

# LA SANTÉ DE LA POPULATION PORTRAIT D'UNE RICHESSE COLLECTIVE

Rapport du directeur national  
de santé publique 2016



Le sixième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec a été élaboré conjointement par le Service de la surveillance de l'état de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec sous la direction de :

Horacio Arruda, M.D., FRCPC  
Directeur national de santé publique

## Comité stratégique

Lyne Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec  
Julie Soucy, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Danielle St-Laurent, Institut national de santé publique du Québec

## Équipe-projet

Carolyne Alix, Institut national de santé publique du Québec  
Manon Blackburn, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre  
Hélène Lepage, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Sylvie Martel, Institut national de santé publique du Québec  
Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec  
Julie Soucy, ministère de la Santé et des Services sociaux

## Rédaction

Hélène Lepage, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Christine Blaser, Marie-Claude Boivin, Maude Chapados, Marie-Hélène Lussier, Jérôme Martinez, Julie St-Pierre, Mai Thanh Tu, Institut national de santé publique du Québec  
Manon Blackburn, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

## Contribution à la rédaction

Marianne Bilodeau-Bertrand, Carole Blanchet, Patricia Lamontagne, Bertrand Nolin, Institut national de santé publique du Québec  
Daniel Bolduc, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

## Comité des analyses statistiques

Carolyne Alix, Christine Blaser, Marie-Claude Boivin, Nathalie Gravel, Marie-Hélène Lussier, Jérôme Martinez, Mai Thanh Tu, Institut national de santé publique du Québec

## Comité communications et transfert des connaissances

Hélène Lepage, Julie Soucy, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Sylvie Martel, Institut national de santé publique du Québec

## Relecture du document

Christine Pakenham, Marie-Rose Sénéchal, Annie-Claude Voisine, ministère de la Santé et des Services sociaux

## Relecture de textes spécifiques

Steeve Ager, Johanne Albert, Danielle Auger, Caroline Caux, Christiane Charrette, Richard Cloutier, Karina Côté, Albert Daveluy, Isabelle Demers, Guillaume Dolley, Christiane Dupont, Marc Fiset, Valérie Fontaine, Lise Guérard, Laura Haiek, Lucie Laflamme, Marie-Andrée Leblanc, Bertrand Lépine, Nathalie Lévesque, Rabiâ Louchini, France Markowski, Marlène Mercier, Martine Pageau, Pierre Patry, Julie Rousseau, Stéphane Ruel, Marion Schnebelen, Georgiana Titeica, Eveline Toth, Amélie Trépanier, Louise Valiquette, Marie-Christine Veilleux, Daniel Villeneuve, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lucie Lemieux, Susan Stock, France Tissot, Michel Vézina, Institut national de santé publique du Québec

## Autres contributions

Diane Brazeau, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Ariane Adam-Poupart, Guillaume Burigusa, Louise-Marie Bouchard, Chantal Blouin, Liane Comeau, Marc-André Dubé, Amélie Funès, Mathieu Gagné, Pierre Gosselin, Denis Hamel, Julie Laforest, Mathieu Langlois, Benoît Lasnier, Germain Lebel, Gilles Légaré, Lucie Lemieux, Ernest Lo, Pascale Mantoura, Richard Martin, Pierre Maurice, Éric Pelletier, Céline Plante, Julie Poissant, Marie-Claude Roberge, Éric Robitaille, Louis Rochette, Senaba Sambe, Marie-Pascale Sassine, Audrey Smargiassi, André Tourigny, Pierre-Luc Trépanier, Mathieu Valcke, Institut national de santé publique du Québec

Luce Gervais, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Isabel Parent, ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques

Issouf Traoré, Institut de la statistique du Québec

Nous remercions également l'Institut de la statistique du Québec ainsi que l'ensemble des personnes qui ont collaboré, de près ou de loin, à la préparation du présent document, plus particulièrement celles qui ont participé à la consultation menée en septembre 2015.

## Soutien à l'édition du document

Hélène Fillion, Lyne Théorêt, Institut national de santé publique du Québec

## Révision linguistique

Yvette Gagnon

## Référence suggérée

Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2016). *La santé de la population : portrait d'une richesse collective*, [Sixième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec], 86 pages.

## NOTE AU LECTEUR

Le lecteur doit savoir qu'un triple système de renvoi est utilisé dans le présent document : les chiffres romains se rapportent aux notes de bas de page, les chiffres arabes renvoient aux références numérotées citées au fil du texte et les lettres minuscules concernent les sources des données également citées au fil du texte. Les références citées et les sources des données citées constituent des sections de la partie « Références », placée à la fin du document.

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016  
Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-77084-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielle, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

# MOT DES MINISTRES



La santé constitue un des fondements sur lesquels reposent la prospérité et le dynamisme d'une société. Il s'agit d'une richesse collective qu'il faut préserver et faire prospérer, une mission qui requiert une compréhension approfondie des enjeux auxquels nous devons faire face. C'est la raison pour laquelle un portrait comme celui que propose ce sixième rapport national sur l'état de santé de la population s'avère un outil essentiel pour notre collectivité.

Les données que contient ce rapport nous offrent un tour d'horizon de la situation actuelle. Elles nous permettent également de faire le point sur les priorités à venir en lien avec certains problèmes de santé évitables. On y apprend aussi que des progrès notables ont été réalisés, et ce, à plusieurs égards, entre autres concernant la lutte au tabagisme, dont la prévalence a chuté de manière appréciable. D'autres avancées, telles que l'amélioration du bilan routier y sont aussi présentées.

Un tel rapport a par ailleurs le mérite de nous faire prendre conscience des défis qu'il nous reste encore à relever sur le plan de la santé. Notons par exemple le développement global des enfants, l'adoption des saines habitudes de vie, l'obésité et certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les inégalités sociales de santé ainsi que le vieillissement de la population et le fardeau des maladies chroniques qui en découle doivent également figurer parmi les enjeux à prendre en considération.

Les constats mis en lumière par ce rapport nous offrent la possibilité de nous mobiliser collectivement autour des défis à venir. Ce n'est qu'ensemble que nous pourrions mettre en œuvre les moyens nécessaires pour favoriser la santé de la population, de même que sa qualité de vie. C'est pourquoi nous avons tenu à lancer la première Politique gouvernementale de prévention en santé. Tous les secteurs de notre société y sont interpellés, car nous avons tous un rôle à jouer pour favoriser la santé des Québécoises et des Québécois.

Original signé

**GAÉTAN BARRETTE**

Ministre de la Santé et des Services sociaux

Original signé

**LUCIE CHARLEBOIS**

Ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie



# AVANT- PROPOS

La Loi sur la santé publique stipule qu'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants doit être exercée, notamment afin qu'un portrait global de l'état de santé de la population québécoise puisse être dressé. Dans le contexte de la publication récente du *Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP)*, il apparaît d'autant plus opportun de faire connaître les grandes lignes qui se dégagent du portrait de santé. Offrant aux divers acteurs du réseau de la santé et à leurs partenaires une information à la fois riche et synthétique, le présent rapport contribuera à guider les efforts et à mobiliser les personnes qui prennent part quotidiennement à la mise en œuvre du PNSP et, plus largement, à l'amélioration de la santé de la population.

Ce sixième rapport national sur l'état de santé de la population rappelle le rôle important de la santé publique et de ses partenaires au Québec par leurs contributions à la santé de la population depuis plusieurs décennies. Outre les progrès réalisés, il présente les défis qui demeurent et ceux qui émergent ainsi que des interventions déjà mises en œuvre, ou prometteuses, pour les relever.

Original signé

**HORACIO ARRUDA**

Directeur national de santé publique

Le présent rapport réaffirme aussi la nécessité de travailler en complémentarité et de façon concertée avec les acteurs de divers secteurs afin d'agir sur l'ensemble des facteurs influençant la santé, qu'ils soient propres à l'individu ou liés à son environnement. Et comme ces facteurs sont souvent interreliés, les actions posées en amont sur les déterminants contribuent à prévenir de nombreux problèmes de santé.

La santé de la population constitue une ressource précieuse pour l'ensemble de la société, une véritable richesse collective. Heureusement, des actions préventives efficaces et des collaborations fructueuses existent pour la préserver.

Je vous invite à consulter, à vous approprier et à faire connaître l'édition 2016 du Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, puisque nous sommes tous concernés par les messages qu'il porte et que nous pouvons tous contribuer à protéger et à améliorer la santé de la population.



# TABLE DES MATIÈRES

I	<b>Mot des Ministres</b>
III	<b>Avant-propos</b>
1	<b>Sommaire</b>
3	<b>Introduction</b>
5	<b>Chapitre 1 – L’adaptation sociale et la santé mentale : pour des fondations solides</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le développement des jeunes – Un investissement pour l’avenir</li><li>• L’intimidation – Les habiletés personnelles en renfort</li><li>• La violence – Plus proche qu’on ne le pense</li><li>• Les abus et les dépendances – Vers des actions précoces, ciblées et concertées</li><li>• Les troubles mentaux – Les troubles anxio-dépressifs en tête</li><li>• Le suicide – La pointe de l’iceberg</li><li>• La santé mentale des travailleurs – Quand l’organisation du travail rend malade</li><li>• La participation sociale des aînés – Pour favoriser un vieillissement en santé</li><li>• En somme...</li></ul>
17	<b>Chapitre 2 – Les comportements sains et sécuritaires : les soutenir pour prévenir les maladies chroniques et les traumatismes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le tabagisme – Une lutte toujours prioritaire</li><li>• L’activité physique – Le défi collectif d’un mode de vie plus actif</li><li>• L’alimentation – La recette gagnante pour manger sainement</li><li>• Le poids corporel – Au-delà des individus, des environnements influents</li><li>• Le diabète et l’hypertension – Des facteurs de risque et des actions préventives en commun</li><li>• Le cancer – Première cause de décès</li><li>• L’allaitement maternel – Des bienfaits à maximiser</li><li>• La mortalité infantile et les naissances prématurées – Encore des gains à réaliser</li><li>• Les traumatismes routiers – Vers la voie du succès</li><li>• Les chutes chez les aînés – Une progression préoccupante</li><li>• En somme...</li></ul>

## 31 **Chapitre 3 – Des actions à mener sur plusieurs fronts contre les maladies infectieuses**

- Les maladies évitables par la vaccination – Mieux protéger la population
- Les maladies entériques – Quand les aliments ou l'eau propagent la gastro-entérite
- Les infections transmissibles sexuellement et par le sang – La hausse se poursuit
- Les drogues par injection – Une porte grande ouverte aux infections
- Les infections nosocomiales – Un défi très moderne
- En somme...

## 39 **Chapitre 4 – Pour des environnements favorables à la santé**

- Les changements climatiques – Des effets sur la santé déjà perceptibles
- La qualité de l'air intérieur – Des contaminants invisibles et nocifs
- La qualité de l'eau potable et récréative – Pour en profiter pleinement
- L'occupation durable du territoire – Une alliée indispensable de la santé
- Le bruit en milieu de travail – Entendre l'appel à la prévention
- Les troubles musculo-squelettiques en milieu de travail – Fréquents et coûteux
- La sécurité des milieux de vie – Quand se sentir en confiance fait toute la différence
- Les environnements favorables aux saines habitudes de vie – Une contribution indispensable
- En somme...

## 51 **Conclusion**

## 53 **Références**

- Références citées
- Références complémentaires
- Sources des données citées
- Sources des données utilisées dans les figures

**Tableau complémentaire – Situation dans les réseaux territoriaux de services (RTS)**  
[msss.gouv.qc.ca/statistiques/rapport-dnsp/](https://msss.gouv.qc.ca/statistiques/rapport-dnsp/)



# SOMMAIRE

## **L'adaptation sociale et la santé mentale : pour des fondations solides**

Les bienfaits d'une santé mentale florissante sont vastes. Ils touchent d'abord les individus, mais ils se répercutent aussi sur l'ensemble de la population puisqu'ils permettent aux personnes de se réaliser et de prendre leur place de façon positive dans la société. À titre d'exemple, de deux à trois fois plus d'élèves du secondaire affichent un niveau élevé d'estime de soi lorsqu'ils reçoivent un fort soutien social de leur famille, des amis ou de l'école et le risque de décrochage scolaire diminue. À l'inverse, sur le plan professionnel, les travailleurs exposés à de la tension au travail sont environ deux fois plus nombreux, en proportion, à présenter un niveau élevé de détresse psychologique.

Depuis une quinzaine d'années, plusieurs gains ont été enregistrés en matière de santé mentale au Québec. Par exemple, le nombre d'adultes atteints d'un trouble anxio-dépressif a diminué de plus de 40 000 et le taux de suicide a, quant à lui, reculé de 40 %. Bien qu'il s'agisse là de gains encourageants, plusieurs questions restent préoccupantes. C'est le cas notamment du développement global des enfants, de la violence, de la consommation de drogues et d'alcool ou, encore, de la participation sociale des aînés. Ainsi, en 2012, un enfant de la maternelle sur quatre est vulnérable dans au moins un domaine de développement global. Encore en 2012, un enfant sur deux a été victime d'agressions psychologiques de la part d'un parent (ex. : cris, insultes) et, en 2010-2011, plus du tiers des élèves du secondaire ont été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école (ex. : menaces verbales, agressions physiques). Les situations problématiques relatives à la consommation d'alcool ou de cannabis demeurent elles aussi répandues, et elles touchent davantage les personnes de 15 à 24 ans. Et si, globalement, huit personnes de 65 ans et plus sur dix participent fréquemment à une activité sociale, c'est le cas pour seulement le tiers des aînés qui se perçoivent en mauvaise santé.

Les défis sont d'autant plus grands que certains groupes de la population cumulent plusieurs facteurs de risque. Lorsque les problèmes ne sont pas détectés précocement et que, de surcroît, les expériences négatives s'additionnent, les effets peuvent se faire sentir à plus long terme. L'acquisition de compétences individuelles et collectives ainsi que l'amélioration des conditions de vie sont des pistes de solution à privilégier pour agir sur ces divers problèmes. De plus, l'action concertée des différents acteurs est souhaitable. En agissant tôt, à plusieurs niveaux et de façon intégrée, des gains supplémentaires sont à notre portée.

## **Les comportements sains et sécuritaires : les soutenir pour prévenir les maladies chroniques et les traumatismes**

Les modes de vie et les comportements qu'adoptent les individus ont un effet direct sur leur santé. Ils peuvent agir comme des facteurs de protection ou, à l'inverse, contribuer à l'apparition de maladies chroniques et à la survenue de traumatismes. Le tabagisme, la sédentarité, une alimentation riche en gras, en sucre et en sel tout comme l'embonpoint et l'obésité comptent parmi les principaux facteurs de risque associés à l'apparition des maladies chroniques. Au Québec, bien que la situation relative au tabagisme se soit considérablement améliorée depuis les années 1990, une personne sur cinq fume encore tous les jours ou à l'occasion. Les Québécois gagneraient aussi à être plus actifs. En 2013-2014, un peu moins des deux tiers des adultes atteignent le niveau recommandé d'activité physique pendant les loisirs, tandis que c'est le cas de 44 % des jeunes de 12 à 17 ans. En matière d'alimentation, même si les Québécois consomment plus de fruits et légumes qu'au début des années 1990, seule une faible proportion de la population en mange suffisamment. Enfin, la consommation excessive de sel, de boissons sucrées et de malbouffe reste très répandue.

Les conséquences de notre mode de vie sont déjà mesurables : au Québec, plus de la moitié de la population a un surplus de poids, et 18 % souffre d'obésité. De plus, cela risque encore d'augmenter au cours des prochaines années. Le diabète connaît aussi une progression importante : le nombre total de personnes vivant avec cette maladie a doublé depuis l'an 2000, atteignant presque 600 000 adultes en 2013-2014. Quant à l'hypertension, elle touche 1,5 million de Québécois. En raison du vieillissement de la population, on peut prévoir que ce nombre augmentera encore. On anticipe également que le nombre de nouveaux cas de cancer connaîtra une hausse marquée.

L'adoption de comportements sécuritaires atténue significativement le risque et la gravité des traumatismes. La diminution de 82 % du nombre de décès sur les routes du Québec depuis une quarantaine d'années le démontre bien. La tendance à la hausse du nombre de chutes chez les aînés, liée au vieillissement démographique, pourrait elle aussi être ralentie grâce à une action préventive comprenant diverses mesures, dont l'adaptation des environnements.

L'idéal est d'agir le plus tôt possible, avant que les problèmes n'apparaissent et ne s'installent. Ainsi, des gains ont été faits en matière de santé périnatale et infantile, mais d'autres restent à accomplir. Par exemple, si près de neuf mères québécoises sur dix commencent à allaiter leur bébé dès sa naissance, seulement deux sur dix pratiquent l'allaitement exclusif jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 6 mois. Au bout du compte, le fait d'opter pour un mode de vie sain et sécuritaire permet de prévenir simultanément plusieurs maladies et traumatismes. Sur le plan individuel, l'information, la sensibilisation et la prévention sont essentielles, mais les choix que font les individus en matière d'habitudes de vie et de comportements sécuritaires sont aussi fortement déterminés par les caractéristiques des environnements dans lesquels ils évoluent. Il s'avère donc crucial que ceux-ci favorisent des modes de vie sains.

### **Des actions à mener sur plusieurs fronts contre les maladies infectieuses**

Causées par divers micro-organismes, les maladies infectieuses diffèrent et les actions que nécessite leur contrôle varient elles aussi grandement. Dans certains cas, elles peuvent devenir une menace pour l'ensemble de la population. Compte tenu du phénomène de la mondialisation et de celui des changements climatiques qui facilitent la propagation de certaines maladies infectieuses, les actions de prévention sont plus que jamais nécessaires. Parmi celles-ci figure la vaccination, laquelle permet non seulement de réduire le risque de contracter des maladies, mais également de prévenir la transmission de celles-ci à d'autres personnes. Au Québec, en 2014, environ sept enfants de 2 ans sur dix ont reçu tous les vaccins recommandés pour leur âge, proportion qui est inférieure à l'objectif de 95 % nécessaire pour enrayer la transmission de certaines infections très contagieuses. Il est donc important de poursuivre les efforts en matière de soutien à la décision et d'accès aux services de vaccination.

Les maladies entériques sont elles aussi assez répandues. Près de 7 000 cas ont été enregistrés en 2015, et cela ne représente qu'une partie de ces infections puisque la plupart d'entre elles ne sont pas déclarées. En ce qui a trait aux infections transmissibles sexuellement et par le sang, la hausse du nombre de nouveaux cas amorcée à la fin des années 1990 se poursuit, entre autres pour la gonorrhée et la chlamydie génitale. La prévention et le contrôle, particulièrement auprès des groupes les plus vulnérables, doivent se poursuivre. Chez les utilisateurs de drogues par injection, le risque de contracter le virus de l'immunodéficience humaine et celui de l'hépatite C reste présent, surtout lorsqu'il y a un partage du matériel d'injection. Par ailleurs, la transmission de bactéries résistantes aux antibiotiques, notamment en milieu de soins, est une source de préoccupation constante. Pour protéger la population de la transmission des maladies infectieuses et d'éventuelles épidémies, il est essentiel de promouvoir les meilleurs moyens de les prévenir (ex. : adoption de comportements sécuritaires, mise en application des bonnes pratiques en matière d'hygiène, utilisation judicieuse des antibiotiques). Enfin, une vigilance constante est nécessaire pour détecter rapidement les menaces, afin qu'il soit ensuite possible d'y réagir.

### **Pour des environnements favorables à la santé**

Les risques environnementaux peuvent prendre différentes formes (ex. : contaminants, bruit). Ils dépendent notamment de l'aménagement du milieu de vie et, plus globalement, du territoire. Le bruit en est une bonne illustration. En 2014-2015, 282 000 Québécois se disent fortement dérangés, à leur domicile, par le bruit de la circulation routière. Sur un autre plan, la qualité de l'air à l'intérieur des domiciles et des autres milieux de vie se révèle une source fréquente de préoccupation. Divers contaminants, souvent invisibles, peuvent en effet affecter la santé des occupants. Bien qu'elle soit moins fréquente depuis dix ans, l'exposition à la fumée de tabac à la maison affecte encore de nombreuses personnes. Par ailleurs, même si l'eau distribuée est d'excellente qualité au Québec, quelques éclosions de maladies liées à l'eau surviennent chaque année ; les cas d'infections concernent à peu près également l'eau de consommation et les eaux récréatives (ex. : piscines, lacs).

Quant aux lieux de travail, ils peuvent avoir des répercussions sur la santé des travailleurs. Lorsque ceux-ci sont exposés à des niveaux de bruit nocifs ou à un niveau élevé de contraintes physiques (ex. : gestes répétitifs, manutention de charges lourdes), ils sont susceptibles de développer des problèmes de santé tels qu'une surdité professionnelle ou des troubles musculo-squelettiques. Les enjeux liés à l'aménagement de milieux de vie sains et sécuritaires s'avèrent d'une importance capitale. De tels milieux exercent une influence sur les choix que font les individus et sur le sentiment de sécurité que ceux-ci éprouvent. Par exemple, le fait de choisir des aliments sains ou de pratiquer des activités sportives est facilité lorsque des commerces d'alimentation et des infrastructures de loisirs se situent à proximité du domicile.

L'environnement pose aussi de nouveaux défis. Au cours des années à venir, les répercussions des changements climatiques (ex. : vagues de chaleur, infections transmises par des insectes) précédemment évoqués risquent de s'accroître et d'affecter de multiples façons la santé de la population. Par exemple, déjà, entre 2011 et 2015, le nombre de cas déclarés de la maladie de Lyme est passé de 32 à 161.

Il va sans dire que de très nombreux gestes peuvent être posés à titre préventif. Les mesures visant la protection de l'environnement ou, encore, l'aménagement des lieux de travail et des milieux de vie ont toutes un effet positif sur la qualité de vie et la santé de la population. En agissant en amont sur une variété de déterminants de la santé, on peut prévenir une multitude de problèmes. Et c'est alors l'ensemble de la société qui en bénéficie.

# INTRODUCTION

---

*Qu'en est-il de la santé de la population québécoise aujourd'hui ?  
Comment a-t-elle évolué ? Quels progrès ont été réalisés ?  
Quels défis demeurent et quels sont ceux à venir ?  
Comment pouvons-nous agir pour prévenir certains problèmes  
de santé ou en atténuer les conséquences ?*

---

Voilà autant de questions auxquelles le présent rapport tente d'apporter un éclairage. Des questions que tout citoyen s'intéressant au développement de la société peut se poser. La santé de la population québécoise est plus que la somme de l'état de santé de ses individus. Elle représente sans contredit une des plus grandes richesses qu'il est non seulement crucial de préserver, mais que l'on doit faire prospérer.

Sur le plan individuel, la santé est le fondement même de la vie. C'est donc tout naturellement que l'on se souhaite avant tout d'être en bonne santé. Cela dépasse cependant la simple absence de maladies. La santé est définie comme un état de bien-être physique, mental et social indispensable pour l'accomplissement personnel et la satisfaction de nos aspirations. Du point de vue de la société, c'est un capital et une force motrice qui nourrissent les motivations et capacités d'agir collectives pour vivre en harmonie et relever les défis inhérents à l'épanouissement, tant social qu'économique.

Certains gains appréciables ont été réalisés depuis plusieurs décennies au Québec. Par exemple, l'espérance de vie est passée de 73 ans en 1975-1977 à 82 ans en 2012-2014<sup>1</sup>. La prise en charge et le traitement des maladies chroniques y ont certainement beaucoup contribué. Par ailleurs, la lutte contre les maladies infectieuses a permis de réduire fortement la fréquence de certaines d'entre elles (ex. : hépatite B, certains types de méningite). D'autres progrès marqués ont aussi été réalisés, par exemple au regard de la mortalité associée aux traumatismes non intentionnels, particulièrement ceux qui sont liés aux accidents de la route. Enfin, la mortalité infantile et la mortalité prématurée (avant 75 ans) ont également décliné depuis le début des années 1980.

Malgré ces progrès, la population québécoise fait aujourd'hui face à plusieurs changements majeurs qui ont ou auront des répercussions soit directes, soit indirectes, sur sa santé et sa qualité de vie. Parmi les plus importants figure le vieillissement démographique. L'augmentation de l'espérance de vie et la part croissante des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population nous obligent déjà à repenser l'organisation de notre société et le rôle social des aînés. Ce vieillissement démographique va aussi se traduire par une augmentation du nombre de personnes aux prises avec des problèmes de santé, dont les maladies chroniques, accroissant ainsi le fardeau sur le système de soins.

Les Québécois doivent aussi faire face aux changements climatiques. Ceux-ci affectent la santé de la population, que ce soit par la fréquence plus élevée d'événements climatiques extrêmes (ex. : canicules, feux de forêt, verglas, inondations) ou la hausse de certaines infections propagées par les moustiques (ex. : virus du Nil occidental) ou les tiques (ex. : maladie de Lyme), notamment.

Par ailleurs, même si elles sont documentées depuis longtemps, les inégalités sociales de santé demeurent un enjeu pour la société québécoise. En effet, il apparaît injuste que les personnes moins nanties, moins scolarisées ou plus isolées socialement voient, entre autres, leur espérance de vie réduite et soient en moins bonne santé. Bien que certains progrès aient été réalisés sur le plan des conditions socioéconomiques dans la population québécoise (ex. : diminution de la proportion de mères sans diplôme du secondaire), la pauvreté et l'exclusion sociale persistent et se trouvent toujours à la source d'écart sociaux et de santé.

Ces écarts sont d'ailleurs particulièrement importants dans les populations autochtones (Inuits et Premières Nations), dont le bilan de santé est généralement moins favorable. Leurs conditions socioéconomiques, souvent plus défavorables, contribuent à creuser ces écarts de santé. Mais ceux-ci découlent surtout de conditions et de circonstances particulières qui ont engendré, chez ces populations historiquement et culturellement distinctes, des traumatismes importants affectant plusieurs générations.

La tâche n'est donc pas simple. Des défis demeurent et d'autres se profilent à l'horizon. Toutefois, s'y préparer et les relever est possible puisque, pour la plupart, ce sont des problèmes évitables sur lesquels nous pouvons agir. Voilà un projet de société des plus engageants et des plus mobilisateurs, puisqu'il nous concerne tous et que nous pouvons tous y contribuer.

C'est dans cette perspective que le *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP)<sup>1</sup> déploie son cadre d'action selon quatre axes d'intervention, lesquels sont appuyés par un axe transversal, celui de la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Le présent rapport s'inscrit d'ailleurs dans le cadre de cet axe spécifique du PNSP.

Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau soient au cœur des actions découlant de ce programme, la place et le rôle des partenaires intersectoriels restent primordiaux pour améliorer la santé de la population québécoise. En effet, les programmes de santé publique se veulent aussi intégrateurs que possible et visent à agir de façon systémique par des actions qui, lorsque posées en amont sur les déterminants, ont le potentiel d'avoir des répercussions sur plusieurs problèmes de santé.

Dix ans après le premier rapport national sur l'état de santé de la population du Québec<sup>2</sup>, cette sixième édition permet d'apprécier sommairement le chemin parcouru mais aussi l'ampleur de certains défis à relever en matière de santé de la population. Cela dit, ce rapport n'est pas exhaustif. Il propose un tour d'horizon synthétique d'une sélection de sujets illustrant certains aspects plus marquants de l'état de santé de la population<sup>1</sup>.

Ce rapport est structuré en quatre chapitres qui portent sur :

- 1) l'adaptation sociale et la santé mentale ;
- 2) les comportements, les maladies chroniques et les traumatismes non intentionnels ;
- 3) les maladies infectieuses ;
- 4) les environnements et leurs effets sur la santé.

Chaque page des différents chapitres est consacrée à un sujet en particulier et comprend :

- une section « Ce dont il s'agit », laquelle sert à décrire sommairement l'importance du sujet pour la santé de la population ;
- deux figures de faits saillants sélectionnés pour mettre en évidence, lorsque cela est possible, des gains et des défis relatifs au sujet ;
- une section « Ce que les données montrent », qui permet d'apprécier l'ampleur et l'évolution du phénomène ;
- une section « Ce que nous pouvons faire », présentant un survol des principales actions qui permettent d'améliorer la situation ou qui se révèlent prometteuses.

Ce rapport met l'accent sur l'état de santé de la population à l'échelle du Québec. Lorsque cela est possible, les données régionales correspondant aux données les plus récentes présentées au fil du texte sont détaillées dans le tableau complémentaire intitulé *Situation dans les réseaux territoriaux de services (RTS)*, disponible à l'adresse suivante : [msss.gouv.qc.ca/statistiques/rapport-dnsp/](http://msss.gouv.qc.ca/statistiques/rapport-dnsp/)

1. Les sujets ont été retenus après consultation d'experts du réseau de la santé et des services sociaux, placée sous la responsabilité de la Direction de la surveillance de l'état de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

# CHAPITRE 1

# L'ADAPTATION SOCIALE ET LA SANTÉ MENTALE : POUR DES FONDATIONS SOLIDES

- Le développement des jeunes
- L'intimidation

- La violence
- Les abus et les dépendances

- Les troubles mentaux
- Le suicide

- La santé mentale des travailleurs
- La participation sociale des aînés

L'« état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »<sup>3</sup> se traduit par une santé mentale positive. Les notions de santé mentale *optimale* ou *florissante* sont parfois utilisées pour rendre compte des liens étroits entre des niveaux élevés de bien-être, de fonctionnement psychologique et d'appartenance sociale. La santé mentale n'est donc pas seulement déterminée par la présence ou l'absence d'un trouble mental<sup>II</sup> (ex. : troubles anxio-dépressifs ou affectifs, schizophrénie, démence). Elle est aussi une composante de la santé globale, tout comme la santé physique et la santé psychosociale, chacune exerçant une influence sur l'autre. Dans ce contexte, la promotion d'une santé mentale positive doit viser l'ensemble de la population sur tout le parcours de vie afin de maximiser le pouvoir d'agir des individus et de renforcer leur capacité d'adaptation. D'autant que les effets d'une mauvaise santé mentale dépassent largement les personnes que celle-ci affecte puisqu'elle atteint aussi leur entourage.

L'adaptation sociale correspond aux efforts conscients qu'une personne déploie en période de stress pour arriver à maîtriser ses émotions, ses pensées, ses comportements et à vivre en harmonie avec son environnement social<sup>4</sup>. Les problèmes d'adaptation sociale se traduisent alors par des « altérations importantes du fonctionnement social, qui prennent source soit dans la personne elle-même, soit dans son environnement social<sup>5</sup> ». Ils peuvent s'exprimer par des troubles du comportement ou de conduite, de la violence, des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues, notamment, et constituent un obstacle à la santé mentale<sup>6</sup>.

## Plusieurs facteurs en cause

De nombreux facteurs de protection (ex. : estime de soi, compétences personnelles, pratiques parentales adéquates, relations interpersonnelles harmonieuses ou bon réseau social) sont associés à une santé mentale florissante et permettent le développement social des individus qu'à l'opposé, différents facteurs de risque pourront contribuer à fragiliser. Certains de ceux-ci concernent la personne elle-même (ex. : faibles habiletés sociales, dépendance à une substance, incapacité physique) ; d'autres sont liés à ses environnements familial et communautaire (ex. : maltraitance et violence familiale, intimidation, exclusion sociale) ou aux caractéristiques des milieux où elle évolue (ex. : défavorisation, criminalité). Ces facteurs de risque peuvent parfois s'additionner et contribuer aux inégalités sociales de santé.

Bien que certaines caractéristiques propres aux individus ne soient pas modifiables par des interventions (ex. : âge, sexe, héritage génétique), d'autres facteurs de risque peuvent être évités, ou à tout le moins atténués, soit pour prévenir l'adoption de comportements à risque, soit pour empêcher l'aggravation d'un trouble mental ou le cumul d'événements négatifs susceptibles de mener à une vulnérabilité à un moment ou à un autre de la vie.

## Des défis qui varient tout au long du parcours de vie

Les besoins de la population varient en fonction, notamment, des différentes phases de la vie. Il importe donc d'accorder une attention particulière aux défis associés aux transitions entre les âges, qui peuvent constituer des tournants, positifs comme négatifs, dans le parcours et le développement social des personnes. En outre, ces transitions peuvent entraîner des difficultés d'adaptation à de nouvelles situations, difficultés qui auront elles-mêmes des répercussions sur la santé mentale et, parfois, mèneront au suicide.

Les phases de la petite enfance et de l'adolescence sont particulièrement déterminantes pour l'acquisition de compétences personnelles et sociales nécessaires au développement des individus. Ces dernières favorisent leur épanouissement, en plus de les aider à éviter certains problèmes et à faire preuve de résilience devant l'adversité (ex. : violence, victimisation, abus, dépendance). Les problèmes vécus durant cette période peuvent nuire à la santé mentale des individus et parfois favoriser l'apparition de certains troubles mentaux. C'est aussi la période où les inégalités sociales de santé se cristallisent ou se creusent. L'âge adulte est aussi source de nombreux défis, parmi lesquels figurent l'accès à l'emploi et les effets des contraintes organisationnelles sur la santé des travailleurs. La transition vers la retraite est finalement empreinte de changements (ex. : changements dans la situation de vie, deuils, perte d'autonomie physique) susceptibles d'influencer la qualité de vie, la participation sociale et, ultimement, la santé au sens large. Dans le contexte du vieillissement de la population, ces enjeux risquent de retenir de plus en plus l'attention.



## Divers sujets sous la loupe

Le présent chapitre souhaite apporter un éclairage sur huit sujets touchant la santé mentale et l'adaptation sociale, soit :

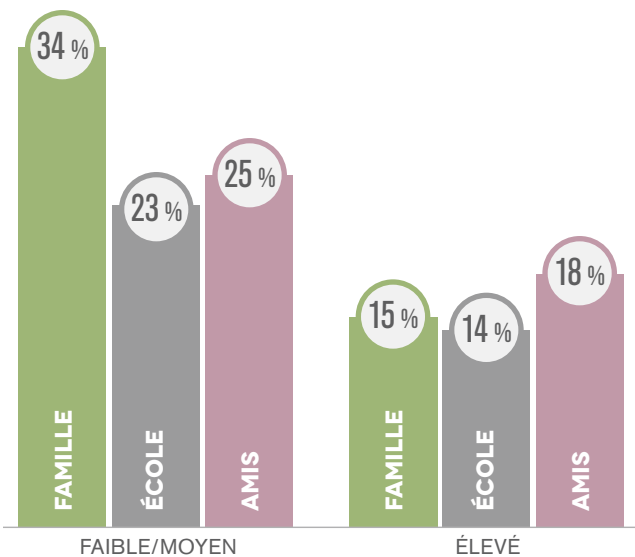
- le développement des jeunes,
- l'intimidation,
- la violence,
- les abus et les dépendances,
- les troubles mentaux,
- le suicide,
- la santé mentale des travailleurs,
- la participation sociale des aînés.

II. On définit le trouble mental comme une altération de l'humeur, de la pensée ou du comportement qui entraîne une incapacité et une détresse pouvant être cliniquement diagnostiquées.

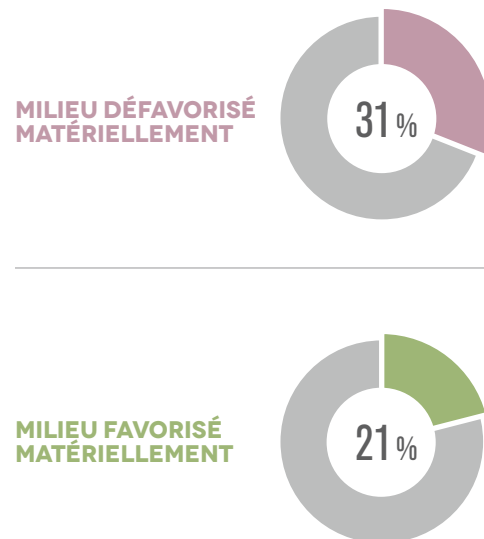
## Ce dont il s'agit

Le développement global de l'enfant, notamment ses habiletés et ses motivations à socialiser, à apprendre, à faire preuve d'empathie ou à devenir autonome, exerce une influence à long terme sur sa santé<sup>7, 8</sup>. Des milieux défavorables et le cumul d'expériences négatives en bas âge (ex. : pauvreté, violence, absence de stimulation) peuvent miner les capacités d'apprentissage et de résilience nécessaires pour affronter les défis tout au long de la vie<sup>9</sup>. Ces facteurs de risque sont associés à des relations sociales difficiles (ex. : violence, intimidation) ou à l'adoption de comportements et d'habitudes de vie néfastes. Enfin, la présence de certains problèmes de santé ou troubles tels que les troubles du spectre de l'autisme et le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), peut affecter le processus d'apprentissage.

ÉLÈVES POUR QUI LE RISQUE DE **DÉCROCHAGE SCOLAIRE** EST ÉLEVÉ SELON LE SOUTIEN SOCIAL REÇU EN 2010-2011



ENFANTS DE 5 ANS **VULNÉRABLES** DANS AU MOINS UN DOMAINE DE **DÉVELOPPEMENT GLOBAL** EN 2012



## Ce que les données montrent

En 2012, un enfant de la maternelle sur quatre est vulnérable dans au moins un domaine de développement global ; c'est le cas d'un enfant sur trois parmi ceux qui vivent en milieu défavorisé<sup>a</sup>. Cet écart s'amenuise toutefois lorsque les enfants vivant dans un milieu défavorisé fréquentent un service de garde. En effet, ils sont alors deux fois moins susceptibles d'être vulnérables que leurs pairs n'ayant pas fréquenté un tel service<sup>a</sup>.

L'environnement social occupe aussi une place importante pour le développement des adolescents. En 2010-2011, toutes proportions gardées, de deux à trois fois plus d'élèves du secondaire affichent un niveau élevé d'estime de soi lorsqu'ils reçoivent beaucoup de soutien social de la part de leur famille, des amis ou de l'école. On observe également que le risque de décrochage scolaire diminue parmi les élèves qui bénéficient d'un soutien social élevé<sup>b</sup>.

