur 10 sont allaités, exclusivement ou non, dès la naissance, comparativement à 8 sur 10 au Québec. Cette proportion diminue de moitié dès l'âge de 2 mois et se situe ainsi près de 2 fois en deçà de celle du Québec dès l'âge de 2 mois<sup>x</sup>. Ainsi, seul le tiers des bébés de 2 mois de la région continuent l'allaitement, comparativement à 6 sur 10 dans l'ensemble du Québec.

**Figure 9 : Allaitement des bébés suivis en CLSC<sup>x</sup>**



<sup>v</sup> Source : Ministère de la Famille, places en service de garde.

<sup>w</sup> Taux par 100 enfants de 0 à 4 ans en prenant comme hypothèse, une occupation des places à 100 %, septembre 2013.

<sup>x</sup> Source : RAMQ, extraits statutaires I-CLSC, 2009-2010 à 2013-2014.



## **Protéger par la vaccination**

La vaccination est la mesure la plus efficace pour réduire la mortalité et la morbidité reliées aux maladies infectieuses transmissibles. Avant son avènement, les maladies évitables par la vaccination représentaient un fardeau sanitaire très important tant par leur fréquence, les séquelles et les décès qu'elles engendraient.

**L'introduction de nouveaux vaccins a permis de réaliser des pas de géants dans la lutte contre les maladies infectieuses évitables en éliminant** la poliomyélite et la variole et en permettant de réduire drastiquement d'autres maladies graves. Afin d'augmenter les couvertures vaccinales et ainsi, mieux protéger la population, différentes stratégies ont été développées pour rehausser l'accessibilité à la vaccination et en faire la promotion. D'ailleurs, le respect du calendrier de vaccination est essentiel, car les retards de vaccination ont un impact négatif sur les couvertures vaccinales et augmentent le risque de maladies évitables par la vaccination, notamment chez les enfants au moment où ils sont les plus vulnérables.

## **Quelques défis**

### **Comprendre les causes et les conséquences, exercer une vigie et surveiller l'évolution**

S'associer avec les autres instances impliquées en petite enfance et les parents pour susciter des dialogues, pour mieux cerner le lien entre les difficultés auxquelles ils font face et adapter efficacement les actions.

### **Développer des environnements sains et sécuritaires et mieux prévenir**

Le développement des enfants d'âge préscolaire est largement tributaire de l'expérience qu'ils vivent dans leurs environnements. Favoriser les liens parents-enfants, le jeu, l'éveil à la lecture et la bonne alimentation, qui contribuent ensemble à un développement optimal de l'enfant, particulièrement dans les milieux où la proportion d'enfants moins qui sont susceptibles d'être bien outillés que les autres pour l'entrée à l'école est élevée.

### **Protéger**

Augmenter la couverture vaccinale, en respectant les délais du calendrier vaccinal et protéger la santé dentaire de toute la population par l'accès à de l'eau fluorée. Développer des conditions qui favorisent l'allaitement au-delà de 2 mois pour atteindre au moins un niveau équivalent aux autres bébés québécois.

### **Détecter et agir tôt**

Il importe de poser des actions **pour tous nos enfants**, en tenant compte de leurs besoins spécifiques et **d'exercer une vigilance à l'émergence et au changement de besoins, particulièrement lors des périodes de transitions**, par exemple, naissance, intégration dans un milieu de garde, intégration scolaire ou lors de situations difficiles des parents. Cette détection peut être grandement facilitée par un outil de détection précoce commun entre les différents secteurs qui répondent aux besoins des jeunes enfants.

## Les jeunes : Soutenir le développement de leur plein potentiel dans des environnements qui favorisent la santé et la réussite éducative

Importance des problèmes sociaux et de santé

Importance des bénéfices potentiels



En Chaudière-Appalaches, près de 27 000 enfants, de 6 à 11 ans, fréquentent l'école primaire et 25 000 adolescents de 12 à 17 ans, vont pour la plupart au secondaire<sup>y</sup>.

De la maternelle à l'âge adulte, les jeunes vivent des changements importants d'ordre physique, émotionnel, cognitif, psychique et social. Ces changements sont grandement influencés par les interrelations que les jeunes entretiennent avec leurs milieux de vie. La qualité des environnements dans lesquels ils évoluent joue un rôle majeur sur leur santé physique, mentale, sur leur adaptation sociale ainsi que sur leur réussite éducative[7].

Un soutien social de la part des parents, de la famille, des amis et de l'école, qui aide à répondre aux besoins des enfants et des adolescents en tenant compte du stade de développement auquel ils sont rendus, favorise leur développement. Ce soutien contribue, entre autres, à forger leurs valeurs, à leur apprendre à faire des choix responsables, à adopter des modes de vie sains et à mieux faire face aux périodes plus difficiles de leur vie.

Agir tôt dans la vie de l'enfant permet, notamment, de prévenir les retards de développement tant social et intellectuel que de la motricité et du langage.

### Des modes de vie sains et sécuritaires pour réduire :

- les maladies chroniques (obésité et diabète de type II, cancers de la peau incluant le mélanome, etc.);
- les blessures (VTT, noyades, etc.);
- les comportements violents;
- les problèmes reliés à la consommation d'alcool ou de drogues;
- les ITSS;
- les grossesses à l'adolescence;
- la carie dentaire.

### Des milieux sains, bienveillants et sécuritaires à la maison, à l'école, au travail, dans les loisirs pour réduire :

- les blessures;
- les maladies chroniques (asthme et les problèmes de santé liés aux modes de vie comme l'obésité et certains cancers);
- l'intimidation, l'homophobie, la violence et leurs effets;
- les problèmes reliés aux périodes de transition.

### Un soutien aux jeunes et à leur famille pour aider à réduire :

- les retards de développement (motricité, langage, social, intellectuel);
- la négligence, les abus physiques et psychologiques et leurs conséquences;
- les conséquences liées aux troubles du déficit de l'attention;
- les problèmes reliés à l'anxiété;
- la détresse, les idées ou les tentatives suicidaires;
- l'isolement social, les deuils et les pertes;
- les troubles alimentaires (anorexie-boulimie);
- la violence dans les relations amoureuses.

### La vaccination pour protéger contre :

- les maladies comme la diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, HiB, rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, influenza, méningites, infections respiratoires sévères, hépatites, etc.
- les cancers comme le cancer du foie et du col (VPH).

### Des environnements qui protègent :

- la qualité de l'air, de l'eau, du sol et des aliments.

<sup>y</sup> Source : ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en décembre 2014).

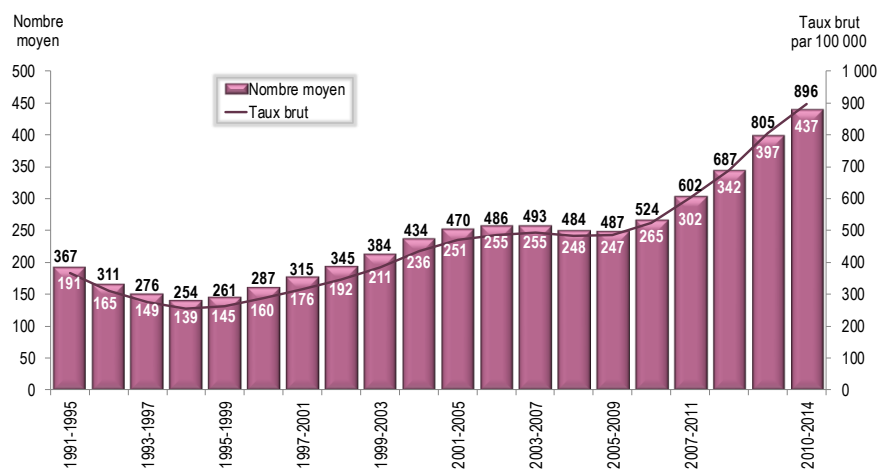
## Des problèmes sociaux et de santé qui peuvent être évités

Au fur et à mesure que les enfants et les adolescents grandissent, les différents milieux de vie qu'ils côtoient deviennent plus vastes, offrant de plus en plus d'opportunités d'expérimenter et de vivre de nouvelles situations de vie. Ils sont aussi amenés à vivre des transitions importantes comme l'entrée en milieu scolaire, le passage à l'adolescence, l'entrée sur le marché du travail et d'autres situations de vie qui peuvent poser des difficultés d'adaptation pour certains jeunes.

Voici quelques exemples de problèmes sociaux et de santé que vivent les jeunes de la région :

- **les enfants de 5 à 17 ans de la région connaissent plus d'épisodes d'hospitalisation qu'ailleurs au Québec**, ayant pour motif principalement des maladies respiratoires et, pour les plus vieux, des maladies digestives. Pour les adolescents s'ajoutent, dans une moindre part, des hospitalisations attribuables à des accidents<sup>z</sup>;
- chaque année, environ **2 775 jeunes de 6 à 17 ans font l'objet d'un signalement à la DPJ**. Près de la moitié de ces signalements sont retenus. La moitié des signalements retenus sont pour des motifs de négligence ou risque sérieux de négligence et 18 %, pour des troubles de comportement<sup>aa</sup>;
- **la carie dentaire est la maladie infantile chronique la plus fréquente**, 5 fois plus courante que l'asthme **chez les enfants âgés de 5 à 17 ans**[31]. Pour l'année scolaire 2013-2014, alors que 26 % des enfants de maternelle de la région présentaient des caries, la proportion est plus du double (58 %) chez les enfants de deuxième année du primaire[27];
- **l'incidence de l'infection à chlamydia a littéralement explosé depuis la période de 2005-2009**. Dans les dernières années, près d'un jeune de 15 à 24 ans sur 100 a une chlamydia déclarée, soit près du double d'il y a 10 ans. Davantage de cas d'infection à chlamydia sont déclarés chez les jeunes de 15 à 24 ans dans les territoires de L'Islet et des Chutes-de-la-Chaudière que dans la région (Figure A14 à la page 51). À noter que les données ne permettent pas de distinguer s'il s'agit d'une meilleure déclaration ou d'un plus grand risque

Figure 10 : Évolution des cas de chlamydia déclarés chez les 15 à 24 ans en Chaudière-Appalaches<sup>bb</sup>



<sup>z</sup> Source : MSSS, MED-ÉCHO, 2008-2009 à 2012-2013, données produites par l'Infocentre de santé publique.

<sup>aa</sup> Source : CJCA, fichier de la clientèle, 2010-2011 à 2014-2015.

<sup>bb</sup> Source : MADO, LSPQ, 1991 à 2014.

d'infection. De plus, chez les élèves du secondaire, l'utilisation du condom semble diminuer avec le niveau scolaire et particulièrement au moment où l'activité sexuelle augmente<sup>cc</sup>.

Par ailleurs, en Chaudière-Appalaches, les élèves du secondaire rapportent les problèmes suivants<sup>cc,dd</sup> :

- 6 % ont un niveau élevé aux indices d'inattention et d'hyperactivité;
- 14 % ont eu des crises d'asthme au cours de leur vie;
- 18 % ont eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque dans la dernière année;
- 22 % ont un surplus de poids;
- 50 % sont insatisfaits de leur apparence corporelle;
- les filles sont plus nombreuses que les garçons à se situer à un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique<sup>ee</sup> et à avoir reçu un diagnostic d'anxiété, dépression ou trouble alimentaire.

### ***Des problèmes évitables en favorisant le développement optimal des jeunes***

Le développement des jeunes est influencé par leur famille et leurs autres milieux de vie. Le soutien apporté aux parents et aux autres milieux de vie pour la création d'environnements favorables est déterminant pour le développement optimal de tous les jeunes, particulièrement pour ceux qui ont des parcours de vie plus difficiles.

Par ailleurs, les problèmes de comportement à la petite enfance et à l'âge scolaire sont des facteurs de risque importants pour le développement de troubles mentaux à l'adolescence et à l'âge adulte[32]. Ils sont trop souvent le reflet d'un contexte de vie chargé de difficultés. C'est ainsi qu'en agissant tôt dans la vie du jeune et de sa famille, le parcours de vie peut être modifié pour favoriser son adaptation sociale, sa santé, son bien-être et sa réussite scolaire. Cela contribuera aussi à réduire des inégalités de santé, en brisant le cycle de la pauvreté.

### ***Des modes de vie qui auront des impacts tout au cours de leur vie***

L'adolescence est caractérisée par un désir d'exploration et une curiosité qui influence les habitudes de vie et les comportements, et ce, à une période de leur vie où le cerveau ne possède pas encore de système de contrôle des pulsions, d'où la fréquence de prise de risques de façon impulsive avec des conséquences parfois graves sur la santé physique et mentale et la réussite éducative[33]. Les jeunes qui cumulent plusieurs habitudes de vie qui nuisent à la santé et les maintiennent une fois qu'ils ont atteint l'âge adulte, risquent davantage de développer une maladie chronique plus tard. Les environnements dans lesquels les jeunes grandissent et les modèles des adultes significatifs et des amis ont une grande influence sur leurs modes de vie. Ils contribuent à favoriser la santé lorsqu'ils présentent des occasions de bouger, d'avoir une bonne alimentation, une bonne hygiène buccodentaire, un comportement sécuritaire, par exemple.

**Les adolescents de la région ont une consommation d'alcool plus élevée qu'au Québec.** Par exemple, ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois ou à avoir eu au moins un épisode de consommation élevée d'alcool dans l'année<sup>ff</sup> (50 % comparativement à 41 % au Québec). Ils sont aussi plus nombreux à commencer à consommer jeune<sup>cc</sup>. L'alcool demeure la substance psychotrope la plus consommée par les jeunes. Une consommation excessive d'alcool en une occasion, surtout lorsque combinée à d'autres substances psychotropes, peut amener des conséquences graves pour eux et pour les autres,

<sup>cc</sup> Source : ISQ, EQSJS 2010-2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

<sup>dd</sup> Aucune donnée équivalente n'est disponible pour les enfants d'âge primaire.

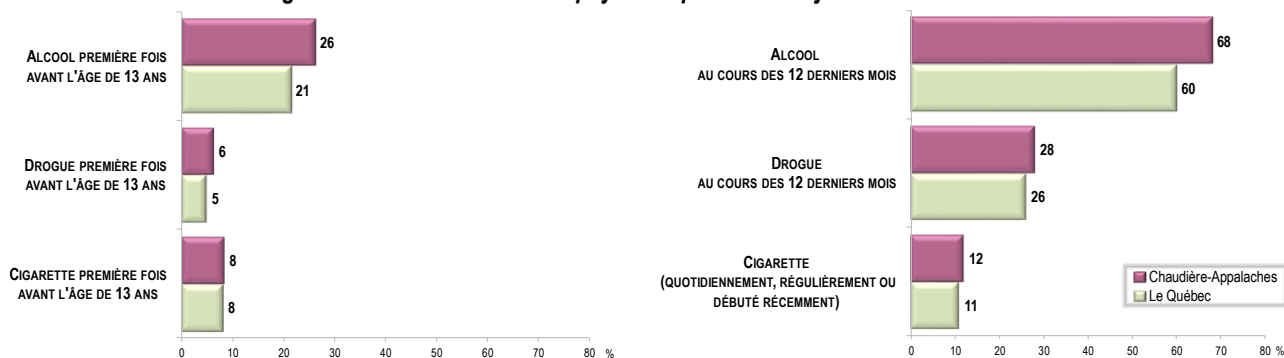
<sup>ee</sup> Mesuré selon le niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.

