

Le carrefour des défis – 2011



COMITÉ RÉGIONAL EN
DÉVELOPPEMENT SOCIAL CENTRE-DU-QUÉBEC

PRODUCTION

Comité régional en développement social Centre-du-Québec (CRDS)

RECHERCHE ET TRAVAUX ENTOURANT LA RÉALISATION

Manon Samson	Chargée de projet
Lisa Gauthier	Chargée de projet
Monica Jekovska	Agente de recherche, CRDS

COMITÉ DE TRAVAIL ET DE SUIVI

Normand Bélisle	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
Stéphanie Benoît	Carrefour de développement social de la MRC de Drummond
Michèle Blain	Centraide Centre-du-Québec
Réal Boisvert	Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
France Fradette	Comité régional en développement social Centre-du-Québec
Lucie Lafrance	Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Sylvain St-Onge	Corporation de développement communautaire Drummond
Chantal Tardif	Comité régional d'économie sociale du Centre-du-Québec

PRÉSENTATION DU CARREFOUR DES DÉFIS

Le Carrefour des défis pour une région à dimension humaine réunit un ensemble de problématiques identifiées au Centre-du-Québec. Au-delà d'un état de situation, cette *nouvelle édition 2010-2011*, est un tournant dans l'évolution de ce document dont la première édition remonte à l'année 2003. Toujours fidèle au même objectif, soit celui d'être un outil de référence au plan des données et des connaissances sur les problématiques sociales identifiées au Centre-du-Québec afin de permettre d'utiliser des approches ou interventions appropriées auprès des groupes vulnérables ou territoires défavorisés.

La nouvelle version 2010-2011 est le résultat d'un grand défi que nous avons relevé. Ainsi nous avons procédé en premier lieu à une relecture des trente-trois problématiques recensées afin de vérifier la pertinence de la formulation des énoncés de chacune d'entre elles, nous avons par la suite standardisé la présentation au plan du contenu de chacune des problématiques, nous avons actualiser les données statistiques sexuées et en tenu compte des différences sur le plan des données selon les territoires de MRC là où c'est possible.

Vous trouverez pour chacune des problématiques identifiées les informations suivantes :

- une mise en contexte qui permet de situer et définir la problématique traitée;
- les enjeux reliés à chacune des problématiques;
- les données statistiques régionales et, dans plusieurs cas des données propres aux territoires de MRC pour chacune des problématiques;
- des données sexuées lorsque cela est possible;
- l'ajout des données issues des rapports remis par les promoteurs des projets ou démarches au plan des actions menées dans la région et que nous avons soutenues avec le Fonds régional de soutien à la réflexion et à l'action en matière de développement social en réponse à des besoins et réponses collectives au mieux-être de la population.

Notre plus grand souhait est que le Carrefour des défis soit un outil utile pour les intervenantes et intervenants en permettant d'y trouver rapidement les informations nécessaires qui permettront de favoriser des interventions ajustées aux besoins des communautés et d'améliorer nos connaissances sur les réalités vécues.

En terminant, il est important de remercier, mesdames Lisa Gauthier, chargée de projet, Monica Jekovska agente de recherche au CRDS pour leur travail de recherche, les membres du comité connaissance du CRDS pour le suivi des travaux, les organismes collaborateurs qui ont accepté de valider les données et enjeux selon leur secteur d'intervention. Ces organismes sont le Forum jeunesse, la Table régionale de concertation des aînés, l'Agence de santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec, l'Office des personnes handicapées du Québec, le regroupement d'organismes de personnes handicapées et le Comité régional en économie sociale du Centre-du-Québec.

Bonne lecture et surtout une fréquente utilisation de ce document de référence !



France Fradette
Coordonnatrice du CRDS
Les membres
Comité régional en développement social Centre-du-Québec

THÈME : HOMMES

PROBLÉMATIQUE 12 : DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE EN CROISSANCE CHEZ LES HOMMES

Comparativement au Québec, la région du Centre-du-Québec connaît une surmortalité par suicide (27,1 contre 18,6 pour 100 000). Ce taux de suicide est élevé chez les hommes de 25 à 64 ans, en particulier dans la MRC de Drummond mais aussi au Centre-du-Québec. La détresse psychologique est élevée notamment en situation de rupture et de perte d'emploi. On déplore aussi le peu de ressources disponibles, la difficulté d'exprimer leurs besoins et leurs angoisses.

ENJEUX :

- Améliorer la santé des hommes;
- Problèmes de dépendance à l'alcool et aux drogues;
- Taux de suicide élevé
- Les hommes consultent peu les services de santé et les services sociaux courants.

