



## **Portrait des maladies chroniques en Chaudière-Appalaches**



Préparé par la Direction de santé publique  
Équipe planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique (PVSSM)

Le 24 mars 2025



Portrait des maladies chroniques en Chaudière-Appalaches est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron  
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2  
Téléphone : 418 386-3363

**Auteurs :**

*M<sup>me</sup> Marie-Pier Boulanger*

Agente de planification, de programmation et de recherche, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique

*M<sup>me</sup> Colette Niyigena*

Agente de planification, de programmation et de recherche, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique

**Sous la direction de :**

*D<sup>re</sup> Liliana Romero*

Directrice de santé publique

*M<sup>me</sup> Nathalie Parent*

Directrice adjointe de santé publique

**Avec la contribution de :**

*D<sup>re</sup> Marie-Ève Beaugard*

Médecin spécialiste en santé publique

*D<sup>re</sup> Sarah Vermette*

Médecin spécialiste en santé publique

*M<sup>me</sup> Caroline Duchaine*

Agente de planification, de programmation et de recherche, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique

*M<sup>me</sup> Pier-Anne Paquet-Gagnon*

Coordonnatrice professionnelle, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique

*M<sup>me</sup> Sylvie Veilleux*

Technicienne en recherche psychosociale, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique

*M<sup>me</sup> Sonia Mathieu*

Assistante du supérieur immédiat à la lutte contre le tabagisme, équipe de promotion, prévention et organisation communautaire

**Mise en page et révision du texte :**

*M<sup>me</sup> Sarah St-Louis*

Technicienne en administration

Les termes hommes et femmes utilisés dans ce portrait font référence aux informations présentes dans les bases de données consultées et ne correspondent pas nécessairement au sexe assigné à la naissance ni au genre. Certaines personnes trans ou non-binaires peuvent donc être classées incorrectement dans l'analyse des données.

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante [www.cisssca.com](http://www.cisssca.com)

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2025



## Table des matières

Faits saillants .....	III
Introduction .....	VI
1. Les maladies respiratoires chroniques .....	1
2. Les maladies cardiovasculaires chroniques .....	5
3. Le diabète .....	14
4. L'obésité .....	16
5. Évolution temporelle des maladies chroniques.....	20
6. La multimorbidité .....	21
7. L'influence des habitudes de vie sur le développement des maladies chroniques.....	23
8. La prévention des maladies chroniques par des environnements favorables à la santé .....	33
Conclusion .....	36
Références.....	37
Annexe I – Tableaux détaillés des données du portrait .....	39
Tableaux détaillés des différences entre les femmes et les hommes .....	39
Tableaux maladies chroniques F-H .....	39
.....	39
Tableaux habitudes de vie F-H .....	45
.....	45
.....	47
Tableaux détaillés des différences entre les territoires de CLSC.....	48
Annexe II – Aspects méthodologiques .....	49
Annexe III – Autres spécifications .....	59



## Faits saillants

Les données présentées dans ce portrait ciblent les maladies chroniques les plus courantes en Chaudière-Appalaches. Cette section résume les principaux éléments qui s'en dégagent. Pour en comprendre les nuances, le lecteur est invité à consulter chaque chapitre, ainsi que les annexes qui présentent des données détaillées pour les femmes et les hommes, les territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC) et la méthodologie.

### Les maladies respiratoires chroniques dans la région en 2022-2023

- 9 % de la population est atteinte d'**asthme**, une proportion inférieure à celle observée au Québec (11 %)<sup>1</sup>. Les 20 à 29 ans représentent le groupe le plus touché, avec une proportion de 16 %.
- La **maladie pulmonaire obstructive chronique** (MPOC) touche 10 % de la population, une proportion légèrement inférieure à celle observée au Québec, avec une différence de moins de 1 %. Peu fréquente chez les adultes, cette maladie augmente avec l'âge, affectant 17 % des personnes âgées de 65 ans et plus.

### Les maladies cardiovasculaires chroniques dans la région en 2022-2023

- 25 % de la population vit avec de l'**hypertension artérielle**, une proportion similaire à celle observée au Québec. La proportion de personnes hypertendues augmente fortement avec l'âge, passant d'environ 12 % chez les 20 à 64 ans à 57 % chez les aînés de 65 ans et plus.
- Près de 11 % de la population est atteinte de **cardiopathies ischémiques**, une proportion légèrement supérieure à celle du Québec (9 %). La proportion de personnes atteintes augmente avec l'âge, passant de 4 % chez les 20 à 64 ans à 28 % chez les personnes de 65 ans et plus.
- 5 % de la population est touchée par l'**insuffisance cardiaque**, une proportion légèrement plus élevée qu'au Québec, avec une différence de moins de 1 %. Cette maladie touche 9 % des personnes de 65 ans et plus, tandis qu'environ 1 % des personnes de 40 à 64 ans en sont atteintes.
- 3 % de la population vit avec une **maladie vasculaire cérébrale**, une proportion similaire à celle observée au Québec. Ces maladies affectent davantage les personnes âgées, touchant 8 % des aînés de 65 ans et plus, alors qu'environ 1 % des personnes de 20 ans à 64 ans sont atteintes.

### Le diabète dans la région en 2022-2023 et l'obésité dans la région en 2020-2021

- 8 % de la population est atteinte de **diabète**, une proportion légèrement inférieure à celle observée au Québec, avec une différence de moins de 1 %. La proportion de personnes vivant avec cette maladie croît avec l'âge, passant de 5 % chez les adultes de 20 à 64 ans à 21 % chez les aînés de 65 ans et plus.
- 24 % de la population présente de l'**obésité**, une proportion semblable à celle observée au Québec. L'obésité affecte 14 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans, tandis qu'elle concerne près du double des adultes de 45 à 64 ans (27 %).

---

<sup>1</sup> Le test statistique est réalisé par rapport au reste du Québec, en excluant la région de la Chaudière-Appalaches. La donnée présentée est celle de l'ensemble du Québec. Ceci est applicable aux autres comparaisons entre la région et le Québec.

## Habitudes de vie dans la région en 2020-2021

### Indicateurs favorables ou similaires comparés au Québec

- La proportion de personnes qui **fument** dans la région est de 16 %. Celle-ci est légèrement inférieure à celle observée au Québec (18 %).
- 61 % de la population de Chaudière-Appalaches **consomme moins de 5 fois par jour des fruits et légumes**, un résultat similaire à celui du Québec (données de 2015-2016).
- Le niveau d'**activité physique** régional est comparable à celui de la province.

### Indicateurs moins favorables comparés au Québec

- La proportion de personnes ayant **consommé de l'alcool** au cours des 12 derniers mois est de 84 %, une proportion supérieure à celle du Québec (79 %).
- La **consommation excessive d'alcool** touche 28 % de la population, une proportion supérieure à celle du Québec (24 %).
- Plus de la moitié (58 %) de la population rapporte **consommer au moins une boisson sucrée** quotidiennement, une proportion légèrement plus élevée qu'au Québec (52 %).

### Indicateurs liés à l'âge

- Parmi les 18 à 64 ans, plus d'une personne sur 3 rapporte avoir **consommé de l'alcool de manière excessive**.
- La proportion régionale de personnes qui **fument** tend à diminuer avec l'âge.





## Introduction

### Contexte

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée, évoluant généralement lentement, souvent liées à des facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir. Celles-ci ont un impact significatif sur la santé, pouvant entraîner d'autres maladies ou complications, des limitations fonctionnelles ou handicaps, une diminution de la qualité de vie ou une mortalité prématurée (OMS, 2025).

Le vieillissement augmente le risque de développer une maladie chronique. Le portrait [Vieillir en Chaudière-Appalaches](#) révèle que les personnes de 65 ans et plus représentaient 25 % de la population en 2023 et cette proportion atteindra 30 % d'ici 2041. Dans cette perspective, l'évolution démographique doit être prise en compte dans la planification des services préventifs et des services de santé et des services sociaux en lien avec les maladies chroniques.

Malgré leur association au vieillissement, les maladies chroniques touchent aussi des jeunes et des adultes. Cette réalité souligne l'importance d'agir tôt dans le parcours de vie pour prévenir leur développement ou en atténuer leurs conséquences.

Étant donné que plusieurs facteurs de risque sont modifiables, il est essentiel d'adopter une approche proactive et multidimensionnelle pour prévenir leur apparition. Ce défi constitue un enjeu sociétal important et nécessite des efforts coordonnés à tous les niveaux.

### Objectif du portrait et données présentées

Ce portrait présente les données les plus récentes disponibles sur les maladies chroniques qui affectent les personnes vivant en Chaudière-Appalaches. Ce document propose un état de situation des maladies chroniques les plus courantes et des facteurs qui les influencent, sans être exhaustif.

Il s'adresse particulièrement aux professionnels de la santé et aux intervenants impliqués dans la prévention, la promotion et la dispensation des services liés aux maladies chroniques. Les informations présentées visent à soutenir la réflexion sur les stratégies de prévention, de promotion de la santé et la planification des services en lien avec les maladies abordées.

Plus largement, ce portrait s'adresse également à toute personne intéressée à en connaître davantage sur la situation des maladies chroniques en Chaudière-Appalaches.

Voici les 8 problèmes de santé chroniques qui ont été retenus pour ce portrait en raison de leur importance au sein de la population et de la disponibilité des données. Il est important de préciser que les données concernant les cancers n'ont pas été retenues dans ce portrait régional, car leur traitement sera abordé dans un cadre distinct.

## Les maladies respiratoires chroniques



L'asthme



La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

## Les maladies cardiovasculaires chroniques



L'hypertension artérielle



Les cardiopathies ischémiques



L'insuffisance cardiaque



Les maladies vasculaires cérébrales

## Autres maladies chroniques



Le diabète



L'obésité

### Notes méthodologiques :

Les données présentées sont tirées majoritairement du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ, 2022-2023), de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP, 2020-2021) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2015-2016). Celles-ci ont été ventilées selon le sexe, le groupe d'âge et selon la répartition géographique (par territoires de CLSC), lorsque possible. Des données complémentaires et certaines spécifications méthodologiques sont également disponibles en annexe.

À noter que les bases de données disponibles fournissent les nombres de cas des maladies chroniques arrondis de manière aléatoire. Ainsi, les données concernant le nombre de personnes atteintes sont arrondies à l'unité de 5.

Dans le cadre des analyses par territoire de CLSC, le nom Beauce-Centre est utilisé pour l'harmoniser avec celui de la MRC et simplifier la consultation des documents, quoique le territoire du CLSC Robert-Cliche représente l'appellation officielle.

Les proportions de personnes atteintes sont présentées en proportions brutes afin de refléter les données réelles de la population. Toutefois, pour permettre une comparaison avec le reste du Québec, les tests statistiques sont effectués sur des proportions ajustées en fonction de la structure d'âge.

# 1. Les maladies respiratoires chroniques

## 1.1. L'asthme

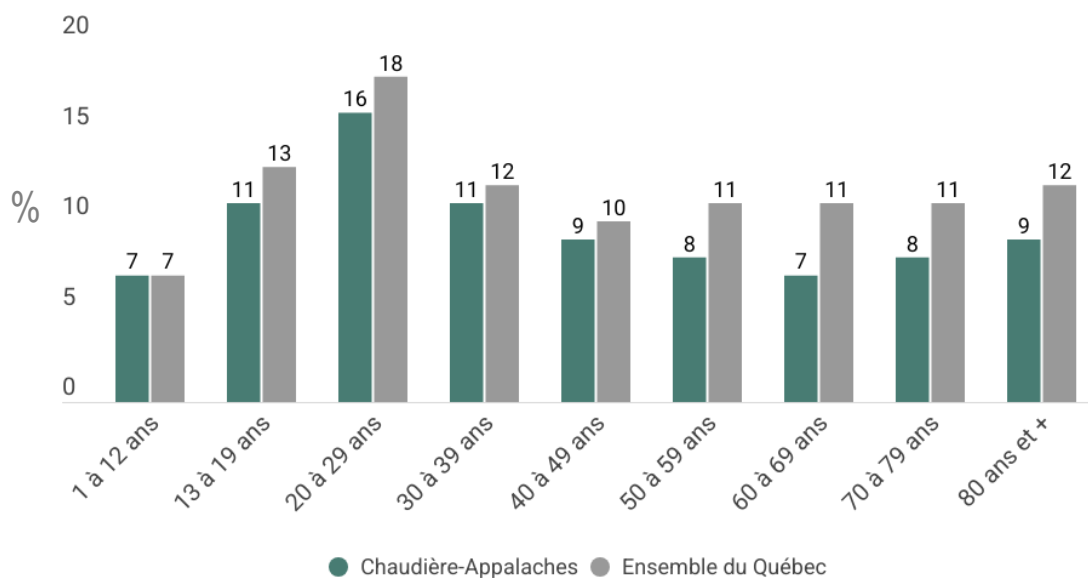


L'asthme est un syndrome caractérisé par la présence de symptômes respiratoires persistants ou intermittents associés à une obstruction bronchique variable, généralement réversible et une hyperactivité bronchique (Lougheed et al., 2012). Les symptômes peuvent être la toux, l'essoufflement, une respiration sifflante, une sensation d'oppression thoracique et une production augmentée de mucus.

Les facteurs de risque de l'asthme se présentent sous 2 formes : les facteurs de risque qui contribuent au développement de la maladie (antécédents familiaux d'allergies, exposition à la fumée du tabac, infections respiratoires fréquentes au cours des premières années de vie) et les facteurs de risque qui sont liés au déclenchement de la crise d'asthme (Boulet et Bourbeau, 2002). Ces épisodes d'essoufflements sévères peuvent être déclenchés notamment par l'exercice physique, la fumée du tabac, la poussière, l'exposition à des allergènes, irritants ou polluants aériens, les variations de température ou les infections respiratoires (OMS, 2023).

En Chaudière-Appalaches, 40 615 personnes sont atteintes d'asthme chez la population d'un an et plus, ce qui représente 9 % de la population. Cette proportion régionale est inférieure à celle observée au Québec (11 %)². Dans la région, le groupe d'âge le plus affecté est celui des 20 à 29 ans, avec environ une personne sur 6 concernée.

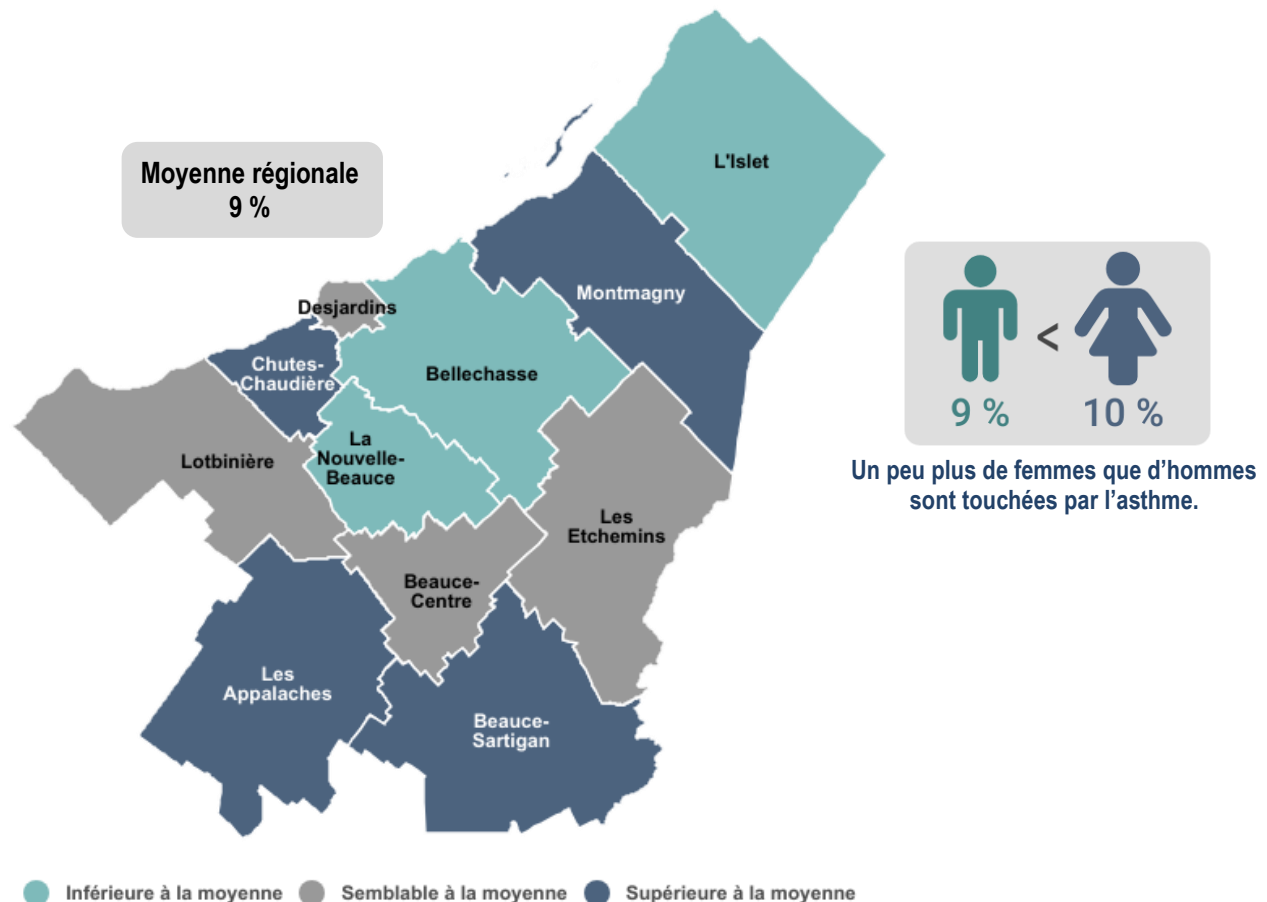
**Figure 1. Proportion de la population atteinte d'asthme, 2022-2023**



<sup>2</sup> Le test statistique est réalisé par rapport au reste du Québec, en excluant la région de la Chaudière-Appalaches. La donnée présentée est celle de l'ensemble du Québec. Ceci est applicable aux autres comparaisons entre la région et le Québec.

La proportion de la population âgée d'un an et plus atteinte d'asthme varie de 8 % à 10 % entre les territoires de CLSC, avec une moyenne régionale de 9 %. Ainsi, les variations entre les territoires restent relativement faibles. La proportion de la population atteinte d'asthme est légèrement supérieure à la moyenne régionale dans 4 territoires.

**Figure 2. Population atteinte d'asthme par territoire de CLSC, 2022-2023**



### Asthme chez les enfants



L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez les enfants (OMS, 2024). Voici quelques tendances parmi les jeunes de la région.

Parmi les enfants âgés de 1 à 4 ans, 4 % ont un diagnostic d'asthme, un chiffre qui augmente à 8 % chez les 5 à 12 ans. Ces proportions sont similaires à celles observées dans le reste du Québec. Chez les jeunes de 1 à 19 ans, l'asthme touche davantage les garçons (10 %) que les filles (6 %). Toutefois, cette tendance s'inverse à l'âge adulte, où plus de femmes (10 %) que d'hommes (9 %) reçoivent un diagnostic d'asthme.

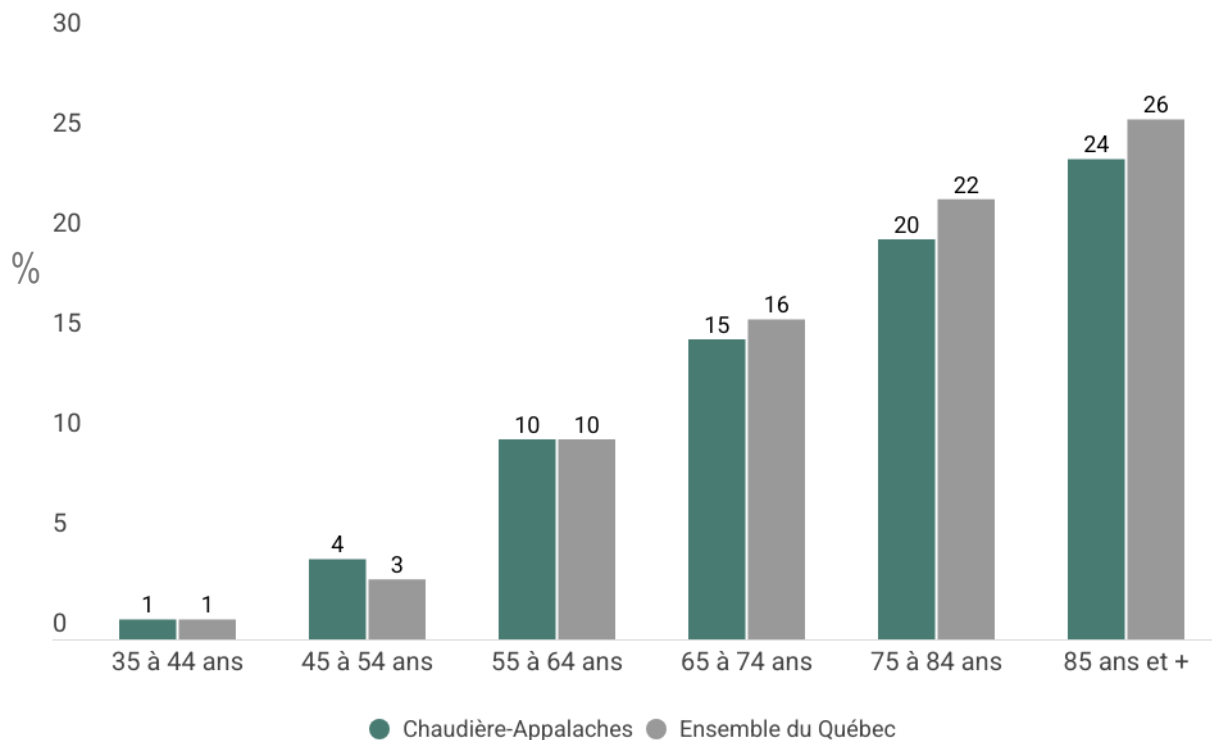
## 1.2. La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)



La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) regroupe la bronchite chronique et l'emphysème. Ce trouble respiratoire, causé en grande partie par le tabagisme, est caractérisé par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, de l'hyperinflation pulmonaire, des manifestations systémiques et des exacerbations, dont la fréquence et la gravité vont en augmentant (O'Donnell et al., 2008).