<sup>ff</sup> Cinq consommations ou plus dans une même occasion.

particulièrement lorsqu'elle est associée à la conduite d'un véhicule à moteur, à des relations sexuelles non protégées ou à d'autres situations en lien avec la violence. Dans la région comme au Québec, un jeune du secondaire sur 10 a une consommation d'alcool ou de drogue à risque ou problématique<sup>99</sup> (feu jaune et feu rouge de l'indice DEP-ADO[33]).

Malgré les risques à la santé connus attribuables à la consommation de tabac, 12 % des jeunes du secondaire fument la cigarette et 8 % ont commencé leur consommation avant l'âge de 13 ans. Considérant la forte dépendance qu'engendrent les produits du tabac[34-36] et les efforts déployés de l'industrie du tabac pour recruter les jeunes, les données présentées soulèvent des questionnements. En effet, elles ne considèrent pas la consommation d'autres produits du tabac tels que les petits cigares ou les cigarillos dont l'usage est répandu chez les adolescents[37] et l'émergence de la cigarette électronique.

**Figure 11 : Consommation de psychotropes chez les jeunes du secondaire<sup>99</sup>**



Par ailleurs, en Chaudière-Appalaches, parmi les élèves du secondaire<sup>99</sup> :

- 23 % sont considérés comme sédentaires au niveau des loisirs ou du transport, selon le niveau d'activité physique recommandé pour leur âge;
- 28 % consomment quotidiennement au moins une boisson sucrée, des grignotines ou des sucreries;
- 43 % ont consommé au moins une fois de la malbouffe dans un restaurant ou un casse-croûte le midi au cours de la dernière semaine d'école;
- 70 % ne consomment pas la quantité minimale de fruits et de légumes et 48 % ne consomment pas le nombre minimal de portions de produits laitiers recommandés quotidiennement par le Guide alimentaire canadien.

### ***Un milieu scolaire qui favorise le développement et la réussite scolaire***

L'école offre aux jeunes un environnement favorisant leur apprentissage, leur sécurité et leur épanouissement personnel et social. De plus, elle est un milieu de vie privilégié pour acquérir des compétences et développer des comportements de santé et de bien-être[38]. Pour certains jeunes, les difficultés d'apprentissage et d'adaptation sont telles que la persévérance est plus difficile à maintenir. Les garçons ont près de 2 fois plus de risque de se situer à un niveau élevé à l'indice de décrochage scolaire que les filles<sup>99</sup>.

<sup>99</sup> Source : ISQ, EQSJS 2010-2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

### ***Un milieu de travail sain et sécuritaire qui tient compte du manque d'expérience des jeunes***

En Chaudière-Appalaches, 58 % des élèves du secondaire occupent un emploi (rémunéré ou non) durant l'année scolaire, soit une proportion 1,3 fois supérieure à celle observée au Québec. Parmi les élèves qui ont travaillé pendant l'année scolaire, 18 % ont travaillé 16 heures ou plus par semaine. Les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à occuper un emploi, mais les garçons sont plus nombreux à travailler un plus grand nombre d'heures<sup>hh</sup>.

De plus, **les jeunes travailleurs sont plus à risque d'accident du travail que leurs aînés**[39, 40]. D'ailleurs, le tiers des jeunes du secondaire qui ont travaillé pendant l'année scolaire ont été blessés ou ont failli être blessés au travail dans leur emploi principal. Enfin, seulement 59 % de ces jeunes avaient reçu des consignes ou un entraînement sur la sécurité ou les dangers avant de commencer leur travail<sup>hh</sup>.

L'influence du travail a un effet sur la santé des jeunes et sur leur performance scolaire. Cela dépend largement du nombre d'heures travaillées par semaine. Par exemple, au-delà d'un seuil critique, la performance scolaire diminue, le stress et la détresse psychologique augmentent, la durée de sommeil est plus courte[41-44].

### ***Un réseau social positif sur lequel compter***

Pour le jeune, la période scolaire peut correspondre à une étape difficile, notamment s'il vit des situations de négligence, d'abus, de violence ou de troubles de comportement ou avec une déficience ou une incapacité. Pour d'autres jeunes, pour qui cette période est plus mouvementée, un soutien par des services adaptés à leurs conditions est essentiel. Le développement des compétences sociales et de l'estime de soi est primordial, appuyé par des environnements et des modes de vie favorables à la santé et par un réseau qui offre un soutien adéquat. La présence de tous ces éléments apporte des ancrages pour profiter pleinement des plaisirs d'être jeune et permet d'être mieux outillés pour un développement qui favorise la santé, le bien-être et la réussite éducative.

En Chaudière-Appalaches comme au Québec, parmi les élèves du secondaire<sup>hh</sup> :

- 3 % estiment avoir un soutien social faible de leur environnement familial;
- 5 % estiment avoir un soutien social faible de l'environnement de leurs amis;
- 9 % estiment avoir un soutien social faible de leur environnement scolaire.

---

<sup>hh</sup> Source : ISQ, EQSJS 2010-2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

## Quelques défis

### **Comprendre les causes et les conséquences, exercer une vigie et surveiller l'évolution**

S'associer aux jeunes, aux parents et au milieu scolaire et autres acteurs concernés pour comprendre les contextes de vie des jeunes et de leur famille, notamment de ceux qui ont des comportements à risque ou qui vivent des difficultés.

### **Développer des environnements sains et sécuritaires et mieux prévenir**

Tant la recrudescence des ITSS que les difficultés à développer des habitudes et des comportements sains et sécuritaires imposent de revoir les façons de faire avec les jeunes, particulièrement avec ceux qui vivent des difficultés. À cet effet :

- soutenir les milieux de vie, incluant ceux de loisirs et de travail, qui aident leur développement, les préparent à la vie adulte, favorisent leur santé mentale et contribuent à augmenter leur capacité d'adaptation;
- favoriser le développement d'une expérience de vie et de travail positive et sécuritaire chez les jeunes au niveau de la santé mentale, physique, sociale et scolaire.

### **Détecter, agir tôt, adapter et intégrer les services**

Adapter et intégrer les services aux besoins spécifiques des jeunes et à leur famille, en tenant compte du cumul de difficultés auxquelles plusieurs sont confrontés.

## Les adultes :

# Développer des milieux sains et sécuritaires, pour soutenir des modes de vie favorables la santé et le bien-être

Importance des problèmes sociaux et de santé

Importance des bénéfices potentiels

S'investir ensemble

Pour une participation active dans la société

Les adultes de la région constituent près des deux tiers de la population<sup>ii</sup>. Ils représentent la population active, celle qui travaille, qui construit une famille et soutient ses aînés.

Il s'agit d'une vaste cohorte avec des intérêts variés, des situations de vie qui évoluent différemment et des problèmes sociaux et de santé qui varient. Plus de 9 adultes sur 10 se considèrent comme en bonne santé<sup>jj</sup>. Ils utilisent les services du réseau de la santé surtout : pour la période entourant la naissance d'un enfant (habituellement au début de l'âge adulte), lors de blessures, de problèmes de santé aigus, lorsque des problèmes d'adaptation transitent vers une détresse psychologique ou une maladie mentale, ou encore à la fin de l'âge adulte lorsque les maladies chroniques prennent de l'ampleur. De plus, 7 % vivent avec une incapacité modérée ou grave<sup>[45]</sup>.

### **Des problèmes sociaux et de santé qui peuvent être évités**

#### **Des décès évitables**

Les blessures et les suicides sont à l'origine de 80 % des décès chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans et de 50 % chez les adultes de 25 à 44 ans. Chez les adultes de 45 à 64 ans, ce sont les cancers qui causent la moitié des décès. À noter que les accidents de la route sont à l'origine de 51 % des décès par blessures chez les 18 à 24 ans, 25 % chez les 25 à 44 ans et 17 % chez les 45 à 64 ans<sup>kk</sup>.

#### **Des modes de vie sains et sécuritaires pour réduire :**

- les maladies chroniques (certains cancers, obésité, diabète, hypertension, maladies du cœur, accidents vasculaires cérébraux, etc.);
- les blessures;
- les comportements violents;
- les problèmes reliés à la consommation d'alcool ou de drogues;
- les ITSS;
- les problèmes de dents et de gencives;
- les problèmes reliés à l'anxiété;
- la détresse, les idées ou les tentatives suicidaires.

#### **Des milieux sains et sécuritaires à la maison, au travail, dans les loisirs pour réduire :**

- les blessures;
- les maladies chroniques (certains cancers, problèmes respiratoires, etc.);
- la surdité et les autres maladies professionnelles.

#### **Un soutien à l'adulte et ses proches pour aider à réduire :**

- la violence familiale et ses conséquences;
- les problèmes reliés à l'anxiété;
- la détresse, les idées ou les tentatives suicidaires;
- l'isolement social, les deuils et les pertes.

#### **La vaccination pour protéger contre :**

- les infections comme l'influenza (grippe), des infections respiratoires sévères et des problèmes de santé des voyageurs.

#### **Des environnements qui protègent :**

- la qualité de l'air, de l'eau, du sol, des aliments;
- les conditions de travail.

<sup>ii</sup> Source : ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en décembre 2014).

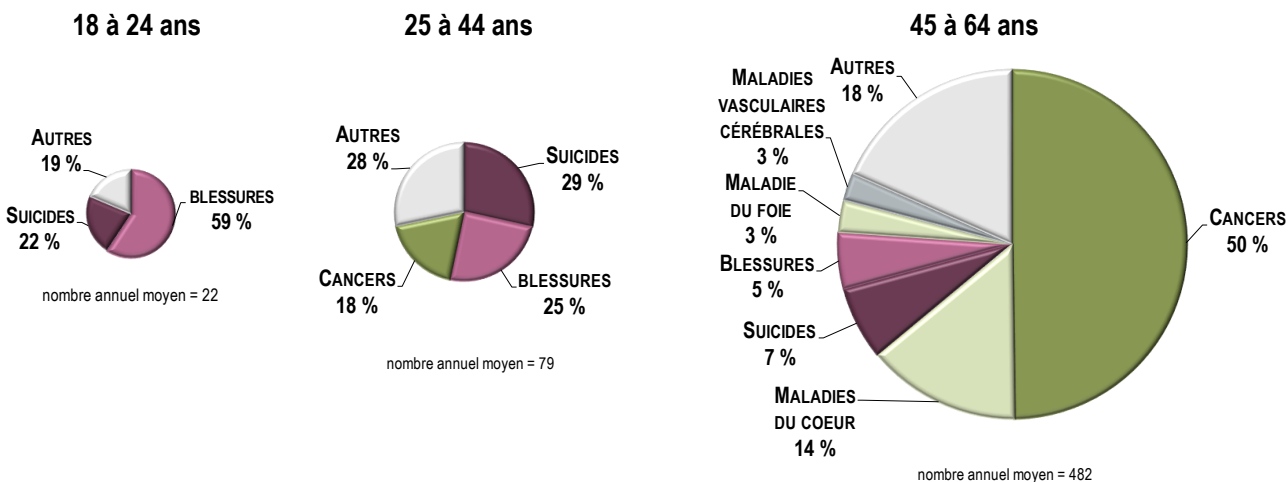
<sup>jj</sup> Source : Statistique Canada, ESCC 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 20 ans à 64 ans).

<sup>kk</sup> Source : MSSS, fichier des décès, 2007 à 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.



Une grande proportion de décès pour l'une ou l'autre de ces causes peut être évitée, leur gravité et leurs conséquences réduites ou leur apparition retardée.

**Figure 12 : Répartition des principales causes de décès des 18 à 64 ans en Chaudière-Appalaches<sup>ll,mm</sup>**



**Plus de décès par accident de véhicules à moteur et par suicide, malgré les avancées**

Les taux de décès dus aux accidents de véhicules à moteur et aux suicides chez les adultes demeurent supérieurs à ce qui est observé ailleurs au Québec. Malgré les progrès, beaucoup restent à faire. De plus, pour la période la plus récente, les hommes sont 4 fois plus nombreux que les femmes à décéder par suicide et 2 fois plus par accident de véhicules à moteur.

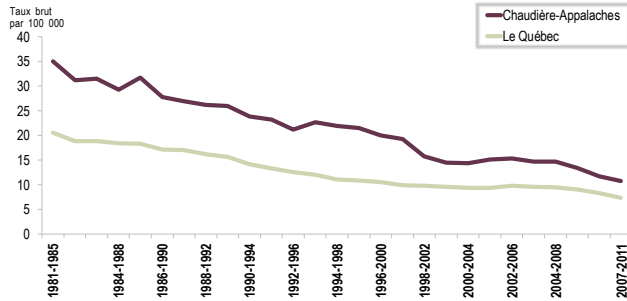
Il est à noter que les accidents de véhicules à moteur occasionnent un excès de décès non seulement chez les adultes, hommes et femmes, mais aussi chez les jeunes et les aînés de la région. Les personnes qui vivent sur les territoires de Lotbinière et de Robert-Cliche ont un taux plus élevé de décès dus à des accidents de véhicules à moteur, soit près du double de la région malgré les améliorations des dernières décennies (Figure A15 à la page 52). Pour les suicides, les dernières informations indiquent un excès de cas dans la région; contrairement à auparavant, aucun territoire ne se démarque de la moyenne régionale et tous se situent au-dessus du taux observé au Québec. Le suicide est un phénomène complexe. De nombreux facteurs interviennent et s'entrecroisent dans le processus suicidaire, certains ayant plus d'impacts que d'autres : présence de troubles mentaux, d'abus de substances, de maladies physiques, d'isolement ou d'un événement particulier (perte d'emploi, séparation). De nombreuses mesures s'avèrent efficaces en prévention du suicide, y compris des actions de promotion de la santé mentale dans les communautés en plus de l'accès aux soins et aux services pour les personnes en crise, recommandées dans le rapport du directeur de santé publique sur le suicide[46] et dans les guides de bonnes pratiques en prévention du suicide[47]. Ces mesures auraient avantage à être revues à la lumière d'une meilleure compréhension de ce problème avec les partenaires et la population, puisque l'écart avec la moyenne québécoise persiste, malgré les efforts investis et la réduction des dernières années.

<sup>ll</sup> L'aire de chaque figure est proportionnelle au nombre de décès par groupe d'âge.

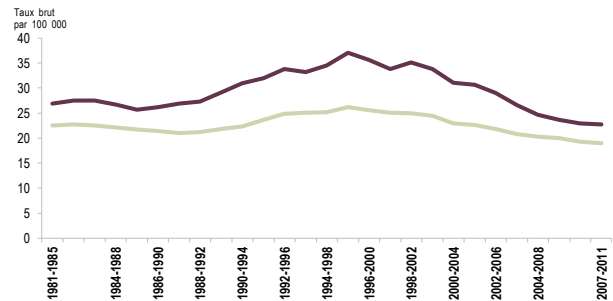
<sup>mm</sup> Source : MSSS, fichiers des décès, 2007 à 2011.

