



Portrait de santé 2020 de la population de la Capitale-Nationale

Quatre maladies chroniques, obésité
et cinq habitudes de vie associées

Direction de santé publique du Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Mars 2020

Ce document est une réalisation de la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Coordination

Sonia Dugal, directrice adjointe au programme de santé publique

Judith Rose-Maltais, coordonnatrice de l'équipe planification/évaluation, équité en santé, surveillance et administration (PESA)

Analyse des données statistiques et rédaction

Myriam Duplain, agente de planification, de programmation et de recherche

Surveillance de l'état de santé et de ses déterminants, équipe PESA

Collaboration pour les exemples d'actions régionales

Du service Milieux de vie et environnements sains et sécuritaires (MVES) :

- Pascale Chaumette, nutritionniste, agente de planification, de programmation et de recherche
- Marie-Ève Dufour, kinésiologue, agente de planification, de programmation et de recherche
- Marie-Ève Girard, agente de planification, de programmation et de recherche
- Julie Hins, kinésiologue, agente de planification, de programmation et de recherche
- Véronique Therrien, Dt.P., TEACH Certificat Program/Traitement du tabagisme, agente de planification, de programmation et de recherche

Relecture

Francine Borduas, M.D., équipe PESA

Marie-Claude Letellier, M.D., M.Sc., résidente en santé publique et médecine préventive

Louise Moreault, M.D., équipe PESA

Isabelle Mauger, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe PESA

Contribution spéciale (maladies chroniques)

Claudia Blais, Ph.D, professeure associée à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Mise en forme

Marie-Josée Paquet, technicienne en administration, équipe PESA

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet

www.ciuss-s-capitalenationale.gouv.qc.ca

Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2020

ISBN : 978-2-550-85328-2 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source en soit mentionnée.

Référence suggérée :

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Portrait de santé 2020 de la population de la Capitale-Nationale. Quatre maladies chroniques, obésité et cinq habitudes de vie associées.* Québec, Direction de santé publique, 2020, 30 p.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	4
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	6
INTRODUCTION.....	7
FAITS SAILLANTS.....	8
INFORMATION MÉTHODOLOGIQUE.....	9
INFORMATION SUR LES QUATRE MALADIES CHRONIQUES.....	10
Prévalence et incidence des quatre maladies chroniques.....	11
Prévalence des quatre maladies chroniques par sexe	12
Prévalence des quatre maladies chroniques par âge ou par territoire de CLSC.....	13
Hospitalisation pour les quatre maladies chroniques	14
Mortalité pour les quatre maladies chroniques.....	15
Obésité chez les adultes et les élèves du secondaire.....	16
Tabagisme	17
Activité physique de loisir et transport chez les adultes	18
Activité physique de loisir et transport chez les élèves du secondaire	19
Consommation quotidienne de fruits et légumes.....	20
Consommation quotidienne de boissons sucrées.....	21
Consommation d'alcool chez les adultes.....	22
Consommation d'alcool chez les élèves du secondaire	23
Comparaisons statistiques entre la province et la région : obésité et cinq habitudes de vie.....	24
SOURCES DES DONNÉES	25
ANNEXE A – Carte de la santé et de ses déterminants	28
ANNEXE B – Territoires sociosanitaires de la Capitale-Nationale.....	29

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Évolution de la prévalence des MVC, sexes réunis, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017.....	<u>11</u>
Figure 2.	Évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques, sexes réunis, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	<u>11</u>
Figure 3.	Évolution de la prévalence du diabète, sexes réunis, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017.....	<u>11</u>
Figure 4.	Évolution de la prévalence des MPOC, sexes réunis, 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2001-2002 à 2016-2017.....	<u>11</u>
Figure 5.	Évolution de l'incidence des quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017.....	<u>11</u>
Figure 6.	Évolution de la prévalence des MVC, hommes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017.....	<u>12</u>
Figure 7.	Évolution de la prévalence des MVC, femmes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017.....	<u>12</u>
Figure 8.	Évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques, hommes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017.....	<u>12</u>
Figure 9.	Évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques, femmes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017.....	<u>12</u>
Figure 10.	Évolution de la prévalence du diabète, hommes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017.....	<u>12</u>
Figure 11.	Évolution de la prévalence du diabète, femmes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017.....	<u>12</u>
Figure 12.	Évolution de la prévalence des MPOC, hommes de 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2001-2002 à 2016-2017.....	<u>12</u>
Figure 13.	Évolution de la prévalence des MPOC, femmes de 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2001-2002 à 2016-2017	<u>12</u>
Figure 14.	Prévalence des MVC par âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	<u>13</u>
Figure 15.	Prévalence des cardiopathies ischémiques par âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	<u>13</u>
Figure 16.	Prévalence du diabète par âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	<u>13</u>
Figure 17.	Prévalence des MPOC par âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	<u>13</u>
Figure 18.	Prévalence ajustée (%) des MVC, 20 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	<u>13</u>
Figure 19.	Prévalence ajustée (%) des cardiopathies ischémiques, 20 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	<u>13</u>
Figure 20.	Prévalence ajustée (%) du diabète, 20 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	<u>13</u>
Figure 21.	Prévalence ajustée (%) des MPOC, 35 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	<u>13</u>
Figure 22.	Évolution de l'hospitalisation pour les quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1991-1996 à 2014-2019	<u>14</u>
Figure 23.	Hospitalisation pour MVC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019	<u>14</u>
Figure 24.	Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019.....	<u>14</u>
Figure 25.	Hospitalisation pour diabète, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019.....	<u>14</u>
Figure 26.	Hospitalisation pour MPOC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019.....	<u>14</u>
Figure 27.	Évolution de la mortalité des quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1985-1989 à 2012-2016.....	<u>15</u>
Figure 28.	Mortalité par MVC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	<u>15</u>
Figure 29.	Mortalité par cardiopathies ischémiques, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	<u>15</u>
Figure 30.	Mortalité par diabète, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016.....	<u>15</u>
Figure 31.	Mortalité par MPOC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	<u>15</u>

LISTE DES FIGURES

Figure 32.	Répartition (% ajustée) de la population selon le statut pondéral, par sexe, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	16
Figure 33.	Prévalence de l'obésité par âge, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	16
Figure 34.	Projections de la prévalence de l'obésité chez les 20 ans et plus, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1987 à 2023	16
Figure 35.	Répartition (% brute) de la population selon le statut pondéral, par sexe, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017	16
Figure 36.	Répartition (% ajustée) de la population selon le statut de fumeurs de cigarettes, sexes réunis, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	17
Figure 37.	Évolution de la prévalence des fumeurs de cigarettes, sexes réunis, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 1987 à 2014-2015.....	17
Figure 38.	Inégalités sociales chez les fumeurs de cigarettes, sexes réunis, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	17
Figure 39.	Répartition (% ajustée) de la population par niveau d'activité physique, par sexe, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	18
Figure 40.	Prévalence d'actifs ou de sédentaires par âge, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	18
Figure 41.	Inégalités sociales chez les actifs ou les sédentaires, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	18
Figure 42.	Répartition (% brute) des élèves du secondaire par niveau d'activité physique, par sexe, Capitale-Nationale, 2010-2011 et 2016-2017	19
Figure 43.	Prévalence d'élèves actifs ou sédentaires au secondaire selon le soutien familial, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017	19
Figure 44.	Inégalités sociales chez les actifs ou les sédentaires au secondaire, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017	19
Figure 45.	Prévalence et inégalités sociales de consommation quotidienne, fruits/légumes cinq fois ou plus, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016	20
Figure 46.	Prévalence de consommation quotidienne, cinq fruits/légumes ou plus, par sexe, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2010-2011 et 2016-2017	20
Figure 47.	Inégalités sociales de consommation quotidienne, cinq fruits/légumes ou plus, sexes réunis, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017	20
Figure 48.	Prévalence de consommation quotidienne d'au moins une boisson sucrée par sexe et âge, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	21
Figure 49.	Inégalités sociales de consommation quotidienne d'au moins une boisson sucrée, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	21
Figure 50.	Prévalence de consommation quotidienne d'au moins une boisson sucrée, élèves du secondaire, par sexe et cycle, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	21
Figure 51.	Répartition (% ajustée) de la population par fréquence de consommation d'alcool, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016	22
Figure 52.	Prévalence de consommation excessive d'alcool par sexe et âge, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016	22
Figure 53.	Inégalités sociales de consommation excessive d'alcool, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016	22
Figure 54.	Prévalence de consommation d'alcool par sexe et cycle scolaire, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017 et 2010-2011	23
Figure 55.	Répartition des consommateurs au secondaire par fréquence de consommation d'alcool, sexes réunis, 2 ^e cycle, Capitale-Nationale, 2016-2017	23
Figure 56.	Prévalence de consommation excessive parmi les consommateurs d'alcool, cinq niveaux scolaires, sexes réunis, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017.....	23

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CLSC	Centre local de services communautaires
CIM-9	9 ^e classification internationale des maladies
CIM-10	10 ^e classification internationale des maladies
CV	Coefficient de variation
DES	Diplôme d'études secondaires
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ISS	Inégalités sociales de santé
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MFR-Apl	Mesure de faible revenu après impôt
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MVC	Maladies vasculaires cérébrales
PNS	Plan national de surveillance
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec

INTRODUCTION

Ce module thématique du *Portrait de santé 2020 de la population de la Capitale-Nationale* réunit des statistiques sur quatre maladies chroniques, l'obésité et cinq habitudes de vie leur étant associées. Ce module sera mis à jour aux cinq ans. Il s'inscrit dans le mandat légal de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants découlant de la loi de santé publique (LSP 2001). La surveillance vise à informer régulièrement les décideurs, les intervenants, les médias et la population sur l'état de santé et ses déterminants dans le but d'influencer ou de soutenir la mise en place de services ou conditions favorisant le maintien, l'amélioration ou le rétablissement de la santé. Au Québec, ce mandat de surveillance populationnelle est balisé par le *Plan national de surveillance* (PNS) regroupant actuellement près de mille indicateurs provenant de plus de cent cinquante sources. Les productions de surveillance ne se limitent pas aux modules thématiques du portrait de santé. Par exemple, certaines sont réservées aux données du recensement canadien et aux enquêtes de santé réalisées par Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

L'exercice de la surveillance repose sur trois questions fondamentales :

- 1) Quelle est la situation selon les données les plus récentes?
- 2) Quelles sont les différences entre les sous-groupes de la population?
- 3) Si les données le permettent, quelle est la tendance temporelle?

Une première série de données statistiques concerne les maladies et la condition de santé suivantes :

- les maladies vasculaires cérébrales (MVC);
- les cardiopathies ischémiques;
- le diabète;
- les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC);
- l'obésité.

Ces quatre maladies chroniques ainsi que l'obésité sont influencées, en partie, par diverses habitudes de vie. Par exemple, dans le cas du diabète, il est parfois possible de le faire disparaître en adoptant de saines habitudes. Ces maladies peuvent conduire à des incapacités, notamment des troubles visuels, de l'insuffisance rénale ou de fortes difficultés respiratoires. En plus du risque à la santé pour les personnes atteintes en matière d'incapacité ou de mortalité, ces maladies constituent un lourd fardeau pour le système de santé. Elles ont aussi d'autres impacts économiques, tels que l'absentéisme au travail.

La deuxième série regroupe des données statistiques provenant de trois enquêtes de santé, soit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS). Il s'agit de cinq habitudes de vie reconnues comme facteurs de risque ou de protection envers ces maladies chroniques et l'obésité :

- le tabagisme;
- la pratique de l'activité physique;
- la consommation de fruits et légumes;
- la consommation de boissons sucrées;
- la consommation d'alcool.

Les données sont présentées dans treize fiches comprenant la définition des indicateurs dont la majorité des informations sont tirées de documents de référence de l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ces fiches comprennent aussi une zone centrale de données illustrées ainsi qu'une dernière zone présentant des exemples de services ou d'activités en promotion/prévention inscrits à l'axe 2 du *Plan d'action régional de santé publique de la Capitale-Nationale (PAR 2016-2020)*.

Les données sur les quatre maladies chroniques permettent de voir les écarts entre les territoires de centre local de services communautaires (CLSC). Les données d'habitudes de vie sont présentées en fonction des inégalités sociales de santé (ISS) selon le sexe, l'âge, la scolarité, le revenu, l'emploi ou la structure du ménage. Pour les données d'obésité et des cinq habitudes de vie, un tableau synthèse permet de voir les résultats des comparaisons entre les données régionales et provinciales. Toutes les statistiques ont été extraites de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique hébergé à l'INSPQ. Deux annexes sont complémentaires à ces fiches : l'annexe A présente la carte de la santé et de ses déterminants et l'annexe B présente le découpage sociosanitaire de la Capitale-Nationale sur lequel s'appuient les données de santé depuis 1981. À quelques occasions, certains passages du texte sont soulignés, référant ainsi directement à des hyperliens.

FAITS SAILLANTS

Quatre maladies chroniques

- Pour chacune de ces quatre maladies chroniques (vasculaires cérébrales, cardiopathies ischémiques, diabète et pulmonaires obstructives chroniques), le nombre de personnes diagnostiquées a connu une augmentation importante entre 2000 et 2017. Cette augmentation est en grande partie la conséquence directe du vieillissement et de la croissance de la population de la Capitale-Nationale. Conséquemment, le réseau de soins cliniques connaît un alourdissement de son fardeau.
- La prévalence ajustée de ces quatre maladies a connu une augmentation dans un premier temps, mais s'est stabilisée ou a légèrement diminué par la suite durant la période 2000 à 2017. En 2016-2017, ces prévalences varient entre 2,2 % (maladies vasculaires cérébrales) et 9,8 % (cardiopathies ischémiques). Pour les maladies vasculaires cérébrales (MVC) et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), la donnée régionale est comparable à celle du Québec, moins élevée pour le diabète et plus élevée pour les cardiopathies ischémiques.
- À l'exception des MPOC, les prévalences sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Comme ces maladies sont liées aussi au vieillissement, la prévalence augmente beaucoup à partir de l'âge de 65 ans.
- Les taux ajustés d'hospitalisation de ces quatre maladies ont tous connu une diminution importante depuis la décennie 1990, indiquant des changements importants dans les pratiques et les soins cliniques.
- Les taux ajustés de mortalité de ces quatre maladies ont tous connu une diminution importante depuis la décennie 1990.
- Il y a d'importants écarts entre les treize territoires de CLSC pour la prévalence, l'hospitalisation et la mortalité de ces quatre maladies.