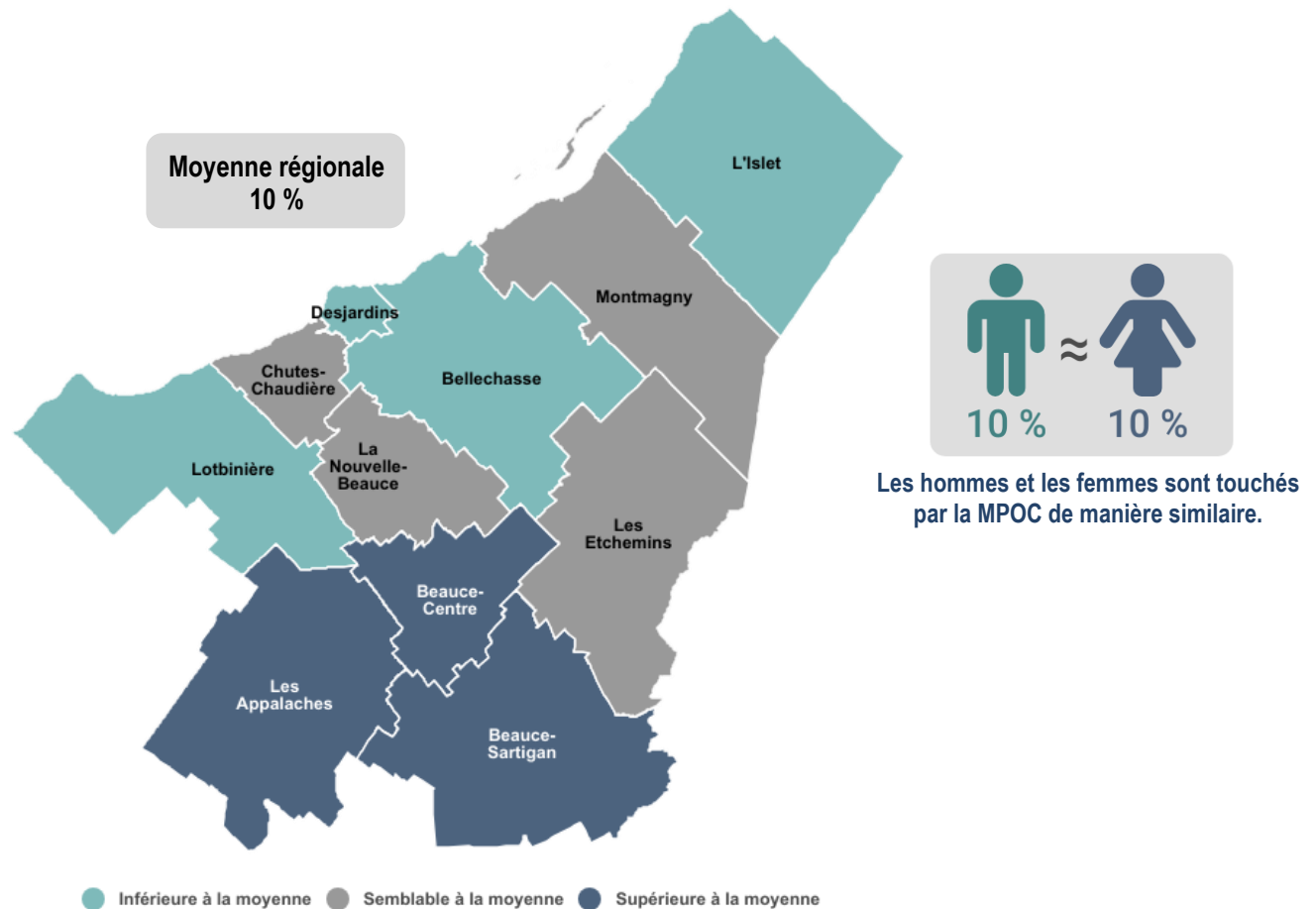
En Chaudière-Appalaches, 27 075 personnes sont atteintes de la MPOC chez les 35 ans et plus, ce qui représente près de 10 % de la population. Cette proportion est légèrement inférieure à celle observée au Québec, avec une différence de moins de 1 %. La prévalence de la MPOC diagnostiquée augmente avec l'âge, touchant 17 % des personnes âgées de 65 ans et plus. Cette proportion est environ 3 fois plus élevée que celle des adultes de 35 à 64 ans.

**Figure 3. Proportions de personnes ayant un diagnostic de MPOC, 2022-2023**



La proportion de la population de 35 ans et plus atteinte de la MPOC varie de 8 % à 14 % entre les territoires de CLSC, avec une moyenne régionale de 10 %. La proportion de la population atteinte de la MPOC est supérieure à la moyenne régionale dans 3 territoires.

**Figure 4. Population atteinte de la MPOC par territoire de CLSC, 2022-2023**



## 2. Les maladies cardiovasculaires chroniques

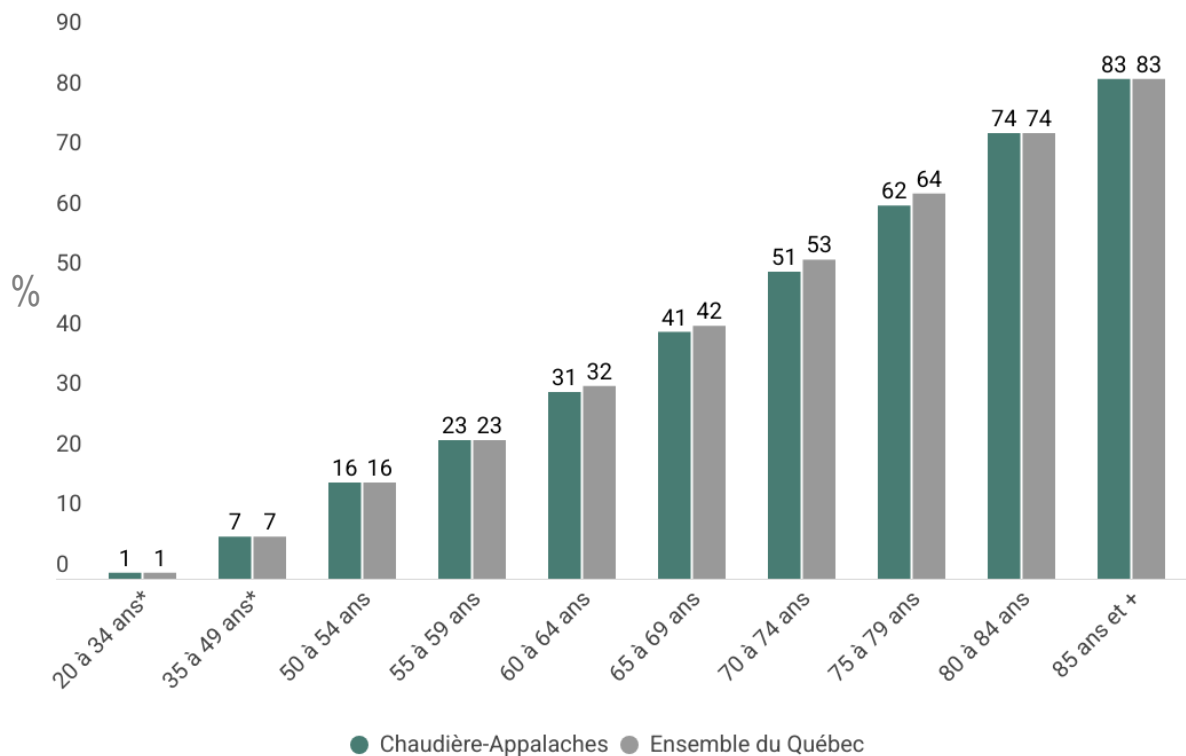
### 2.1. L'hypertension artérielle



L'hypertension artérielle est une condition chronique qui survient lorsque la tension artérielle demeure élevée pendant de longues périodes. Bien qu'elle puisse être fréquemment asymptomatique, il est important d'en détecter sa présence, car elle constitue l'un des facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires (INSPQ, 2020a).

En Chaudière-Appalaches, 88 865 personnes vivent avec une hypertension artérielle chez les 20 ans et plus, ce qui représente 25 % de la population. Cette proportion est similaire à celle observée au Québec. La proportion de personnes hypertendues augmente fortement avec l'âge, passant d'environ 12 % chez les 20 à 64 ans à 57 % chez les aînés de 65 ans et plus. Chez les aînés de 85 ans et plus, c'est plus de 4 personnes sur 5 qui sont hypertendues.

**Figure 5. Proportions de personnes atteintes d'hypertension artérielle, 2022-2023**

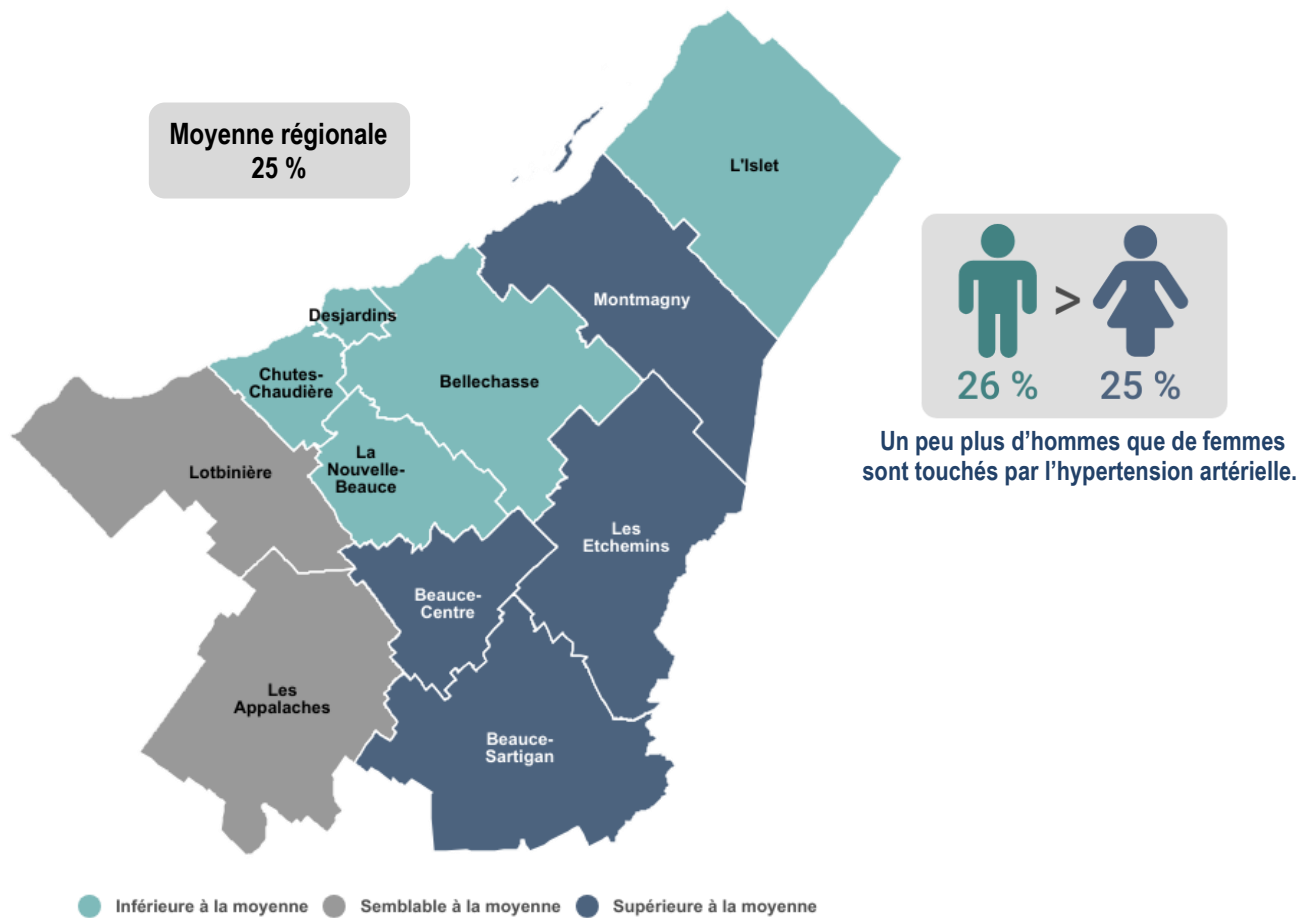


\* : Tranche d'âge regroupée, pourcentage faible



La proportion de la population de 20 ans et plus atteinte d'hypertension artérielle varie de 22 % à 31 % entre les territoires de CLSC, avec une moyenne régionale de 25 %. La proportion de la population atteinte d'hypertension artérielle est supérieure à la moyenne régionale dans 4 territoires.

**Figure 6. Population atteinte d'hypertension artérielle par territoire de CLSC, 2022-2023**



## 2.2. Les cardiopathies ischémiques

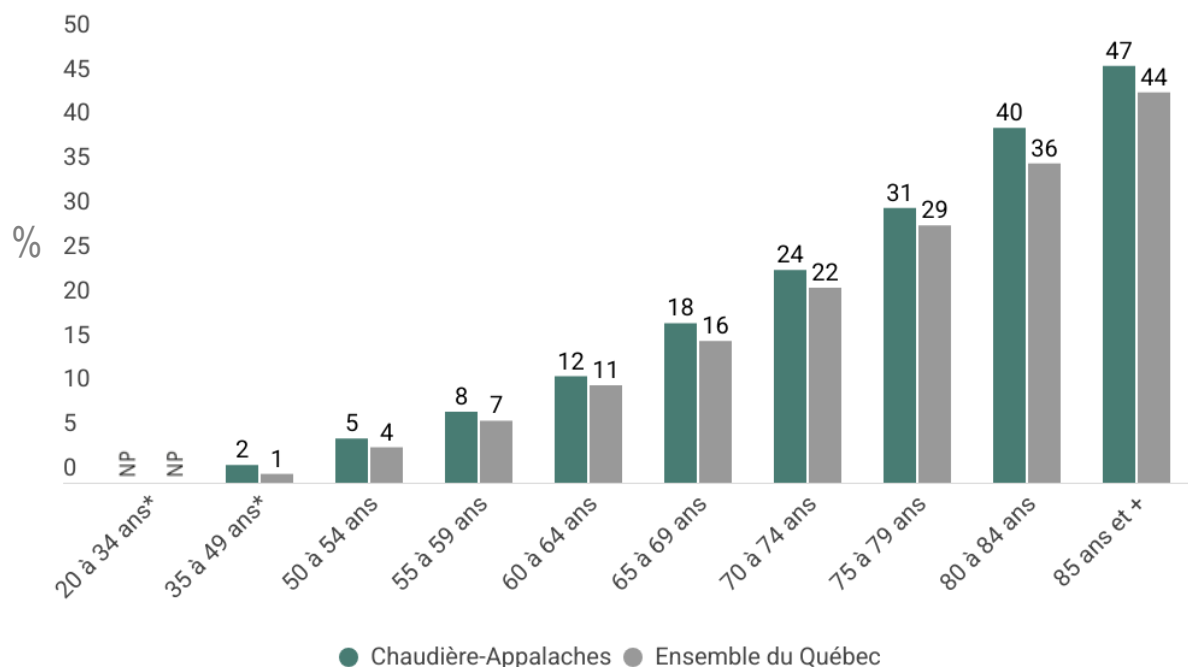


Les cardiopathies ischémiques, parfois appelées maladies coronariennes, sont des conditions chroniques attribuables à l'insuffisance des apports sanguins au muscle du cœur en raison de l'obstruction des artères coronaires souvent causée par l'athérosclérose. Elles comprennent notamment l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde (INSPQ, 2020b).

En Chaudière-Appalaches, 39 120 personnes sont atteintes de cardiopathies ischémiques chez les 20 ans et plus, ce qui représente 11 % de la population. Cette proportion est supérieure à celle observée au Québec (9 %). Le risque de développer cette condition augmente considérablement avec l'âge, passant de 4 % chez les 20 à 64 ans à 28 % chez les aînés de 65 ans et plus. À partir de 85 ans, c'est près d'une personne sur 2 qui en est atteinte.

De plus, le taux de **mortalité toutes causes confondues** est près de 3 fois plus élevé chez les personnes diagnostiquées avec une cardiopathie ischémique par rapport à celles qui n'en sont pas atteintes. Cette différence est plus marquée chez les 20 à 64 ans que chez les personnes plus âgées.

**Figure 7. Proportions de personnes atteintes d'une cardiopathie ischémique, 2022-2023**

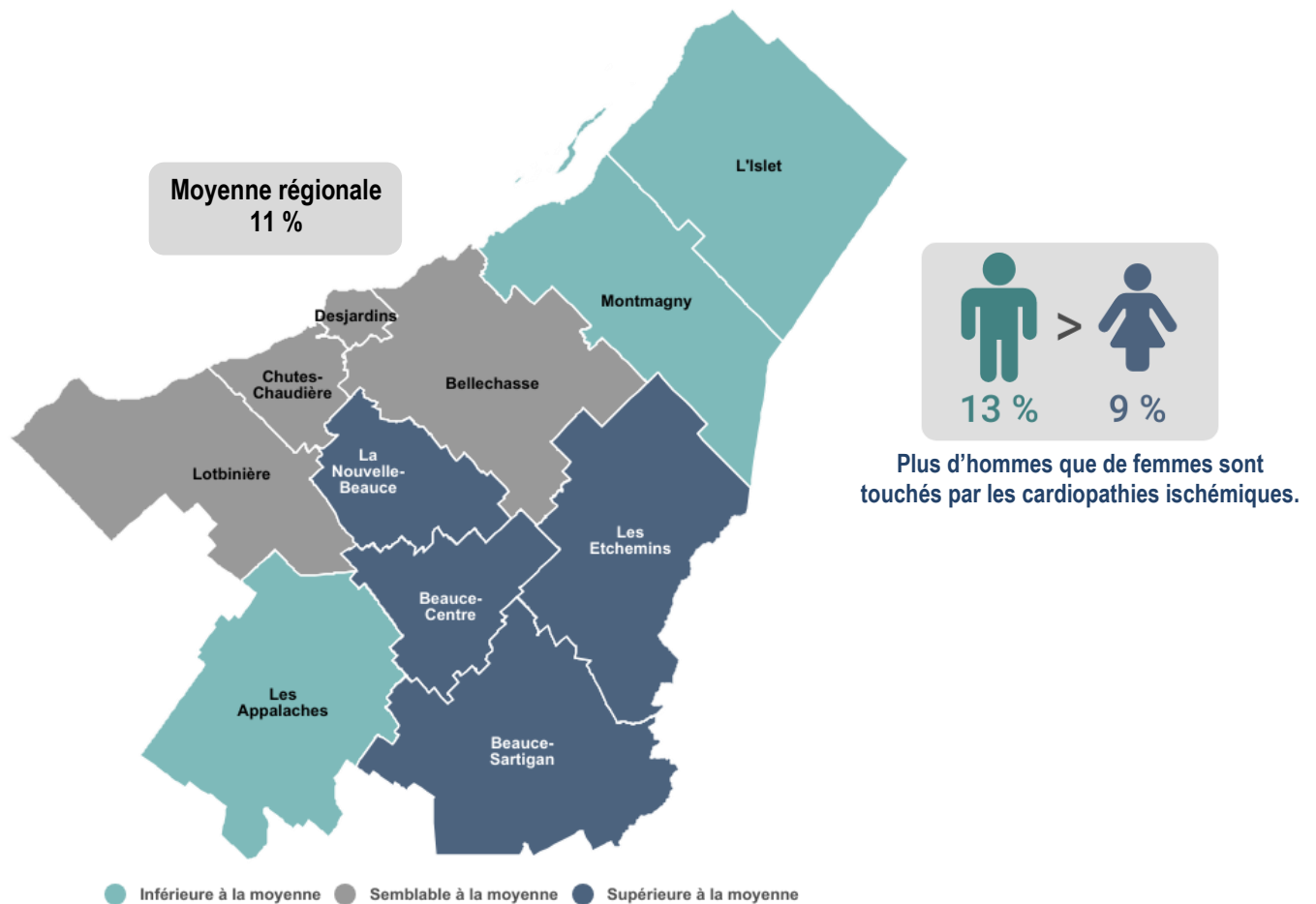


NP : Non présenté, données non disponibles

\* : Tranche d'âge regroupée, pourcentage faible

La proportion de la population de 20 ans et plus atteinte de cardiopathies ischémiques varie de 10 % à 14 % entre les territoires de CLSC, avec une moyenne régionale de 11 %. La proportion de la population atteinte de cardiopathies ischémiques est supérieure à la moyenne régionale dans 4 territoires.

**Figure 8. Population atteinte de cardiopathies ischémiques par territoire de CLSC, 2022-2023**



## 2.3. L'insuffisance cardiaque

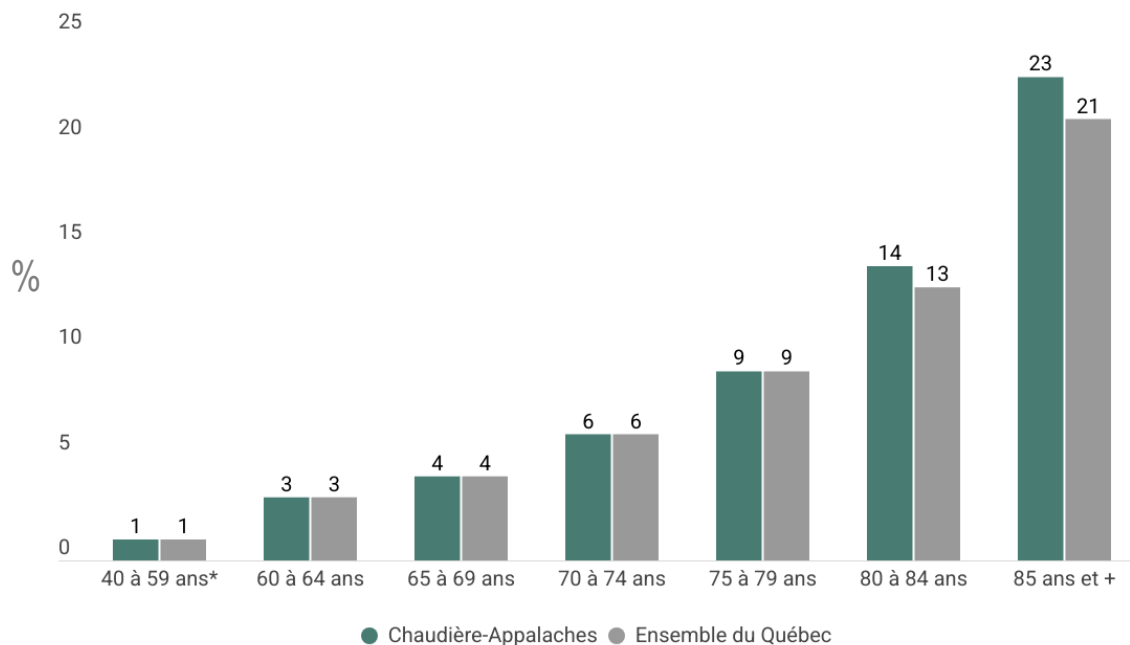


L'insuffisance cardiaque représente l'incapacité du cœur à assumer son rôle de pompe et à propulser le sang vers les organes pour répondre à tous les besoins du corps en énergie. Cette complication est associée à une accumulation de facteurs de risque qui endommagent la structure et le fonctionnement du muscle cardiaque, par exemple l'hypertension artérielle ou une cardiopathie ischémique (INSPQ, 2022).

En Chaudière-Appalaches, 11 320 personnes sont atteintes d'insuffisance cardiaque chez les 40 ans et plus, ce qui représente 5 % de la population. Cette proportion est légèrement supérieure à celle observée au Québec, avec une différence de moins de 1 %. Cette maladie touche 9 % des personnes de 65 ans et plus, tandis qu'environ 1 % des personnes de 40 à 64 ans en sont atteintes. C'est principalement chez les 80 ans et plus que les proportions de personnes atteintes dépassent celle du Québec. À partir de 85 ans, c'est près d'une personne sur 4 qui en est atteinte.

De plus, le taux de mortalité **toutes causes confondues** est près de 5 fois plus élevé chez les personnes atteintes de cette condition que chez celles qui ne le sont pas.

