

RÉGION DES LAURENTIDES

RAPPORT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

1^{re} édition

Novembre 2005

Les maladies chroniques
et l'obésité :
une réelle menace

À notre santé!

Ensemble pour la promotion
de saines habitudes de vie

Des milieux de vie
favorables à la santé



Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Laurentides



Une publication de la
Direction de santé publique des Laurentides
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
des Laurentides

1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : 450 436-8622
Télécopieur : 450 436-1761
Courriel : courrier@rrsss15.gouv.qc.ca

Sous la direction de

Blandine Piquet-Gauthier

Coordination des travaux

Huguette Crête

Comité scientifique et de rédaction

Mylène Drouin
Judith Légaré
Sylvie Nadon

Collaboration à la rédaction

André Allard
Stéphane Dupond
Brigitte Durand
Claire Jutras
Nadia Lapointe
Nicole Lapointe
Roxane Néron
Jacques Normandeau
Richard Paquin
Élise Prévost

Révision des textes

Anne-Marie Bellerose
Suzanne Delisle
Gilbert Filion
Nicole Goyer
Élise Prévost
Sylvie Provost
Louise Van Doesburg

Conception et réalisation graphique

Anne-Marie Bellerose
Evelyn Butt

Impression

Division PRÉ-PRESSE A.L. inc

Référence suggérée :

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX
LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES.
À notre santé : Rapport de la directrice de santé publique,
Saint-Jérôme, Direction de santé publique des
Laurentides, 2005, 64 p.

Ce document est disponible en version intégrale sur
le site Web de l'Agence de développement de réseaux
locaux de services de santé et de services sociaux des
Laurentides : <http://www.rrsss15.gouv.qc.ca>

La reprographie à des fins non commerciales est
autorisée à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal : 4^e trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Santécom

ISBN : 2-89547-094-4

Mot de la directrice de santé publique



C'est avec plaisir que je vous convie à la lecture de notre premier rapport portant sur les habitudes de vie de la population des Laurentides : « **À notre santé!** ».

Si cette année la promotion de saines habitudes de vie retient notre attention, c'est d'abord parce qu'elles sont en lien direct avec la diminution des maladies chroniques. La lutte au tabagisme, la promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation contribuent à réduire le fardeau sans cesse croissant de ces maladies sur le système de santé. La prévention s'impose!

Le réseau de la santé et particulièrement les centres de santé et de services sociaux (CSSS) doit assurer un leadership marqué dans le développement d'interventions de prévention des maladies chroniques et de promotion de saines habitudes de vie. La rédaction des projets cliniques pour chaque territoire de réseau local de services fournit d'ailleurs une occasion unique de donner une place de choix aux actions de prévention. Ainsi, l'ensemble de la population aura accès à des services préventifs ainsi, qu'à des environnements favorables à des choix-santé.

Cependant, le secteur de la santé ne peut agir seul. C'est donc par la mobilisation de l'ensemble des secteurs (municipal, scolaire, communautaire, milieu de travail etc.) que nous pourrons bâtir ensemble des milieux de vie sans fumée de tabac, favorables à un mode de vie actif et à de saines habitudes alimentaires, et ce pour tous les groupes d'âge.

Je vous invite donc à vous joindre à nous dans la lutte aux maladies chroniques et à l'épidémie d'obésité. C'est la coordination des efforts de chacun qui fera la différence!

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'B.P.' with a stylized flourish.

Blandine Piquet-Gauthier, M.D.

Le Comité stratégique de santé publique des Laurentides

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) s'engagent concrètement pour la santé publique : dans chacun d'eux, un membre de la direction a été désigné pour assumer cette responsabilité. Mieux encore, ces personnes viennent de former, à l'invitation de la directrice de santé publique et avec l'assentiment de leur direction générale, le Comité stratégique de santé publique des Laurentides.