Obésité et cinq habitudes de vie

- En 2014-2015, selon les mesures autodéclarées dans des enquêtes de santé, la région compte 17 % d'adultes en situation d'obésité, autant chez les hommes que chez les femmes. Cette proportion a triplé alors qu'en 1987, elle était de 6 %. *Par ailleurs, comme les données autodéclarées sous-estiment la prévalence de l'obésité, il est probable qu'environ le quart des adultes de la région soit dans ce statut pondéral.* L'obésité chez les adultes est stable depuis 2007. En 2016-2017, chez les élèves du secondaire, la proportion en situation d'obésité est de 6 %.
- En 2014-2015, chez les 15 ans et plus, la région compte globalement 17 % de fumeurs de cigarettes. Selon les inégalités sociales de santé, on en compte trois fois moins parmi les universitaires que parmi les personnes sans diplôme d'études secondaires (DES).
- En 2014-2015, la région compte globalement 43 % d'adultes actifs et 29 % de sédentaires dans les loisirs et les transports. Selon les ISS, on compte 2,2 fois moins de sédentaires parmi les universitaires que parmi les personnes sans DES. Entre 2010-2011 et 2016-2017 chez les élèves du secondaire, la proportion d'actifs a augmenté, passant de 33 % à 37 %. Selon les ISS, la proportion d'élèves actifs parmi ceux dont les parents ont un diplôme collégial ou universitaire est de 1,4 fois celle des élèves dont les parents n'ont pas de DES.
- En 2015-2016, la consommation quotidienne de cinq fruits et légumes atteint globalement 40 % des adultes, dont 30 % d'hommes et 50 % de femmes. Entre 2010-2011 et 2016-2017 chez les élèves du secondaire, la proportion a diminué, passant de 55 % à 48 %. En 2016-2017, selon les ISS, la proportion parmi ceux dont les parents ont un diplôme collégial ou universitaire est de 1,6 celle des élèves dont les parents n'ont pas de DES.
- En 2014-2015, la région compte globalement 19 % d'adultes ayant consommé au moins une boisson sucrée tous les jours, dont 24 % d'hommes et 14 % de femmes. Selon les ISS, on en compte cinq fois moins parmi les universitaires que parmi les personnes sans DES.
- En 2015-2016, la région compte globalement 27 % d'adultes ayant eu une consommation excessive d'alcool, dont 33 % d'hommes et 22 % de femmes. Selon les ISS, la proportion parmi les personnes des ménages à revenu supérieur est de 1,8 celle des personnes à revenu inférieur. En 2016-2017 chez les élèves du secondaire, de la première à la cinquième secondaire, on compte entre 35 % et 81 % d'élèves ayant connu une consommation excessive une fois ou plus au cours de l'année.

INFORMATION MÉTHODOLOGIQUE

Principales caractéristiques des données de surveillance populationnelle

- Les données ne présentent pas de valeurs exactes, mais constituent de bons estimés de la réalité. La qualité de ces estimés varie en fonction de la taille de la population, en référence à la puissance statistique. Ainsi, plus la taille d'une population est grande, plus les valeurs estimées s'approchent de la réalité. À l'inverse, plus la taille d'une population est petite, plus les valeurs estimées présentent des variations en matière d'intervalles de confiance. Ces derniers ne sont pas illustrés dans un souci de simplicité.
- Les données sont exprimées en taux (p.1 000, p.100 000) ou en pourcentage (%). Elles ne sont pas disponibles en temps réel en raison des délais aux étapes de validation, d'imputation et de correction. Dans le cas des enquêtes, les délais s'expliquent aussi par la fréquence des collectes. Plusieurs données de surveillance en santé publique ou celles des organismes provinciaux et fédéraux présentent généralement des délais de deux à cinq ans et parfois plus. Ces délais ne rendent pas les données caduques pour autant, car plusieurs des phénomènes documentés par la surveillance générale évoluent à un rythme plutôt lent. Dans le cas des enquêtes de santé, elles couvrent un calendrier complet pour obtenir des données désaisonnalisées.
- Comme les données présentées dans ce document proviennent de plusieurs sources, les périodes ou les années de référence varient d'un indicateur à l'autre :
 - période quinquennale sur base d'années financières (1^{er} avril au 31 mars) pour la prévalence, l'incidence et l'hospitalisation;
 - période quinquennale sur base d'années civiles (1^{er} janvier au 31 décembre) pour la mortalité;
 - année de collecte de l'EQSP (mars à février) pour l'obésité, l'activité physique, l'usage de la cigarette et la consommation de boissons sucrées des adultes;
 - deux années de collecte de l'ESCC (janvier à décembre) pour la consommation de fruits et légumes et d'alcool des adultes;
 - année scolaire de collecte de l'EQSJS (septembre à mai) pour l'obésité, l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, de boissons sucrées et d'alcool des élèves du secondaire.
- Les données sont diffusées selon des critères de précision et de fiabilité établis par le coefficient de variation (CV). Une donnée précédée d'un astérisque * signale une valeur instable à interpréter avec prudence. Dans cette publication, ce critère se base sur un CV se situant entre 16,6 % à 33,3 % pour les données d'hospitalisation, de mortalité, de consommation de fruits et légumes et d'alcool chez les adultes. Il est de 15 % à 25 % pour les données d'obésité, d'activité physique, de consommation de boissons sucrées et d'alcool au secondaire. Une donnée remplacée par un double astérisque ** signale une valeur peu fiable en raison d'un CV supérieur à 25 % ou à 33,3 % selon la source et son illustration n'est offerte qu'à titre indicatif.
- Afin de vérifier la présence d'écart statistique avec le reste du Québec pour la prévalence des quatre maladies chroniques, les comparaisons sont effectuées par test statistique au seuil 0,01. Pour les données d'hospitalisation, de mortalité et d'habitudes de vie, les comparaisons sont effectuées par test statistique au seuil 0,05. Une donnée suivie du symbole (-) est statistiquement moins élevée que la valeur québécoise, alors qu'une donnée suivie du symbole (+) est statistiquement plus élevée. Quand le résultat du test est non significatif, il n'y a aucun symbole ou le symbole (ns) près de la donnée. Lorsque possible, la situation canadienne est mentionnée en constat.

Notes techniques

- Une donnée brute reflète la structure d'âge réelle de la population. Une donnée ajustée retire l'effet du vieillissement et applique la structure d'âge de la population du Québec 2011 aux données à des fins de comparaison.
- À l'exception des données de prévalence ou d'incidence des quatre maladies chroniques ou des données d'enquêtes inférieures à 5 %, les données sont arrondies à l'unité.
- La lettre ^a précédant la donnée d'obésité chez les filles du secondaire réfère à un taux de non-réponse supérieur à 10 %, affectant ainsi la qualité de l'estimé.
- Les fumeurs de cigarettes regroupent les catégories « Fumeurs quotidiens » et « Fumeurs occasionnels ».
- La catégorie « À faible revenu » de l'EQSP s'appuie sur la mesure de faible revenu après impôt (MFR-ApI). Il s'agit de personnes vivant dans un ménage dont le revenu est au moins 50 % plus bas que le revenu médian des ménages de la Capitale-Nationale en 2014-2015.
- Les quintiles de revenu de l'ESCC sont calculés sur la distribution du revenu total des ménages de la Capitale-Nationale en 2015-2016 où chaque quintile représente 20 % des ménages.

INFORMATION SUR LES QUATRE MALADIES CHRONIQUES

Les statistiques de prévalence et d'incidence de ce portrait proviennent du Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec (SISMACQ). Cette source exclut les données des médecins rémunérés à forfait ou à salaire (ex. : CLSC) ainsi que les non-participants ou désengagés (cliniques privées).

Maladies vasculaires cérébrales

Elles englobent toutes les conditions qui affectent les vaisseaux sanguins du cerveau et qui entraînent un déficit neurologique. Il y a deux étiologies principales aux maladies vasculaires cérébrales (MVC) : ischémique ou hémorragique. La première est plus fréquente et elle est le résultat de l'interruption ou de l'insuffisance de la circulation sanguine dans un vaisseau en raison de la présence d'un caillot (infarctus cérébral). La rupture d'un vaisseau irriguant le cerveau en est la forme hémorragique. Selon leur gravité, elles sont communément appelées *accident vasculaire cérébral (AVC)* ou *ischémies cérébrales transitoires (ICT)*.

- Définition de cas : une personne est considérée atteinte de maladies vasculaires cérébrales avec au moins :
 - un diagnostic (principal ou secondaire) de MVC reçu lors d'une hospitalisation (fichier MED-ÉCHO);
 - ou deux diagnostics enregistrés au fichier des services rémunérés à l'acte par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (visite médicale).

Cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques ou maladies coronariennes sont des conditions chroniques attribuables à l'insuffisance des apports sanguins au myocarde (muscle cardiaque) en raison de l'athérosclérose au niveau d'une des artères coronaires nourrissant le cœur. C'est le résultat d'une occlusion plus ou moins complète et brutale. Différents niveaux de gravité de lésions du myocarde y sont associés. Les cardiopathies ischémiques comprennent notamment l'angine de poitrine et l'infarctus aigu du myocarde. Ce sont les maladies cardiovasculaires les plus communes.

- Définition de cas : une personne est considérée atteinte de cardiopathies ischémiques avec au moins :
 - un diagnostic (principal ou secondaire) reçu lors d'une hospitalisation (fichier MED-ÉCHO);
 - ou un code d'intervention en santé de pontages aortocoronariens ou d'intervention coronarienne percutanée (fichier MED-ÉCHO);
 - ou deux diagnostics enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte par la RAMQ (visite médicale).

Diabète

Le diabète est une maladie du système endocrinien, métabolique et nutritionnel. Il y a trois types de diabète : le type 1 (juvénile), le type 2 (associé aux mauvaises habitudes de vie) et le diabète de grossesse. Les données traitées regroupent les types 1 et 2, sans distinction. Le diabète de type 2 constitue 90 % des cas. Cette maladie peut entraîner des complications telles que les maladies cardiovasculaires, des maladies rénales, des neuropathies et des troubles visuels (rétinopathie diabétique).

- Définition de cas : une personne est considérée atteinte de diabète avec au moins :
 - un diagnostic (principal ou secondaire) reçu lors d'une hospitalisation (fichier MED-ÉCHO);
 - ou deux diagnostics enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte par la RAMQ (visite médicale).

Maladies pulmonaires obstructives chroniques

Elles regroupent la bronchite chronique et l'emphysème. Ces troubles respiratoires, généralement associés au tabagisme, sont caractérisés par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires dont la gravité va en augmentant.

- Définition de cas : une personne est considérée atteinte de maladies pulmonaires obstructives chroniques avec au moins :
 - un diagnostic (principal ou secondaire) reçu lors d'une hospitalisation (fichier MED-ÉCHO);
 - ou un diagnostic enregistré au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte par la RAMQ (visite médicale).

Prévalence et incidence des quatre maladies chroniques

Ce dont il s'agit – La *prévalence* mesure l'ampleur de la maladie dans une population, c'est-à-dire le pourcentage (%) de personnes avec un diagnostic établi antérieurement ou au cours de l'année. Le nombre de personnes diagnostiquées indique le fardeau réel auprès des professionnels offrant des services cliniques (CLSC, cliniques médicales, hôpitaux, etc.). L'*incidence* mesure la survenue de la maladie, donc seulement les nouveaux cas détectés au cours de l'année, et elle exprime un taux par tranche de 1 000 personnes. Comme ces maladies se développent avec l'âge, les données s'appliquent à la population de 20 ans ou plus dans le cas des maladies vasculaires cérébrales, des cardiopathies ischémiques et du diabète, et à la population de 35 ans et plus dans le cas des maladies pulmonaires obstructives chroniques. Une personne peut être atteinte de plus d'une maladie chronique.

Fig. 1 – Évolution de la prévalence des MVC, sexes réunis, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017

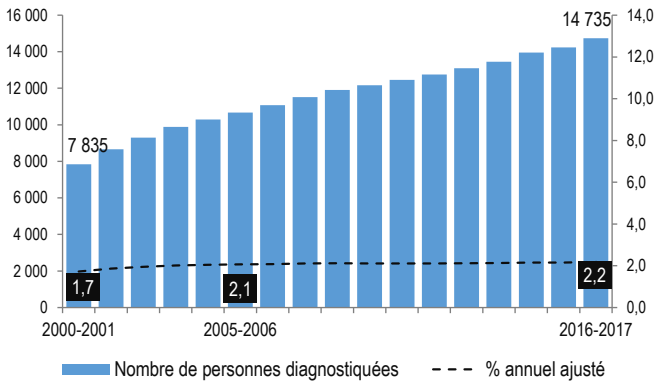


Fig. 2 – Évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques, sexes réunis, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017

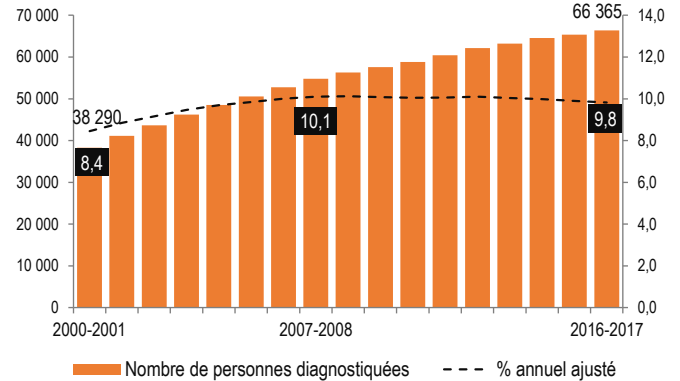


Fig. 3 – Évolution de la prévalence du diabète, sexes réunis, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017

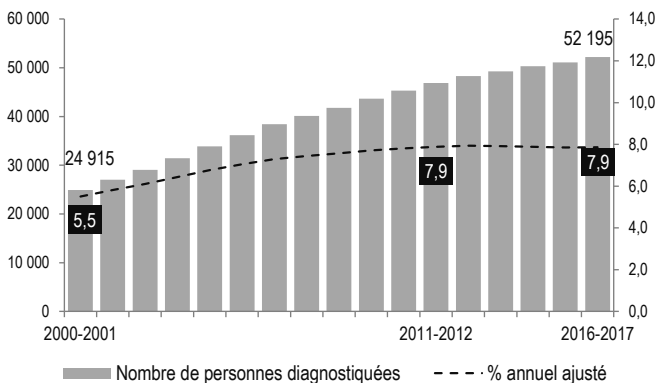


Fig. 4 – Évolution de la prévalence des MPOC, sexes réunis, 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2001-2002 à 2016-2017