DONNÉES RÉGIONALES

Tableau 40 : Nombre annuel moyen de décès par suicide, taux ajusté¹ et indice comparatif de mortalité (ICM²) selon le sexe, par districts sociosanitaires et réseaux locaux de services, Centre-du-Québec et ensemble du Québec, 1999 à 2003¹

Territoire sociosanitaire	HOMME			FEMME			TOTAL		
	Nbre annuel moyen	Taux ajusté	ICM	Nbre annuel moyen	Taux ajusté	ICM	Nbre annuel moyen	Taux ajusté	ICM
Centre-du-Québec	49	44	1,48	11	9,9	1,27	59	27,1	1,44
RLS Bécancour Nicolet-Yamaska	9	40	1,34	1	7,5	0,86	10	23,7	1,24
DSS Nicolet-Yamaska	5	47,2	1,54	1	6,3	0,66	6	25,9	1,36
DSS Bécancour	3	31,6	1,11	1	9,2	1,1	4	20,8	1,11
RLS DSS Drummond	21	46,3	1,57	4	8,1	1,05	24	27,4	1,46
RLS Arthabaska-de-l'Érable	19	42,9	1,46	6	13,1	1,68	25	28,2	1,51
DSS Arthabaska	15	44,5	1,52	5	14,5	1,83	19	29,7	1,59
DSS de l'Érable	5	38,4	1,29	1	8,7	1,28	6	24,1	1,29
Ensemble du Québec	1 086	29,8	1	290	7,8	1	1 376	18,6	1

1 : Taux annuel moyen pour 100 000 personnes.

2 : Indice comparatif de mortalité (ICM) - L'ICM est le ratio entre le taux de mortalité standardisé selon l'âge dans une région donnée et le taux de mortalité pour l'ensemble du Québec. Les régions où l'ICM est inférieur à 1 ont un taux de mortalité par suicide inférieur à la moyenne québécoise. Si l'ICM est supérieur à 1, le taux de mortalité pour cause de suicide dans la région est plus élevé que dans le reste du Québec.

¹ Rapport Condition féminine, Indicateur 96, p. 120. Source de référence : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, MSSS, Fichier des décès, 1999 à 2003.

- De 1999 à 2003, les taux de mortalité par suicide au Centre-du-Québec (taux annuel pour 100 000 personnes) sont beaucoup plus élevés comparativement à l'ensemble du Québec, et ce, particulièrement chez les hommes (44,0 contre 29,8 pour 100 000).
- L'écart est également important entre les hommes et les femmes de la région, les hommes connaissant une mortalité par suicide quatre fois plus importante que celle des femmes (44,0 contre 9,9 pour 100 000).
- Les réseaux locaux de services qui présentent le plus haut taux ajusté des hommes de la région sont le RLS Drummond (46,3 %) et le RLS Arthabaska-de-l'Érable (42,9 %).

Tableau 41 : Nombre annuel moyen de décès par suicide, taux ajusté et indice comparatif de mortalité (ICM) selon l'âge et le sexe, région sociosanitaire de la Mauricie-Centre-du-Québec et ensemble du Québec, 1999 à 2003¹

Groupe d'âge	Sexe	Mauricie-Centre-du-Québec			Québec
		Nombre annuel moyen	Taux ajusté ¹	ICM ²	Taux ajusté ¹
Moins de 15 ans	Total	2	2,8	4,16	0,7
15-24 ans	Hommes	16	47,9	1,55	31,1
	Femmes	4	11,3	1,47	7,8
	Total	20	30,4	1,53	19,7
25-44 ans	Hommes	42	61	1,5	40,5
	Femmes	7	11	1,08	10,3
	Total	49	36,5	1,42	25,6
45-64 ans	Hommes	35	53,1	1,4	37,9
	Femmes	10	14,9	1,31	11,3
	Total	44	34	1,38	24,4
65 ans et plus	Hommes	9	31	1,15	27
	Femmes	2	4	0,76	5,1
	Total	11	14,9	1,07	14
Tous âges confondus	Hommes	103	43	1,44	29,8
	Femmes	23	9,7	1,24	7,8
	Total	126	26,2	1,4	18,6

1 : Taux annuel moyen pour 100 000 personnes

2 : Indice Comparatif de mortalité (ICM) - L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux nationaux.

- Dans la région sociosanitaire de la Mauricie-Centre-du-Québec, ce sont les hommes qui présentent un taux ajusté de 43 % (tous âges confondus), comparativement à 29,8 % pour leurs homologues québécois.
- Les hommes de 15-24 ans et de 45-64 ans ont les taux ajustés les plus élevés dans la région, soit 47,9 % et 53,1 %.

1 Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, MSSS, Fichier des décès, 1999 à 2003.