Enfin, le risque de décrochage chez les jeunes ayant un TDAH se révèle plus élevé que chez ceux qui n'en ont pas (40 % contre 17 %)<sup>c</sup>. Il faut préciser ici que le nombre de jeunes ayant entre 1 et 17 ans atteints d'un TDAH a plus que triplé depuis 2000-2001, passant d'environ 19 500 à 63 600 en 2013-2014<sup>b</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

L'importance de détecter précocement les problèmes puis d'intervenir tôt et en continu est démontrée. À cet égard, le soutien aux familles, le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes ainsi que l'aménagement de milieux sains et sécuritaires doivent être favorisés<sup>8, 10</sup>. Le Québec s'y consacre, notamment avec la politique de périnatalité<sup>11</sup>, le programme *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* et les services éducatifs préscolaires de qualité (ex. : centres de la petite enfance et maternelle 4 ans). Aussi, l'*Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants* vise notamment à soutenir la planification et les interventions dans les secteurs de la santé et des services sociaux, de l'éducation et de la famille. Par ailleurs, l'approche globale et concertée *École en santé* vise la promotion de la santé, du bien-être et de la réussite éducative en contexte scolaire durant l'enfance et l'adolescence. La collaboration des partenaires intersectoriels (ex. : milieux scolaire, municipal et communautaire) s'avère cruciale pour la réalisation de ces interventions préventives<sup>10</sup> qui deviennent ainsi un investissement pour l'avenir.



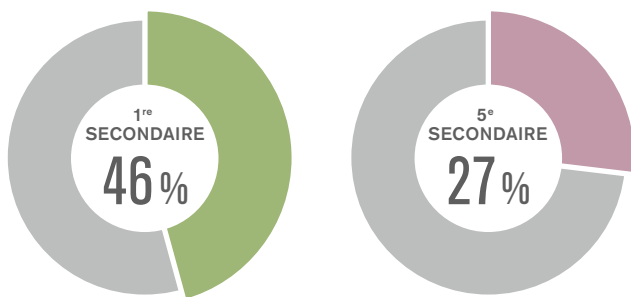
## Ce dont il s'agit

Au cours de sa vie, toute personne peut être touchée par l'intimidation, que ce soit à titre d'auteur, de témoin ou de victime<sup>12</sup>. Étant donné son ampleur et ses conséquences à long terme, l'intimidation commise et subie par les jeunes mérite une attention particulière. Les intimidateurs utilisent diverses formes de violence et le cyberespace leur offre désormais de nouvelles possibilités. Le caractère virtuel d'Internet leur permet en effet d'agir avec détachement, sans que les contraintes sociales du monde réel ne freinent leurs comportements malveillants.

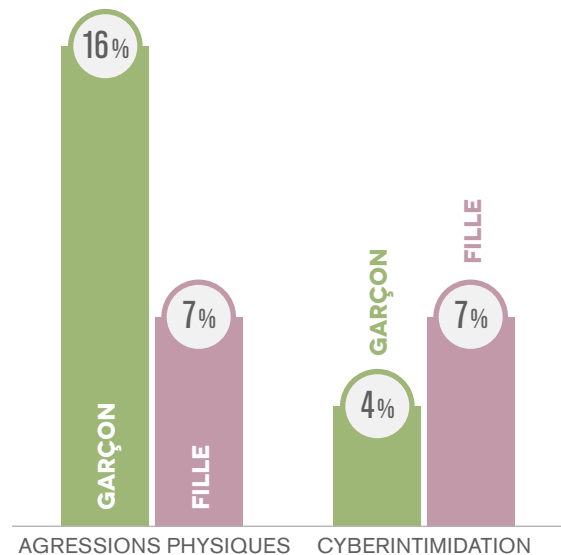
L'intimidation et la violence ont des répercussions sur la santé physique et mentale des personnes. Elles risquent aussi d'affecter la réussite scolaire et la qualité des relations sociales. Dans le cas de la cyberintimidation, l'instantanéité de la diffusion à grande échelle multiplie les préjudices subis par les victimes. La perte d'intimité et l'atteinte à la vie privée peuvent alors s'ajouter aux autres conséquences.

La confiance en soi, la capacité de s'affirmer et les compétences sociales sont des habiletés personnelles qui figurent parmi les principaux facteurs de protection. Elles permettent aux personnes de prendre leur place dans la société sans avoir recours à l'intimidation<sup>13</sup>.

ÉLÈVES DU SECONDAIRE VICTIMES DE VIOLENCE  
OU DE CYBERINTIMIDATION EN 2010-2011



ÉLÈVES DU SECONDAIRE VICTIMES D'AGRESSIONS  
PHYSIQUES OU DE CYBERINTIMIDATION EN 2010-2011



## Ce que les données montrent

En 2010-2011, plus du tiers des élèves du secondaire déclarent avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école (ex. : menaces verbales, agressions physiques) et un élève sur vingt rapporte avoir subi de la cyberintimidation. La victimisation, qui comprend ces deux phénomènes, touche une plus forte proportion de garçons que de filles (43% contre 31%) et davantage les élèves plus jeunes. Si les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à subir des agressions physiques, les filles s'avèrent davantage victimes de cyberintimidation que leurs camarades masculins<sup>9</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Le Forum sur la lutte contre l'intimidation et le dépôt du *Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018* témoignent de l'importance accordée à ce phénomène, tant par le gouvernement que par divers acteurs de la société québécoise. Les efforts de prévention auprès des jeunes sont cruciaux : le soutien au développement de leurs habiletés personnelles et sociales améliore leur capacité à faire face à différentes situations tout au long de leur vie. C'est d'ailleurs l'une des stratégies se situant au cœur de l'approche *École en santé*, dont l'implantation se poursuit depuis plus d'une décennie au Québec. Les activités éducatives portant expressément sur l'intimidation sont à privilégier chez les jeunes de 11 ans et plus<sup>14</sup>. Avant cet âge, on favorise les interventions axées sur le développement de l'aptitude de l'enfant à interagir harmonieusement avec ses pairs.

En outre, les rapports égalitaires et les comportements prosociaux sont à promouvoir<sup>13</sup>. L'outil de sensibilisation au potentiel des jeunes en situation de handicap *On s'élève!* s'avère un exemple intéressant à cet égard. Les interventions visant à modifier les normes sociales sont également pertinentes pour prévenir et réduire l'intimidation<sup>15, 16</sup>.



## Ce dont il s'agit

La violence interpersonnelle se manifeste à différentes périodes de la vie, dans la famille aussi bien que dans la communauté. Elle prend diverses formes : violence physique, psychologique ou sexuelle, sans oublier la négligence et les privations. La violence familiale ou commise par les proches se révèle fréquente et préoccupante. Pensons notamment aux mauvais traitements infligés aux enfants, à la violence envers un conjoint, à celle qui est présente dans les relations amoureuses des jeunes ou à la maltraitance envers les aînés. La violence peut entraîner de graves conséquences pour les personnes qui la subissent et affecter leur parcours de vie. En effet, les victimes sont plus vulnérables aux problèmes de santé physique et mentale ainsi qu'à l'adoption de certains comportements à risque. La violence peut également franchir les générations ; vécue durant l'enfance, elle représente un facteur de risque important associé au fait de devenir victime ou auteur de violence plus tard dans la vie.

EN 2012, SUR 10 ENFANTS,

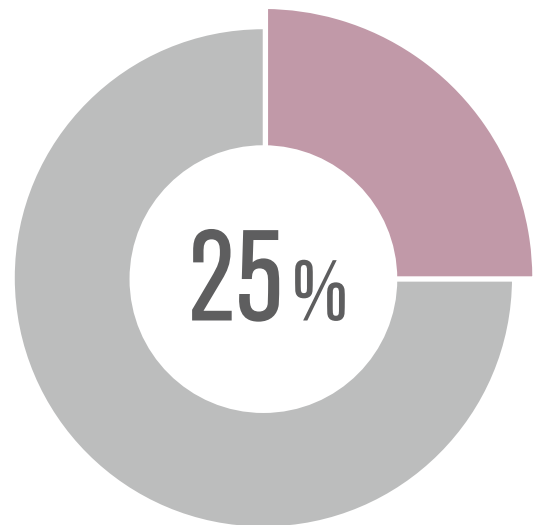


5 ONT VÉCU DES **AGRESSIONS PSYCHOLOGIQUES RÉPÉTÉES** DE LA PART D'UN PARENT ;



1 A VÉCU DE LA **VIOLENCE PHYSIQUE MINEURE RÉPÉTÉE** DE LA PART D'UN PARENT.

ÉLÈVES DU SECONDAIRE DÉCLARANT AVOIR INFLIGÉ DE LA  
VIOLENCE À LEUR **PARTENAIRE AMOUREUX** EN 2010-2011



## Ce que les données montrent

En 2012, un enfant de 6 mois à 17 ans sur deux a été victime d'agressions psychologiques répétées (ex. : cris, insultes) et environ un sur dix a vécu des épisodes de violence physique mineure répétée de la part d'un parent au cours de l'année précédente<sup>6</sup>. En 2015-2016, près de la moitié des 32 000 enfants pris en charge en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse l'ont été pour des motifs liés à la négligence<sup>7</sup>. Ces enfants vivent souvent avec des adultes qui font eux-mêmes face à des situations difficiles dans leur vie<sup>17</sup>.

Les statistiques policières de 2013 et 2014 montrent que le taux d'infractions commises dans un contexte conjugal est en baisse. Par contre, entre 2008 et 2012, ce taux avait connu une augmentation de 10%. Environ huit victimes de violence conjugale sur dix sont des femmes. Toutefois, la proportion des victimes de sexe masculin tend à augmenter, étant passée de 16% en 2003 à 22% en 2014<sup>9</sup>. Enfin, le quart des élèves du secondaire déclarent avoir infligé de la violence à leur partenaire amoureux en 2010-2011, tandis que près du tiers disent en avoir subi<sup>8</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

La prévention et la réduction de la violence, à la maison comme dans les milieux institutionnels, constituent un enjeu complexe qui requiert une action concertée de la part des différents acteurs ayant un rôle à jouer à ce sujet. Le renforcement de certains leviers ou pouvoirs législatifs (ex. : Loi sur la protection de la jeunesse) et l'élaboration de plans d'action gouvernementaux, notamment en matière de violence conjugale et de maltraitance envers les aînés, constituent des façons d'intervenir globalement et de favoriser la mobilisation des partenaires concernés par la question.

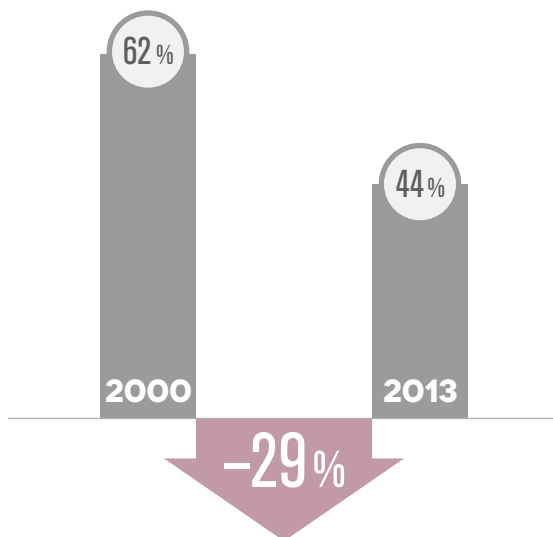
Les initiatives qui visent à soutenir les pratiques parentales et qui favorisent le développement des enfants par l'acquisition de compétences personnelles et sociales figurent parmi les mesures pouvant être reconnues efficaces pour prévenir la violence. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ainsi que les interventions faites dans le cadre de l'approche *École en santé* constituent des actions s'inscrivant dans cette lignée et auxquelles les acteurs de la santé publique collaborent. Les actions visant à modifier les normes sociales ou à promouvoir des modèles relationnels basés sur le respect s'avèrent aussi une avenue efficace pour modifier à long terme les valeurs associées à la violence<sup>18</sup>.

## Ce dont il s'agit

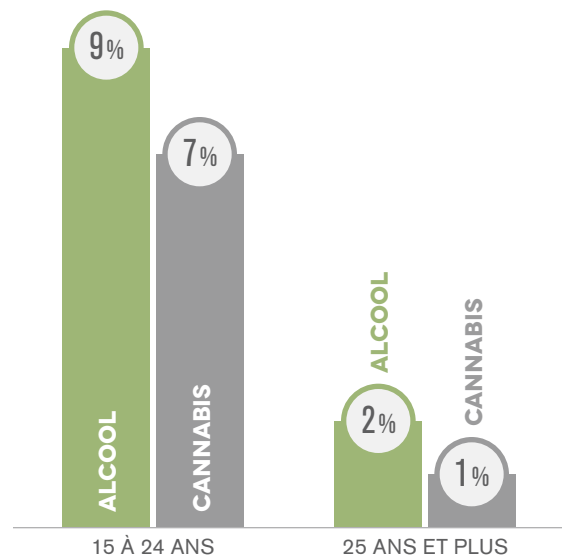
Les abus et les dépendances sont des problèmes de santé que peut engendrer la consommation de substances psychoactives (SPA) comme le tabac, les drogues, l'alcool et les médicaments ou la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA). La dépendance s'installe quand on ne peut plus cesser un comportement sans ressentir des souffrances physiques ou psychologiques<sup>19</sup>. Le fardeau socioéconomique et sanitaire de la dépendance aux SPA ou aux JHA est élevé : plus de 80 maladies et traumatismes y sont associés (ex. : cirrhose, virus de l'immunodéficience humaine [VIH], hépatite, accident de la route, suicide). La dépendance peut également entraîner des problèmes sociaux comme les conflits familiaux et la délinquance<sup>20</sup>.

La consommation d'une substance, même de façon abusive, ne mène pas nécessairement à la dépendance. Les données sur la consommation et sur les situations problématiques d'abus ou de dépendance, c'est-à-dire des situations ayant des conséquences indésirables, permettent toutefois d'aborder cette problématique.

ÉLÈVES DE 5<sup>e</sup> SECONDAIRE AYANT  
CONSOMMÉ DE LA DROGUE RÉCEMMENT



PERSONNES EN SITUATION PROBLÉMATIQUE  
D'ABUS OU DE DÉPENDANCE EN 2012



## Ce que les données montrent

En 2010-2011, la consommation excessive et répétée d'alcool touche environ 30% des élèves de 5<sup>e</sup> secondaire<sup>h</sup>. Ces derniers sont également nombreux à avoir consommé de la drogue, malgré une diminution depuis 2000 (de 62% à 44% en 2013)<sup>h</sup>. De plus, 10% des élèves du secondaire ont des problèmes en émergence ou évidents de consommation d'alcool ou de drogues<sup>b</sup>.

En 2012, environ 1,5% des Québécois de 15 ans et plus connaissaient une situation problématique d'abus ou de dépendance au cannabis, comparativement à 3% pour l'alcool. Près d'une personne sur deux ayant vécu ce genre de situation avec le cannabis fait face à un défi similaire pour l'alcool. En outre, les situations problématiques relatives à la consommation d'alcool ou de cannabis touchent davantage les personnes de 15 à 24 ans<sup>i</sup>.

Enfin, seulement une personne sur cinq qui connaît une situation problématique d'abus ou de dépendance fait appel à de l'aide professionnelle<sup>i</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

La diversité et la complexité des dépendances requièrent des interventions multiples et adaptées aux besoins des populations touchées. Les activités de prévention reposent sur l'accès à une information juste et cohérente sur l'alcool, les drogues et les JHA ainsi que sur le renforcement des facteurs de protection (ex. : engagement à une activité significative). La prévention vise à diminuer les risques et les conséquences pour l'individu et son entourage ainsi que pour l'ensemble de la société<sup>21, 22</sup>.

Des approches globales et concertées (ex. : *École en santé* et services du type clinique jeunesse) peuvent aider à prévenir les problèmes d'adaptation sociale par le développement de l'estime de soi et des compétences sociales. Celles-ci réduisent les risques de se trouver dans une situation d'abus ou de dépendance pendant la transition vers l'adolescence<sup>1</sup>.

De plus, les politiques publiques encadrant notamment l'accès aux SPA ou aux JHA peuvent réduire les risques relatifs à la consommation ou à la dépendance<sup>21, 22</sup>. Les campagnes de sensibilisation et d'information jouent un rôle d'influence sur la norme sociale alors que des pratiques plus ciblées, comme celles qui visent la réduction des conséquences nuisibles des dépendances, contribuent à prévenir certaines maladies et traumatismes liés aux comportements à risque<sup>23</sup>.

## Ce dont il s'agit

Les troubles mentaux nuisent à la qualité de vie des personnes atteintes et de leur entourage. Ils sont généralement caractérisés par une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement qui cause des problèmes de fonctionnement dans les activités quotidiennes ou de la détresse, de façon transitoire ou persistante. Les troubles anxio-dépressifs (ex. : dépression, anxiété généralisée) figurent parmi les troubles mentaux les plus fréquents, alors que la schizophrénie touche une plus petite proportion de la population et varie peu depuis plus de dix ans<sup>i</sup>.

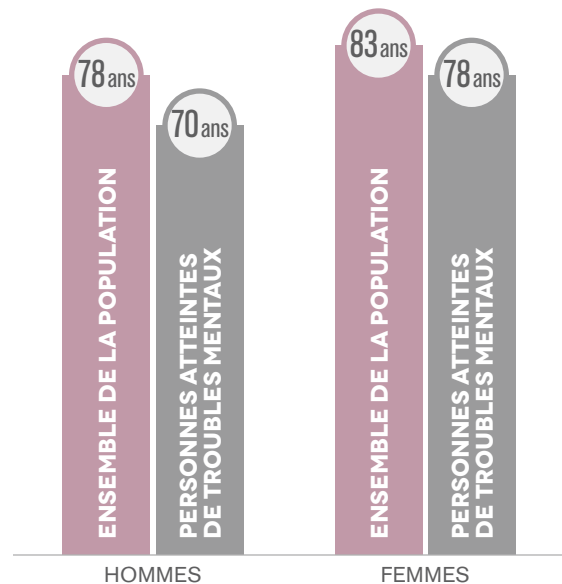
Les personnes atteintes de troubles mentaux vivent souvent avec des maladies chroniques (ex. : maladies cardiaques)<sup>24, 25</sup>. Elles courent aussi plus de risques de décéder de traumatismes (ex. : intoxication accidentelle, suicide) que les autres<sup>26</sup>. En outre, des conditions de vie défavorables peuvent être à la fois un facteur de risque et une conséquence des troubles mentaux. Ces derniers se situent au sommet du fardeau économique de la maladie au Canada<sup>27</sup>.

AU COURS DE LEUR VIE, SUR 5 QUÉBÉCOIS,



1 A PRÉSENTÉ  
UN TROUBLE MENTAL.

ESPÉRANCE DE VIE POUR LA PÉRIODE 2005-2010



## Ce que les données montrent

Au Québec, environ une personne sur cinq serait atteinte d'un trouble mental, diagnostiqué ou non, au cours de sa vie<sup>i</sup>. De plus, l'espérance de vie de ces personnes est réduite de huit ans pour les hommes et de cinq ans pour les femmes, comparativement à celle de la population en général<sup>k</sup>.

Parmi les personnes ayant consulté un médecin, le nombre d'enfants et d'adolescents (1-17 ans) atteints d'un trouble anxio-dépressif est passé de 21 200 à 26 800 entre 2000-2001 et 2013-2014<sup>i</sup>. En revanche, le nombre d'adultes et d'aînés atteints d'un trouble anxio-dépressif a diminué de 576 600 à 535 400<sup>i</sup>. Bien que ces troubles soient plus fréquents chez les femmes, seuls les hommes qui en sont atteints voient leur espérance de vie réduite de quatre ans<sup>l</sup>.

Enfin, entre 2000-2001 et 2013-2014, les deux tiers des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental ont consulté un médecin de famille pour ce trouble<sup>i</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Les interventions visant la promotion de la santé mentale et la détection précoce des personnes aux prises avec des troubles mentaux doivent inclure des stratégies diversifiées à tous les stades de la vie. Celles-ci doivent cibler à la fois les individus ainsi que les environnements dans lesquels ils évoluent (ex. : famille, école, milieu de travail, communauté). Par l'action sur certains facteurs de risque, comme des conditions de vie ou un environnement de travail difficiles, il est possible de réduire l'incidence ou la gravité de plusieurs troubles mentaux transitoires et de favoriser une meilleure santé mentale<sup>6, 28</sup>. Les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, l'approche *École en santé* et le soutien apporté à des milieux de travail en sont des exemples<sup>1</sup>. Malgré tout, certains troubles ne peuvent être évités<sup>6, 28</sup>. Lorsque ceux-ci se manifestent, les soins et les services en santé mentale prennent toute leur importance. Le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* vise d'ailleurs à en améliorer l'accès et la qualité<sup>28</sup>.

## Ce dont il s'agit

Le suicide est une cause importante de mortalité évitable qui a des conséquences dévastatrices non seulement pour les proches mais aussi pour la société, en lui enlevant une partie de ses forces vives.

Les troubles mentaux, notamment la dépression, comptent parmi les principaux facteurs de risque associés au suicide. Par crainte des préjugés, de nombreuses personnes hésitent à demander de l'aide professionnelle, se privant ainsi des soins et du soutien dont elles auraient besoin. À cela s'ajoute le fait que l'accès aux services en temps opportun peut représenter un enjeu. Plusieurs éléments liés au contexte de vie des personnes peuvent également accroître le risque de suicide (ex. : problèmes conjugaux ou financiers, dépendances). À l'inverse, une bonne santé globale et un réseau social fiable s'avèrent des facteurs de protection efficaces.

### FARDEAU DU SUICIDE

POUR LA PÉRIODE 2009-2011,  
SUR 100 000 PERSONNES



GRUPE  
LE PLUS  
DÉFAVORISÉ



GRUPE  
LE PLUS  
FAVORISÉ



## Ce que les données montrent

Chaque jour, près de trois personnes s'enlèvent la vie au Québec. Depuis le sommet atteint en 1999, le taux de suicide y a reculé de 40 %, passant de 22 à 13 décès par 100 000 personnes entre 1999 et 2013. Les données préliminaires de 2014 laissent toutefois entrevoir que la tendance à la baisse s'essouffle<sup>1</sup>.

Les trois quarts des personnes qui décèdent par suicide sont des hommes. Cependant, les femmes se révèlent plus nombreuses que les hommes à tenter de s'enlever la vie<sup>m</sup>. Le suicide s'avère plus fréquent parmi les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique et les personnes vivant en milieu rural<sup>29</sup>. Il occupe le premier rang des causes de décès chez les 18-44 ans.

Certaines régions du Québec sont plus touchées que d'autres par le suicide. À l'échelle canadienne, le Québec se situe au troisième rang des provinces affichant les taux de suicide les plus élevés en 2012, *ex aequo* avec l'Alberta (12,2 par 100 000)<sup>n</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

En matière de prévention du suicide, l'identification précoce des individus à risque, le suivi des personnes ayant déjà tenté de se suicider et la réduction de l'accès à certains moyens (ex. : installation de barrières sur les ponts et autres lieux dangereux) constituent des interventions permettant de faire des gains. L'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de la qualité de ceux-ci représente aussi une mesure dont le potentiel est important. À cet égard, la formation des médecins de famille à la détection et au traitement de la dépression est reconnue comme efficace<sup>30, 31</sup>.

Le développement de réseaux de sentinelles (personnes formées dans différents milieux de vie pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers des ressources d'aide), la ligne téléphonique nationale d'intervention en prévention du suicide ainsi que l'élaboration de guides de bonnes pratiques et de formations à l'intention des intervenants sont d'autres mesures pertinentes. C'est la diversité des stratégies de prévention qui permet de faire des avancées dans la lutte contre le suicide.

## Ce dont il s'agit

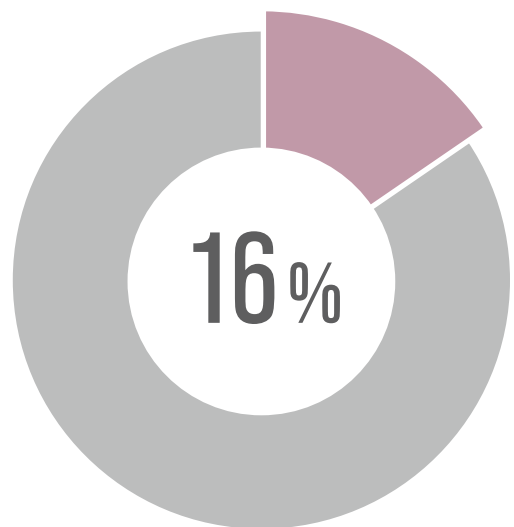
Le travail peut s'avérer une source d'accomplissement favorisant le bien-être. Toutefois, en présence de contraintes organisationnelles, on observe une augmentation du risque de problèmes cardio-vasculaires, musculo-squelettiques et de santé mentale<sup>32, 33</sup>. Parmi ces contraintes figurent les exigences psychologiques élevées, la faible autorité décisionnelle des travailleurs, le manque de soutien et de reconnaissance ainsi que les rapports sociaux perturbés (ex. : harcèlement psychologique, violence). Certaines conditions de travail non favorables à la conciliation entre le travail et la vie personnelle (ex. : horaire atypique) constituent d'autres risques pour la santé des travailleurs (ex. : stress)<sup>34</sup>.

Les personnes plus défavorisées, les femmes ainsi que les travailleurs moins qualifiés ou occupant un emploi précaire sont davantage exposés aux contraintes organisationnelles<sup>34</sup>, lesquelles ont des conséquences majeures à la fois sur la santé des travailleurs, sur les organisations (ex. : absentéisme, perte de productivité) et sur la société (ex. : coûts).

TRAVAILLEURS AYANT SUBI  
DU **HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE**  
AU TRAVAIL EN 2014-2015

868 300

TRAVAILLEURS PRÉSENTANT UN NIVEAU ÉLEVÉ  
DE **DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE**  
LIÉE AU TRAVAIL EN 2014-2015



## Ce que les données montrent

En 2007-2008, un travailleur sur quatre était soumis à au moins deux contraintes organisationnelles ou psychosociales reconnues comme néfastes pour la santé<sup>o</sup>. Ces contraintes exercent une influence sur la santé physique et mentale, notamment sur la détresse psychologique. Ainsi, les travailleurs exposés à de la tension au travail sont, par comparaison aux travailleurs non exposés, environ deux fois plus nombreux, en proportion, à présenter un niveau élevé de détresse psychologique (33 % contre 15 %)<sup>o</sup>.

En 2007-2008, un travailleur sur quinze a souffert de symptômes dépressifs liés à son emploi. Seulement 40 % d'entre eux se sont absentés du travail ; c'est donc dire que 60 % sont demeurés en poste malgré leurs symptômes<sup>o</sup>. Le niveau élevé de détresse psychologique liée au travail touche 16 % de l'ensemble des travailleurs québécois en 2014-2015<sup>m</sup>. Par ailleurs, pendant cette même période, près de 21 % des travailleurs ont été l'objet de harcèlement psychologique au travail<sup>m</sup>.

Les travailleurs ayant des responsabilités familiales élevées étaient proportionnellement plus nombreux à présenter des symptômes dépressifs que ceux qui en avaient de faibles (10 % contre 5 %) en

2007-2008<sup>34</sup>. De plus, un travailleur sur dix a de la difficulté à accorder son horaire de travail avec ses engagements sociaux et familiaux en 2014-2015<sup>m</sup>.

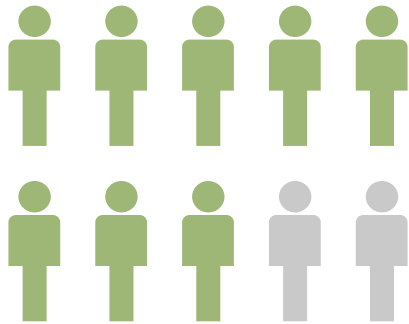
## Ce que nous pouvons faire

La législation québécoise prévoit l'obligation, pour les entreprises, de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé des travailleurs en s'assurant, notamment, que l'organisation du travail ne porte pas atteinte à leur santé<sup>35</sup>. L'employeur doit également prendre les moyens pour prévenir et enrayer le harcèlement psychologique<sup>36</sup>. S'ajoutent aux lois la norme québécoise *Entreprise en santé*<sup>37</sup>, la norme canadienne portant sur la santé et la sécurité psychologique au travail<sup>38</sup>, des outils<sup>39, 40</sup> et des interventions<sup>41</sup> en milieu de travail (ex. : identification et prise en charge des contraintes) visant à réduire les contraintes organisationnelles tout en améliorant la santé mentale, cardiovasculaire et musculo-squelettique des employés. L'adoption de pratiques organisationnelles favorables à la santé s'avère donc rentable tant pour les entreprises que pour la société.

## Ce dont il s'agit

La participation sociale implique l'interaction entre les personnes à l'occasion de diverses activités collectives. Ses effets positifs sur la qualité de vie sont multiples : elle donne un sens à la vie et elle permet à l'individu de développer des appartenances ainsi que de s'accomplir socialement. La participation sociale joue un rôle crucial pour favoriser un vieillissement en santé, notamment en ralentissant le déclin cognitif et fonctionnel et en diminuant la consommation de médicaments. Si un bon état de santé et l'absence d'incapacité facilitent la participation sociale, celle-ci favorise en retour l'autonomie, la sensation de bien-être ainsi que l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie<sup>42</sup>. Malheureusement, la fréquence des activités diminue généralement avec l'âge<sup>43</sup>.

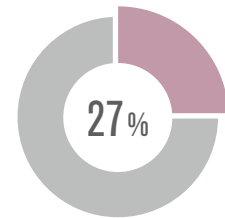
EN 2008-2009, SUR 10 AÎNÉS,



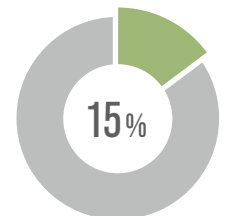
8 PARTICIPENT FRÉQUEMMENT  
À UNE **ACTIVITÉ SOCIALE**.

AÎNÉS N'AYANT AUCUNE **ACTIVITÉ SOCIALE**  
FRÉQUENTE EN 2008-2009

REVENU FAIBLE



REVENU ÉLEVÉ



## Ce que les données montrent

Au Québec, en 2008-2009, huit personnes de 65 ans et plus sur dix participent fréquemment à une activité sociale, c'est-à-dire sur une base quotidienne ou hebdomadaire (ex. : rencontre familiale, réunion d'un groupe confessionnel, activité sportive ou culturelle). De plus, un aîné sur deux fait des activités avec sa famille ou ses amis hors du domicile<sup>p</sup>.

Certains facteurs nuisent toutefois à la participation sociale ; mentionnons entre autres la maladie, la perception d'être en mauvaise santé, les incapacités fonctionnelles importantes ou un faible revenu. En 2008-2009, un aîné sur trois qui se perçoit en mauvaise santé ne participe pas fréquemment à des activités sociales<sup>p</sup>. La perte de mobilité et la perte d'agilité pouvant nuire à la participation sociale touchent, elles aussi, un tiers des aînés<sup>p</sup>. La proportion des aînés n'ayant aucune activité sociale fréquente est plus élevée parmi ceux qui ont un revenu faible, par comparaison à ceux qui sont mieux nantis (27 % contre 15 %)<sup>p</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Plusieurs actions peuvent favoriser la participation sociale des aînés, notamment en améliorant leurs aptitudes individuelles, leur capacité d'adaptation, leurs conditions de vie, ainsi que la qualité et la sécurité des milieux dans lesquels ils vivent. Une organisation des services de santé et des services sociaux adaptée à leurs besoins favorise aussi la santé et, ultimement, la participation sociale. Le vieillissement actif et en santé implique une responsabilité partagée entre les acteurs locaux, régionaux et nationaux pour favoriser la promotion de la santé, la prévention de certaines maladies et incapacités ainsi que le soutien de la population vieillissante.

La démarche *Municipalités amies des aînés* vise à aider les aînés à rester actifs en amenant les acteurs municipaux à adapter les politiques, les services et les infrastructures qui touchent les environnements bâtis et sociaux. Elle s'appuie sur la concertation et la mobilisation de toute la communauté. La révision de l'aménagement urbain, la mise en place et le maintien de certains services à domicile ainsi que la création de lignes de transport en commun adaptées aux personnes âgées constituent autant d'exemples concrets qui peuvent favoriser la participation sociale des aînés.

## EN SOMME...

Peu importe leur forme, les conséquences d'une mauvaise santé mentale, d'un faible niveau de bien-être ou des problèmes d'adaptation sociale dépassent largement l'individu affecté par ces conditions. C'est aussi le cas du fardeau social qui en découle, lequel touche une variété de secteurs d'intervention.

À l'opposé, les bienfaits d'une santé mentale florissante se répercutent positivement à l'échelle populationnelle, permettant ainsi aux différents secteurs de la société d'en bénéficier. En effet, la promotion de la santé mentale peut non seulement contribuer à diminuer la prévalence des troubles mentaux, mais elle favorise aussi l'épanouissement de l'ensemble des Québécois.

### L'importance d'agir à différents niveaux, sur plusieurs cibles

Une gamme de services visant à influencer positivement le bien-être des individus et des communautés est proposée dans le *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP)<sup>1</sup>. Ces services encouragent des approches multisectorielles concertées entre les différents partenaires (ex. : ministères ; organisations municipales, communautaires et scolaires ; centre local d'emploi ; acteurs de la sécurité publique) pour agir en amont des problèmes. Ils visent notamment l'amélioration des conditions de vie ainsi que l'acquisition de compétences individuelles ou collectives permettant aux personnes, aux groupes et aux communautés d'agir sur leurs milieux de vie et de favoriser le capital social.

Ces services ciblent aussi les différentes phases de la vie et du développement des individus dès leur plus jeune âge. Ainsi, des stratégies doivent être élaborées avec les divers partenaires des milieux de la petite enfance et de la santé pour favoriser l'estime de soi, l'autonomie, les habiletés sociales et les capacités de résilience. Le soutien à donner aux parents, et particulièrement aux futures mères pour une grossesse saine et sécuritaire, ainsi que le développement des pratiques parentales sont d'autres voies à privilégier. Ces pratiques contribuent à établir des relations parents-enfants harmonieuses, satisfaisantes sur les plans affectif et cognitif, et qui constituent une ressource en situation d'adversité. Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*<sup>44</sup> représente un exemple d'outil intéressant pour aider les futurs parents à des moments aussi importants que la grossesse, l'accouchement et les premières années de vie de l'enfant.

La promotion d'un développement global sain et harmonieux doit se poursuivre auprès des jeunes d'âge scolaire, en continuité avec les interventions pour la petite enfance, afin de soutenir la prévention d'un ensemble de problématiques, notamment le décrochage scolaire, l'intimidation, les troubles anxio-dépressifs et les dépendances. Dans ce dernier cas, l'encadrement de l'accessibilité des produits psychoactifs, pour les jeunes comme pour les adultes d'ailleurs, constitue un enjeu de santé publique important. Non seulement en raison des risques potentiels de dépendance et d'intoxication que ces produits posent pour ceux qui les consomment, mais également à cause des effets collatéraux négatifs qu'ils peuvent entraîner sur l'entourage de ces personnes. En somme, cela illustre bien la nécessité pour la famille, l'école ainsi que les secteurs communautaire et de la santé de travailler étroitement ensemble. Au Québec, l'approche *École en santé* incarne cette stratégie concertée pour promouvoir la santé. Elle vise la création de milieux bienveillants, où les jeunes se sentent respectés, soutenus, valorisés et encouragés à s'engager socialement, afin de faciliter leur réussite et leur passage vers l'âge adulte. En outre, elle contribue à la lutte contre les inégalités sociales de santé en rééquilibrant les chances de réussite et de bien-être, et constitue un véhicule privilégié pour une intervention globale et intégrée, favorisant l'acquisition de fondations solides chez les jeunes, adultes de demain.

Ces fondations seront en effet mises à rude épreuve à l'âge adulte et durant le reste de la vie. Dans certains cas, les épreuves auront été trop grandes. C'est pourquoi la problématique du suicide doit toujours faire l'objet d'efforts soutenus et de partenariats entre différents secteurs (ex. : santé, éducation, emploi, justice). Le PNSP réaffirme à cet effet l'importance de l'implantation des réseaux de sentinelles dans les différents milieux de vie, incluant les milieux de travail. Ces derniers jouent d'ailleurs un rôle important sur le bien-être des individus, notamment lorsque l'organisation du travail peut rendre malade. C'est pourquoi les milieux de travail font l'objet d'une approche visant une prise en compte globale et intégrée de la santé et du bien-être des travailleurs, soit la démarche *Entreprise en santé*.

Enfin, dans le contexte du vieillissement démographique, les actions visant à adapter davantage les milieux aux besoins des personnes âgées et à favoriser un vieillissement en santé s'avèrent essentielles.

En agissant tôt, à plusieurs niveaux et de façon intégrée, nous arriverons à renforcer les fondations qui permettent d'aider la population du Québec à maximiser son pouvoir d'agir et sa capacité d'adaptation pour, ultimement, améliorer sa santé.





# CHAPITRE 2

## LES COMPORTEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES : LES SOUTENIR POUR PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES ET LES TRAUMATISMES

- Le tabagisme
- L'activité physique
- L'alimentation
- Le poids corporel
- Le diabète et l'hypertension
- Le cancer
- L'allaitement maternel
- La mortalité infantile et les naissances prématurées
- Les traumatismes routiers
- Les chutes chez les aînés

Les modes de vie et les comportements qu'adoptent les personnes ont des conséquences directes sur leur santé, leur qualité de vie et le risque de décéder prématurément, notamment parce qu'ils contribuent à l'apparition de maladies chroniques et à la survenue de traumatismes non intentionnels.

Les maladies chroniques, définies comme un problème de santé non transmissible ayant une évolution lente et souvent irréversible, font référence aux maladies cardiovasculaires, aux maladies respiratoires chroniques, aux cancers et au diabète, entre autres<sup>45</sup>. Elles comprennent également les maladies neurologiques (ex. : Alzheimer, épilepsie), les maladies ostéoarticulaires (ex. : ostéoporose, arthrite) et les problèmes buccodentaires (ex. : carie, gingivite, cancer de la bouche). Leurs causes sont multiples et, chose certaine, leur fardeau croît avec le vieillissement de la population, d'autant qu'une personne peut en cumuler plusieurs (multimorbidité). Leur prise en charge, alors plus complexe, entraîne à la hausse le nombre de visites chez le médecin, le nombre d'hospitalisations ainsi que la consommation de médicaments.