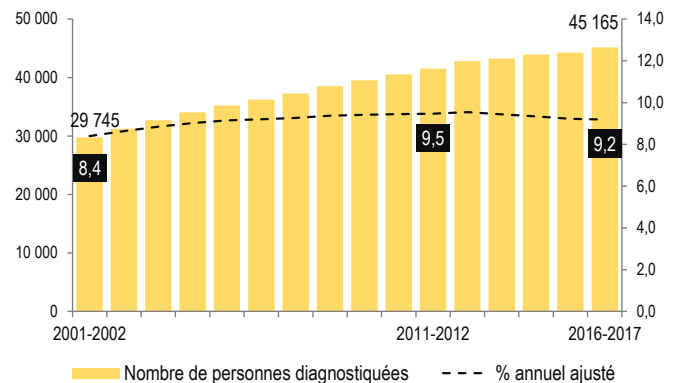
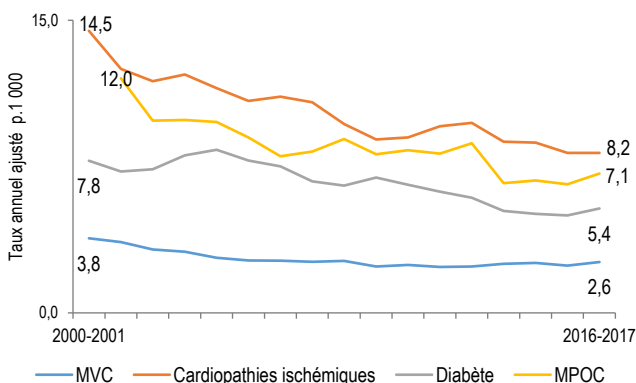


Fig. 5 – Évolution de l'incidence des quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017



Constats

- Entre 2000 et 2017, le nombre de personnes diagnostiquées pour l'une ou l'autre de ces maladies chroniques a beaucoup augmenté. Le vieillissement et la croissance de la population ont largement contribué à cette hausse, donc à l'alourdissement du fardeau sur le réseau.
- Pour ces quatre maladies, la prévalence ajustée a augmenté dans un premier temps, pour se stabiliser ou légèrement diminuer par la suite. Une donnée ajustée enlève l'effet du vieillissement aux données. Les mêmes tendances sont observées au Canada.
- Entre 2000 et 2017, les taux ajustés d'incidence ont connu globalement une tendance à la baisse, ce qui pourrait éventuellement se refléter sur la prévalence. Les mêmes tendances sont observées au Canada.
- À l'exception des MPOC, les prévalences chez les femmes sont plus basses que celles des hommes (voir figures en page 12). Ces maladies se développent rapidement à partir de 65 ans et certaines populations des territoires de CLSC sont plus touchées (voir figures en page 13).

Prévalence des quatre maladies chroniques par sexe

Fig. 6 – Évolution de la prévalence des MVC, hommes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017

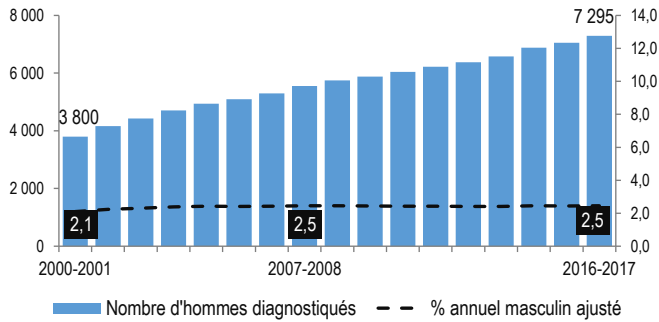


Fig. 7 – Évolution de la prévalence des MVC, femmes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017

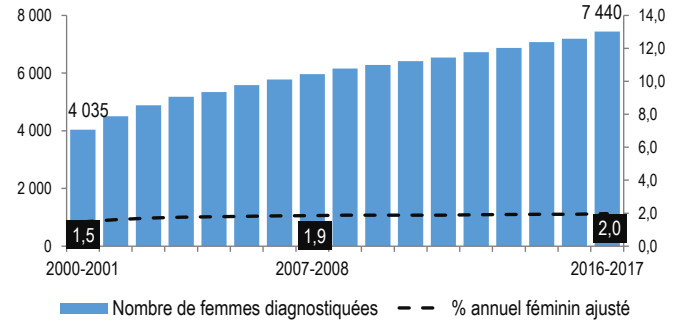


Fig. 8 – Évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques, hommes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017

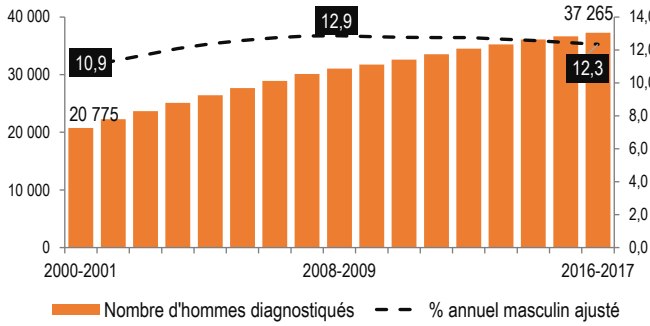


Fig. 9 – Évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques, femmes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017

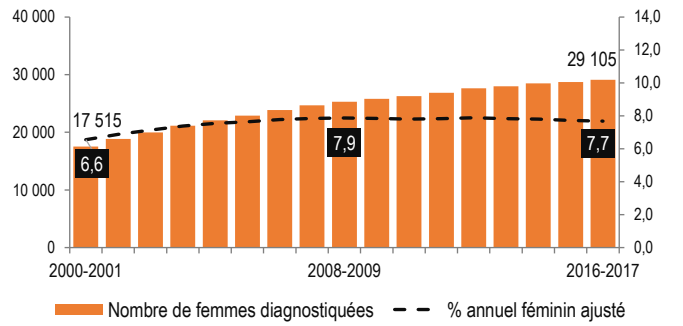


Fig. 10 – Évolution de la prévalence du diabète, hommes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017

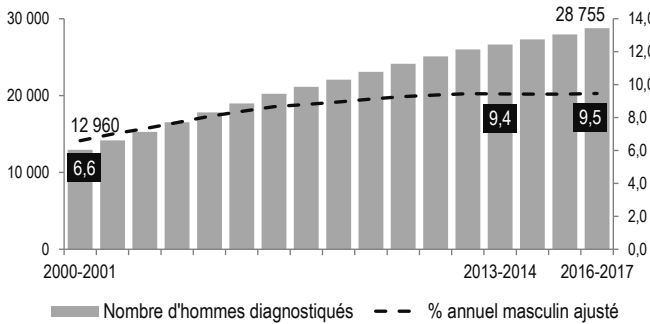


Fig. 11 – Évolution de la prévalence du diabète, femmes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017

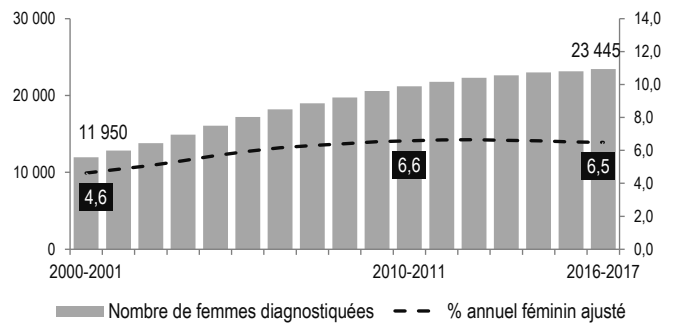


Fig. 12 – Évolution de la prévalence des MPOC, hommes de 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2001-2002 à 2016-2017

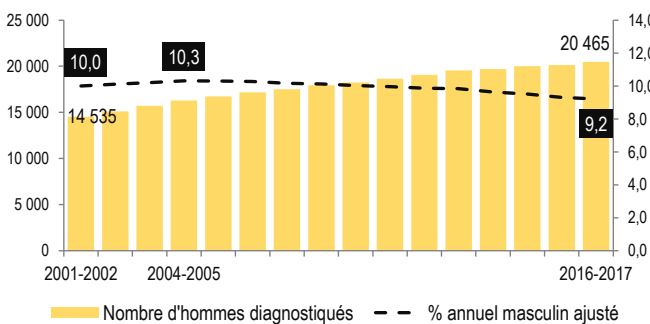
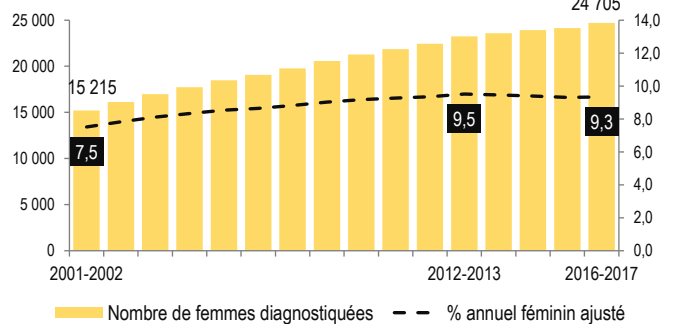


Fig. 13 – Évolution de la prévalence des MPOC, femmes de 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2001-2002 à 2016-2017



Prévalence des quatre maladies chroniques par âge ou par territoire de CLSC

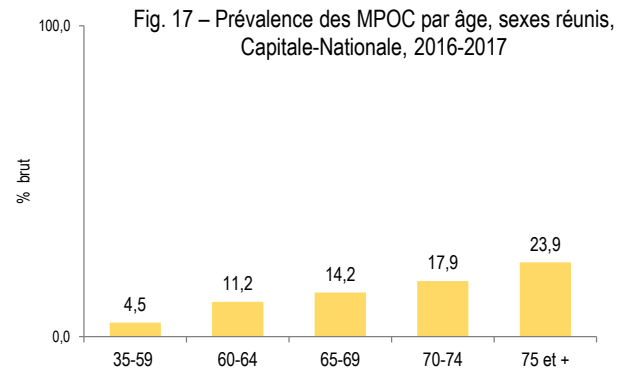
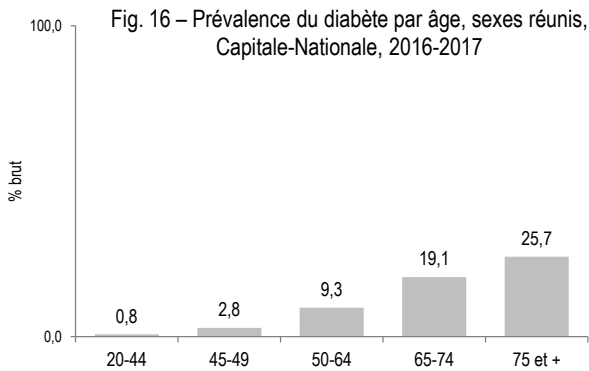
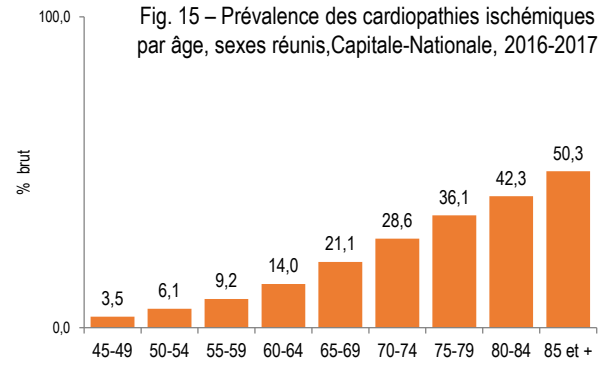
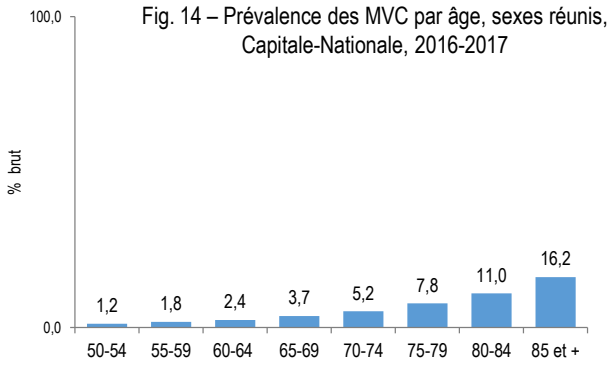


Fig. 18 – Prévalence ajustée (%) des MVC, 20 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017

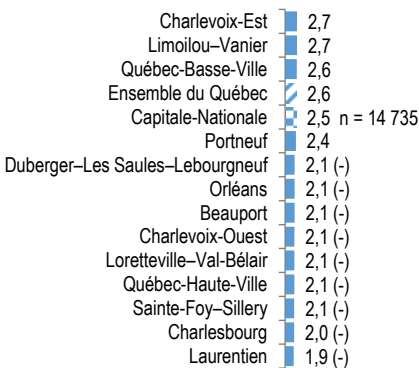


Fig. 19 – Prévalence ajustée (%) des cardiopathies ischémiques, 20 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017

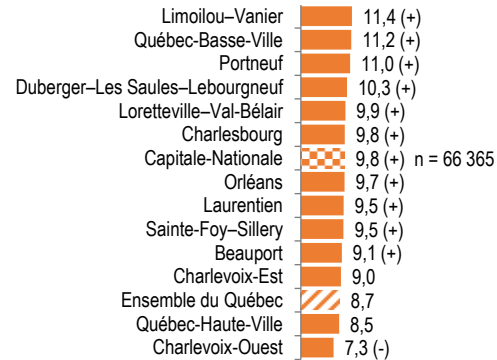


Fig. 20 – Prévalence ajustée (%) du diabète, 20 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017

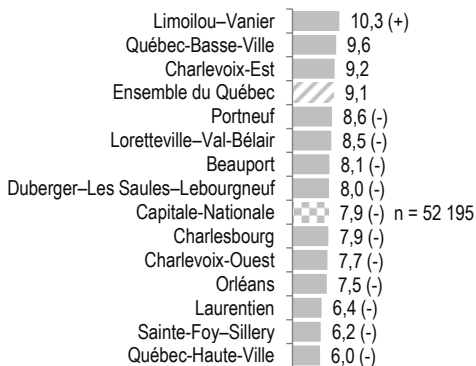
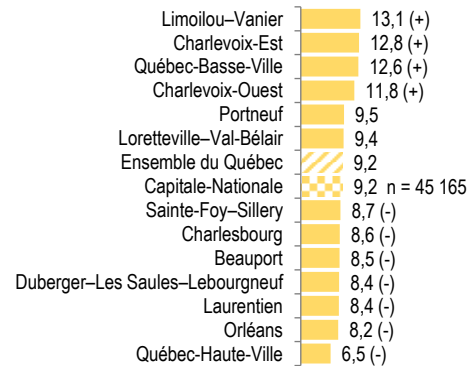


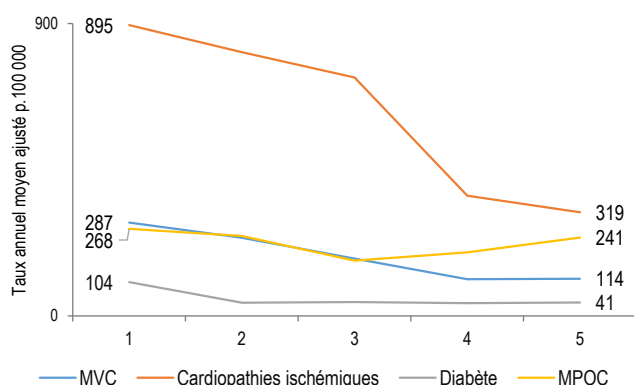
Fig. 21 – Prévalence ajustée (%) des MPOC, 35 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017



Hospitalisation pour les quatre maladies chroniques

Ce dont il s'agit – Les données d'hospitalisation réfèrent aux séjours hospitaliers en soins physiques de courte durée pour l'ensemble de la population, peu importe leur durée. Une personne peut avoir fait plus d'un séjour hospitalier. Les données expriment un taux ajusté par tranche de 100 000 personnes. L'évolution temporelle des hospitalisations des quatre maladies chroniques peut être affectée par le passage de la 9^e à la 10^e classification internationale des maladies (CIM-9, CIM-10) en 2006, soit à la hausse ou à la baisse selon la maladie.