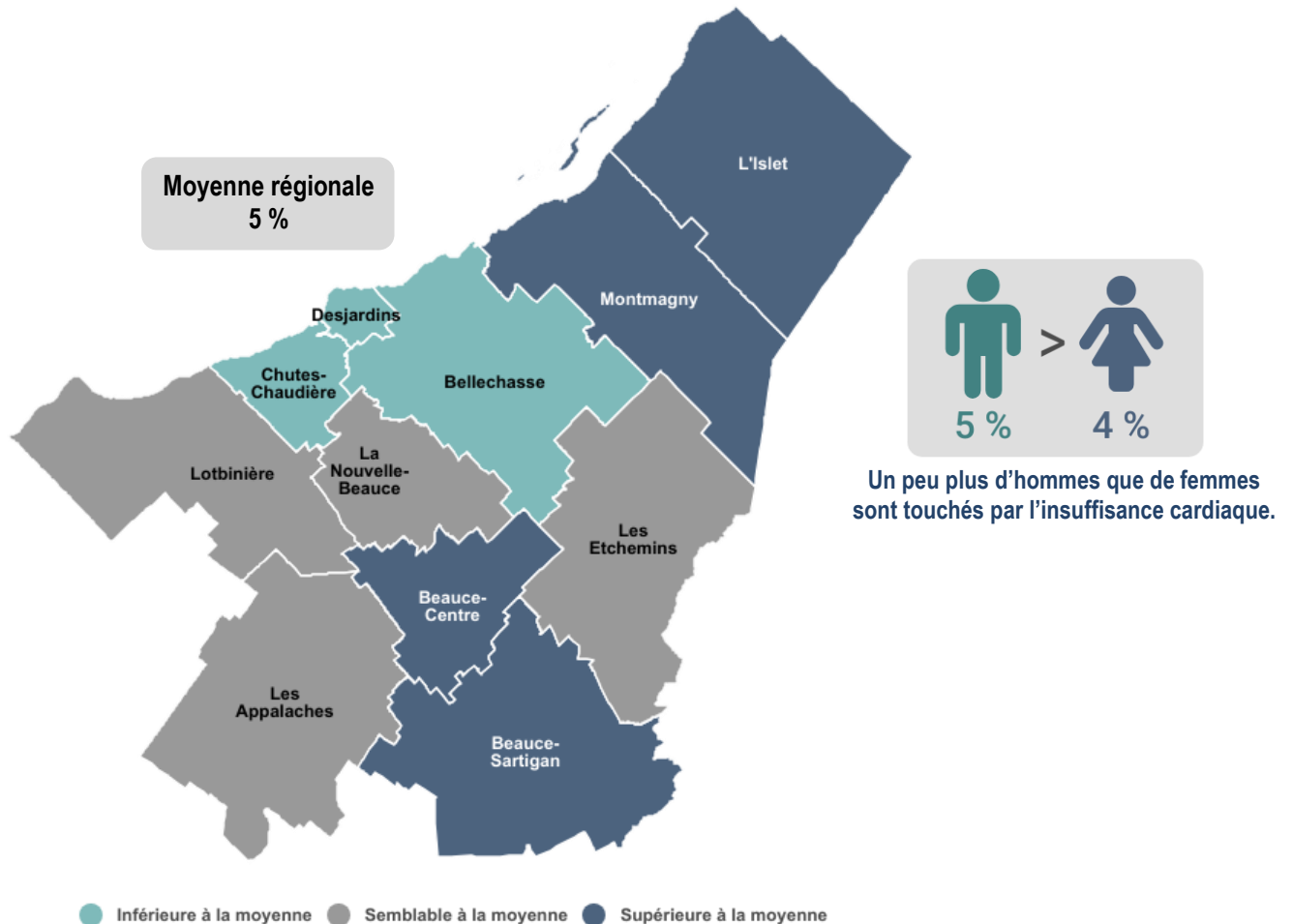
**Figure 9. Proportions de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, 2022-2023**



\* : Tranche d'âge regroupée, pourcentage faible

La proportion de la population de 40 ans et plus atteinte d'insuffisance cardiaque varie de 3 % à 6 % entre les territoires de CLSC, avec une moyenne régionale de 5 %. La proportion de la population atteinte d'insuffisance cardiaque est légèrement supérieure à la moyenne régionale dans 4 territoires.

**Figure 10. Population atteinte d'insuffisance cardiaque par territoire de CLSC, 2022-2023**



## 2.4. Les maladies vasculaires cérébrales

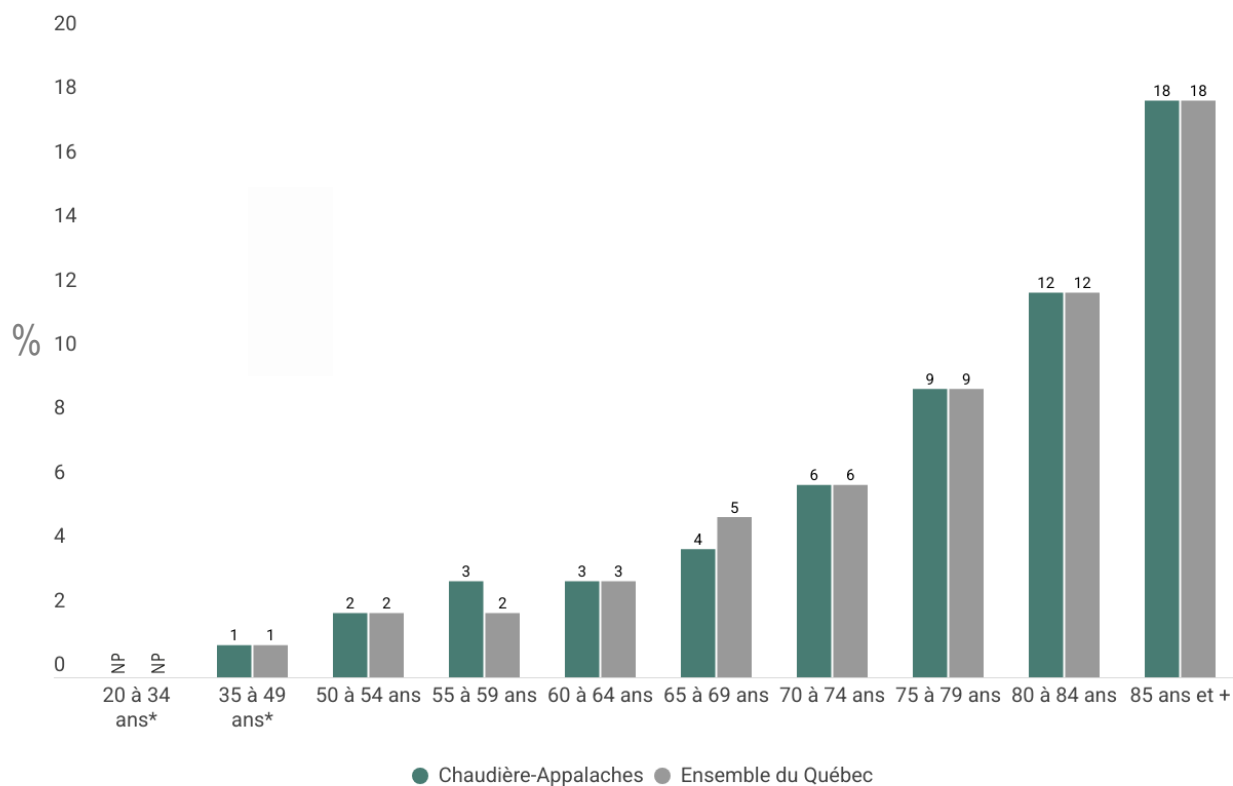


Les maladies vasculaires cérébrales englobent les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'autres conditions qui affectent les vaisseaux du cerveau et qui entraînent un déficit neurologique. Elles sont principalement causées soit par une interruption ou une insuffisance de la circulation du sang dans un vaisseau du cerveau dû à un caillot (ischémie), soit par la rupture d'un vaisseau irriguant le cerveau (hémorragie) (INSPQ, 2020c).

En Chaudière-Appalaches, 11 760 personnes sont atteintes des maladies vasculaires cérébrales chez les 20 ans et plus, ce qui représente 3 % de la population. Cette proportion est similaire à celle observée au Québec. Bien que cette condition soit moins fréquente que d'autres maladies chroniques, la proportion des personnes atteintes augmente significativement avec l'âge, passant d'environ 1 % chez les personnes de 20 ans à 64 ans à 8 % chez les aînés de 65 ans et plus. À partir de 85 ans, près d'une personne sur 5 en est atteinte.

De plus, le taux de **mortalité toutes causes confondues** est environ 4 fois plus élevé chez les personnes atteintes que chez celles qui ne le sont pas.

**Figure 11. Proportions de personnes ayant un diagnostic de maladies vasculaires cérébrales, 2022-2023**

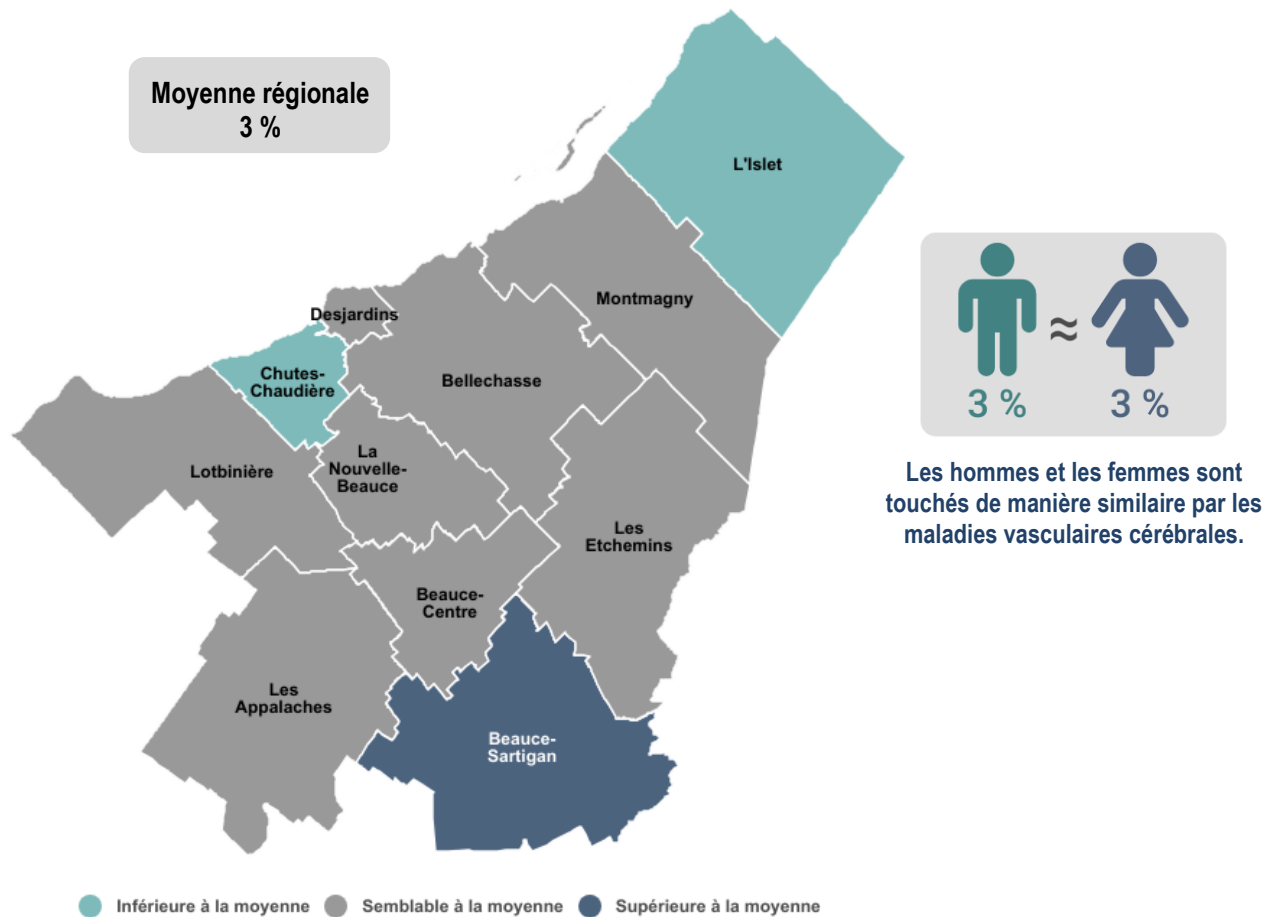


NP : Non présenté, données non disponibles

\* : Tranche d'âge regroupée, pourcentage faible

La proportion de la population de 20 ans et plus atteinte de maladies vasculaires cérébrales varie de 3 % à 4 % entre les territoires de CLSC, avec une moyenne régionale de 3 %. Ainsi, les écarts entre les territoires restent relativement faibles. La proportion de la population atteinte de maladies vasculaires cérébrales est légèrement supérieure à la moyenne régionale dans un seul territoire.

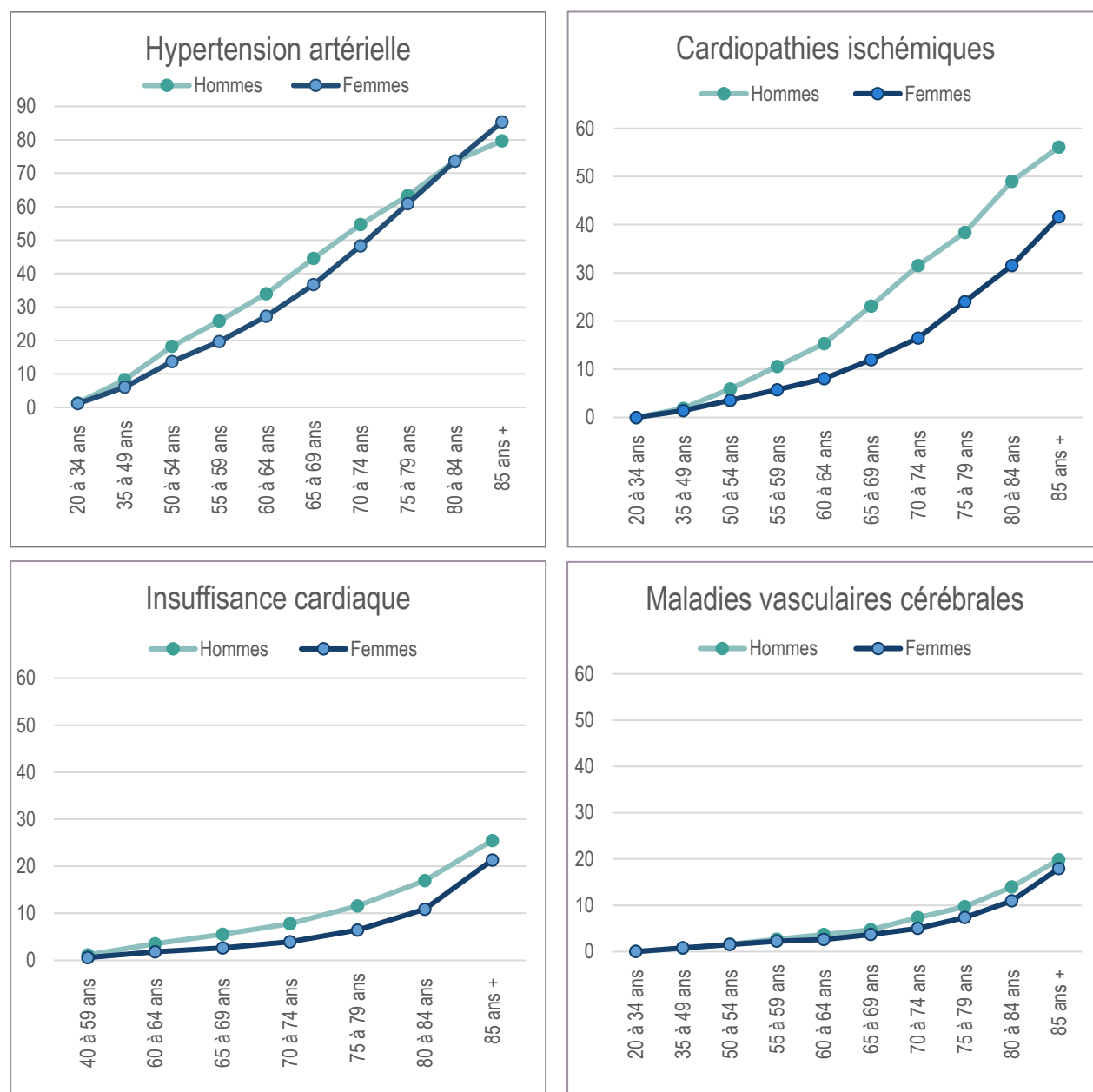
**Figure 12. Population atteinte des maladies vasculaires cérébrales par territoire de CLSC, 2022-2023**



## 2.5. Analyse des différences entre les sexes pour les 4 principales maladies cardiovasculaires chroniques

Les données ci-dessous mettent en évidence l'écart entre les sexes en fonction de l'évolution des tranches d'âge. Les hommes sont plus concernés que les femmes par les cardiopathies ischémiques et légèrement plus par l'insuffisance cardiaque et l'hypertension artérielle, bien que cette dernière tende à toucher davantage les femmes après 80 ans. En ce qui concerne les maladies vasculaires cérébrales, bien que les taux globaux soient similaires, des écarts entre les hommes et les femmes sont tout de même observés dans certaines tranches d'âge.

**Figure 13. Proportions en pourcentages bruts des hommes et des femmes atteints pour chaque maladie en 2022-2023**





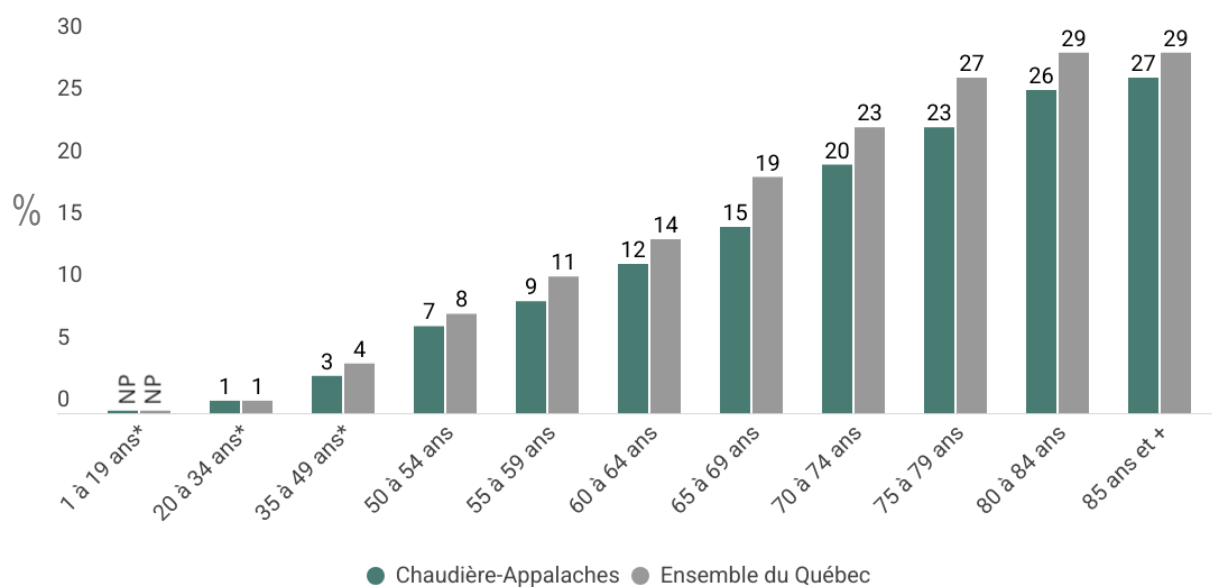
### 3. Le diabète



Le diabète est une perte de capacité du corps de réguler le niveau de sucre (glycémie) dans le sang. Il peut entraîner des complications sérieuses telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies rénales, les neuropathies et les troubles visuels (Pigeon et Larocque, 2011). Les données présentées comprennent les 2 types les plus fréquents, soit le diabète de type 1 et le diabète de type 2, sans distinction.

En Chaudière-Appalaches, 33 795 personnes vivent avec le diabète chez les 1 an et plus, ce qui représente 8 % de la population. Cette proportion est légèrement inférieure à celle observée au Québec, avec une différence de moins de 1 %. La proportion de personnes vivant avec le diabète croît avec l'âge, passant de 5 % chez les adultes de 20 à 64 ans, à 21 % chez les aînés de 65 ans et plus.

**Figure 14. Proportions de personnes ayant un diagnostic de diabète, 2022-2023**

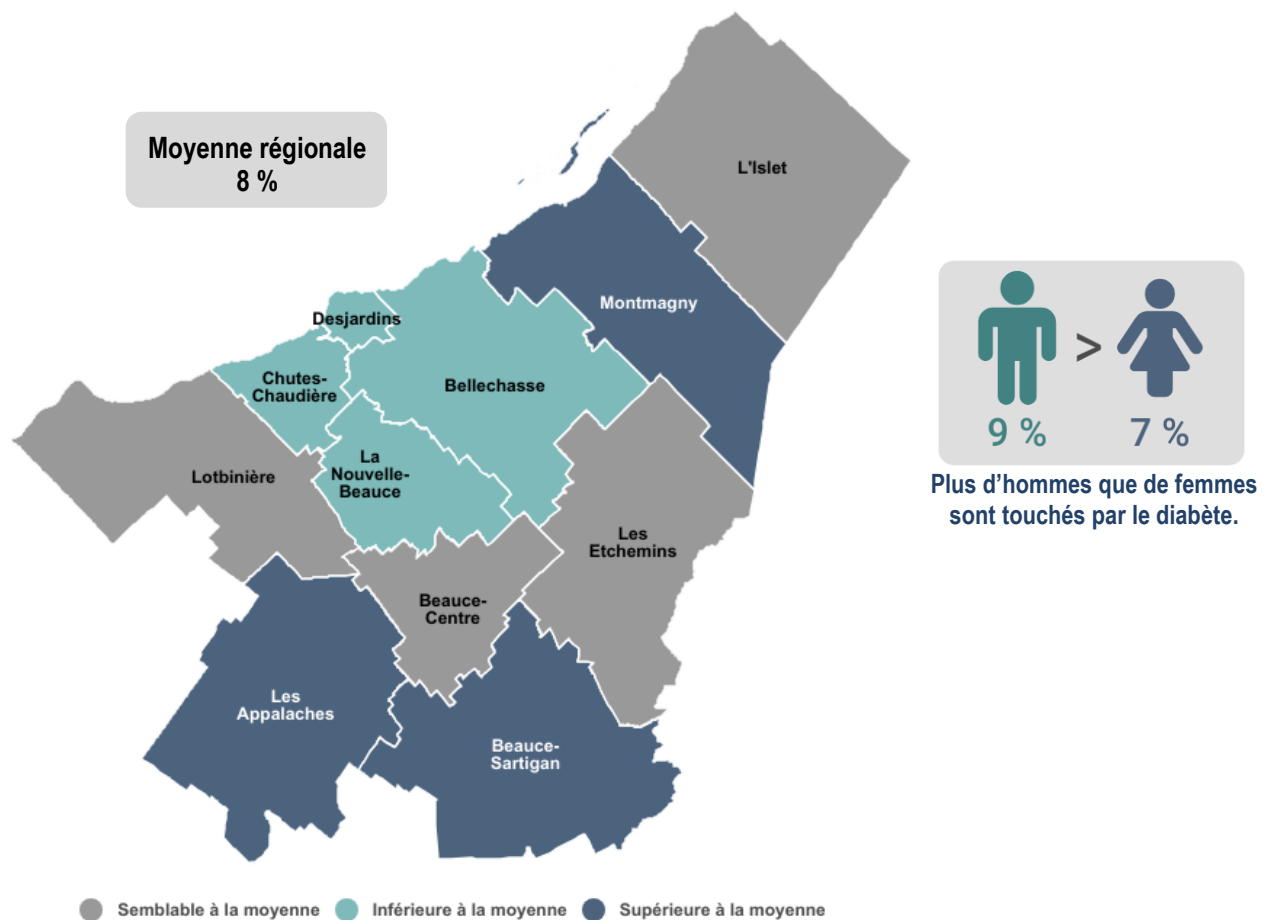


NP : Non présenté, données non disponibles

\* : Tranche d'âge regroupée, pourcentage faible

La proportion de la population de 1 an et plus atteinte du diabète varie de 6 % à 11 % entre les territoires de CLSC, avec une moyenne régionale de 8 %. La proportion de la population atteinte de diabète est supérieure à la moyenne régionale dans 3 territoires.