Les traumatismes non intentionnels regroupent quant à eux l'ensemble des accidents (ex. : chutes) et des blessures. Les plus fréquents surviennent sur la route ou hors route (ex. : chantier, ferme), à domicile ou sur les lieux de pratique d'activités récréatives et sportives. Si leur fardeau est moins important que celui des maladies chroniques quant au nombre de décès occasionnés annuellement, il n'est toutefois pas négligeable vu sous l'angle des hospitalisations et des incapacités.

Les maladies chroniques et les traumatismes affectent non seulement les individus mais aussi leur entourage, en plus d'être liés aux inégalités sociales de santé et de frapper davantage certains groupes de la population (ex. : Autochtones). Leur fardeau pour la société est important, qu'il se traduise par la pression occasionnée sur le système de soins et de santé, par la perte de productivité pour les entreprises, par l'invalidité ou par la mortalité prématurée. Une perte considérable de richesse collective.

### Des facteurs en cause souvent modifiables

Certains facteurs dits *non modifiables*, comme l'âge ou l'héritage génétique, sont liés au développement de maladies chroniques. Toutefois, l'adoption de saines habitudes de vie peut en limiter ou en retarder l'apparition et en atténuer les conséquences.

La prévention de celles-ci peut commencer dès le plus jeune âge, par exemple avec les bienfaits de l'allaitement. À l'inverse, le tabagisme, la sédentarité, une alimentation riche en gras, en sucre et en sel ainsi que l'embonpoint et l'obésité figurent parmi les principaux facteurs de risque liés à l'apparition des maladies chroniques. Enfin, d'autres facteurs de risque davantage présents dans les milieux de vie ou de travail défavorisés (ex. : stress, exposition à une mauvaise qualité de l'air ou à différents contaminants) contribuent à l'apparition de certaines maladies chroniques<sup>46</sup>.

Il est reconnu que le risque de survenue d'un accident ou d'une blessure est influencé par l'âge et le sexe. L'adoption de comportements sécuritaires atténue toutefois significativement le risque et la gravité d'un traumatisme non intentionnel. Par ailleurs, certains risques sont évitables ; citons entre autres la vitesse, la fatigue ou la distraction au volant liée notamment à l'usage d'un téléphone cellulaire, l'utilisation inadéquate des dispositifs de retenue dans la voiture (ex. : ceinture de sécurité, siège d'appoint pour les enfants) et la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, la drogue ou les médicaments. À domicile, les chutes constituent la principale cause de traumatisme chez les aînés. L'exposition à des médicaments et à des produits domestiques ainsi que l'accès non sécurisé aux piscines sont, quant à eux, à l'origine de plusieurs traumatismes impliquant des enfants.

### Des milieux de vie qui influencent les choix individuels

L'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires ne repose pas uniquement sur la volonté individuelle. Les comportements et les décisions prises par les personnes sont grandement tributaires des environnements physique, économique, politique et socioculturel dans lesquels elles évoluent. Il importe donc de créer des environnements favorables à la santé et de rendre les choix sains plus faciles à faire. Ces enjeux seront brièvement abordés ici, mais plus amplement traités dans le quatrième et dernier chapitre.



### Divers sujets sous la loupe

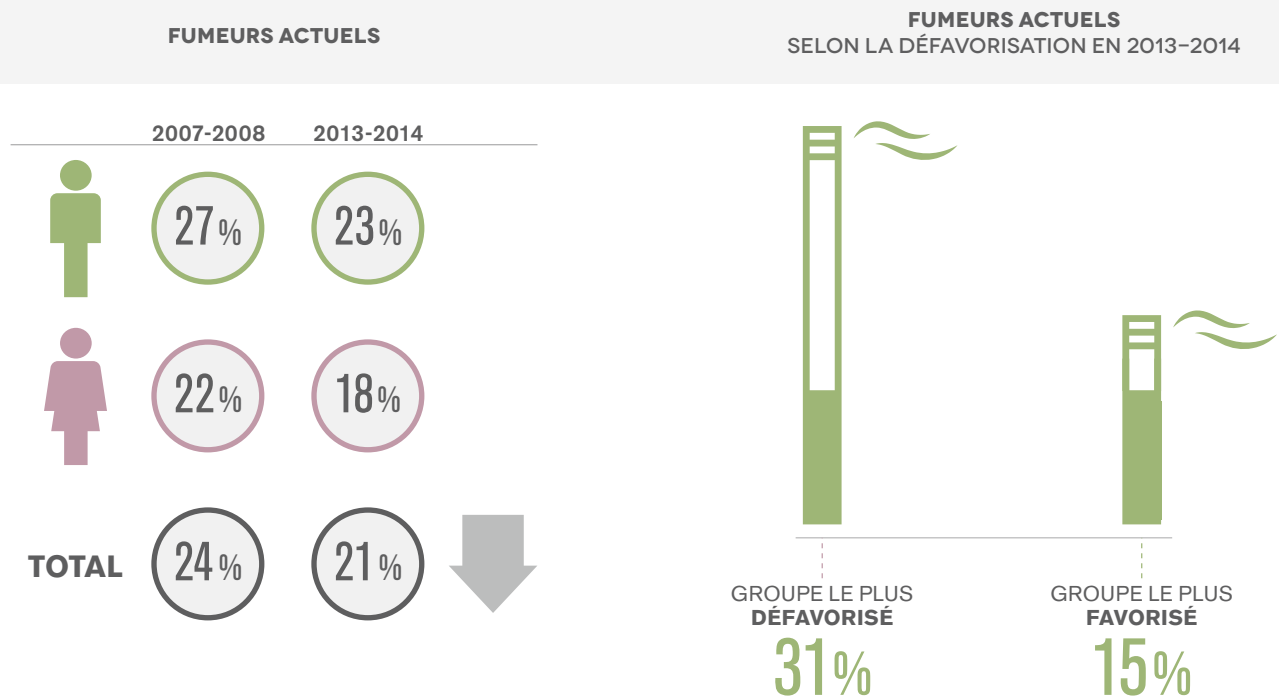
Le présent chapitre souhaite apporter un éclairage sur dix sujets touchant les habitudes de vie et les comportements, les maladies chroniques et les traumatismes non intentionnels :

- le tabagisme,
- l'activité physique,
- l'alimentation,
- le poids corporel,
- le diabète et l'hypertension,
- le cancer,
- l'allaitement maternel,
- la mortalité infantile et les naissances prématurées,
- les traumatismes routiers,
- les chutes chez les aînés.

## Ce dont il s'agit

Le tabagisme demeure la principale cause de mortalité évitable dans le monde<sup>47</sup>. Au Québec, environ 10 000 décès y sont attribuables chaque année<sup>48</sup>. Les produits du tabac contiennent plus de 70 substances reconnues cancérigènes et de la nicotine, qui entraîne rapidement une dépendance. De plus, l'usage du tabac et l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac dans l'environnement augmentent les risques de souffrir de nombreuses maladies (ex. : maladies respiratoires et cardiovasculaires, cancers), lesquelles engendrent des coûts annuels estimés à 4 milliards de dollars au Québec<sup>49</sup>.

L'industrie du tabac use de stratégies pour attirer les jeunes avec de nouveaux produits, dont les produits du tabac aromatisés<sup>50</sup>. Leur popularité croissante a poussé le Gouvernement du Québec à agir. De plus, le marché de la cigarette électronique se développe rapidement : en 2014, on dénombrait plus de 7 000 saveurs offertes<sup>51</sup>.



## Ce que les données montrent

La chute de la prévalence du tabagisme entamée dans les années 1990 se poursuit. Entre 2007-2008 et 2013-2014, la proportion des fumeurs a diminué, tant chez les hommes que chez les femmes, en raison de la réduction du nombre de nouveaux fumeurs et des succès de la cessation tabagique. En 2013-2014, quatre Québécois sur dix sont d'anciens fumeurs. Toutefois, près de 1,5 million de Québécois, soit une personne sur cinq, fument encore tous les jours ou à l'occasion, une proportion supérieure à celles de cinq provinces, dont l'Ontario et la Colombie-Britannique<sup>52</sup>. Le Québec présente aussi la plus forte consommation de tabac au pays, avec seize cigarettes par jour pour les fumeurs quotidiens<sup>53</sup>.

Même si l'âge moyen d'initiation au tabac a augmenté entre 1998 et 2013<sup>54</sup>, la prévention chez les jeunes est cruciale puisque les trois quarts des fumeurs commencent à fumer avant l'âge de 20 ans<sup>55</sup>. Outre la cigarette, près du tiers des jeunes de 15 à 19 ans ont déclaré avoir déjà utilisé la cigarette électronique et 35 %, avoir fumé le cigarillo en 2013<sup>56</sup>. Plus fréquent dans les milieux les plus défavorisés, le tabagisme contribue aux inégalités sociales de santé.

## Ce que nous pouvons faire

Les instruments législatifs dont s'est doté le Québec ont permis de réduire l'accès aux produits du tabac et l'attrait de ceux-ci; ils permettent aussi de protéger la santé des non-fumeurs. La Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme restreint davantage les espaces où il est permis de fumer et encadre la mise en marché des nouveaux produits liés au tabac qui ont du succès notamment auprès des jeunes (ex. : interdiction de fumer dans les automobiles en présence de mineurs et de vendre des produits du tabac aromatisés).

L'ensemble des efforts soutenus en prévention et les outils comme les centres d'abandon du tabagisme ou le remboursement des aides pharmacologiques dans le cadre des programmes encourageant la cessation tabagique (ex. : « J'arrête », « Défi J'arrête, j'y gagne! ») ont eux aussi contribué à améliorer le bilan.

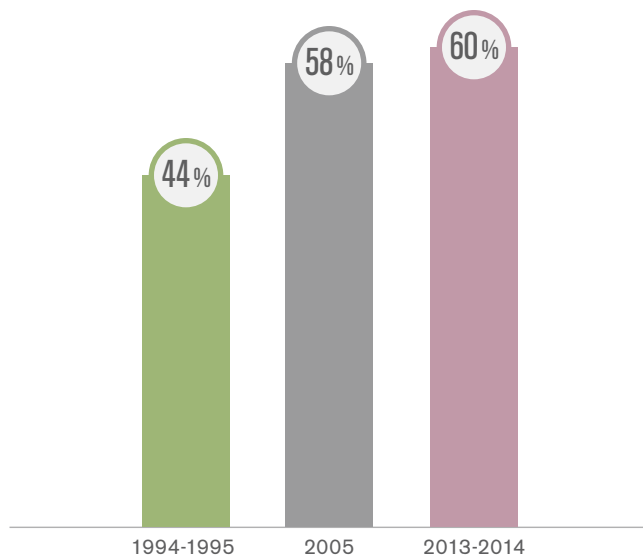
Afin d'enregistrer d'autres gains de santé, les interventions doivent joindre les groupes pour lesquels la prévalence se maintient à un niveau élevé (ex. : jeunes, personnes vulnérables sur les plans social et économique, Autochtones). Voilà qui montre que la lutte contre le tabac demeure prioritaire au Québec.

## Ce dont il s'agit

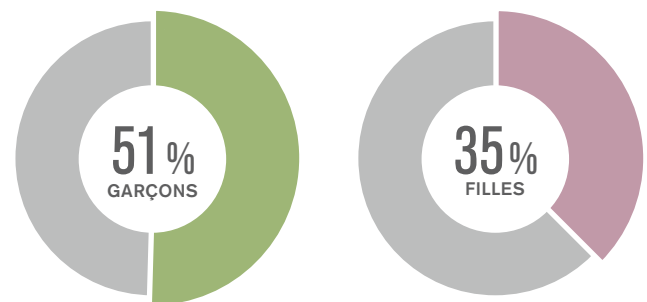
L'activité physique joue un rôle central dans le maintien de la santé et de la qualité de vie des individus. En plus d'améliorer la santé physique et mentale, elle contribue à prévenir de nombreux problèmes de santé comme les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète et certains cancers<sup>52, 53</sup>. Aujourd'hui, pour de nombreuses personnes, le travail, les tâches domestiques et les déplacements ne sont plus des sources importantes et suffisantes d'activité physique quotidienne<sup>54</sup>.

La quantité d'activité physique recommandée sur une base hebdomadaire est plus élevée pour les 5 à 17 ans que pour les 18 ans et plus. À titre d'exemple, 60 minutes par jour de marche rapide permettront à un jeune d'atteindre le seuil minimal recommandé, tandis que 15 minutes par jour suffiront à un adulte pour l'atteindre<sup>52, 55</sup>.

ADULTES ATTEIGNANT LE NIVEAU MINIMAL RECOMMANDÉ  
AVEC L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIR



JEUNES DE 12 À 17 ANS ATTEIGNANT LE NIVEAU MINIMAL  
RECOMMANDÉ AVEC L'ACTIVITÉ PHYSIQUE  
DE LOISIR EN 2013-2014



## Ce que les données montrent

Au Québec, en 2013-2014, 44 % des jeunes de 12 à 17 ans (garçons : 51 % ; filles : 35 %) atteignent le niveau recommandé au regard de la pratique de l'activité physique pendant les loisirs<sup>v</sup>. Toutefois, depuis 1994-1995, seules les filles ont fait des gains<sup>v</sup>. En 2013-2014, la proportion du Québec se compare à celle de l'Ontario, mais elle est moins élevée que celles de la Colombie-Britannique, des provinces de l'Atlantique et des Prairies<sup>v</sup>. Vu le nombre d'heures moyen que les 12-17 ans consacrent chaque jour (9h/jour) à des activités sédentaires<sup>x</sup> (ex. : écouter la télévision, utiliser des appareils électroniques), des améliorations sont encore possibles.

Après une hausse marquée entre 1994-1995 et 2005, la proportion des adultes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique de loisir a peu varié ; elle se situe à 60 % en 2013-2014<sup>v</sup>. Elle est supérieure à celle des provinces de l'Atlantique (56 %), comparable à celles de l'Ontario et des provinces des Prairies, mais inférieure à celle de la Colombie-Britannique (70 %)<sup>v</sup>. De plus, on n'observe pas d'écart entre les hommes et les femmes.

L'ajout de l'activité physique de transport fait passer les résultats de 44 % à 46 % chez les jeunes et de 60 % à 64 % chez les adultes<sup>v</sup>. Cette information est cependant partielle puisqu'elle ne tient compte que du transport (marche ou vélo) pour se rendre au travail ou à l'école<sup>56</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Les Québécois gagneraient à être plus actifs. Ainsi, poursuivre la promotion de l'activité physique s'avère toujours aussi important. Pour être efficace, cette promotion doit s'accompagner d'actions visant à aménager des milieux de vie plus favorables à l'intégration de l'activité physique au quotidien (ex. : transports, travail).

Plusieurs acteurs contribuent à favoriser un mode de vie physiquement actif. Les municipalités peuvent offrir un transport collectif mieux adapté aux besoins et un aménagement qui optimise le potentiel piétonnier, deux façons d'encourager l'utilisation du transport actif<sup>57</sup>. Quant aux services de garde éducatifs à l'enfance, aux écoles et aux milieux de travail, ils peuvent aussi favoriser l'activité physique en aménageant des cours d'école attrayantes et sécuritaires, en organisant des pauses actives, en installant des supports à vélos ou en offrant des horaires flexibles<sup>58</sup>. Le *Défi Santé*, une vaste campagne de promotion des saines habitudes de vie, et le cadre de référence *Gazelle et Potiron*, pour des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur, sont d'autres exemples concrets d'initiatives qui favorisent notamment un mode de vie plus actif.

## Ce dont il s'agit

La saine alimentation contribue à une bonne santé. Elle réduit le risque de cancer, de maladies du cœur et des artères, contribue au contrôle du diabète et aide à prévenir l'obésité. À l'inverse, une alimentation riche en gras, en sucre, en sel et en calories par rapport aux besoins énergétiques ainsi qu'une faible consommation de fruits et légumes sont associés à plusieurs problèmes de santé. Généralement, la consommation de fruits et légumes est influencée par les conditions socioéconomiques.

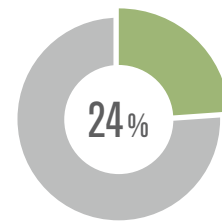
Une partie de la population arrive difficilement à se procurer une variété d'aliments nutritifs en quantité suffisante<sup>59</sup>. En effet, de nombreux ménages connaissent des situations d'insécurité alimentaire<sup>60</sup> qui se traduisent, pour certains, par la crainte de manquer de nourriture et, pour d'autres, par le recours à des services d'aide alimentaire d'urgence (ex. : banque alimentaire)<sup>61</sup>. En plus de compromettre les besoins primordiaux de subsistance, l'insécurité alimentaire contribue à des apports alimentaires inadéquats qui, à long terme, peuvent affecter la santé<sup>62</sup>.

### CONSOMMATION DE SEL, DE BOISSONS SUCRÉES ET DE MALBOUFFE

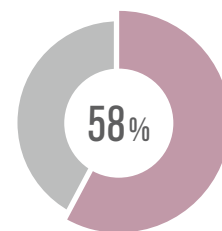


### MÉNAGES CONNAISSANT UNE INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE EN 2011-2012

MÉNAGES  
À TRÈS FAIBLE  
REVENU



MÉNAGES  
RECEVANT DE  
L'AIDE SOCIALE



## Ce que les données montrent

Bien que les Québécois mangent plus de fruits et légumes qu'au début des années 1990 et que leur consommation soit plus importante que celle des autres Canadiens<sup>7</sup>, on observe que seule une faible part de la population en mange suffisamment. De plus, en 2010-2011, seulement le tiers des élèves du secondaire consomment les six à huit portions quotidiennes<sup>b</sup> suggérées par le Guide alimentaire canadien. En ce qui concerne les aînés, seulement 38% d'entre eux consomment cinq portions ou plus de fruits et de légumes par jour<sup>c</sup>. En revanche, la consommation excessive de sel, de boissons sucrées et de malbouffe est répandue.

En ce qui a trait à l'insécurité alimentaire, elle a peu varié entre 2005 et 2011-2012 au Québec. Elle touche 8% des ménages (413 600 adultes et 163 680 enfants), dont 2% qui connaissent une insécurité alimentaire grave<sup>aa</sup>. Les personnes vivant seules, les familles monoparentales, les ménages de faible statut socioéconomique et ceux qui reçoivent de l'aide sociale ou de l'assurance-emploi risquent le plus d'en souffrir<sup>aa</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

La recette gagnante pour manger sainement comporte plusieurs ingrédients. La diffusion de l'information sur la saine alimentation contribue à favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes alimentaires. De plus, il importe de continuer à prioriser et à soutenir les interventions intersectorielles qui facilitent l'accès à des aliments de qualité. L'élaboration de politiques visant la création ou le maintien de milieux de vie favorables à une saine alimentation (ex. : dans les milieux de garde, les écoles, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou le milieu municipal) est une autre façon de participer à l'amélioration globale de l'offre alimentaire au Québec. À titre d'exemple, la démarche *Prendre soin de notre monde* prévoit la poursuite de la collaboration entre les différents acteurs concernés par la promotion de la saine alimentation, notamment le milieu municipal.

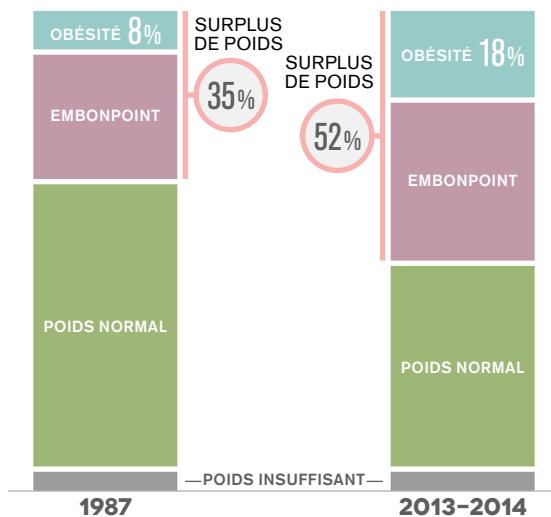
Enfin, il importe de soutenir les actions intersectorielles ayant pour but de réduire l'insécurité alimentaire, notamment en facilitant l'accès physique et économique à des aliments de qualité (ex. : groupes d'achat, cuisines collectives, jardins communautaires), et ce, particulièrement dans les communautés mal desservies ou défavorisées sur le plan socioéconomique.

## Ce dont il s'agit

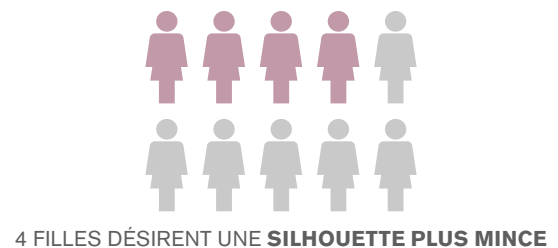
L'obésité est devenue un problème de santé publique mondial en raison de son augmentation continue. Les environnements peuvent jouer un rôle dans l'adoption d'un mode de vie sédentaire et d'une alimentation inadéquate, lesquelles contribuent au gain de poids de la population<sup>63</sup>. L'embonpoint et, surtout, l'obésité accroissent le risque d'apparition de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiaques et certains cancers<sup>64</sup>. Le fardeau économique de l'obésité est important. En effet, on estime à près de trois milliards de dollars les coûts excédentaires des soins et de l'invalidité associés à l'obésité, au Québec, en 2011<sup>65, 66, 67</sup>.

Au-delà de la maladie, l'obésité est aussi associée à l'insécurité alimentaire et à la stigmatisation sociale<sup>68</sup>. L'insatisfaction par rapport au poids commence dès l'école primaire<sup>69</sup>. C'est pourquoi il est important que les efforts déployés pour prévenir le gain de poids au sein de la population ne suscitent pas de préoccupations excessives à l'égard du poids et de l'apparence corporelle.

### ADULTES QUÉBÉCOIS



### EN 2010-2011, SUR 10 FILLES/GARÇONS DU SECONDAIRE,



## Ce que les données montrent

Au Québec, 52 % de la population a un surplus de poids dont 18 % souffre d'obésité<sup>v</sup>. Selon les projections les plus optimistes, les proportions pourraient encore augmenter et atteindre, en 2030, 54 % et 21 % respectivement<sup>bb</sup>. Certains groupes d'adultes sont plus susceptibles de souffrir d'obésité : ceux qui connaissent l'insécurité alimentaire, ceux qui vivent en milieu rural ainsi que les moins favorisés matériellement et les moins scolarisés<sup>v</sup>.

L'obésité s'installe souvent tôt dans la vie : la prévalence de l'obésité touche 6 % des 12-17 ans, et triple entre 18 et 34 ans pour atteindre 17 %<sup>v</sup>. Les jeunes se révèlent préoccupés par leur poids et leur apparence : 41 % des filles désirent une silhouette plus mince et 24 % des garçons, une silhouette plus forte<sup>b</sup>. En outre, près du tiers des filles de poids normal déclarent avoir déjà tenté de perdre du poids et un garçon sur cinq de poids normal a essayé d'en gagner en 2010-2011<sup>b</sup>. Or, tout comme chez les adultes, les méthodes utilisées par les jeunes pour modifier leur poids ou leur apparence ne sont pas toujours sans danger.

## Ce que nous pouvons faire

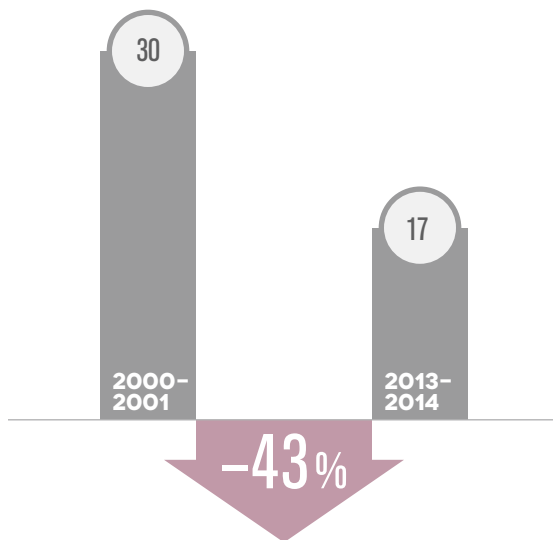
L'idéal est d'agir le plus tôt possible, avant que les problèmes de poids n'apparaissent. Si l'information sur les saines habitudes de vie et la sensibilisation à la problématique du surpoids favorisent les bons choix, elles ne suffisent pas. Il faut en plus que les milieux de vie facilitent les choix sains<sup>70</sup>. D'ailleurs, le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids* a adopté une approche interdisciplinaire et intersectorielle<sup>71</sup>. Les acteurs de santé publique soutiennent ainsi leurs partenaires des secteurs gouvernemental, scolaire, municipal et communautaire dans leurs actions visant à aménager des milieux plus favorables aux saines habitudes de vie. Les efforts doivent rendre les choix sains plus faciles (bien manger, bouger régulièrement) et, à l'inverse, les options moins saines plus difficilement accessibles<sup>72</sup>. C'est ainsi que l'on parviendra collectivement à réduire le fardeau de l'embonpoint et de l'obésité.

## Ce dont il s'agit

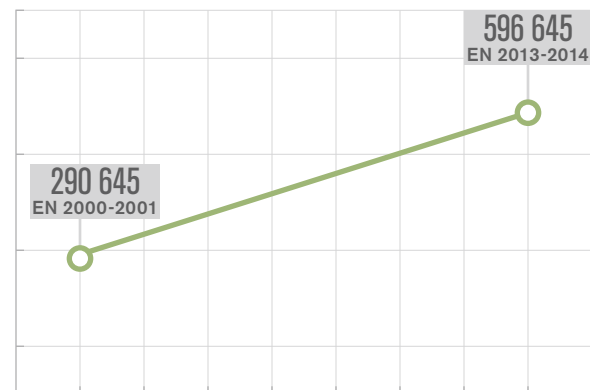
Le diabète et l'hypertension sont des problèmes de santé chroniques fréquents qui accroissent le risque de souffrir d'autres problèmes de santé tels que les cardiopathies ischémiques (ex. : angine, infarctus). Le diabète peut également entraîner des complications sérieuses, notamment l'insuffisance rénale, la cécité et l'amputation des membres inférieurs<sup>73</sup>.

Par la promotion de saines habitudes de vie auprès de la population et par le dépistage systématique de l'hypertension, il est possible de retarder l'apparition de certaines maladies chroniques, voire de les prévenir. Par exemple, après l'adoption au Canada de lignes directrices concernant la détection et le traitement de l'hypertension en 1999, la proportion des personnes qui souffraient de cette maladie et qui n'étaient pas traitées a fortement baissé<sup>74</sup>. La prévalence est par ailleurs plus faible au Québec lorsque comparée à celle d'autres pays<sup>75</sup>. Cependant, le fardeau du diabète, de l'hypertension et des cardiopathies ischémiques est important : ces problèmes de santé occasionnent annuellement environ 43 500 hospitalisations<sup>cc</sup> et contribuent à près de 9 000 décès<sup>dd</sup>.

NOUVEAUX CAS D'HYPERTENSION POUR  
1 000 PERSONNES DE 20 ANS ET PLUS



PERSONNES DE 20 ANS ET PLUS  
VIVANT AVEC LE DIABÈTE



## Ce que les données montrent

Le nombre de nouveaux diagnostics de l'hypertension, des cardiopathies ischémiques et du diabète diminue depuis quelques années au Québec<sup>d</sup>. Malgré cela, le diabète connaît une progression importante. Celle-ci résulte à la fois du vieillissement de la population et de l'amélioration des chances de survie à la suite du diagnostic, grâce à de meilleurs traitements. Ainsi, le nombre total de personnes qui vivent avec le diabète a doublé depuis l'an 2000, atteignant presque 600 000 adultes (8 %) en 2013-2014<sup>i</sup>. Toutefois, cette estimation est conservatrice, car elle n'inclut pas les diabétiques non diagnostiqués<sup>76</sup>.

L'hypertension touche, quant à elle, 1,5 million de Québécois (20 %) en 2013-2014<sup>j</sup> et ce nombre augmentera, compte tenu du vieillissement de la population. Par ailleurs, cette même année, le nombre de personnes ayant une cardiopathie ischémique se situe à près de 600 000, soit 8 %<sup>d</sup> de la population – une part qui recule légèrement. De façon générale, les hommes et les personnes de 65 ans et plus sont plus fréquemment atteints de ces maladies chroniques. Ainsi, un aîné sur quatre a le diabète<sup>i</sup>, deux sur trois présentent de l'hypertension<sup>j</sup> et un sur trois souffre d'une cardiopathie ischémique<sup>d</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Les problèmes de santé chroniques posent un grand défi de santé publique. Il ne suffit pas de cibler les personnes à risque afin de leur offrir un diagnostic précoce ni de prévenir les complications chez celles qui sont déjà atteintes ; il faut aussi investir dans la prévention. En agissant sur les facteurs de risque (ex. : tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité), le Québec pourrait limiter l'apparition de nouveaux cas en plus de réduire le fardeau économique de ces maladies chroniques<sup>87</sup>. Pour y parvenir, les interventions doivent viser les milieux de vie en plus des individus. La mobilisation et le soutien des partenaires intersectoriels (associations, services de garde éducatifs à l'enfance, écoles, municipalités, milieux de travail) s'avèrent par ailleurs essentiels. L'augmentation du potentiel piétonnier des quartiers (ex. : *Quartiers 21*), les aménagements facilitant le transport actif et le sport (ex. : *À pied, à vélo, ville active* ; volet « Municipalités et familles » du *Défi Santé*) ainsi que l'accès à des aliments sains et abordables (ex. : *Pour un virage santé à l'école*, *Brigades culinaires*, *Croquarium*) en sont des exemples concrets.

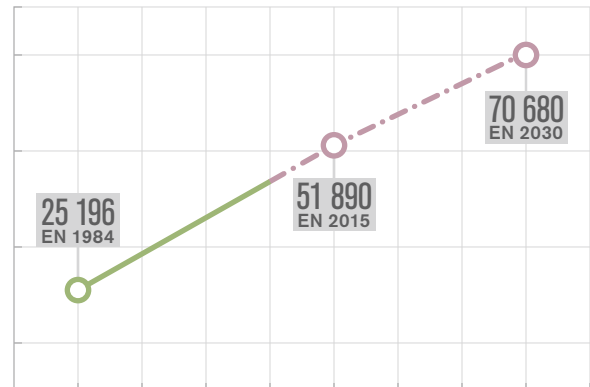
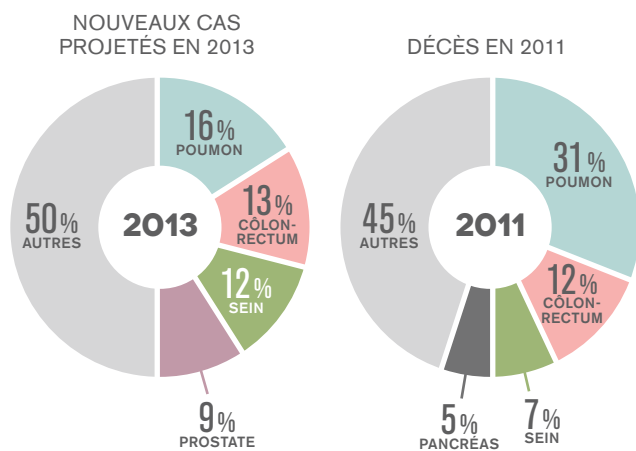
## Ce dont il s'agit

Le cancer représente un lourd fardeau. Près de la moitié des Québécois développeront un cancer au cours de leur vie et un sur trois en mourra<sup>dd, ee, 77</sup>. Selon l'Organisation mondiale de la santé, au moins le tiers des cancers sont évitables<sup>78</sup>. Et le tabagisme serait, à lui seul, responsable de 30% des décès par cancer<sup>79</sup>.

Parmi les facteurs de risque modifiables figurent les habitudes de vie ainsi que l'exposition à certains agents infectieux (ex. : virus de l'hépatite B et de l'hépatite C, virus du papillome humain), aux substances cancérigènes de l'environnement et du milieu de travail ou aux rayons ultraviolets (UV)<sup>1, 77, 78</sup>. D'ailleurs, en raison de l'exposition à ces rayons, émis par le soleil ou par les lampes de bronzage, au cours des dernières décennies, on anticipe davantage de cancers de la peau, dont le mélanome<sup>77</sup>.

### LE CANCER AU QUÉBEC

### NOUVEAUX CAS DE CANCER



## Ce que les données montrent

Le cancer occupe le premier rang des causes de décès au Québec depuis 2000 et cette tendance risque de se poursuivre. Quatre décès sur dix attribuables au cancer surviennent prématurément, soit avant l'âge de 75 ans<sup>dd</sup>. On prévoit que le nombre de nouveaux cas de cancer augmentera de 51 890 à 70 680 entre 2015 et 2030<sup>ee</sup>. Le nombre estimé de décès annuels passerait de 21 000 à 28 000 pendant la même période<sup>77</sup>.

Si l'on tient compte du vieillissement de la population, la mortalité par cancer a diminué depuis la fin des années 1980. Cette réduction découle essentiellement de la baisse de 25% de la mortalité observée chez les hommes, particulièrement en rapport avec le cancer du poumon. Même si le taux d'incidence<sup>iii</sup> a lui aussi diminué chez les hommes<sup>ee</sup>, il demeure plus élevé que chez les femmes. Chez ces dernières, le cancer du poumon est la seule cause de décès dont le taux a augmenté de façon continue depuis le début des années 1980<sup>dd</sup>. Enfin, selon les données canadiennes, la survie au cancer augmente : depuis le milieu des années 1990, environ six personnes atteintes sur dix survivent cinq ans après le diagnostic<sup>77</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Sans minimiser l'importance de la prise en charge des personnes atteintes et de la qualité des interventions en temps opportun, la prévention est la pierre angulaire de la lutte contre le cancer. Les politiques publiques y contribuent (ex. : lois visant la lutte contre le tabac ou encadrant les salons de bronzage). L'aménagement de milieux de vie favorables aux saines habitudes de vie s'inscrit également dans cette orientation, à laquelle nombre de partenaires peuvent contribuer (ex. : écoles, municipalités, milieux de travail).

Par ailleurs, des vaccins offrent une protection contre certains cancers, notamment les vaccins contre le virus du papillome humain et contre l'hépatite B. Quant au dépistage, il représente une stratégie de lutte contre certains cancers, en particulier ceux qui touchent le sein, le col utérin et le côlon-rectum. Ainsi, le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, offert aux femmes de 50 ans à 69 ans depuis 1998, est associé à une réduction de la mortalité chez les participantes<sup>80</sup>. Quant au dépistage du cancer colorectal tous les deux ans, il est recommandé aux personnes de 50 ans à 74 ans.

III. Nombre de nouveaux cas de cancer pour 100 000 personnes ajusté selon l'âge.



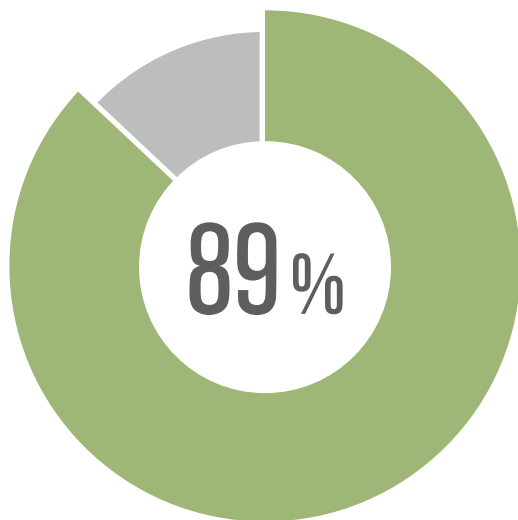
## Ce dont il s'agit

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation par excellence pour le nouveau-né. Ses avantages sont incontestables pour la santé de la mère et du nourrisson ainsi que pour l'ensemble de la société (ex. : économies substantielles en soins de santé)<sup>81</sup>.

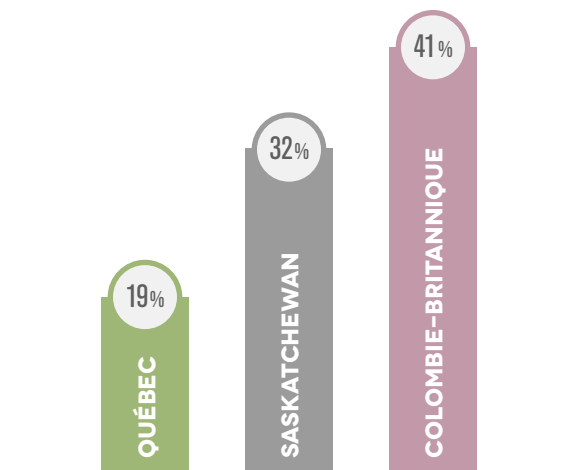
L'allaitement procure au bébé tous les éléments nutritifs nécessaires à son bon développement. Il le protège de certaines infections et maladies (ex. : otite, gastro-entérite), en plus de contribuer au renforcement du lien d'attachement avec la mère. Celle-ci profite également de bienfaits considérables pour sa santé, comme une réduction du risque de cancer des ovaires et du sein<sup>81</sup>.

Ces bienfaits sur la santé s'avèrent directement liés à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement, c'est-à-dire uniquement le lait maternel, sans liquide ni aliment supplémentaire. Pour cette raison, l'Organisation mondiale de la santé et Santé Canada recommandent l'allaitement exclusif durant au moins six mois<sup>82, 83</sup>.

MÈRES QUÉBÉCOISES QUI INITIENT  
L'ALLAITEMENT DÈS LA NAISSANCE EN 2013-2014



MÈRES QUI POURSUIVENT L'ALLAITEMENT  
EXCLUSIF JUSQU'À 6 MOIS EN 2011-2012



## Ce que les données montrent

Au Québec, près de neuf mères sur dix commencent à allaiter leur bébé dès la naissance<sup>ff</sup>. Toutefois, seulement deux mères sur dix l'allaiteront de manière exclusive pendant six mois ou plus<sup>99</sup>. Les taux d'initiation de l'allaitement sont plus faibles chez les mères moins scolarisées<sup>ff</sup>.