Fig. 22 – Évolution de l'hospitalisation pour les quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1991-1996 à 2014-2019



Constats

- De 1991 à 2019, ces maladies chroniques, à l'exception des MPOC, ont connu une diminution constante et importante des taux d'hospitalisation, indiquant que les soins cliniques et les pratiques ont beaucoup évolué.
- Pour les cardiopathies ischémiques, le taux d'hospitalisation a diminué de 2,8 fois entre le début et la fin de la période. Elles demeurent cependant celles avec le taux le plus élevé de ces quatre maladies.
- Parmi ces quatre maladies, le diabète a le taux d'hospitalisation le plus bas.
- En 2014-2019, selon la maladie chronique, on compte en moyenne entre 324 et 2 756 séjours hospitaliers par année dans la Capitale-Nationale.
- Il y a d'importants écarts entre les territoires de CLSC.

Fig. 23 – Hospitalisation pour MVC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019

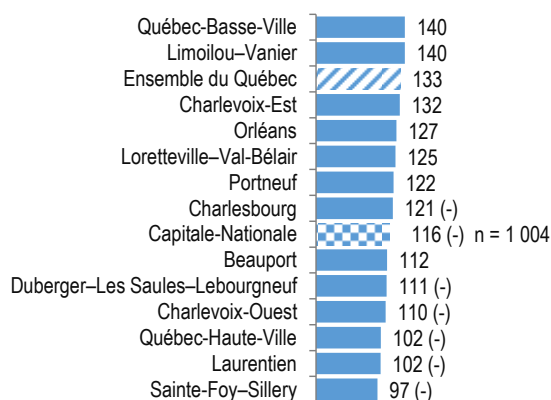


Fig. 24 – Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019

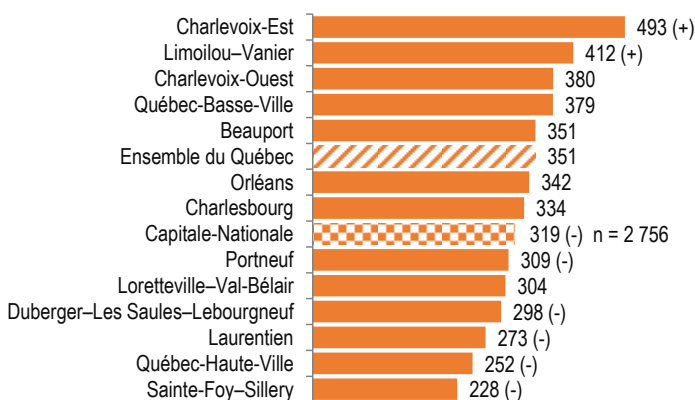


Fig. 25 – Hospitalisation pour diabète, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019

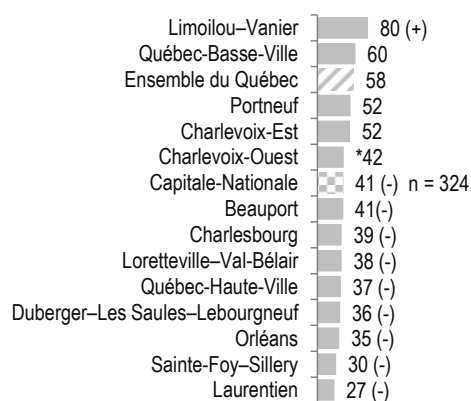
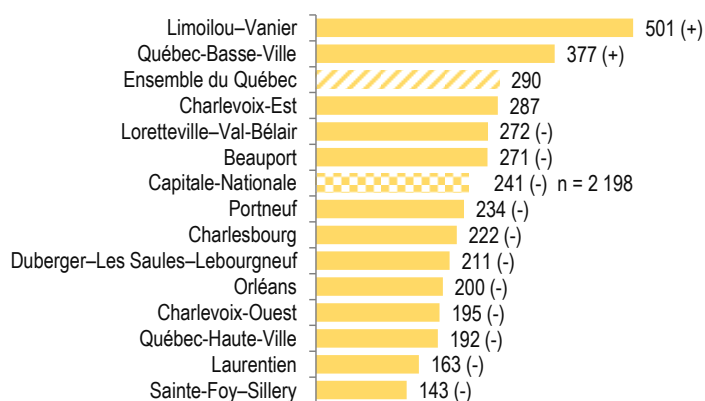


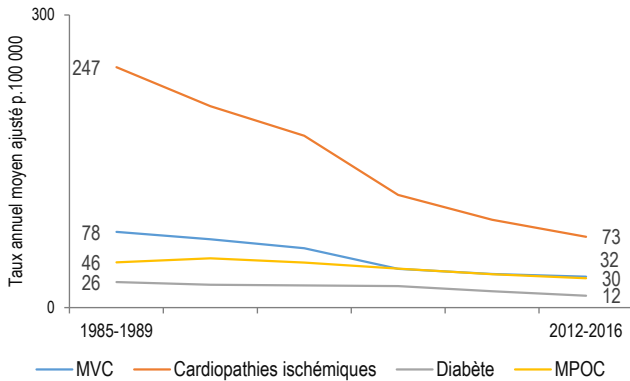
Fig. 26 – Hospitalisation pour MPOC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019



Mortalité pour les quatre maladies chroniques

Ce dont il s'agit – Les données de mortalité s'appliquent à l'ensemble de la population et sont produites en fonction de la maladie ou de l'affection ayant provoqué le décès; c'est-à-dire la cause principale inscrite au bulletin de décès (SP-3). Ce dernier peut comprendre d'autres causes secondaires (ou antécédents). Les données expriment un taux ajusté par tranche de 100 000 personnes. L'évolution temporelle de la mortalité de ces quatre maladies chroniques peut être affectée par le passage de la 9^e à la 10^e classification internationale des maladies (CIM-9, CIM-10) en 2000, soit à la hausse ou à la baisse selon la maladie.

Fig. 27 – Évolution de la mortalité des quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1985-1989 à 2012-2016



Constats

- De 1985 à 2016, ces quatre maladies chroniques ont connu une diminution importante de leur taux de mortalité.
- Pour les cardiopathies ischémiques, le taux a diminué de 3,4 fois entre le début et la fin de la période. Elles demeurent cependant avec le taux de mortalité le plus élevé de ces quatre maladies.
- Parmi ces quatre maladies, le diabète a le taux de mortalité le plus bas. Toutefois, le diabète est souvent inscrit comme cause secondaire aux décès par maladies cardiovasculaires.
- Pour la période 2012-2016, selon la maladie chronique, on compte en moyenne entre 102 et 613 décès par année.
- Il y a d'importants écarts entre les territoires de CLSC.

Fig. 28 – Mortalité par MVC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016

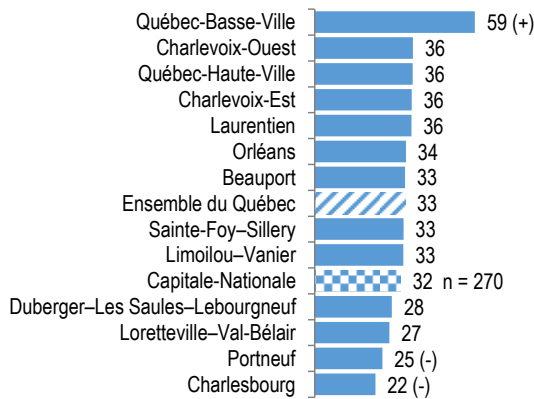


Fig. 29 – Mortalité par cardiopathies ischémiques, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016

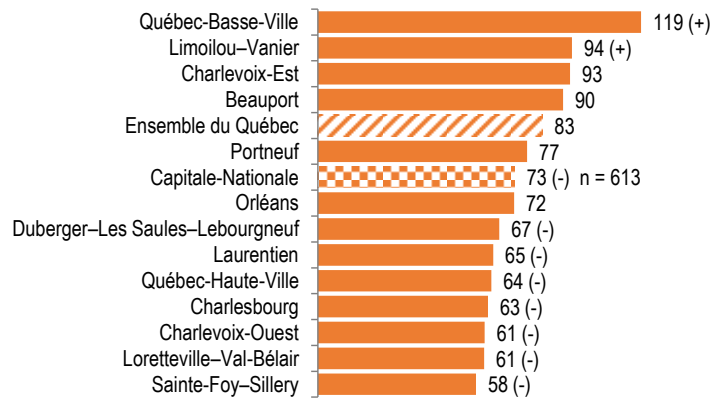


Fig. 30 – Mortalité par diabète, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016

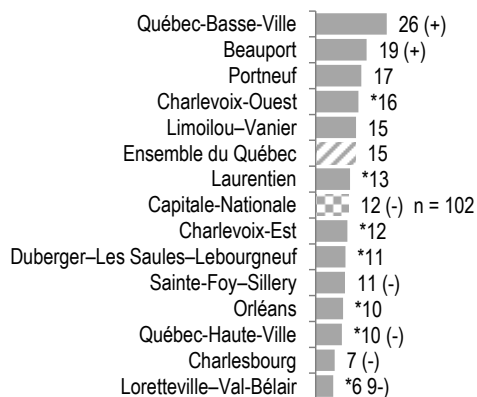
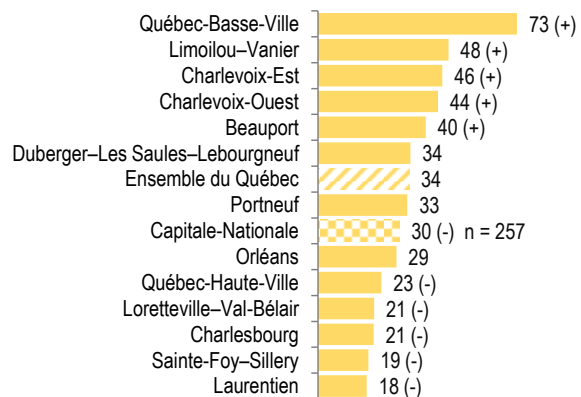


Fig. 31 – Mortalité par MPOC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016



Obésité chez les adultes et les élèves du secondaire

Ce dont il s'agit – Ces données de prévalence ou proportion (%) de population de la catégorie « Obésité » proviennent par autodéclaration de la taille et du poids dans les enquêtes. Chez les adultes, cette méthode sous-estime d'environ 7 points la proportion de population obèse par rapport aux mesures directes, mais permet une donnée populationnelle peu coûteuse pour suivre les tendances. Le statut pondéral est calculé à partir de l'indice de masse corporelle ($IMC = kg/m^2$). Chez les adultes, les catégories sont définies par un IMC : <18.5 pour le poids insuffisant, 18.5 à 24.9 pour le poids normal, 25.0 à 29.9 pour l'embonpoint, 30.0 et plus pour l'obésité (classes I, II, III réunies). Au secondaire, les catégories de poids réfèrent aux courbes de croissance de Cole selon le sexe et l'âge. En plus de constituer un facteur de risque de développer des maladies chroniques, l'obésité est associée à divers risques psychosociaux. Selon une étude menée pour la Société canadienne du cancer, le surpoids deviendrait bientôt la deuxième cause de cancer.