Tous les mois, ce comité se réunit, sous la présidence de la D^{re} Blandine Piquet-Gauthier, pour réfléchir aux enjeux de santé publique au sein de leur CSSS, établir des orientations et des stratégies d'action et même planifier des activités à réaliser sur le terrain. Un bouillonnement d'idées fort prometteur!

Pour la santé publique, la mise en place d'un tel comité s'avère une garantie pour que les programmes de santé publique occupent une place de choix au sein des nouveaux CSSS et qu'ils s'intègrent de façon harmonieuse à l'ensemble des projets cliniques.

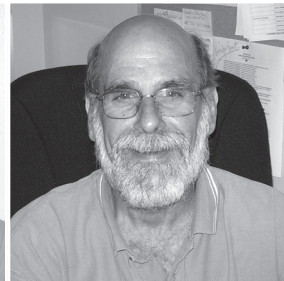
Comme porteurs de la Santé publique dans leur organisation, les membres du comité assurent également le suivi du Plan d'action régional et du Plan d'action local. Il va sans dire que la prévention est une priorité pour eux, de même que la promotion de saines habitudes de vie. Le défi est grand, car le CSSS ne peut agir seul dans ce domaine : il doit animer son milieu pour susciter un partenariat nécessaire.



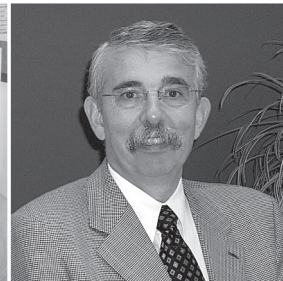
CSSS d'Antoine-Labelle
FRANCINE LAROCHE
Directrice intérimaire des services de 1^{re} ligne



CSSS des Sommets
GINETTE SAMSON
Directrice des programmes réseau



CSSS des Pays-d'en-Haut
PIERRE BERTRAND
Chef de l'administration des programmes



CSSS d'Argenteuil
DANIEL TINCHON
Directeur du programme clientèle et des services à la communauté



CSSS de Thérèse-De Blainville
JOSÉE CHEVALIER
Directrice des programmes généraux de 1^{re} ligne CLSC



CSSS de la Rivière-du-Nord – Nord-de-Mirabel
KARINA DAIGLE
Directrice du programme Famille enfance jeunesse et services à la collectivité



CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
LOUISE CHÂTEAUVERT
Directrice des soins infirmiers

Un signal encourageant des CSSS

Voici quelques exemples de partenariat réussi communiqués par les membres du comité pour illustrer les actions qu'on peut entreprendre dans différents milieux, pour différents groupes, afin de faire face, par la promotion de saines habitudes de vie, au mal du siècle que représentent les maladies chroniques.

- **Des écoles qui s'impliquent**

En partenariat avec la Commission scolaire Pierre-Neveu, les infirmières du **CSSS d'Antoine-Labelle** offriront aux élèves de chaque école des programmes de prévention tels *Défi Moi, j'croque 5 fruits et légumes*, *Mission TNT* et *ISO-Actif*. Pour sa part, avec les conseils d'établissement des écoles, la nutritionniste invitera les parents à des conférences sur l'adoption de saines habitudes alimentaires, en particulier sur l'importance à accorder au petit déjeuner et au contenu de la boîte à lunch.

- **Un Salon VIP**

Plus de 600 personnes ont visité un Salon VIP bien spécial concocté par le **CSSS des Sommets** et différents partenaires, dont ceux de la Table de concertation en soutien à domicile. VIP pour Valorisation-Information-Prévention! De nombreuses personnes ont été attirées par ce thème et ont visité les kiosques axés sur la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques.

- **L'effet « El Niño »**

Avec l'assentiment des partenaires de la communauté participant aux différents comités et aux six tables locales de concertation, le **CSSS des Pays-d'en-Haut** mettra d'office à l'ordre du jour de chacune des rencontres un point pour sensibiliser les participants au 0•5•30. Effet multiplicateur garanti!