Le Québec est l'une des provinces ayant enregistré la plus forte croissance du taux d'initiation de l'allaitement entre 2007 et 2012<sup>ff</sup>. Par contre, un écart important sépare toujours le Québec d'autres provinces telles que la Colombie-Britannique ou la Saskatchewan quant au taux d'allaitement exclusif pendant six mois<sup>ff</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Si l'allaitement reste un choix personnel, il importe toutefois de réduire les obstacles pour prévenir l'abandon rapide de cette pratique par les nouvelles mamans<sup>11</sup>. Parmi les difficultés éprouvées durant l'allaitement, l'insuffisance de la production de lait est la plus souvent rapportée<sup>84</sup>.

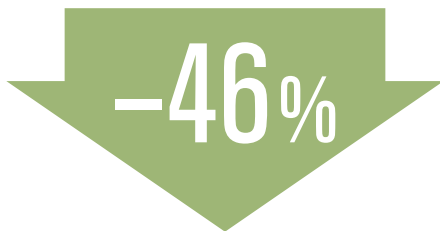
Communiquer l'information sur les bienfaits de l'allaitement aux futures mères ainsi que les soutenir dans l'amorce et la poursuite de cette pratique figurent parmi les mesures dont l'efficacité pour faciliter l'allaitement est reconnue<sup>85</sup>. À cet égard, l'*Initiative des amis des bébés*, déployée dans plusieurs établissements de santé du Québec, a eu des effets positifs. Aussi, l'accompagnement des mères faiblement scolarisées dans le cadre du programme *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*<sup>86</sup> pourrait avoir influencé de façon positive leur taux d'allaitement au cours des dernières années<sup>87</sup>. Ces interventions doivent donc se poursuivre et leur champ d'influence, être élargi à divers milieux de vie afin d'encourager l'aménagement d'environnements favorables à la pratique de l'allaitement.

## Ce dont il s'agit

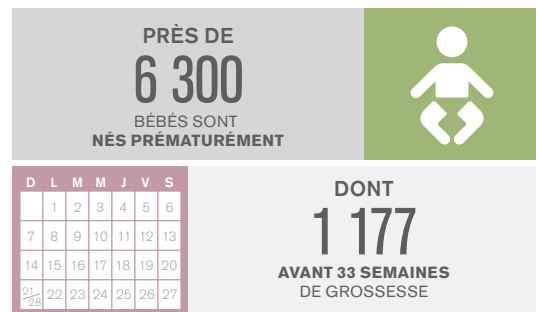
Durant l'enfance, la première année de vie comporte le plus de risques de décès, et particulièrement les 24 premières heures suivant la naissance<sup>88</sup>. Les décès survenant durant la première année de vie constituent la mortalité infantile<sup>IV</sup>. Celle-ci diminue tant au Québec qu'ailleurs dans le monde depuis plusieurs années<sup>89</sup>, entre autres grâce à l'amélioration des conditions de vie, des soins de santé en périnatalité et de la prévention. Toutefois, des défis demeurent, notamment au regard des décès dus aux malformations congénitales et à la prématurité.

La prématurité est le principal facteur de risque de la mortalité infantile<sup>88</sup>. Le tabagisme et l'âge de la mère sont d'autres facteurs connus<sup>90</sup>. Les grossesses multiples (ex. : jumeaux, triplés), de même que la faible scolarité de la mère<sup>90, 91, hh</sup>, augmentent le risque d'accoucher prématurément. Les enfants nés avant 37 semaines de grossesse courent plus de risques de développer des problèmes de santé et de décéder après la naissance, particulièrement lorsque la grossesse a duré moins de 33 semaines. Les conséquences de la prématurité (ex. : troubles de développement, problèmes de santé physique) peuvent les affecter tout au long de leur vie<sup>90</sup>.

### DIMINUTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE ENTRE 1981 ET 2011



### LA PRÉMATURITÉ EN 2011



## Ce que les données montrent

Le taux de mortalité infantile diminue au Québec depuis le début du vingtième siècle<sup>92</sup>. Entre 1981 et 2000, il est passé de 8,4 à 4,8 décès pour 1 000 naissances, pour ensuite se stabiliser<sup>ii</sup>. Les malformations congénitales (21 %) et la prématurité (16 %) sont les causes de mortalité infantile les plus fréquentes.

Contrairement au taux de mortalité infantile, le taux de prématurité a augmenté au Québec jusqu'au début des années 2000, puis il s'est stabilisé; il décline légèrement depuis 2008. En 2011, plus de 6 000 bébés sont nés avant 37 semaines de grossesse. Ils représentent 7,1 % des naissances vivantes, une proportion inférieure à la moyenne canadienne (7,8 %) et à la majorité des provinces et territoires canadiens<sup>hh</sup>. Au Québec, près d'un prématuré sur cinq naît à moins de 33 semaines de grossesse.

## Ce que nous pouvons faire

La promotion de saines habitudes de vie auprès des femmes enceintes (ex. : éviter l'exposition au tabac) favorise la réduction de la mortalité infantile et de la prématurité. La diffusion du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*<sup>44</sup> et les politiques publiques visant l'ensemble de la population vont en ce sens.

Un suivi de grossesse régulier permet de déceler les signes avant-coureurs d'un accouchement prématuré (ex. : hypertension). En milieu de travail, le programme *Maternité sans danger* vise à procurer aux travailleuses enceintes ou qui allaitent des conditions de travail exemptes de risque pour l'enfant à naître ou allaité. On sait aussi que l'allaitement protège le nouveau-né de certaines infections. En somme, les efforts investis contribuent, de bien des façons, à ce que de nouveaux gains soient réalisés en matière de santé infantile.

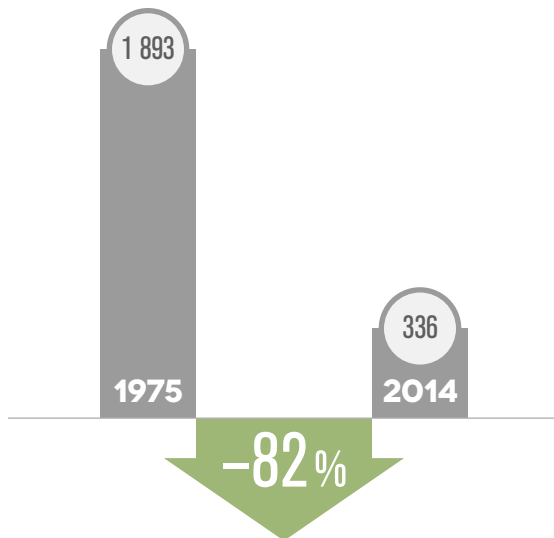
IV. La mortalité infantile reflète l'état de santé d'une population. Elle est liée à la qualité des soins obstétricaux et infantiles, à la scolarité des mères, au niveau de vie, à la qualité de la nutrition ainsi qu'à la fécondité.

## Ce dont il s'agit

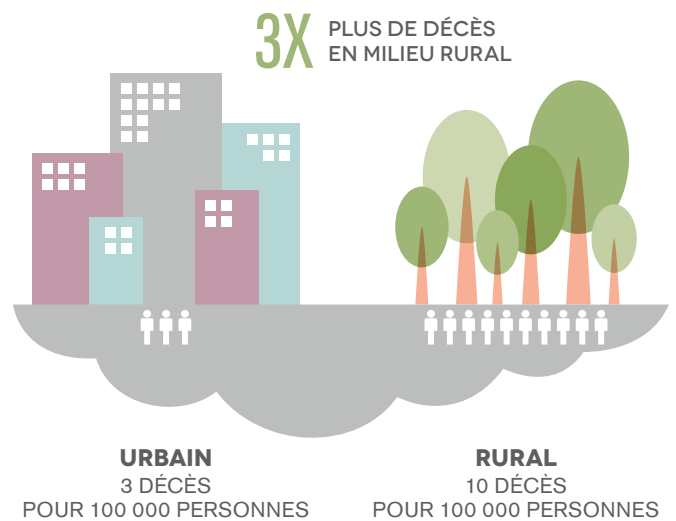
Les accidents de la route font de nombreuses victimes chaque année au Québec ; le tiers des décès prématurés (avant l'âge de 75 ans) par traumatisme non intentionnel leur sont d'ailleurs attribuables<sup>90</sup>. L'alcool au volant et la vitesse excessive sont les deux principales causes des accidents mortels sur la route<sup>93, 94</sup>, représentant les deux tiers des décès. Cela dit, les distractions au volant y contribuent également. Outre les occupants des véhicules en cause, les piétons et les cyclistes figurent souvent au nombre des victimes. Ne bénéficiant d'aucune protection, ils sont particulièrement vulnérables.

Peu importe leur âge, les hommes risquent davantage que les femmes d'être impliqués dans une collision mortelle ou d'être hospitalisés à la suite d'un accident. Le fardeau économique des traumatismes routiers pèse lourd au Québec : en 2010, il dépassait le demi-milliard de dollars<sup>95</sup>.

### DÉCÈS DUS AUX ACCIDENTS DE LA ROUTE



### ACCIDENTS DE LA ROUTE POUR LA PÉRIODE 2009-2011



## Ce que les données montrent

Depuis une quarantaine d'années, le nombre de véhicules en circulation et celui des titulaires d'un permis de conduire n'ont cessé d'augmenter<sup>96</sup>. Parallèlement, le nombre de décès sur les routes du Québec a diminué de 82%. Cela montre à quel point le bilan s'est amélioré. Malgré tout, en 2014, parmi les 36 000 usagers de la route ayant subi des blessures lors d'un accident, 336 sont décédés, soit près d'une personne par jour<sup>96</sup>. Les données enregistrées dans d'autres pays comme la Suède et la Grande-Bretagne, où le taux de mortalité est deux fois moins élevé qu'au Québec, montrent que des gains sont encore possibles<sup>97</sup>.

Bien qu'elle se soit elle aussi améliorée, la situation chez les jeunes reste préoccupante. En effet, ces derniers sont beaucoup plus susceptibles d'être impliqués dans un accident de la route que le reste de la population. Leur inexpérience et leur tendance à prendre des risques expliquent en partie leur surreprésentation dans le bilan des accidents routiers. En 2014, une personne sur cinq décédée dans un accident de véhicule à moteur était âgée de 15 à 24 ans<sup>96</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Depuis un certain nombre d'années, plusieurs mesures pour améliorer la sécurité routière sont mises en place au Québec. Les campagnes de sensibilisation visant à réduire les comportements à risque (ex. : consommation d'alcool) contribuent à l'amélioration du bilan routier, surtout lorsqu'elles sont encadrées par des politiques publiques et appuyées par des contrôles policiers.

Les modifications liées à l'environnement routier, comme les mesures de réduction de la vitesse (ex. : dos d'âne) et celles qui rendent le partage de la route plus sécuritaire (ex. : pistes cyclables), aident aussi à prévenir les collisions et à réduire le nombre de victimes de la route.

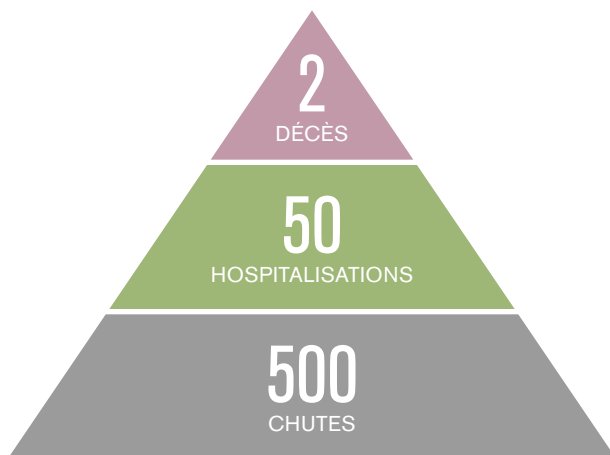
Plus récemment, les distractions au volant (ex. : l'utilisation du téléphone cellulaire pour texter en conduisant) et la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue ou les médicaments se sont révélées préoccupantes. Les initiatives favorisant l'adoption de comportements sécuritaires (ex. : haltes texto le long des autoroutes, sensibilisation aux dangers associés à la consommation de drogue ou de médicaments avant de conduire) méritent d'être poursuivies.

## Ce dont il s'agit

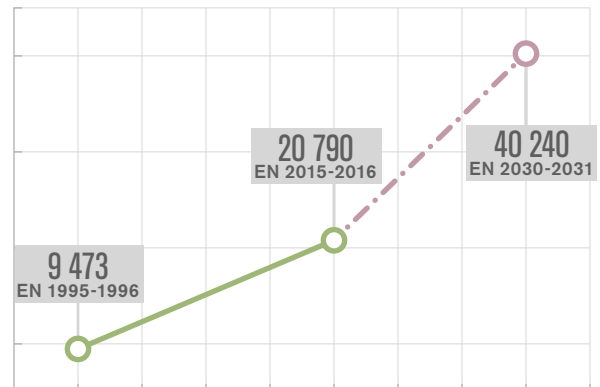
Les chutes représentent un enjeu particulier chez les aînés. Au Québec, les blessures liées aux chutes occupent le premier rang des causes de mortalité et d'hospitalisation par traumatisme non intentionnel chez les personnes de 65 ans et plus<sup>cc, dd</sup>. Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de telles blessures, notamment parce qu'elles vivent plus longtemps et qu'elles souffrent davantage d'ostéoporose<sup>ee</sup>.

Les deux tiers des chutes se produisent à domicile<sup>gg</sup>, souvent à la suite d'un simple faux pas ou d'une glissade. Une multitude de facteurs de risque, liés à la personne elle-même (ex. : étourdissement, déficit visuel) ou à son environnement (ex. : aire de circulation encombrée, trottoir glacé), augmentent les probabilités de chute. Les blessures subies peuvent être sévères (ex. : fracture de la hanche, traumatisme crânien) et la qualité de vie des aînés, diminuée. Le fardeau économique des chutes chez les personnes âgées, déjà important (800 millions de dollars en 2010<sup>gg</sup>), pourrait s'accroître avec le vieillissement de la population.

CHAQUE JOUR AU QUÉBEC  
CHUTES CHEZ LES 65 ANS ET PLUS



HOSPITALISATIONS DUES AUX CHUTES  
CHEZ LES 65 ANS ET PLUS



## Ce que les données montrent

En 2008-2009, près de 200 000 personnes de 65 ans et plus vivant à domicile ont déclaré avoir chuté, soit presque une sur cinq<sup>ii</sup>. En outre, le risque de tomber s'avérait fortement accru chez les aînés ayant pris cinq médicaments et plus dans le dernier mois<sup>jj</sup>.

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus qui se blessent en tombant et qui y survivent (51 000 selon les données de 2014-2015<sup>mm</sup>), plusieurs ne retrouvent jamais complètement leurs capacités fonctionnelles. C'est le cas, notamment, de la moitié des aînés qui subissent une fracture de la hanche<sup>100</sup>. Pour ces personnes, le maintien à domicile peut devenir difficile. Dans les pires cas, les chutes entraînent la mort. Au cours de la période 2009-2011, en moyenne 882 décès liés aux chutes<sup>v</sup> ont été enregistrés annuellement chez les aînés<sup>dd</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

La prévention constitue l'élément clé pour réduire les chutes chez les personnes âgées. Différentes mesures peuvent être mises en œuvre pour les prévenir et éviter que l'autonomie des aînés ne soit compromise. La participation à des activités visant l'amélioration de l'équilibre et de la force musculaire (ex. : *Programme intégré d'équilibre dynamique [PIED]*), l'aménagement sécuritaire du domicile (ex. : installation de mains courantes) et du milieu urbain (ex. : adaptation et entretien des trottoirs et des intersections), la diminution du nombre de médicaments consommés ainsi que l'adoption de comportements sécuritaires (ex. : port de souliers adéquats) figurent parmi ces mesures.

Le cadre de référence relatif à la prévention des chutes chez les aînés propose un continuum de services destinés aux personnes âgées vivant à domicile<sup>101</sup>. En 2012, une collaboration intersectorielle a permis d'intégrer la prévention des chutes dans le plan d'action de la politique *Vieillir et vivre ensemble*. Grâce à une action préventive plus soutenue, la tendance à la hausse du nombre de chutes, liée au vieillissement démographique, pourrait être ralentie.

v. Ce nombre inclut les chutes certifiées et les chutes présumées.

## EN SOMME...

Les problèmes de santé causés par l'adoption de mauvaises habitudes de vie et de comportements à risque représentent un lourd fardeau pour les malades, le système de santé et la société québécoise. Un fardeau directement ou indirectement attribuable aux décès prématurés, aux hospitalisations, à la consommation de médicaments, aux incapacités ou encore à l'absentéisme au travail. Et, dans le contexte du vieillissement démographique, le fardeau des maladies chroniques sera d'autant plus important que celles-ci tendent à se cumuler chez les individus.

Fait encourageant, il y a un consensus international sur les effets positifs et déterminants que peut avoir la modification des habitudes de vie et des comportements. Opter pour un mode de vie sain et sécuritaire permet autant de prévenir l'apparition de la majorité de ces maladies et traumatismes que d'en faciliter la prise en charge. L'individu peut bénéficier de certains avantages dès son plus jeune âge, puisque l'allaitement du nourrisson constitue un facteur de protection contre certaines maladies chroniques. Globalement, de tels changements positifs peuvent aussi entraîner d'importants gains, sur le plan économique, pour la société québécoise. Un récent rapport du Conference Board du Canada stipulait notamment que la réduction de la prévalence des facteurs de risque associés aux maladies chroniques pourrait permettre des économies annuelles d'environ 800 millions de dollars, au Québec, d'ici 2030<sup>67</sup>.

Ces changements peuvent être amorcés et encouragés de différentes façons. Les services de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que des traumatismes auprès de la population s'avèrent un préalable nécessaire pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires. Prévus dans le *Programme national de santé publique 2015-2025*<sup>1</sup>, ces services sont souvent portés par le milieu de la santé et des services sociaux. Ils misent sur diverses stratégies d'intervention pouvant être menées directement auprès des individus. La forte croissance observée au Québec ces dernières années au regard de l'amorce de l'allaitement illustre bien les retombées positives qu'ont des programmes comme l'*Initiative des amis des bébés* ou les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, qui s'adressent aux populations plus vulnérables. Les centres d'abandon du tabagisme ou, encore, le *Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)* visant les personnes âgées préoccupées par les chutes ou leur équilibre constituent d'autres exemples de services directs offerts à la population pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.

Dans certaines situations, la promotion d'un mode de vie sain et sécuritaire doit se faire avec les acteurs d'autres secteurs d'activité (ex. : éducation, travail, sécurité publique). Cela s'avère notamment le cas lorsque les interventions s'inscrivent dans des approches globales et intégrées visant les milieux de vie (ex. : l'approche *École en santé*, démarche *Entreprise en santé*) ou à l'occasion des grandes campagnes nationales de sensibilisation. La promotion est parfois assurée par ces acteurs eux-mêmes. Ainsi, les nombreuses campagnes publicitaires de la Société de l'assurance automobile du Québec sur l'alcool, la vitesse, la fatigue ou les textos au volant illustrent le rôle essentiel des autres acteurs que ceux de la santé pour inciter les Québécois à adopter des comportements sains et sécuritaires.

L'un des leviers importants et complémentaires en cette matière se trouve entre les mains des communautés locales. Certaines mesures visent en effet à promouvoir la santé au sein des communautés québécoises. Par exemple, la démarche *Prendre soin de notre monde* traduit la vision du renforcement des capacités des instances locales à créer et à maintenir des environnements propices à des modes de vie sains et sécuritaires au sein de la communauté. Pour arriver à instaurer les changements nécessaires, l'une des stratégies à utiliser est de travailler de concert avec les acteurs municipaux.

### Faciliter les choix sains et sécuritaires

Bien que les interventions visant les individus soient incontournables, que ce soit pour renforcer leurs capacités, les informer, les sensibiliser ou faire de la prévention auprès d'eux, elles ne suffisent pas à elles seules à améliorer la santé de la population. En fait, les choix individuels au regard des habitudes de vie et des comportements sécuritaires sont en grande partie déterminés par les caractéristiques des environnements physiques, sociaux, culturels et politiques dans lesquels les personnes évoluent au quotidien. Ainsi, afin de soutenir celles-ci dans l'adoption d'un mode de vie sain et sécuritaire, il est essentiel de faciliter les bons choix et de rendre plus difficiles les choix moins sains<sup>102</sup> en favorisant les conditions propices aux premiers et en adoptant des mesures contraignantes pour les seconds.

Les travaux de la Table québécoise de la sécurité routière sont une autre illustration des fruits concrets de la collaboration intersectorielle ayant permis de promouvoir des comportements sécuritaires et de décourager ceux qui présentent des risques en matière de sécurité routière. Ils ont été au cœur d'une série de mesures relatives à l'alcool, à la distraction et à la vitesse au volant qui ont contribué à l'amélioration significative du bilan routier. Les acteurs de la santé publique ont été particulièrement actifs auprès de cette table, qui regroupe différents acteurs des secteurs des transports (ex. : association de camionneurs, *Vélo-Québec*), de la sécurité publique et du milieu municipal.

La politique-cadre *Pour un virage santé à l'école*, adoptée en 2007, est une autre illustration des efforts déployés pour faciliter les choix sains, cette fois-ci dans l'ensemble des écoles primaires et secondaires du Québec, en agissant sur les environnements liés à l'alimentation et à l'activité physique.

Plus largement, l'offre alimentaire est un sujet pour lequel plusieurs voies d'amélioration sont envisagées afin de réduire le fardeau des maladies chroniques. Citons notamment l'élaboration et le suivi de cibles nationales relatives à la composition nutritionnelle des aliments, en collaboration avec les partenaires du secteur agroalimentaire concernés par la question, qui figurent dans le *Programme national de santé publique 2015-2025*<sup>1</sup>. Des efforts supplémentaires en matière de sécurité alimentaire devraient par ailleurs être effectués afin d'assurer l'accès à une alimentation de qualité pour tous les Québécois, peu importe leur statut socioéconomique ou leur situation géographique.

Tout compte fait, la modification des habitudes de vie et des comportements individuels est certes l'une des clés de la lutte contre les maladies chroniques et les traumatismes non intentionnels. Mais ces changements, complexes et longs à amorcer, ne reposent pas que sur les individus. Les interventions visent de plus en plus à agir sur les environnements de vie dans lesquels la population évolue qui, comme nous le verrons plus en détail au chapitre 4, sont porteurs au regard des nouveaux gains à réaliser en matière de promotion et de prévention de la santé.



# CHAPITRE 3

## DES ACTIONS À MENER SUR PLUSIEURS FRONTS CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES

- Les maladies évitables par la vaccination
- Les maladies entériques

- Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

- Les drogues par injection

- Les infections nosocomiales

Les maladies infectieuses sont causées par des microorganismes pathogènes, principalement les virus, les bactéries, les parasites ainsi que les champignons. Certaines de ces infections sont acquises en milieu de soins (infections nosocomiales), alors que d'autres ont la particularité de se transmettre des animaux aux humains (zoonoses et maladies vectorielles)<sup>103</sup>.

Les maladies infectieuses requièrent une vigilance constante puisque les microorganismes ont la capacité de changer et de s'adapter à leur environnement. La menace pour la santé de la population (ex. : contagion, potentiel d'épidémie, mortalité) que représentent certaines d'entre elles rend d'ailleurs leur déclaration obligatoire, voire leur traitement dans le cas de la tuberculose.

Le risque associé à une maladie infectieuse varie selon le micro-organisme en cause, la nature de l'infection, l'existence ou non d'un traitement et la vulnérabilité des personnes infectées (ex. : âge, état de santé avant l'infection). Des traitements ne sont pas toujours requis (ex. : influenza), disponibles ou spécifiques à un agent infectieux particulier (ex. : virus du Nil occidental). De plus, ils n'empêchent pas les récurrences ou les complications à long terme (ex. : herpès, hépatites). Par conséquent, prévenir la transmission des maladies infectieuses revêt, encore aujourd'hui, une importance capitale. La prévention et le contrôle de ces maladies constituent une priorité d'action en santé publique.

### Plusieurs facteurs en cause

Différents facteurs influencent la probabilité de contracter une maladie infectieuse. Ne pas être immunisé alors qu'il existe un vaccin accroît le risque de contracter et de transmettre certaines d'entre elles. D'ailleurs, une couverture vaccinale insuffisante représente un risque pour la protection de la santé à l'échelle de la population, et surtout dans le cas des personnes vulnérables ne pouvant être vaccinées pour une raison médicale.

En outre, certains milieux favorisent la transmission d'infections aux individus qui les fréquentent (ex. : écoles, services de garde éducatifs à l'enfance, hôpitaux, commerces d'alimentation). Une lacune dans les pratiques de prévention et de contrôle des infections dans ces milieux (ex. : lavage des mains, préparation et conservation des aliments, salubrité) peut rapidement mener à une hausse subite de cas d'une maladie infectieuse (éclosion), en particulier des infections gastro-intestinales.

Des comportements à risque (ex. : relations sexuelles non protégées, partage du matériel d'injection de drogues) ainsi que le manque d'accès aux services de dépistage ou la sous-utilisation de ceux-ci contribuent aussi à la transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Par ailleurs, une mauvaise utilisation des antibiotiques chez l'homme et l'animal accélère le phénomène naturel de l'antibiorésistance<sup>104</sup>. Or, un micro-organisme résistant aux antibiotiques est beaucoup plus difficile à traiter et à contrôler. Cette antibiorésistance, notamment dans le cas des infections nosocomiales, entraîne une augmentation du fardeau sur les plans de la morbidité et de la mortalité ainsi qu'une prolongation des hospitalisations. Au Canada, les coûts additionnels d'hospitalisation liés à ce phénomène se situeraient entre 14 et 26 millions de dollars par année<sup>105</sup>. L'Organisation mondiale de la santé considère pour sa part la résistance aux antibiotiques, et plus largement aux antimicrobiens, comme l'une des principales menaces pour la santé mondiale<sup>104</sup>.

Enfin, à l'échelle internationale, la grande mobilité des personnes, la circulation des animaux et des produits ainsi que les changements climatiques jouent un rôle dans l'émergence ou la recrudescence de certaines maladies infectieuses (ex. : Ébola, Zika, grippe aviaire). La maladie de Lyme et le virus du Nil occidental, transmis respectivement par la piqûre d'une tique et d'un moustique infectés, sont des exemples de maladies devenues plus fréquentes au Québec en raison des changements climatiques qui favorisent des conditions propices à leur transmission.

### Des gains réels mais non définitifs

Plusieurs maladies infectieuses ont connu un net recul au cours du XX<sup>e</sup> siècle au Québec, surtout grâce à l'amélioration des conditions de vie et à la vaccination. Toutefois, la réapparition ou la hausse de la fréquence de certaines d'entre elles (ex. : rougeole) illustrent les défis liés à leur contrôle. Il en va de même pour la hausse de la prévalence de certaines ITSS, dont la lymphogranulomatose vénérienne, qui touchent davantage les jeunes et certains autres groupes vulnérables.



### Divers sujets sous la loupe

Le présent chapitre apporte un éclairage sur cinq sujets liés aux maladies infectieuses, soit :

- les maladies évitables par la vaccination,
- les maladies entériques,
- les infections transmissibles sexuellement et par le sang,
- les infections liées aux drogues par injection,
- les infections nosocomiales.

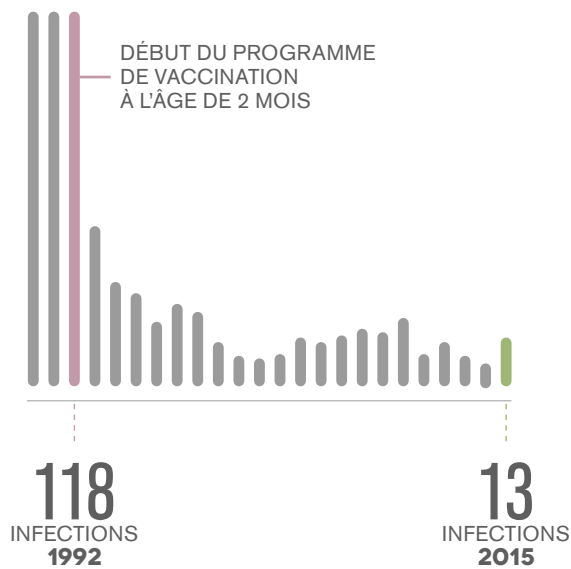


## Ce dont il s'agit

Les vaccins déclenchent la fabrication d'anticorps par le système immunitaire pour qu'un organisme puisse se défendre contre une infection. Au Québec, les programmes de vaccination permettent à la population de se prévaloir gratuitement d'une protection contre plusieurs infections. Les vaccins recommandés dans le calendrier de vaccination varient selon l'âge, de façon à protéger les personnes au moment le plus approprié<sup>106</sup>.

La vaccination a rendu des infections comme la méningite à *Haemophilus influenzae* de type b ou l'hépatite B beaucoup plus rares au Québec. Elle permet aussi de prévenir les complications qui peuvent leur être associées (ex. : surdité, maladie grave du foie)<sup>106</sup>. Cela dit, certaines maladies évitables par la vaccination demeurent encore fréquentes au Québec; par exemple, 993 cas de coqueluche ont été déclarés en 2015<sup>kk</sup>. De plus, des maladies évitables par la vaccination circulent encore dans plusieurs pays où certaines sont endémiques et les vaccins, peu accessibles. Les voyageurs et les nouveaux arrivants peuvent donc avoir contracté une infection ailleurs et la transmettre à leur entrée au pays.

### INFECTIONS SÉVÈRES CAUSÉES PAR LA BACTÉRIE *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE b



### EN 2014, SUR 10 ENFANTS QUÉBÉCOIS ÂGÉS DE 2 ANS,



PLUS DE 9 ONT REÇU AU MOINS UNE DOSE DE VACCIN;



7 ONT REÇU TOUS LES VACCINS RECOMMANDÉS POUR LEUR ÂGE;



4 ONT REÇU SANS AUCUN RETARD<sup>VI</sup> TOUS LES VACCINS RECOMMANDÉS POUR LEUR ÂGE.

## Ce que les données montrent

En 2014, environ 71 % des enfants de 2 ans ont reçu tous les vaccins recommandés pour leur âge<sup>107</sup>. La proportion grimpe à 85 % si l'on exclut le vaccin contre le rotavirus, ajouté en 2011 au calendrier de vaccination. Toutefois, cela demeure bien inférieur à l'objectif de 95 %, nécessaire pour enrayer la propagation de certaines infections extrêmement contagieuses comme la rougeole. Une écloison de 159 cas de rougeole est survenue en 2015 dans la région de Lanaudière<sup>l</sup>; le tout premier cas avait contracté le virus au cours d'un voyage<sup>108</sup>. La très grande majorité des personnes qui ont été infectées n'étaient pas vaccinées. Cela illustre l'importance de maintenir une couverture vaccinale élevée.

Pour procurer une protection optimale, le vaccin doit être administré à une personne avant qu'elle ne risque de contracter l'infection. Or, en 2014, moins de la moitié des enfants de 2 ans ont reçu sans aucun retard<sup>VI</sup> tous les vaccins qui leur sont recommandés<sup>107</sup>. Cela contribue à accroître la période où ils sont vulnérables à l'infection et, par le fait même, à favoriser sa transmission.

## Ce que nous pouvons faire

La vaccination offre la meilleure protection contre plusieurs infections. Non seulement réduit-elle le risque de les contracter, mais elle en prévient la transmission à d'autres personnes, dont certaines peuvent être plus vulnérables à une forme grave de l'infection<sup>106</sup>.

Les programmes de vaccination sont révisés et améliorés de façon continue afin de privilégier les meilleurs vaccins sur les plans de l'efficacité et de la sécurité. Le contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins est lui aussi une priorité et demeure au cœur des pratiques de tous les vaccinateurs (ex. : CLSC, cliniques médicales, cliniques privées, groupes de médecine de famille ou pharmacies). Par ailleurs, l'organisation des services de vaccination près des milieux de vie, dans les différents territoires du Québec, favorise l'accès à ces services.

Il importe de mieux comprendre les hésitations au regard de la vaccination pour soutenir adéquatement la décision et maintenir la confiance de la population envers les vaccins. C'est là un aspect important, car seule une couverture vaccinale élevée permet de protéger adéquatement l'ensemble de la population.

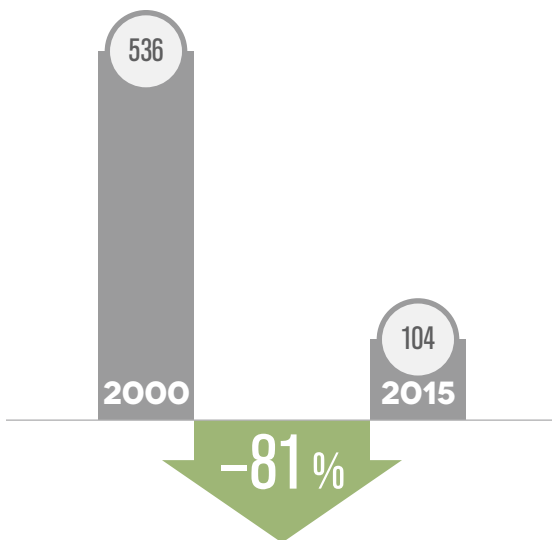
VI. Soit moins d'un mois après l'âge recommandé dans le calendrier vaccinal.

## Ce dont il s'agit

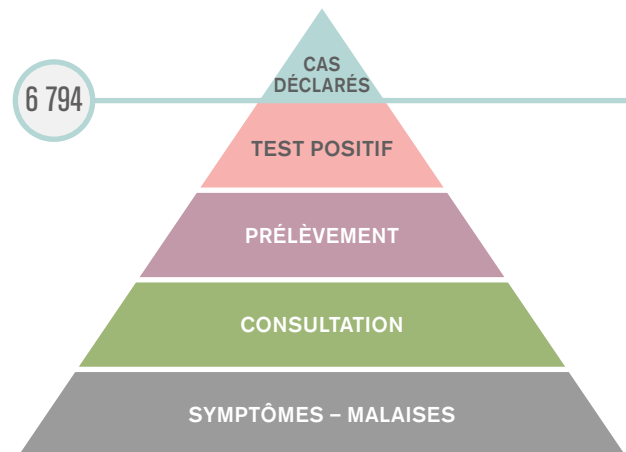
La consommation d'aliments ou d'eau peut parfois occasionner des infections gastro-intestinales. Parmi les facteurs de risque les plus fréquents figurent les aliments ayant été contaminés (ex. : viandes, légumes, produits laitiers). Les aliments préparés par une personne infectée représentent également un risque (ex. : restaurant, repas collectif)<sup>109</sup>.

Les voyageurs sont plus susceptibles d'être exposés à ce type d'infections ; par exemple, une part appréciable des cas d'hépatite A, de shigellose ou de giardiase sont liés à des voyages<sup>110</sup>. Les jeunes enfants, les personnes âgées ou celles dont le système immunitaire est affaibli sont plus vulnérables aux complications (ex. : problèmes sanguin ou rénal)<sup>111, 112</sup>.

CAS DÉCLARÉS DE LA MALADIE DU HAMBURGER<sup>vii</sup>



INFECTIONS ENTÉRIQUES DÉCLARÉES EN 2015



## Ce que les données montrent

En 2015, 6 794 cas d'infections entériques ont été déclarés au Québec. Ces infections occupent le deuxième rang des maladies à déclaration obligatoire les plus fréquentes. La grande majorité est causée par des bactéries. En effet, les infections à *Campylobacter* représentent un peu plus du tiers des cas, alors que la salmonellose concerne un cas sur cinq et la giardiase, causée par un parasite, un cas sur sept<sup>mm</sup>.

Les gastro-entérites épidémiques demeurent fréquentes, avec 401 épisodes déclarés en 2015<sup>mm</sup>. On soupçonne souvent des virus d'en être responsables. Elles touchent plus fréquemment des milieux comme les services de garde éducatifs à l'enfance, les écoles ou les milieux de soins et d'hébergement. Un aliment peut infecter plusieurs personnes<sup>113</sup>. Au début de l'année 2016, des cas d'hépatite A ont été associés à la consommation de baies rouges congelées<sup>114</sup>.

Les données sur les maladies entériques procurent cependant une image partielle de ces infections, car seulement une fraction d'entre elles sont déclarées. On estime qu'environ une personne sur huit contracte une maladie d'origine alimentaire au Canada au cours d'une année. Cela occasionne environ 12 000 hospitalisations et 200 décès<sup>111</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Le suivi des maladies à déclaration obligatoire permet de détecter des hausses subites du nombre de cas de maladies entériques et de mener les enquêtes visant à en identifier la source. Avec la collaboration des partenaires du secteur bioalimentaire concernés par une telle hausse, on peut prévenir d'autres cas en empêchant l'accès à la source contaminée (ex. : rappel d'aliment). La maladie du hamburger<sup>vii</sup> illustre bien l'effet positif des actions préventives : le nombre de cas a diminué de 81 % entre 2000 et 2015<sup>mm</sup>.

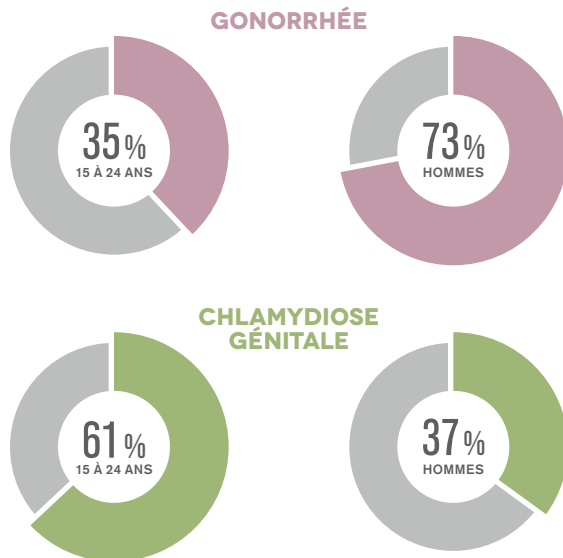
Par ailleurs, l'adoption de bonnes pratiques à tous les maillons de la chaîne alimentaire s'avère cruciale. Une foule de partenaires peuvent y contribuer (ex. : producteurs agricoles, transformateurs, commerçants, manipulateurs d'aliments, consommateurs). Enfin, la sensibilisation des voyageurs aux maladies entériques et la promotion des comportements préventifs auprès d'eux, incluant la vaccination contre l'hépatite A, font aussi partie des interventions préventives.

vii. Infection à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine. Cette bactérie peut être transmise par d'autres aliments que la viande hachée.