Fig. 32 – Répartition (% ajustée) de la population selon le statut pondéral, par sexe, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015

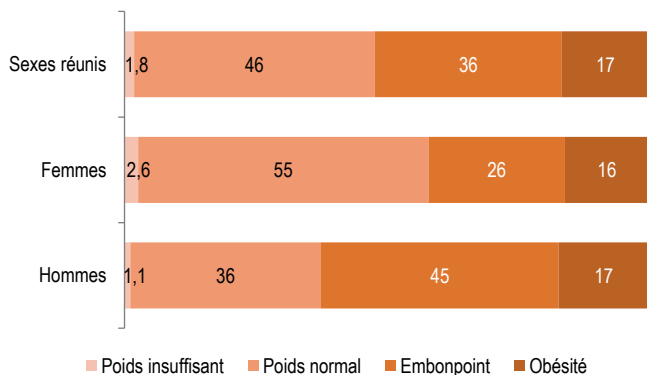


Fig. 33 – Prévalence de l'obésité par âge, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015

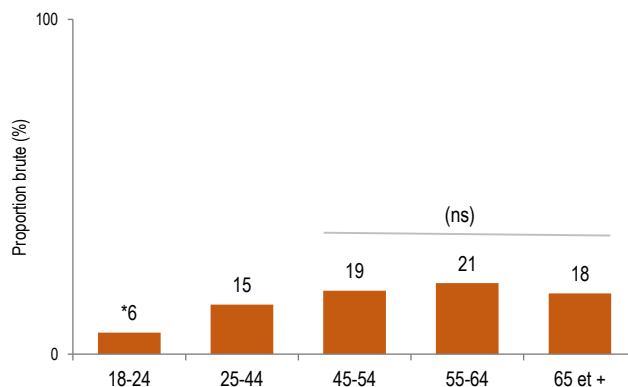


Fig. 34 – Projections de la prévalence de l'obésité chez les 20 ans et plus, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1987 à 2023

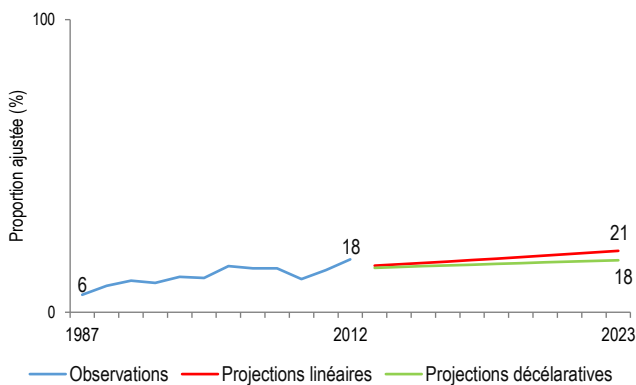
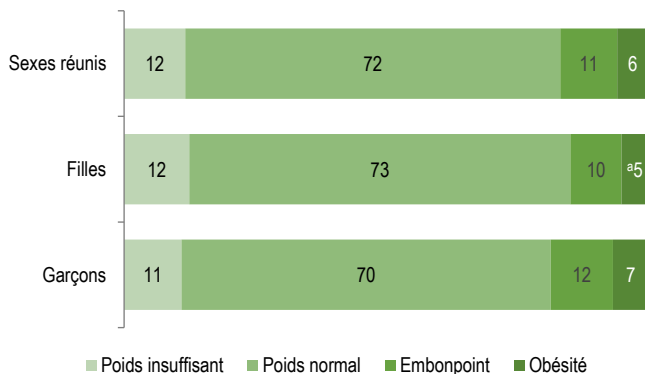


Fig. 35 – Répartition (% brute) de la population selon le statut pondéral, par sexe, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017



Constats

Chez les adultes :

- En 2014-2015, on compte 17 %, soit environ 98 000 adultes obèses selon les mesures autodéclarées. La prévalence de l'embonpoint est beaucoup plus élevée chez les hommes que les femmes (45 % c. 26 %) alors que la prévalence de l'obésité est comparable.
- Chez les 20 ans et plus, la prévalence de l'obésité par mesures autodéclarées a triplé depuis 1987, passant de 6 % à 18 %.
- Selon *l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2017*, la proportion d'adultes obèses au Québec comme au Canada est de 27 % et est demeurée stable entre 2007 et 2017 (mesures réelles de la taille et du poids). Comme les données autodéclarées sous-estiment la prévalence de l'obésité, il est probable qu'environ le quart des adultes de la région soit dans ce statut pondéral.

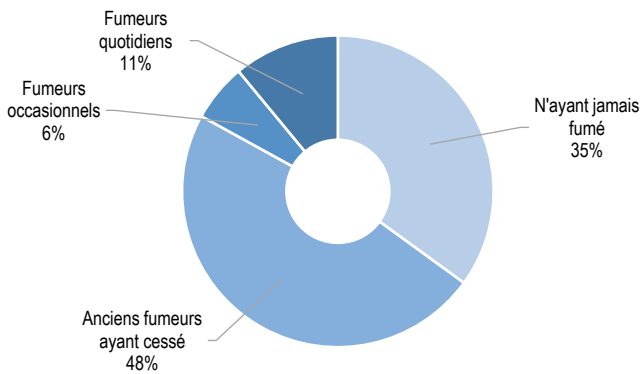
Chez les élèves du secondaire :

- En 2016-2017, la prévalence de l'obésité selon les mesures autodéclarées est comparable entre les garçons et les filles. On compte environ 1 800 élèves dans la catégorie « Obésité ».

Tabagisme

Ce dont il s'agit – Les données sur les fumeurs de cigarettes proviennent par autodéclaration dans les enquêtes. La prévalence exprime la proportion (%) de la population de 15 ans et plus en faisant usage quotidiennement ou occasionnellement. Le tabagisme est très néfaste pour la santé. En fait, il constitue la première cause de mortalité évitable et d'années perdues en bonne santé. Plusieurs évidences scientifiques ont établi des liens de causalité avec des maladies parmi les plus meurtrières, dont le cancer du poumon, les maladies respiratoires chroniques et les maladies cardiovasculaires. Le tabagisme durant la grossesse est associé à des problèmes de développement du fœtus. *En plus de l'usage de la cigarette traditionnelle, de nouveaux indicateurs en développement sont associés à l'usage de la cigarette électronique (vapotage).*

Fig. 36 – Répartition (% ajustée) de la population selon le statut de fumeurs de cigarettes, sexes réunis, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Constats

- En 2014-2015, la Capitale-Nationale compte globalement 17 % de fumeurs de cigarettes, soit environ 103 700 personnes. La proportion varie de 10 % dans Haute-Ville à 28 % dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier (données non illustrées).
- En 2014-2015, on compte plus du tiers de la population n'ayant jamais fumé la cigarette et près de la moitié en ayant cessé l'usage.
- La proportion de fumeurs de cigarettes a connu un recul important entre 1987 et 2011-2012, passant de 38 % à 17 %, mais elle stagne depuis.
- Selon les inégalités sociales de santé, on compte par exemple, trois fois moins de fumeurs de cigarettes parmi les universitaires que parmi les personnes sans diplôme d'études secondaires (11 % c. 32 %).
- En 2016-2017 au secondaire, 10 % des garçons du 1^{er} cycle et 22 % du 2^e cycle ont vapoté. Chez les filles, les proportions sont de 5 % au 1^{er} cycle et de 12 % au 2^e cycle. Les proportions du 2^e cycle sont plus élevées que celles du reste du Québec (données non illustrées).

Fig. 37 – Évolution de la prévalence des fumeurs de cigarettes, sexes réunis, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 1987 à 2014-2015

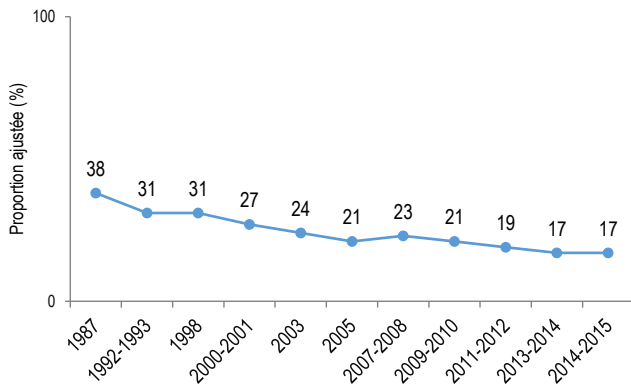
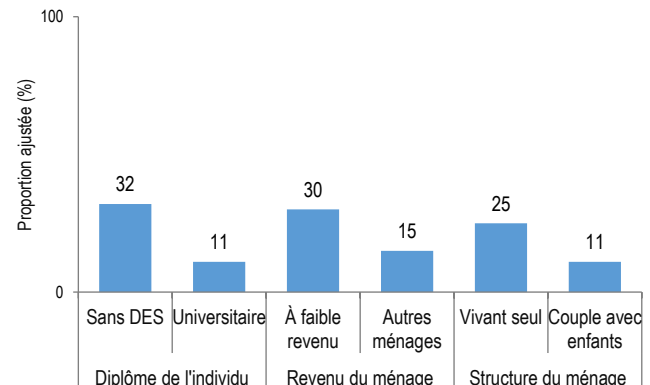


Fig. 38 – Inégalités sociales chez les fumeurs de cigarettes, sexes réunis, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Exemples d'actions régionales – Les centres d'abandon du tabagisme (CAT) de la région offrent de l'aide individuelle ou de groupe en CLSC. Les accompagnements sont offerts gratuitement sans aucun critère d'exclusion. Ils sont centrés sur la disposition de la personne, qu'elle souhaite réduire ou arrêter le tabac avec l'aide ou non d'une pharmacothérapie.

Pour améliorer les pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé en lien avec la consommation de tabac / nicotine chez les jeunes, des accompagnements sont offerts dans les milieux scolaires.

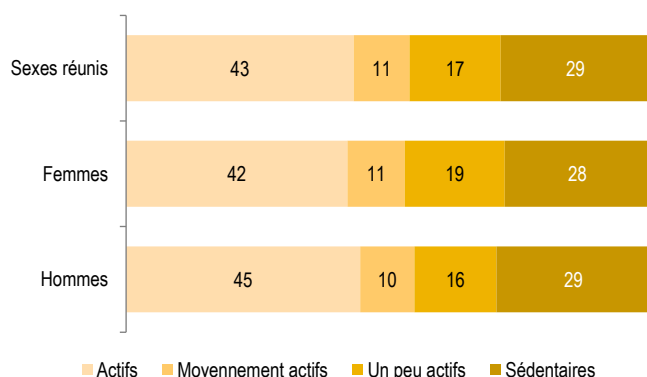
Le projet Événement populAIRE sans fumée vise à soutenir les municipalités de la région de la Capitale-Nationale dans la réalisation et la promotion d'événements exempts de fumée de tabac secondaire.

Le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale a adopté la Politique pour un environnement sans fumée (PO-25), dans le respect des dispositions des orientations ministérielles du ministère de la Santé et des Services sociaux. Depuis le 31 mai 2019, il est interdit de fumer ou de vapotage à l'intérieur et à l'extérieur de plusieurs installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Activité physique de loisir et de transport chez les adultes

Ce dont il s'agit – La mesure de l'activité physique provient par autodéclaration dans les enquêtes. La prévalence exprime la proportion (%) d'adultes pour chacun des quatre niveaux d'activité physique. Ils sont liés à l'indice de dépense énergétique. Ce dernier est calculé à partir des informations sur la nature de la ou des activités physiques pratiquées, leur intensité et leur fréquence. La population dans le niveau « Actifs » en retire des bénéfices pour la santé physique et mentale. À l'inverse, la population dans le niveau « Sédentaires » est plus à risque de développer des maladies chroniques et des problèmes psychologiques ou mentaux. Les données présentées se limitent aux modules loisir et transport, ces derniers ayant un potentiel élevé de changements et de bénéfices pour encourager la population à adopter un mode de vie actif. Les modules activités de travail et domestiques sont exclus.

Fig. 39 – Répartition (% ajustée) de la population par niveau d'activité physique, par sexe, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Constats

- En 2014-2015, la Capitale-Nationale compte globalement 43 % d'adultes actifs, un peu plus d'hommes que de femmes. La proportion varie de 32 % dans Portneuf à 58 % dans Haute-Ville (données non illustrées).
- Près de 3 adultes sur 10 sont sédentaires, situation comparable entre les hommes et les femmes. La proportion varie de 9 % dans Haute-Ville à 36 % dans Charlevoix (données non illustrées).
- La proportion d'adultes actifs diminue avec l'âge, passant de 56 % chez les 18-24 ans à 33 % chez les 65 ans et plus. À l'inverse, la proportion d'adultes sédentaires augmente avec l'âge, passant de 22 % chez les 18-24 ans à 38 % chez les 65 ans et plus.
- Selon les inégalités sociales de santé, on compte par exemple, 2,2 fois moins de sédentaires chez les universitaires que chez les personnes sans diplôme d'études secondaires (18 % c. 40 %).

Fig. 40 – Prévalence d'actifs ou de sédentaires par âge, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015

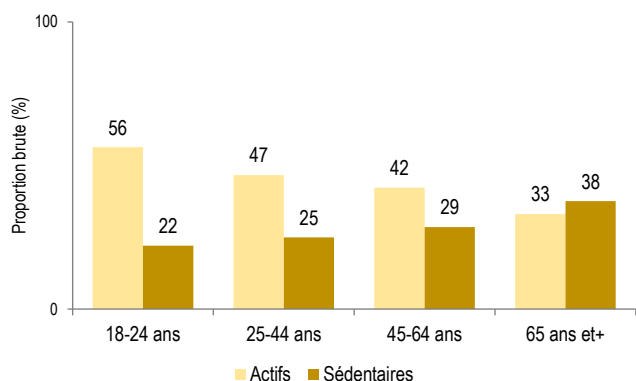
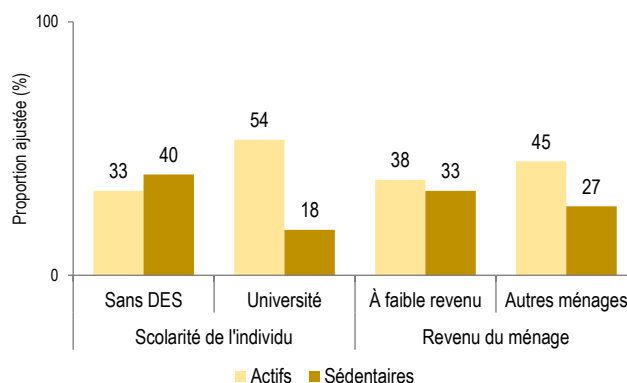


Fig. 41 – Inégalités sociales chez les actifs ou les sédentaires, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Exemples d'actions régionales – Dans l'approche *Prendre soin de notre monde*, la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale collabore avec le monde municipal pour mettre en place des environnements favorables à la qualité de vie, incluant la pratique d'activités physiques et les déplacements actifs et sécuritaires. La collaboration se traduit notamment par le soutien à la rédaction et la mise en œuvre de politique municipale familiale et l'élaboration de stratégies de sécurité routière.

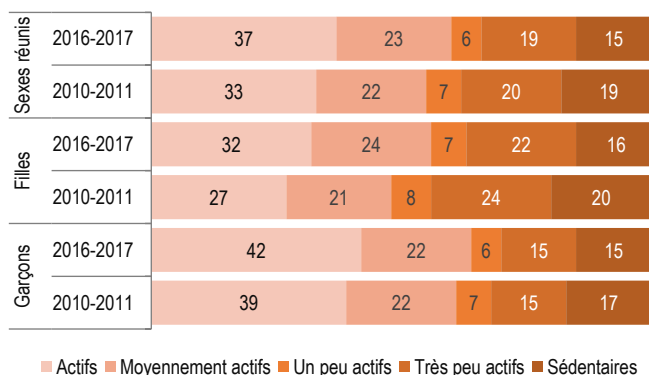
La Direction de santé publique finance la Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ-régions de Québec et Chaudière-Appalaches) pour la mise en œuvre du programme VIACTIVE ayant pour objectif de contribuer au mieux-être des personnes de 65 ans et plus et des jeunes retraités de 55 à 64 ans. La région compte plus de 100 regroupements actifs pour ce programme.