**Figure 15. Proportion de la population atteinte du diabète par territoire de CLSC, 2022-2023**



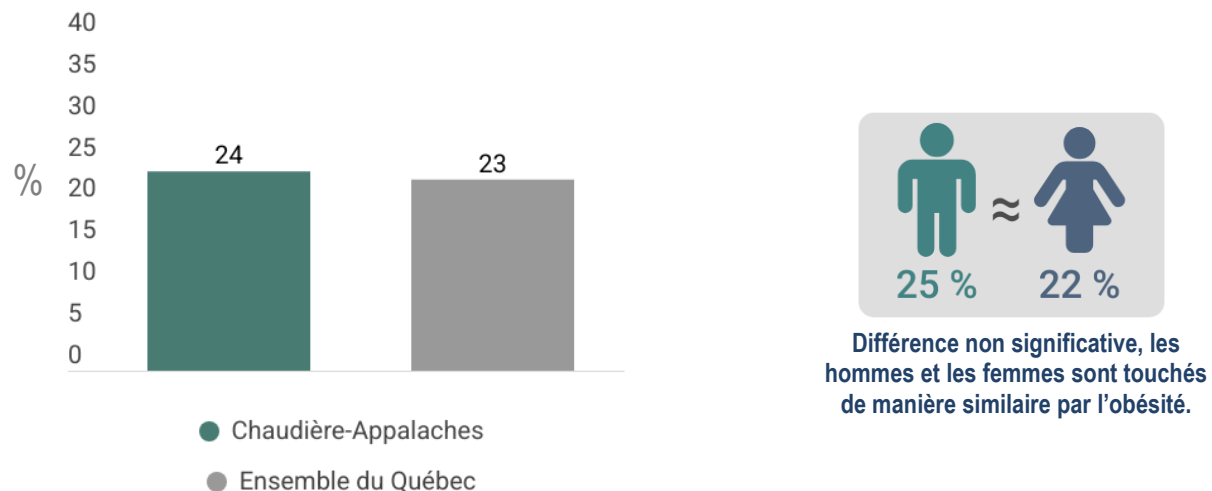
## 4. L'obésité



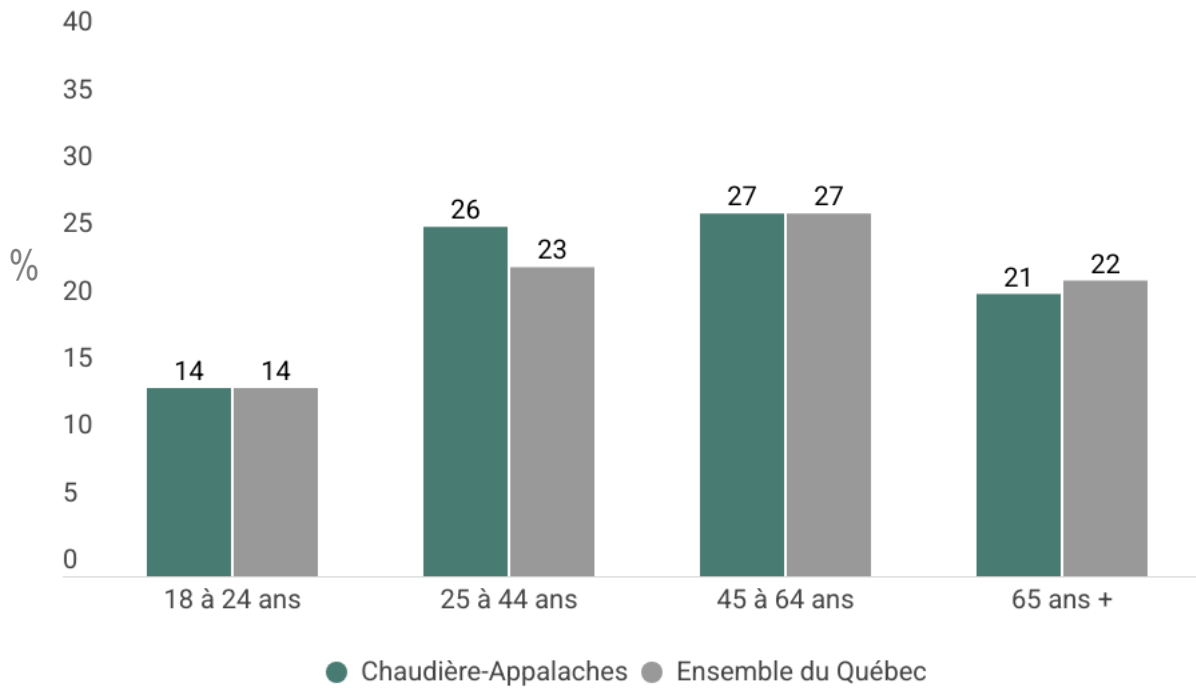
Un surplus de poids peut avoir des répercussions défavorables sur la santé à long terme. L'indice de masse corporelle (IMC) est utilisé pour catégoriser les individus selon leur statut pondéral. Le surplus de poids englobe l'embonpoint, qui correspond à un IMC se situant entre 25 et 29,9 kg/m<sup>2</sup> et l'obésité, qui correspond à un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> (ASPC, 2011). Bien que certaines personnes puissent être obèses selon l'IMC et préserver une bonne santé, des experts soutiennent que l'obésité devient une maladie chronique lorsque l'excès de poids cause des symptômes ou des dysfonctions aux organes, par exemple le foie gras ou l'insuffisance cardiaque (IUCPQ, 2025). Les données présentées se limitent à une classification selon l'IMC, en raison de l'absence actuelle d'une définition reconnue au Québec établissant l'obésité comme une maladie chronique.

En Chaudière-Appalaches, la proportion de personnes de 18 ans et plus présentant de l'obésité est de 24 %, une proportion similaire à celle observée au Québec. L'obésité affecte 14 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans, tandis qu'elle concerne près du double des adultes de 45 à 64 ans (27 %).

**Figure 16. Proportions de personnes de 18 ans et plus présentant de l'obésité, 2020-2021**



**Figure 17. Proportions de personnes présentant de l'obésité, 2020-2021**

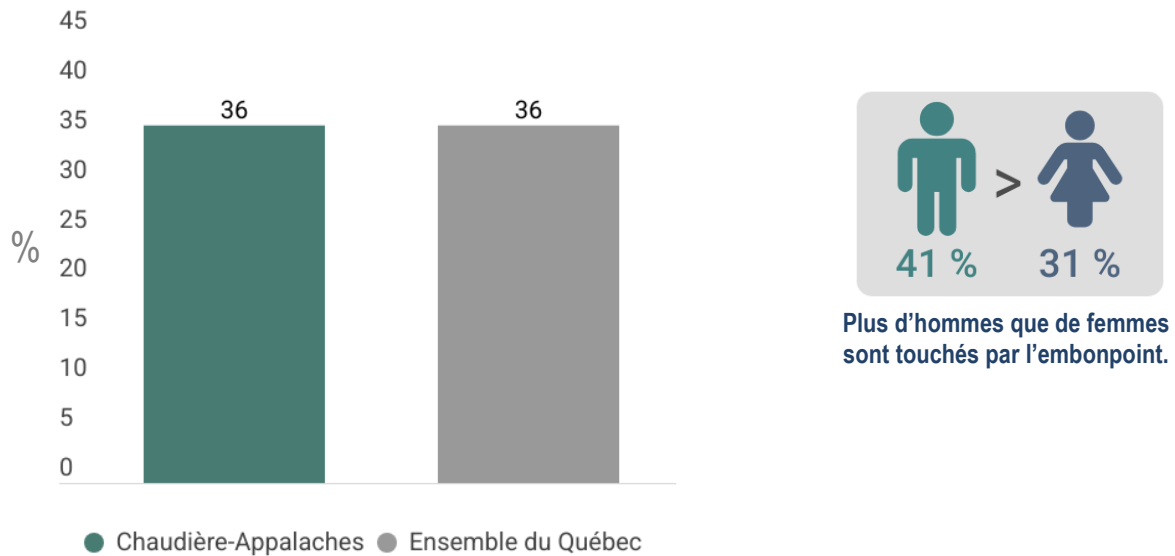


## L'embonpoint

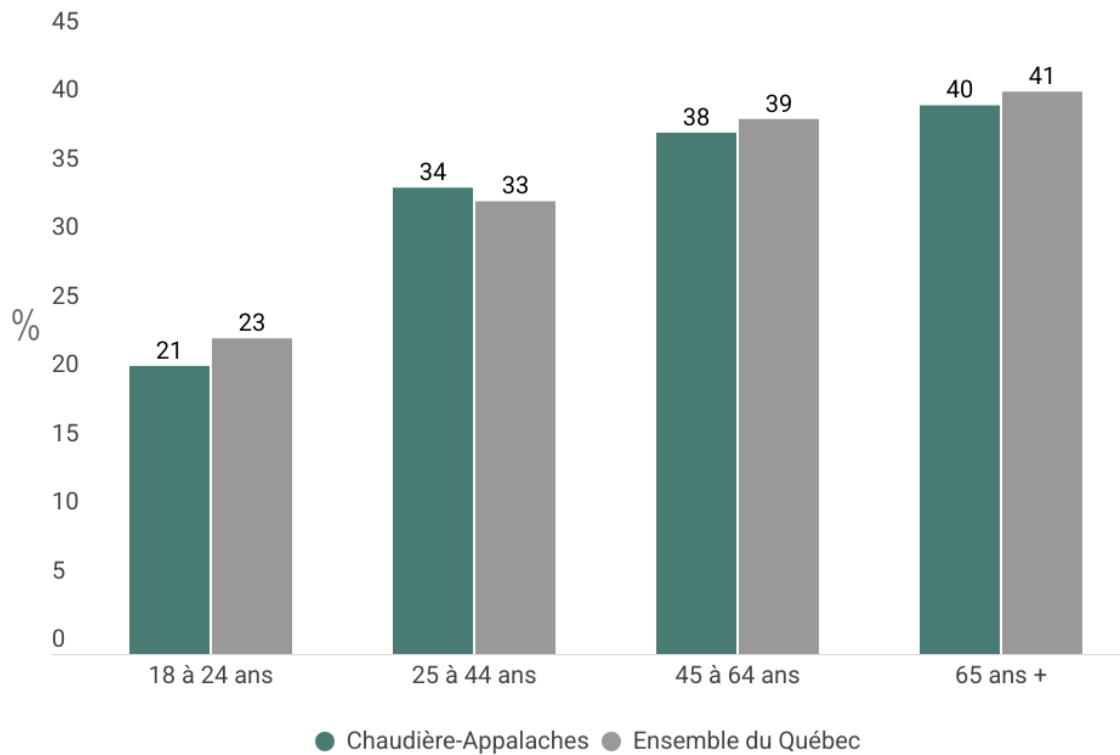
Dans la région, 36 % des personnes de 18 ans et plus présentent de l'embonpoint, une proportion similaire à celle observée au Québec. Chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans, 21 % d'entre eux présentent de l'embonpoint. Cette proportion augmente avec l'âge, atteignant près du double chez les 65 ans et plus (40 %).

Toutefois, la notion d'embonpoint chez les aînés n'a pas les mêmes répercussions sur la santé que parmi les adultes de 64 ans et moins. Contrairement à l'obésité ou même à un poids insuffisant, l'embonpoint n'est pas considéré comme un poids défavorable pour la santé à cet âge (Blanchet, Hamel, et al., 2014).

**Figure 18. Proportion de personnes de 18 ans et plus présentant de l'embonpoint, 2020-2021**

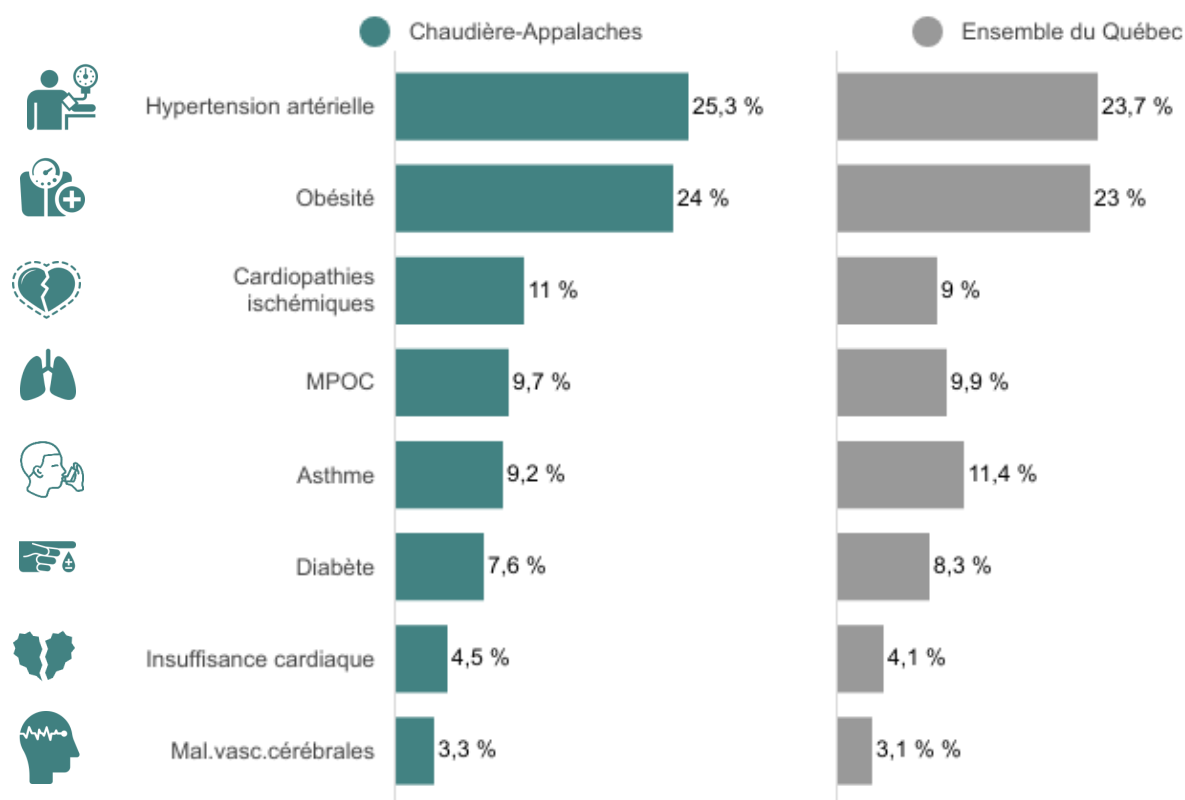


**Figure 19. Proportions de personnes présentant de l'embonpoint, 2020-2021**



La figure présente les proportions de personnes atteintes des différentes maladies chroniques dans la région et les compare aux données de l'ensemble du Québec. Elle permet d'illustrer les écarts entre la région et la province pour chaque maladie, mettant en lumière les similitudes ainsi que les différences dans la proportion de personnes concernées.

**Figure 20. Proportions de personnes vivant avec chacune des maladies chroniques présentées<sup>3</sup>**



<sup>3</sup> Les données présentées dans la figure 11 sont tirées de l'année 2022-2023, à l'exception de celles sur l'obésité, tirées de 2020-2021. Chaque maladie est présentée en fonction des mêmes groupes d'âge mentionnés précédemment dans le texte.

## 5. Évolution temporelle des maladies chroniques

### Diminution des taux de nouveaux cas (incidence)

Pour la dernière période de 5 ans, soit entre 2018 et 2023, les taux annuels de nouveaux cas des maladies chroniques présentés restent généralement stables dans la région. Toutefois, depuis le début des années 2000, **une diminution considérable des nouveaux cas** a été observée pour toutes ces maladies, tant dans la région qu'au Québec. Cette baisse est particulièrement prononcée chez les personnes âgées de 65 ans et plus pour plusieurs de ces maladies.



### Augmentation des proportions de personnes atteintes (prévalence)

Malgré la baisse importante des taux de nouveaux cas, la proportion de personnes vivant avec ces maladies **n'a pas diminué** depuis le début des années 2000. **Au contraire, elle a augmenté pour certaines maladies et est restée stable pour d'autres.** Cette situation peut s'expliquer par une combinaison de facteurs, notamment le vieillissement de la population, un diagnostic parfois plus précoce rendu possible par certains dépistages, ainsi qu'une survie prolongée des personnes atteintes de certaines maladies grâce à des traitements plus performants.

Depuis l'an 2000, les proportions de personnes vivant avec le diabète, l'asthme ou l'hypertension artérielle ont connu une nette augmentation. En revanche, les proportions de personnes atteintes de la MPOC, d'une cardiopathie ischémique, d'une maladie vasculaire cérébrale ou d'une insuffisance cardiaque sont demeurées relativement stables.

En ce qui concerne l'obésité, les données des différents cycles de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) montrent une augmentation progressive dans le temps, passant de 14 % en 2008 à 19 % pour le cycle 2014-2015, puis à 24 % pour celui de 2020-2021.



### Comparaisons avec l'ensemble du Québec

Dans l'ensemble, les taux de nouveaux cas dans la région suivent les mêmes tendances que celles observées au Québec pour la plupart des maladies chroniques. Cependant, la région affiche des taux légèrement plus faibles pour l'asthme, la MPOC et le diabète.

En ce qui concerne les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque, les taux de nouveaux diagnostics de la région ont longtemps été significativement supérieurs à ceux du reste du Québec (de 2002 à 2015 pour les cardiopathies ischémiques et de 2000 à 2012 pour l'insuffisance cardiaque). Toutefois, ces taux sont devenus similaires, voire légèrement inférieurs, à ceux du reste du Québec après cette période. Les proportions de personnes atteintes de ces maladies étaient un peu plus élevées dans la région que dans le reste du Québec depuis le début des années 2000, mais l'écart s'est amoindri dans les années les plus récentes, reflétant probablement l'impact de la diminution des taux de nouveaux diagnostics par rapport à ceux du reste du Québec.

Pour les autres maladies chroniques, les proportions de personnes atteintes ont relativement suivi les mêmes tendances depuis l'an 2000 dans la région et dans le reste du Québec.

## 6. La multimorbidité



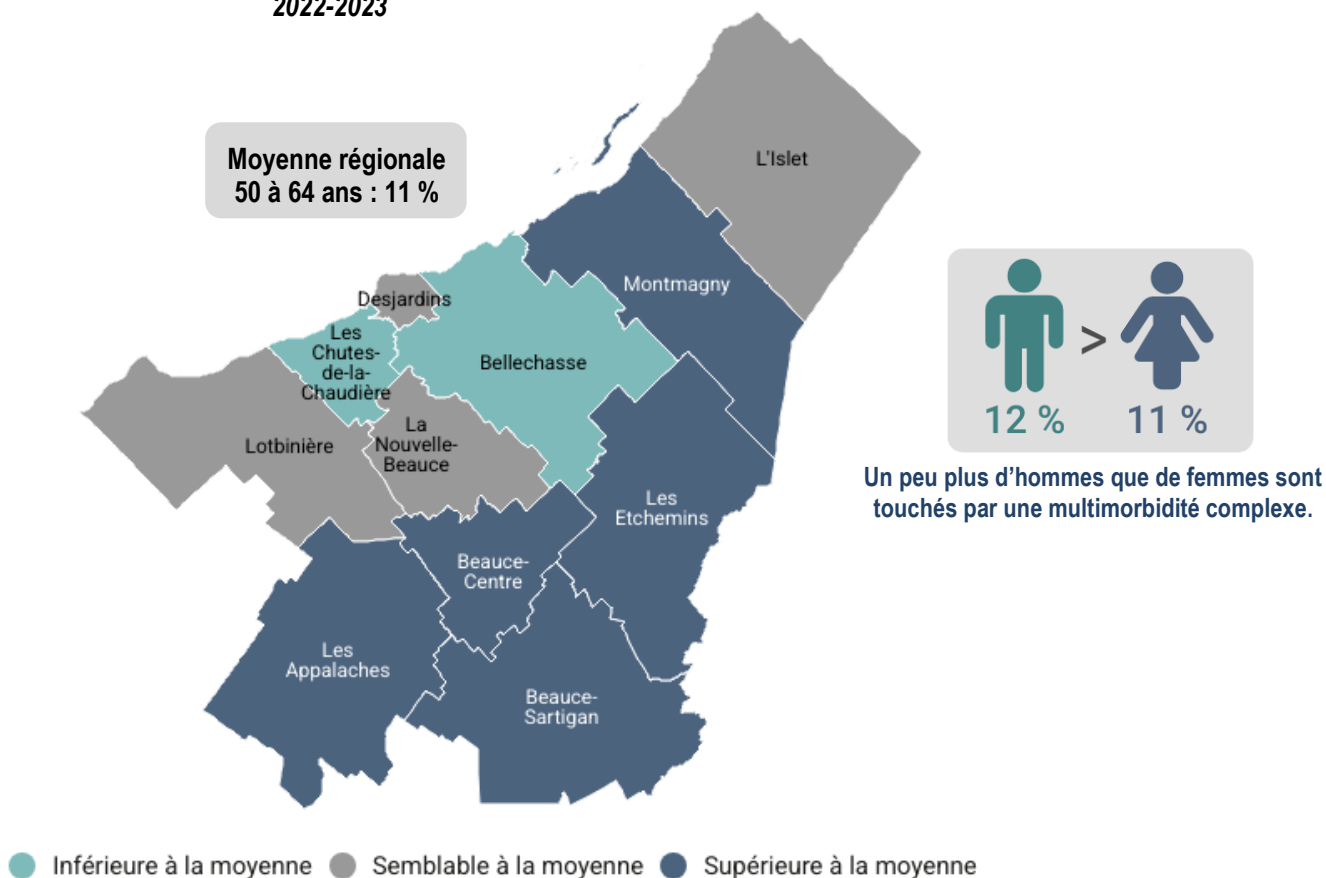
La multimorbidité est la présence simultanée de plusieurs maladies chroniques chez une même personne. Ceci représente l'un des défis les plus importants des systèmes de santé des pays développés (The Lancet, 2018). La multimorbidité a des impacts qui dépassent la somme des conséquences des maladies chroniques impliquées, car ces dernières interagissent entre elles (Barnett, 2012).

Aucun indicateur de comorbidité spécifique n'est disponible pour évaluer la présence simultanée de certaines maladies dans la population. Par exemple, la coexistence spécifique de l'hypertension artérielle et du diabète chez une même personne n'est pas disponible. Le seul indicateur de multimorbidité repose sur une liste de 30 maladies, dont plus de 20 ne sont pas couvertes dans ce portrait. Cette liste provient de *l'indice combiné de comorbidité* (voir l'annexe III pour les considérations cliniques et le détail des maladies).

La multimorbidité complexe représente la présence simultanée de trois différentes conditions médicales chroniques ou plus parmi cette liste chez une même personne. Les figures 21 et 22 exposent la répartition de cette problématique sur le territoire de Chaudière-Appalaches. Elle touche davantage les personnes de 65 ans et plus que celle de 50 à 64 ans.

La proportion de la population âgée de 50 à 64 ans atteinte de multimorbidité complexe varie entre 9 % et 14 % entre les territoires de CLSC, avec une moyenne régionale de 11 %. La proportion de la population atteinte de multimorbidité complexe est supérieure à la moyenne régionale dans 5 territoires.