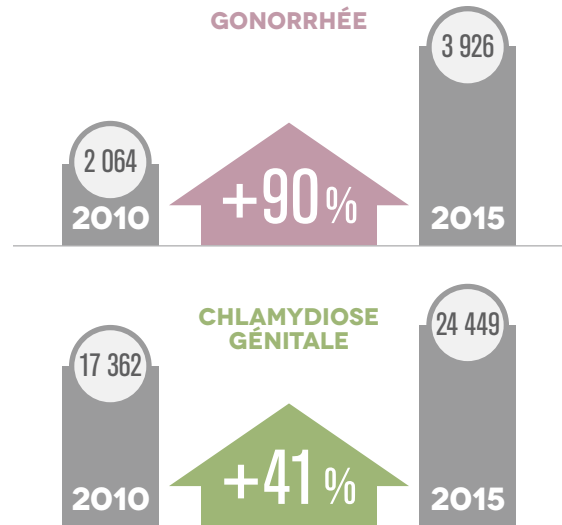
## Ce dont il s'agit

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) posent encore aujourd'hui des défis importants en ce qui a trait à la prévention, au dépistage et au contrôle de la transmission. Les personnes infectées courent davantage de risque de souffrir de stérilité, d'infections pelviennes ou d'une grossesse ectopique. Les ITSS augmentent aussi le risque d'acquisition et de transmission du virus de l'immunodéficience humaine<sup>115</sup>. De plus, les mères infectées peuvent transmettre l'infection à leur nouveau-né. Le fait que plusieurs ITSS provoquent peu de symptômes favorise la transmission de ces infections à d'autres personnes, surtout en l'absence de comportements préventifs comme le port du condom. Par ailleurs, la gonorrhée devient de plus en plus résistante aux antibiotiques couramment utilisés, à tel point que les avenues de traitement se rétrécissent de façon inquiétante<sup>116</sup>.

PARMI LES CAS DÉCLARÉS EN 2015



CAS DÉCLARÉS



## Ce que les données montrent

Amorcée à la fin des années 1990, la hausse du nombre de nouveaux cas d'ITSS se poursuit au Québec, notamment en ce qui concerne la gonorrhée et la chlamydie génitale. Ainsi, entre 2010 et 2015, les cas déclarés ont augmenté respectivement de 90% et de 41%<sup>nn</sup>. Depuis la réapparition de la syphilis infectieuse en 2002, le nombre de cas s'est lui aussi accru, atteignant 737 en 2015<sup>nn</sup>. Le recours accru au dépistage explique partiellement l'augmentation de ces ITSS<sup>116</sup>. En 2014, on dénombrait 285 nouveaux diagnostics d'infection par le VIH<sup>oo</sup>; le nombre tend toutefois à diminuer depuis<sup>116</sup>.

Les ITSS touchent davantage certains groupes de la population, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues par injection ou inhalation, les Autochtones et les jeunes<sup>116</sup>. En 2015, les personnes de 15 à 24 ans représentent près des deux tiers des cas de chlamydie génitale au Québec<sup>117</sup>. De plus, certains jeunes (ex. : jeunes de la rue ou hébergés dans les centres jeunesse) se révèlent particulièrement vulnérables aux ITSS<sup>116, 117</sup>.

Les obstacles au dépistage et au traitement demeurent bien présents pour l'ensemble des populations vulnérables. Par exemple, parmi les jeunes de

17 à 29 ans fréquentant un établissement scolaire, près de la moitié des hommes et plus du tiers des femmes rapportent avoir éprouvé des difficultés à obtenir des services de dépistage des ITSS (ex. : difficulté à obtenir un rendez-vous, ne pas connaître les ressources disponibles)<sup>116</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

La lutte contre les ITSS doit s'articuler autour de la promotion de comportements sécuritaires et à faible risque, du dépistage, du traitement des personnes infectées et des interventions préventives auprès de leurs partenaires. Elle nécessite donc une approche intégrant diverses stratégies adaptées aux besoins des populations ciblées et des actions menées près de leurs milieux de vie. La contribution d'un ensemble d'acteurs (ex. : milieux de soins, écoles, organismes communautaires) s'avère essentielle à cette lutte.

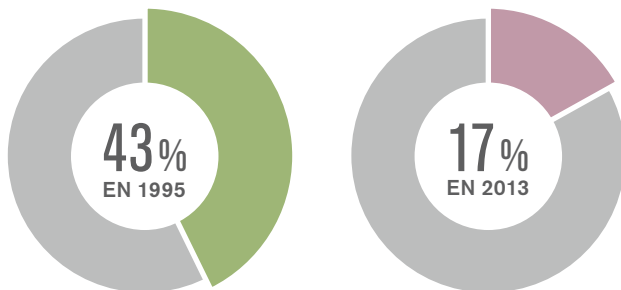
Le suivi des changements qui se produisent permet lui aussi d'adapter les interventions. Par exemple, la résistance aux antibiotiques peut évoluer rapidement, nécessitant ainsi une révision des traitements recommandés. En somme, il faut poursuivre les actions de prévention et de contrôle, particulièrement auprès des groupes vulnérables, pour endiguer la hausse des ITSS.

## Ce dont il s'agit

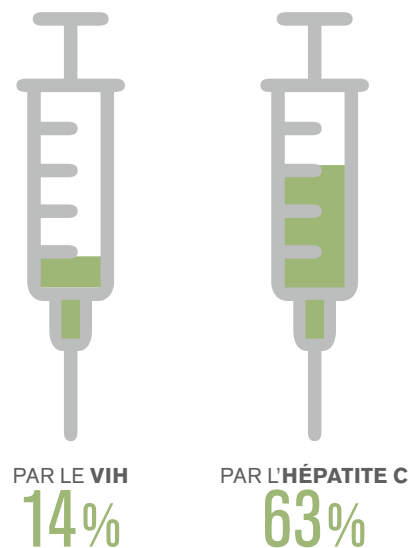
Les utilisateurs de drogues par injection (UDI) sont exposés à divers risques pour leur santé<sup>115</sup>, dont celui de contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) comme l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) ou par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le principal risque de transmission de ces infections demeure le partage du matériel de préparation et d'injection de drogues (ex. : seringues, contenant de chauffage)<sup>118</sup>.

Bien que la cocaïne occupe toujours le premier rang des drogues injectées, les médicaments apparentés à la morphine (opioïdes) gagnent du terrain<sup>118</sup>. Le contexte clandestin de l'injection et la grande variation dans la composition des substances vendues aux UDI les exposent à un risque accru de surdose accidentelle. À l'été 2014, une hausse soudaine des cas de surdose accidentelle est survenue à Montréal ; les 79 cas répertoriés ont entraîné 28 décès<sup>116</sup>.

UTILISATEURS DE **DROGUES PAR INJECTION** AYANT  
UTILISÉ DES SERINGUES USAGÉES



UTILISATEURS DE **DROGUES PAR INJECTION** INFECTÉS  
ENTRE 2003 ET 2014



## Ce que les données montrent

En 2014-2015, environ 54 600 Québécois de 15 ans et plus déclarent avoir utilisé des drogues injectables au cours de leur vie<sup>117</sup>. Pendant la période 2003-2014, environ un UDI sur sept a été infecté par le VIH, tandis que près des deux tiers des UDI ont contracté le VHC<sup>118</sup>. Le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH est relativement stable chez les UDI depuis 2008 et les nouvelles infections au VHC restent nombreuses<sup>118</sup>.

L'usage grandissant des opioïdes suscite lui aussi des inquiétudes. La consommation d'une capsule ou d'un comprimé qui n'est pas conçu pour être injecté peut nécessiter plusieurs injections, ce qui accroît le risque de contracter le VIH et le VHC. On observe de plus que les opioïdes médicamenteux sont plus populaires chez les UDI âgés de 24 ans et moins<sup>118</sup>. Si l'injection avec une seringue déjà utilisée par une autre personne s'avère nettement moins fréquente qu'en 1995, environ un UDI sur six y a toujours recours en 2013<sup>118</sup>.

Les deux tiers des UDI infectés par le VIH sont traités pour leur infection, ce qui est le cas de moins d'un UDI sur cinq infecté par le VHC<sup>118</sup>. Bien qu'il ne soit pas indiqué de traiter d'emblée toutes les infections par le VHC, les traitements réduisent le risque de cirrhose du foie ou de décès<sup>118</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

La prévention a déjà fait ses preuves : la distribution de matériel d'injection stérile a contribué à réduire la proportion des UDI qui s'injectent avec du matériel déjà utilisé. Il importe donc de poursuivre les efforts.

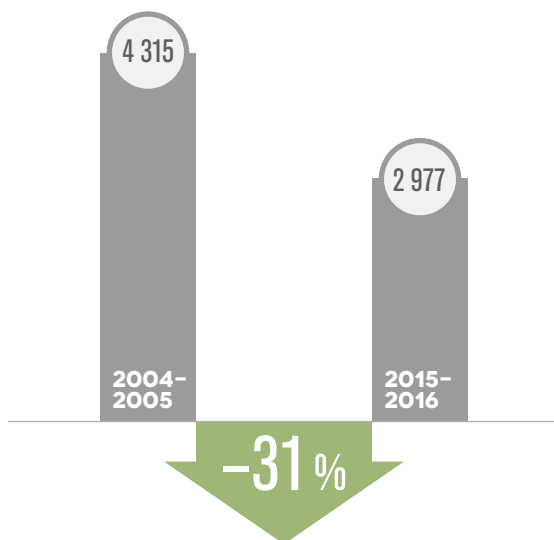
Les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS doivent joindre les UDI dans leurs milieux de vie et leur offrir des services adaptés à leurs besoins. La mise en place de services d'injection supervisée dans certains centres urbains permettrait de réduire la transmission d'infections et de prévenir des décès par surdose accidentelle. Mais plus encore, ces services représentent une opportunité d'offrir aux UDI une référence vers des services de prise en charge de leur dépendance et à un traitement plus adéquat de leurs problèmes de santé (ex. : toxicomanie, santé mentale, traitement des infections). Le travail de proximité dans les milieux de vie et la collaboration entre les divers intervenants s'avèrent cruciaux à cet égard (ex. : accès à la naloxone pour prévenir les décès liés aux surdoses). Si l'on prend en compte les conséquences des infections, notamment celles du VHC<sup>119</sup>, et les coûts associés à leur traitement, on constate que la prévention accrue comporte des bénéfices dont la société ne peut se passer.

## Ce dont il s'agit

De plus en plus de personnes vulnérables (ex. : personnes très âgées ou très malades) sont admises à l'hôpital pour recevoir des soins complexes. Les infections acquises dans un milieu de soins, ou *nosocomiales*, constituent un problème de santé qui affecte la qualité de vie des patients et la sécurité des soins<sup>120</sup>. Elles ont toujours été présentes, mais les caractéristiques des patients que l'on soigne et le type de soins qui leur sont donnés ont changé, ce qui peut augmenter le risque d'infection, voire même de décès.

Les infections nosocomiales ont un effet négatif sur l'accessibilité des soins par la survenue de complications, l'augmentation de la durée du séjour et la réadmission à l'hôpital<sup>120</sup>. Elles génèrent des coûts importants et mobilisent de nombreuses ressources. La prévention s'avère d'autant plus importante qu'à celle-ci s'ajoute le défi posé par les infections résistantes à plusieurs antibiotiques, qui occasionnent des difficultés croissantes pour le traitement des personnes atteintes.

### CAS DE DIARRHÉES ASSOCIÉES AU *C. DIFFICILE*



### HAUSSE DE L'ACQUISITION DE BACILLES GRAM NÉGATIF PRODUCTEURS DE CARBAPÉNÉMASES CHEZ LES PERSONNES HOSPITALISÉES ENTRE 2014-2015 ET 2015-2016.



## Ce que les données montrent

Le nombre de cas de diarrhées associées au *C. difficile* acquis en milieu de soins fluctue au cours des mois, des saisons et des années. On remarque tout de même une diminution totale de 31 % de la fréquence de ces infections depuis 2004-2005<sup>pp</sup>. Plus récemment, entre 2014-2015 et 2015-2016, une baisse de 14 % a été enregistrée. Parmi les quelque 3 000 cas dénombrés en 2015-2016, 219 ont entraîné le décès dans les dix jours suivant le début de la maladie<sup>pp</sup>.

La prévention de la transmission des bactéries résistantes aux antibiotiques dans les milieux de soins est une source de préoccupation constante. Parmi ces bactéries, les bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases suscitent des inquiétudes particulières. Malheureusement, ils se font désormais plus fréquents. On a confirmé leur acquisition au cours de l'hospitalisation chez 74 personnes au Québec en 2015-2016, soit une augmentation de 28 % par rapport à 2014-2015<sup>pp</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Depuis dix ans, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales ont connu des progrès considérables. L'engagement soutenu des professionnels de la santé, des gestionnaires et des autres travailleurs dans les milieux de soins a contribué à mieux organiser la lutte contre ces infections et à offrir à la population québécoise des soins plus sécuritaires<sup>120</sup>. Une vigilance constante permet d'adapter au fur et à mesure les mesures de prévention et de contrôle, de façon à pouvoir lutter efficacement contre des agents infectieux évoluant rapidement.

Le *Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales* mise sur l'application d'un ensemble cohérent de mesures et sur la collaboration de tous les acteurs concernés par la question au Québec. Il comprend des mesures d'ingénierie ainsi que des mesures immobilières, notamment la configuration des chambres et des installations sanitaires. Il comprend également des mesures organisationnelles, comme les politiques et les procédures encadrant les actions à adopter par le personnel, les patients et les visiteurs, auxquelles s'ajoutent les mesures de protection personnelle. Cela montre que la prévention des infections nosocomiales est une responsabilité partagée et que chacun a un rôle à jouer pour relever ce défi.

Le Québec occupe une place enviable à l'échelle mondiale en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Cela s'explique en grande partie par les conditions de vie et d'hygiène ainsi que par les avancées scientifiques et technologiques, mais aussi par un réseau de la santé et des services sociaux expérimenté. Certes, la gravité des maladies infectieuses varie grandement de l'une à l'autre, tout comme les traitements. Néanmoins, ces infections peuvent, dans certains cas, devenir une menace pour toute la population si aucune action de prévention et de protection n'est prise. Cela est d'autant plus important si on prend en compte, d'une part, le phénomène de la mondialisation, qui facilite la propagation de plusieurs de ces maladies, et, d'autre part, les changements climatiques qui ont déjà un effet sur les infections transmises par des vecteurs comme les insectes. De plus, le risque peut être accru pour certaines populations vulnérables, dont les populations autochtones et les personnes âgées, qui cumulent souvent plusieurs facteurs de risque.

### Des leviers pour contrer les menaces infectieuses en temps opportun

Les activités de vigie permettent de réagir rapidement lorsqu'une menace est détectée, notamment grâce au cadre légal qui encadre les maladies à déclaration obligatoire. Elles mobilisent les ressources nécessaires afin de mettre en place, en temps opportun, les mesures de prévention et de protection adéquates pour limiter la transmission des maladies infectieuses. Ces mesures comprennent la vaccination, le dépistage, le retrait du marché de produits alimentaires contaminés ou pouvant l'être ainsi que la distribution de matériel permettant de prévenir des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Elles reposent sur la collaboration étroite entre différents partenaires de plusieurs secteurs d'activité (ex. : bioalimentaire, santé, petite enfance, éducation, travail, milieux municipaux ou communautaires).

L'évolution de certains micro-organismes infectieux favorise l'apparition de nouvelles infections et, dans certains cas, contribue au phénomène de l'antibiorésistance ; cela pose un défi au regard du contrôle des maladies infectieuses. Il faut donc constamment adapter les priorités, les pratiques et les modes d'organisation des services. Cela permet notamment de mieux répondre aux besoins des différents groupes de population dans leurs milieux (ex. : milieux de soins et d'hébergement, milieu carcéral, écoles, services de garde éducatifs à l'enfance, organismes intervenant auprès des utilisateurs de drogues). L'initiative récente visant l'organisation de services d'injection supervisée de drogues témoigne de cette adaptation des pratiques aux besoins des groupes à risque<sup>121</sup>. Elle atteste de l'essentielle collaboration intersectorielle qui permet aux différents partenaires de poursuivre leurs objectifs respectifs, souvent complémentaires.

### Un éventail de stratégies de prévention complémentaires

Informé et sensibilisé la population quant aux risques infectieux et promu auprès d'elle les meilleurs moyens de prévenir ces risques s'avèrent essentiels pour la protéger de la transmission des maladies infectieuses et d'éventuelles épidémies. Les messages de sensibilisation s'articulent autour de plusieurs enjeux : la promotion du matériel et des services de prévention des maladies infectieuses ; la promotion de comportements sécuritaires ; l'utilisation judicieuse des antibiotiques ; les bonnes pratiques en matière d'hygiène, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Ces pratiques s'avèrent primordiales dans le contexte du vieillissement de la population, où un nombre croissant de personnes âgées et vulnérables sont admises à l'hôpital.

Enfin, la vaccination demeure le moyen le plus efficace de prévenir certaines maladies infectieuses. Le *Programme québécois d'immunisation* vise particulièrement des groupes vulnérables de la population (ex. : poupons, enfants, personnes atteintes de maladies chroniques, personnes âgées), lesquels peuvent être joints grâce à la collaboration de nombreux partenaires : ceux du réseau de la santé et des services sociaux, auxquels s'ajoutent ceux des milieux scolaires et des milieux de garde. Il convient par ailleurs de soutenir adéquatement la décision individuelle concernant la vaccination et d'améliorer l'accès aux services pour atteindre des couvertures vaccinales qui protègent l'ensemble de la population.

Si des gains ont été enregistrés au chapitre de la lutte contre les maladies infectieuses, de nouveaux défis se présentent. Afin d'éviter la réémergence de certaines maladies infectieuses et de protéger la population contre l'apparition de nouvelles infections, la vigilance doit être continue et le combat, mené sur tous les fronts.

# CHAPITRE 4

## POUR DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

- Les changements climatiques
- La qualité de l'air intérieur
- La qualité de l'eau potable et récréative
- L'occupation durable du territoire
- Le bruit en milieu de travail
- Les troubles musculo-squelettiques en milieu de travail
- La sécurité des milieux de vie
- Les environnements favorables aux saines habitudes de vie

Les différents usages du territoire (ex. : résidentiel, agricole, industriel, commercial, récréatif) donnent souvent lieu à des débats publics quand des projets qui rendront parfois la cohabitation difficile suscitent des préoccupations au sein de la population. Des préoccupations légitimes, car la qualité des environnements naturels, de vie et de travail influence en effet la santé de multiples façons.

Les problèmes de santé associés aux différents environnements, incluant le milieu de travail, sont souvent complexes et variés. Ils peuvent être de nature aiguë et nécessiter une intervention immédiate (ex. : intoxication) ou, à l'opposé, se développer lentement et s'avérer chroniques (ex. : maladies cardiorespiratoires, troubles musculo-squelettiques, allergies, surdité, cancers). Les caractéristiques de l'environnement peuvent aussi favoriser les maladies transmissibles (ex. : gastro-entérite, maladie de Lyme, légionellose) et l'apparition de problèmes psychosociaux (ex. : anxiété, troubles du sommeil).

Cela dit, le risque de voir leur santé affectée se révèle plus élevé pour certaines populations, notamment les enfants, les femmes enceintes et les personnes vieillissantes ou atteintes de maladies chroniques. Il en va de même pour des travailleurs soumis, en raison de leurs conditions de travail, à une exposition intense à un ou plusieurs agresseurs simultanément (ex. : bruit, chaleur).

## Plusieurs facteurs en cause

Les facteurs de risque environnementaux revêtent différentes formes et renvoient à l'ensemble des éléments susceptibles de nuire à la santé des populations exposées. Ils englobent les sinistres (ex. : déversement de matières dangereuses) et l'exposition prolongée à des contaminants biologiques, chimiques ou physiques d'origine environnementale (ex. : bactéries, pesticides, radon). Ces contaminants peuvent résulter des activités humaines, notamment industrielles et routières. Celles-ci ont parfois d'autres conséquences : le bruit qu'elles génèrent, qui constitue un facteur de risque de plus en plus répandu dans notre société, peut entraîner des effets physiques et psychosociaux, et diminuer la qualité de vie de la population. Les contaminants peuvent également être présents dans les logements et en causer la dégradation (ex. : mauvaise qualité de l'air intérieur, moisissures, infestation) en plus d'affecter la santé des occupants.

L'environnement bâti peut présenter des lacunes qui ont une influence sur certaines habitudes de vie favorisant la bonne santé, telles que la saine alimentation (ex. : désert alimentaire) ou la pratique d'activités physiques (ex. : absence d'aménagement cyclable et piétonnier ou d'aire de jeux). Sa configuration pose aussi, dans certains cas, des problèmes de sécurité pour la population parce qu'elle augmente les risques de survenue de traumatismes, qu'ils soient intentionnels (ex. : violence) ou non (ex. : accident routier, noyade). Enfin, l'aménagement et les risques en milieu de travail (ex. : charges lourdes, vibrations) influencent également le bien-être et la santé des travailleurs.

## Des défis majeurs

Les changements climatiques figurent parmi les problématiques susceptibles de poser de nouveaux défis pour la santé humaine. Ils accroîtront, entre autres, les risques d'exposition de la population aux catastrophes naturelles (ex. : inondations, feux de forêts), à la chaleur et à la pollution. Les variations climatiques favoriseront aussi l'émergence de zoonoses et de maladies transmises par les insectes.

Au même titre que la préservation des environnements naturels revêt une importance croissante aux yeux de la population, cette dernière se préoccupe de plus en plus des effets sur la santé des innovations technologiques ou encore des grands projets de développement qui refa onnent le territoire. Accidents industriels meurtriers et dévastateurs, déversement de matières polluantes et dangereuses, exposition aux champs électromagnétiques des lignes à haute tension constituent autant d'exemples de sujets qui ont marqué l'actualité et les esprits ces dernières années. Il est donc normal que la population prête une attention particulière aux projets qui vont laisser leur empreinte sur ses milieux de vie, que ces projets aient une portée locale ou nationale. Certains d'entre eux sont une source connue de nuisances ou de contaminants, sur lesquels il est possible d'agir, alors que d'autres auront des effets sur la santé de la population encore méconnus aujourd'hui et dont l'élimination ou l'atténuation poseront de nouveaux défis.

Enfin, une attention particulière doit aussi être accordée aux inégalités sociales de santé. En matière d'environnement, les populations plus défavorisées sur le plan socioéconomique sont généralement davantage exposées à plusieurs sources de nuisance ou de contaminants et courent un risque plus grand d'en cumuler les effets délétères (ex. : quartier situé à proximité d'une zone industrielle, bruit environnemental, agresseur en milieu de travail).

Les enjeux liés au développement de milieux de vie sains et sécuritaires s'avèrent donc d'une grande importance. Après avoir été abordés sous l'angle des habitudes de vie dans le chapitre 2, ces enjeux seront traités ici dans une perspective plus globale.



## Divers sujets sous la loupe

Le présent chapitre souhaite apporter un éclairage sur huit sujets liés à l'environnement physique (incluant le milieu bâti) et au milieu de travail, soit :

- les changements climatiques,
- la qualité de l'air intérieur,
- la qualité de l'eau potable et récréative,
- l'occupation du territoire,
- le bruit en milieu de travail,
- les troubles musculo-squelettiques en milieu de travail,
- la sécurité des milieux de vie,
- les environnements favorables aux saines habitudes de vie.

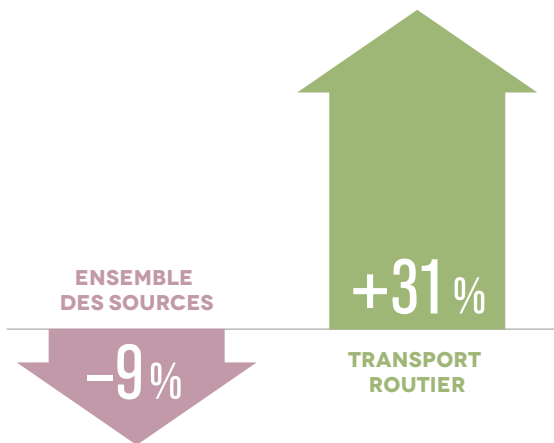


## Ce dont il s'agit

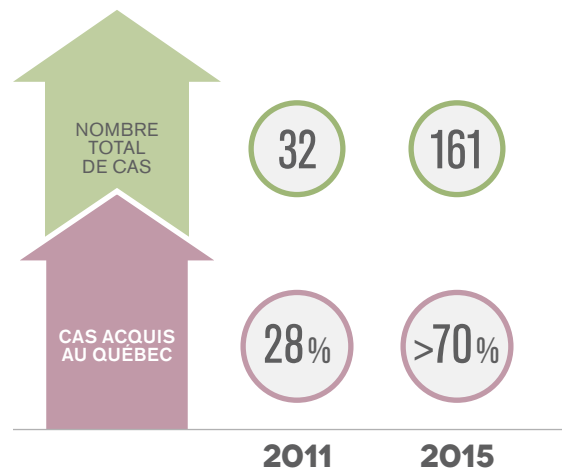
Principalement engendrés par l'activité humaine, les changements climatiques risquent d'avoir des répercussions qui vont s'accroître au Québec, comme ailleurs dans le monde. Leurs effets négatifs sur la santé, notamment en raison d'événements météorologiques extrêmes plus intenses et plus fréquents, tels que les vagues de chaleur, les inondations ou le verglas, pourraient donc s'accroître (ex. : blessure, maladie gastro-intestinale, décès). Certaines maladies, dont la maladie de Lyme ou l'infection par le virus du Nil occidental, devraient elles aussi devenir plus fréquentes. Par ailleurs, les individus ou les populations connaissant des conditions de vulnérabilité (ex. : bébés, enfants, personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques) subissent davantage les effets de ces événements.

Les changements climatiques et les activités humaines ont aussi des conséquences négatives sur la qualité de l'air. Il y a en effet plus de contaminants (smog<sup>VIII</sup>, particules fines) et de pollens dans l'air<sup>122, 123</sup>, ce qui risque d'exacerber les problèmes respiratoires et cardiovasculaires. Par exemple, la rhinite saisonnière, ou *rhume des foins*, est une réaction allergique causée par l'exposition aux pollens. Un autre effet des changements climatiques étant l'allongement de la saison de croissance des végétaux, la période des allergies pourrait se voir prolongée au cours des prochaines années<sup>124</sup>.

### ÉMISSIONS DE GAZ À EFFET DE SERRE PRODUITS PAR L'ACTIVITÉ HUMAINE AU QUÉBEC DE 1990 À 2013



### MALADIE DE LYME



## Ce que les données montrent

La canicule de 2010 a été associée à environ 300 décès prématurés supplémentaires par rapport à ceux enregistrés pendant les périodes correspondantes entre 2005 et 2009<sup>125</sup>. Depuis 2010, des vagues de chaleur se produisent maintenant tous les étés au Québec, mais aucun autre excès de décès liés aux vagues de chaleur n'a été observé<sup>126</sup>.

La maladie de Lyme connaît une progression importante depuis 2011, le nombre de cas déclarés étant passé de 32 cette année-là à 161 en 2015<sup>94</sup>. Accusant une forte fluctuation annuelle, le nombre de cas d'infection par le virus du Nil occidental est passé de 134 en 2012 à 6 en 2014 et à 45 en 2015<sup>94</sup>. Quant à la rhinite saisonnière, un Québécois sur huit en souffre, entre juillet et octobre, en 2014-2015<sup>m</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Des mesures préventives réunissant un ensemble d'acteurs sont mises en place afin de protéger la population et de favoriser son adaptation aux changements climatiques (ex. : lutte contre les îlots de chaleur, notamment par la végétalisation ; contrôle des pollens ; programme de surveillance des maladies)<sup>126</sup>. Le *Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques* vise notamment à soutenir la recherche en adaptation ainsi qu'à prévenir et à limiter les maladies, les blessures, la mortalité et les conséquences de ces changements<sup>126</sup>.

Enfin, un outil a été mis en place. En cas de canicule, le Système de surveillance et de prévention des impacts sanitaires des événements météorologiques extrêmes transmet, au personnel du réseau de la santé et des services sociaux, des avertissements sur les mesures de prévention à prendre et les étapes de l'intervention d'urgence, s'il y a lieu.

<sup>VIII</sup>. Brume jaunâtre provenant d'un mélange de polluants atmosphériques constitué surtout de particules fines et d'ozone.

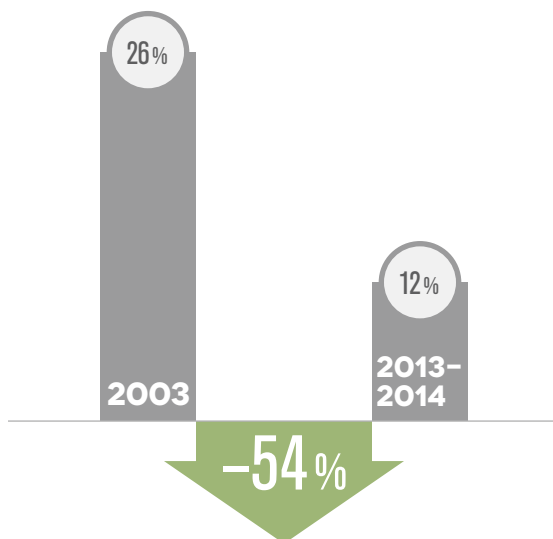
## Ce dont il s'agit

Les Québécois passent de 80% à 90% de leur temps à l'intérieur. La qualité de l'air dans leur domicile, leurs lieux de travail et les locaux qui servent à leurs loisirs revêt donc une importance particulière du point de vue de la santé. D'ailleurs, sept Canadiens sur dix se disent préoccupés par cette question<sup>127, 128</sup>.

Divers types de contaminants, souvent invisibles, peuvent se trouver dans l'air intérieur et ainsi affecter la santé, particulièrement le système respiratoire, des occupants. Parmi les contaminants les plus fréquents figurent le radon, la fumée de tabac dans l'environnement, le monoxyde de carbone et des composés organiques volatils tels que le formaldéhyde<sup>128</sup>. En outre, la présence d'humidité excessive dans l'air et ses répercussions – comme la prolifération de moisissures, d'acariens et de bactéries – peuvent avoir des effets négatifs sur la santé.

La fumée de tabac dans l'environnement et l'humidité excessive constituent les principaux facteurs de risque modifiables associés à la prévalence de l'asthme, des infections respiratoires et de la rhinite allergique hivernale chez les enfants<sup>128, 129</sup>. Les personnes les plus affectées par la mauvaise qualité de l'air sont les très jeunes enfants et les personnes âgées, les personnes asthmatiques et allergiques ainsi que celles dont le système immunitaire est affaibli<sup>129, 130</sup>.

### POPULATION EXPOSÉE À LA FUMÉE SECONDAIRE



### EN 2014, SUR 10 MÉNAGES MONTRÉALAIS,



4 SONT AUX PRISES AVEC  
DES PROBLÈMES DE MOISSURES.

## Ce que les données montrent

La présence de moisissures apparentes ou d'infiltration d'eau est rapportée par 20% des ménages sur l'île de Montréal en 2014 ; lorsque les moisissures non apparentes sont prises en compte, la proportion atteint 38%<sup>128</sup>. Les ménages locataires vivent deux fois plus souvent que les ménages propriétaires dans des logements où se posent des problèmes d'humidité et de moisissures. Les familles monoparentales et les couples avec enfants courent deux fois plus de risque d'être affectés par l'insalubrité de leur logement que les personnes seules<sup>128</sup>. Ces résultats sont comparables à ceux d'autres études canadiennes<sup>130</sup>.

Par ailleurs, on estime que plus d'une personne sur dix est exposée à la fumée de tabac à la maison en 2013-2014, soit deux fois moins qu'il y a dix ans. La proportion de la population de 12 ans et plus souffrant d'asthme demeure quant à elle stable, à 9%. Elle s'avère plus élevée chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique<sup>128</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Les bonnes pratiques pour améliorer la qualité de l'air intérieur incluent notamment l'inspection et l'entretien préventif des bâtiments (ex. : toiture, ventilation), la correction rapide des infiltrations d'eau, l'installation de détecteurs de monoxyde de carbone ainsi que la mesure de la concentration de radon dans les logements<sup>129, 130</sup>. La ventilation mécanique est à privilégier, car elle permet d'améliorer de façon significative la qualité de l'air intérieur des habitations<sup>131, 132</sup>.

L'adoption, par les municipalités, d'une réglementation sur la salubrité des logements ainsi que le soutien financier apporté à la rénovation et à la construction de logements, par des mesures fiscales ou divers programmes gouvernementaux, peuvent jouer un grand rôle dans l'amélioration de la qualité de l'air intérieur et la réduction des inégalités sociales de santé au sein de la population<sup>128, 131</sup>.

## Ce dont il s'agit

Source de vie et de plaisir, l'eau est une ressource essentielle qu'il faut protéger et bien gérer si l'on veut continuer à en profiter. Divers facteurs peuvent en affecter la qualité et la salubrité, dont la contamination par des microbes ou par des produits chimiques (ex. : produits pétroliers, métaux, pesticides)<sup>133</sup>. Même si les cas d'infection et d'intoxication restent assez rares, les conséquences d'un seul épisode peuvent être graves. À long terme, la présence de certains produits chimiques dans les eaux de surface ou souterraines, notamment en zone agricole, pourrait aussi se révéler néfaste. Cependant, en pratique, ces substances demeurent le plus souvent en deçà des normes sécuritaires établies pour l'eau des systèmes d'aqueduc. Par ailleurs, la qualité des eaux récréatives naturelles (ex. : lacs, rivières) peut aussi être affectée par divers polluants, parasites ou bactéries (ex. : algues bleu-vert<sup>134</sup>).

Quant aux eaux souterraines, l'eau des puits privés de surface<sup>135</sup> est plus sujette à la contamination, tant infectieuse que chimique, par comparaison à celle des puits artésiens, plus profonds. La responsabilité de la surveillance de la qualité de l'eau d'un puits privé incombe à son propriétaire.

ANALYSES CONFORMES AUX NORMES DE QUALITÉ  
DE L'EAU POTABLE POUR LA PÉRIODE 2005-2009

ANNUELLEMENT, ENTRE 2011 ET 2015,

>99%



166  
AVIS D'ÉBULLITION  
DE L'EAU



28  
AVIS DE  
NON-CONSOMMATION  
DE L'EAU

## Ce que les données montrent

Au Québec, l'eau distribuée est d'excellente qualité : 99 % des résultats concernant l'eau potable se révèlent conformes aux normes en vigueur<sup>136</sup>. Quand l'eau potable est contaminée ou présente des risques de l'être, les autorités concernées par la situation émettent des avis d'ébullition ou de non-consommation. De 2011 à 2015, on compte annuellement, en moyenne, 166 avis d'ébullition et 28 avis de non-consommation<sup>58</sup>.

De 2010 à 2014, on dénombre 51 éclosions de maladies liées à l'eau de consommation et de récréation ; deux sur dix ont une source chimique et huit sur dix, une origine infectieuse<sup>11</sup> (ex. : virus, protozoaire, bactérie). Les cas d'infection concernent à peu près également l'eau de consommation et les eaux récréatives (ex. : piscines, lacs)<sup>11</sup>. Les maladies hydriques contractées dans une piscine affectent, en moyenne, une centaine de personnes par année<sup>11</sup>. Les données de 2005 à 2014 montrent que les éclosions d'infections bactériennes liées aux spas surviennent principalement en raison de lacunes dans les mesures d'hygiène<sup>11</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

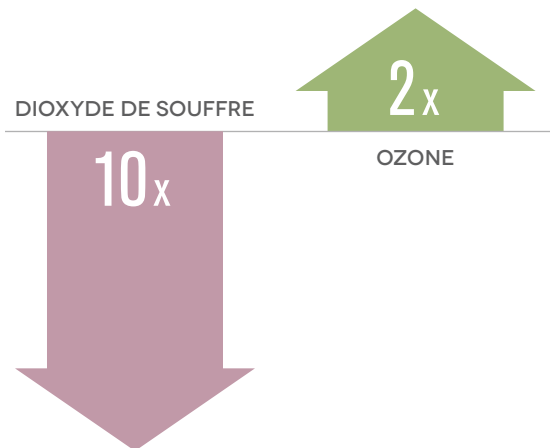
La qualité de l'eau, quel que soit l'usage de celle-ci, est une responsabilité collective et le fruit d'efforts de plusieurs partenaires de divers secteurs d'activité (ex. : milieux municipal, agricole, industriel). L'approche par barrières multiples (protection des sources d'eau, traitement de l'eau, contrôle de l'intégrité du réseau de distribution) assure une surveillance constante de la qualité de l'eau, de la source jusqu'au robinet. À titre d'exemple de protection des eaux naturelles, la *Stratégie phytosanitaire québécoise en agriculture* propose de nombreuses actions et outils pour réduire les risques liés aux pesticides agricoles. Le *Plan d'intervention gouvernemental sur les algues bleu-vert 2007-2017* recommande des comportements et des pratiques sécuritaires à adopter en présence de cette forme de contamination. De plus, les normes et les règlements sur la qualité de l'eau potable et des eaux de piscines ou autres bassins artificiels sont régulièrement mises à jour. Enfin, plusieurs partenaires collaborent à la protection de la santé de la population en s'assurant de la qualité de l'eau potable et des eaux récréatives, dans le cadre de la *Stratégie québécoise de l'eau*.

## Ce dont il s'agit

Le développement économique contribue à la vitalisation des milieux et des communautés (ex. : emploi, frein à l'exode des jeunes). Il ne doit toutefois pas se faire au détriment de la qualité de l'environnement et de la santé de la population. Par exemple, les conséquences du transport et de l'étalement urbain sur la santé sont importantes<sup>137</sup> (ex. : augmentation des émissions de gaz à effet de serre, problèmes de santé liés à un mode de vie sédentaire, mauvaise qualité de l'air). Le risque d'accidents technologiques est aussi source de préoccupations grandissantes (ex. : transport et entreposage des matières dangereuses).