- **Des maires mobilisés**

Convaincus de l'importance d'agir sur les habitudes de vie de leurs concitoyens, la MRC et les maires ont proposé de cofinancer, avec l'aide du **CSSS d'Argenteuil** et de la Commission scolaire, un poste d'agent de coordination pour faire la promotion et assurer l'implantation d'activités 0•5•30 dans tous les villes et villages d'Argenteuil, et cela pour deux ans.

- **Une école où on a le droit de bouger**

Avec la Commission scolaire Seigneurie-des-Mille-iles, le **CSSS de Thérèse-De Blainville** démarre un projet de type École en santé à l'école des Grands-Chemins de Boisbriand. L'accent sera mis sur l'activité physique avec l'objectif de faire bouger les jeunes tous les jours.

- **La prévention, pas juste pour les jeunes!**

Pour le Mouvement d'entraide de Belle-feuille, la prévention n'a pas d'âge. *Viactive*, *Parachute*, *Mon style de marche*, *P.I.E.D.*, ces programmes n'ont plus de secret pour cet organisme qui œuvre auprès des personnes âgées. Voilà une collaboration exceptionnelle du milieu communautaire avec le **CSSS Rivière-du-Nord – Nord-de-Mirabel**.

- **Rejoindre le client là où il est**

Au **CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes**, les intervenants du centre d'abandon du tabagisme sortent! En plus d'offrir des activités dans leurs locaux, ils se rendent là où les clients se trouvent. Ils travaillent entre autres avec deux organismes communautaires, le Centre Marie-Ève, qui œuvre auprès des femmes enceintes, et l'Atelier Ensemble on se tient, voué aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ils offrent sur place des ateliers pour la clientèle et ils soutiennent les intervenants. Et, 0•5•30 oblige, ils greffent à leurs interventions en cessation tabagique des ateliers sur la saine alimentation et l'activité physique.

À notre santé!

Novembre 2005

Tendances d'une société

- 5** Les maladies chroniques : quand on peut les éviter!
- 10** Fumée de tabac et santé... des faits écrasants
- 15** Qu'est-ce qu'on attend pour bouger?
- 19** Manger sainement : une simple intention ou une réalité?
- 24** L'obésité : n'attendons pas que le problème soit devenu trop gros



100% prévention

- 28** Ensemble pour réduire le fardeau croissant des maladies chroniques
Les CSSS au cœur du changement
 - 32** La santé : préoccupation des citoyens...
et des municipalités
 - 38** Milieu de travail
Quand santé rime avec productivité
 - 43** Une pomme chaque jour éloigne le médecin...
Soutenir un patient dans l'adoption de saines
habitudes de vie
 - 49** De saines habitudes de vie dès la naissance
et même avant
 - 53** « Maman, papa, c'est super cool à l'école! »
 - 58** Ajouter des années à la vie et de la vie aux années
De saines habitudes de vie chez les aînés...
pour la prévention des maladies chroniques, mais aussi
pour l'autonomie et la qualité de vie
-
- 63** Bibliographie



AGENDA SANTÉ

Les maladies chroniques: quand on peut les éviter!