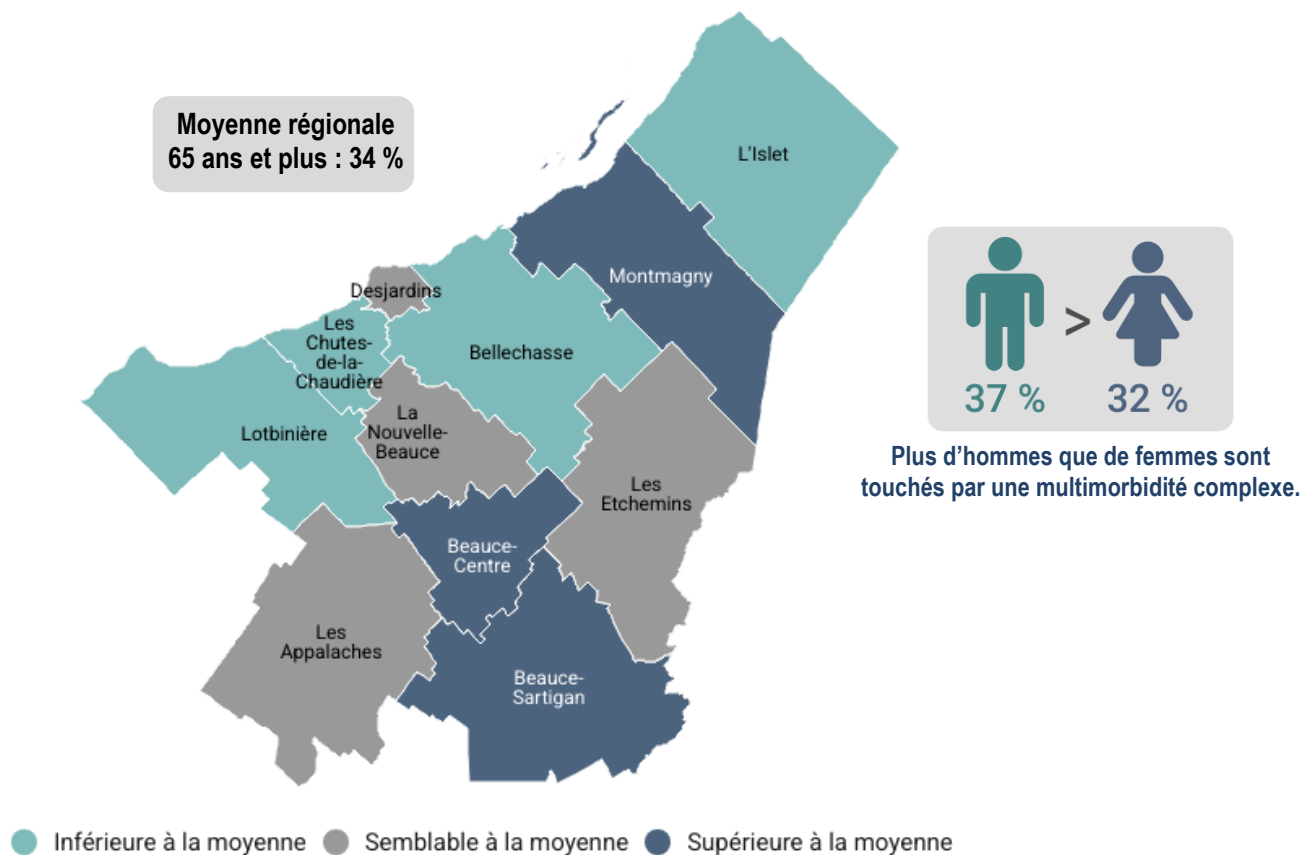
**Figure 21. Proportion des 50 à 64 ans présentant une multimorbidité complexe par territoire de CLSC, 2022-2023**





La proportion de la population âgée de 65 ans et plus présentant une multimorbidité complexe varie entre 31 % et 40 % entre les territoires de CLSC, avec une moyenne régionale de 34 %. Cette proportion est environ 3 fois plus élevée chez les aînés de 65 ans et plus que chez les individus âgés de 50 à 64 ans. La proportion de la population atteinte de multimorbidité complexe est supérieure à la moyenne régionale dans 3 territoires.

**Figure 22. Proportion des 65 ans et plus présentant une multimorbidité complexe par territoire de CLSC, 2022-2023**



## 7. L'influence des habitudes de vie sur le développement des maladies chroniques



Certaines habitudes de vie, considérées comme des facteurs de risque modifiables, augmentent la probabilité de développer des maladies chroniques. En revanche, d'autres habitudes, qualifiées de facteurs de protection, réduisent ce risque (OMS, 2024a). Voici un aperçu des données relatives aux habitudes de vie, selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) 2020-2021 et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) 2015-2016 et leur impact sur l'apparition des maladies chroniques.

### 7.1. Les facteurs de risques

Les habitudes de vie telles que la consommation d'alcool, la consommation de boissons sucrées, le tabagisme et la consommation de fruits et légumes moins de 5 fois par jour figurent parmi les facteurs qui augmentent le risque de développer des maladies chroniques.

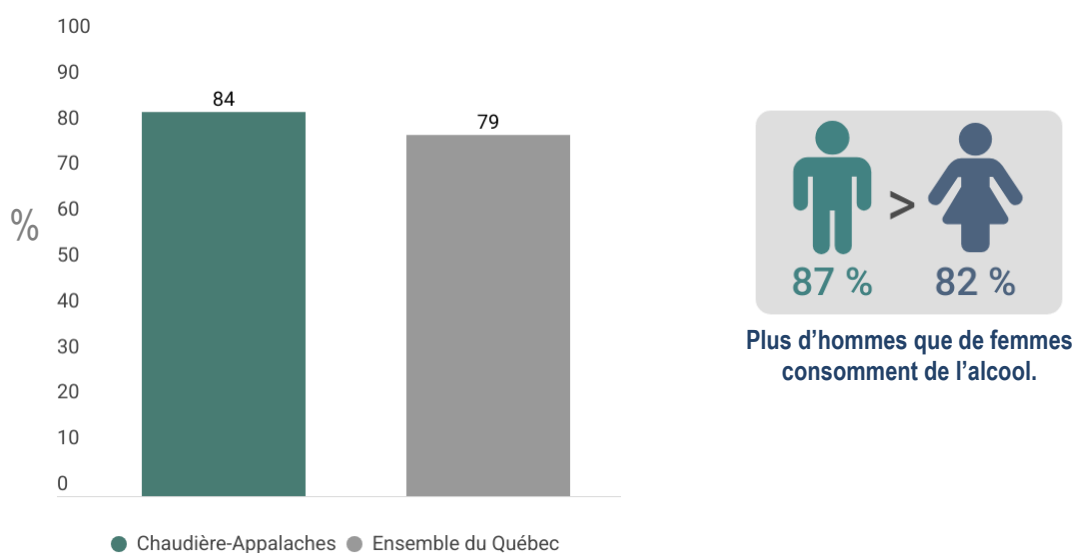
#### 7.1.1. La consommation d'alcool



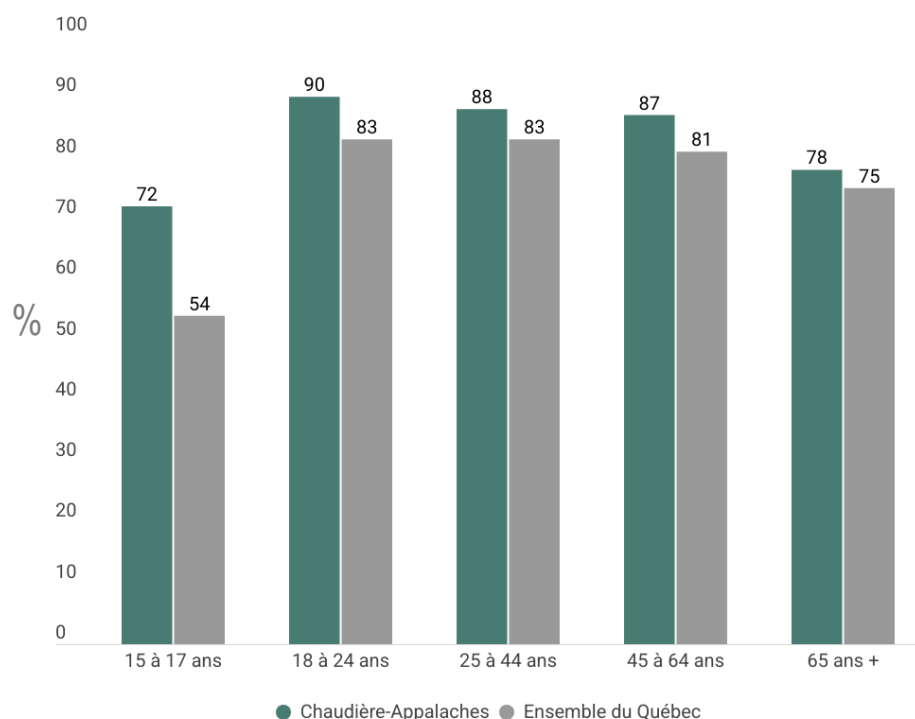
Selon l'Organisation mondiale de la Santé, près de 200 problèmes de santé physique, de santé mentale et de problèmes sociaux sont liés à la consommation d'alcool (OMS, 2022). Sur le plan de la santé physique, celle-ci a notamment pour effet d'augmenter la tension artérielle. Par conséquent, elle accroît également le risque de développer diverses maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires et les maladies vasculaires cérébrales. Plus la consommation d'alcool est grande, plus le risque augmente. Il n'existe pas de seuil de consommation sans risque (CCDUS, 2023).

En Chaudière-Appalaches, la proportion de personnes de 15 ans et plus ayant consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois (84 %) est supérieure à celle observée au Québec (79 %). Cette différence est particulièrement marquée chez les jeunes de 15 à 17 ans et les adultes de 45 à 64 ans, dont les proportions de consommateurs sont significativement plus élevées que celles de leurs pairs au Québec.

**Figure 23. Proportions de la population qui a consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, EQSP, 2020-2021**



**Figure 24. Proportions de la population ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, EQSP, 2020-2021**



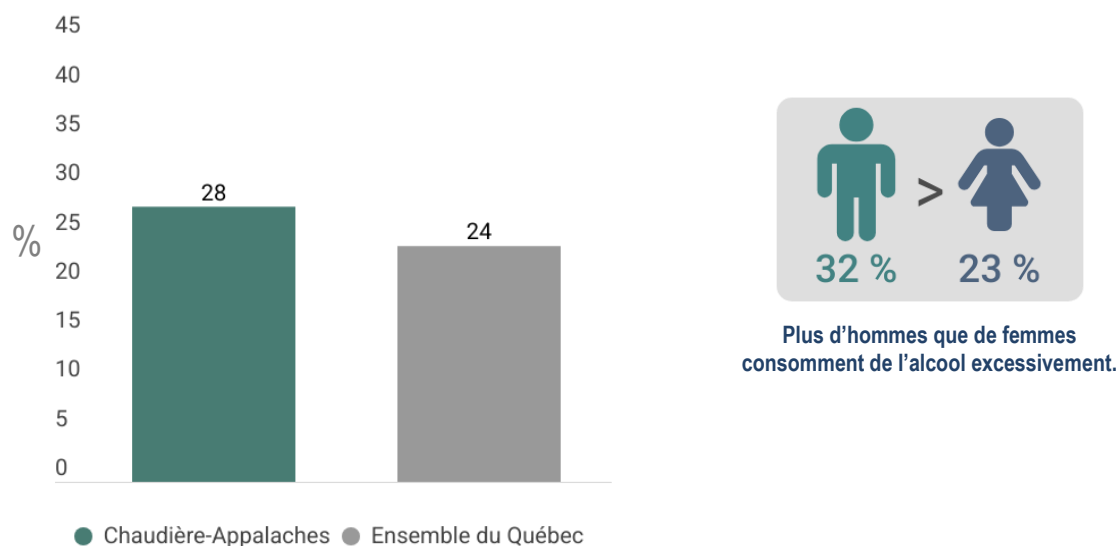
### La consommation d'alcool excessive



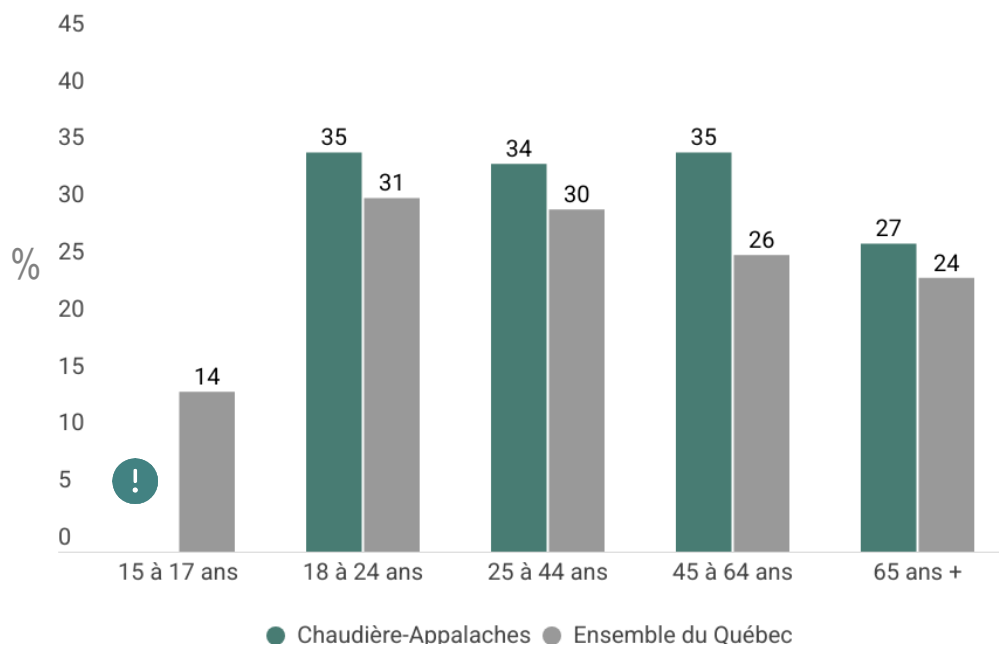
Dans le cadre de l'EQSP, elle est définie comme la consommation de **5 verres ou plus chez les hommes et de 4 verres ou plus chez les femmes** lors d'une même occasion au moins une fois par mois au cours de la dernière année (INSPQ, 2020d). Toutefois, il est important de noter que selon les nouveaux repères canadiens sur l'alcool et la santé, la consommation de plus de 2 verres standards par occasion est associée à un risque accru de méfaits pour soi et les autres (CCDUS, 2023).

La proportion régionale de personnes de 15 ans et plus ayant une **consommation excessive d'alcool** (28 %) est supérieure à celle observée au Québec (24 %). Parmi les 18 à 64 ans, plus d'une personne sur 3 rapporte avoir consommé de l'alcool de manière excessive. Chez les 65 ans et plus, c'est un peu plus d'une personne sur 4.

**Figure 25. Proportions de la population ayant consommé de l'alcool de manière excessive au cours des 12 derniers mois, EQSP, 2020-2021**



**Figure 26. Proportions de la population ayant consommé de l'alcool de manière excessive au cours des 12 derniers mois, EQSP, 2020-2021**



! : Cette donnée est imprécise et ne peut être présentée.

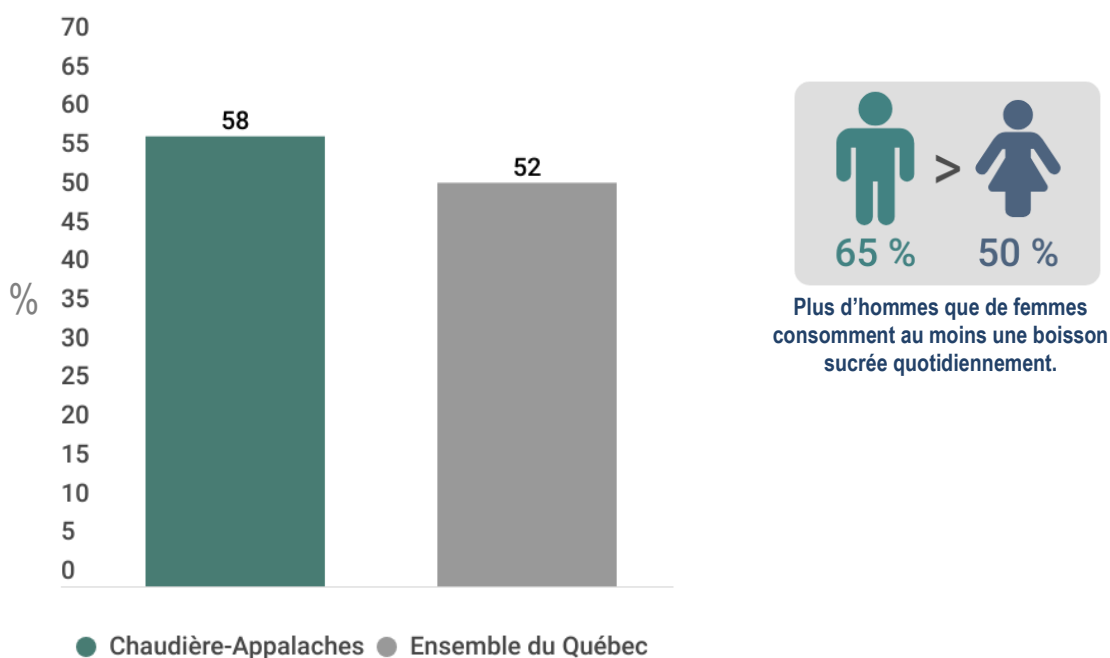
### 7.1.2. La consommation de boissons sucrées



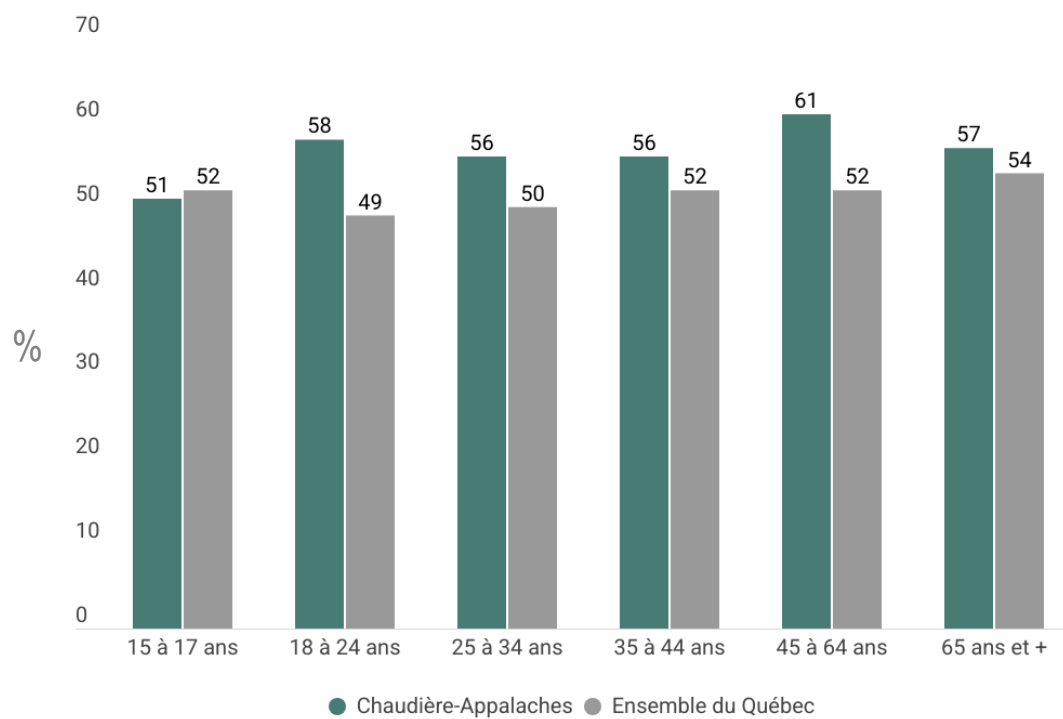
Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2015), il est recommandé de consommer au maximum 10 % de l'apport en énergie quotidien sous forme de sucres libres, tels des sucres ajoutés et des sucres naturellement présents dans les sirops, le miel et les jus de fruits. La consommation de boissons sucrées fait référence aux boissons, comme les boissons aux fruits, les boissons gazeuses, les boissons pour sportifs et les boissons énergisantes. Celle-ci augmente les risques de problèmes de santé tels que le diabète de type 2 ou d'être en surpoids.

La proportion régionale de personnes de 15 ans et plus ayant consommé au moins une boisson sucrée par jour (58 %) est supérieure à celle observée au Québec (52 %). Parmi les jeunes de 15 à 17 ans, environ une personne sur 2 en consomme quotidiennement, tandis que cette proportion atteint près de 3 personnes sur 5 chez les 18 ans et plus. Les personnes de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans présentent une consommation quotidienne de boissons sucrées significativement plus élevée que leurs pairs dans le reste du Québec.


**Figure 27. Proportions de la population, consommant au moins une boisson sucrée chaque jour, EQSP 2020-2021**



**Figure 28. Proportions de la population ayant consommé au moins une boisson sucrée chaque jour, EQSP, 2020-2021**

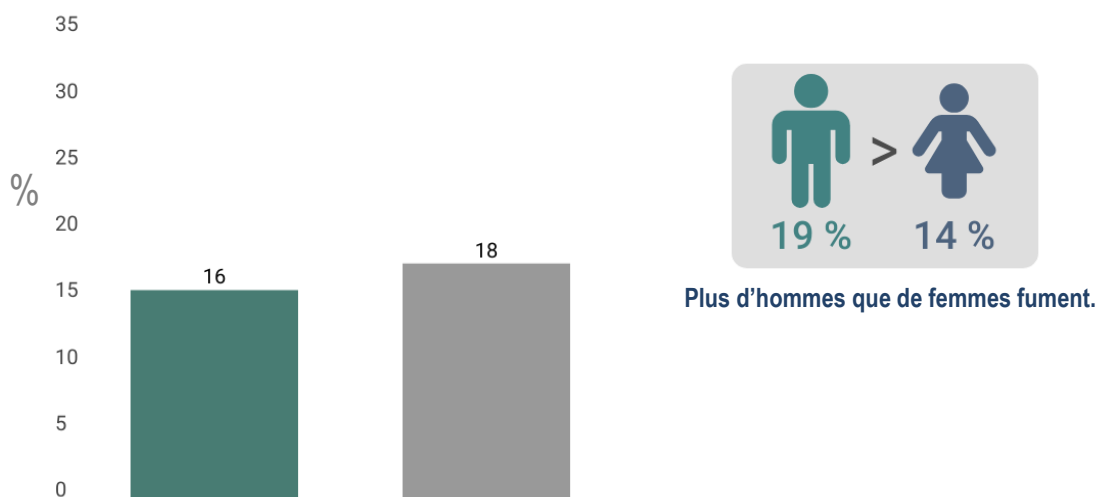


### 7.1.3. Le tabagisme

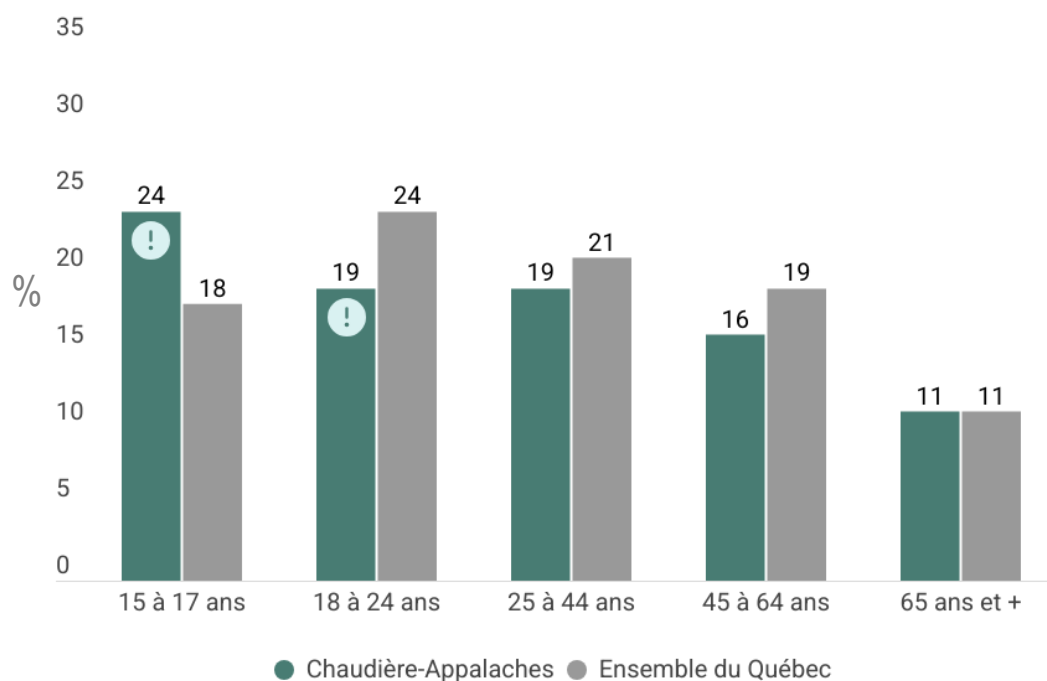
 Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2024), le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans les pays industrialisés. Le fait de fumer augmente le risque de caillots sanguins et réduit l'apport en oxygène dans le sang, ce qui fait inutilement travailler le cœur. En outre, fumer est le facteur de risque le plus important pour la MPOC, le diabète et plusieurs maladies cardiovasculaires.