PROBLÉMATIQUE 13 : DÉPENDANCE À L'ALCOOL, AUX DROGUES ET AUX JEUX COMPULSIFS¹

Au cours des dernières années, de nombreux efforts ont été déployés dans la région afin de prévenir, de limiter, de réduire et de traiter les problèmes associés aux dépendances. En effet, plusieurs travaux et initiatives ont permis d'approfondir nos connaissances quant à la problématique et ses conséquences. Les partenaires se sont donné un langage et des outils communs. Des services ont également été mis en place afin de répondre aux besoins des personnes dépendantes et de leur entourage. Toutefois, force est de constater qu'en dépit de ces avancées importantes, le phénomène des dépendances demeure préoccupant tant par les répercussions qu'elles entraînent chez la personne aux prises avec cette problématique que celles qu'elles occasionnent à leur entourage et à la communauté.

ORIENTATIONS RÉGIONALES EN DÉPENDANCES 2008-2012

À l'instar du Plan d'action interministériel en toxicomanie et de l'offre de service en dépendances 2007-2012 du MSSS, les orientations de la région sociosanitaire sont basées, sur cinq principes mobilisateurs qui tiennent compte des dernières tendances et des plus récentes connaissances scientifiques dans le domaine.

1. Une intervention adaptée

La consommation de substances psychoactives, tout comme les habitudes de jeu, s'inscrit sur une trajectoire allant d'un usage récréatif jusqu'à un diagnostic de dépendance incluant l'ensemble des souffrances qu'elle entraîne. Ainsi, les besoins de la population en matière de services se situent dans une gradation allant de l'information aux interventions adaptées pour les clientèles cibles, à risque et dépendantes.

2. Une responsabilité individuelle

Les orientations misent sur la capacité des personnes à se responsabiliser par rapport à leur vie et à leur santé, à prendre des décisions éclairées et à exercer davantage de contrôle sur leur vie. En ce sens, elles privilégient les interventions qui mettent à contribution leurs aptitudes individuelles et qui encouragent l'autonomie.

3. Une responsabilité collective

Les orientations sont également basées sur le principe que la prévention, la réduction des risques et l'atténuation des conséquences associées aux dépendances incombent à la fois à l'individu et à l'ensemble de la collectivité.

4. Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience

Les connaissances dans le domaine des dépendances sont en constante évolution. Les orientations prennent assises sur les connaissances actuelles des manifestations et des modes de consommation, des risques et des conséquences potentielles, notamment en intégrant les meilleures pratiques ou celles qui sont prometteuses.

1 L'ensemble des informations présentées pour cette problématique provient du document suivant : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2008) Orientations régionales en dépendances Mauricie et Centre-du-Québec 2008-2012. 52 p.

5. La concertation, condition essentielle

Agir sur la problématique des dépendances est complexe et commande l'utilisation de stratégies pluralistes. Ainsi, on reconnaît aujourd'hui qu'intervenir dans le domaine de la dépendance ne peut se faire sans concertation. Il importe de se rappeler que la concertation est une nécessité et exige une coordination des actions et de leur intégration, tant au plan régional que local.

DONNÉES RÉGIONALES¹

La consommation d'alcool

Entre 1992-93 et 2006, on observe une augmentation de plus de 16 % de la consommation d'alcool per capita (ventes). Cet accroissement est davantage observé au profit des vins (plus de 57 %), mais également au niveau des spiritueux (plus de 10 %) et de la bière (plus de 4 %)².

D'après les résultats de l'enquête réalisée par Educ'alcool12 en 2007 auprès d'un échantillon significatif de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, 25 % boit plus d'une fois par semaine et 21 %, une fois par semaine. De plus, 50 % des Québécois ont bu au moins une fois 5 consommations ou plus en une même occasion et 25 % en ont consommé 8 et plus.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 3.1-2005³, révèle que 6,6 % des personnes de 12 ans et plus dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec avait pris 14 consommations et plus au cours d'une semaine comparativement à 7,2 % pour le reste du Québec.

Cette proportion est plus élevée parmi les hommes autant dans la région (10,4 %) qu'au Québec (11,5 %).

Toujours selon l'ESCC-2005, on note que 16,7 % de la population des 12 ans et plus de la région déclaraient une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année. Cette proportion est similaire au reste de la population québécoise (16,8 %). On rapporte une proportion nettement supérieure chez les hommes que chez les femmes de la région (25,3 % c. 8,2 %). Le reste du Québec présente le même phénomène (24,3 % c. 9,6 %). En 2003, on observe que 14,7 % de la population des 12 ans et plus de la région présentaient une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année⁴.