Le *Programme d'exercices pour les aînés avec une santé précaire* (PEP), développé en 2014 par la Direction de santé publique, est offert aux aînés fréquentant les centres de jour. Il vise le maintien ou l'amélioration des capacités physiques nécessaires à la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Activité physique de loisir et de transport chez les élèves du secondaire

Ce dont il s'agit – La mesure de l'activité physique chez les jeunes du secondaire provient par autodéclaration dans les enquêtes. La prévalence exprime la proportion (%) d'élèves pour chacun des cinq niveaux d'activité physique. Ils sont liés à l'indice de dépense énergétique. Ce dernier est calculé à partir des informations sur la nature de la ou des activités physiques pratiquées, leur intensité et leur fréquence. Les élèves du niveau « actifs » en retirent des bénéfices pour leur santé physique et mentale. À l'inverse, les élèves du niveau « sédentaires » sont plus à risque de développer des problèmes de santé physique et des problèmes psychologiques ou mentaux. Les données présentées se limitent aux modules loisir et transport, ces derniers ayant un potentiel élevé de changements et de bénéfices pour encourager la population à adopter un mode de vie actif.

Fig. 42 – Répartition (% brute) des élèves du secondaire par niveau d'activité physique, par sexe, Capitale-Nationale, 2010-2011 et 2016-2017



Constats

- Entre 2010-2011 et 2016-2017, la proportion d'élèves actifs a augmenté, passant de 33 % à 37 %. La proportion d'élèves sédentaires a reculé, passant de 19 % à 15 %. Bien que les gains touchent les deux sexes, les garçons demeurent plus actifs que les filles. En 2016-2017, la sédentarité est comparable entre les sexes.
- Il y a une forte association entre la pratique d'activité physique et le niveau de soutien familial. Par exemple, parmi les élèves recevant un soutien élevé, on compte 14 % de sédentaires contre 39 % parmi ceux recevant un soutien familial faible ou moyen.
- Selon les inégalités sociales de santé, on compte par exemple, 2 fois moins de sédentaires parmi les élèves dont les parents ont un diplôme de cégep ou université que parmi ceux dont les parents sont sans diplôme d'études secondaires (13 % c. 24 %).

Fig. 43 – Prévalence d'élèves actifs ou sédentaires au secondaire selon le soutien familial, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017

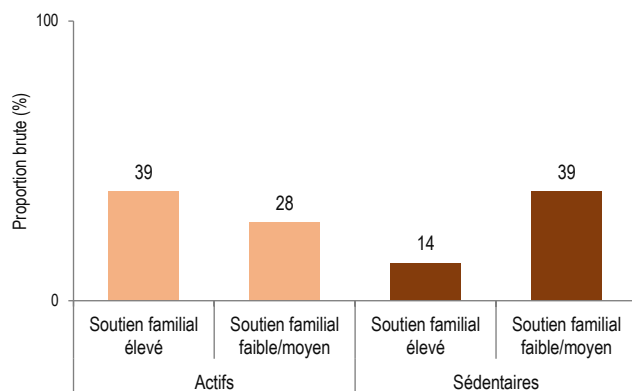
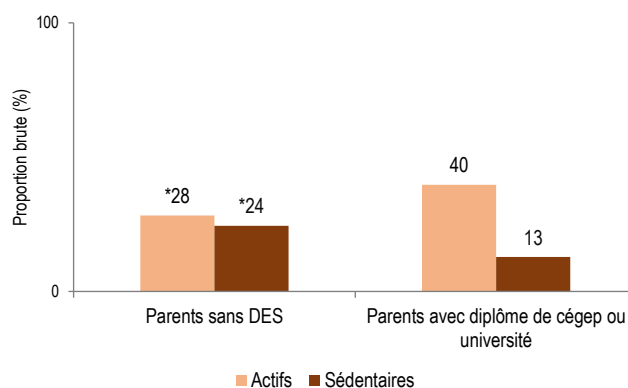


Fig. 44 – Inégalités sociales chez les actifs ou les sédentaires au secondaire, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017



Exemples d'actions régionales – Avec la démarche *École en santé*, la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale soutient le milieu scolaire vers une vision commune pour un mode de vie physiquement actif, en référence à la pratique régulière d'activité physique, mais également à la diminution des comportements sédentaires. Des services d'accompagnement sont offerts à cet égard aux écoles primaires et secondaires pour la mise en place de conditions favorables.

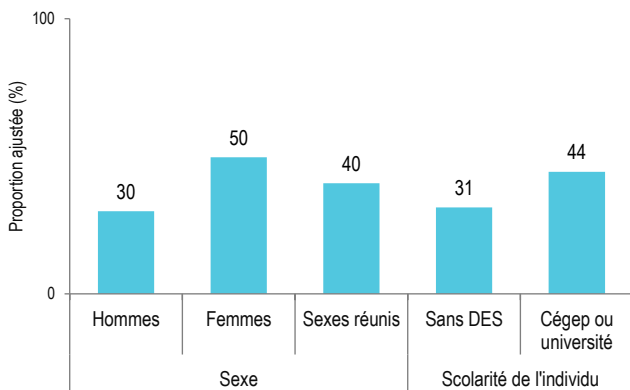
Afin de contribuer à la cible ministérielle de la politique gouvernementale de prévention en santé (cible 1.4 de la PGPS) visant à augmenter la proportion de jeunes actifs de 20 % d'ici 2025, une concertation régionale a été mise en place et des agents pivots ont été identifiés dans toutes les écoles secondaires.

La Direction de santé publique est également en partenariat avec l'équipe de recherche du projet COMPASS-Québec pour soutenir les écoles secondaires selon leur profil de clientèle au sujet des habitudes de vie.

Consommation quotidienne de fruits et légumes

Ce dont il s'agit – Les données sur la prévalence de consommation quotidienne de fruits et légumes proviennent par autodéclaration dans les enquêtes. Chez les adultes, les données ne permettent pas de mesurer directement la quantité consommée et se limitent à la fréquence de consommation, soit 5 fois ou plus par jour. Chez les élèves du secondaire, les données réfèrent à la quantité, soit 5 portions ou plus par jour. Chez les adultes comme chez les élèves du secondaire, la prévalence exprime la proportion (%) de la population ayant consommé selon la fréquence ou la quantité bénéfique à la santé. Par l'apport en nutriments comme les fibres, vitamines et antioxydants, la consommation de fruits et légumes est un facteur de protection face à ces quatre maladies chroniques et certains cancers.

Fig. 45 – Prévalence et inégalités sociales de consommation quotidienne, fruits/légumes cinq fois ou plus, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016



Constats

- En 2015-2016, 4 adultes sur 10 consomment des fruits ou légumes cinq fois ou plus par jour. La proportion est de 50 % chez les femmes, mais de seulement 30 % chez les hommes. *Selon les données provinciales, le Québec affiche la plus haute proportion.*
- Pour les inégalités sociales de consommation de fruits et légumes au moins cinq fois par jour chez les adultes, la proportion parmi les personnes ayant un diplôme de cégep ou université est 1,4 fois celle des personnes sans diplôme d'études secondaires (44 % c. 31 %).
- Entre 2010-2011 et 2016-2017, la proportion d'élèves du secondaire consommant quotidiennement cinq fruits et légumes ou plus a reculé de 55 % à 48 %.
- Selon les inégalités sociales de santé, la proportion d'élèves ayant consommé au moins cinq fruits et légumes parmi les élèves dont les parents ont un diplôme de cégep ou université est de 1,6 fois celle des élèves dont les parents sont sans diplôme d'études secondaires (50 % c. 32 %).

Fig. 46 – Prévalence de consommation quotidienne, cinq fruits/légumes ou plus, par sexe, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2010-2011 et 2016-2017

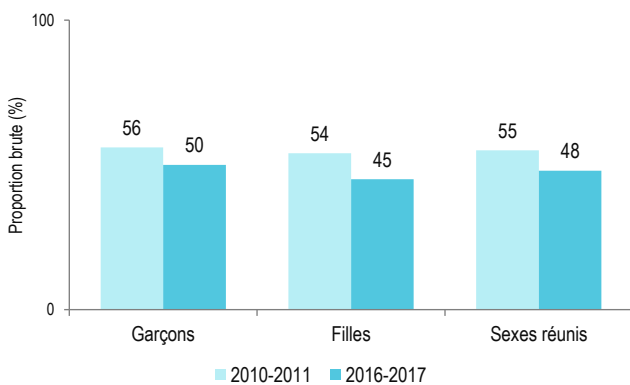
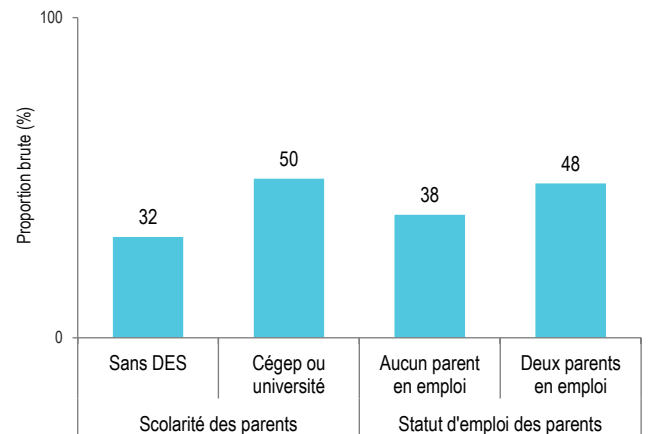


Fig. 47 – Inégalités sociales de consommation quotidienne, cinq fruits/légumes ou plus, sexes réunis, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017



Exemples d'actions régionales – Pour améliorer l'offre alimentaire, des accompagnements sont offerts dans différents milieux, dont ceux de la petite enfance, scolaire et municipal. De même, des actions de sensibilisation à la saine alimentation comme des ateliers culinaires, une campagne de promotion valorisant des collations saines et la mise en place de jardins sont offertes aux écoles et aux milieux de la petite enfance. De plus, de l'accompagnement et du soutien sont offerts aux organismes communautaires.

Des vignettes pour écran dynamique et des affiches portant sur le nouveau Guide alimentaire canadien et sur les différentes campagnes de promotion de la saine alimentation sont diffusées aux différents partenaires. La Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale soutient le projet. « Des aliments sains, accessibles pour tous » visant à améliorer l'offre de petits détaillants alimentaires de type dépanneur situés en milieux défavorisés par l'ajout ou la mise en valeur de produits sains (produits laitiers, fruits, légumes, etc.).

Consommation quotidienne de boissons sucrées

Ce dont il s'agit – Les données sur la consommation quotidienne de boissons sucrées proviennent d'autodéclaration dans les enquêtes. La prévalence exprime la proportion (%) de la population ayant consommé quotidiennement au moins une boisson sucrée. La mesure présentée se limite à la fréquence et ne permet pas de considérer les quantités consommées. Ces boissons sucrées, non alcoolisées, regroupent les boissons gazeuses, énergisantes, pour sportifs, thés et cafés sucrés, etc. Les données ne permettent pas de distinguer les boissons régulières des boissons diètes. Plusieurs études ont établi des liens d'association entre la consommation de ces produits et la carie dentaire, le poids et le diabète de type 2. D'autres liens probables avec la santé concernent l'hypertension, le cholestérol, les maladies rénales et les maladies du cœur. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande de réduire l'apport de sucres libres dans l'alimentation. Les boissons sucrées sont responsables à elles seules de près de 60 % des sucres libres dans un Panier d'épicerie.

Fig. 48 – Prévalence de consommation quotidienne d'au moins une boisson sucrée, par sexe et âge, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015

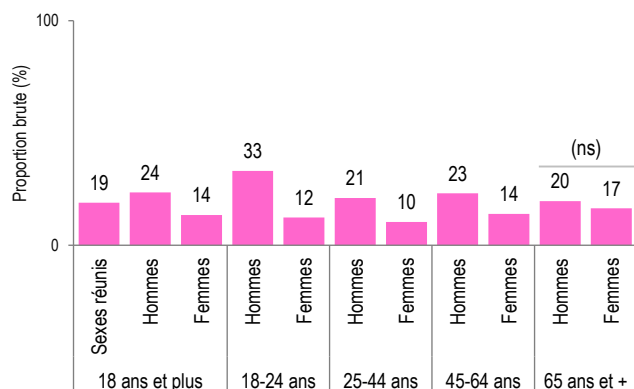
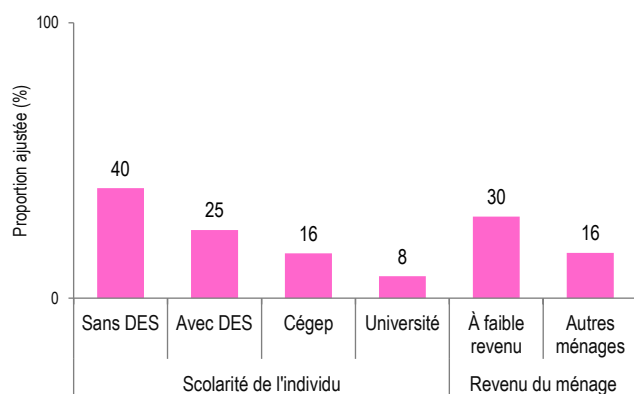


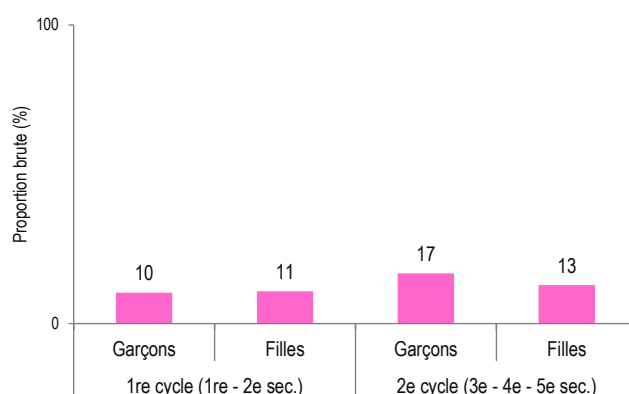
Fig. 49 – Inégalités sociales de consommation quotidienne d'au moins une boisson sucrée, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Constats

- En 2014-2015, près de 1 adulte sur 5 a consommé au moins une boisson sucrée tous les jours, dont 24 % d'hommes et 14 % de femmes.
- Chez les hommes, la proportion passe de 33 % chez les 18-24 ans à autour de 20 % dans les autres groupes d'âge.
- Selon les inégalités sociales de santé chez les adultes, on compte par exemple cinq fois moins d'universitaires ayant consommé quotidiennement au moins une boisson sucrée que de personnes sans diplôme d'études secondaires (8 % c. 40 %).
- En 2016-2017, 1 élève sur 10 du premier cycle en a consommé quotidiennement, tant chez les garçons que chez les filles. Au deuxième cycle, la proportion passe à 17 % chez les garçons et à 13 % chez les filles.