La proportion régionale de fumeurs de 15 ans et plus (16 %) est similaire à celle observée au Québec et tend à diminuer avec l'âge. Les jeunes de 15 à 17 ans semblent être ceux qui fument le plus, bien que cette donnée doive être interprétée avec prudence, car celle-ci présente une précision moins grande. De plus, il semble que les jeunes ont tendance à délaissier la cigarette traditionnelle au profit de la cigarette électronique. Selon les données récentes de [l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire \(EQSJS\)](#), 2 % ont mentionné avoir fumé la cigarette traditionnelle, contre 18 % pour la cigarette électronique dans les 30 jours précédant l'enquête.

**Figure 29. Proportions de fumeurs actuels de cigarette (incluant la cigarette électronique avec nicotine), EQSP 2020-2021**



**Figure 30. Proportions de fumeurs actuels de cigarette (incluant la cigarette électronique avec nicotine) selon l'âge, EQSP, 2020-2021**



! : Ces données présentent une précision moins grande et doivent donc être interprétées avec prudence.

#### 7.1.4. La consommation de fruits et légumes moins de 5 fois par jour

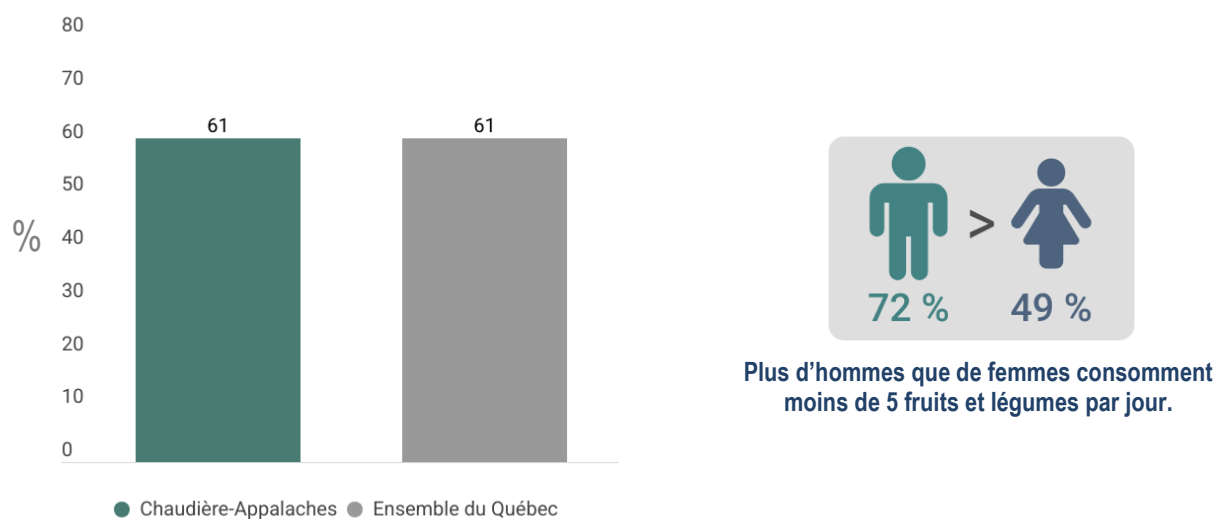


La consommation de fruits et de légumes fait partie d'une saine alimentation. Cela permet de fournir au corps les nutriments essentiels au maintien de la santé, tout en réduisant les risques de maladies chroniques telles que le diabète de type 2 et les maladies du cœur (Gouvernement du Québec, 2017).

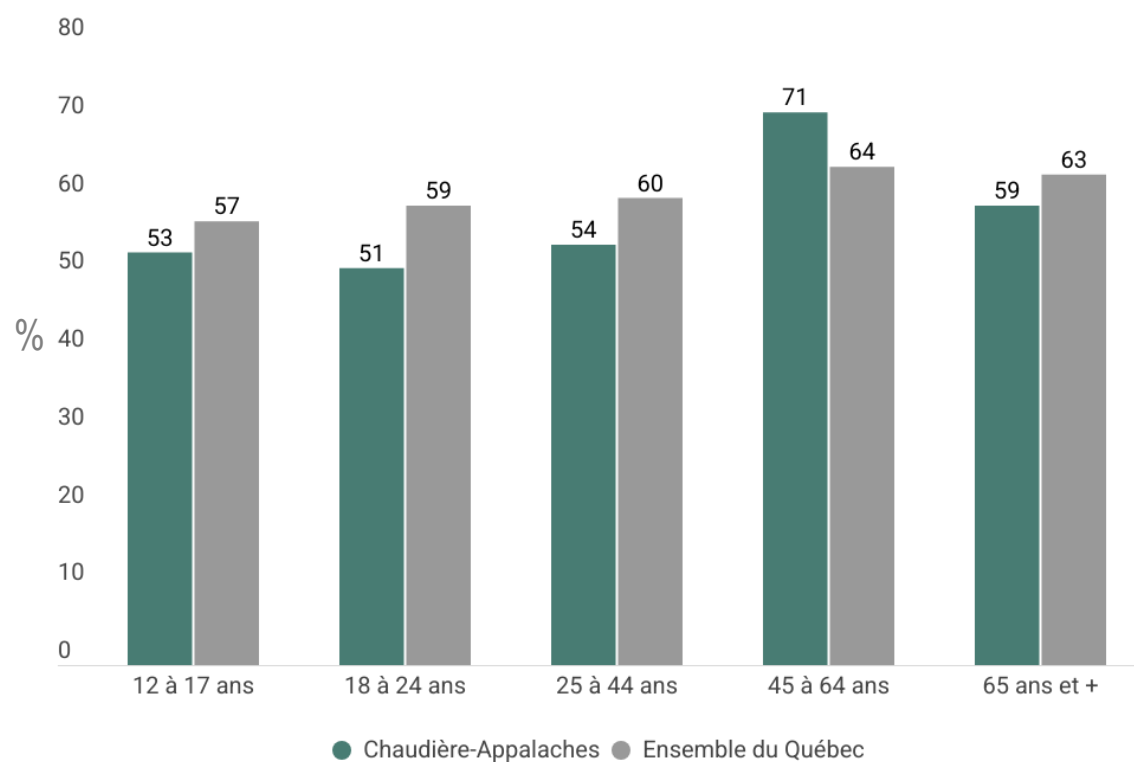
La proportion régionale de personnes de 12 ans et plus ayant consommé des fruits et légumes moins de 5 fois par jour (61 %) est similaire à celle observée au Québec. Les personnes âgées de 45 à 64 ans sont celles qui rapportent le plus cette faible consommation, suivies par celles de 65 ans et plus. Toutefois, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes d'âge.



**Figure 31. Proportions de la population consommant des fruits et légumes moins de 5 fois par jour, ESCC, 2015-2016**



**Figure 32. Proportions de la population consommant des fruits et légumes moins de 5 fois par jour, ESCC, 2015-2016**



## 7.2. Les facteurs de protection



Les habitudes de vie qui réduisent le risque de développer des maladies chroniques incluent principalement l'activité physique et une alimentation saine.

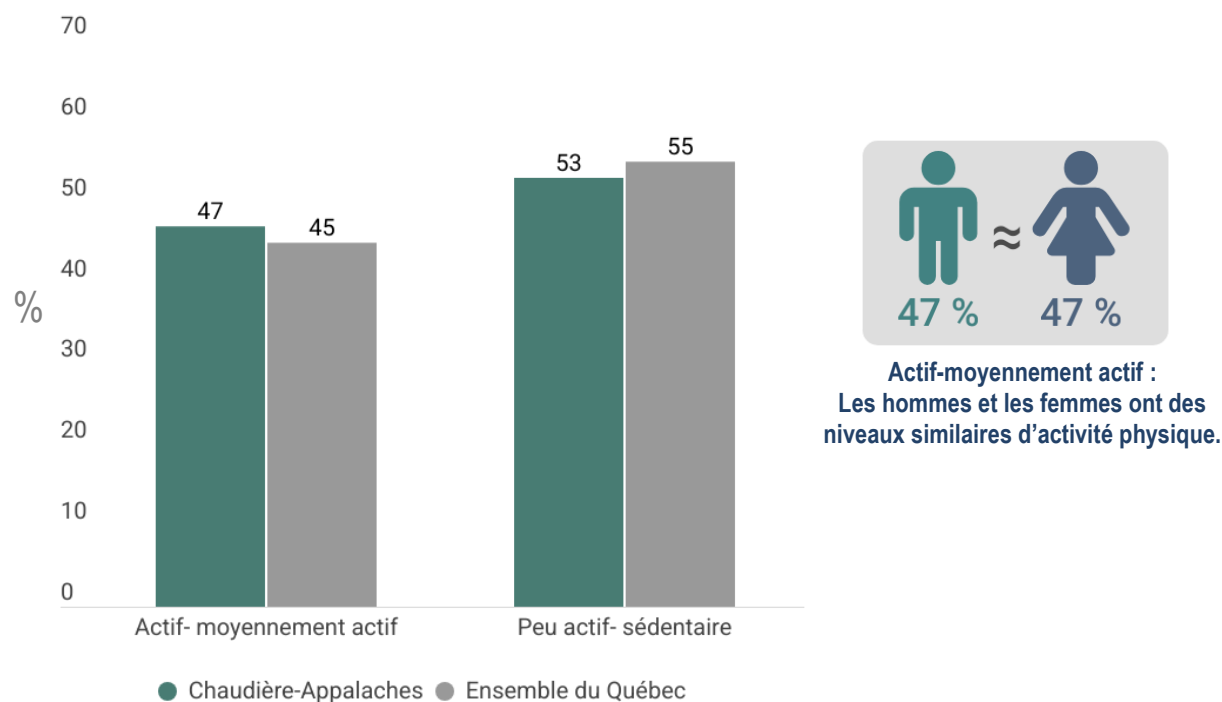
### L'activité physique



L'activité physique est reconnue comme étant un déterminant de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des individus ( INSPQ, 2020). Celle-ci contribue à l'amélioration et au maintien de la condition physique tout en agissant comme facteur de protection contre plusieurs maladies. Elle aide notamment à réduire les risques de maladies chroniques, comme le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et à maintenir un poids santé.

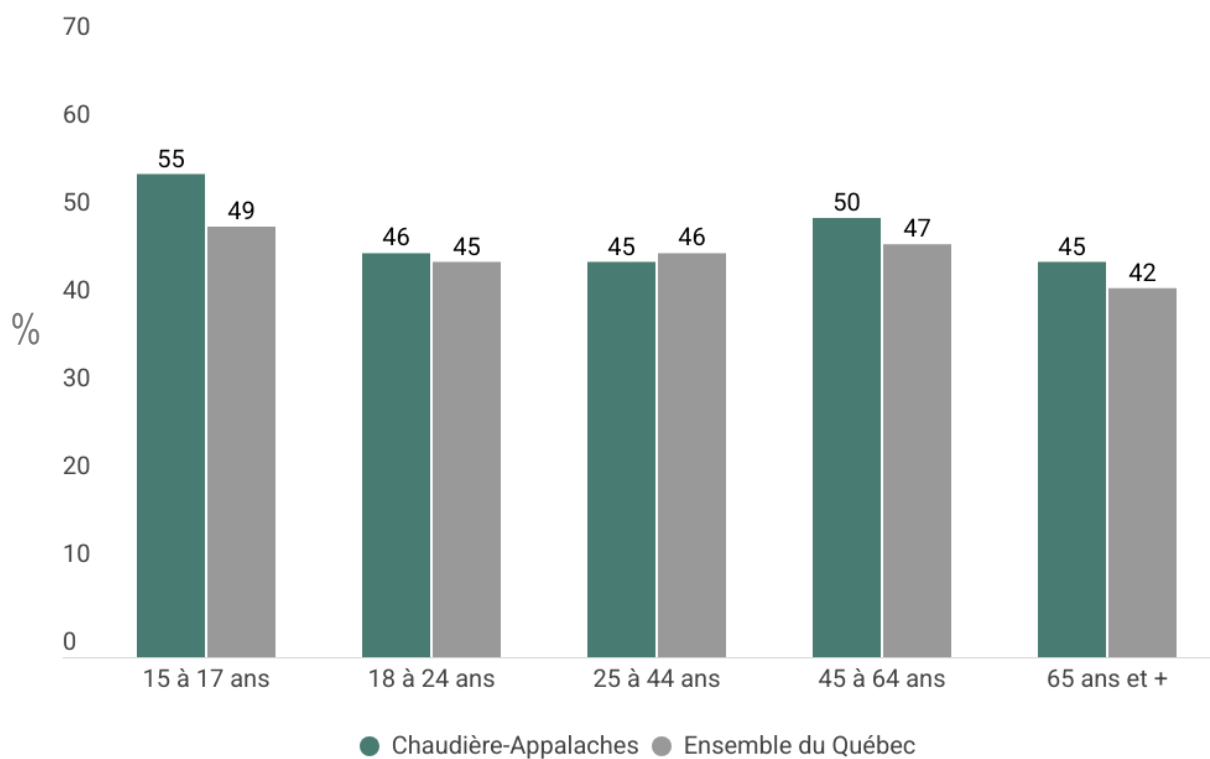
En Chaudière-Appalaches, le niveau d'activité physique est similaire à celui observé au Québec. Un peu moins de la moitié de la population de 15 ans et plus (47 %) se classe comme active ou moyennement active, tandis qu'un peu plus de la moitié se classe comme peu active ou sédentaire<sup>4</sup>. Les jeunes de 15 à 17 ans de la région semblent avoir des proportions plus élevées de personnes actives ou moyennement actives, alors que les personnes de 65 ans et plus semblent avoir des proportions plus élevées de personnes peu actives ou sédentaires. Toutefois, aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les groupes d'âge.

**Figure 33. Proportions de personnes actives ou moyennement actives, peu actives ou sédentaires, EQSP, 2020-2021**

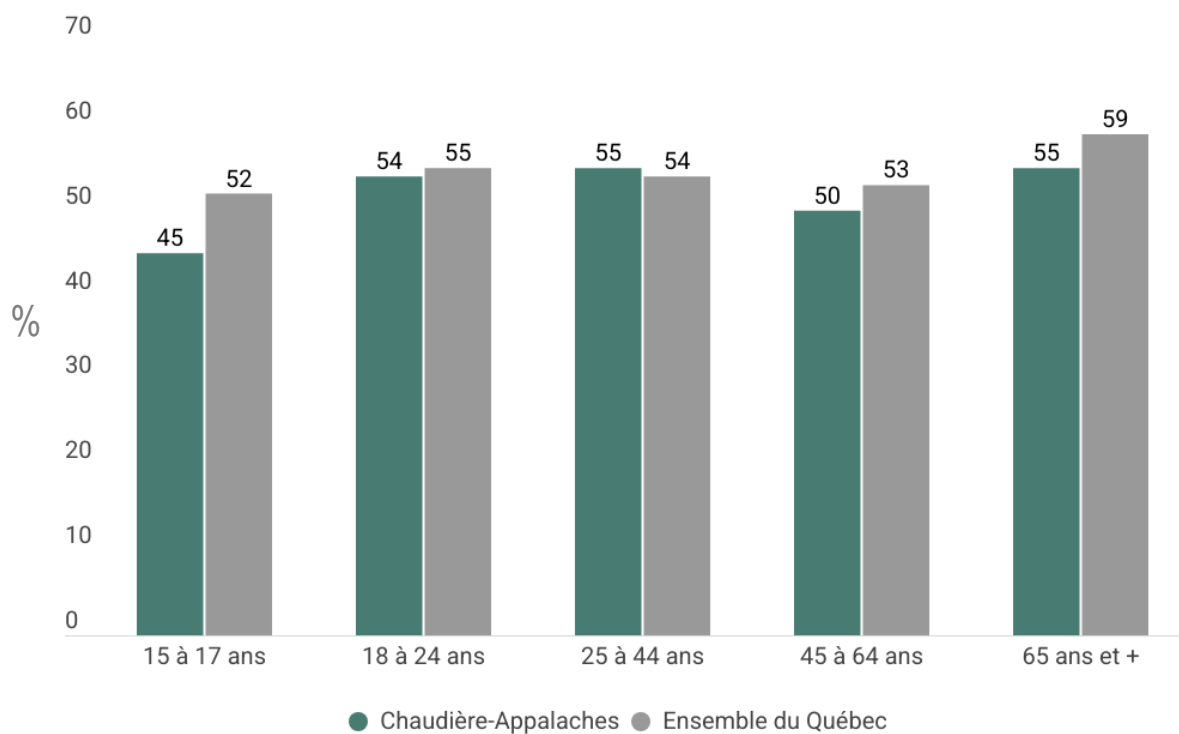


<sup>4</sup> Le calcul du niveau d'activité est construit à l'aide de trois algorithmes, incluant 3 critères (intensité, fréquence et indice de dépense énergétique), soit un pour chaque domaine d'activité physique mesuré dans l'enquête : le transport et le loisir. Le troisième, pour sa part, fait la combinaison des résultats des deux domaines (transport + loisir) afin de produire un résultat global. Le niveau « actif » correspond à la recommandation supérieure et le niveau « moyennement actif » à la recommandation minimale (OMS, 2010). Voir l'annexe 2 pour plus de détails.

**Figure 34. Proportions de personnes actives ou moyennement actives, EQSP, 2020-2021**



**Figure 35. Proportions de personnes peu actives ou sédentaires, EQSP, 2020-2021**



## 8. La prévention des maladies chroniques par des environnements favorables à la santé



Tous ne sont pas égaux face à la maladie. Les conditions de vie et les environnements influencent de manière importante l'adoption de saines habitudes de vie. Ces différentes conditions, dans lesquelles une personne vit, peuvent agir à titre de tremplin vers des opportunités de réaliser des actions et des choix favorables à sa santé. À l'inverse, si le contexte de vie d'un individu, par exemple son réseau social ou son environnement physique, est défavorable, il peut agir comme une barrière l'empêchant d'atteindre et maintenir une bonne santé (MSSS, 2012).

Ces différences ultimes de santé entre les individus, créées par des contextes de vie différents, se nomment les inégalités sociales de santé (ISS). Les disparités en matière d'éducation, d'emploi, de revenus, de langue, de réseau social et d'environnements physiques dans lesquelles les individus vivent sont des exemples de différences susceptibles de générer des inégalités de santé, bien au-delà des effets de leur génétique et de leur volonté personnelle de faire des choix santé.

Les actions de santé publique visent à intégrer le développement de saines habitudes de vie dans une approche globale et continue. En complétant les efforts individuels par des initiatives communautaires et environnementales, elles favorisent l'autodétermination des individus et créent des environnements propices aux choix santé.

### Actions déployées en Chaudière-Appalaches

Diverses initiatives sont déployées pour favoriser le développement de saines habitudes de vie, en mettant particulièrement l'accent sur les facteurs de protection tels qu'une alimentation équilibrée et la pratique régulière d'activité physique. Ces actions visent à prévenir les maladies chroniques et à favoriser une meilleure qualité de vie.

En milieu scolaire, plusieurs initiatives sont mises en œuvre pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge afin d'intervenir de manière préventive et durable. Par exemple, [Ma cour : un monde de plaisir !](#) favorise l'activité physique, tandis que [ÉducaMiam](#) soutient le développement de saines habitudes alimentaires et d'une relation positive avec l'alimentation chez les élèves du primaire. De même, [Cantine pour tous](#) facilite l'accès à des repas sains et abordables pour promouvoir la sécurité alimentaire. De plus, des outils de sensibilisation sur le vapotage et des applications telles que [Libair](#) offrent du soutien pour l'abandon de cette pratique chez les jeunes, contribuant ainsi à des environnements sans fumée et à la réduction des risques pour la santé.

En milieu de travail, des programmes tels qu' [Alliés sans fumée](#) soutiennent la santé et le bien-être des employés en encourageant la cessation du tabagisme et du vapotage au sein de milieux manufacturiers.

Dans la communauté, des initiatives comme [Les Radieux](#) facilitent l'accès à une alimentation saine pour tous, en redistribuant des produits maraîchers invendus ou imparfaits à moindre coût. De même, le programme [Viactive](#) propose des activités physiques gratuites pour les personnes de 50 ans et plus, rassemblant plus de 200 groupes dans des locaux communautaires. En favorisant une pratique régulière de l'activité physique, ce programme aide à prévenir et gérer diverses maladies tout en améliorant la santé physique et mentale, ainsi que l'autonomie des participants.

Sur le territoire, l'aménagement et la promotion de la mobilité active jouent un rôle important dans la création d'environnements favorables à la santé. En Chaudière-Appalaches, des efforts sont déployés pour concevoir des milieux de vie à échelle humaine qui encouragent les déplacements actifs en toute sécurité, notamment grâce à des infrastructures telles que des corridors pédestres et des pistes cyclables. Ces initiatives visent à faciliter l'intégration de l'activité physique dans la vie quotidienne.

## Santé environnementale et adaptation aux changements climatiques

Les équipes de santé publique contribuent également à la prévention des maladies chroniques en agissant sur divers facteurs de risque environnementaux, comme la pollution de l'air, le bruit environnemental, l'environnement bâti et les aléas climatiques, comme la chaleur ou le froid, amplifiés par les changements climatiques. Ces risques sont notamment associés au développement ou à l'aggravation de maladies chroniques cardiovasculaires et respiratoires ainsi qu'à des hospitalisations et des décès prématurés évitables.

Les interventions dans le domaine de la santé environnementale incluent la production d'avis, de recommandations et de plans d'intervention pour réduire l'exposition de la population à ces risques environnementaux et prévenir leurs effets néfastes sur la santé. Citons par exemple les avis de santé publique concernant certaines sources locales de bruit ou de pollution atmosphérique, ou encore le déploiement de plans d'intervention lors d'épisodes de chaleur extrême ou de détérioration de la qualité de l'air en lien avec les feux de végétation, afin de prévenir l'exacerbation de maladies cardiaques et respiratoires.

En matière d'environnement bâti, les avis sur les schémas d'aménagement des municipalités régionales de comté (MRC) et des municipalités et la réalisation d'évaluations d'impacts sur la santé (EIS) sur divers projets d'aménagement en milieu municipal constituent deux leviers importants. Les EIS permettent de formuler des recommandations de santé publique pour atténuer les impacts négatifs potentiels et renforcer les impacts positifs d'un projet sur la santé de la population. Par exemple, elles peuvent suggérer d'augmenter le verdissement pour lutter contre les îlots de chaleur et améliorer la qualité de l'air ou d'aménager des espaces urbains plus propices au transport actif afin de réduire l'utilisation de la voiture et ainsi diminuer la pollution qui en découle.

Enfin, les actions de santé publique pour lutter contre les changements climatiques jouent aussi un rôle dans la prévention des maladies chroniques, puisque les personnes qui en sont atteintes font partie des groupes les plus vulnérables aux impacts négatifs des aléas climatiques sur la santé. Récemment, une *Évaluation des vulnérabilités aux changements climatiques* en Chaudière-Appalaches ([Projet VRAC](#)) a été réalisée en partenariat avec l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) afin de guider la conception d'un *Plan d'adaptation régional aux changements climatiques* (PARC). Ce plan a pour objectif d'identifier des mesures à mettre en œuvre par la santé publique et ses partenaires régionaux pour réduire les répercussions des changements climatiques sur la santé, en particulier chez les groupes les plus à risque.