L'aménagement du territoire joue un rôle clé pour faciliter la cohabitation des différents usages, limiter les risques pour la santé physique et psychosociale de la population ainsi que préserver la qualité de nos environnements naturels et bâtis.

### CHANGEMENTS DANS LA QUALITÉ DE L'AIR ENTRE 1979 ET 2014



### PERSONNES INCOMMODÉES PAR LE BRUIT DE LA CIRCULATION ROUTIÈRE EN 2014-2015

282 000

## Ce que les données montrent

Le transport routier et le secteur industriel sont responsables, respectivement, de 34 % et de 31 % des émissions de gaz à effet de serre<sup>138</sup>. Le transport est la source principale de plusieurs contaminants<sup>uu</sup> et du bruit environnemental. En 2014-2015, 282 000 Québécois se disent fortement dérangés à leur domicile par le bruit de la circulation routière<sup>m</sup>.

De manière générale, la qualité de l'air extérieur s'est améliorée au Québec de 1979 à 2014<sup>vv</sup>. Toutefois, on estime que la mauvaise qualité de l'air engendrerait environ 2 000 décès prématurés, 450 visites à l'urgence pour des problèmes cardiaques ou respiratoires et un cumul de 245 000 journées de symptômes d'asthme<sup>139</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

La révision des plans et des schémas d'aménagement et de développement du territoire prévoit la participation de différents acteurs, y compris ceux de la santé et des services sociaux. Il est ainsi possible de minimiser les risques pour la santé tout en maximisant les retombées positives, sur

les plans social et économique, des aménagements du territoire et des projets de développement, particulièrement lorsque les communautés concernées par ceux-ci sont partie prenante de leur planification.

Certaines actions intersectorielles visant à réduire les conséquences négatives de plusieurs sources de pollution et de nuisance sont menées à tous les paliers de gouverne. Il peut s'agir de l'adoption de politiques (ex. : sur la qualité de l'air ou la production agricole)<sup>140</sup> ou d'interventions sur le territoire (ex. : aménagement des nouveaux quartiers résidentiels loin des zones industrielles).

Enfin, au Québec, les projets de grande envergure font généralement l'objet d'un processus d'évaluation des impacts environnementaux, mais aussi sanitaires, sociaux et psychologiques<sup>141, 142, 143</sup>. Par un éclairage scientifique présenté sur différentes tribunes, dont le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement, il est possible de prendre en compte les connaissances pertinentes et les préoccupations des différentes parties concernées par un tel projet (ex. : citoyens, travailleurs, autorités)<sup>144</sup> afin de dégager des pistes de solution pour prévenir et gérer les risques<sup>145</sup>.

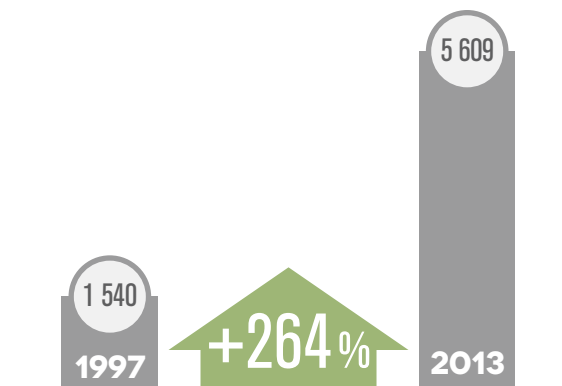
## Ce dont il s'agit

Le bruit est un facteur de risque très présent en milieu de travail. L'exposition quotidienne à des niveaux de bruit nocifs entraîne, à plus ou moins long terme, des dommages irréversibles au système auditif. Le bruit provoque également du stress et de la fatigue qui peuvent altérer la santé du travailleur. L'hypertension artérielle, le risque d'accidents de travail, dont certains sont mortels, et le risque, pour la travailleuse enceinte, de donner naissance à un bébé de petit poids<sup>146</sup> font partie des problèmes associés à une exposition nocive au bruit. De plus, la surdité peut constituer un handicap important dans la vie quotidienne. Le travailleur atteint a tendance à moins communiquer avec ses proches et à s'isoler, ce qui freine sa participation sociale<sup>147</sup>. En 2005-2007, un cas de surdité professionnelle coûte en moyenne 153 600 dollars à la société québécoise<sup>148</sup>.

TRAVAILLEURS EXPOSÉS À DES NIVEAUX  
DE BRUIT NOCIFS EN MILIEU DE TRAVAIL EN 2014-2015

315 000

NOUVEAUX CAS ANNUELS  
DE SURDITÉ PROFESSIONNELLE



## Ce que les données montrent

En 2014-2015, plus de 300 000 travailleurs québécois sont exposés à des niveaux de bruit nocifs, le plus souvent dans les secteurs de la fabrication et de la construction<sup>m</sup>. De 2010 à 2014, près de 6 000 travailleurs ont fait l'objet de mesures préventives particulières en raison d'une exposition intense au bruit<sup>149</sup>.

Entre 1997 et 2013, le nombre de nouveaux cas de surdité professionnelle déclarés à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et acceptés, annuellement, par cet organisme a plus que triplé<sup>ww</sup>. Le taux d'incidence de la surdité professionnelle est passé de 26 à 81 cas pour 100 000 personnes. Le vieillissement n'explique qu'une faible partie de cette augmentation<sup>147</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Plusieurs mesures permettent de réduire l'exposition des travailleurs au bruit et de prévenir la surdité professionnelle. Le port de protecteurs auditifs ne suffit toutefois pas<sup>150, 151</sup>. C'est pourquoi l'employeur doit mettre en œuvre des mesures préventives pour réduire le bruit à la source, isoler tout poste de travail exposé à ce bruit et insonoriser les locaux de travail, comme le prévoit le Règlement sur la santé et la sécurité du travail<sup>152</sup>. En 2016, la CNESST a formé un comité dont le mandat consiste à revoir la réglementation sur le bruit en milieu de travail, dont les normes n'ont pas changé depuis 1979.

En général, il faut combiner plusieurs actions pour réduire significativement les niveaux de bruit, d'où la nécessaire coordination des différents acteurs (ex. : Réseau de santé publique en santé au travail, CNESST, employeurs, syndicats). À titre d'exemple, un plan d'action concerté avec la CNESST a permis à la région de la Chaudière-Appalaches de mettre en place des solutions concrètes pour réduire ou atténuer le bruit au travail dans des cas de surexposition extrême<sup>153, 154</sup>. Par ailleurs, un guide de bonnes pratiques à l'intention des médecins a été produit par le Réseau de santé publique en santé au travail en vue du retrait préventif de la travailleuse enceinte soumise à une forte exposition au bruit en milieu de travail<sup>155</sup>.

## Ce dont il s'agit

Les divers troubles musculo-squelettiques (TMS) non traumatiques, soit maux de dos, entorses lombaires, tendinites, bursites, syndromes du canal carpien et épicondylites notamment, sont fréquents en milieu de travail<sup>156</sup>. Ils résultent d'un ensemble de facteurs, dont les contraintes physiques du travail. Parmi celles-ci figurent les efforts, les gestes répétitifs, les postures contraignantes, la manutention de charges lourdes ainsi que les vibrations. Les contraintes organisationnelles et psychosociales du travail contribuent elles aussi à l'apparition des TMS.

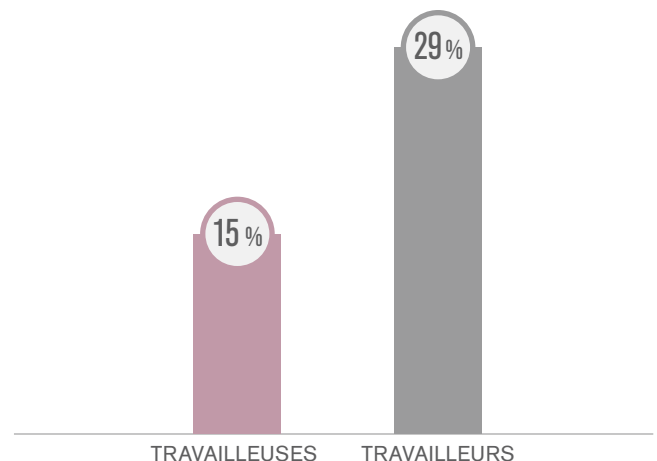
Les TMS, qui constituent l'une des causes principales d'incapacité, imposent un fardeau économique et humain. Ils coûtent environ 650 millions de dollars annuellement à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)<sup>157</sup>. De plus, ils entraînent la perte de 4,5 millions de jours de travail par année<sup>158</sup>.

EN 2014-2015, SUR 10 TRAVAILLEUSES/TRAVAILLEURS,



SOUFFRENT DE TROUBLES  
MUSCULO-SQUELETTIQUES  
LIÉS AU TRAVAIL.

EXPOSITION À UN NIVEAU ÉLEVÉ DE  
CONTRAINTES PHYSIQUES LIÉES AU TRAVAIL EN 2014-2015



## Ce que les données montrent

Au Québec, les TMS non traumatiques liés au travail représentent environ 30% des lésions professionnelles indemnisées par la CNESST pendant la période 2011-2013<sup>www</sup>. Si le nombre de cas a diminué de 44% entre 1999-2001 et 2011-2013, la durée moyenne de l'absence du travail en raison des TMS s'est allongée de 40%<sup>www</sup>. Il faut toutefois dire que plus de 80% des travailleurs qui s'absentent pour un TMS perçu comme étant entièrement lié au travail ne déposent pas de demande d'indemnisation auprès de la CNESST<sup>34, 159</sup>.

En 2014-2015, 25% des travailleurs souffrent de TMS non traumatiques attribuables à leur emploi<sup>m</sup>. Ces troubles touchent davantage les femmes que les hommes. Près d'un travailleur sur quatre est exposé à un niveau élevé de contraintes physiques, et plus particulièrement ceux de statut socioéconomique faible. La proportion varie également selon le sexe<sup>m</sup>. En effet, les emplois occupés par les femmes les exposent davantage aux gestes répétitifs, au travail prolongé à l'ordinateur et à un grand nombre de contraintes de nature organisationnelle<sup>160</sup>; quant aux hommes, ils sont davantage exposés à la manutention de charges lourdes, aux efforts en utilisant des machines, des outils ou de l'équipement et aux vibrations.

## Ce que nous pouvons faire

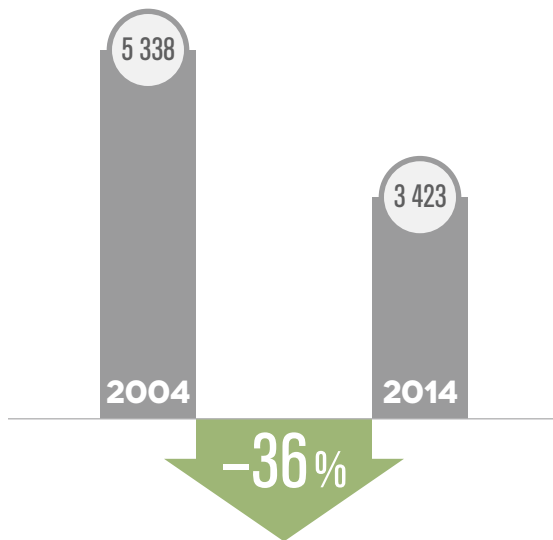
Les TMS sont associés aux exigences physiques des tâches, à l'organisation du travail et à l'aménagement des espaces de travail. Pour les prévenir, il faut améliorer les conditions de travail (ex. : ergonomie, cadence), ce qui exige une concertation des différents acteurs concernés par la question (ex. : travailleurs, employeurs, intervenants en santé au travail, cliniciens). Dans tous les secteurs où les taux de TMS sont élevés, il faut investir des ressources en prévention et veiller à la réduction des contraintes, physiques et organisationnelles, du travail associées aux TMS.

L'implantation d'un programme de prévention des TMS liés au travail permet de mieux identifier les facteurs de risque ainsi que de soutenir les milieux de travail dans la prise en charge des risques et la mise en place de solutions afin de réduire les conséquences de ces troubles sur la santé des travailleurs<sup>34, 161</sup>.

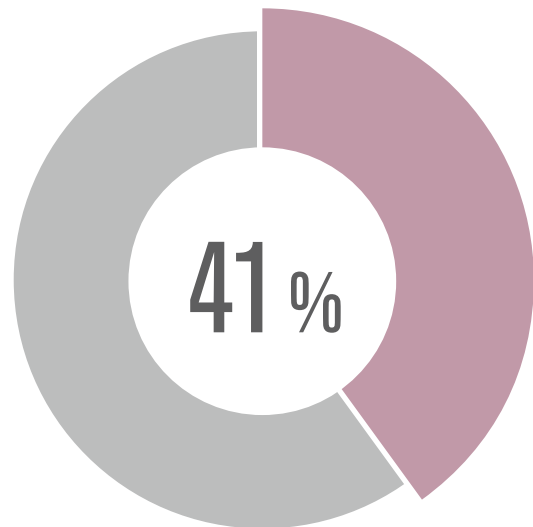
## Ce dont il s'agit

La sécurité est indispensable à l'atteinte d'un état de santé optimal permettant à un individu de réaliser ses aspirations et de participer à la vie communautaire. La sécurité comporte une dimension objective, liée à la réalité telle qu'elle est vécue par une personne, et une dimension subjective, associée au sentiment de sécurité qu'éprouve cette personne dans ses milieux de vie. Les craintes liées à de l'agitation dans le voisinage, à des crimes commis ou à des infrastructures non sécuritaires influencent les habitudes de vie, les comportements et, ultimement, la santé des gens. Par exemple, lorsqu'ils perçoivent des dangers, les citoyens peuvent être moins enclins à pratiquer le transport actif et les parents, plus réticents à laisser leurs enfants jouer dans les espaces publics. En outre, le fait d'avoir été victime d'un crime ébranle le sentiment de sécurité et renforce les craintes que suscite la criminalité<sup>162</sup>.

TAUX DE CRIMINALITÉ PAR 100 000 PERSONNES



ÉLÈVES DU SECONDAIRE AYANT EU UNE  
CONDUITE DÉLINQUANTE EN 2010-2011



## Ce que les données montrent

Depuis dix ans, le taux de criminalité a diminué de 36% au Québec, bien que de nombreuses infractions continuent d'être commises (plus de 281 000 en 2014). Dans environ 60% des cas, il s'agit de crimes contre la propriété (ex. : vols) et, dans 27% des cas, de crimes contre la personne (ex. : voies de fait, menaces)<sup>xx</sup>. Les infractions sexuelles représentent 7% des crimes contre la personne, soit plus de 5 000 cas déclarés en 2014. Dans près de 15% des cas, l'auteur de l'infraction sexuelle est inconnu de la victime<sup>y</sup>. Par ailleurs, en 2010-2011, 41% des élèves du secondaire ont révélé avoir eu au moins une conduite délinquante, le plus souvent un délit contre les biens<sup>b</sup>.

Malgré tout, la grande majorité des Québécois (93%) déclarent être généralement satisfaits de leur sécurité personnelle. Les femmes le sont toutefois moins que les hommes. Plus du quart d'entre elles ne se sentent pas en sécurité dans leur quartier lorsqu'il fait noir et une sur deux se dit inquiète quand elle utilise le transport en commun<sup>z</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

L'amélioration de la sécurité est une responsabilité collective. Pour que les retombées soient durables, une approche globale et intégrée s'avère souhaitable. La prévention est essentielle, car elle permet notamment d'agir sur l'atténuation des facteurs de vulnérabilité (ex. : la défavorisation). L'action policière est également importante puisqu'elle vise plus particulièrement la réduction des problèmes existants (ex. : présence de gangs, vandalisme). Pour améliorer les chances de succès, une connaissance du milieu est nécessaire (ex. : caractéristiques de la population et du parc de logements, ressources disponibles)<sup>163</sup>. Ainsi, des outils de la collection *Vivre en sécurité, se donner les moyens* ont été conçus pour soutenir les collectivités locales dans leurs actions visant à améliorer la sécurité dans différents milieux de vie (ex. : école, parc, quartier, municipalité).

En matière de sécurité, l'environnement bâti est également une cible à privilégier. La création d'aires de jeux sécuritaires, d'aménagements urbains (ex. : conception et éclairage des rues, revitalisation des quartiers) ou d'autres actions visant à améliorer la qualité des milieux de vie sont à encourager. La participation des citoyens à la mise en place de ces mesures contribue au succès de celles-ci.

## Ce dont il s'agit

L'adoption de saines habitudes de vie (ex. : bien se nourrir, être actif physiquement) ne repose pas uniquement sur des choix individuels<sup>70</sup> : les milieux de vie et, plus largement, les environnements exercent aussi une influence<sup>164</sup>. Par exemple, des difficultés d'accès à des commerces d'alimentation, conjuguées à une plus grande proximité de dépanneurs et de restaurants-minute, peuvent contribuer à des choix d'aliments moins nutritifs. À l'inverse, les caractéristiques de l'environnement bâti (ex. : nature des intersections, présence de parcs ou de pistes cyclables) peuvent favoriser la pratique d'activités physiques ou le transport actif. L'accès à des infrastructures de loisirs incite à participer à des activités récréatives, lesquelles fournissent en même temps des occasions de tisser des liens sociaux ; ainsi, ces activités contribuent non seulement à la santé physique, mais aussi aux compétences personnelles et à la cohésion sociale<sup>165</sup>.

### DISTANCE ENTRE LE DOMICILE ET CERTAINS SERVICES OU INFRASTRUCTURES

EN 2012, 1 ÉCOLE SUR 2



EST SITUÉE À MOINS DE 500 MÈTRES  
D'UN RESTAURANT-MINUTE OU D'UN DÉPANNEUR.

## Ce que les données montrent

Un Québécois sur deux<sup>aaa</sup> habite dans un quartier à potentiel piétonnier élevé<sup>ix</sup>, c'est-à-dire un milieu qui favorise la pratique de l'activité physique. Dans ces quartiers, 15% des personnes de 15 ans et plus marchent ou utilisent un vélo pour se rendre au travail, alors que c'est le cas de 10% des personnes vivant dans des quartiers à faible potentiel piétonnier<sup>bbb</sup>. Par ailleurs, seulement une école sur quatre est située dans un quartier à potentiel piétonnier élevé et une sur trois se trouve à proximité d'une piste cyclable<sup>ccc</sup>. En outre, les élèves n'ont pas toujours la possibilité de se rendre à l'école à pied ou en vélo.

Près de la moitié des Québécois habitent des secteurs ayant un faible accès à des commerces alimentaires<sup>166</sup>. De plus, six personnes sur dix doivent franchir une distance de marche plus grande pour atteindre une épicerie et des infrastructures de loisirs que pour aller au dépanneur ou au restaurant-minute<sup>bbb</sup>. Par ailleurs, la moitié des écoles publiques sont situées à moins de 500 mètres d'un restaurant-minute ou d'un dépanneur en 2012<sup>167</sup>.

## Ce que nous pouvons faire

Miser sur l'aménagement d'environnements favorables aux saines habitudes de vie recèle un large potentiel de prévention<sup>70</sup>. Les interventions sur l'environnement bâti des milieux scolaires, communautaires et municipaux foisonnent. Ainsi, de nombreux projets d'aménagement du milieu ont vu le jour (*Quartiers verts, actifs et en santé* ; *Quartiers 21* ; jardins communautaires ; marchés ambulants). L'accès au transport actif fait l'objet d'initiatives telles que *À pied, à vélo, ville active* ou *Mon école à pied à vélo* et la *Route verte*. À cela s'ajoute, notamment, les démarches *Municipalité amies des aînés* et *Projet Espaces*. Les écoles et les municipalités contribuent de leur côté à l'amélioration de l'offre alimentaire et d'infrastructures sportives ou récréatives de maintes façons (ex. : volet Municipalités et familles du *Défi Santé* ; *Pour un virage santé à l'école*). Ces nombreux exemples d'interventions montrent l'indispensable contribution des environnements au maintien de saines habitudes de vie.

IX. L'indice de potentiel piétonnier ne prend en compte que les secteurs urbains des différentes régions sociosanitaires.



## EN SOMME...

Les milieux de vie déterminent en bonne partie les modes de vie des individus ainsi que l'exposition potentielle de ceux-ci à des risques environnementaux. Des environnements naturels ou bâtis sains, non pollués, sécuritaires et propices à de saines habitudes de vie ainsi qu'un aménagement adéquat des lieux de travail peuvent contribuer à prévenir des traumatismes routiers (ex. : collisions), des méfaits (ex. : vols, agressions) et même l'apparition de nombreuses maladies.

Si les différents risques environnementaux peuvent affecter la santé physique des individus, ils ont aussi le potentiel d'influencer le climat social dans les milieux de vie. La perception du risque, qu'il soit réel ou non, joue effectivement sur la qualité de vie, le stress et la santé mentale des individus, en plus d'affecter le tissu social des communautés.

### Des actions qui concernent une diversité d'acteurs

Plusieurs leviers d'action favorisant l'aménagement d'environnements sains et sécuritaires sont communs à plus d'un secteur d'activité (ex. : sécurité publique, environnement, bioalimentaire, transports) et à une variété d'acteurs de divers milieux (ex. : entreprises privées, municipalités). Qu'elles relèvent des politiques publiques favorables à la santé ou de plans d'actions à l'échelle locale, les interventions visant à modifier l'environnement et à réduire les risques à la source doivent être élaborées en collaboration avec ces partenaires, avec une attention particulière pour les populations défavorisées ou vulnérables (ex. : enfants, travailleurs, personnes âgées). En effet, lorsqu'elles sont bien conçues, ces interventions peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

Il arrive parfois que la collaboration intersectorielle s'impose. C'est le cas en particulier lorsque se présente une situation d'urgence sanitaire (ex. : inondation, accident technologique) ; une diversité d'acteurs de différents paliers (santé publique, système de santé et de services sociaux, sécurité publique, environnement, municipalités, notamment) travaillent alors de concert afin de contrôler et de limiter les risques pour la sécurité et la santé de la population.

Enfin, l'évaluation d'impact sur la santé constitue un processus utile et prometteur qui permet de maximiser les retombées positives sur la santé des projets de développement ou de politiques publiques, d'en minimiser les effets nuisibles et de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé<sup>169</sup>. Elle permet, de plus, une meilleure prise en compte des connaissances scientifiques, des volontés et des préoccupations des acteurs concernés par un projet ou une politique, participant ainsi au renforcement de la capacité des communautés d'agir tant sur leurs conditions de vie que sur leur environnement.

### Un investissement durable et rentable pour la santé et la société

Les mesures visant la protection de l'environnement et celles qui portent sur l'aménagement de lieux de travail ou d'environnements favorables aux saines habitudes de vie (ex. : parcs, pistes cyclables) adaptés aux besoins des différentes populations, notamment les personnes plus âgées et les populations plus vulnérables, ont des répercussions positives sur la qualité de vie et la santé de la population<sup>169</sup>. Elles ne peuvent donc qu'être un choix bénéfique, surtout dans le contexte plus vaste des changements climatiques et du vieillissement démographique qui vont poser des défis importants pour notre société<sup>170</sup>.

Ces mesures se doivent parfois d'être avant-gardistes ou audacieuses pour franchir les obstacles aux prochains gains substantiels en ce qui concerne la santé de la population. La Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, adoptée en novembre 2015, témoigne de cet esprit. En plus d'interdire de fumer dans une voiture en présence d'un enfant ou de consommer des produits du tabac sur une terrasse, elle resserre l'utilisation de ceux-ci dans certains lieux publics (ex. : aires de jeux pour enfants). En renforçant le cadre d'action et en l'élargissant à différents environnements de vie, cette loi constitue un levier prometteur pour franchir une autre étape vers une population qui s'abstient de fumer.

Cet exemple illustre d'ailleurs l'importance d'agir et d'investir aujourd'hui pour prévenir les problèmes de santé liés à l'environnement afin d'en récolter des bénéfices tangibles demain. Si les investissements nécessaires sont parfois importants pour les acteurs, tant publics que privés, ils demeurent cependant rentables pour l'ensemble de la société. En effet, même si leurs retombées ne sont pas toujours perceptibles à court terme, ils permettront des gains appréciables à long terme. Parce qu'ils permettent d'agir en amont sur une variété de déterminants de la santé ayant le potentiel de prévenir une multitude de problèmes dont le fardeau pèse déjà lourd sur l'ensemble de la société.



# CONCLUSION

---

La santé constitue une précieuse ressource, un élément clé du dynamisme et de la richesse collective d'une société. Qu'ils soient jeunes ou âgés, parents ou non, travailleurs ou bénévoles, notamment, les individus en santé sont plus à même d'exploiter leur plein potentiel et, parallèlement, de contribuer au développement et au rayonnement de leur collectivité.

Il est désormais largement reconnu que l'intervention en amont des problèmes demeure la stratégie la plus efficace pour soutenir le développement d'une société en santé. Les efforts investis s'en trouvent d'autant mieux rentabilisés qu'une action préventive a souvent un effet positif sur plusieurs problèmes à la fois. En outre, puisque les individus ne naissent pas tous égaux et que les facteurs de risque peuvent se cumuler, en particulier chez les populations vulnérables, il importe d'intervenir tôt auprès de l'ensemble de la population et de façon plus intense auprès des personnes qui en ont davantage besoin. En visant les déterminants de la santé, il devient alors possible d'améliorer la santé de la population et d'augmenter la longévité de celle-ci.

---

## **Des gains et des défis, d'hier, d'aujourd'hui et de demain**

Le survol des quelques déterminants et problèmes de santé évitables effectué dans le présent rapport met en lumière plusieurs gains réalisés au fil des ans. Citons la diminution du nombre de cas de certaines maladies infectieuses, de nouveaux cas d'hypertension et de cas de suicide ainsi que du nombre de décès à la suite d'un traumatisme routier. Autre fait très encourageant : l'augmentation de la proportion de mères qui allaitent.

Par une combinaison de stratégies ciblant à fois les individus et les environnements, la lutte contre le tabagisme a grandement contribué à la baisse significative de la proportion de fumeurs depuis les années 1990. Les nombreux efforts déployés ont donné de bons résultats, mais certaines populations à risque (ex. : jeunes, personnes moins nanties, populations autochtones) restent fortement touchées. De plus, la popularité croissante de nouveaux produits, comme les cigarillos ou la cigarette électronique, appelle à de nouvelles actions de prévention.

Il faut poursuivre les efforts dans d'autres domaines également. Les troubles anxio-dépressifs chez les jeunes et la présence de différentes formes de violence attestent, par exemple, d'une détresse qui nécessite une attention plus soutenue. La hausse de certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang ou d'autres maladies infectieuses fait elle aussi ressortir l'importance de continuer à mener des actions en prévention, voire de les accentuer ou de les diversifier. Par exemple, dans le cas particulier des maladies infectieuses, la sensibilisation à l'importance de la vaccination et aux risques associés à certains comportements non sécuritaires s'avère d'autant plus essentielle que le contrôle de ces maladies nous amène, dans certains cas, à composer avec le défi que représente la résistance aux antibiotiques. En outre, la vaccination a permis des gains considérables, mais des couvertures vaccinales élevées demeurent cruciales pour que la population soit protégée puisque, dans un contexte de mondialisation, les infections peuvent se transmettre rapidement.

D'autres défis majeurs et communs à plusieurs enjeux de santé publique méritent d'être soulignés, non seulement pour les conséquences qu'ils peuvent entraîner mais aussi pour les efforts concertés et mobilisateurs que l'on doit investir pour les relever. Ainsi, tous les groupes de la population ne semblent pas avoir profité à parts égales des gains observés à l'égard de la santé. Des inégalités sociales de santé persistent, notamment entre les populations favorisées et défavorisées ainsi qu'au détriment des populations autochtones. Il importe donc d'agir efficacement en amont sur les déterminants qui façonnent les conditions de vie des personnes, et ce, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, pour réduire ces écarts de santé. De plus, l'engagement des membres de la communauté doit se situer au cœur des actions visant à améliorer la santé de ces populations.

En plus d'entraîner des modifications aux écosystèmes, les changements climatiques ont des effets directs sur la santé de la population. Les conséquences liées à l'exposition à la chaleur extrême, à la mauvaise qualité de l'air ou aux événements climatiques extrêmes (ex. : inondation, froid intense) en sont des illustrations. L'aménagement des milieux de vie (ex. : végétalisation pour contrer les îlots de chaleur) constitue une pierre d'assise au regard de l'adaptation à ces changements.

Le vieillissement de la population représente un autre enjeu qui aura des répercussions sur différents aspects de la santé. Il nécessite, d'une part, la réorganisation de plusieurs services, dont ceux de la santé, pour que le système puisse mieux répondre à la hausse des maladies chroniques qu'il entraîne ; d'autre part, il implique de repenser l'aménagement des milieux de vie et leurs infrastructures (ex. : logement, transports) ainsi que la vie communautaire pour, notamment, favoriser la participation et l'inclusion sociale des personnes vieillissantes.

## Les milieux de vie, terreaux de la santé

Si tous les secteurs d'activité bénéficient d'une société québécoise dynamique et en santé, ils sont aussi la clé de voûte d'actions efficaces visant à améliorer la santé de la population. Les différents milieux de vie dans lesquels les Québécois évoluent déterminent leur capacité d'agir, de se réaliser et d'exercer un réel contrôle sur leur état de santé. Par exemple, les services de garde éducatifs à l'enfance et le milieu scolaire jouent un rôle déterminant dans le développement et la santé des enfants et des jeunes, notamment en les encourageant à adopter un mode de vie sain et sécuritaire, en leur facilitant l'accès à certains services préventifs (ex. : vaccination) et en leur offrant un milieu de vie rassurant propice au développement de leurs compétences, tant personnelles que sociales. Ces interventions sont d'autant plus importantes qu'elles outillent les jeunes et sont susceptibles d'avoir un effet réel sur l'ensemble de leur parcours de vie.

La salubrité et l'aménagement sécuritaire des milieux de vie, qu'il s'agisse par exemple d'un quartier, d'un centre hospitalier ou d'une usine, contribuent eux aussi à la santé physique et psychologique des individus qui y évoluent. Il en va de même pour la qualité des relations humaines qui sont entretenues, le pouvoir d'agir et le soutien social des individus qui vivent ou travaillent dans ces milieux.

En outre, l'aménagement du milieu peut jouer un rôle dans la prévention de plusieurs problèmes de santé publique à l'échelle de la communauté. Bien pensé, il permet de prémunir la population contre certaines expositions ou nuisances. L'accès facilité à une offre alimentaire de qualité et le recours sécuritaire au transport actif constituent des moyens d'encourager l'adoption d'un mode de vie sain.

## La santé, l'affaire de tous

Depuis le premier rapport sur l'état de santé de la population du Québec publié en 2005<sup>2</sup>, beaucoup de chemin a été parcouru et des progrès tangibles sont constatés, dont plusieurs ont été mentionnés dans le présent rapport. Mais certains défis demeurent et d'autres se profilent. Des phénomènes dont il faut tenir compte, tels que le vieillissement de la population, les changements climatiques ou les inégalités sociales de santé, laissent déjà leur empreinte dans le paysage sociosanitaire du Québec et nécessitent l'adaptation des services, des comportements et des environnements de vie.

La prévention s'avère incontournable pour toute société qui veut relever ces défis. Les acteurs de santé publique disposent de divers leviers pour agir en amont sur les déterminants de la santé. Des services, de différentes natures, sont définis dans le *Programme national de santé publique 2015-2025*<sup>1</sup>. Celui-ci décrit l'offre de services directs à la population (ex. : vaccination, actions diverses visant la protection de la santé, services intégrés en périnatalité et petite enfance) et de services de soutien (ex. : développement des communautés, formation) ou de collaboration (ex. : approche *École en santé*, contribution à l'élaboration de politiques publiques) entre le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires sociétaux. Ces derniers disposent en effet, le plus souvent, des leviers d'action directe sur les déterminants de la santé.

Tout en poursuivant sa propre mission, chaque acteur peut contribuer à préserver et à améliorer la santé de la population québécoise, peu importe son domaine d'activité, qu'il appartienne au secteur privé ou public et qu'il soit d'envergure nationale ou locale. Au bout du compte, tout le monde y gagne : une population en santé constitue une richesse collective.

# RÉFÉRENCES

## Références citées

- 1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme national de santé publique du Québec 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 85 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.
- 2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 120 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-228-01.pdf>.
- 3 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La santé mentale : renforcer notre action*, [En ligne], mis à jour en avril 2016. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>] (Consulté le 29 septembre 2016).
- 4 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2009, x, 94 p. Également disponible en ligne : [http://www.cpa.ca/cpsite/UserFiles/Documents/Practice\\_Page/positive\\_mh\\_fr.pdf](http://www.cpa.ca/cpsite/UserFiles/Documents/Practice_Page/positive_mh_fr.pdf).
- 5 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-216-01.pdf>.
- 6 DESJARDINS, Nicole, et autres. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2008, v, 150 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789\\_Avis\\_sante\\_mentale.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf).
- 7 SIMARD, Micha, et autres. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012 : portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013, 99 p. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle-2012.pdf>.
- 8 IRWIN, Lori G., Arjumand SIDDIQI et Clyde HERTZMAN. *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur*, [s. l.], Commission des déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la santé, 2007, 76 p. [Rapport final]. Également disponible en ligne : [http://www.who.int/social\\_determinants/themes/earlychilddevelopment/early\\_child\\_dev\\_ecdkn\\_fr.pdf](http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/early_child_dev_ecdkn_fr.pdf).
- 9 DUNCAN, Greg J., et Jeanne BROOKS-GUNN, sous la dir. de. *Consequences of Growing Up Poor*, New York, Russel Sage Foundation Publications, 1997, 660 p.
- 10 MINISTÈRE DE LA FAMILLE DU QUÉBEC, avec la collaboration du MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT et du MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : une vision partagée pour des interventions concertées*, [s. l.], Ministère de la Famille du Québec, 2014, 29 p. Également disponible en ligne : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Favoriser-le-developpement-global-des-jeunes-enfants-au-quebec.pdf>.
- 11 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008, vii, 164 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>.
- 12 MINISTÈRE DE LA FAMILLE DU QUÉBEC. *Qu'est-ce que l'intimidation ?*, [En ligne]. [<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/intimidation/definition/pages/index.aspx>] (Consulté le 8 février 2016).
- 13 MINISTÈRE DE LA FAMILLE. *Ensemble contre l'intimidation : une responsabilité partagée. Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018*, [Québec], Ministère de la Famille, 2015, 60 p. Également disponible en ligne : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-intimidation-2015.pdf>.

- 14 FARRINGTON, David P., et Maria M. TOFI *School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization*, 2009, 143 p. [Systematic Review for the Campbell Collaboration Crime and Justice Group]. Également disponible en ligne : <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/229377.pdf>.
- 15 PERKINS, H. Wesley, David W. CRAIG et Jessica M. PERKINS. « Using social norms to reduce bullying: a research intervention among adolescents in five middle schools », *Group Processes and Intergroup Relations*, vol. 14, n° 5, septembre 2011, p. 703-722. Également disponible en ligne : [https://www.researchgate.net/publication/254095690\\_Using\\_social\\_norms\\_to\\_reduce\\_bullying\\_A\\_research\\_intervention\\_among\\_adolescents\\_in\\_five\\_middle\\_schools](https://www.researchgate.net/publication/254095690_Using_social_norms_to_reduce_bullying_A_research_intervention_among_adolescents_in_five_middle_schools).
- 16 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention de la violence : les faits*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2013, 142 p. [Série d'exposés sur la prévention de la violence]. Également disponible en ligne : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92490/1/9789242500844\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92490/1/9789242500844_fre.pdf).
- 17 LACHARITÉ, Carl. *La négligence envers les enfants : besoins des enfants, responsabilités parentales et actions sociales*, Observatoire sur la maltraitance envers les enfants, 2013, [En ligne]. [[http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup\\_doeil\\_sur\\_la\\_n%c3%a9gligence.aspx/](http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_doeil_sur_la_n%c3%a9gligence.aspx/)].
- 18 QUÉBEC. *Prévenir, dépister, contrer : plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale*, Québec, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Ministère de la Justice, 2012, x, 41 p. Également disponible en ligne : [http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/SCF\\_plan\\_action\\_violence\\_conjugale.pdf](http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/SCF_plan_action_violence_conjugale.pdf).
- 19 FLEURY, Marie-Josée, et Guy GRENIER. *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, [s. l.], Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2012, ix, 232 p. Également disponible en ligne : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf).
- 20 REHM, Jürgen, Benjamin TAYLOR, et Robin ROOM. « Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco », *Drug and Alcohol Review*, vol. 25, n° 6, novembre 2006, p. 503-513. doi : <http://dx.doi.org/10.1080/09595230600944453>.
- 21 BEN AMAR, Mohamed, et autres. *Drogues : savoir plus, risquer moins*, 3<sup>e</sup> édition, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, 2006, [En ligne]. [[http://www.toxquebec.com/livre\\_drogues2/index4.htm](http://www.toxquebec.com/livre_drogues2/index4.htm)].
- 22 GAGNON, Hélène, et autres. *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : meilleures pratiques de prévention*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2012, i, 46 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1488\\_UsageSubstPsychoactJeunes\\_MeillePratiquesPrev.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1488_UsageSubstPsychoactJeunes_MeillePratiquesPrev.pdf).
- 23 BRISSON, Pierre. *L'approche de réduction des méfaits*, Institut national de santé publique du Québec, [En ligne]. [<http://www.espaceitss.ca/28-fiches-thematiques/lapproche-de-reduction-des-mefaits.html?pageEnCours=1>].
- 24 PATTEN, Scott B. « Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2 », *Journal of Affective Disorders*, vol. 63, n°s 1-3, mars 2001, p. 35-41. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00186-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00186-5).
- 25 FRASURE-SMITH, Nancy, et François LESPÉRANCE. « Reflections on depression as a cardiac risk factor », *Psychosomatic Medicine*, vol. 67, n° suppl. 1, mai-juin 2005, p. S19-S25. doi : <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000162253.07959.db>.
- 26 LESAGE, Alain, et Valérie ÉMOND. *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 16 p. (Surveillance des maladies chroniques ; 6). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf).
- 27 COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2012). *Pourquoi investir en santé mentale contribue à la prospérité économique du Canada et à la pérennité de notre système de soins de santé. Fiche de renseignements : principaux faits*, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2012, 4 p. Également disponible en ligne : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy\\_CaseForInvestment\\_FRE\\_1.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_CaseForInvestment_FRE_1.pdf).
- 28 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 92 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>].
- 29 LÉGARÉ, Gilles, et autres. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, iii, 16 p. [Rapport]. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091\\_mortalite\\_suicide\\_2016.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091_mortalite_suicide_2016.pdf).