Figure 13 : Évolution des taux de décès pour les 18 à 64 ans<sup>nn,oo</sup>

### Accidents de véhicules à moteur



### Suicides

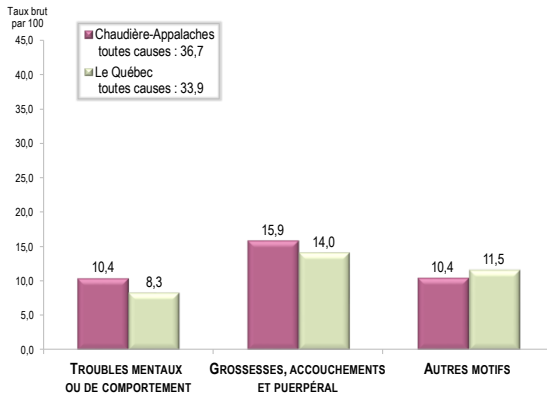


### Plus de journées d'hospitalisation chez les jeunes adultes

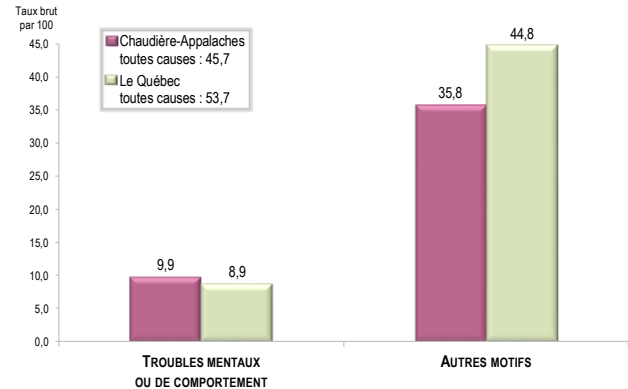
Les taux de journées d'hospitalisation chez les 18 à 49 ans de la région invitent à se questionner. En effet, le taux de journées d'hospitalisation pour ce groupe d'âge est supérieur à la moyenne québécoise. Cet excès est attribuable à un plus grand nombre de journées d'hospitalisation par habitant dans deux catégories, soit les hospitalisations dues aux troubles mentaux et du comportement ainsi que les hospitalisations entourant la période de la grossesse et de l'accouchement. Pour les autres motifs, on compte en moyenne moins de journées d'hospitalisation par habitant dans la région qu'au Québec. Pour les 50 à 64 ans, le taux de journées d'hospitalisation pour troubles mentaux et du comportement est supérieur à la moyenne québécoise.

Figure 14 : Journées d'hospitalisation chez les 18 à 64 ans<sup>pp</sup>

### Chez les 18 à 49 ans



### Chez les 50 à 64 ans



### Des problèmes de santé mentale qui ont de multiples répercussions

Les problèmes d'adaptation et les troubles mentaux constituent des préoccupations majeures pour toute la population. En effet, on estime qu'une personne sur 4 vivra avec un ou plusieurs problèmes de santé mentale au cours de sa vie[7]. Les préjugés et la stigmatisation qui entourent les troubles mentaux accentuent le fardeau pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale et leurs proches. De plus, la santé mentale est étroitement

<sup>nn</sup> L'adaptation de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès et est représentée par une ligne pointillée. Les taux sont calculés sur la base de moyennes mobiles de périodes de 5 ans.

<sup>oo</sup> Source : MSSS, fichiers des décès 1982 à 2011 et ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en novembre 2014).

<sup>pp</sup> Source : MSSS, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014.

reliée à la santé physique : une personne qui présente un problème de santé mentale a plus de risque de développer une maladie physique et inversement.

Peu de statistiques régionales sont disponibles pour rendre compte de la santé mentale de la population. Toutefois, en Chaudière-Appalaches, parmi la population adulte :

- les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se situer dans le niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique<sup>99,rr</sup>.
- 12 % des adultes souffrent d'un problème de santé mentale, dont 74 % sont des troubles anxio-dépressifs<sup>ss</sup>.

D'autres informations sur la santé mentale des travailleurs sont présentées dans la section portant sur les problèmes de santé reliés au travail.

### ***Des conditions évitables qui augmentent le risque de maladies chroniques***

Le diabète, l'hypertension et le surplus de poids augmentent le risque de développer des cancers et d'autres maladies chroniques. Ils sont évitables ou mieux contrôlés par des modes de vie sains, par exemple, bien manger et faire de l'activité physique régulière.

Dans la population adulte de Chaudière-Appalaches, comme au Québec :

- 5 % ont un diagnostic de diabète<sup>tt</sup>;
- 12 % ont un diagnostic d'hypertension artérielle<sup>tt</sup>;
- 51 % rapportent avoir un surplus de poids et 19 % sont obèses<sup>rr</sup>.

**Ces conditions à risque sont particulièrement présentes à partir de 45 ans. Cependant, leur apparition, à l'exception de l'hypertension, est associée aux changements du mode de vie plus sédentaire et de l'alimentation rapide des dernières décennies et survient maintenant de plus en plus souvent dès l'adolescence.** Les proportions de personnes vivant avec un diagnostic d'hypertension artérielle ou de diabète (prévalence) fluctuent d'un territoire à l'autre et ne semblent pas correspondre aux axes de la Chaudière et des Appalaches (Figures A16 et A17 à la page 52).

**Les modèles et les valeurs véhiculées par les adultes auprès de leurs enfants et de leur entourage sont non négligeables.** L'adoption d'un mode de vie sain dès l'enfance appuyée par des environnements et politiques qui favorisent ces habitudes est démontrée efficace; les mesures de promotion de la santé et de prévention, tels la sécurité routière, l'aménagement de parcs dans les quartiers, l'amélioration du transport en commun, ont des répercussions positives à tout âge[48].

### ***Les problèmes de santé reliés au travail***

Il est possible d'observer dans la région, comme au Québec, une tendance à la baisse du nombre et du taux de lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST entre 1997 et 2013. Toutefois, ces données sous-estiment le portrait réel parce qu'elles sont basées sur les demandes d'indemnisations acceptées et faites par les travailleurs couverts par la CSST ce qui, par exemple, exclut le plus souvent le secteur agricole.

<sup>99</sup> Mesuré selon le niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.

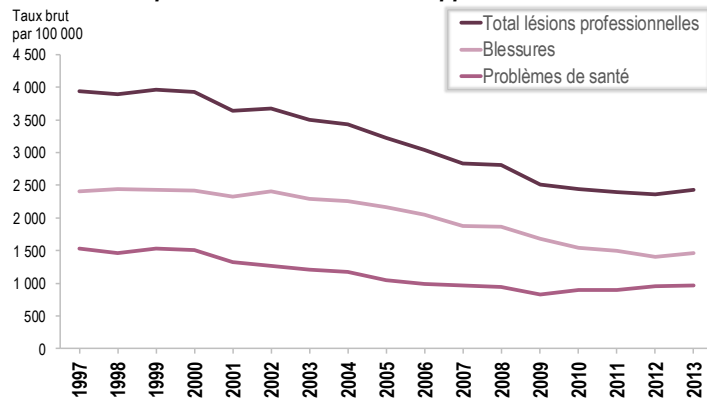
<sup>rr</sup> Statistique Canada, ESCC 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 20 ans à 64 ans).

<sup>ss</sup> Source : INSPQ, SISMALQ, 2007-2008 à 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 18 ans à 64 ans).

<sup>tt</sup> Source : INSPQ, SISMALQ, 2007-2008 à 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 20 ans à 64 ans).

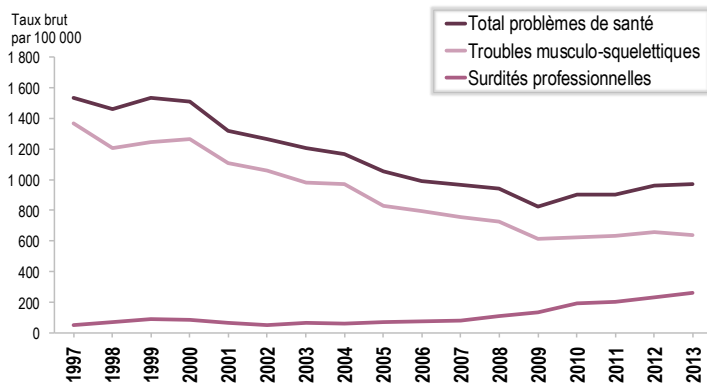
De fait, le taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST pour les travailleurs de 18 à 64 ans qui résident en Chaudière-Appalaches est passé de 3 938 cas pour 100 000 personnes en 1997 à 2 435 cas pour 100 000 en 2013, soit une diminution d'environ 38 %. Le phénomène est observé tant pour les traumatismes (blessures liées au travail) (39 %) que pour les problèmes de santé (maladies liées au travail) déclarés et acceptés par la CSST (37 %). Pour la période, les blessures représentent en moyenne 64 % des lésions acceptées et les problèmes de santé, 36 %<sup>uu</sup>.

**Figure 15 : Évolution des taux d'incidence des lésions professionnelles pour les travailleurs de 18 à 64 ans qui résident en Chaudière-Appalaches<sup>uu,vv</sup>**



Toutefois, il est possible de noter une augmentation des taux depuis 2009 en ce qui concerne les problèmes de santé, passant de 827 cas à 972 cas pour 100 000 personnes de 18 à 64 ans résidant sur le territoire, soit une augmentation de 18 % en 4 ans. Les troubles musculosquelettiques constituent une grande proportion de ces problèmes de santé indemnisés (79 % des cas pour la période 1997 à 2013)<sup>uw</sup>. Bien que l'on observe une diminution au fil des années, ceux-ci représentent toujours une préoccupation majeure en milieu de travail et sont associés à des contraintes biomécaniques auxquelles la population de

**Figure 16 : Évolution des taux d'incidence des problèmes de santé pour les travailleurs de 18 à 64 ans qui résident en Chaudière-Appalaches<sup>uu,ww</sup>**



la région est souvent plus exposée qu'ailleurs au Québec. Ces troubles musculosquelettiques sont liés, par exemple, à des gestes répétitifs, des manipulations de charges lourdes et des vibrations.

De plus, au cours de la période allant de 1997 à 2013, un total de 4 968 nouveaux cas de surdité professionnelle ont été déclarés et acceptés par la CSST par des travailleurs résidant dans la région de la Chaudière-Appalaches. Une hausse importante de ces cas est observée annuellement, le taux étant passé de 52 pour 100 000 travailleurs résidant en Chaudière-Appalaches à 261 pour 100 000 à la fin de la période, une augmentation qui n'est pas expliquée par le seul vieillissement de la population, ni par le changement dans le nombre de demandes acceptées infrabarèmes<sup>uu</sup>. L'écart entre la région et le Québec pour les surdités professionnelles est assez marquant, les taux étant 2 fois plus élevés en Chaudière-Appalaches, et ce, pour la majorité des années. Les secteurs d'emploi des résidents de Chaudière-Appalaches diffèrent de ceux de la moyenne québécoise et peuvent expliquer en partie cet écart. La surdité entraîne des conséquences profondes dans la vie des personnes atteintes et de leurs proches, d'où l'importance de réduire à la source la surdité d'origine professionnelle, qui se développe au cours de l'âge adulte.

<sup>uu</sup> Source : CSST, fichiers des lésions professionnelles, 1997 à 2013, données produites par l'Infocentre de santé publique.

<sup>vv</sup> Lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST.

<sup>ww</sup> Problèmes de santé déclarés et acceptés par la CSST.

## **Des conditions adaptées pour bien affronter les défis de la vie**

Les adultes d'aujourd'hui sont confrontés à divers problèmes sociaux et de santé : le suicide, les accidents de la route, les maladies chroniques, les problèmes de santé mentale. La présence de milieux favorables à la santé des adultes et l'adoption de modes de vie sains et sécuritaires permettent de prévenir certaines maladies ou de réduire leur progression. Chez les adultes, il est crucial d'accentuer les interventions de façon à minimiser l'impact négatif associé aux défis transitionnels et de promouvoir la santé mentale en milieu de travail et dans la communauté.

### **Des environnements de vie et au travail pour protéger et favoriser la santé**

Habituellement, l'adulte passe environ le tiers de sa journée au travail. En Chaudière-Appalaches, 63 % des personnes en âge de travailler occupent un emploi[49]. **Tout en reconnaissant que l'accès à l'emploi peut être un facteur de protection contre certains problèmes de santé, le travail expose souvent les personnes à divers risques physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques et organisationnels selon l'emploi qu'elles occupent.** Ces risques peuvent être le plus souvent diminués, même éliminés, afin d'éviter les accidents du travail ou l'apparition et l'aggravation des maladies liées au travail, dont les conséquences parfois permanentes augmentent le fardeau de la maladie, notamment par la perte d'autonomie et de qualité de vie. Même s'il est difficile d'en décrire l'ampleur, ceci est d'autant plus important que ces conséquences influencent le nombre d'années de vie en bonne santé, particulièrement dans un contexte de plus grande longévité.

Parmi la population de Chaudière-Appalaches<sup>xx</sup> :

- les travailleurs sont plus à risque que les autres travailleurs québécois de fournir des efforts physiques en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement, de manipuler des charges lourdes ou d'être exposés à des vibrations des bras et des mains et des vibrations du corps entier. Cela concorde avec un taux plus élevé de problèmes musculosquelettiques indemnisés chez les travailleurs qui habitent la région;
- les hommes de la région sont, en général, plus touchés par les expositions biomécaniques que les femmes (sauf pour le travail en position debout de façon prolongée et pour le travail de gestes répétitifs des mains et des bras).

D'autres problèmes de santé évitables peuvent être reliés à une exposition à des contaminants physiques ou chimiques<sup>xx</sup> :

- 4 % sont exposés à des fumées de soudage;
- 7 % sont exposés à des poussières de bois;
- 9 % sont exposés à des vapeurs de solvants;
- 12 % des travailleurs et 5 % des travailleuses sont exposés à du bruit intense en milieu de travail.

### **Des modes de vie sains**

Environ 50 % des cancers pourraient être évités par l'adoption de modes de vie sains, soutenus par des politiques publiques favorables à la santé[24]. L'activité physique réduit le risque de développer plusieurs maladies chroniques que ce soit des maladies cardiovasculaires, plusieurs cancers, le diabète, l'hypertension, le stress ou encore, l'ostéoporose. Bien manger, bouger, avoir de saines habitudes buccodentaires sont nécessaires à un mode de vie sain. Les comportements à risque de dépendance comme le tabagisme, la consommation d'alcool, de drogues ou la

<sup>xx</sup> Source : ISQ, EQSP 2008, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 15 ans et plus).

participation à des jeux de hasard et d'argent peuvent entraîner des conséquences sur la santé et la qualité de vie des personnes ainsi que sur leur fonctionnement social.

Dans la population adulte de Chaudière-Appalaches<sup>yy</sup> :

- 23 % fument;
- 26 % des buveurs ont une consommation élevée d'alcool<sup>zz</sup>;
- 57 % consomment moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes;
- 64 % n'atteignent pas le niveau d'activité physique recommandé.