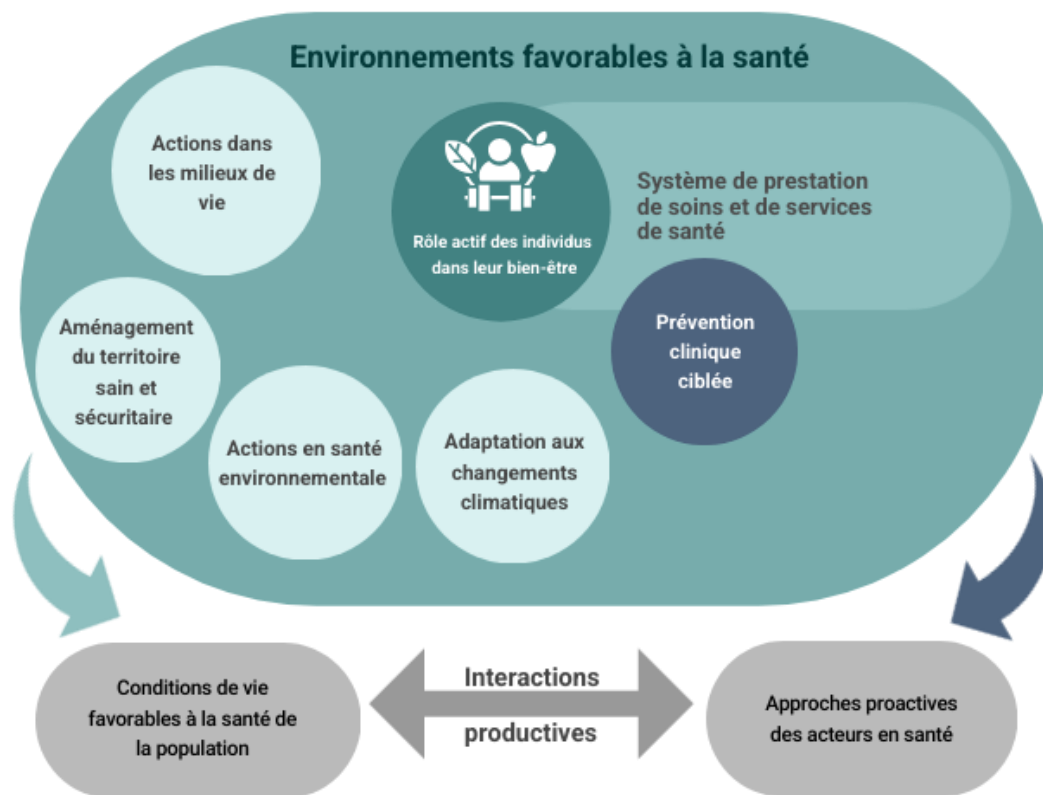
## Prévention en milieu clinique

La prévention clinique occupe une place essentielle dans la gestion des maladies chroniques, en intervenant en amont, afin de limiter leur développement et leurs conséquences à long terme. Elle englobe des mesures variées, de la période périnatale à l'âge adulte, visant à améliorer la qualité de vie et à prolonger les années en bonne santé. Par le biais d'un ensemble d'interventions incluant le *counseling*, le dépistage, la vaccination et la chimioprophylaxie, elle permet de prévenir les maladies chroniques et d'en réduire les impacts. Bien qu'elle ne remplace pas les soins cliniques en cas de maladie active, elle vient les compléter pour favoriser une santé optimale tout au long de la vie.

Ainsi, les activités de santé publique au sein des communautés agissent de concert avec les actions plus ciblées et individuelles des intervenants des services cliniques, afin d'agir sur les environnements et les habitudes de vie qui influencent le risque de développer des maladies chroniques chez l'ensemble de la population.

L'illustration suivante traduit visuellement les éléments abordés précédemment, en mettant en évidence les interactions entre la création d'environnements favorables à la santé, la prévention clinique et le système de soins et de services de santé. Au cœur de ces dynamiques, les individus jouent un rôle actif dans leur bien-être en interagissant avec ces différents leviers pour améliorer leur santé. En agissant de manière complémentaire, ces éléments contribuent à l'établissement de conditions de vie favorables pour les populations. Soutenues par des approches proactives des acteurs en santé, ces conditions favorisent des interactions productives qui renforcent la prévention et la lutte contre les maladies chroniques.

**Figure 36. Illustration de la prévention des maladies chroniques par des environnements favorables à la santé**



Inspiré du *Expanded Chronic Care Model* (Barr et al., 2003).

## Conclusion

Ce portrait offre une vue d'ensemble de certaines maladies chroniques importantes en Chaudière-Appalaches, en tenant compte de quelques facteurs de risque et de protection qui leur sont globalement associés. Même s'il n'est pas exhaustif et exclut les cancers, il offre une compréhension globale des enjeux de santé régionaux en ce qui concerne les maladies chroniques.

Bien que ces maladies touchent plus particulièrement les personnes de 50 ans et plus, certaines maladies telles que l'asthme, le diabète et l'obésité se manifestent parfois relativement tôt dans la vie. D'autres maladies, comme la MPOC, les cardiopathies ischémiques, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et les maladies vasculaires cérébrales, surviennent généralement plus tard, touchant principalement les personnes âgées de 65 ans et plus. Depuis le début des années 2000, bien que les taux de nouveaux diagnostics aient diminué considérablement pour toutes les maladies présentées, les proportions de personnes vivant avec ces maladies sont demeurées aussi élevées et ont même augmenté pour certaines d'entre elles. Ce constat, combiné à la croissance démographique et au vieillissement de la population régionale, peut exercer une influence importante sur la demande et l'utilisation des services de santé.

Par ailleurs, le survol des données concernant les habitudes de vie met en lumière des éléments pertinents pour orienter des actions préventives. Une consommation d'alcool plus élevée est observée en Chaudière-Appalaches comparativement au reste de la province, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans et les adultes de 45 à 64 ans. De même, la consommation de boissons sucrées y est généralement plus élevée que dans le reste du Québec. Il demeure que des gains importants sont à faire sur tous les aspects, incluant le tabagisme, qui est encore très présent en tenant compte de la place qu'a prise la cigarette électronique, ainsi que la consommation de fruits et légumes et l'activité physique.

Les maladies chroniques peuvent être prévenues ou atténuées grâce à l'adoption de saines habitudes de vie, l'amélioration des conditions de vie, les environnements favorables à la santé et la prise en charge précoce des facteurs de risque.

Diverses initiatives régionales, soutenues par les politiques et les actions de santé publique, visent à agir sur les environnements de vie et à renforcer les compétences individuelles pour favoriser une meilleure santé globale. Il demeure essentiel de poursuivre et d'intensifier ces efforts afin de créer des environnements propices à la santé et au bien-être, permettant ainsi d'avoir un impact positif durable sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches.

## Références

1. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2011). Obésité au Canada – Déterminants et facteurs contributifs. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/modes-vie-sains/obesite-canada/facteurs.html>
2. BARNETT, K. et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
3. BLANCHET, C., HAMEL, D., et al. (2014). Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec. Institut national de santé publique du Québec. 154 pages
4. BOULET, L.-P., et BOURBEAU, J. (2002). Les facteurs de risque de l'asthme. *Revue canadienne des maladies respiratoires*, 9(3), 145-152.
5. CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES (2023). Repères canadiens sur l'alcool et la santé. <https://www.ccdus.ca/repères-canadiens-sur-l-alcool-et-la-santé>
6. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2023). Insuffisance cardiaque. <https://www.chudequebec.ca/patient/maladies-soins-et-services/m-informer-sur-ma-maladie-ou-ma-condition/insuffisance-cardiaque.aspx>
7. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2017). Alimentation saine. <https://www.quebec.ca/sante/alimentation/saines-habitudes-alimentaires/alimentation-saine>
8. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2023). Consommation excessive d'alcool. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015-2016, 2017-2018 et 2019-2020. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. [Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final | Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#)
9. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2020). Activité physique aérobie durant les loisirs des adultes québécois : évolution de 1994 à 2014. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2782>
10. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. (2020 a). Hypertension artérielle. *Institut national de santé publique du Québec*. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1059\\_hypertensionarterielle.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1059_hypertensionarterielle.pdf)
11. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2020b), Fiche d'indicateur du PNS, n° SP2-290, Prévalence des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus (SISMACQ), INSPQ, disponible à l'Infocentre de santé publique
12. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2022), Fiche d'indicateur du PNS, n° SP2-122, Prévalence de l'insuffisance cardiaque pour la population de 40 ans et plus (SISMACQ), INSPQ, disponible à l'Infocentre de santé publique
13. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2020c), Fiche d'indicateur du PNS, n° SP2-306, Prévalence des maladies vasculaires cérébrales pour la population de 20 ans et plus (SISMACQ) INSPQ, disponible à l'Infocentre de santé publique
14. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2020d), Fiche d'indicateur du PNS, n° CI3-033: Proportion de la population présentant une consommation excessive d'alcool une fois par mois ou plus au cours des 12 derniers mois (EQSP).INSPQ, disponible à l'Infocentre de santé publique
15. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, (2024). Tabac et cigarette électronique. [Tabac et cigarette électronique | Institut national de santé publique du Québec](#)









16. INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC – Université Laval. (2025, 15 janvier). Nouvelle définition de l'obésité : bien plus qu'un excès de poids. <https://www.iucpq.ca>
17. LOUGHEED, M. D. et al (2012). Mise à jour des lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie 2012 : Diagnostic et gestion de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adultes. *Revue canadienne des maladies respiratoires*, 19(2), 127-164.
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, au mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids, Gouvernement du Québec.
19. O'DONNELL, D. E. et al. (2008). Recommandations de la Société canadienne de thoracologie pour la gestion de la maladie pulmonaire obstructive chronique. *Revue canadienne des maladies respiratoires*, 15(2), 1-8.
20. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2022). Alcohol. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
21. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2024). Asthme. Consulté le 7 janvier 2025, sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
22. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2024A). Maladies non transmissibles. *Organisation mondiale de la santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
23. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2015). L'OMS appelle les pays à réduire l'apport en sucres chez l'adulte et l'enfant. [L'OMS appelle les pays à réduire l'apport en sucres chez l'adulte et l'enfant](#)
24. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2025). Organisation mondiale de la Santé. (n.d.). Maladies chroniques et maladies non transmissibles. Organisation mondiale de la Santé. Consulté sur <https://www.who.int>
25. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2023). Asthme. OMS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
26. PIGEON, É. et LAROCQUE, I. (2011). Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1239\\_TendancesDiabete2000-2001A2006-2007.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1239_TendancesDiabete2000-2001A2006-2007.pdf)
27. THE LANCET. (2018). La multimorbidité : défis pour les systèmes de santé des pays développés. *The Lancet*, 392(10141), 101-102. <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2818%2932536-4.pdf>




































# Annexe I – Tableaux détaillés des données du portrait


## Tableaux détaillés des différences entre les femmes et les hommes

### Tableaux maladies chroniques F-H








#### Légende :




















-  Situation plus vulnérable que le territoire de comparaison, au seuil de 1 % ou de 5 %
-  Situation moins vulnérable que le territoire de comparaison, au seuil de 1 % ou de 5 %
- ns Situation comparable au territoire de comparaison, au seuil de 1 % ou de 5 %
-  <  Prévalence ou proportion des hommes supérieure à celle des femmes, au seuil de 1 % ou de 5 %
-  >  Prévalence ou proportion des femmes supérieure à celle des hommes, au seuil de 1 % ou de 5 %
- \* Coefficient de variation assez élevé, à interpréter avec prudence
- np Données non présentées
- nc Données non calculables























	Femmes			Hommes			Rapport F/H pour la région	
	Nombre	% brute	Par rapport aux femmes du reste du Québec	Nombre	% brute	Par rapport aux hommes du reste du Québec	Ratio	Écart F/H
<b>Asthme</b>								
1 à 12 ans	1 425	5		2 400	8	ns	0,6	 < 
13 à 19 ans	1 355	9		2 135	13		0,7	 < 
20 à 29 ans	3 115	15		4 110	18		0,8	 < 
30 à 39 ans	3 065	12		2 700	10		1,3	 > 
40 à 49 ans	2 935	11		1 985	7		1,6	 > 
50 à 59 ans	2 630	10		1 915	7		1,4	 > 
60 à 69 ans	2 770	8		2 100	6		1,3	 > 
70 à 79 ans	2 175	9		1 600	7		1,3	 > 
80 ans et plus	1 365	9		820	8		1,2	 > 

	Femmes			Hommes			Rapport F/H pour la région	
	Nombre	% brute	Par rapport aux femmes du reste du Québec	Nombre	% brute	Par rapport aux hommes du reste du Québec	Ratio	Écart F/H
Total 1 an et plus	20 840	10	–	19 775	9	–	1,1	 > 
<b>Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</b>								
35 à 44 ans	255	1	ns	265	1	+	1,1	ns
45 à 54 ans	1 115	4	+	865	3	ns	1,4	 > 
55 à 64 ans	3 320	10	ns	2 880	9	ns	1,2	 > 
65 à 74 ans	4 240	14	–	4 470	15	–	1,0	ns
75 à 84 ans	3 160	18	–	3 565	22	–	0,8	 < 
85 ans et plus	1 580	20	–	1 365	31	ns	0,6	 < 
Total 35 ans et plus	13 665	10	–	13 410	10	–	1,0	ns
<b>Hypertension artérielle</b>								
20 à 34 ans	380	1	+	500	1	+	0,8	ns
35 à 49 ans	2 400	6	+	3 610	8	+	0,7	 < 
50 à 54 ans	1 685	14	ns	2 405	18	ns	0,7	 < 
55 à 59 ans	2 980	20	ns	3 990	26	ns	0,8	 < 
60 à 64 ans	4 680	27	–	5 835	34	ns	0,8	 < 
65 à 69 ans	5 950	37	–	7 320	45	ns	0,8	 < 
70 à 74 ans	6 765	48	–	7 575	55	–	0,9	 < 
75 à 79 ans	6 620	61	ns	6 535	63	–	1,0	ns
80 à 84 ans	5 005	74	ns	4 285	74	ns	1,0	ns
85 ans et plus	6 785	85	ns	3 550	80	ns	1,1	ns
65 ans et plus	31 125	56	–	29 270	58	–	1,0	 < 
20 ans et plus	43 250	25	ns	45 615	26	ns	1,0	 < 

	Femmes			Hommes			Rapport F/H pour la région	
	Nombre	% brute	Par rapport aux femmes du reste du Québec	Nombre	% brute	Par rapport aux hommes du reste du Québec	Ratio	Écart F/H
<b>Cardiopathies ischémiques</b>								
20 à 34 ans	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
35 à 49 ans	575	1	+	825	2	+	0,8	 < 
50 à 54 ans	435	4	+	780	6	ns	0,6	 < 
55 à 59 ans	870	6	+	1 635	11	+	0,5	 < 
60 à 64 ans	1 385	8	ns	2 640	15	ns	0,5	 < 
65 à 69 ans	1 945	12	+	3 800	23	+	0,5	 < 
70 à 74 ans	2 315	17	ns	4 370	32	+	0,5	 < 
75 à 79 ans	2 610	24	+	3 965	38	ns	0,6	 < 
80 à 84 ans	2 145	32	+	2 850	49	+	0,6	 < 
85 ans et plus	3 310	42	+	2 500	56	+	0,7	 < 
65 ans et plus	12 325	22	+	17 485	34	+	0,6	 < 
20 ans et plus	15 675	9	+	23 445	13	+	0,7	 < 
<b>Insuffisance cardiaque</b>								
40 à 59 ans	315	1	ns	660	1	+	0,5	 < 
60 à 64 ans	310	2	ns	610	4	ns	0,5	 < 
65 à 69 ans	430	3	ns	905	6	+	0,5	 < 
70 à 74 ans	550	4	ns	1 080	8	ns	0,5	 < 
75 à 79 ans	700	6	ns	1 195	12	ns	0,6	 < 
80 à 84 ans	740	11	ns	985	17	+	0,6	 < 
85 ans et plus	1 695	21	+	1 135	25	+	0,8	 < 







	Femmes			Hommes			Rapport F/H pour la région	
	Nombre	% brute	Par rapport aux femmes du reste du Québec	Nombre	% brute	Par rapport aux hommes du reste du Québec	Ratio	Écart F/H
65 ans et plus	4 110	7	ns	5 315	10	+	0,7	 < 
40 ans et plus	4 735	4	ns	6 580	5	+	0,7	 < 
<b>Maladies vasculaires cérébrales (MVC)</b>								
20 à 34 ans	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
35 à 49 ans	320	1	ns	315	1	+	1,1	ns
50 à 54 ans	185	2	ns	210	2	ns	0,9	ns
55 à 59 ans	340	2	ns	410	3	ns	0,8	ns
60 à 64 ans	445	3	-	635	4	ns	0,7	 < 
65 à 69 ans	600	4	ns	770	5	-	0,8	 < 
70 à 74 ans	705	5	-	1 020	7	ns	0,7	 < 
75 à 79 ans	800	7	ns	1 000	10	ns	0,8	 < 
80 à 84 ans	745	11	ns	810	14	ns	0,8	 < 
85 ans et plus	1 425	18	ns	885	20	ns	0,9	ns
20 ans et plus	5 650	3	ns	6 110	3	ns	0,9	 < 
<b>Diabète</b>								
1 à 19 ans	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
20 à 34 ans	275	1	ns	270	1	ns	1,1	ns
35 à 49 ans	1 050	3	-	1 365	3	-	0,8	ns
50 à 54 ans	670	5	-	1 015	8	-	0,7	 < 
55 à 59 ans	1 100	7	-	1 700	11	-	0,7	 < 
60 à 64 ans	1 610	9	-	2 330	14	-	0,7	 < 
65 à 69 ans	1 880	12	-	3 140	19	-	0,6	 < 





	Femmes			Hommes			Rapport F/H pour la région	
	Nombre	% brute	Par rapport aux femmes du reste du Québec	Nombre	% brute	Par rapport aux hommes du reste du Québec	Ratio	Écart F/H
70 à 74 ans	2 150	15	–	3 370	24	–	0,6	 < 
75 à 79 ans	2 070	19	–	2 875	28	–	0,7	 < 
80 à 84 ans	1 535	23	–	1 825	31	–	0,7	 < 
85 ans et plus	2 060	26	ns	1 340	30	–	0,9	 < 
1 an et plus	14 475	7	–	19 320	9	–	0,8	 < 
20 ans et plus	14 405	8	–	19 225	11	–	0,8	 < 
65 ans et plus	9 690	17	–	12 545	25	–	0,7	 < 
Proportions des personnes ayant de l'obésité en 2020-2021								
15 à 17 ans	np	np	np	np	np	np	np	np
18 à 24 ans	np	np	np	np	np	np	np	np
25 à 44 ans	11 000	23	ns	15 000	27	ns	0,9	ns
45 à 64 ans	15 200	26	ns	17 500	29	ns	0,9	ns
65 ans et plus	10 300	20	ns	10 500	22	ns	0,9	ns
18 ans et plus	38 000	22	ns	45 700	25	ns	0,9	ns
15 ans et plus	38 200	21	ns	46 200	25	ns	0,9	ns
Proportions des personnes ayant de l'embonpoint en 2020-2021								
15 à 17 ans	np	np	np	np	np	np	np	np
18 à 24 ans	3 600	26*	ns	np	np	ns	nc	nc
25 à 44 ans	12 400	27	ns	21 900	40	ns	0,7	 < 
45 à 64 ans	18 300	31	ns	27 400	45	ns	0,7	 < 
65 ans et plus	18 000	35	ns	22 100	46	ns	0,8	 < 
18 ans et plus	52 300	31	ns	73 900	41	ns	0,7	 < 

	Femmes			Hommes			Rapport F/H pour la région	
	Nombre	% brute	Par rapport aux femmes du reste du Québec	Nombre	% brute	Par rapport aux hommes du reste du Québec	Ratio	Écart F/H
15 ans et plus	53 100	30	ns	74 600	40	ns	0,7	 < 
Proportions des personnes ayant un surplus de poids (obésité ou embonpoint) en 2020-2021								
15 à 17 ans	np	np	np	np	np	np	np	np
18 à 24 ans	5 100	37*	ns	5 400	34*	ns	1,1	ns
25 à 44 ans	23 400	50	ns	36 800	68	ns	0,7	 < 
45 à 64 ans	33 400	57	ns	44 900	73	ns	0,8	 < 
65 ans et plus	28 300	55	ns	32 600	68	ns	0,8	 < 
18 ans et plus	90 200	53	ns	119 600	67	ns	0,8	 < 
15 ans et plus	91 300	51	ns	120 800	65	ns	0,8	 < 
Multimorbidité (2 conditions ou plus)								
50 à 64 ans	9 465	21	—	9 650	21	—	1,0	ns
65 ans et plus	25 755	46	—	26 150	51	—	0,9	 < 
25 ans et plus	43 390	26	—	40 475	24	—	1,1	 > 
Multimorbidité complexe (3 conditions ou plus)								
50 à 64 ans	4 810	11	—	5 355	12	ns	0,9	 < 
65 ans et plus	17 610	32	—	18 665	37	ns	0,9	 < 
25 ans et plus	25 490	16	—	26 165	16	ns	1,0	 < 




## Tableaux habitudes de vie F-H

### Légende :

-  Situation plus vulnérable que le territoire de comparaison, au seuil de 5 %
-  Situation moins vulnérable que le territoire de comparaison, au seuil de 5 %
- ns Situation comparable au territoire de comparaison, au seuil de 5 %
-  <  Prévalence ou proportion des hommes supérieure à celle des femmes, au seuil de 5 %
-  >  Prévalence ou proportion des femmes supérieure à celle des hommes, au seuil de 5 %
- \* Coefficient de variation assez élevé, à interpréter avec prudence
- np Données non présentées
- nc Données non calculables

	Femmes			Hommes			Rapport F/H pour la région	
	Nombre	% brute	Par rapport aux femmes du reste du Québec	Nombre	% brute	Par rapport aux hommes du reste du Québec	Ratio	Écart F/H
<b>Proportions de la population ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois</b>								
15 à 17 ans	4 700	66	ns	4 700	80		0,8	ns
18 à 24 ans	12 100	88	ns	14 500	92	ns	1,0	ns
25 à 44 ans	43 500	87		47 900	88	ns	1,0	ns
45 à 64 ans	50 500	86		53 300	87		1,0	ns
65 ans et plus	37 900	73	ns	40 100	83	ns	0,9	 < 
15 ans et plus	148 900	82		160 600	87		0,9	 < 
<b>Proportions de la population ayant consommé de l'alcool de manière excessive au moins une fois au cours des 12 derniers mois</b>								
15 à 17 ans	np	np	np	np	np	np	np	np
18 à 24 ans	4 400	32*	ns	5 500	35*	ns	0,9	ns
25 à 44 ans	15 100	30	ns	20 400	37	ns	0,8	ns
45 à 64 ans	15 400	26		21 200	35		0,8	 < 
65 ans et plus	6 600	13	ns	10 200	21		0,6	 < 