Fig. 50 – Prévalence de consommation quotidienne d'au moins une boisson sucrée, élèves du secondaire par sexe et cycle, Capitale-Nationale, 2016-2017



Exemples d'actions régionales – Pour changer le comportement lié à la consommation de boissons sucrées, la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale vise la promotion de l'eau comme boisson idéale en encourageant les différents milieux (petite enfance, scolaire et municipal) à la mise en place de moyens facilitant son accessibilité.

Des vignettes pour écran dynamique et des affiches portant sur la promotion de l'eau sont diffusées aux différents partenaires. Deux étudiantes de la maîtrise en nutrition de l'Université Laval, ayant réalisé un stage à la Direction de santé publique, ont réalisé des travaux de recherche sur la consommation d'eau et de boissons sucrées. Leur conclusion a permis de mieux comprendre les besoins d'information de la population de la Capitale-Nationale.

Le mouvement VisezEau fait la promotion de la consommation d'eau potable non embouteillée.

Consommation d'alcool chez les adultes

Ce dont il s'agit – Les données sur la prévalence ou proportion (%) de la population ayant consommé de l'alcool proviennent d'autodéclaration dans les enquêtes. La première mesure se limite à la fréquence et ne permet pas de considérer les quantités consommées. La deuxième mesure sur la consommation excessive réfère, pour les hommes, à cinq consommations ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par mois, alors que chez les femmes la quantité est de quatre consommations ou plus. La consommation régulière comme la consommation excessive présentent un risque de développer le diabète de type 2 et certains cancers. En plus des maladies chroniques, l'alcool constitue un facteur de risque pour les accidents de la route, la violence conjugale, les comportements sexuels non protégés, des problèmes pour le fœtus chez les femmes en consommant durant la grossesse, etc.

Fig. 51 – Répartition (% ajustée) de la population par fréquence de consommation d'alcool, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016

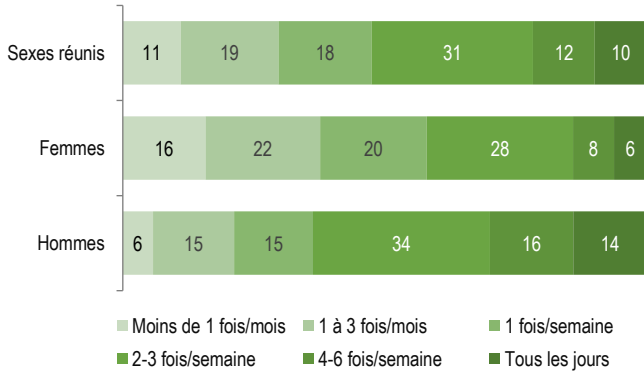
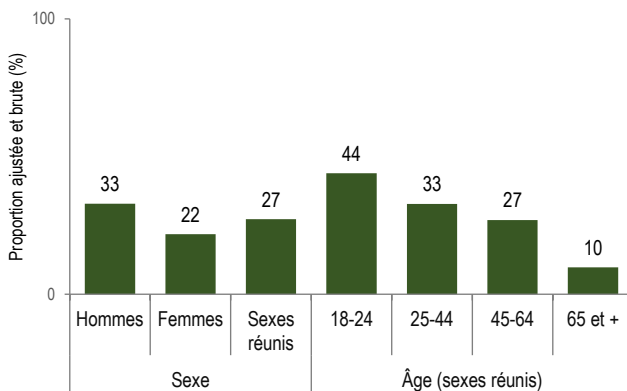


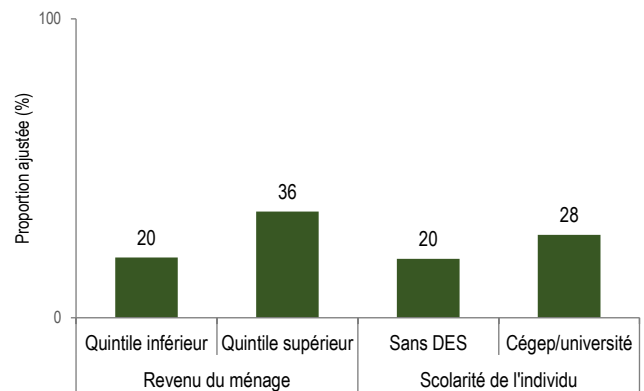
Fig. 52 – Prévalence de consommation excessive d'alcool par sexe et âge, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016



Constats

- En 2015-2016, plus de la moitié des adultes ont consommé de l'alcool plus d'une fois par semaine, dont 1 personne sur 10 en ayant consommé tous les jours. La consommation quotidienne est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes (14 % c. 6 %)
- Plus de 1 personne sur 4 a connu une consommation excessive d'alcool, dont 33 % d'hommes et 22 % de femmes. La consommation excessive diminue avec l'âge, passant graduellement de 44 % chez les 18-24 ans à 10 % chez les 65 ans et plus. La Capitale-Nationale figure parmi les cinq régions où la consommation excessive est la plus élevée (données non illustrées).
- Pour les inégalités sociales de santé, on compte, par exemple, 1,8 fois plus de consommateurs excessifs chez les personnes à revenu supérieur que chez les personnes à revenu inférieur (36 % c. 20 %).
- Au Québec, la consommation excessive d'alcool a augmenté entre 2000 et 2012-2013, particulièrement chez les femmes, mais semble se stabiliser.

Fig. 53 – Inégalités sociales de consommation excessive d'alcool, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016



Exemples d'actions régionales – La Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale est directement impliquée dans le programme ALCOCHOIX +, dont les services s'adressent aux personnes s'inquiétant des conséquences associées à leur consommation d'alcool et désirant modifier leurs habitudes. Les accompagnements sont offerts gratuitement en CLSC en formule individuelle ou de groupe.

Consommation d'alcool chez les élèves du secondaire

Ce dont il s'agit – Les données sur la prévalence ou proportion (%) d'élèves du secondaire ayant consommé de l'alcool proviennent par autodéclaration dans les enquêtes. La première mesure se limite au fait d'avoir consommé au moins une fois, sans égard aux quantités consommées. La deuxième mesure se limite à la fréquence, sans égard aux quantités consommées. La troisième mesure sur la consommation excessive réfère à cinq consommations ou plus au cours d'une même occasion, une fois ou plus dans l'année. La consommation d'alcool chez les jeunes constitue, entre autres, un facteur de risque pour le développement du cerveau, les difficultés scolaires, les accidents de la route, la violence amoureuse, les comportements sexuels non protégés.

Fig. 54 – Prévalence de consommation d'alcool par sexe et cycle scolaire, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2010-2011 et 2016-2017

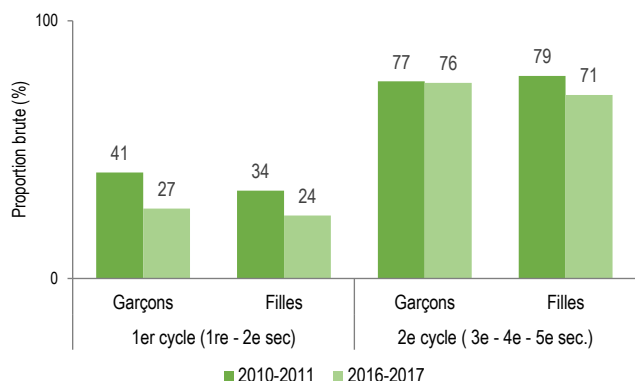


Fig. 55 – Répartition des consommateurs au secondaire par fréquence de consommation d'alcool, sexes réunis, 2^e cycle, Capitale-Nationale, 2016-2017

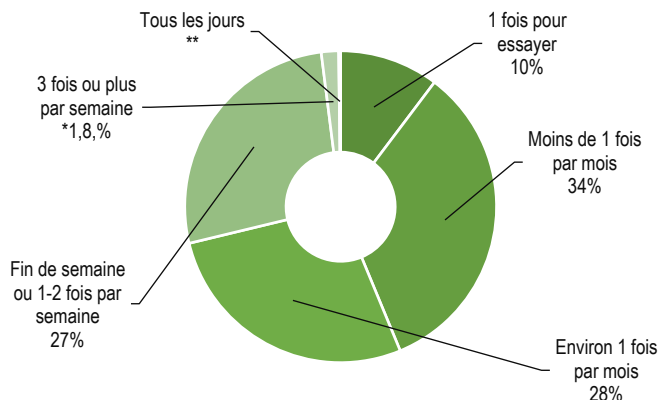
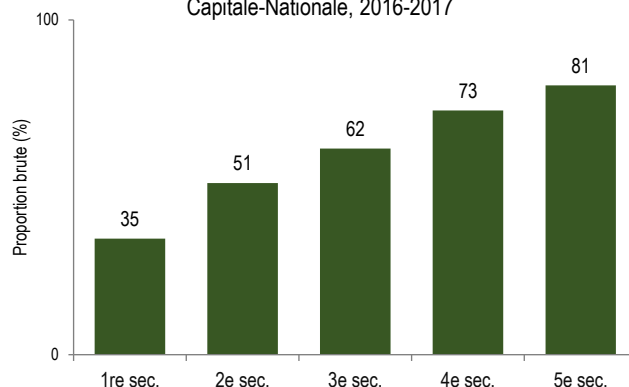


Fig. 56 – Prévalence de consommation excessive parmi les consommateurs d'alcool, cinq niveaux scolaires, sexes réunis, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017



Constats

- En 2016-2017, tant chez les garçons que les filles, près du quart des élèves au 1^{er} cycle et près des trois-quarts au 2^e cycle ont consommé de l'alcool. Cette proportion est moins élevée qu'en 2010-2011 et la baisse est concentrée chez les élèves du 1^{er} cycle.
- Parmi les consommateurs au 2^e cycle, les trois-quarts ont consommé de l'alcool 1 fois par mois ou moins.
- Parmi les consommateurs d'alcool, la consommation excessive passe graduellement de 35 % en 1^{re} secondaire à 81 % en 5^e secondaire.
- La consommation excessive chez les élèves de la Capitale-Nationale est comparable à celle du Québec.

Exemples d'actions régionales – La Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale soutient les trois tables d'actions préventives jeunesse (TAPJ) de la région dans la promotion de la santé et en prévention de la consommation de substances psychoactives, dont l'alcool, au sein des organismes jeunesse et des écoles.

L'accompagnement par l'approche École en santé permet aux écoles d'entamer une réflexion sur leurs pratiques au regard de la consommation de substances psychoactives chez les élèves.

Les campagnes de sensibilisation du projet Inspire autrement permettent de mettre de l'avant la norme sociale positive et de déconstruire certains mythes ou perceptions sur les comportements de consommation des jeunes.

Comparaisons statistiques entre la province et la région : obésité et cinq habitudes de vie

Indicateur		Mesure	Québec	Capitale-Nationale	C	P
Statut pondéral	Obésité chez les adultes : sexes réunis	Proportion ajustée (%)	20	17		2014-2015
	Obésité chez les adultes : femmes		19	16		
	Obésité chez les adultes : hommes		20	17		
	Obésité chez les élèves du secondaire : sexes réunis	Proportion brute (%)	7	6		2016-2017
	Obésité chez les élèves du secondaire : filles		6	^a 5		
	Obésité chez les élèves du secondaire : garçons		7	7		
Tabac	Fumeurs de cigarettes, 15 ans et plus : sexes réunis	Proportion ajustée (%)	20	17		2014-2015
	Fumeurs de cigarettes, 15 ans et plus : femmes		19	15		
	Fumeurs de cigarettes, 15 ans et plus : hommes		21	18		
Niveau d'activité physique de loisir et transport	Actifs chez les adultes : sexes réunis	Proportion ajustée (%)	40	44		2014-2015
	Actifs chez les adultes : femmes		38	43		
	Actifs chez les adultes : hommes		43	45		
	Sédentaires chez les adultes : sexes réunis	Proportion ajustée (%)	30	28		2014-2015
	Sédentaires chez les adultes : femmes		31	27		
	Sédentaires chez les adultes : hommes		29	29		
	Actifs chez les élèves du secondaire : sexes réunis	Proportion brute (%)	32	37		2016-2017
	Actifs chez les élèves du secondaire : filles		26	32		
	Actifs chez les élèves du secondaire : garçons		38	42		
	Sédentaires chez les élèves du secondaire : sexes réunis	Proportion brute (%)	20	15		2016-2017
	Sédentaires chez les élèves du secondaire : filles		22	16		
	Sédentaires chez les élèves du secondaire : garçons		19	15		
Consommation quotidienne de fruits et légumes	Fruits/légumes, 5 fois ou plus chez les adultes : sexes réunis	Proportion ajustée (%)	38	40		2015-2016
	Fruits/légumes, 5 fois ou plus chez les adultes : femmes		47	50		
	Fruits/légumes, 5 fois ou plus chez les adultes : hommes		29	30		
	5 fruits et légumes ou plus chez les élèves du secondaire : sexes réunis	Proportion brute (%)	43	48		2016-2017
	5 fruits et légumes ou plus chez les élèves du secondaire : filles		41	45		
	5 fruits et légumes ou plus chez les élèves du secondaire : garçons		44	50		
Consommation quotidienne de boissons sucrées	Au moins une boisson sucrée chez les adultes : sexes réunis	Proportion ajustée (%)	19	19		2014-2015
	Au moins une boisson sucrée chez les adultes : femmes		14	13		
	Au moins une boisson sucrée chez les adultes : hommes		24	24		
	Au moins une boisson sucrée chez les élèves du secondaire : sexes réunis	Proportion brute (%)	15	13		2016-2017
	Au moins une boisson sucrée chez les élèves du secondaire : filles		13	12		
	Au moins une boisson sucrée chez les élèves du secondaire : garçons		17	14		
Consommation excessive d'alcool	Alcool excessif chez les adultes : sexes réunis	Proportion ajustée (%)	23	27		2015-2016
	Alcool excessif chez les adultes : femmes		19	22		
	Alcool excessif chez les adultes : hommes		26	33		
	Alcool excessif chez les élèves du secondaire : sexes réunis	Proportion brute (%)	65	67		2016-2017
	Alcool excessif chez les élèves du secondaire : filles		65	65		
	Alcool excessif chez les élèves du secondaire : garçons		66	69		

C = résultat de la comparaison avec le reste du Québec : Situation avantageuse Situation comparable Situation désavantageuse