Un nombre trop élevé de personnes cumulent plusieurs de ces facteurs, notamment celles dont les conditions de vie sont difficiles, ce qui multiplie les risques de problèmes sociaux et de santé évitables. Pourtant, plus d'un Québécois sur deux est sensibilisé à l'importance d'adopter de saines habitudes de vie en bougeant davantage, en mangeant mieux et en cessant de fumer et a apporté des changements en ce sens. Les motifs évoqués le plus souvent qui empêchent de faire ces changements sont un manque de volonté ou d'autodiscipline, l'horaire de travail ou les responsabilités familiales[50]. Ces changements souhaités sont plus faciles à réaliser lorsque les environnements de vie, de travail et de loisir les favorisent.

### ***Faire face aux périodes de changement dans la vie***

La grande majorité des adultes a une perception positive de son état de santé mentale<sup>aaa</sup>. Toutefois, des périodes de stress ou des événements personnels, familiaux ou au travail particulièrement éprouvants, peuvent être vécus à un moment ou l'autre de la vie. L'arrivée d'un enfant, par exemple, annonce un défi transitionnel majeur au sein du couple et de la famille; le soutien des parents dans leur rôle revêt une occasion de promouvoir la santé mentale de toute la famille. D'autres changements comme la perte d'un emploi, des relations de travail difficiles, la séparation, le deuil sont d'autres exemples de situations critiques. La consommation abusive d'alcool, d'autres psychotropes ou la violence, qu'on soit victime, agresseur ou proche, peuvent augmenter la vulnérabilité. Certains feront face à la situation avec résilience alors que pour d'autres, ces transitions de vie accentueront un état de vulnérabilité déjà présent.

Plusieurs facteurs influencent la santé mentale des adultes de Chaudière-Appalaches, notamment en milieu de travail :

- 12 % des travailleurs vivent des tensions au travail<sup>aaa</sup>;
- 19 % des travailleurs ont un niveau élevé d'insécurité d'emploi<sup>bbb</sup>;
- 32 % des travailleurs ont des exigences psychologiques élevées au travail<sup>aaa</sup>;
- 39 % des travailleurs éprouvent un stress quotidien au travail<sup>ccc</sup>;
- 44 % des travailleurs ont une faible latitude décisionnelle<sup>aaa</sup>;
- 51 % des travailleurs ont un faible soutien social au travail<sup>bbb</sup>.

<sup>yy</sup> Source : Statistique Canada, ESCC 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 18 ans et plus).

<sup>zz</sup> Consommation élevée : 5 consommations ou plus dans une même occasion, 12 fois ou plus au cours d'une année.

<sup>aaa</sup> Source : ISQ, EQSP 2008, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 15 ans et plus).

<sup>bbb</sup> Source : Statistique Canada, ESCC 2005, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 15 à 74 ans).

<sup>ccc</sup> Source : Statistique Canada, ESCC 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 15 à 74 ans).

## **Se protéger et protéger les autres par la vaccination contre la grippe et l'infection grave à pneumocoque**

La vaccination annuelle constitue le meilleur moyen de se protéger et de protéger les personnes malades ou vulnérables contre la grippe et ses complications.

- Bien que le nombre de personnes vaccinées contre la grippe semble lentement progresser, les couvertures vaccinales sont bien en deçà du 80 % fixé pour plusieurs clientèles vulnérables, notamment pour les personnes de 60 ans et plus, les personnes atteintes de maladies chroniques, les femmes enceintes, les bébés ainsi que leurs proches. **Il en est de même pour les travailleurs de la santé, dont la couverture vaccinale se situait à seulement 30 % en Chaudière-Appalaches en 2012-2013, proportion plus faible qu'ailleurs au Québec (43 %).**
- De plus, les personnes de 65 ans et plus de la région sont moins bien vaccinées contre le pneumocoque qu'ailleurs au Québec<sup>ddd</sup>.

### **Quelques défis**

#### **Comprendre les causes et les conséquences, exercer une vigie et suivre l'évolution**

S'associer aux secteurs concernés pour comprendre les facteurs qui augmentent le risque de blessures graves et de décès liés aux accidents de véhicules à moteur et d'autres problèmes sociaux et de santé des adultes, afin d'adapter efficacement les actions.

#### **Développer des environnements sains et sécuritaires et mieux prévenir**

S'associer aux acteurs des différents secteurs qui influencent la santé et la qualité de vie des adultes pour :

- soutenir les parents en intervenant tôt, pendant l'enfance et la jeunesse en axant les interventions sur le développement des compétences personnelles et sociales et de l'estime de soi des enfants et de leurs parents, afin de miser sur leurs effets protecteurs pour améliorer la santé physique et mentale des adultes de demain;
- soutenir la création de milieux qui favorisent des modes de vie sains, pour réduire l'incidence de maladies chroniques des adultes qui apparaissent de plus en plus chez les enfants et soutenir les adultes dans leurs intentions de changement;
- intensifier les mesures visant à prévenir le suicide en agissant davantage sur les causes de ces détresses;
- augmenter la couverture vaccinale annuelle contre la grippe, particulièrement chez les personnes qui ont des conditions médicales ou autres facteurs qui les rendent plus vulnérables. Maintenir les efforts consentis à rejoindre les travailleurs de la santé pour la vaccination contre la grippe, considérant qu'ils sont à la fois susceptibles d'être en contact avec le virus et de le transmettre aux personnes vulnérables. Rejoindre davantage les personnes visées pour la vaccination contre l'infection à pneumocoque.

#### **Détecter et agir tôt**

Développer une gestion préventive des services, notamment pour les adultes qui vivent des situations de transition difficiles, qui cumulent plusieurs facteurs de risque ou qui sont porteurs d'une incapacité, d'une déficience ou d'une maladie chronique.

<sup>ddd</sup> Données produites par le BSV, 2013-2014.

## Les aînés :

# Favoriser la qualité de vie, réduire la perte d'autonomie, briser l'isolement et faciliter l'adaptation aux transitions de vie

Importance des problèmes sociaux et de santé

Importance des bénéfices potentiels

S'investir

Pour un vieillissement en santé

La proportion de la population de 65 ans et plus augmente plus rapidement que celle des autres groupes d'âge; cette proportion est plus élevée sur les territoires en décroissance, où elle représente déjà le quart de la population, comparativement à 19 % en moyenne dans la région<sup>eee</sup> (Figure A3 à la page 47).

Ce vieillissement de la population qui s'accélère à cause de la cohorte des *baby-boomers*, interpelle toute la société : les personnes âgées elles-mêmes, les familles et les jeunes, les communautés, les intervenants des réseaux de la santé et des services sociaux, ceux des autres secteurs publics et privés, les employeurs et les décideurs.

Actuellement, les femmes aînées sont plus nombreuses que les hommes, principalement parce qu'elles vivent plus longtemps et la proportion de femmes par rapport aux hommes augmente avec l'âge qui avance. Les femmes ont aussi un revenu moindre que les hommes du même âge.

Près de 8 personnes de 65 ans et plus sur 10 se considèrent comme en bonne santé<sup>fff</sup>. Par contre, certains vivent des incapacités ou des problèmes de santé qui nécessitent des soins et du soutien.

Il est possible de prévenir des problèmes de santé chez les personnes aînées, tout comme aux autres âges de la vie et ainsi retarder l'apparition ou ralentir l'évolution de maladies chroniques. Des milieux sécuritaires peuvent éviter des blessures et une perte d'autonomie. Des environnements favorables au bien-être et une participation sociale active sont les principales stratégies de promotion de santé mentale et de prévention des troubles mentaux chez les aînés.

### Des modes de vie sains et sécuritaires pour réduire :

- les maladies chroniques (certains cancers, obésité, diabète, hypertension, maladies du cœur, accidents vasculaires cérébraux, problèmes buccodentaires, etc.);
- les blessures (ex. : dues à des chutes et à l'ostéoporose);
- la perte musculaire et de mobilité;
- les problèmes des dents et des gencives.

### Des milieux sains et sécuritaires à la maison et dans les loisirs pour réduire :

- les blessures;
- les maladies chroniques (certains cancers, problèmes respiratoires, etc.);
- les infections nosocomiales.

### Un soutien à l'aîné et ses proches pour aider à réduire :

- la maltraitance et ses conséquences;
- la consommation inappropriée de médicaments;
- les problèmes reliés à l'anxiété;
- la détresse, les idées ou les tentatives suicidaires;
- l'isolement social, les deuils et les pertes.

### La vaccination pour protéger contre :

- les maladies comme l'influenza (grippe), les maladies respiratoires sévères, le zona.

### Des environnements qui protègent :

- la qualité de l'air, de l'eau, du sol et des aliments.

<sup>eee</sup> Source : ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en décembre 2014).

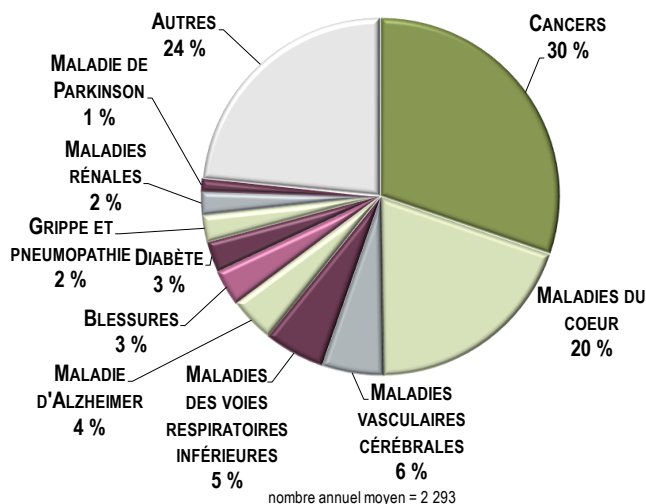
<sup>fff</sup> Source : Statistique Canada, ESCC 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 65 ans et plus).



## Des problèmes sociaux et de santé et des incapacités qui peuvent être évités

Les maladies chroniques constituent une préoccupation majeure par leur fréquence et leur gravité. Elles ont un potentiel de prévention important. Environ 50 % des aînés meurent de maladies chroniques que sont les cancers et les maladies du cœur<sup>999</sup>.

Figure 17 : Répartition des principales causes de décès des 65 ans et plus en Chaudière-Appalaches<sup>999</sup>



De plus en plus de décès surviennent après 85 ans, résultat de l'augmentation de l'espérance de vie. Comparativement aux aînés de 65 à 74 ans, ceux de 85 ans et plus décèdent 52 fois plus de la maladie d'Alzheimer et 28 fois plus de grippe ou de pneumopathie. Aussi, ces aînés sont davantage à risque de décéder de maladies du cœur et de maladies vasculaires cérébrales, soit des risques 14 fois plus élevés que leurs cadets.

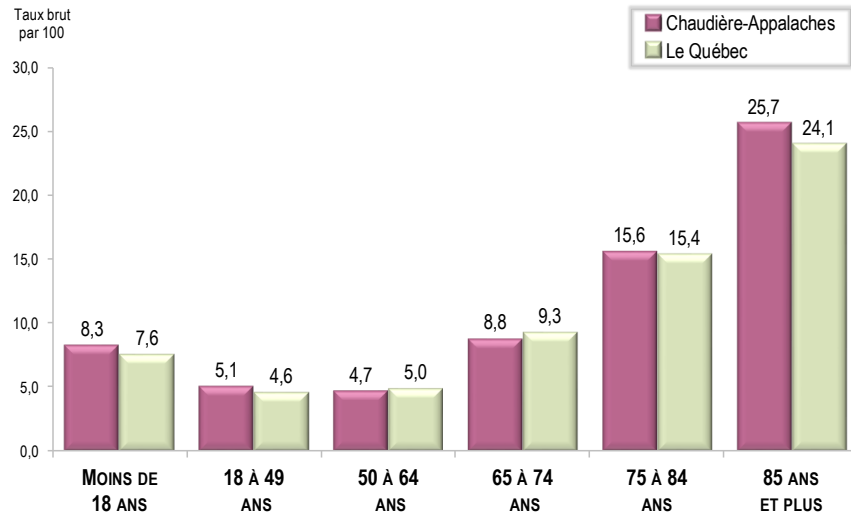
Voici d'autres exemples de problèmes sociaux et de santé que vivent les aînés de la région :

**Plus d'un aîné de 85 ans et plus sur quatre a eu au moins un épisode d'hospitalisation en 2013-2014**, soit un peu plus que les aînés du même groupe d'âge du Québec. Comme ailleurs au Québec, cette proportion est 1,5 fois moindre chez les aînés de 75 à 84 ans et de 3 fois moindres chez ceux de 65 à 74 ans. Les données ne permettent pas de distinguer si la proportion plus élevée de personnes de 85 ans et plus de la région qui ont été hospitalisées reflète un risque plus élevé de maladie grave<sup>hhh</sup>.

<sup>999</sup> Source : MSSS, fichiers des décès 2007 à 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

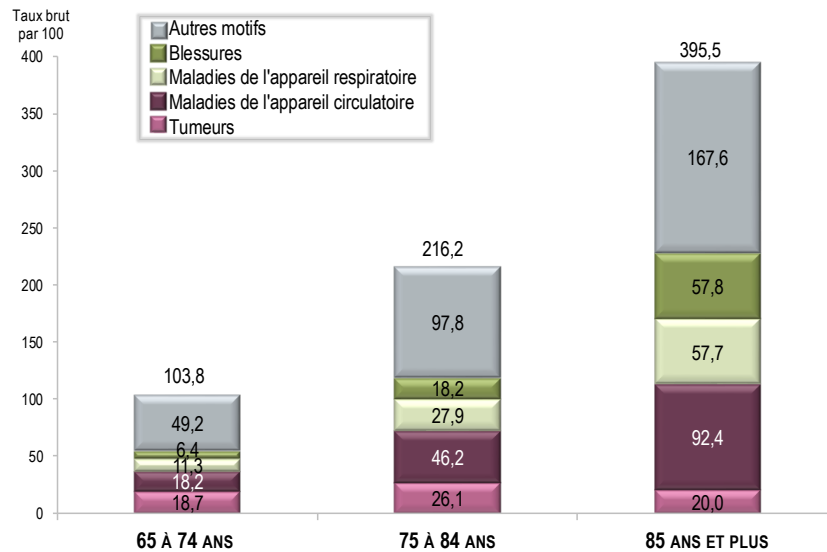
<sup>hhh</sup> Source : MSSS, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014.

**Figure 18 : Personnes hospitalisées selon l'âge<sup>iii</sup>**



De plus, chez les aînés, le taux de journées d'hospitalisation double à chaque tranche d'âge, passant d'une moyenne d'un jour par an par aîné de 65 à 74 ans à une moyenne de 4 jours par an par aîné de 85 ans et plus. Les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire, les blessures et autres motifs expliquent cette augmentation avec l'âge, alors que les tumeurs n'occasionnent en moyenne que 19 à 26 journées d'hospitalisation par an par 100 habitants, chez les aînés selon l'âge.