Dans l'enquête canadienne de 2005, 31,8 % des hommes de la région, âgés de 25 à 44 ans et 24 % de ceux âgés de 45 à 64 ans rapportaient une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année. Environ un tiers des hommes âgés de 20-24 ans présentent également une consommation élevée. Il faut toutefois interpréter cette dernière donnée avec prudence.

1 Les données présentées dans cette section se reportent uniquement pour la région sociosanitaire Mauricie-Centre-du-Québec. Nous ne disposons pas de données spécifiques à notre région sur cette problématique.

2 Demers, A., Paradis, C., Picard, É., (2007). Y aura-t-il un lendemain de veille à la modération? Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Santé et de la Prévention. Université de Montréal. Présentation aux Journées annuelles de santé publique, 23 novembre 2007. 6 p.

3 Statistique Canada, (2005). Microdonnées à grande diffusion du Cycle 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Dans un rapport produit par l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec. 15 p.

4 Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, (2006). Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population. Gouvernement du Québec. 659 p.

En 2006, le taux ajusté de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool en Mauricie et au Centre-du-Québec était de 74 pour 100 000 personnes¹. Cette valeur est significativement supérieure au taux du Québec qui est de 62. De même en 2002, la région possédait un taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec capacités affaiblies significativement supérieur à celui du Québec (432 c. 306 pour 100 000 personnes). Pour la période 1997-2003, le taux de conducteurs décédés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise était de 4 pour 100 000 personnes et encore une fois significativement supérieure à celui du Québec (2,2).

Consommation d'autres drogues

Les résultats de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada effectuée en 2004², révèlent que le taux d'usage de drogues illicites (excluant le cannabis) au Québec au cours de la vie est un des plus élevés au Canada, après la Colombie-Britannique. Le cannabis est la drogue la plus fréquemment utilisée. Au Québec, l'usage du cannabis dans les douze mois précédant l'enquête est passé de 6,5 % en 1989 à 15,8 % (46,4 % au cours de la vie) en 2004. Toujours selon cette enquête, 12,2 % de la population âgée de 15 ans et plus, affirmait faire usage de cocaïne/crack au cours de la vie, 11 % d'hallucinogènes, 8,9 % de speed, et 3,7 % indiquait consommer de l'ecstasy. Au Québec, le pourcentage de consommateurs de drogues était de 17,4 %. En 2002, selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 0,8 % des Québécois étaient à risque d'une dépendance aux drogues illicites³.

La consommation de drogues peut augmenter les comportements sexuels à risque de transmission du VIH/sida et des autres infections transmissibles sexuellement⁴. Plus l'usage d'alcool et de drogues est élevé, plus les comportements sexuels à risque sont fréquents.

Habitudes liées aux jeux de hasard et d'argent

Depuis la création de Loto-Québec en 1970, les revenus par année n'ont pas cessé de croître. Ce fait illustre bien le phénomène des jeux de hasard et d'argent (JHA) dans la population québécoise. Quelques études rapportent que la prévalence à vie du jeu pathologique au Québec serait passée de 1,2 % en 1989 à 2,1 % en 1996⁵. L'étude de prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002, réalisée par des chercheurs de l'Université Laval et de l'INSPQ révèle qu'au cours de la dernière année, 81 % des adultes se sont adonnés à des jeux de hasard et d'argent. Ce taux de participation était de 90 % en 1996. Cette diminution est statistiquement significative entre 1996 et 2002.

Dans la population générale, 68 % font l'achat de billets de loterie, 40 % participent à des levées de fonds et des tirages, 18 % vont jouer au casino, 10 % misent de l'argent en jouant aux cartes en famille ou avec des amis, 9 % jouent au bingo, et 8 % s'adonnent à la loterie vidéo.

L'étude rapporte également que la prévalence courante des joueurs pathologiques probables et des joueurs à risque entre 1996 (respectivement 1,0 % et 1,4 %) et 2002 (respectivement 0,8 % et 0,9 %) est restée stable dans la population québécoise, ce qui représente pour l'année 2002, entre 35 000 et 55 800 joueurs pathologiques probables et 40 000 à 62 000 joueurs à risque.

1 Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, (2006). Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population. Gouvernement du Québec. 659 p.

2 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). L'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : points saillants. Ottawa. 12 p

3 Statistique Canada, (2002). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : santé mentale et bien-être, cycle 1.2. Ottawa.

4 Lévy, J. et Garnier, C., (2006). Drogues, médicaments et sexualité. Drogues, santé et société, vol. 5 no 2. pp. 11-48.

5 Ladouceur, R. et al. (2004). Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002. Québec et Montréal. Université Laval et Institut national de santé publique du Québec. 83 p.