P : période couverte par les données

^a Taux de non-réponse supérieur à 10 %

SOURCES DES DONNÉES

Fiche	Titre de la figure	Source
Prévalence et incidence des quatre maladies chroniques	Fig. 1 – Évolution de la prévalence des MVC, sexes réunis, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	INSPQ, <i>Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec (SISMACQ 2000-2001 à 2016-2017)</i> .
	Fig. 2 – Évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques, sexes réunis, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	
	Fig. 3 – Évolution de la prévalence du diabète, sexes réunis, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	
	Fig. 4 – Évolution de la prévalence des MPOC, sexes réunis, 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2001-2002 à 2016-2017	
	Fig. 5 – Évolution de l'incidence des quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	
Prévalence des quatre maladies chroniques par sexe	Fig. 6 – Évolution de la prévalence des MVC, hommes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	INSPQ, <i>Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec (SISMACQ 2000-2001 à 2016-2017)</i> .
	Fig. 7 – Évolution de la prévalence des MVC, femmes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	
	Fig. 8 – Évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques, hommes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	
	Fig. 9 – Évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques, femmes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	
	Fig. 10 – Évolution de la prévalence du diabète, hommes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	
	Fig. 11 – Évolution de la prévalence du diabète, femmes de 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2016-2017	
	Fig. 12 – Évolution de la prévalence des MPOC, hommes de 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2001-2002 à 2016-2017	
	Fig. 13 – Évolution de la prévalence des MPOC, femmes de 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2001-2002 à 2016-2017	
Prévalence des quatre maladies chroniques par âge ou par territoire de CLSC	Fig. 14 – Prévalence des MVC par âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017	INSPQ, <i>Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec (SISMACQ 2016-2017)</i> .
	Fig. 15 – Prévalence des cardiopathies ischémiques par âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017	
	Fig. 16 – Prévalence du diabète par âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017	
	Fig. 17 – Prévalence des MPOC par âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017	
	Fig. 18 – Prévalence ajustée (%) des MVC, 20 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017	
	Fig. 19 – Prévalence ajustée (%) des cardiopathies ischémiques, 20 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017	
	Fig. 20 – Prévalence ajustée (%) du diabète, 20 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017	
	Fig. 21 – Prévalence ajustée (%) des MPOC, 35 ans et plus, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2016-2017	

SOURCES DES DONNÉES

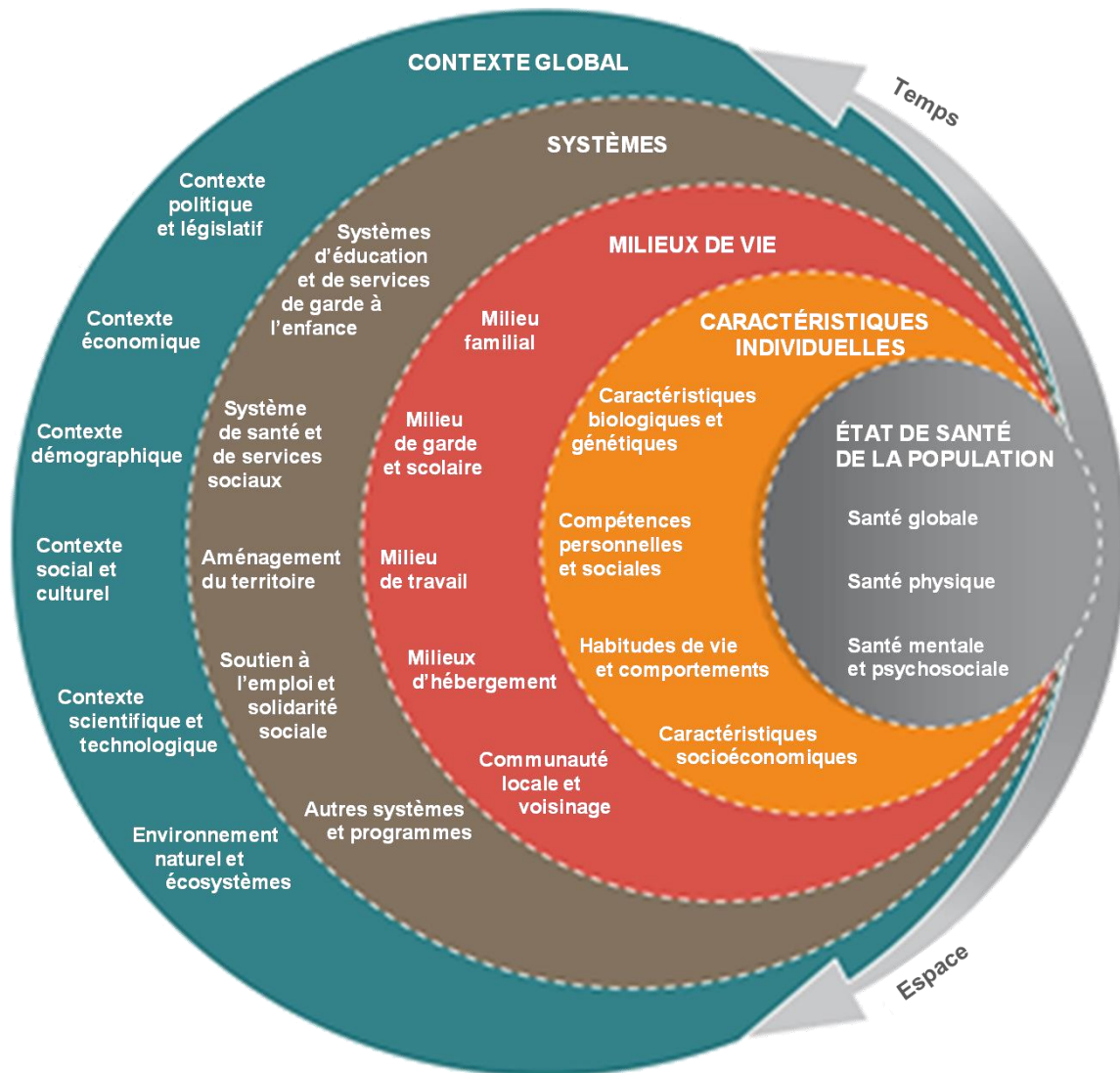
Fiche	Titre de la figure	Source
Hospitalisation pour les quatre maladies chroniques	Fig. 22 – Évolution de l'hospitalisation pour les quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1991-1996 à 2014-2019	MSSS, <i>Fichier MED-ÉCHO - Estimations et projections démographiques.</i>
	Fig. 23 – Hospitalisation pour MVC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019	
	Fig. 24 – Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019	
	Fig. 25 – Hospitalisation pour diabète, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019	
	Fig. 26 – Hospitalisation pour MPOC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2014-2019	
Mortalité pour les quatre maladies chroniques	Fig. 27 – Évolution de la mortalité des quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1985-1989 à 2012-2016	MSSS, <i>Fichier des décès - Estimations et projections démographiques.</i>
	Fig. 28 – Mortalité par MVC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	
	Fig. 29 – Mortalité par cardiopathies ischémiques, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC Capitale-Nationale, 2012-2016	
	Fig. 30 – Mortalité par diabète, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	
	Fig. 31 – Mortalité par MPOC, taux annuel moyen ajusté p.100 000, sexes réunis, territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2012-2016	
Obésité chez les adultes et les élèves du secondaire	Fig. 32 – Répartition (% ajustée) de la population selon le statut pondéral, par sexe, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP 2014-2015).</i>
	Fig. 33 – Prévalence de l'obésité par âge, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	
	Fig. 34 – Projections de la prévalence de l'obésité chez les 20 ans et plus, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1987 à 2023	ISQ et Statistique Canada, diverses enquêtes de santé.
	Fig. 35 – Répartition (% brute) de la population selon le statut pondéral, par sexe, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS 2016-2017).</i>
Le tabagisme	Fig. 36 – Répartition (% ajustée) de la population selon le statut de fumeurs de cigarettes, sexes réunis, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP 2014-2015).</i>
	Fig. 37 – Évolution de la prévalence des fumeurs de cigarettes, sexes réunis, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 1987 à 2014-2015	ISQ et Statistique Canada, diverses enquêtes de santé.
	Fig. 38 – Inégalités sociales chez les fumeurs de cigarettes, sexes réunis, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP 2014-2015).</i>
Activité physique de loisir et transport chez les adultes	Fig. 39 – Répartition (% ajustée) de la population par niveau d'activité physique, par sexe, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP 2014-2015).</i>
	Fig. 40 – Prévalence d'actifs ou de sédentaires par âge, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	
	Fig. 41 – Inégalités sociales chez les actifs ou les sédentaires, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	

SOURCES DES DONNÉES

Fiche	Titre de la figure	Source
Activité physique de loisir et transport chez les élèves du secondaire	Fig. 42 – Répartition (% brute) des élèves du secondaire par niveau d'activité physique, par sexe, Capitale-Nationale, 2010-2011 et 2016-2017	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS 2016-2017 et 2010-2011)</i> .
	Fig. 43 – Prévalence d'élèves actifs ou sédentaires au secondaire selon le soutien familial, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017	
	Fig. 44 – Inégalités sociales chez les actifs ou les sédentaires au secondaire, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2016-2017	
Consommation quotidienne de fruits et légumes	Fig. 45 – Prévalence et inégalités sociales de consommation quotidienne, fruits/légumes cinq fois ou plus, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016	Statistique Canada, <i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2015-2016)</i> .
	Fig. 46 – Prévalence de consommation quotidienne, cinq fruits/légumes ou plus, par sexe, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2010-2011 et 2016-2017	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS 2016-2017)</i> .
	Fig. 47 – Inégalités sociales de consommation quotidienne, cinq fruits/légumes ou plus, sexes réunis, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017	
Consommation quotidienne de boissons sucrées	Fig. 48 – Prévalence de consommation quotidienne d'au moins une boisson sucrée par sexe et âge, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP 2014-2015)</i> .
	Fig. 49 – Inégalités sociales de consommation quotidienne d'au moins une boisson sucrée, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	
	Fig. 50 – Prévalence de consommation quotidienne d'au moins une boisson sucrée, élèves du secondaire, par sexe et cycle, Capitale-Nationale, 2016-2017	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS 2016-2017)</i> .
Consommation d'alcool chez les adultes	Fig. 51 – Répartition (% ajustée) de la population par fréquence de consommation d'alcool, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016	Statistique Canada, <i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2015-2016)</i>
	Fig. 52 – Prévalence de consommation excessive d'alcool par sexe et âge, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016	
	Fig. 53 – Inégalités sociales de consommation excessive d'alcool, sexes réunis, 18 ans et plus, Capitale-Nationale, 2015-2016	
Consommation d'alcool chez les élèves du secondaire	Fig. 54 – Prévalence de consommation d'alcool par sexe et cycle scolaire, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2010-2011 et 2016-2017	ISQ, <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS 2010-2011 et 2016-2017)</i> .
	Fig. 55 – Répartition des consommateurs au secondaire par fréquence de consommation d'alcool, sexes réunis, 2 ^e cycle, Capitale-Nationale, 2016-2017	
	Fig. 56 – Prévalence de consommation excessive parmi les consommateurs d'alcool, cinq niveaux scolaires, sexes réunis, élèves du secondaire, Capitale-Nationale, 2016-2017	

ANNEXE A

CARTE DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



ANNEXE B

TERRITOIRES SOCIO SANITAIRES DE LA CAPITALE-NATIONALE

Les données de santé et de déterminants de la santé sont disponibles sur la base d'un découpage sociosanitaire, le référentiel territorial M34, créé par décret gouvernemental en 1981 sous l'autorité du MSSS qui en assure la mise à jour annuellement. La Capitale-Nationale comme région sociosanitaire ou réseau territorial de services se décline par ses quatre réseaux locaux de services et par ses treize territoires de centre local de services communautaires. Les termes RLS et CLSC réfèrent ici au concept de territoire de résidence et non à celui d'établissement de santé. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux doit s'appuyer sur des données probantes pour assumer sa responsabilité populationnelle sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale. Ce module permet de saisir des enjeux non négligeables face à l'organisation des services.

Pour les RLS de Québec-Sud et de Québec-Nord, ce découpage diffère un peu du découpage municipal, mais il a l'avantage de demeurer stable, bien qu'il soit annuellement actualisé. Cette caractéristique est primordiale dans l'exercice de la surveillance, car cette stabilité permet de suivre les tendances temporelles de l'état de santé, ce que permettent difficilement les découpages municipaux soumis à divers phénomènes politiques comme des fusions, défusions, modifications, etc. La Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale dispose de plus de trois décennies de données de santé ou de déterminants avec ce découpage sociosanitaire.

¹CORRESPONDANCE DES TERRITOIRES SOCIO SANITAIRES ET MUNICIPAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

Réseau local de services (RLS)	Centre local de services communautaires (CLSC)	Quartiers de la Ville de Québec (plus de 70% de la population régionale en 2018)	Autres municipalités ou municipalités régionales de comté (MRC) de la Capitale-Nationale
PORTNEUF		Aucun	MRC de Portneuf
QUÉBEC-SUD	Laurentien	Cap-Rouge, Aéroport	L'Ancienne-Lorette, Saint-Augustin-de-Desmaures
	Dubergier—Les Saules—Lebourgneuf	Dubergier—Les Saules, Neufchâtel-Est—Lebourgneuf (en partie)	Aucune
	Sainte-Foy—Sillery	Pointe-de-Sainte-Foy, Sillery, Cité-Universitaire, Plateau, Saint-Louis	Aucune
	Québec-Haute-Ville	Vieux-Québec-Colline parlementaire (sans Cap-Blanc), Montcalm Saint-Sacrement, Saint-Jean-Baptiste	Aucune
	Québec-Basse-Ville	Cap-Blanc, Saint-Roch, Saint-Sauveur	Aucune
	Limoilou—Vanier	Vieux-Limoilou, Maizerets, Lairet, Vanier	Aucune
QUÉBEC-NORD	Loretteville—Val-Bélair	Loretteville, Val-Bélair, Neufchâtel-Est—Lebourgneuf (en partie), Saint-Émile, Châtels	Saint-Gabriel-de-Valcartier, Wendake, Fossambault-sur-le-Lac, Lac-St-Joseph, Shannon, Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier
	Charlesbourg	Lac-Saint-Charles, Notre-Dame-des-Laurentides, Jésuites, Quartiers 4-2, 4-3, 4-5, 4-6	Lac-Beauport, Lac-Delage, Stoneham-et-Tewkesbury
	Beauport	Chutes-Montmorency, Vieux-Moulin, Quartiers 5-1, 5-2, 5-4	Sainte-Brigitte-de-Laval
	Orléans	Aucun	MRC de l'Île-d'Orléans, MRC de la Côte-de-Beaupré
CHARLEVOIX	Charlevoix-Ouest	Aucun	MRC de Charlevoix
	Charlevoix-Est	Aucun	MRC de Charlevoix-Est

Direction de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 