**Figure 19 : Journées d'hospitalisation chez les 65 ans et plus de Chaudière-Appalaches<sup>iii</sup>**



Enfin, la durée moyenne de séjour augmente aussi d'un jour par tranche d'âge (données non présentées). Ainsi :

- 9 % des 65 à 74 ans ont été hospitalisés en moyenne 8 jours;
- 16 % des 75 à 84 ans, en moyenne 9 jours;
- 26 % des 85 ans et plus, en moyenne 10 jours<sup>iii</sup>.

<sup>iii</sup> Source : MSSS, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014.

## Des incapacités et pertes d'autonomie souvent évitables

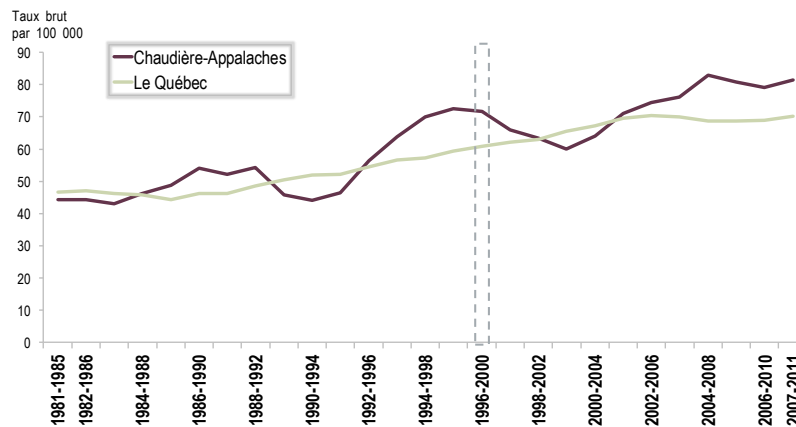
Environ 80 % des personnes de 65 ans et plus souffrent d'au moins un problème chronique de santé et 55 % en ont deux ou plus<sup>jjj</sup>. Parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique, environ le tiers présente aussi une incapacité comme une diminution des sens, une incapacité à se déplacer, des troubles de mémoire, ce qui limite leur autonomie et leur qualité de vie.

En Chaudière-Appalaches, chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, près de 13 % déclarent avoir une incapacité considérée modérée ou grave. Cette proportion quintuple (63 %) chez les personnes de 85 ans et plus<sup>[45]</sup>. Les incapacités peuvent avoir des conséquences négatives en chaîne sur la santé. Par exemple, la difficulté à bien se nourrir (faire à manger, faire l'épicerie, accès réduit à des aliments de qualité) peut entraîner la dénutrition et accélérer la fragilité osseuse augmentant les risques de fractures.

## Les chutes chez les aînés : la région se démarque défavorablement

Chez les aînés de la région, 7 décès sur 10 causés par des blessures sont dus à des chutes. Au cours des dernières années, les taux de décès à la suite d'une chute sont en hausse plus rapide qu'ailleurs au Québec. Cette même situation avait aussi été observée au début des années 1990.

Figure 20 : Évolution des taux de décès attribuables aux chutes pour les 65 ans et plus<sup>kkk,III</sup>



Les chutes occasionnent 28 fois plus de décès chez les personnes âgées de 85 ans et plus que chez celles de 65 à 74 ans (425,5/100 000 comparativement à 15,0/100 000)<sup>III</sup>. Le taux de journées d'hospitalisation pour lésions, traumatismes et intoxications est 9 fois plus élevé chez les personnes de 85 ans et plus (57,8 jours par 100 personnes) que chez celles de 65 à 74 ans (6,4)<sup>mmm</sup>.

Le taux d'hospitalisation pour chutes chez les 65 ans et plus est moins élevé en Chaudière-Appalaches qu'au Québec et la majorité des territoires de l'axe de la Chaudière contribue à cet écart (Figure A18 à la page 53). Le taux d'hospitalisation chez les femmes de 65 à 84 ans est moins élevé en Chaudière-Appalaches qu'au Québec, alors qu'il est plus élevé chez les hommes de 85 ans et plus<sup>mmm</sup>.

<sup>jjj</sup> Source : Statistique Canada, ESCC 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 65 ans et plus).

<sup>kkk</sup> L'adaptation de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès et est représentée par une ligne pointillée.

<sup>III</sup> Source : MSSS, fichiers des décès 1982 à 2011 et ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en novembre 2014), données produites par l'Infocentre de santé publique et incluant les chutes présumées.

<sup>mmm</sup> Source : MSSS, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014.

## **Des conditions à risque qui multiplient les problèmes de santé et leurs conséquences**

Certains problèmes de santé sont aussi des facteurs de risques et des précurseurs de maladies chroniques. Les aînés sont plus à risque de vivre avec le diabète, avec une hypertension ou encore, avec un surplus de poids.

Dans la population aînée de Chaudière-Appalaches :

- 22 % ont un diagnostic de diabète<sup>nnn</sup>;
- 64 % ont un diagnostic d'hypertension artérielle<sup>nnn</sup>;
- 55 % ont un surplus de poids et environ 14 % sont obèses<sup>ooo</sup>;

Les aînés sont particulièrement à risque de vivre avec les conséquences des problèmes de santé. Ces problèmes sont souvent associés à des modes de vie adoptés pendant l'enfance ou l'âge adulte. Même chez les aînés, un mode de vie plus favorable à la santé peut réduire les complications.

## **Les infections nosocomiales : un fardeau évitable**

Chaque année, le traitement et la prise en charge de centaines de patients sont compliqués par des infections acquises lors d'épisodes de soins en établissement. **Les infections nosocomiales causent une augmentation de la morbidité, de la mortalité ainsi qu'une prolongation de l'hospitalisation, notamment chez les aînés, mais constituent aussi un lourd fardeau financier pour le système de soins de santé.** Au cours de 4 des 5 dernières années, la région a été identifiée comme étant la région avec les taux d'incidence de *Clostridium difficile* les plus élevés au Québec, avec un taux de 8,3 pour 10 000 patients jours-présence comparativement à 6,8 pour l'ensemble des autres régions du Québec<sup>ppp</sup>.

La majorité des infections nosocomiales, ainsi que leurs conséquences, sont évitables. La mise en place d'actions de prévention et de contrôle permet de réduire efficacement la transmission d'infections dans les milieux de soins. Ces mesures, basées sur les meilleures pratiques, sont très rentables. Elles doivent être appuyées par une culture de prévention, un engagement organisationnel, un système de vigie et de surveillance sensible et réactif ainsi que des capacités adaptatives de l'établissement en situation d'éclosion.

## **La santé buccodentaire des aînés affecte bien plus que leur bouche**

Une étude réalisée auprès des personnes en CHSLD dans les régions de Montréal, de Québec et de la Montérégie a démontré les besoins importants en soins dentaires de cette population[51] :

- 11 % des porteurs de prothèses ont besoin de nouvelles prothèses, de réparation, de remodelage ou de regarnissage;
- parmi les résidents qui ont au moins une dent, un sur deux a des caries dentaires, un sur deux a une condition parodontale qui nécessite un détartrage ou un traitement chirurgical et 22 % ont besoin d'un traitement.

Une mauvaise hygiène dentaire et une santé dentaire inadéquate chez les personnes âgées sont la cause notamment d'infections dentaires, de problèmes de mastication et de nutrition, de problèmes d'élocution, de douleur, de mauvaise haleine, de problèmes d'estime de soi et d'isolement[52].

La nouvelle génération d'aînés exigera plus de soins et des services dentaires qui actuellement ne sont pas offerts par le réseau de la santé. Par exemple, ils auront conservé plus de dents que les générations précédentes et

<sup>nnn</sup> Source : INSPQ, SISMALCQ, 2008-2009 à 2012-2013, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 65 ans et plus).

<sup>ooo</sup> Source : Statistique Canada, ESCC 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 65 ans et plus).

<sup>ppp</sup> Source : MSSS, Système d'information des infections nosocomiales, 2009-2010 à 2013-2014.

porteront moins de prothèses dentaires complètes. Actuellement, les services buccodentaires et prothétiques de base (nettoyage, obturations et extractions) ne sont pas offerts pour les résidents en CHSLD ou à travers les soins à domicile[53].

## ***Viellir chez soi et ajouter de la santé et de la vie aux années pour vieillir en santé***

Dans la région, 88 % des personnes âgées vivent en ménage privé dont 28 % vivent seules dans leur logement et ce sont davantage des femmes<sup>999</sup>. La majorité des personnes âgées d'aujourd'hui n'a pas de problème important de santé : elles sont autonomes, socialement actives et économiquement indépendantes et contributives[5]. Toutefois, des situations de vie font qu'elles vivent parfois seules, qu'elles n'ont pas les conditions propices pour adopter ou maintenir des modes de vie sains et des comportements sécuritaires. Pour bien vieillir à domicile, il importe de briser l'isolement en étant engagé dans sa communauté et en ayant un bon réseau social, de se sentir en sécurité et d'avoir accès aux services ainsi qu'à de l'aide à domicile. Étant donné le poids démographique actuel des aînés et des « aînés de demain », favoriser le vieillissement en santé prend tout son sens, pour limiter l'accroissement des besoins en services sociaux et de santé.

### ***Les aînés font face à de grands défis de transitions dans leur vie***

Les personnes âgées sont dans une période de vie où elles connaissent, plus que tout autre groupe d'âge, des pertes de toutes sortes : mort d'un conjoint, diminution d'autonomie physique, perte du permis de conduire, changement de logement, etc. Ces situations peuvent rendre certains aînés plus vulnérables. L'augmentation de leur participation sociale au sein de la communauté semble une piste prometteuse pour améliorer la santé mentale des aînés.

De plus, des problèmes de santé mentale ou d'adaptation sociale surviennent chez les personnes de 65 ans et plus. La dépression, bien que sous-déclarée, la consommation inappropriée de médicaments et les troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et autres démences) constituent des problèmes importants. Le suicide chez les aînés devient de plus en plus préoccupant.

La proportion d'aînés vivant seuls augmente avec l'âge, atteignant 36 % chez les 75 ans et plus. Cette répartition amène à se questionner sur un rapprochement possible des aînés vers les lieux offrant davantage de services et sur la présence d'un bon soutien social (Figure A19 à la page 53). Un réseau de soutien social et communautaire est particulièrement important pour briser l'isolement vécu par trop d'aînés. Il importe, d'une part, de s'assurer que les services et le soutien soient offerts au bon moment et par le bon type de ressource et d'autre part, de favoriser le maintien de la santé et la prévention des maladies chroniques et des incapacités, et ce, en agissant en amont, bien avant d'avoir 65 ans.

### ***Des modes de vie sains améliorent aussi la santé des aînés***

Agir sur les conditions et le contexte de vie pour améliorer les modes de vie que ce soit les habitudes de vie ou les comportements sécuritaires, même après que la maladie se soit installée ou que certaines incapacités se fassent sentir, est un gage de succès pour un vieillissement en santé. À titre d'exemple :

- plus d'un aîné sur deux a des habitudes de vie qui ne favorisent pas la santé; ainsi, 56 % consomment moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes et 68 % n'atteignent pas le niveau d'activité physique recommandé<sup>1000</sup>;
- 31 % ne se brossent pas les dents (ou les prothèses) 2 fois par jour et 44 % n'ont aucune dent naturelle<sup>1001</sup>.

<sup>999</sup> Source : Statistique Canada, recensement 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

<sup>1000</sup> Source : Statistique Canada, ESCC 2011-2012, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 65 ans et plus).

<sup>1001</sup> Source : ISQ, EQSP 2008, données produites par l'Infocentre de santé publique (population de 65 ans et plus).

## Quelques défis

### Comprendre les causes et les conséquences et exercer une vigie

Comprendre les causes et les conséquences des problèmes qui contribuent à la perte de santé et d'autonomie des aînés, **exercer une vigie** sur les changements en émergence du contexte de vie des aînés liés à la transformation démographique majeure pour adapter les actions. Porter une attention particulière aux besoins des aînés en situation de pauvreté ou d'isolement social et aux territoires où ils représentent une proportion plus élevée de la population.

### Développer des environnements sains et sécuritaires et mieux prévenir

Soutenir le développement d'initiatives de type *Municipalité amies des aînés* et *Vieillir en santé*, notamment dans les milieux où les aînés représentent une proportion plus élevée de la population, en misant tant sur les atouts qu'ils peuvent représenter pour leur communauté, le soutien intergénérationnel que sur l'attrait de jeunes familles sur ces territoires.

### Détecter et agir tôt

Offrir les services de soutien permettant de vieillir à domicile en santé, en s'assurant que les services et le soutien soient offerts au bon moment et par le bon type de ressources communautaires, institutionnelles et de proches aidants. À cet effet, viser à connaître tous les aînés de 85 ans et plus et ceux dont la santé est fragile, pour aider à adapter leur milieu de vie, l'offre de services préventifs, de soins et de soutien à leurs besoins afin de prévenir ou de réduire des épisodes de problèmes sociaux et de santé évitables et leurs conséquences sur leur autonomie. Porter une attention particulière à l'accès aux services de santé dentaire, incluant l'hygiène buccale pour les aînés qui en ont besoin.



## CONCLUSION

Ce portrait visait à illustrer certains **problèmes sociaux et de santé évitables** et l'influence du contexte de vie et des **modes de vie** des individus. Il met en évidence **l'importance de connaître les populations** et d'investir pour développer une région en santé, et ce, bien avant que les personnes se sentent limitées dans leurs activités par la maladie ou par une incapacité physique, sociale, intellectuelle ou psychologique. Afin d'illustrer le lien entre le contexte démographique, les conditions et modes de vie et la santé de la population, il met l'accent sur deux réalités nommées « Chaudière » et « Appalaches », rappelant deux régions en une.

L'état de santé de la population s'est amélioré au cours des dernières années. Des avancées sont grandes pour l'espérance de vie et la réduction des risques de décès, particulièrement à cause de l'amélioration des conditions socioéconomiques et de la prévention. Cependant, beaucoup reste à faire, notamment dans un contexte de vieillissement accéléré de la population et d'inégalités sociales en matière de santé.

Trop d'enfants cumulent des facteurs de vulnérabilité de développement, dès la grossesse et la petite enfance, particulièrement dans les territoires les plus défavorisés de la région. Miser sur le développement de tous les enfants, dès le jeune âge, c'est considérer nos enfants comme ce que la société a de plus précieux pour son avenir.

L'entrée à l'école et le passage du primaire au secondaire constituent des étapes de transition importantes pour le développement et la réussite scolaire des jeunes. Le développement de compétences sociales et de l'estime de soi sont primordiaux, appuyés par des environnements sains, des habitudes de vie favorables à la santé et des comportements sécuritaires. Ils constituent des ancrages pour jouir pleinement des plaisirs de l'enfance et permettent d'être mieux outillés pour faire des choix judicieux.

Malgré les avancées, les accidents de la route et le suicide, qui causent de trop nombreux décès dans la région, demeurent de grands enjeux pour les adultes et aussi pour les autres groupes d'âge. De plus, pour les travailleurs, les expositions à des risques en milieu de travail peuvent être évitées ou atténuées. La réduction des problèmes sociaux et de santé signifie développer des milieux sains et sécuritaires à la maison, au travail et dans les loisirs; adapter et maintenir de saines habitudes de vie et des comportements sécuritaires; et outiller pour mieux vivre les situations de transition dans la vie.