	Femmes			Hommes			Rapport F/H pour la région	
	Nombre	% brute	Par rapport aux femmes du reste du Québec	Nombre	% brute	Par rapport aux hommes du reste du Québec	Ratio	Écart F/H
15 ans et plus	42 200	23	+	59 300	32	+	0,7	 < 
Proportions de la population consommant au moins une boisson sucrée chaque jour								
15 à 17 ans	3 100	44*	ns	3 500	59*	ns	0,8	ns
18 à 24 ans	7 200	53	ns	9 800	62	ns	0,8	ns
25 à 44 ans	23 700	48	ns	34 900	64	+	0,7	 < 
45 à 64 ans	32 400	55	+	40 700	66	+	0,8	 < 
65 ans et plus	24 700	48	ns	31 900	66	+	0,7	 < 
15 ans et plus	91 200	50	+	120 700	65	+	0,8	 < 
Proportions de fumeurs de cigarette (incluant la cigarette électronique avec nicotine)								
15 à 17 ans	np	np	np	np	np	np	np	np
18 à 24 ans	np	np	np	3 700	24*	ns	np	np
25 à 44 ans	6 300	13*	-	13 800	25	ns	0,5	 < 
45 à 64 ans	9 400	16	ns	9 800	16	ns	1,0	ns
65 ans et plus	5 500	11*	ns	5 100	11*	ns	1,0	ns
15 ans et plus	24 400	13	-	34 500	19	ns	0,7	 < 
Proportions de la population consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour en 2015-2016								
12 à 17 ans	6 300	53*	ns	6 600	53	ns	1,0	ns
18 à 24 ans	7 700	52*	ns	7 000	50*	ns	1,0	ns

	Femmes			Hommes			Rapport F/H pour la région	
	Nombre	% brute	Par rapport aux femmes du reste du Québec	Nombre	% brute	Par rapport aux hommes du reste du Québec	Ratio	Écart F/H
25 à 44 ans	19 500	38	—	37 200	69	ns	0,6	 < 
45 à 64 ans	36 100	60	ns	52 000	81	+	0,7	 < 
65 ans et plus	18 300	44	ns	28 900	77	ns	0,6	 < 
12 ans et plus	87 800	49	ns	131 800	72	ns	0,7	 < 
Proportions des personnes actives ou moyennement actives dans le loisir ou le transport au cours des quatre dernières semaines								
15 à 17 ans	4 200	59	ns	3 000	51	ns	1,1	ns
18 à 24 ans	6 500	47	ns	7 000	45	ns	1,1	ns
25 à 44 ans	23 500	47	ns	23 100	42	ns	1,1	ns
45 à 64 ans	29 700	51	ns	29 800	49	ns	1,0	ns
65 ans et plus	21 700	41	ns	24 200	50	ns	0,8	 > 
15 ans et plus	85 800	47	ns	87 200	47	ns	1,0	ns
Proportions des personnes peu actives ou sédentaires dans le loisir ou le transport au cours des quatre dernières semaines								
15 à 17 ans	2 900	41*	ns	2 900	49*	ns	0,8	ns
18 à 24 ans	7 300	53	ns	8 700	55	ns	1,0	ns
25 à 44 ans	26 300	53	ns	31 300	58	ns	0,9	ns
45 à 64 ans	28 900	49	ns	31 400	51	ns	1,0	ns
65 ans et plus	30 100	59	ns	24 000	50	ns	1,2	 > 
15 ans et plus	95 300	53	ns	98 300	53	ns	1,0	ns

## Tableaux détaillés des différences entre les territoires de CLSC

	Asthme 1 an et plus			MPOC 35 ans et plus			Hypertension 20 ans et plus			Cardiopathies ischémiques 20 ans et plus			Insuffisance cardiaque 40 ans et plus			Maladie vasculaire cérébrale (MVC) 20 ans et plus			Diabète 1 an et plus		
	Nombre	%		Nombre	%		Nombre	%		Nombre	%		Nombre	%		Nombre	%		Nombre	%	
Lotbinière	3 260	9,2	≡	1 735	8,3	—	6 135	22,1	≡	2 725	9,8	≡	830	4,5	≡	810	2,9	≡	2 365	6,7	≡
Les Chutes-de-la-Chaudière	9 735	9,6	+	5 230	8,5	≡	17 055	21,8	—	7 580	9,7	≡	1 870	3,4	—	2 095	2,7	—	6 075	6,0	—
Desjardins	5 390	9,1	≡	3 015	7,8	—	11 895	24,6	—	5 770	12,0	≡	1 460	4,2	—	1 635	3,4	≡	4 600	7,8	—
Bellechasse	3 055	7,9	—	1 825	7,6	—	6 995	22,9	—	3 270	10,7	≡	870	4,0	—	1 035	3,4	≡	2 400	6,2	—
La Nouvelle-Beauce	2 620	8,1	—	1 765	9,2	≡	5 520	22,2	—	2 700	10,9	+	695	4,1	≡	765	3,1	≡	2 065	6,4	—
Les Appalaches	4 295	9,8	+	3 430	11,5	+	10 500	29,2	≡	3 995	11,1	—	1 495	5,5	≡	1 475	4,1	≡	4 550	10,4	+
Robert-Cliche	1 680	8,7	≡	1 415	11,7	+	4 135	27,3	+	1 865	12,3	+	610	5,6	+	535	3,5	≡	1 530	7,9	≡
Beauce-Sartigan	5 450	10,0	+	4 650	13,6	+	12 600	29,2	+	5 220	12,1	+	1 485	4,8	+	1 590	3,7	+	4 500	8,2	+
Des Etchemins	1 460	8,5	≡	1 230	10,5	≡	4 085	29,0	+	1 940	13,7	+	530	4,9	≡	575	4,1	≡	1 530	8,9	≡
Montmagny	2 285	10,0	+	1 700	10,7	≡	5 845	30,9	+	2 300	12,2	—	840	5,7	+	735	3,9	≡	2 515	11,0	+
L'Islet	1 390	7,8	—	1 070	8,6	—	4 090	27,7	—	1 760	11,9	—	635	5,5	+	515	3,5	—	1 665	9,4	≡
Chaudière-Appalaches	40 615	9,2	—	27 075	9,7	—	88 865	25,3	≡	39 120	11,1	+	11 320	4,5	+	11 760	3,3	≡	33 795	7,6	—

Le test statistique de comparaison est effectué en utilisant le pourcentage ajusté, bien que les données présentées correspondent aux pourcentages bruts.

### Légende :

- + Situation plus vulnérable que le territoire de comparaison, au seuil de 1 %
- Situation moins vulnérable que le territoire de comparaison, au seuil de 1 %
- ≡ Situation comparable au territoire de comparaison, seuil de 1 %

\* coefficient de variation assez élevé, à interpréter avec prudence  
 np : données non présentées  
 nc : données non calculables

## Annexe II – Aspects méthodologiques

Cette annexe présente les sources de données, des définitions et les méthodes de calcul pour chacun des indicateurs choisis.

### Les maladies chroniques

#### 1. Asthme

**Source :** SISMACQ, 2022-2023

**Définition :** Une personne est atteinte d'asthme si elle satisfait à l'un de ces critères :

- Avoir un diagnostic (principal ou secondaire) d'asthme inscrit au fichier de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).
- Avoir eu 2 réclamations avec un diagnostic d'asthme enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période de 2 ans.

**Calcul de la proportion brute :**

$$\frac{\text{Nombre de cas d'asthme pour une période donnée}}{\text{Population d'un an et plus pour la même période}} \times 100$$

**Calcul de l'incidence :**

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas d'asthme pour une période donnée}}{\text{Population d'un an et plus pour la même période}} \times 100$$

#### 2. MPOC

**Source :** SISMACQ, 2022-2023

**Définition :** Une personne est considérée comme étant atteinte d'une MPOC si elle satisfait à l'un de ces critères :

- Avoir un diagnostic (principal ou secondaire) de MPOC inscrit au fichier MED-ÉCHO.
- Avoir un diagnostic de MPOC enregistré au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.

**Calcul de la proportion brute :**

$$\frac{\text{Nombre de cas de MPOC pour une période donnée}}{\text{Population de 35 ans et plus pour la même période}} \times 100$$

### Calcul de l'incidence :

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas de MPOC pour une période donnée}}{\text{Population de 35 ans et plus pour la même période}} \times 100$$

### 3. L'hypertension artérielle

**Source :** SISMACQ, 2022-2023

**Définition :** Une personne est considérée hypertendue si elle satisfait à l'un de ces critères :

- Avoir un diagnostic (principal ou secondaire) d'hypertension artérielle inscrit au fichier MED-ÉCHO.
- Avoir eu 2 diagnostics d'hypertension artérielle enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période de 2 ans.

### Calcul de la proportion brute :

$$\frac{\text{Nombre de cas d'hypertension artérielle pour une période donnée}}{\text{Population de 20 ans et plus pour la même période}} \times 100$$

### Calcul de l'incidence :

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas de l'hypertension artérielle pour une période donnée}}{\text{Population de 20 ans et plus à risque pour la même période}} \times 100$$

### 4. Les cardiopathies ischémiques

**Source :** SISMACQ, 2022-2023

**Définition :** Une personne est considérée atteinte de cardiopathies ischémiques si elle satisfait à l'un de ces critères :

- Avoir un diagnostic (principal ou secondaire) de cardiopathie ischémique inscrit au fichier MED-ÉCHO.
- Avoir un code d'intervention en santé de pontages aorto-coronariens ou d'intervention coronarienne percutanée inscrit au fichier MED-ÉCHO.
- Avoir eu 2 diagnostics de cardiopathies ischémiques enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période d'un an.

### Calcul de la proportion brute :

$$\frac{\text{Nombre de cas de cardiopathies ischémiques pour une période donnée}}{\text{Population de 20 ans et plus pour la même période}} \times 100$$

**Calcul de l'incidence :**

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas de cardiopathies ischémiques pour une période donnée}}{\text{Population de 20 ans et plus à risque pour la même période}} \times 100$$

**Calcul du taux de mortalité :**

$$\frac{\text{Nombre de personnes atteintes de cardiopathies ischémiques décédées durant la période considérée}}{\text{Nombre de cas prévalents de cardiopathies ischémiques dans la population de 20 ans et plus pour la même période}} \times 1\,000$$

**5. L'insuffisance cardiaque**

**Source :** SISMACQ, 2022-2023

**Définition :** Une personne est considérée atteinte d'insuffisance cardiaque si elle satisfait à l'un de ces critères :

- Avoir un diagnostic (principal ou secondaire) d'insuffisance cardiaque inscrit au fichier MED-ÉCHO.
- Avoir eu 2 diagnostics d'insuffisance cardiaque enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période d'un an.

**Calcul de la proportion brute :**

$$\frac{\text{Nombre de cas de l'insuffisance cardiaque pour une période donnée}}{\text{Population de 40 ans et plus pour la même période}} \times 100$$

**Calcul de l'incidence :**

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas de l'insuffisance cardiaque pour une période donnée}}{\text{Population de 40 ans et plus à risque pour la même période}} \times 100$$

**Calcul du taux de mortalité :**

$$\frac{\text{Nombre de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque décédées durant la période considérée}}{\text{Nombre de cas prévalents d'insuffisance cardiaque dans la population de 40 ans et plus pour la même période}} \times 1\,000$$

## 6. Les maladies vasculaires cérébrales

**Source :** SISMACQ, 2022-2023

**Définition :** Une personne est considérée atteinte de maladies vasculaires cérébrales si elle satisfait à l'un de ces critères :

- Avoir un diagnostic (principal ou secondaire) de maladies vasculaires cérébrales inscrit au fichier MED-ÉCHO.
- Avoir eu 2 diagnostics de maladies vasculaires cérébrales enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période d'un an.

**Calcul de la proportion brute :**

$$\frac{\text{Nombre de cas de maladies vasculaires cérébrales pour une période donnée}}{\text{Population de 20 ans et plus pour la même période}} \times 100$$

**Calcul de l'incidence :**

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas de maladies vasculaires cérébrales pour une période donnée}}{\text{Population de 20 ans et plus à risque pour la même période}} \times 100$$

**Calcul du taux de mortalité :**

$$\frac{\text{Nombre de personnes atteintes de maladies vasculaires cérébrales décédées durant la période considérée}}{\text{Nombre de cas prévalents de maladies vasculaires cérébrales dans la population de 20 ans et plus pour la même période}} \times 1\,000$$

## 7. Le diabète

**Source :** SISMACQ, 2022-2023

**Définition :** 2 définitions de cas sont utilisées selon l'âge de la personne et cette dernière est considérée diabétique si elle satisfait à un de ces critères :

**Pour les jeunes de 1 à 19 ans :**

- Avoir un diagnostic (principal ou secondaire) de diabète inscrit au fichier MED-ÉCHO.
- Avoir eu 4 diagnostics de diabète enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, chacun séparé de 30 jours, durant une période d'un an.

**Pour les adultes de 20 ans et plus :**

- Avoir un diagnostic (principal ou secondaire) de diabète inscrit au fichier MED-ÉCHO.
- Avoir eu 2 diagnostics de diabète enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période de 2 ans.

**Calcul de la proportion brute :**

$$\frac{\text{Nombre de cas de diabète pour une période donnée}}{\text{Population d'un an et plus pour la même période}} \times 100$$

**Calcul de l'incidence :**

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas de diabète pour une période donnée}}{\text{Population d'un an et plus à risque pour la même période}} \times 100$$

**8. L'obésité et l'embonpoint**

**Source :** l'EQSP 2020-2021

**Définition :** L'indicateur est construit à partir de 2 questions :

- Combien mesurez-vous sans chaussures?
- Combien pesez-vous?

À l'aide de ces 2 questions, l'IMC a été calculé pour obtenir les catégories de la répartition de la population de 18 ans et plus selon le statut pondéral.

Les catégories sont :

- Poids insuffisant (IMC inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup>)
- Poids normal (IMC égal ou supérieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 25 kg/m<sup>2</sup>)
- Embonpoint (IMC égal ou supérieur à 25,0 kg/m<sup>2</sup> et inférieur 30,0 kg/m<sup>2</sup>)
- Obésité (IMC égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>)

Les 2 questions n'ont pas été posées aux femmes (dont le sexe à la naissance est féminin) de 15 à 49 ans et enceintes.

**Calcul de la proportion brute :**

$$\frac{\text{Population de 18 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel selon le statut pondéral}}{\text{Population de 18 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel à l'exclusion des femmes enceintes}} \times 100$$



## Les facteurs de risques

### 1. La consommation d'alcool

**Source :** Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021

**Définition :** Pour construire cet indicateur, une question est posée : « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée ? »

Un verre se définit comme :

- Une bouteille ou une petite canette de bière, de cidre ou de « cooler » à 5 % d'alcool ou un petit verre de bière en fût;
- Un verre de vin à 12 % d'alcool;
- Un verre ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux à 40 % d'alcool.

**Calcul de la proportion :**

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel et ayant consommé de l'alcool au cours de 12 mois

X 100

---

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel

### 2. La consommation excessive

**Source :** Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021

**Définition :** Pour construire cet indicateur, une question est posée :

« Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu (5 verres pour un répondant dont le sexe à la naissance est masculin ou 4 verres pour une répondante dont le sexe à la naissance est féminin) ou plus d'alcool à une même occasion? »

Les catégories « Une fois par mois », « 2 à 3 fois par mois », « Une fois par semaine » et « Plus d'une fois par semaine » ont été regroupées afin de calculer la proportion de la population présentant une consommation excessive d'alcool une fois par mois ou plus au cours des 12 derniers mois.

### Calcul de la proportion brute :

$$\frac{\text{Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel et ayant une consommation excessive d'alcool une fois par mois ou plus durant la dernière année}}{\text{Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel}} \times 100$$

### 3. La consommation de boisson sucrée

**Source :** Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021

**Définition :** Pour construire cet indicateur, une question est posée :

- Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des jus de fruits purs à 100 %, par exemple du jus de pomme en boîte, du jus d'orange réfrigéré ou du jus concentré congelé?
- Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des cafés ou thés sucrés du commerce, servis glacés, froids ou chauds (par exemple, café moka, cappuccino glacé, café à la vanille française, Nestea, latte au chai glacé, kombucha, etc.)?
- Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des boissons sucrées? Cela inclut les boissons gazeuses, les boissons à saveur de fruits, les boissons pour sportifs, les boissons énergisantes, les eaux aromatisées et les boissons à base de lait et les boissons végétales sucrées. Toutes les boissons diètes sont exclues.

### Calcul de la proportion brute :

$$\frac{\text{Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel et consommant au moins une sorte de boisson sucrée une fois par jour ou plus}}{\text{Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel}} \times 100$$

### 4. Le tabagisme

**Source :** Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021.

**Définition :** Pour construire cet indicateur, une question est posée :

Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?

- Fumeurs quotidiens (personnes qui fument actuellement tous les jours)
- Fumeurs occasionnels (personnes qui fument actuellement, mais sans fumer tous les jours. Cette catégorie inclut les anciens fumeurs quotidiens qui fument actuellement occasionnellement).
- Anciens fumeurs (personnes qui ont fait l'expérience d'au moins une centaine de cigarettes ou plus au cours de leur vie; ce sont celles qui ne fument plus du tout, qu'elles aient fumé de façon régulière ou occasionnelle dans le passé).
- N'a jamais fumé (personnes qui ont fumé moins d'une centaine de cigarettes au cours de leur vie).

Les catégories « Fumeurs quotidiens » et « Fumeurs occasionnels » ont été regroupées afin de calculer la proportion de fumeurs actuels de cigarettes.

### Calcul de proportion de fumeurs actuels de cigarettes :

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel fumeurs  
actuels de cigarettes

X 100

---

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel

### 5. La consommation des petites quantités de fruits et légumes

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycles 1.1 (2000-2001), 2.1 (2003), 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014 et 2015-2016, Statistique Canada

**Définition :** L'indicateur est construit à partir de 6 questions :

- Au cours du mois dernier, combien de fois par jour, par semaine ou par mois avez-vous bu des jus de fruits PURS à 100 %, comme du jus d'orange pur, de pommes, ou des mélanges de jus purs à 100 %? Ne pas inclure les boissons à saveur de fruits additionnées de sucre ou d'autres édulcorants ou les punchs aux fruits.
- Au cours du mois dernier, sans compter les jus, combien de fois avez-vous mangé des fruits? Veuillez inclure les fruits congelés, séchés ou en conserve.
- Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous mangé des légumes vert foncé comme le brocoli, les haricots verts, les pois et les poivrons verts ou des légumes-feuilles, y compris la laitue romaine ou les épinards? Veuillez inclure les légumes congelés ou en conserve et les légumes cuits dans les soupes ou mélangés aux salades.
- Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous mangé des légumes orangés comme les carottes, les poivrons orangés, les patates douces, la citrouille ou la courge ? Veuillez inclure les légumes congelés ou en conserve et les légumes cuits dans les soupes ou mélangés aux salades. Au cours du mois dernier, sans compter les jus, combien de fois avez-vous mangé des fruits ? Veuillez inclure les fruits congelés, séchés ou en conserve.
- Au cours du mois dernier, combien de fois par jour, par semaine ou par mois avez-vous mangé des pommes de terre non frites?
- Excluant les légumes verts et oranges ainsi que les patates que vous avez déjà mentionnés, au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous mangé d'AUTRES genres de légumes ? Les exemples comprennent le concombre, le céleri, le maïs, le chou et les jus de légumes.

Le répondant doit ensuite déclarer la fréquence de consommation, durant une période choisie (jour, semaine, mois ou année).

### Calcul de la proportion :

Population de 12 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel consommant  
au moins de 5 fois par jour des fruits et légumes

X 100

---

Population de 12 ans et plus dans les ménages privés

## Les facteurs de protection

### 1. L'activité physique

**Source :** Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021

**Définition :** L'indicateur est construit à partir de deux blocs de questions : un pour déterminer le niveau d'activité physique de transport (APT). Le deuxième bloc sert à déterminer le niveau d'activité physique de loisir (APL).

#### *Définition des niveaux d'activité physique de loisir et de transport*

Niveau	Intensité (MET) <sup>c</sup>	Fréquence (jours/semaine)	IDE <sup>e</sup> (kcal/kg/semaine)
Actif <sup>b</sup>	3 et plus	1 et plus <sup>d</sup>	15 et plus
Moyennement actif <sup>b</sup>	3 et plus	1 et plus <sup>d</sup>	7,5 et plus
Un peu actif	Toutes	1 et plus	Plus de 0
Sédentaire	Toutes	Moins de 1	Tous

#### *Tableau de la combinaison du niveau d'activité physique de transport et de loisir*

Niveau d'activité physique de transport (APT)	Niveau d'activité physique de loisir (APL)	Niveau d'APL et d'APT combinées <sup>f</sup>
Sédentaire	Sédentaire	Sédentaire
Sédentaire	Un peu actif ou plus <sup>g</sup>	Niveau de l'APL
Un peu actif ou plus <sup>g</sup>	Sédentaire	Niveau de l'APT
Un peu actif (Intensité très faible)	Un peu actif (Intensité très faible)	Un peu actif
Un peu actif (Intensité faible ou plus)	Un peu actif (Intensité très faible)	Niveau de l'APT
Un peu actif (Intensité très faible)	Un peu actif (Intensité faible ou plus)	Niveau de l'APL
Un peu actif ou plus (Intensité faible ou plus)	Un peu actif ou plus (Intensité faible ou plus)	Voir : méthode de calcul <sup>h</sup>

**Les activités physiques obligatoires, par exemple à l'école, n'ont pas été considérées pour les jeunes du secondaire et du cégep.**

Adapté de : Nolin, 2016.

Ces critères s'appliquent, habituellement, aux 18 ans et plus. Cependant, dans l'EQSP, ils sont également appliqués aux 15 à 17 ans.

Le niveau « actif » correspond à la recommandation supérieure (R-2) et le niveau « moyennement actif » à la recommandation minimale (R-1) (OMS, 2010).

Classification (exemple) : si un individu pratique une activité à une intensité de 4 MET, 5 jours/semaine (fréquence) et cumule un IDE de 15 kcal/kg/semaine, il sera classé « actif ». Il respecte les trois critères de ce niveau ( $\geq 3$  MET,  $\geq 1$  jour/semaine et  $\geq 15$  kcal/kg/semaine)

**Calcul de la proportion brute :**

$$\frac{\text{Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel selon le niveau d'activité physique}}{\text{Population de 18 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel}} \times 100$$

## Annexe III – Autres spécifications

Aucun indicateur de comorbidité n'est disponible pour évaluer la présence concomitante de certaines maladies spécifiques dans la population (par exemple, la proportion d'individus ayant un diagnostic d'hypertension artérielle et de diabète n'est pas un indicateur disponible). Le seul indicateur de multimorbidité disponible est constitué à partir d'une liste de 30 maladies différentes, et plus d'une vingtaine de ces maladies ne sont pas décrites dans ce portrait. La liste des conditions médicales utilisée pour identifier les cas de multimorbidité provient de l'indice combiné de comorbidité, le seul indice de comorbidité validé au Québec pour prédire le fardeau des maladies chroniques (Simard, 2018). Pour qu'une personne soit considérée comme présentant une multimorbidité, les maladies chroniques en question doivent être présentes dans les 10 dernières années (exceptionnellement les 5 dernières années pour certaines maladies, comme les cancers).

### 30 conditions médicales de la multimorbidité :

- |  |   |
|--|---|
| 1. Abus d'alcool   | 16. Maladies cérébro-vasculaires          |
| 2. Abus de drogue  | 17. Maladies de la circulation pulmonaire |
| 3. Anémie  | 18. Maladies hépatiques                   |
| 4. Arthrite rhumatoïde/collagénose avec manifestation vasculaire | 19. Maladies pulmonaires chroniques       |
| 5. Arythmie cardiaque  | 20. Maladies rénales                      |
| 6. Cancer métastatique   | 21. Maladies valvulaires                  |
| 7. Cancer sans métastase   | 22. Maladies vasculaires périphériques    |
| 8. Coagulopathie   | 23. Obésité                               |
| 9. Démence   | 24. Paralysie                             |
| 10. Dépression   | 25. Perte de poids                        |
| 11. Diabète  | 26. Psychoses                             |
| 12. Hypertension   | 27. Troubles hydroélectrolytiques         |
| 13. Hypothyroïdie  | 28. Troubles neurologiques                |
| 14. Infarctus du myocarde  | 29. Ulcères gastriques                    |
| 15. Insuffisance cardiaque                                       | 30. VIH/SIDA                              |

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

**Québec**