- 30 LESAGE, Alain, et autres. « Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide », *Santé mentale au Québec*, vol. 37, n° 2, automne 2012, p. 244 et 246. doi : <http://dx.doi.org/10.7202/1014954ar>.
- 31 HEGERL, Ulrich, et autres. « Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe) : an evidence-based multi-level approach », *BMC Public Health*, vol. 9, article n° 428, 23 novembre 2009. doi : <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-428>.
- 32 STOCK, Susan, et autres. « Quelle est la relation entre les troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail et les facteurs psychosociaux ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 15, n° 2, 2013. Également disponible en ligne : <http://pistes.revues.org/3407>.
- 33 PIKHART, Hynek, et Jitka PIKHARTOVA. *The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases: a review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2015, VIII, 29 p. [Health Evidence Network (HEN) Synthesis Report]. Également disponible en ligne : <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/relationship-between-psychosocial-risk-factors-and-health-outcomes-of-chronic-diseases-a-review-of-the-evidence-for-cancer-and-cardiovascular-diseases-the>.
- 34 VÉZINA, Michel, et autres. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Institut de la statistique du Québec et Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, L, 656 p. + rapport annexe : vi, 270 p. Également disponible en ligne : <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-691.pdf>.
- 35 QUÉBEC. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ, chap. S-2.1, article 51 (3). Également disponible en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.1>.
- 36 QUÉBEC. *Loi sur les normes du travail*, RLRQ, chap. N-1.1, article 81.19. Également disponible en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/N-1.1>.
- 37 BUREAU DE NORMALISATION DU QUÉBEC. *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail*, Québec, Bureau de normalisation du Québec, 25 février 2008 (modification 25 janvier 2011), 26 p. (BNQ 9700-800), [Norme « Entreprise en santé »]. Également disponible en ligne : <http://www.bnq.qc.ca/fr/normalisation/sante-et-travail/entreprise-en-sante.html>.
- 38 ASSOCIATION CANADIENNE DE NORMALISATION ET BUREAU DE NORMALISATION DU QUÉBEC. *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail : prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes*, CSA. (CAN/CSA-Z1003-F13/BNQ 9700-803/F2013). Également disponible en ligne : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/la-sante-mentale-et-la-loi>.
- 39 GILBERT-OUIMET, Mahée, et autres. *Guide de pratiques organisationnelles favorables à la santé*, Québec, Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé au travail (GIROST), Centre de recherche du CHU de Québec, 2009.
- 40 VÉZINA, Michel, sous la coordination de. *Grille d'identification des risques psychosociaux au travail : mise à jour janvier 2015*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015.
- 41 JAUVIN, Nathalie, et autres. « Interventions to prevent mental health problems at work: facilitating and hindering factors », dans Caroline BIRON, Ronald J. BURKE et Cary L. COOPER, sous la dir. de. *Creating Healthy Workplaces: Stress Reduction, Improved Well-being, and Organizational Effectiveness*, Burlington (Vermont), Gower Publishing, 2014, p. 239-260. (Psychological and Behavioral Aspects of Risk Series).
- 42 RAYMOND, Émilie, et autres. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*, Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 2008, xvii, 111 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859\\_RapportParticipationSociale.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_RapportParticipationSociale.pdf).
- 43 PHILIBERT, Mathieu D., Émilie RAYMOND, et André TOURIGNY. « Participation sociale », dans BLANCHET, Carole, sous la dir. de. *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec : vieillissement et santé*, Chapitre 8, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2013, p. 89-114. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1817\\_Habitudes\\_Vie\\_Aines.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1817_Habitudes_Vie_Aines.pdf).
- 44 DORÉ, Nicole, et Danielle LE HÉNAFF. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 776 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/mieuxvivre/mv2016\\_guide.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/mieuxvivre/mv2016_guide.pdf).



- 45 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les maladies non transmissibles*, [En ligne], 2013. (Aide-mémoire ; 355). [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>] (Consulté le 18 mars 2016).
- 46 DUBÉ, François, Édith NOREAU, et Geneviève LANDRY. *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012, p. 2-3. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-942-01F.pdf>.
- 47 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme : faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage. Résumé d'orientation*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2013, 4 p. Également disponible en ligne : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90206/1/WHO\\_NMH\\_PND\\_13.2\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90206/1/WHO_NMH_PND_13.2_fre.pdf?ua=1).
- 48 LASNIER, Benoit. *L'exposition à la fumée de tabac dans les véhicules privés chez les élèves québécois : 2012-2013*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, 11, [1] p. (Enquête sur le tabagisme chez les jeunes ; 12). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1981\\_Exposition\\_Fumee\\_Vehicules\\_Eleves.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1981_Exposition_Fumee_Vehicules_Eleves.pdf).
- 49 REHM, J, et autres. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006, 12 p. Également disponible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011333-2006.pdf>.
- 50 COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC. *Aromatisation des produits du tabac : camoufler les dangers mortels du tabac à l'aide de saveurs agréables et amusantes*, Montréal, Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2015, [9] p. Également disponible en ligne : [http://www.cqct.qc.ca/Documents\\_docs/DOCU\\_2015/DOCU\\_15\\_08\\_12\\_Aromatisation.pdf](http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2015/DOCU_15_08_12_Aromatisation.pdf).
- 51 LASNIER, Benoit, et Annie MONTREUIL. *L'usage de la cigarette électronique chez les élèves québécois du secondaire : 2012-2013*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2014, 19, [1] p. (Enquête sur le tabagisme chez les jeunes ; 11). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1917\\_Cigarette\\_Electronique\\_Eleves\\_Secondaire.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1917_Cigarette_Electronique_Eleves_Secondaire.pdf).
- 52 WORLD HEALTH ORGANISATION. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, Geneva, World Health Organization, 2010, 58 p. Également disponible en ligne : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/978\\_924\\_1599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/978_924_1599979_eng.pdf).
- 53 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE. *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008*, Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, pag. mult. Également disponible en ligne : <https://health.gov/paguidelines/report/pdf/committeereport.pdf>.
- 54 BROWNSON, Ross C., Tegan K. BOEHMER, et Douglas A. LUKE. « Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors ? », *Annual Review of Public Health*, vol. 26, avril 2005, p. 421-443. doi : <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304-144437>.
- 55 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE. « Background », dans *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008*, Part D, Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, p. D1–D33. Également disponible en ligne : [https://health.gov/paguidelines/report/pdf/D\\_background.pdf](https://health.gov/paguidelines/report/pdf/D_background.pdf).
- 56 NOLIN, Bertrand. *Niveau d'activité physique de la population québécoise : pas d'amélioration depuis 2005*, Québec, Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du Québec, 2015, 4 p. Également disponible en ligne : [http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/Enquete\\_niv\\_actphys\\_quebecois.pdf](http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/Enquete_niv_actphys_quebecois.pdf).
- 57 BLOUIN, Chantal. *L'obésité et l'embonpoint : quels sont les impacts économiques au Québec ?*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2016, 7, [1] p. (collection TOPO ; 11). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2126\\_obesite\\_embonpoint\\_impacts\\_economiques.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2126_obesite_embonpoint_impacts_economiques.pdf).
- 58 MORIN, Pascale, et autres. « Do schools in Quebec foster healthy eating ? An overview of associations between school, food environment and socio-economic characteristics », *Public Health Nutrition*, vol. 18, n° 9, juin 2015, p. 1635-1646. doi : <http://dx.doi.org/10.1017/S136898-0014003139>.
- 59 BLANCHET, Carole, et Louis ROCHETTE. *Sécurité et insécurité alimentaire chez les Québécois : une analyse de la situation en lien avec leurs habitudes alimentaires*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011, vii, 58 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1333\\_SecurtieAlimentQucAnalSituationHabAliment.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1333_SecurtieAlimentQucAnalSituationHabAliment.pdf).
- 60 PAGEAU, Martine. *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008, 37 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-208-01.pdf>.



- 61 MAISONNEUVE, Catherine, Carole BLANCHET, et Denis HAMEL. *L'insécurité alimentaire dans les ménages québécois : mise à jour et évolution de 2005 à 2012*, 2014, 11 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1858\\_Insecurite\\_Alimentaire\\_Quebecois.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1858_Insecurite_Alimentaire_Quebecois.pdf).
- 62 KIRKPATRICK, Sharon I., et Valerie TARASUK. « Food insecurity is associated with nutrient inadequacies among Canadian adults and adolescents », *The Journal of Nutrition*, vol. 138, n° 3, mars 2008 p. 604-612. Également disponible en ligne : <http://jn.nutrition.org/content/138/3/604>.
- 63 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Obésité et surpoids*, [En ligne], 2015. (Aide-mémoire ; 311). [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>].
- 64 MARTEL, Sylvie, sous la coordination de. *Poids corporel et santé chez les adultes québécois*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2014, iv, 20, [1] p. (coll. Fardeau du poids corporel). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1869\\_Poids\\_Sante\\_Adultes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1869_Poids_Sante_Adultes.pdf).
- 65 BLOUIN, Chantal, et autres. *Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, iii, 20 p. (coll. Fardeau du poids corporel). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1922\\_Consequences\\_Economiques\\_Obesite.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1922_Consequences_Economiques_Obesite.pdf).
- 66 BLOUIN, Chantal, et autres. *Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à la consommation de médicaments et l'invalidité*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, iii, 26 p. (coll. Fardeau du poids corporel). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2035\\_obesite\\_couts\\_medicaments\\_invalidite.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2035_obesite_couts_medicaments_invalidite.pdf).
- 67 BOUNAJM, Fares, Thy DINH, et Louis THÉRIAULT. *Améliorer les habitudes de vie : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2014, 81 p.
- 68 MAISONNEUVE, Catherine, et autres. *Poids corporel et insécurité alimentaire chez les adultes québécois en 2011-2012*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, 14, [1] p. (Surveillance des habitudes de vie ; 6). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2047\\_poids\\_insecurite\\_alimentaire\\_adulte.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2047_poids_insecurite_alimentaire_adulte.pdf).
- 69 DION, Jacinthe, et autres. « Correlates of body dissatisfaction in children », *The Journal of Pediatrics*, vol. 171, avril 2016, p. 202-207. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.12.045>.
- 70 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, Document rédigé en collaboration avec Québec en forme et l'Institut national de santé publique du Québec, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012, 24 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-03.pdf>.
- 71 LE BODO, Yann, et autres. *Comment faire mieux ? L'expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité*, Québec, Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) et Institut national de santé publique du Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2015, xxii, 355 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2121\\_comment\\_faire\\_mieux.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2121_comment_faire_mieux.pdf).
- 72 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : investir pour l'avenir*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 50 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-08W.pdf>.
- 73 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Diabète*, [En ligne], 2016. (Aide-mémoire ; 312). [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>].
- 74 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, [s. l.], Agence de la santé publique du Canada, 2009, viii, 118 p. Également disponible en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>.
- 75 PEREIRA, Marta, et autres. « Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries », *Journal of Hypertension*, vol. 27, n° 5, mai 2009, p. 963-975. doi : <http://dx.doi.org/10.1097/HJH.0b013e3283282f65>.

- 76 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2011, x, 120 p. Également disponible en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-fra.pdf>.
- 77 COMITÉ CONSULTATIF DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2015, 159 p. Également disponible en ligne : <https://www.cancer.ca/~/media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-FR.pdf>.
- 78 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prévention du cancer*, [En ligne]. [<http://www.who.int/cancer/prevention/fr/>].
- 79 SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Tabagisme et cancer*, [En ligne]. [<http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/live-well/smoking-and-tobacco/smoking-and-cancer/?region=on>].
- 80 VANDAL, Nathalie, et autres. *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2009, 14 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/885\\_EvalMortaliCancerSein.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/885_EvalMortaliCancerSein.pdf).
- 81 HORTA, Bernardo L., et Cesar G. VICTORA. *Long-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review*, Genève, World Health Organization, 2013, 69 p. Également disponible en ligne : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/978924-1505307-eng.pdf?ua=1>.
- 82 SANTÉ CANADA, SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, DIÉTÉTISTES DU CANADA, COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois*, [En ligne]. [<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/recom-6-24-months-6-24-mois-fra.php>].
- 83 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, UNICEF. (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Organisation mondiale de la santé. Également disponible en ligne : [http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_fre.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf).
- 84 HAIK, Laura, et Sonia SEMENIC. *Étude sur les besoins et les services de première ligne en matière de soutien à l'allaitement au Québec : recueil statistique*, 2016, 22 p. [Document interne].
- 85 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Initiative des amis des bébés*, 2016, [En ligne] [<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/amis-des-bebes/>].
- 86 BEAUREGARD, Daniel, Liane COMEAU, et Julie POISSANT. *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2010, ix, 111 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1141\\_EfficaciteInterventionsSIPPE.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1141_EfficaciteInterventionsSIPPE.pdf).
- 87 Communications personnelles de la D<sup>re</sup> Laura HAIK sur les taux d'allaitement selon l'âge et le type, selon les données de i-CLSC.
- 88 AUGER, Nathalie, Marianne BILODEAU-BERTRAND et Anne MONIQUE NUYT. « Dangers of death on the first day of life by the minute », *Journal of Perinatology*, vol. 35, n° 11, novembre 2015, p. 958-964.
- 89 LIU, Li, et autres. « Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis », *The Lancet*, vol. 385, n° 9966, 31 janvier 2015, p. 430-440. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6).
- 90 FREY, Heather A., et Mark A. KLEBANOFF. « The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth », *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 21, n° 2, avril 2016, p. 68-73. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.011>.
- 91 AUGER, Nathalie, Federico RONCAROLO, et Sam HARPER. « Increasing educational inequality in preterm birth in Québec, Canada, 1981-2006 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 65, n° 12, décembre 2011, p. 1091-1096. doi : <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.102350>.
- 92 GIRARD, Chantal, sous la coordination de. « Décès et mortalité », dans *Le bilan démographique du Québec : édition 2015*, Chapitre 3, Québec. Institut de la statistique du Québec, © 2007, p. 53-80. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2015.pdf>.
- 93 BÉLIVEAU, Julie. *Bilan 2014 : accidents, parc automobile, permis de conduire*, Québec, Société de l'assurance automobile du Québec, 2015, 221 p. Également disponible en ligne : <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/espace-recherche/statistiques-2014-accidents-permis-vehicules.pdf>.

- 94 SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Comportements – Vitesse : Le saviez-vous ?*, 2016, [En ligne]. [<https://saaq.gouv.qc.ca/securite-routiere/comportements/vitesse/saviez-vous/>].
- 95 PARACHUTE. *The Cost of Injury in Canada*, Toronto, Parachute, 2015, xi, 164 p. Également disponible en ligne : [http://www.parachutecanada.org/downloads/research/Cost\\_of\\_Injury-2015.pdf](http://www.parachutecanada.org/downloads/research/Cost_of_Injury-2015.pdf).
- 96 SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Bilan routier 2014*, [Québec], Société de l'assurance automobile du Québec, [s. d.], 24 p. Également disponible en ligne : <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/bilan-routier-2014.pdf>.
- 97 TABLE QUÉBÉCOISE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE. *Troisième rapport de recommandations : pour des routes de plus en plus sécuritaires*, [Québec], Ministère des Transports du Québec, 2013, 57 p. Également disponible en ligne : <https://securite-routiere.qc.ca/doc/rapport-tqsr.pdf>.
- 98 FORTIN, Dominique. *Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012, 11 p. (Collection Des données à l'action). Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-202-03F.pdf>.
- 99 PARACHUTE. *The Cost of Injury in Canada*, Toronto, Parachute, 2015. Extraction spéciale sur demande.
- 100 SIMEY, P., et B. PENNINGTON. *Physical Activity and the Prevention and Management of Falls and Accidents Among Older People: Guidelines for practice*, London (U. K.), Health Education Authority, vol. 10, 1990.
- 101 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, [Québec], Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004, [ix], 34, 61 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-232-01.pdf>.
- 102 MILIO, Nancy. *Promoting Health Through Public Policy*, Philadelphie (Pennsylvanie), F. A. Davis, 1981, 359 p.
- 103 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Maladies infectieuses*, [En ligne]. [[http://www.who.int/topics/infectious\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/infectious_diseases/fr/)] (Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2016).
- 104 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Résistance aux antibiotiques*, [En ligne], 2015. (Aide-mémoire). [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/fr/>] (Consulté le 6 juin 2016).
- 105 COMITÉ D'EXPERTS SUR LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES. *Surveillance intégrée de la résistance aux antibiotiques : cadre de référence*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2014, p. 5. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1899\\_Surveillance\\_Resistance\\_Antibiotiques.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1899_Surveillance_Resistance_Antibiotiques.pdf).
- 106 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Protocole d'immunisation du Québec*, 2016, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>].
- 107 BOULIANNE, Nicole, Diane AUDET et Manale OUAKKI. *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, xiii, 151 p. [Rapport de recherche]. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1973\\_Enquete\\_Couverture\\_Vaccinale\\_Enfants.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1973_Enquete_Couverture_Vaccinale_Enfants.pdf).
- 108 MARKOWSKI, France, et autres. « Éclosion de rougeole dans Lanaudière », *Flash Vigie*, vol. 10, n° 2, février-mars 2015, 3 p. Également disponible en ligne : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/06-271-02W-vol10\\_no2.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/06-271-02W-vol10_no2.pdf).
- 109 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Conseils généraux sur la salubrité des aliments*, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fst-csa-fra.php>] (Consulté le 19 mai 2016).
- 110 THOMAS, M. Kate, et autres. « Estimates of the burden of foodborne illness in Canada for 30 specified pathogens and unspecified agents, circa 2006 », *Foodborne Pathogens and Disease*, vol. 10, n° 7, juillet 2013, p. 639-648. doi : <http://dx.doi.org/10.1089/fpd.2012.1389>.
- 111 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Les maladies entériques : un problème de santé important au Canada*, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/foodnetcanada/ed-me-fra.php>] (Consulté le 23 février 2016).
- 112 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Pour guider l'action : portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011, 153 p. [Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec]. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-228-01F.pdf>.

- 113 GAULIN, Colette, et autres. « Summary of 11 years of enteric outbreak investigations and criteria to initiate an investigation, Province of Quebec, 2002 to 2012 », *Journal of Food Protection*, vol. 77, n° 9, septembre 2014, p. 1563-1570. doi : <http://dx.doi.org/10.4315/0362-028X.JFP-13-530>.
- 114 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Avis de santé publique – Écllosion de cas d'hépatite A : avis aux consommateurs d'éviter le Mélange de baies et de cerises biologiques congelées de marque Nature's Touch*, Dernière mise à jour le 21 juin 2016, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/phn-asp/2016/hepatitisa-fra.php>] (Consulté le 19 mai 2015).
- 115 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 73 p. [Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population]. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-228-02.pdf>.
- 116 VENNE, Sylvie, Gilles LAMBERT, et Karine BLOUIN. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2014 (et projections 2015)*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, [Rapport de surveillance]. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2067\\_portrait\\_infections\\_sexuellement\\_sang.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2067_portrait_infections_sexuellement_sang.pdf).
- 117 LAMBERT, Gilles, et autres. *Sexe, drogues et autres questions de santé : étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de santé et des services sociaux de Montréal ; Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, vii, 85 p. Également disponible en ligne : [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/978-2-89673-134-3.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-134-3.pdf).
- 118 LECLERC, Pascale, et autres. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : épidémiologie du VIH de 1995 à 2014, épidémiologie du VHC de 2003 à 2014*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2016, xii, 125 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2105\\_maladies\\_infectieuses\\_utilisateurs\\_drogue\\_injection.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2105_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf).
- 119 INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Harvoni<sup>MC</sup> et Holkira<sup>MC</sup> Pak – Hépatite C chronique de génotype 1. Avis d'inscription sur les listes de médicaments – Médicament d'exception – Avec conditions*, [s. l.], Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015, 58 p. Également disponible en ligne : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription\\_medicaments/Avis\\_au\\_ministre/Juillet\\_2015/Harvoni-et-Holkira-Pak\\_2015\\_07\\_cav.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Juillet_2015/Harvoni-et-Holkira-Pak_2015_07_cav.pdf).
- 120 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Pour une prestation sécuritaire des soins de santé au Québec : plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 66 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-209-01W.pdf>.
- 121 CLOUTIER, Richard. *Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 10 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-313-01W.pdf>.
- 122 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La qualité de l'air*, [En ligne]. [<http://www.monclimatmasante.qc.ca/qualite-de-lair.aspx>].
- 123 GARNEAU, M. *Hausse des concentrations des particules organiques (pollens) causée par le changement climatique et ses conséquences potentielles sur les maladies respiratoires des populations vulnérables en milieu urbain*, 2006, 133 p. [[http://www.ouranos.ca/doc/produit\\_e.html](http://www.ouranos.ca/doc/produit_e.html)], cité dans JACQUES, Louis, et autres. *Prévalence des manifestations allergiques associées à l'herbe à poux chez les enfants de l'île de Montréal*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008, vi, 33 p. Également disponible en ligne : [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/978-2-89494-746-3.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-746-3.pdf).
- 124 UNITED STATES ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY. *Climate Change Indicators in the United States: Ragweed Pollen Season*, 2013 ; ZISKA, L., et autres. « Recent warming by latitude associated with increased length of ragweed pollen season in central North America », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 108, n° 10, 8 mars 2011, p. 4248-4251, cités dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Pollens*, [En ligne]. [<http://www.monclimatmasante.qc.ca/pollens.aspx>].
- 125 BUSTINZA, Ray, et autres. « Health impacts of the July 2010 heat wave in Quebec, Canada », *BMC Public Health*, vol. 13, article n° 56, 21 janvier 2013. doi : <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-56>.
- 126 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Le plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques*, [En ligne]. [<http://www.monclimatmasante.qc.ca/pacc.aspx>].

- 127 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 171 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2001/01-208.pdf>.
- 128 RAYNAULT, Marie-France, Simon TESSIER, et François THÉRIEN. *Pour des logements salubres et abordables : rapport du directeur de santé publique de Montréal*, Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2015, ix, 92 p. Également disponible en ligne : [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_assmpublications/978-2-89673-500-6.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89673-500-6.pdf).
- 129 GASTALDY, Pierre. *Guide de gestion de la prolifération des moisissures en milieu scolaire : responsabilités et bonnes pratiques : prévention, investigation et décontamination*, [Québec], Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2014, 88 p. Également disponible en ligne : [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/reseau/infrastructures/Guide\\_moisissures.pdf](http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/reseau/infrastructures/Guide_moisissures.pdf).
- 130 D'HALEWYN, Marie-Alix, et autres. *Les risques à la santé associés à la présence de moisissures en milieu intérieur*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2002, xi, 166 p. [Rapport scientifique]. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/126\\_RisquesMoisissuresMilieuInterieur.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/126_RisquesMoisissuresMilieuInterieur.pdf).
- 131 LAJOIE, Pierre, Jean-Marc LECLERC, et Marion SCHNEBELN. *La ventilation des bâtiments d'habitation : impacts sur la santé respiratoire des occupants*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2006, xiii, 193 p. [Avis]. Également disponible en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/490-VentilationBatimentsHabitation.pdf>.
- 132 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Étude des impacts de la ventilation sur la qualité de l'air intérieur et la santé respiratoire des enfants asthmatiques dans les habitations (Projet IVAIRE) : faits saillants et sommaire*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, 4, [1] p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2039\\_impact\\_ventilation\\_air\\_interieur\\_enfants\\_asthme\\_sommaire.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2039_impact_ventilation_air_interieur_enfants_asthme_sommaire.pdf).
- 133 PORTAL SANTÉ MIEUX-ÊTRE DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Contamination de l'eau potable des réseaux de distribution*, [En ligne]. [<http://xn--sant-epa.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/contamination-de-l-eau-potable/>]; *Problèmes de santé liés aux eaux de baignade*, [En ligne]. [<http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/problemes-de-sante-lies-aux-eaux-de-baignade/>] (Consultés le 5 octobre 2016).
- 134 PORTAL SANTÉ MIEUX-ÊTRE DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Algues bleu-vert*, [En ligne]. [<http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/algues-bleu-vert/>] (Consulté le 5 octobre 2016).
- 135 MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES. *Eaux souterraines*, [En ligne]. [<http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/eau/souterraines/index.htm>] (Consulté le 5 octobre 2016).
- 136 ROBERT, Caroline, et Anouka BOLDUC. *Bilan de la qualité de l'eau potable au Québec*, [s. l.], Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2012, 70 p. Également disponible en ligne : <http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/eau/potable/bilans/bilan2005-2009.pdf>.
- 137 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Le transport urbain, une question de santé : rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006, 132 p. Également disponible en ligne : [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_assmpublications/2-89494-491-8.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/2-89494-491-8.pdf).
- 138 MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES. *Inventaire québécois des émissions de gaz à effet de serre en 2013 et leur évolution depuis 1990*. Québec, Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, Direction des politiques de la qualité de l'atmosphère, 2016, 23 p. Également disponible en ligne : <http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/changements/ges/2013/Inventaire1990-2013.pdf>.
- 139 BOUCHARD, Maryse, et Audrey SMARGIASSI. *Estimation des impacts sanitaires de la pollution atmosphérique au Québec : essai d'utilisation du Air Quality Benefits Assessment Tool (AQBAT)*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2008, v, 59 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/817\\_ImpactsSanitairesPollutionAtmos.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/817_ImpactsSanitairesPollutionAtmos.pdf).
- 140 BRISSON, Geneviève, Mary RICHARDSON, et Dominique GAGNÉ. *Relation entre l'agriculture et la qualité de vie des communautés rurales et périurbaines*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2010, xiii, 83 p. (Collection Politiques publiques et santé). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1169\\_RelAgriculQualiteVieCommuRuraPeriurbai.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1169_RelAgriculQualiteVieCommuRuraPeriurbai.pdf).
- 141 THIBAUT, Christiane, Marie-Pascale SASSINE, et Leylà DEGER, sous la coordination de. *Enjeux de santé publique relatifs aux activités d'exploration et d'exploitation des hydrocarbures gazeux et pétroliers*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, vi, 111 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1957\\_Enjeux\\_Exploration\\_Exploitation\\_Hydrocarbures.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1957_Enjeux_Exploration_Exploitation_Hydrocarbures.pdf).



- 142 BOUCHARD-BASTIEN, Emmanuelle, et Marie-Christine GERVAIS. *Relation entre les activités de l'industrie des hydrocarbures, la qualité de vie et la santé psychologique et sociale*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2016, II, 34, [1] p. + annexes [En ligne]. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2104\\_relation\\_hydrocarbures\\_qualite\\_vie\\_sante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2104_relation_hydrocarbures_qualite_vie_sante.pdf).
- 143 BRISSON, Geneviève, Catherine MORIN-BOULAIS, et Emmanuelle BOUCHARD-BASTIEN. *Effets individuels et sociaux des changements liés à la reprise des activités minières à Malartic* : période 2006-2013, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, II, 33 p. + annexes consultables en ligne. [Rapport de recherche]. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1959\\_Effets\\_Changements\\_Activites\\_Minieres\\_Malartic.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1959_Effets_Changements_Activites_Minieres_Malartic.pdf).
- 144 LALIBERTÉ, Claire, et Cora BRAHIMI. *Référentiel de compétences en santé environnementale pour la santé publique du Québec*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2012, x, 51 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1533\\_RefCompeSanteEnviroSantePublQc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1533_RefCompeSanteEnviroSantePublQc.pdf).
- 145 CORTIN, Valérie, et autres. *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2016, xv, 87 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2106\\_gestion\\_risques\\_sante\\_publique.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2106_gestion_risques_sante_publique.pdf).
- 146 CROTEAU, Agathe. *Effets du bruit en milieu de travail durant la grossesse : synthèse systématique avec méta-analyse et méta-régression*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2010, XIII, 117 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1040\\_BruitTravailGrossesseSynthese.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1040_BruitTravailGrossesseSynthese.pdf).
- 147 FUNES, Amélie, et autres. *Surdité professionnelle : cas acceptés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail au Québec – mise à jour 1997-2012*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, 4, [1] p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2018\\_Surdite\\_Professionnelle.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2018_Surdite_Professionnelle.pdf).
- 148 LEBEAU, Martin, Patrice DUGUAY, et Alexandre BOUCHER. *Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007*, (version révisée), Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2014, XIV, 48 p. (Rapports scientifiques). Également disponible en ligne : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-769.pdf>.
- 149 GRÉGOIRE, Martin, et autres. *Démarche provinciale de signalement : bilan 2010-2014*, Table de concertation nationale en santé au travail, 2016, 52 p.
- 150 VERBEEK, Jos H., et autres. « Interventions to prevent occupational noise-induced hearing loss », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 10, article n° CD006396, 17 octobre 2012. doi : <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006396.pub3>.
- 151 APRIL, Lise, et autres. « Le bruit en milieu de travail... toujours très présent! Parlons-en! » *Le Boulot santé*, décembre 2007, [6] p. [Bulletin montréalais de santé au travail]. Également disponible en ligne : [http://www.santeautravail.qc.ca/c/document\\_library/get\\_file?uuid=aa882545-a1c7-4ca5-8516-64b79222b5c1&groupId=67467](http://www.santeautravail.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=aa882545-a1c7-4ca5-8516-64b79222b5c1&groupId=67467).
- 152 QUÉBEC. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ, chap. S-2.1, r. 13, article 136. Également disponible en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/S-2.1,%20r.%2013>.
- 153 MARTIN, Richard, et autres. « Résultats d'une intervention concertée sur des cas de surexposition extrême au bruit dans une région du Québec (Chaudière-Appalaches) : étude descriptive », dans *Actes – Proceedings Noise at Work 2007 : Premier forum européen sur les solutions efficaces pour maîtriser les risques du bruit au travail*, Lille (France), 3-5 juillet 2007, p. 919-928.
- 154 MARTIN, Richard, et autres. « Des solutions efficaces et peu coûteuses pour réduire le bruit appliquées dans une région du Québec », *Acte – Proceedings Noise at Work 2007 : Premier forum européen sur les solutions efficaces pour maîtriser les risques du bruit au travail*, Lille (France), 3-5 juillet 2007, p. 321-330.
- 155 COMITÉ MÉDICAL PROVINCIAL D'HARMONISATION « POUR UNE MATERNITÉ SANS DANGER ». *Guide de pratique en matière de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite : effets du bruit sur la grossesse*, [Baie-Comeau, Québec], Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, ©2012, [20] p. Également disponible en ligne : [http://www.santeautravail.qc.ca/documents/126445/126931/421691\\_doc-1sE0W.pdf](http://www.santeautravail.qc.ca/documents/126445/126931/421691_doc-1sE0W.pdf).
- 156 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. *Un mal sournois, TMS : troubles musculo-squelettiques*, Dépliant, [s. l.], Commission de la santé et de la sécurité du travail, 2000, 4 p. Également disponible en ligne : [http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/500/Documents/dc\\_500\\_234.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/500/Documents/dc_500_234.pdf).

- 157 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. *Rapport annuel d'activité 2005*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2006, 79 p. Également disponible en ligne : [http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/400/Documents/Rapport\\_annuel\\_2006.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/400/Documents/Rapport_annuel_2006.pdf).
- 158 STOCK, Susan, et Faïza LAZREG. *Ampleur des TMS liés au travail : faits saillants [de l']Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2014, 2 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1814\\_Ampleur\\_TMS\\_Faits\\_Saillants.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1814_Ampleur_TMS_Faits_Saillants.pdf).
- 159 STOCK, Susan, et autres. « Underreporting work absences for nontraumatic work-related musculoskeletal disorders to workers' compensation: results of a 2007-2008 survey of the Québec working population », *American Journal of Public Health*, vol. 104, n° 3, mars 2014, p. e94-e101. doi : <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301562>.
- 160 STOCK, Susan, et Faïza LAZREG. *Conditions de travail contribuant aux TMS : faits saillants [de l']Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2014, 4 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1813\\_Conditions\\_TMS\\_Faits\\_Saillants.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1813_Conditions_TMS_Faits_Saillants.pdf).
- 161 STOCK, Susan, France TISSOT, et Faïza LAZREG. *Évaluation de l'implantation du Programme de prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail du Réseau de santé publique en santé au travail*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2014, v, 21 p. [Synthèse]. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1832\\_Evaluation\\_Troubles\\_Musculo-Squelettiques.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1832_Evaluation_Troubles_Musculo-Squelettiques.pdf).
- 162 GRAVEL, Marie-Andrée. « Le sentiment de sécurité et les perceptions de la population québécoise à l'égard de la criminalité », *Coup d'œil sociodémographique*, n° 29, janvier 2014, 7, [1] p. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no29.pdf>.
- 163 LAFOREST, Julie. *Indicateurs de vulnérabilité associés à la sécurité d'un territoire*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 64 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/721\\_indicateurs\\_final\\_crpspc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/721_indicateurs_final_crpspc.pdf).
- 164 BERGERON, Pascale, et Stefan REYBURN. *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*, Institut national de santé publique du Québec, 2010, xiii, 98 p. (Collection Politiques publiques et santé). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108\\_ImpactEnvironBati.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108_ImpactEnvironBati.pdf).
- 165 MONTPETIT, Christiane. *Le point sur... l'effet de quartier : mieux comprendre le lien entre le quartier et la santé*, n° 1, septembre 2007, 8 p. Également disponible en ligne : <http://www.rqvs.qc.ca/documents/file/Dossiers/pointeffetquartier1.pdf>.
- 166 ROBITAILE, Éric, et Pascale BERGERON. *Accessibilité géographique aux commerces alimentaires au Québec : analyse de situation et perspectives d'interventions*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2013, vii, 47 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1728\\_AccessGeoCommAlimentQc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1728_AccessGeoCommAlimentQc.pdf).
- 167 LALONDE, Benoît, et Éric ROBITAILE. *L'environnement bâti autour des écoles et les habitudes de vie des jeunes : état des connaissances et portrait du Québec*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, v, 51 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1894\\_Environnement\\_Bati\\_Ecoles.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1894_Environnement_Bati_Ecoles.pdf).
- 168 ST-PIERRE, Louise. *La 12<sup>e</sup> conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) : Des questions nouvelles pour répondre à l'évolution de la pratique*. 2013. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Également disponible en ligne : [http://www.ccnpps.ca/13/evaluation\\_d'impact\\_sur\\_la\\_sante.ccnpps](http://www.ccnpps.ca/13/evaluation_d'impact_sur_la_sante.ccnpps).
- 169 BERGERON, Pascale, et Éric ROBITAILE. *Mémoire concernant la Politique québécoise de mobilité durable : des interventions pour favoriser le transport actif et la pratique d'activité physique*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2013, p. 4-5. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1670\\_MemPolMobilDur\\_IntervFavoTransActPratActPhy.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1670_MemPolMobilDur_IntervFavoTransActPratActPhy.pdf).
- 170 QUÉBEC. *Le Québec en action vert 2020 : plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques : phase 1*, [Québec, ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs.] 2012, v, 55 p. Également disponible en ligne : [http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/changements/plan\\_action/pacc2020.pdf](http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/changements/plan_action/pacc2020.pdf).

## Références complémentaires

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE. *Mieux comprendre la problématique du suicide*. [En ligne]. [<http://www.aqps.info/comprendre/>].

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE. *La prévention du suicide au Québec : mettre en œuvre les mesures efficaces*, Québec, Association québécoise de prévention du suicide, 2012, 38 p. Également disponible en ligne : [http://www.aqps.info/media/documents/Mesures\\_efficaces\\_version\\_finale.pdf](http://www.aqps.info/media/documents/Mesures_efficaces_version_finale.pdf).

BLAIS, Claudia, et Louis ROCHETTE. *Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence, prévalence et mortalité*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 19, [1] p. (Surveillance des maladies chroniques ; 3). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1059\\_HypertensionArterielle.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1059_HypertensionArterielle.pdf).

BLAIS, Claudia, et Louis ROCHETTE. *Surveillance des cardiopathies ischémiques au Québec : prévalence, incidence et mortalité*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 20, [1] p. (Surveillance des maladies chroniques ; 7). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1960\\_Surveillance\\_Cardiopathies\\_Ischemiques.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1960_Surveillance_Cardiopathies_Ischemiques.pdf).

BOUCHARD, Louise Marie, et autres. *Prévention de l'intimidation par des actions précoces auprès des jeunes*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2014, 12 p. [Mémoire présenté au secrétariat du forum sur la lutte contre l'intimidation]. Également disponible en ligne : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/2014-11-29.2-Memoire.pdf>.

COMITÉ DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN). *Surveillance provinciale des infections nosocomiales : faits saillants, discussions et orientations 2014-2015*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2016, 18, [1] p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2079\\_faits\\_saillants\\_discussions\\_orientations.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2079_faits_saillants_discussions_orientations.pdf).

DORÉ, Nicole, et Danielle LE HÉNAFF. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 776 p. Également disponible en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>.

FORGET, Jocelyne. *Toxicomanie et réduction des méfaits*, [Montréal], Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1999, 16 p. (Les cahiers du CPLT). Également disponible en ligne : [http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/255\\_035-1290.pdf](http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/255_035-1290.pdf).

GAGNON, François. *Synthèse des connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2016, ix, 133 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2133\\_synthese\\_connaissances\\_substances\\_psychoactives.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2133_synthese_connaissances_substances_psychoactives.pdf).

GRAVEL, Marie-Andrée. *La victimisation de la population québécoise : victimisation criminelle et cybervictimisation*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2015, 90 p. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/securite/victimisation/victimisation.pdf>.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portail d'information périnatale*, [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Santéscope*, [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/santescope>].

MANTOURA, Pascale. *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*, Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 23, [1] p. Également disponible en ligne : [http://www.ccnpps.ca/docs/2014\\_SanteMentale\\_FR.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2014_SanteMentale_FR.pdf).