Pour les aînés, un contexte de vie qui favorise un vieillissement en santé permet de maintenir les acquis, de réduire ou de retarder la perte d'autonomie, de briser l'isolement et de faciliter l'adaptation aux changements et de favoriser la participation sociale.

L'état de santé d'une population et sa distribution inégale selon les territoires sont largement influencés par différents facteurs dont la connaissance est essentielle pour cibler adéquatement les meilleures actions. Accentuer les actions de promotion et de protection de la santé ainsi que de prévention par les acteurs du réseau de la santé et des autres secteurs de la société, et ce, dès la petite enfance, contribuera à améliorer la santé et le bien-être de la population, à diminuer la pression sur les services de santé et les services sociaux et surtout, à améliorer la qualité de vie de la population de la région et améliorer la performance du réseau sociosanitaire.





# FIGURES COMPLÉMENTAIRES

## Particularités locales

Figure A1 : Axes et ordre des territoires

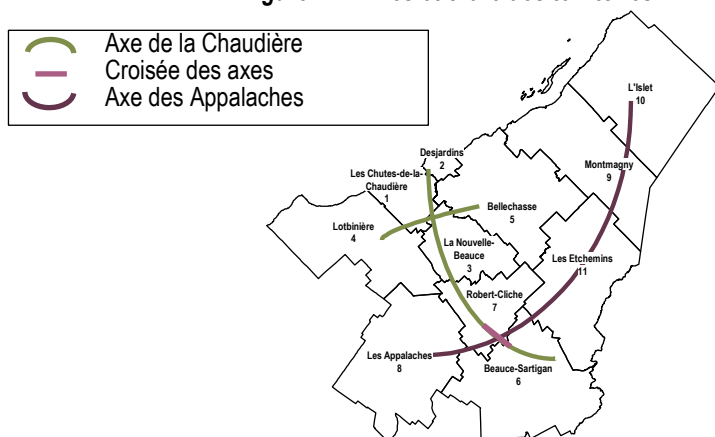
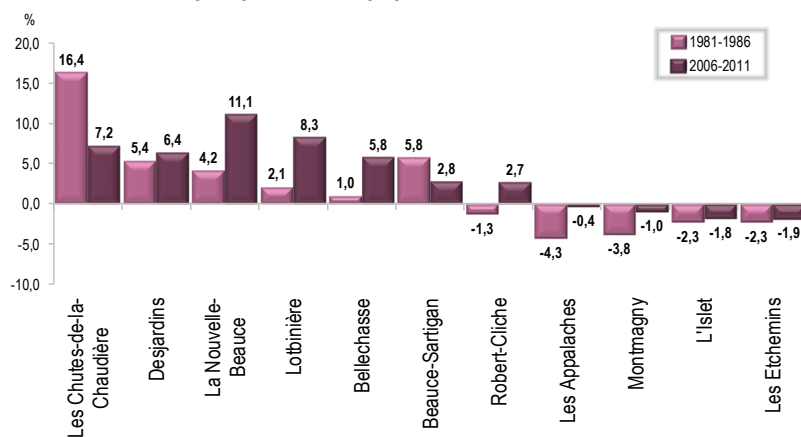
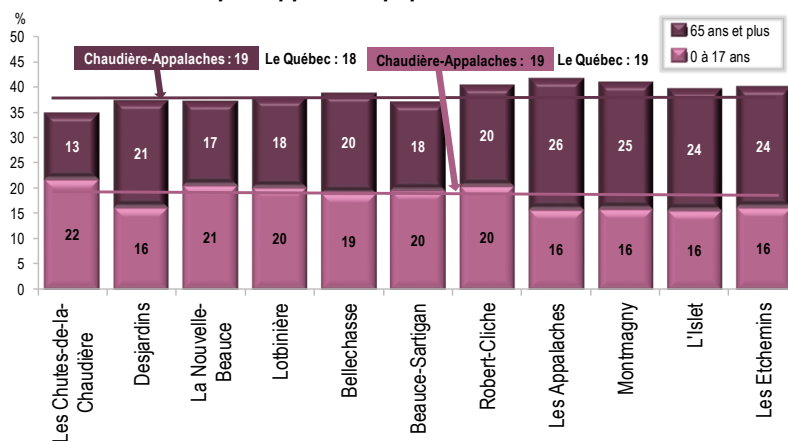


Figure A2 : Variation quinquennale de population entre 1981-1986 et entre 2006-2011



Source : ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en novembre 2014).

Figure A3 : Proportions des 0 à 17 ans et des 65 ans et plus par rapport à la population totale



Source : ISQ, projections démographiques (décembre 2014), données de 2015.

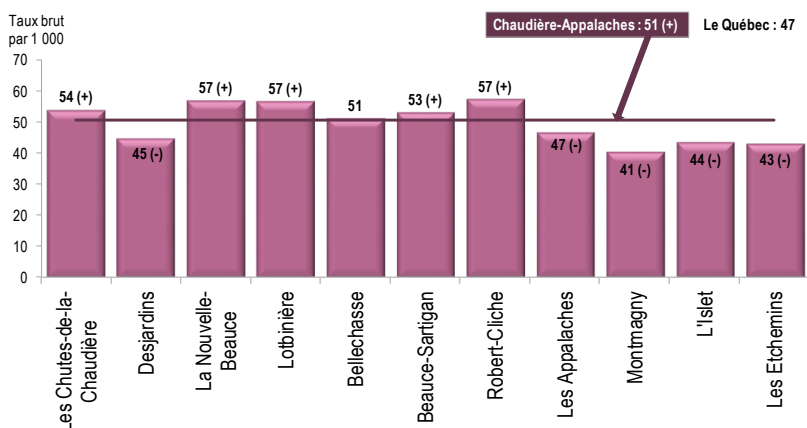
Afin d'illustrer le lien entre le contexte démographique, le contexte de vie et la santé de la population, les données locales de ce portrait sont présentées par territoires, ordonnancées selon le degré de croissance et de décroissance de leur population, en soulignant, lorsque pertinent, le lien avec les deux axes.

L'accroissement de la population est évident le long de l'axe de la Chaudière où tous les territoires ont connu une hausse de leurs effectifs en 2006-2011. À l'inverse, la population de l'axe des Appalaches diminue, mais la perte de 2006-2011 est moins prononcée que celle de 1981-1986.

La croissance qui concernait davantage le territoire des Chutes-de-la-Chaudière il y a 25 ans s'étend maintenant à la couronne de Lévis (La Nouvelle-Beauce et Lotbinière).

La proportion d'aînés est plus élevée que celle des jeunes dans tous les territoires de l'axe des Appalaches ainsi que dans Desjardins. La différence de proportion entre les deux groupes d'âge varie de 5 à 10. Le territoire des Appalaches compte la plus forte proportion d'aînés (26 % de sa population). Le territoire des Chutes-de-la-Chaudière a la plus forte proportion de jeunes (22 %).

**Figure A4 : Fécondité**

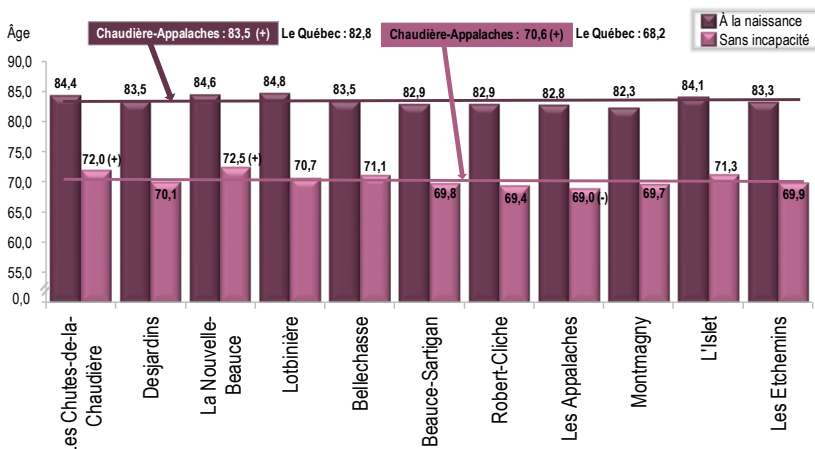


Note : Le taux de fécondité se rapporte à l'ensemble des femmes en âge de procréer.

Sources : MSSS, fichier des naissances et ISQ, estimations et projections démographiques (décembre 2014), 2007 à 2011.

Le taux de fécondité est plus élevé que celui de la région dans la plupart des territoires de l'axe de la Chaudière : les Chutes-de-la-Chaudière, La Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Beauce-Sartigan et Robert-Cliche. Le taux est moins élevé dans tous les territoires de l'axe des Appalaches ainsi que dans Desjardins.

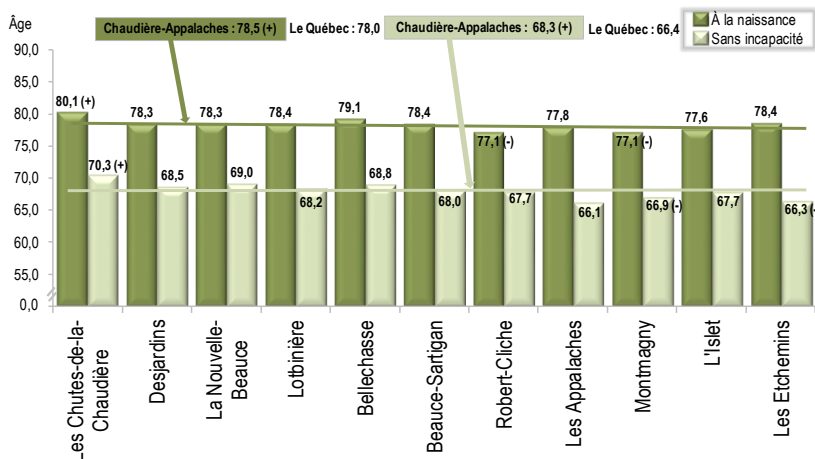
**Figure A5a : Espérance de vie à la naissance et sans incapacité pour les femmes**



Source : INSPQ, 2004 à 2008 (espérance de vie) et 2006 (sans incapacité), données produites par l'Infocentre de santé publique.

Les femmes des territoires des Chutes-de-la-Chaudière et de La Nouvelle-Beauce peuvent espérer vivre plus longtemps sans incapacité (près de 2 ans). Les Appalaches demeure le seul territoire où l'espérance de vie sans incapacité (69 ans) est inférieure à la région.

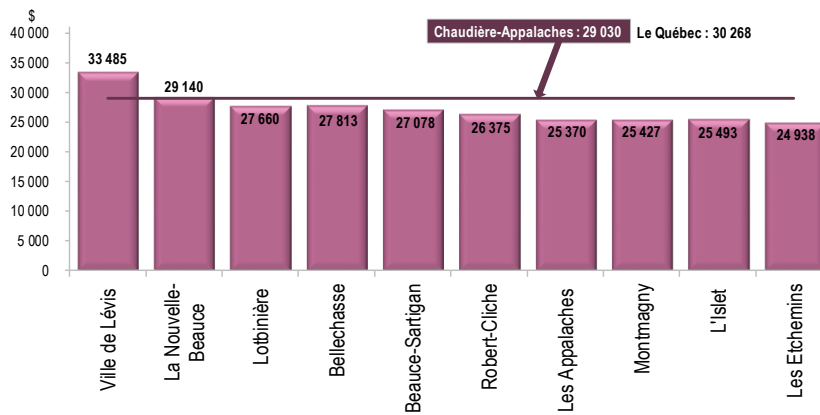
**Figure A5b : Espérance de vie à la naissance et sans incapacité pour les hommes**



Source : INSPQ, 2004 à 2008 (espérance de vie) et 2006 (sans incapacité), données produites par l'Infocentre de santé publique.

Les hommes des Chutes-de-la-Chaudière peuvent espérer vivre plus longtemps (1 an et demi) que les hommes de la région. Mais surtout, ils peuvent espérer vivre près de 2 ans de plus sans incapacité que ceux de la région. Les hommes des territoires de Robert-Cliche et Montmagny peuvent espérer vivre 1 an et demi de moins que ceux de la région. Les hommes de Montmagny et Les Etchemins vivent entre 1 an et demi et 2 ans de moins sans incapacité que ceux de la région.

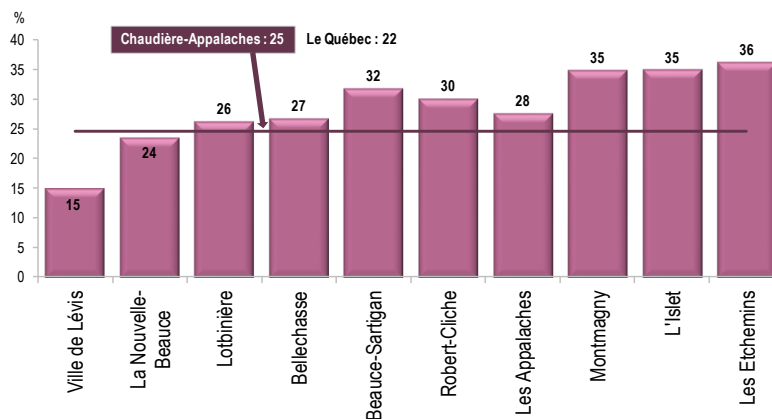
**Figure A6 : Revenu moyen après impôt des 15 ans et plus**



Note : Contrairement aux autres indicateurs, la donnée est présentée par territoire de MRC.  
Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

Le revenu moyen après impôt est nettement plus élevé pour la population de Lévis que celle de la région, ce qui contribue à placer presque tous les autres territoires sous la moyenne régionale.

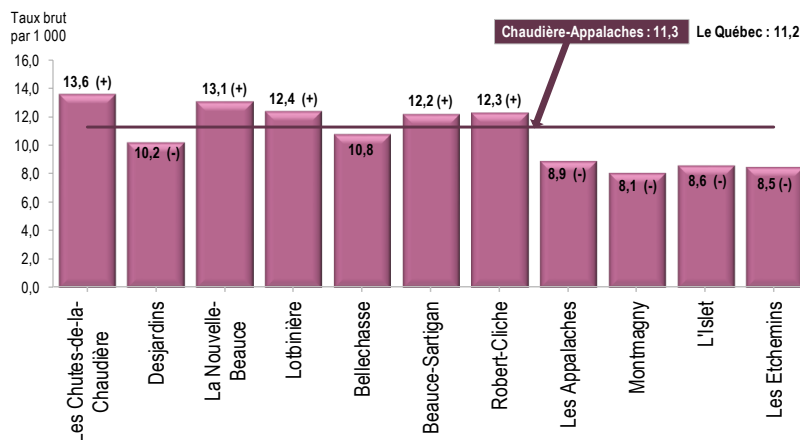
**Figure A7 : Population de 15 ans et plus n'ayant pas de certificat, diplôme ou grade**



Note : Contrairement aux autres indicateurs, la donnée est présentée par territoire de MRC.  
Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

Trois des quatre territoires de l'axe des Appalaches ont les pourcentages les plus élevés de personnes de 15 ans et plus sans certificat, diplôme ou grade de la région. La ville de Lévis a la proportion la moins élevée de l'ensemble de la région.