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec*, [Québec], Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2012, 200 p. [Politique et plan d'action 2012-2017]. Également disponible en ligne : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal au Québec : faits saillants 2014*, Québec, Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2016, 36 p. Également disponible en ligne : [http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/violence\\_conjugale/2014/violence\\_conjugale\\_2014.pdf](http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/violence_conjugale/2014/violence_conjugale_2014.pdf).



OLWEUS, Dan. « School bullying: development and some important challenges », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 9, 2013, p. 751-780. doi : <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Troubles mentaux*, [En ligne]. [[http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/)].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE. *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012, v, 101 p. Également disponible en ligne : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006_fre.pdf).

PIGEON, Étienne, et Isabelle LAROUCHE. *Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 11, [1] p, (Surveillance des maladies chroniques; 5). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1239\\_TendancesDiabete2000-2001A2006-2007.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1239_TendancesDiabete2000-2001A2006-2007.pdf).

ROBITAILLE, Éric. *Portrait de l'environnement bâti et de l'environnement des services : un outil d'analyse pour améliorer les habitudes de vie*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2012, xiii, 75 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1451\\_PortEnvBatiEnvServicesOutilAnalAmeHV.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1451_PortEnvBatiEnvServicesOutilAnalAmeHV.pdf).

ROBITAILLE, Éric, avec la coll. de Pascale BERGERON. *Potentiel piétonnier et utilisation des modes de transport actif pour aller au travail au Québec : état des lieux et perspectives d'interventions*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, viii, 109 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1935\\_Potentiel\\_Pietonnier\\_Travail.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1935_Potentiel_Pietonnier_Travail.pdf).

ROBITAILLE, Éric. *L'environnement alimentaire autour des écoles publiques et la consommation de la malbouffe le midi par des élèves québécois du secondaire*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2015, i, 18 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1894\\_Environnement\\_Bati\\_Ecoles.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1894_Environnement_Bati_Ecoles.pdf).

SANTÉ CANADA. *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, ©2002, p. 8. Également disponible en ligne : [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp\\_disorder-mp\\_concomitants/bp\\_concurrent\\_mental\\_health-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf).

SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003, 43 p.

SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉRINATALE. *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2013, ii, 84 p. Également disponible en ligne : [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2015/aspc-phac/HP7-1-2013-2-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/aspc-phac/HP7-1-2013-2-fra.pdf).

TABLE QUÉBÉCOISE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE. *Pour améliorer le bilan routier : premier rapport de recommandations de la Table québécoise de la sécurité routière*, [Québec], Table québécoise de la sécurité routière, 50 p. Également disponible en ligne : <https://securite-routiere.qc.ca/doc/rapport.pdf>.

## Sources des données citées

- a. Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2012, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- b. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- c. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Donnée tirée de : PICA, Lucille A., et autres. *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Tome 2, 141 p. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire2.pdf>.
- d. Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ.
- e. Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec 2012 : les attitudes parentales et les pratiques familiales (EVFVEQ), cycle 3, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Production de l'information par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- f. Données des CISSS et des CIUSSS ayant une mission de centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (régions sociosanitaires 01 à 16). Compilations spéciales du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- g. Données du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire (DUC 2.2), Ministère de la Sécurité publique du Québec. Donnée tirée de : <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-et-statistiques/violence-conjugale.html> (Consulté le 6 juillet 2016).
- h. Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les jeunes du secondaire (ETADJES) 2013, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Donnée tirée de : TRAORÉ, Issouf, et autres. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013 : évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2014, 208 p. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf>.
- i. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale 2012, Statistique Canada. Donnée tirée de : BARALDI, Rosanna, Katrina JOUBERT et Monique BORDELEAU. *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. Portrait chiffré*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2015, 135 p. Également disponible en ligne : [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR\\_portrait\\_sante\\_mentale2015H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf).
- j. Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.
- k. Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec. Donnée tirée de : LESAGE, Alain, et Valérie ÉMOND. *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 16 p. (Surveillance des maladies chroniques ; 6). Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrealMortaProfilUtiliServices.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrealMortaProfilUtiliServices.pdf).
- l. Fichier des décès (produit électronique), 1981 à 2011, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Bureau du coroner du Québec pour 2012, 2013 et 2014. Donnée tirée de : LÉGARÉ Gilles, et autres. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, III, 16 p. [Rapport]. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091\\_mortalite\\_suicide\\_2016.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091_mortalite_suicide_2016.pdf).
- m. Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec et Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.

- n. Statistique Canada. Principales causes de décès, population totale, selon le sexe, Canada, provinces et territoires. Tableau CANSIM : 102-0563 (Consulté le 15 décembre 2015). Donnée tirée de : LÉGARE Gilles, et autres. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, iii, 16 p. [Rapport]. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091\\_mortalite\\_suicide\\_2016.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091_mortalite_suicide_2016.pdf).
- o. Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Institut de la statistique du Québec (ISQ), avec la collaboration de la Commission des normes du travail et du ministère du Travail du Québec. Donnée tirée de : VÉZINA, Michel, et autres. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Montréal, IRSST, INSPQ et ISQ, 2011, v, 40 p. (Études et recherches), [Rapport sommaire RR-691]. Également disponible en ligne : [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR\\_EQCOTESST2011H00F02.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_EQCOTESST2011H00F02.pdf).
- p. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé 2008-2009, Statistique Canada. Donnée tirée de : PHILIBERT, MATHIEU D., Émilie RAYMOND et André TOURIGNY. « Participation sociale », dans BLANCHET, Carole, sous la dir. de *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec : vieillissement et santé*, Chapitre 8, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2013, p. 89-114. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1817\\_Habitudes\\_Vie\\_Aines.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1817_Habitudes_Vie_Aines.pdf).
- q. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV), Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (ISQ). Donnée tirée de : Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, ISQ.
- r. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008, 2011-2012 et 2013-2014, Statistique Canada. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- s. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) 2013, Statistique Canada. Données tirées de : *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)*, Tableaux détaillés de 2013, Gouvernement du Canada, [En ligne]. [<http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/tables-tableaux-2013-fra.php>].
- t. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire 1998 et Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES) 2013, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Donnée tirée de : TRAORÉ, Issouf, et autres. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013 : évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2014, 208 p. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf>.
- u. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) 2013, Statistique Canada. Compilations spéciales de l'unité Habitudes de vie, Direction du développement des individus et des communautés, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec.
- v. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier maître 2013-2014, Statistique Canada. Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- w. Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, Statistique Canada; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichiers maîtres 2005 et 2013-2014, Statistique Canada. Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- x. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) 2007 à 2011, Statistique Canada. Donnée tirée de : Statistique Canada. *L'activité physique mesurée directement des enfants et des jeunes canadiens, 2007 à 2011*, 2013, 6 p. [Feuilles d'information de la santé, no 82-625-X au catalogue de Statistique Canada].
- y. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Nutrition 2004, Statistique Canada. Donnée tirée de : BLANCHET, Carole, et autres. *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois*, [Montréal], Institut national de santé publique du Québec, 2009, xiii, 119 p.
- z. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé 2008-2009, Statistique Canada. Donnée tirée de : BLANCHET, Carole, « Alimentation et risque nutritionnel », dans Blanchet, Carole, sous la dir. de *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec : vieillissement et santé*, Chapitre 2, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2013, p. 7-21.

- aa. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – fichier maître 2011-2012, Statistique Canada. Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- bb. Projections sur le poids corporel, Québec, 2030. Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- cc. Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), 2014-2015, actualisation découpage territorial version M34-2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- dd. Fichier des décès (produit électronique), 2009-2011, actualisation découpage territorial version M34-2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- ee. Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- ff. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2013-2014, Statistique Canada. Tableau CANSIM : 105-0502.
- gg. Enquête sur l'allaitement maternel au Québec (EAM), 2005-2006, Institut de la statistique du Québec. Donnée tirée de : NEILL, Ghyslaine, et autres. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 85 p.
- hh. Statistique éclair, Indicateurs d'accouchement selon le lieu de résidence, Institut canadien d'information sur la santé.
- ii. Statistique de l'état civil du Canada, Bases de données sur les naissances et sur les décès, Statistique Canada. Tableau CANSIM : 102-0030.
- jj. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé 2008-2009, Statistique Canada. Tableau CANSIM : 105-1200.
- kk. Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 26 février 2016).
- ll. DÉSILETS, Joane, et autres. « Fin de l'éclosion de rougeole dans Lanaudière », *Le Prévenant*, vol. 24, n° 5, 2015, p. 1. Également disponible en ligne : <http://www.santelanaudiere.qc.ca/ASSS/Bulletins/Vol.%2024,%20no%205%20-%20Mai%202015.pdf>.
- mm. Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 19 mai 2016).
- nn. Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 13 juin 2016).
- oo. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 11 mai 2016).
- pp. Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN). Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 5 juillet 2016).
- qq. Fichier provincial des MADO, Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 10 mai 2016).
- rr. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003 et 2013-2014, Statistique Canada. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- ss. Système « Eau potable », Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MDDELCC). Compilations spéciales du MDDELCC.

- tt. Système de gestion des toxi-infections alimentaires du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec ; Compilation de données du registre ÉCLOSIONS, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ; Bilan des éclosions de maladies d'origine hydrique signalées dans les directions de santé publique. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.
- uu. Inventaire des émissions atmosphériques du ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- wv. Programme de surveillance de la qualité de l'air (PSQA), Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- ww. Fichier des lésions professionnelles, Commission de la santé et de la sécurité du travail. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 12 février 2016).
- xx. Données du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire (DUC 2.2), Ministère de la Sécurité publique du Québec. Donnée tirée de : Ministère de la Sécurité publique du Québec, *Criminalité au Québec : principales tendances 2014*, Québec, Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2016, 42 p.
- yy. Données du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire (DUC 2.2), Ministère de la Sécurité publique du Québec. Donnée tirée de : Ministère de la Sécurité publique du Québec, *Infractions sexuelles au Québec : faits saillants 2013*, Québec, Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2015, 25 p.
- zz. Enquête sociale générale (ESG) 2009, Statistique Canada. Donnée tirée de : GRAVEL, Marie-Andrée, « Le sentiment de sécurité et les perceptions de la population québécoise à l'égard de la criminalité », *Coup d'œil sociodémographique*, n° 29, janvier 2014, 7, [1] p.
- aaa. Recensement du Canada, 2006, Statistique Canada. Donnée tirée de : ROBITAILLE, Éric. *Portrait de l'environnement bâti et de l'environnement des services : un outil d'analyse pour améliorer les habitudes de vie*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2012, xiii, 75 p. Également disponible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1451\\_PortEnvBatiEnvServicesOutilAnalAmeHV.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1451_PortEnvBatiEnvServicesOutilAnalAmeHV.pdf).
- bbb. Rôle d'évaluation foncière du Québec, 2007, Ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire du Québec ; Réseau routier national, 2010, Ressources naturelles Canada ; Recensement du Canada, 2006, Statistique Canada. Compilations spéciales de l'unité Habitudes de vie, Direction du développement des individus et des communautés, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec.
- ccc. Base de données de localisation des bâtiments scolaires, Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports du Québec, 2012 ; Fichier cartographique du réseau cyclable, 2013, Ville de Québec ; Fichier de géolocalisation des pistes cyclables, 2012, Ville de Montréal. Compilations spéciales de l'unité Habitudes de vie, Direction du développement des individus et des communautés, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec.

## Sources des données utilisées dans les figures

### CHAPITRE 1

#### L'ADAPTATION SOCIALE ET LA SANTÉ MENTALE : POUR DES FONDATIONS SOLIDES

LE DÉVELOPPEMENT DES JEUNES	
GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des élèves du secondaire se situant à un niveau élevé à l'indice de décrochage scolaire selon le niveau de soutien social (faible/moyen ; élevé) de leur famille, Québec, 2010-2011</li> <li>2) Proportion des élèves se situant à un niveau élevé à l'indice de décrochage scolaire selon le niveau de soutien social (faible/moyen ; élevé) de l'école, Québec, 2010-2011</li> <li>3) Proportion des élèves se situant à un niveau élevé à l'indice de décrochage scolaire selon le niveau de soutien social (faible/moyen ; élevé) de leurs amis, Québec, 2010-2011</li> </ol>	<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Proportion des enfants de 5 ans vulnérables dans au moins un domaine de développement selon le niveau de défavorisation matérielle, Québec, 2012</p>
<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2012, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

L'INTIMIDATION	
GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des élèves de 1<sup>re</sup> secondaire ayant été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation durant l'année scolaire, Québec, 2010-2011</li> <li>2) Proportion des élèves de 5<sup>e</sup> secondaire ayant été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation durant l'année scolaire, Québec, 2010-2011</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des élèves du secondaire ayant été victimes d'agressions physiques à l'école ou sur le chemin de l'école durant l'année scolaire, selon le sexe, Québec, 2010-2011</li> <li>2) Proportion des élèves du secondaire ayant été victimes de cyberintimidation durant l'année scolaire, selon le sexe, Québec, 2010-2011</li> </ol>
<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LA VIOLENCE

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des enfants victimes de conduite à caractère violent (agression psychologique) répétée (3 fois ou plus) par un adulte de la maison au cours des 12 derniers mois, selon la déclaration de la mère, Québec, 2012</li> <li>2) Proportion des enfants victimes de conduite à caractère violent (violence physique mineure) répétée (3 fois ou plus) par un adulte de la maison au cours des 12 derniers mois, selon la déclaration de la mère, Québec, 2012</li> </ol>	<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Proportion des élèves du secondaire ayant infligé de la violence à leur partenaire lors de leurs relations amoureuses au cours des 12 derniers mois, Québec, 2010-2011</p>
<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec 2012 : les attitudes parentales et les pratiques familiales (EVFVEQ), cycle 3, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LES ABUS ET LES DÉPENDANCES

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des élèves de 5<sup>e</sup> secondaire ayant consommé de la drogue au cours des douze derniers mois, Québec, 2000</li> <li>2) Proportion des élèves de 5<sup>e</sup> secondaire ayant consommé de la drogue au cours des douze derniers mois, Québec, 2013</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des 15 à 24 ans en situation problématique d'abus ou de dépendance d'alcool, Québec, 2012</li> <li>2) Proportion des 15 à 24 ans en situation problématique d'abus ou de dépendance de cannabis, Québec, 2012</li> <li>3) Proportion des 25 ans et plus en situation problématique d'abus ou de dépendance d'alcool, Québec, 2012</li> <li>4) Proportion des 25 ans et plus en situation problématique d'abus ou de dépendance de cannabis, Québec, 2012</li> </ol>
<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les jeunes du secondaire (ETADJES) 2000 et 2013, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Données tirées de : TRAORÉ, Issouf, et autres. <i>Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013 : évolution des comportements au cours des 15 dernières années</i>, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2014, 208 p. Également disponible en ligne : <a href="http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-droque-jeu-2013.pdf">http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-droque-jeu-2013.pdf</a>.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale 2012, Statistique Canada. Données tirées de : BARALDI, Rosanna, Katrina JOUBERT et Monique BORDELEAU. <i>Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. Portrait chiffré</i>, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2015, 135 p. Également disponible en ligne : <a href="http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf">http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf</a>.</p>



## LES TROUBLES MENTAUX

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Proportion des 15 ans et plus ayant présenté un trouble mental au cours de leur vie, Québec, 2012</p>	<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Espérance de vie à un an dans la population générale et chez les personnes avec troubles mentaux selon le sexe, Québec, 2005-2010</p>
<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale 2012, Statistique Canada. Données tirées de : BARALDI, Rosanna, Katrina JOUBERT et Monique BORDELEAU. <i>Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. Portrait chiffré</i>, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2015, 135 p. Également disponible en ligne : <a href="http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale_2015H00F00.pdf">http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale_2015H00F00.pdf</a>.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec. Données tirées de : LESAGE, Alain, et Valérie ÉMOND. <i>Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services</i>, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 16 p. (Surveillance des maladies chroniques ; 6). Également disponible en ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf">https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf</a>.</p>

## LE SUICIDE

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de décès par suicide, Québec, 2013</li> <li>2) Nombre d'hospitalisations spécifiques à une lésion traumatique causée par une tentative de suicide, Québec, mars 2013 à avril 2014</li> <li>3) Nombre estimé de personnes ayant tenté de se suicider au cours des douze derniers mois, Québec, 2014-2015</li> <li>4) Nombre estimé de personnes qui a songé sérieusement au suicide au cours des douze derniers mois, Québec, 2014-2015</li> </ol>	<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Taux ajustés modélisés de mortalité par suicide selon le croisement des dimensions matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Québec, 2009-2011</p>
<p><b>Sources :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bureau du coroner du Québec. Données tirées de : Légaré, Gilles, et autres. <i>La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016</i>, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, III, 16 p. [Rapport]. Également disponible en ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091_mortalite_suicide_2016.pdf">https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091_mortalite_suicide_2016.pdf</a>.</li> <li>2) Fichier MED-ÉCHO (produit électronique) mars 2013 à avril 2014, actualisation découpage territorial version M34-2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</li> <li>3) et 4) Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec et Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</li> </ol>	<p><b>Source :</b></p> <p>Système de surveillance des inégalités sociales de santé du Québec (SSISSQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>



## LA SANTÉ MENTALE DES TRAVAILLEURS

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateur :</b> Nombre estimé de travailleurs de 15 ans et plus ayant subi du harcèlement psychologique au travail, Québec, 2014-2015</p>	<p><b>Indicateur :</b> Proportion des travailleurs de 15 ans et plus se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique liée au travail, Québec, 2014-2015</p>
<p><b>Source :</b> Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec et Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b> Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec et Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LA PARTICIPATION SOCIALE DES ÂÎNÉS

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateur :</b> Proportion des 65 ans et plus participant fréquemment à une activité sociale, Québec, 2008-2009</p>	<p><b>Indicateur :</b> Proportion des 65 ans et plus n'ayant aucune activité sociale fréquente selon le niveau de revenu, Québec, 2008-2009</p>
<p><b>Source :</b> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé 2008-2009, Statistique Canada. Données tirées de : PHILIBERT, Mathieu D., Émilie RAYMOND et André TOURIGNY. « Participation sociale », dans BLANCHET, Carole, sous la dir. de <i>Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec : vieillissement et santé</i>, Chapitre 8, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2013, p. 89-114. Également disponible en ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1817_Habitudes_Vie_Aines.pdf">https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1817_Habitudes_Vie_Aines.pdf</a>.</p>	<p><b>Source :</b> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé 2008-2009, Statistique Canada. Données tirées de : PHILIBERT, Mathieu D., Émilie RAYMOND et André TOURIGNY. « Participation sociale », dans BLANCHET, Carole, sous la dir. de <i>Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec : vieillissement et santé</i>, Chapitre 8, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2013, p. 89-114. Également disponible en ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1817_Habitudes_Vie_Aines.pdf">https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1817_Habitudes_Vie_Aines.pdf</a>.</p>

## CHAPITRE 2

### LES COMPORTEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES : LES SOUTENIR POUR PRÉVENIR LES MALADIES ET LES TRAUMATISMES

#### LE TABAGISME

GAUCHE	DROITE
<b>Indicateur :</b> Proportion des fumeurs actuels chez les 12 ans et plus selon le sexe, Québec, 2007-2008 et 2013-2014	<b>Indicateur :</b> Proportions ajustées modélisées des fumeurs actuels de 18 ans et plus selon le croisement des dimensions matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Québec, 2013-2014
<b>Source :</b> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008 et 2013-2014, Statistique Canada. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.	<b>Source :</b> Système de surveillance des inégalités sociales de santé du Québec (SSISSQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ.

#### L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

GAUCHE	DROITE
<b>Indicateur :</b> Proportion des 18 ans et plus atteignant le niveau minimal recommandé avec l'activité physique de loisir, Québec, 1994-1995, 2005 et 2013-2014	<b>Indicateur :</b> Proportion des 12-17 ans atteignant le niveau minimal recommandé avec l'activité physique de loisir, selon le sexe, Québec, 2013-2014
<b>Sources :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, Statistique Canada</li><li>• Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier maître 2005, Statistique Canada</li><li>• Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier maître 2013-2014, Statistique Canada</li></ul> Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.	<b>Source :</b> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier maître 2013-2014, Statistique Canada. Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.

## L'ALIMENTATION

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion de jeunes de 1 à 18 ans consommant trop de sodium, Québec, 2004</li> <li>2) Proportion d'adultes de 19 ans et plus consommant trop de sodium, Québec, 2004</li> <li>3) Proportion des élèves du secondaire ayant consommé au moins une sorte de boisson sucrée, une fois par jour ou plus, Québec, 2010-2011</li> <li>4) Proportion des élèves du secondaire ayant consommé de la malbouffe trois fois ou plus par semaine au cours de la dernière semaine d'école, Québec, 2010-2011</li> <li>5) Proportion des adultes de 19 ans et plus ayant consommé des aliments préparés en restauration rapide, Québec, 2004</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion de ménages de très faible revenu vivant de l'insécurité alimentaire, Québec, 2011-2012</li> <li>2) Proportion de ménages recevant de l'aide sociale vivant de l'insécurité alimentaire, Québec, 2011-2012</li> </ol>
<p><b>Sources :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Nutrition 2004, Statistique Canada. Données tirées de : BÉDARD Brigitte, et autres. (2008). <i>L'alimentation des jeunes Québécois : un premier tour de table – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 2.2)</i>, Québec, Institut de la statistique du Québec, 97 p.</li> <li>2) et 5) Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Nutrition 2004, Statistique Canada. Données tirées de : BLANCHET, Carole, et autres. <i>La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes Québécois</i>, [Montréal], Institut national de santé publique du Québec, 2009, xiii, 119 p.</li> <li>3) et 4) Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</li> </ol>	<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier maître 2011-2012, Statistique Canada. Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LE POIDS CORPOREL

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Répartition des 18 ans et plus selon le statut pondéral (poids insuffisant, poids normal, embonpoint, obésité), Québec, 1987</li> <li>2) Répartition des 18 ans et plus selon le statut pondéral (poids insuffisant, poids normal, embonpoint, obésité), Québec, 2013-2014</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des élèves du secondaire selon la satisfaction à l'égard de leur apparence (filles de poids normal désirant une silhouette plus mince), Québec, 2010-2011</li> <li>2) Proportion des élèves du secondaire selon la satisfaction à l'égard de leur apparence (garçons de poids normal désirant une silhouette plus forte), Québec, 2010-2011</li> </ol>
<p><b>Sources :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Enquête santé Québec (ESQ) 1987, Institut de la statistique du Québec.</li> <li>2) Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier maître 2013-2014, Statistique Canada.</li> </ol> <p>Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LE DIABÈTE ET L'HYPERTENSION

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de nouveaux cas de l'hypertension artérielle chez les 20 ans et plus, Québec, 2000-2001</li> <li>2) Nombre de nouveaux cas de l'hypertension artérielle chez les 20 ans et plus, Québec, 2013-2014</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de cas prévalents de personnes de 20 ans et plus vivant avec le diabète, Québec, 2000-2001</li> <li>2) Nombre de cas prévalents de personnes de 20 ans et plus vivant avec le diabète, Québec, 2013-2014</li> </ol>
<p><b>Source :</b></p> <p>Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LE CANCER

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Répartition des nouveaux cas projetés de cancer selon le siège, Québec, 2013</li> <li>2) Répartition des principales causes de décès par cancer selon le siège, Québec, 2011</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer, Québec, 1984 à 2010</li> <li>2) Projection du nombre de nouveaux cas de cancer, Québec, 2011 à 2030</li> </ol>
<p><b>Sources :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Estimations et projections démographiques (produit électronique), Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</li> <li>2) Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</li> </ol> <p>Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Sources :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</li> <li>2) Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</li> </ol> <p>Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## L'ALLAITEMENT MATERNEL

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateur :</b> Taux d'initiation à l'allaitement par les femmes de 15 à 55 ans qui ont eu un bébé au cours des 5 dernières années, Québec, 2013-2014</p>	<p><b>Indicateur :</b> Taux d'allaitement exclusif durant 6 mois par les femmes de 15 à 55 ans qui ont eu un bébé au cours des 5 dernières années, Québec, Saskatchewan, Colombie-Britannique, 2011-2012</p>
<p><b>Source :</b> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2013-2014, Statistique Canada. Données tirées de : CANSIM, tableau 105-0502.</p>	<p><b>Source :</b> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2011-2012, Statistique Canada. Données tirées de : CANSIM, tableau 105-0502.</p>

## LA MORTALITÉ INFANTILE ET LES NAISSANCES PRÉMATURÉES

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Taux de mortalité infantile, Québec, 1981</li> <li>2) Taux de mortalité infantile, Québec, 2011</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de naissances vivantes prématurées (&lt; 37 semaines), Québec, 2011</li> <li>2) Nombre de naissances vivantes prématurées (&lt; 33 semaines), Québec, 2011</li> </ol>
<p><b>Sources :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichier des naissances vivantes (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</li> <li>• Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</li> </ul> <p>Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Fichier des naissances vivantes (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LES TRAUMATISMES ROUTIERS

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de décès dus aux accidents de la route, Québec, 1975</li> <li>2) Nombre de décès dus aux accidents de la route, Québec, 2014</li> </ol>	<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Taux ajusté de mortalité par accidents de véhicule à moteur pour 100 000 personnes, milieu rural et urbain, Québec, 2009-2011</p>
<p><b>Source :</b></p> <p>Société de l'assurance automobile du Québec (2015). Bilan routier 2014, Gouvernement du Québec. 24 p.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LES CHUTES CHEZ LES ÂÎNÉS

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre quotidien de décès par traumatisme non intentionnel attribuables aux chutes présumées et certifiées (codes W10-W19, X59 avec codes de fracture (S02, S12, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92, T02, T14.2) chez les 65 ans et plus, Québec, 2009-2011</li> <li>2) Nombre quotidien d'hospitalisations pour traumatisme non intentionnel attribuables aux chutes présumées et certifiées (codes W10-W19, X59.0) chez les 65 ans et plus, Québec, 2011-2014</li> <li>3) Nombre estimé quotidien de personnes de 65 ans et plus ayant déclaré avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois, Québec, 2008-2009</li> </ol> <p>Les nombres quotidiens sont calculés à partir de la moyenne annuelle.</p>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Évolution du nombre d'hospitalisations pour traumatisme non intentionnel attribuables aux chutes présumées et certifiées (codes W10-W19, X59.0) chez les 65 ans et plus, Québec, 1989-1990 à 2014-2015 (années financières)</li> <li>2) Projections du nombre d'hospitalisations pour traumatisme non intentionnel attribuables aux chutes présumées et certifiées (codes W10-W19, X59.0) chez les 65 ans et plus, Québec, 2015-2016 à 2030-2031 (années financières)</li> </ol>
<p><b>Sources :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</li> <li>2) Fichier MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</li> <li>3) Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé 2008-2009, Statistique Canada. Données tirées de : BLANCHET, Carole, « Alimentation et risque nutritionnel », dans BLANCHET, Carole, sous la dir. de. <i>Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec : vieillissement et santé</i>, Chapitre 2, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2013, p. 7-21.</li> </ol> <p>Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Sources :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fichier MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</li> <li>2) Fichier MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Estimations et projections démographiques (produit électronique), Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.</li> </ol>

### CHAPITRE 3

## DES ACTIONS À MENER SUR PLUSIEURS FRONTS CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES

### LES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateur :</b> Nombre de cas d'infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b (Hib), Québec, 1990 à 2015</p>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Proportion des enfants de 24 mois ayant reçu au moins une dose de vaccin, Québec, 2014</li><li>2) Proportion des enfants de 24 mois ayant reçu tous les vaccins recommandés pour leur âge, Québec, 2014</li><li>3) Proportion des enfants de 24 mois ayant reçu sans aucun retard tous les vaccins recommandés pour leur âge, Québec, 2014</li></ol>
<p><b>Source :</b> Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 26 février 2016).</p>	<p><b>Source :</b> Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014. Institut national de santé publique du Québec. Données tirées de : BOULIANNE Nicole, Diane AUDET et Manale OUAKKI. <i>Enquête sur la couverture vaccinale des enfants et 1 an et 2 ans au Québec en 2014</i>. Institut national de santé publique du Québec, 2015, 151 p. Également disponible en ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1973_Enquete_Couverture_Vaccinale_Enfants.pdf">https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1973_Enquete_Couverture_Vaccinale_Enfants.pdf</a>.</p>

### LES MALADIES ENTÉRIQUES

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Nombre de cas déclarés d'infection à <i>Escherichia coli</i> producteurs de vérocytotoxines, Québec, 2000</li><li>2) Nombre de cas déclarés d'infection à <i>Escherichia coli</i> producteurs de vérocytotoxines, Québec, 2015</li></ol>	<p><b>Indicateur :</b> Nombre de cas déclarés de maladies entériques, Québec, 2015</p>
<p><b>Source :</b> Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 29 mai 2016).</p>	<p><b>Source :</b> Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 29 mai 2016).</p>



## LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des cas déclarés d'infections gonococciques, selon le sexe et l'âge, Québec, 2015</li> <li>2) Proportion des cas déclarés d'infections génitales à <i>Chlamydia trachomatis</i>, selon le sexe et l'âge, Québec, 2015</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de cas déclarés d'infections gonococciques, Québec, 2010</li> <li>2) Nombre de cas déclarés d'infections gonococciques, Québec, 2015</li> <li>3) Nombre de cas déclarés d'infections génitales à <i>Chlamydia trachomatis</i>, Québec, 2010</li> <li>4) Nombre de cas déclarés d'infections génitales à <i>Chlamydia trachomatis</i>, Québec, 2015</li> </ol>
<p><b>Source :</b></p> <p>Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 13 juin 2016).</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 13 juin 2016).</p>

## LES DROGUES PAR INJECTION

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des utilisateurs de drogues par injection ayant déclaré avoir utilisé des seringues déjà utilisées au cours des 6 derniers mois, réseau SurvUDI-I-Track, 1995</li> <li>2) Proportion des utilisateurs de drogues par injection ayant déclaré avoir utilisé des seringues déjà utilisées au cours des 6 derniers mois, réseau SurvUDI-I-Track, 2013</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion des utilisateurs de drogues par injection ayant des anticorps contre le VIH, réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014</li> <li>2) Proportion des utilisateurs de drogues par injection ayant des anticorps contre le VHC, réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014</li> </ol>
<p><b>Source :</b></p> <p>LECLERC, Pascale, et autres. <i>Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014. Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014</i>, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 125 p. Également disponible en ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2105_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf">https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2105_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf</a>.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>LECLERC, Pascale, et autres. <i>Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014. Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014</i>, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 125 p. Également disponible en ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2105_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf">https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2105_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf</a>.</p>

## LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de nouveaux cas de diarrhées associées au <i>C. difficile</i>, Québec, 2004-2005</li> <li>2) Nombre de nouveaux cas de diarrhées associées au <i>C. difficile</i>, Québec, 2015-2016</li> </ol>	<p><b>Indicateurs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nombre de cas d'acquisition de bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases chez les personnes hospitalisées, Québec, 2014-2015</li> <li>2) Nombre de cas d'acquisition de bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases chez les personnes hospitalisées, Québec, 2015-2016</li> </ol>
<p><b>Source :</b></p> <p>Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN). Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 5 juillet 2016).</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN). Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 5 juillet 2016).</p>

## CHAPITRE 4

### POUR DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

#### LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

GAUCHE	DROITE
<b>Indicateurs :</b> 1) Variation des émissions de gaz à effet de serre (millions de tonnes d'équivalents en dioxyde de carbone) pour l'ensemble des sources produites par l'activité humaine, Québec, 1990 à 2013 2) Variation des émissions de gaz à effet de serre (millions de tonnes d'équivalents en dioxyde de carbone) pour le transport routier produites par l'activité humaine, Québec, 1990 à 2013	<b>Indicateurs :</b> 1) Nombre total de cas de maladie de Lyme et proportion de cas acquis au Québec, 2011 2) Nombre total de cas de maladie de Lyme et proportion de cas acquis au Québec, 2015
<b>Source :</b> MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES. <i>Inventaire québécois des émissions de gaz à effet de serre en 2013 et leur évolution depuis 1990</i> . Québec, Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, Direction des politiques de la qualité de l'atmosphère, 2016, 23 p. Également disponible en ligne : <a href="http://www.mdelcc.gouv.qc.ca/changements/ges/2013/Inventaire1990-2013.pdf">http://www.mdelcc.gouv.qc.ca/changements/ges/2013/Inventaire1990-2013.pdf</a> .	<b>Source :</b> Fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Laboratoire de santé publique du Québec. Rapport de l'onglet VIGIE produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 10 mai 2016).

#### LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

GAUCHE	DROITE
<b>Indicateurs :</b> 1) Proportion des 12 ans et plus exposée à la fumée secondaire à la maison, Québec, 2003 2) Proportion des 12 ans et plus exposée à la fumée secondaire à la maison, Québec, 2013-2014	<b>Indicateur :</b> Proportion des ménages aux prises avec des problèmes de moisissures, Montréal, 2014
<b>Source :</b> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003 et 2013-2014, Statistique Canada. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.	<b>Source :</b> Enquête sur la salubrité et l'abordabilité du logement à Montréal (SALAM) 2014. Données tirées de : RAYNAULT, Marie-France, Simon TESSIER et François THÉRIEN. <i>Pour des logements salubres et abordables : rapport du directeur de santé publique de Montréal</i> , Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2015, 1x, 92 p. Également disponible en ligne : <a href="http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-500-6.pdf">http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-500-6.pdf</a> .

## LA QUALITÉ DE L'EAU POTABLE ET RÉCRÉATIVE

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateur :</b> Proportion des analyses conformes aux normes de la qualité de l'eau potable, Québec, 2005-2009</p>	<p><b>Indicateurs :</b> 1) Nombre d'avis de non-consommation de l'eau, Québec, 2011-2015 2) Nombre d'avis d'ébullition de l'eau, Québec, 2011-2015</p>
<p><b>Source :</b> ROBERT, Caroline, et Anouka BOLDUC. <i>Bilan de la qualité de l'eau potable au Québec</i>, [s. l.], Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2012, 70 p. Également disponible en ligne : <a href="http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/eau/potable/bilans/bilan2005-2009.pdf">http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/eau/potable/bilans/bilan2005-2009.pdf</a>.</p>	<p><b>Source :</b> Système « Eau potable », Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MDDELCC). Compilations spéciales du MDDELCC.</p>

## L'OCCUPATION DURABLE DU TERRITOIRE

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b> 1) Changements dans la qualité de l'air pour le dioxyde de soufre (moyenne annuelle des concentrations maximales horaires), Québec, 1979 et 2014 2) Changements dans la qualité de l'air pour l'ozone (moyenne annuelle des concentrations maximales horaires), Québec, 1979 et 2014</p>	<p><b>Indicateur :</b> Nombre estimé de personnes de 15 ans et plus dérangées à leur domicile par le bruit de la circulation routière, Québec, 2014-2015</p>
<p><b>Source :</b> Programme de surveillance de la qualité de l'air (PSQA), Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b> Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec et Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LE BRUIT EN MILIEU DE TRAVAIL

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateur :</b> Nombre estimé de travailleurs de 15 ans et plus exposés à du bruit intense en milieu de travail, Québec, 2014-2015</p>	<p><b>Indicateurs :</b> 1) Nombre de nouveaux cas de surdité professionnelle déclarés et acceptés par la CNESST, Québec, 1997 2) Nombre de nouveaux cas de surdité professionnelle déclarés et acceptés par la CNESST, Québec, 2013</p>
<p><b>Source :</b> Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec et Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b> Fichier des lésions professionnelles, Commission de la santé et de la sécurité du travail. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 12 février 2016).</p>

## LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES EN MILIEU DE TRAVAIL

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateur :</b> Proportion des travailleurs de 15 ans et plus ayant eu des troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés à l'emploi actuel à au moins une région corporelle au cours des douze derniers mois, selon le sexe, Québec, 2014-2015</p>	<p><b>Indicateur :</b> Proportion des travailleurs de 15 ans et plus exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail selon le sexe, Québec, 2014-2015</p>
<p><b>Source :</b> Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec et Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>	<p><b>Source :</b> Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec et Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LA SÉCURITÉ DES MILIEUX DE VIE

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateurs :</b> 1) Taux de criminalité, Québec, 2004 2) Taux de criminalité, Québec, 2014</p>	<p><b>Indicateur :</b> Proportion des élèves du secondaire ayant commis au moins un acte de conduite délinquante au cours des douze derniers mois, Québec, 2010-2011</p>
<p><b>Source :</b> Données du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire (DUC 2.2), Ministère de la Sécurité publique du Québec. Données tirées de : Ministère de la Sécurité publique du Québec, <i>Criminalité au Québec : principales tendances 2014</i>, Québec, Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2016, 42 p.</p>	<p><b>Source :</b> Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.</p>

## LES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES AUX SAINES HABITUDES DE VIE

GAUCHE	DROITE
<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Distance entre le lieu de résidence et certains lieux ou infrastructures, Québec, 2006</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• épicerie</li> <li>• dépanneur</li> <li>• restaurant-minute</li> <li>• infrastructure de loisirs</li> </ul>	<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Nombre d'écoles situées à moins de 500 mètres d'un :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• restaurant-minute</li> <li>• dépanneur</li> </ul>
<p><b>Source :</b></p> <p>Recensement du Canada, 2006, Statistique Canada. Données tirées de : ROBITAILE, Éric. <i>Portrait de l'environnement bâti et de l'environnement des services : un outil d'analyse pour améliorer les habitudes de vie</i>, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 2012, xiii, 75 p. Également disponible en ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1451_PortEnvBatiEnvServicesOutilAnalAmeHV.pdf">https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1451_PortEnvBatiEnvServicesOutilAnalAmeHV.pdf</a>.</p>	<p><b>Source :</b></p> <p>Base de données de localisation des bâtiments scolaires, 2012, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Données tirées de : LALONDE, Benoît, et Éric ROBITAILE. <i>L'environnement bâti autour des écoles et les habitudes de vie des jeunes : état des connaissances et portrait du Québec</i>, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, v, 51 p. Également disponible en ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1894_Environnement_Bati_Ecoles.pdf">https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1894_Environnement_Bati_Ecoles.pdf</a>.</p>