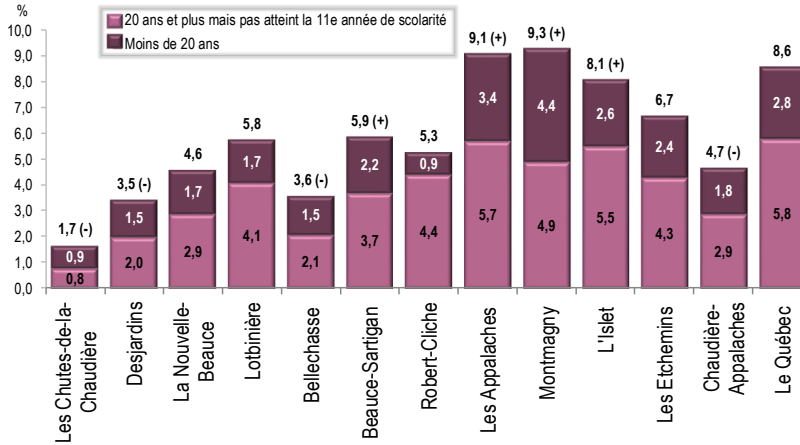
**Figure A8 : Natalité**



Note : Le taux de natalité se rapporte à l'ensemble de la population.  
Sources : MSSS, fichier des naissances et ISQ, estimations et projections démographiques (décembre 2014), 2007 à 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

Le taux de natalité est plus faible que celui de la région pour tous les territoires de l'axe des Appalaches ainsi que pour Desjardins.

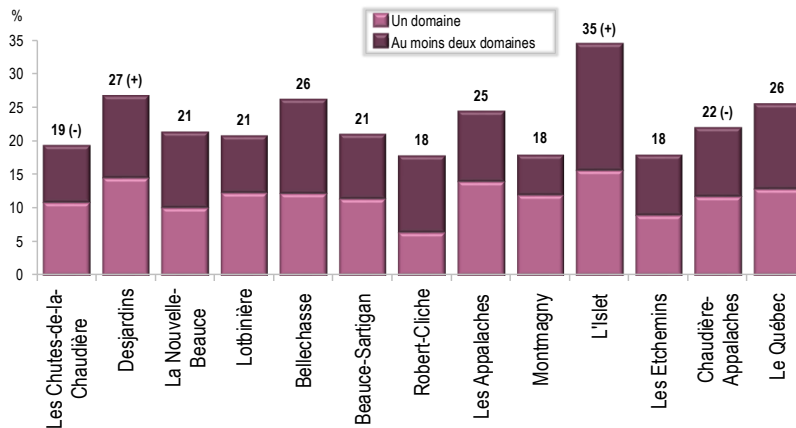
**Figure A9 : Mères à risque de moins de 20 ans ou de 20 ans et plus, mais n'ayant pas 11 ans de scolarité**



Source : MSSS, fichier des naissances, 2007 à 2011.

Trois des quatre territoires de l'axe des Appalaches (Les Appalaches, Montmagny et L'Islet) ainsi que Beauce-Sartigan comptent une proportion plus élevée de mères considérées à risque par leur jeune âge ou par leur faible scolarité.

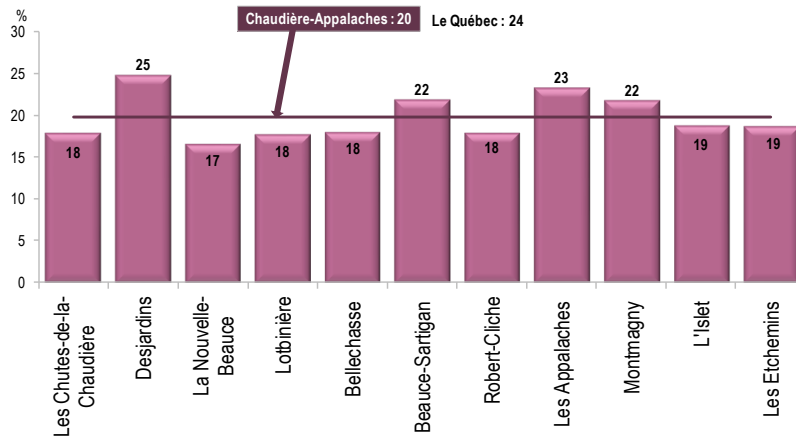
**Figure A10 : Enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement**



Source : ISQ, EQDEM, 2012, données produites par l'Infocentre de santé publique.

Deux territoires comptent une proportion plus élevée d'enfants vulnérables que la région dans au moins un domaine de développement : Desjardins et L'Islet.

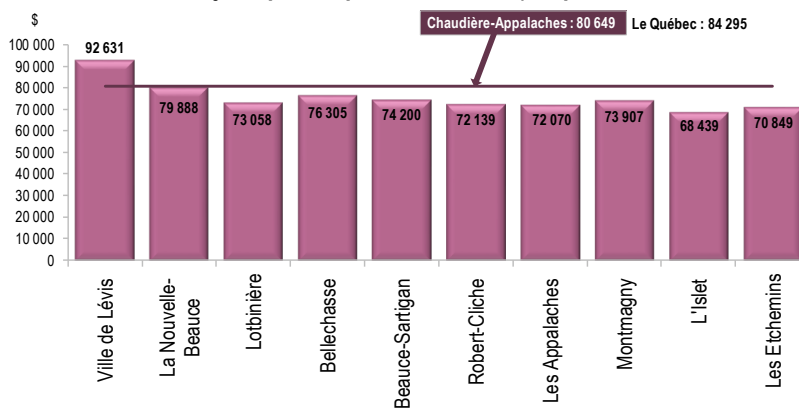
**Figure A11 : Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans**



Source : Statistique Canada, recensement 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

Quatre territoires (Desjardins, Beauce-Sartigan, Les Appalaches et Montmagny) comptent une proportion plus élevée de familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans que la région.

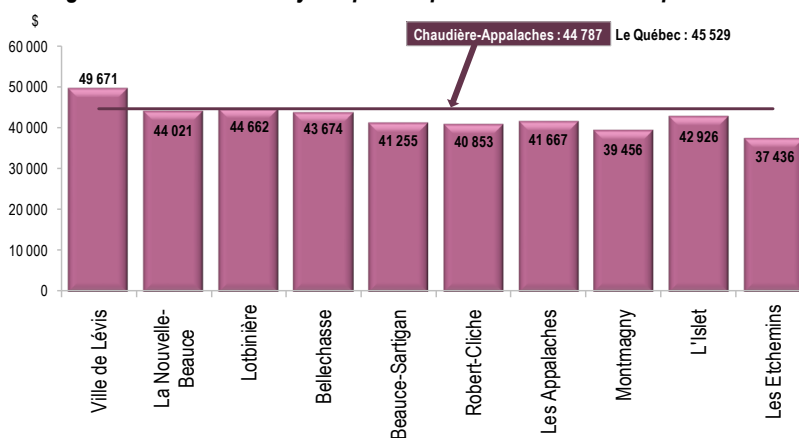
**Figure A12 : Revenu moyen après impôt des familles (couple avec enfant à la maison)**



Les familles en couple avec enfants à la maison de la ville de Lévis possèdent le revenu moyen après impôt le plus élevé. Les familles de L'Islet possèdent le revenu le moins élevé.

Note : Contrairement aux autres indicateurs, la donnée est présentée par territoire de MRC.  
Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

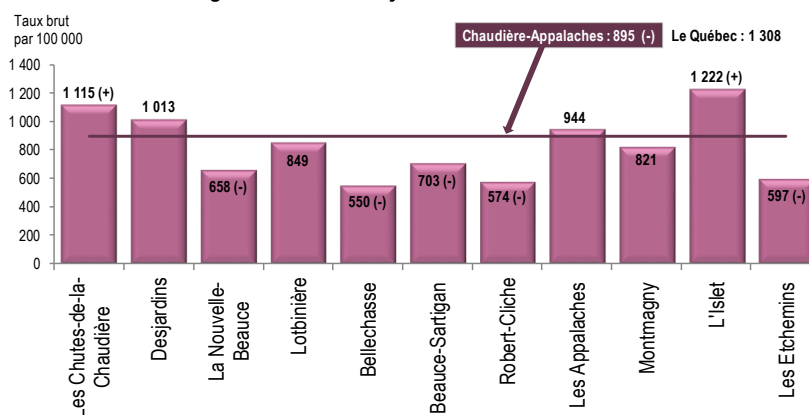
**Figure A13 : Revenu moyen après impôt des familles monoparentales**



Les familles monoparentales habitant la ville de Lévis ont le revenu moyen après impôt le plus élevé et celles des Etchemins ont le revenu moyen le plus faible.

Note : Contrairement aux autres indicateurs, la donnée est présentée par territoire de MRC.  
Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

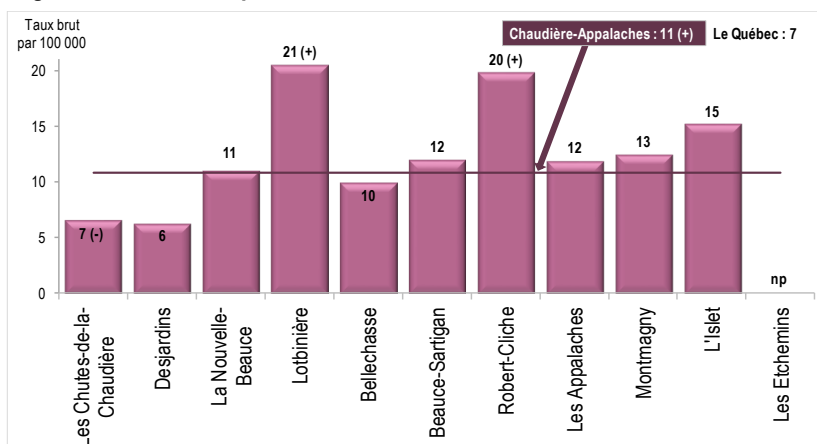
**Figure A14 : Chlamydia chez les 15 à 24 ans**



Des taux plus élevés de déclarations de chlamydia chez les 15 à 24 ans dans les territoires des Chutes-de-la-Chaudière et de L'Islet.

Sources : Fichier de déclaration des MADO et ISQ, estimations et projections démographiques (décembre 2014), 2010 à 2014.

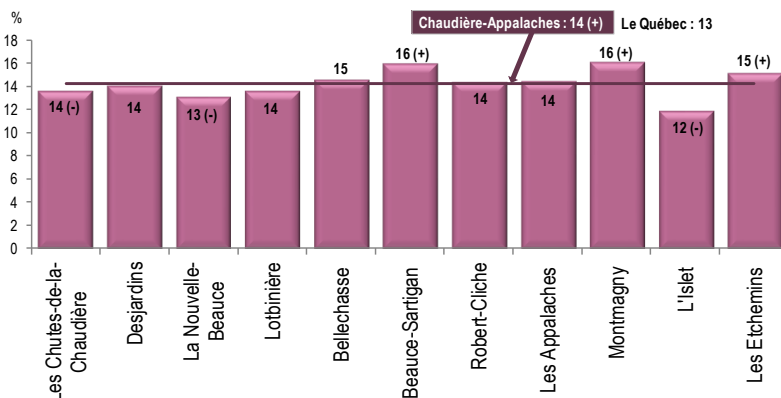
**Figure A15 : Mortalité par accident de véhicules à moteur chez les 18 à 64 ans**



Sources : MSSS, fichier des décès de 2007 à 2011 et ISQ, estimations et projections démographiques (décembre 2014), données produites par l'Infocentre de santé publique.

Les accidents de véhicules à moteur sont un phénomène particulièrement mortel dans Lotbinière et Robert-Cliche. Le taux est moins important dans les Chutes-de-la-Chaudière.

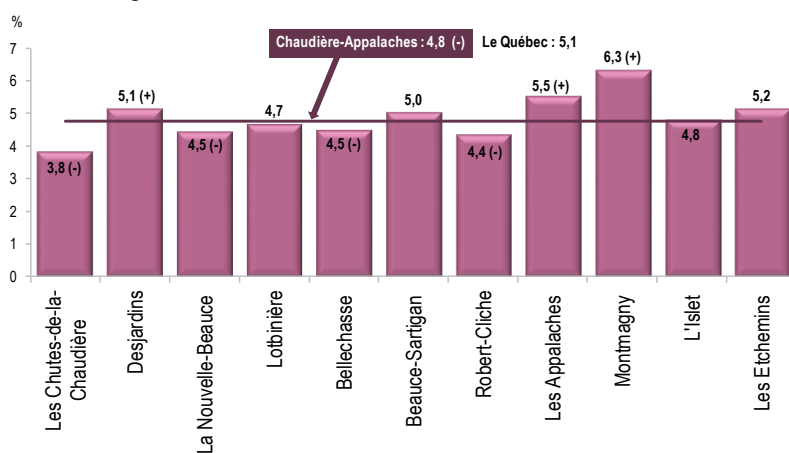
**Figure A16 : Prévalence de l'hypertension artérielle chez les 20 à 64 ans**



Sources : INSPQ, SISMACQ et ISQ, estimations et projections démographiques (décembre 2014), 2008-2009 à 2012-2013, données produites par l'Infocentre de santé publique.

Trois territoires présentent un taux plus élevé de personnes ayant un diagnostic d'hypertension artérielle dans la région : Beauce-Sartigan, Montmagny et Les Etchemins.

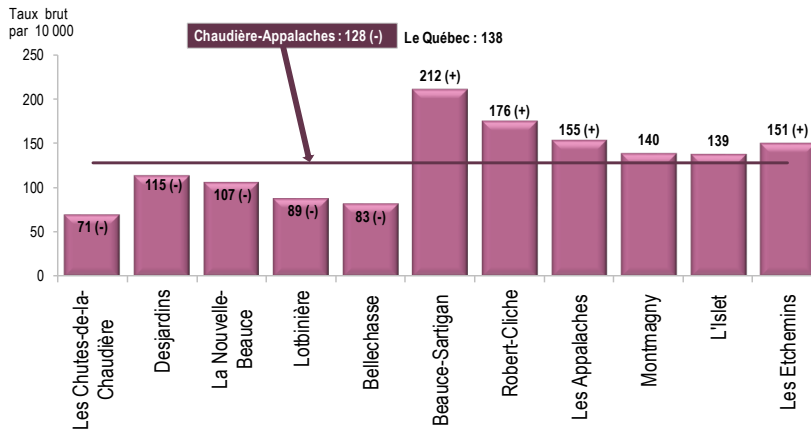
**Figure A17 : Prévalence du diabète chez les 20 à 64 ans**



Sources : INSPQ, SISMACQ et ISQ, estimations et projections démographiques (série produite en décembre 2014), 2008-2009 à 2012-2013, données produites par l'Infocentre de santé publique.

Les territoires de Desjardins, Les Appalaches et Montmagny présentent un taux plus élevé de personnes diabétiques que la région.

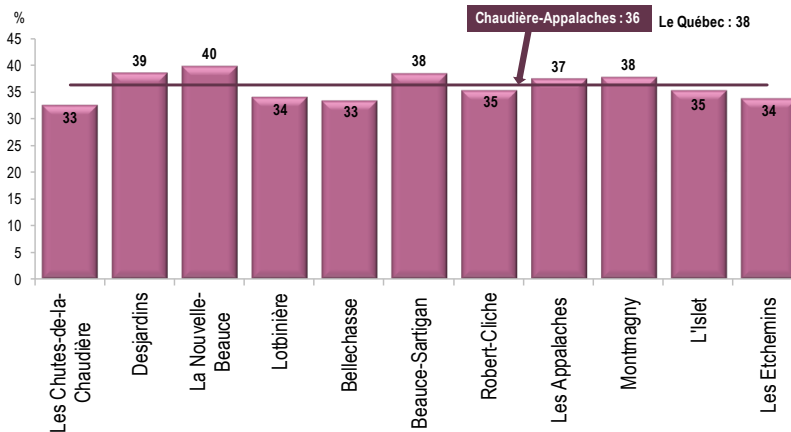
**Figure A18 : Hospitalisations par chutes chez les 65 ans et plus**



Sources : MSSS, fichier des hospitalisations et ISQ, estimations et projections démographiques (décembre 2014), 2009-2010 à 2013-2014), données produites par l'Infocentre de santé publique et incluant les chutes présumées.

Il y a davantage d'épisodes d'hospitalisation à la suite d'une chute chez les aînés dans les territoires de Beauce-Sartigan, Robert-Cliche, Les Appalaches et Les Etchemins. À l'inverse, les territoires de l'axe de la Chaudière comptent des taux d'hospitalisation moins élevés que la région à la suite d'une chute.

**Figure A19 : Population âgée de 75 ans et plus et vivant seule**



Source : Statistique Canada, recensement 2011, données produites par l'Infocentre de santé publique.

Cinq territoires comptent une proportion plus élevée de personnes de 75 ans et plus vivant seules que la région : Desjardins, La Nouvelle-Beauce, Beauce-Sartigan, Les Appalaches et Montmagny.





## RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 120 p.
2. Frohlich, K., et autres (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal, 407 p.
3. Committee on Health and Behavior : Research, Practice and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, (2001). *Health and Behavior : The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*, Institute of Medicine, 400 p.
4. Smedley, Brian D. et S. Leonard Syme, Editors (2000). *Promoting Health : Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health, Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine, 508 p.
5. Cardinal, L. et autres (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 p.
6. Bounajm, Fares, Tin Dinh w et Louis Thériault (2014). *Améliorer les habitudes de vie : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 74 p.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Programme national de santé publique : Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 85 p.
8. QUÉBEC (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, article 373 à jour au 1<sup>er</sup> septembre 2015*, Québec, Éditeur officiel du Québec, s.p.
9. QUÉBEC (2001). *Loi de santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2, article 4 à jour au 1<sup>er</sup> avril 2015*, Québec, Éditeur officiel du Québec, s.p.
10. QUÉBEC (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1 à jour au 1<sup>er</sup> avril 2015*, Québec, Éditeur officiel du Québec, s.p.
11. Le Département de santé communautaire de la Beauce, le Département de santé communautaire de Lévis, le Département de santé communautaire de Montmagny et le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec, (1989). *Profil de la population : État des services et des ressources sociosanitaires de la région Chaudière-Appalaches*, 207 p.
12. Institut national de santé publique du Québec. *Santéscope*, Consulté en septembre 2015, <http://www2.inspq.qc.ca/santescope/>.
13. Brodeur, J., M. Payette et C. Bedos (1998). *Association des variables socioéconomiques avec l'intensité de la carie dentaire chez les écoliers québécois de deuxième et sixième année en 1989-90*, Can J Public Health, 89(4) : 274-279.
14. Mouradian, W.E., E. Wehr et J.J. Crall (2000). *Disparities in children's oral health and access to dental care*, JAMA, 284(20), p. 2625-2631.
15. Garant, Sophie et Annie Bourassa (2009). *Caractérisation de communautés locales : connaître et mobiliser pour mieux intervenir*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, [série de 11 portraits].

16. Hyppolite, S.-R (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale : Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*, Québec, Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 161 p.
17. Paquet, G. (2005). *Partir du bas de l'échelle : Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 152 p.
18. Roberts, H. (2012). *What works in reducing inequalities in child health?*, Grande Bretagne, The Policy Press, Second edition, 170 p.
19. Campbell, F.A., et autres, (2012). *Adult outcomes as a function of an early childhood educational program : An Abecedarian Project follow-up*, *Developmental Psychology*, 48(4), p. 1033-1043.
20. Hohmann, M., et autres, (2000). *Partager le plaisir d'apprendre : Guide d'intervention éducative au préscolaire*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 468 p.
21. Olds, D.L. (2002). *Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses : From Randomized Trials to Community Replication*, *Prevention Science*, 3, p. 153-172.
22. Brodeur, J. et al. (1999). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans : Collection Analyse et Surveillance no 18*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.
23. Levy, Michel, et autres (2007). *Fluoruration de l'eau : Analyse des bénéfices et des risques pour la santé*, Institut national de santé publique du Québec, 42 p.
24. Drolet, Marie-Josée et Lucie Tremblay (2012). *Le Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 280 p.
25. Olshansky, S. Jay (2005). *A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century*, *NEJM*, 352;11.
26. Kershaw, P., et autres (2009). *15 by 15. A Comprehensive Policy Framework for Early Human Capital Investment in BC*, Colombie-Britannique, The University of British Columbia, 59 p.
27. Fortin, Christian (2015). *Bilan de l'année scolaire 2013-2014 : Neuvième année d'application du plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Région de la Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 45 p.
28. Acs, G., et al., (1999). *The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries*, *Pediatr Dent*, 21(2): p. 109-113.
29. Sheiham, A. (2006). *Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children*, *Br Dent J*, 201(10): p. 625-626.
30. Irwin, L. G., A. Siddiqi et C. Hertzman (2007). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur*, Rapport final pour la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé.
31. U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Oral Health in America : A report of the Surgeon General*, Rockville (MD) : National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health.
32. Comeau, L., N. Desjardins et J. Poissant, et collaborateurs (2013). *Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, 107 p.

33. Institut de la statistique du Québec (2012). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011, Tome 1 : Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, 257 p.
34. U.S. Department of Health and Human Services (1988). *The Health Consequences of Smoking : Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.
35. Di Franza, J.R., et autres (2007). *Symptoms of Tobacco Dependence After Brief Intermittent Use*, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 16 July, 161(7) : p. 704-710.
36. Charest, A. (2008). *Nouvelles données sur le tabagisme chez les jeunes : Accros dès la première cigarette, Les actualités du coeur*, Alliance québécoise pour la santé du coeur, 11(3) : p. 4-5.
37. Dubé, G., et autres, (2009). *Rapport de l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaires, 2008*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 222 p.
38. Martin, Catherine et Lyne Arcand (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires : Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes en bref*, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 11 p.
39. Gervais, M., P. Massicotte et D. Champoux (2006). *Conditions de travail, de santé et de sécurité des travailleurs du Québec*, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Rapport R-449, 139 p.
40. Ledoux, É. et M. Laberge (2006). *Bilan et perspectives de recherche sur la SST des jeunes travailleurs*, Études et recherches, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Rapport R-481, 79 p.
41. Beauchesne, Claude et Suzanne Dumas (1993). *Étudier et travailler? : enquête réalisée auprès des élèves du secondaire sur le travail rémunéré durant l'année scolaire*, Québec, Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec, 31 p.
42. Deschesnes, M., S. Demers et P. Finès (2003). *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais, 1991-1996-2002*, Direction de santé publique, RRSSS de l'Outaouais, 249 p.
43. Dumont, M. (2007). *Le travail à temps partiel durant les études chez les élèves du secondaire : Impacts sur leur adaptation scolaire et psychosociale*, Éducation et francophonie, XXXV(1), p. 161-181.
44. Marshall, Katherine (2007). *La vie bien chargée des adolescents : L'emploi et le revenu en perspective*, Vol. 8, n° 5, mai, n° 75-001-XIF au catalogue de Statistique Canada, 2 p.
45. Sarrazin, Lucie, Lucie Dugas et Charles-Étienne Olivier (2015). *Estimations de population avec incapacité en 2011 : région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, Direction de l'évaluation, de la recherche et des communications, 113 p.
46. St-Hilaire, É., L. Paré et L. Roy (2006). *Rapport du directeur de santé publique sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches : La problématique du SUICIDE*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 51 p.
47. Archambault, J., et autres (2010). *Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 72 p.
48. Kino-Québec (2011). *L'activité physique, le sport et les jeunes : Savoir et agir, Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 112 p.

49. Institut de la statistique du Québec. *12 - La Chaudière-Appalaches ainsi que ses municipalités régionales de comté (MRC)*, Consulté le 1er décembre 2014, [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region\\_00/region\\_00.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm).
50. Dubé, Gaëtane et Danny Du Mays (2013). *Les changements faits par les Québécois pour améliorer leur santé en 2007-2008 : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Portraits et trajectoires, Institut de la statistique du Québec, Numéro 17, s. p.
51. Corbeil, P., J. Brodeur et S. Arpin (2006). *Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec, Rapport général*, p. 1-40.
52. Moreau, S. et al. (2009). *Une nouvelle réalité en gérodontologie ... mieux vaut prévenir*, p. 1-16.
53. Association des dentistes de santé publique du Québec (2013). *Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux : Relativement au Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, 10 p.

# ANNEXE

## *Quelques précisions méthodologiques*

### **Le nombre et les mesures de fréquence**

**Nombre** — Il s'agit du nombre de cas présents dans la population pour une période donnée. Il est particulièrement utile pour la planification des services. Le nombre annuel moyen, couvrant une période de 5 ans, est généralement présenté.

**Proportion** — Elle correspond au rapport d'une partie sur un tout, exprimée en pourcentage. Par exemple, elle informe sur le nombre de décès pour une cause parmi l'ensemble des décès. Ainsi, chez les adultes, la proportion de décès par cancer est de 50 %.

**Taux brut** — Il rapporte directement les événements observés au cours d'une période pour un groupe d'âge donné, par rapport à la population de ce groupe d'âge, durant la même période. Il reflète la situation réellement vécue par cette population. Par exemple, le taux brut de décès par accident de véhicules à moteur chez les 18 à 64 ans est de 11/100 000 adultes. Tous les taux par groupes d'âge spécifiques sont des taux bruts.

Les taux bruts sont exprimés :

- pour 100 000 personnes, pour les décès, l'incidence de la chlamydia ainsi que l'incidence des lésions professionnelles et des problèmes de santé au travail;
- pour 10 000 personnes pour les hospitalisations;
- pour 1 000 personnes pour la fécondité et la natalité;
- pour 100 personnes pour les journées d'hospitalisation, les personnes hospitalisées ainsi que la prévalence du diabète et de l'hypertension.

**Taux ajusté selon l'âge (ou taux standardisé)** — Il est utilisé à des fins de comparaison, lorsque le phénomène rapporté est fortement influencé par une caractéristique de population, notamment par l'âge. Il permet de faciliter l'analyse, car il fait abstraction de la différence de structure d'âge des populations comparées. Il ne représente cependant pas une mesure réelle d'une population. À titre d'exemple, il est « normal » d'observer plus de décès par cancer, au cours d'une période, au sein d'une population plus âgée : l'ajustement des taux permet donc des comparaisons plus justes entre les populations de deux territoires en évitant l'effet des structures d'âge, différentes et soulignant des différences qui sont attribuables à un autre facteur que l'âge. La population de référence utilisée pour l'ajustement des taux est celle de l'ensemble du Québec en 2011. La méthode de standardisation privilégiée est la standardisation directe. Comme pour les taux bruts, les taux ajustés (standardisés) sont exprimés pour 100 000 personnes pour les décès. Par exemple, le taux ajusté de mortalité, toutes causes confondues et pour l'ensemble de la population, est de 718/100 000.

### **Les territoires et les années**

Pour l'analyse des particularités locales, le découpage géographique privilégié est celui des territoires dits « de CLSC ». Les exceptions que sont les informations sur le revenu et la scolarité sont indiquées par une note au bas des figures complémentaires visées.

Les données présentées dans ce document se rapportent à la période disponible la plus récente. Ces années varient d'une source à l'autre, selon leur fréquence de diffusion.

## Les sources de données

Les données présentées dans ce document proviennent d'enquêtes populationnelles canadiennes (ESCC et ENM) ou québécoises (EQSP, EQSJS, EQDEM, EQLAV). D'autres sont tirées de fichiers administratifs, par exemple, MED-ÉCHO et I-CLSC, ou du jumelage de banques de données (SISMACQ). Certaines informations sont tirées du Registre des événements démographiques, soit les fichiers des décès et des naissances. Enfin, les données des recensements 2006 et 2011 ainsi que les estimations et projections qui en découlent, figurent parmi la liste des sources de données utilisées et ayant permis de chiffrer les principales conclusions de ce portrait.

Chaque indicateur est calculé et présenté en tenant compte des règles méthodologiques propres à leur source de données respective. La majorité des données présentées est issue de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ. Les regroupements de codes de diagnostic utilisés pour classer les épisodes d'hospitalisation et les décès correspondent à ceux présentés à l'Infocentre de santé publique.

Pour le fichier MED-ÉCHO, les épisodes d'hospitalisation se rapportent aux soins physiques de courte durée sur la base du diagnostic principal, en considérant les exclusions usuelles telles qu'appliquées à l'Infocentre de santé publique. Les journées d'hospitalisation et les durées moyennes de séjour réfèrent aux hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés, selon le diagnostic principal.

## Les comparaisons statistiques

Les données (nombres, taux, proportions, etc.) pour l'ensemble du Québec incluent la région de la Chaudière-Appalaches. Toutefois, pour le calcul des tests de comparaison entre les deux territoires, la région est généralement exclue du Québec. Pour déterminer s'il existe un écart statistique entre deux mesures, un niveau de certitude de 0,05 a été choisi, sauf exception. La signification statistique est issue des tests de comparaison. Dans le texte, aucun symbole n'est présenté, bien que l'analyse statistique en tienne compte, tandis que pour les figures complémentaires, les symboles (+) et (-) ont été ajoutés.

Interprétation des symboles :

(+) et (-) : Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (CLSC comparativement à ailleurs en Chaudière-Appalaches et Chaudière-Appalaches comparativement à ailleurs au Québec).

Pour les données de projections de population, du recensement et de l'ENM, aucun test de comparaison n'a été effectué. De telles règles visent à respecter les façons de faire propre à chacune des sources de données.

## L'évaluation de la précision de la donnée

Le coefficient de variation permet d'estimer la précision des données. Il est particulièrement important lorsqu'il s'agit de diffuser des informations sur des phénomènes touchant peu de cas (petits nombres). Pour un indicateur donné, lorsque le coefficient de variation est trop élevé, l'information n'est pas présentée (et est identifiée par l'abréviation « np »). Si la mesure de précision invite à la prudence ou si elle est jugée suffisamment bonne, la donnée est alors présentée sans annotation particulière. Il est à noter que les balises définies par les organismes ayant réalisé les enquêtes populationnelles (ESCC et EQSP) ont été respectées.

**Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**

**Québec** 