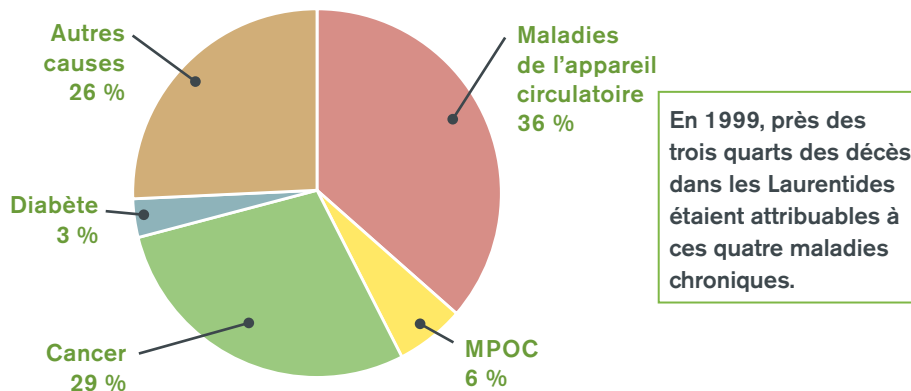


Si les maladies infectieuses étaient responsables dans les siècles passés d'une grande proportion des décès au Québec, aujourd'hui ce sont les maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et le diabète, qui constituent les principales causes de mortalité. Même si la prévention de ces maladies chroniques n'est pas simple et nécessite l'implication quotidienne de chacun, ces maladies sont en grande partie évitables par l'adoption de saines habitudes de vie : abstention du tabagisme, alimentation adéquate et activité physique régulière.

► Les maladies chroniques : quand on peut les éviter!

« Les maladies chroniques sont des maladies qui ne sont pas contagieuses, qui se développent lentement, qui amènent des incapacités, qui peuvent se prolonger dans le temps, qui sont souvent incurables, mais évitables. Ces maladies sont attribuables au cumul d'un ensemble de facteurs qui interagissent tout au long de la vie d'une personne¹. »

Causes des décès dans les Laurentides en 1999²



Des conséquences importantes et coûteuses

L'espérance de vie des Canadiens a beaucoup augmenté au cours du dernier siècle. En 1999, l'espérance de vie des Canadiens était de 76,0 ans et de 81,5 ans chez les Canadiennes. Notons toutefois que les maladies chroniques se développent lentement tout au long de la vie. Elles peuvent entraîner des limitations physiques, des incapacités de courte et de longue durée et des décès prématurés. Si on éliminait les décès attribuables aux maladies chroniques, l'espérance de vie augmenterait de façon appréciable, de même que l'espérance de vie corrigée en fonction de la santé (cette mesure tient compte du degré de qualité de vie liée à la santé). Par exemple, en éliminant les décès attribuables au cancer, l'espérance de vie augmenterait de plus de 3,5 années et l'espérance de vie corrigée en fonction de la santé aurait un gain de plus de 2,5 années³.

Le fardeau économique de ces maladies pour la société demeure important, tant pour le système de santé lui-même (coûts directs) que pour la perte de productivité due aux décès prématurés et aux incapacités de courte et longue durée causant des absences au travail (coûts indirects). On estime qu'au Québec, en 1998, les coûts directs associés aux maladies cardiovasculaires et au cancer,

sur le plan des soins, des services de santé, des médicaments et des autres coûts de santé, représentaient 12,2 % des dépenses totales en santé. Les proportions sont encore plus importantes lorsqu'on considère les coûts indirects occasionnés par ces deux maladies, qui s'élevaient à 33 % des coûts indirects totaux de la maladie au Québec⁴.

Statistiques

Au Québec en 1998, les coûts directs associés aux maladies cardiovasculaires et au cancer étaient estimés à 2,3 milliards de dollars, alors que les coûts indirects s'élevaient à plus de 6 milliards de dollars⁴.

Augmentation en perspective

Étant donné leur longue période de latence, les maladies chroniques apparaissent généralement à un âge assez avancé. Dans cette perspective, il est prévisible que la croissance démographique importante que connaît la région des Laurentides, combinée au changement dans la structure d'âge de la population, amènera une augmentation

du nombre de personnes touchées par des maladies chroniques, ce qui pourrait entraîner une demande accrue de services. Le nombre de personnes de 65 ans et plus, qui représente actuellement 12 % de la population, augmentera de moitié d'ici 2015 et devrait représenter 16 % de la population⁵.

Des causes multiples

Exception faite de la part attribuable à des facteurs individuels non modifiables comme l'hérédité, le sexe et l'âge, les maladies chroniques peuvent être en grande partie évitées en adoptant de meilleures habitudes de vie, notamment en étant plus actif, en mangeant mieux et en évitant l'usage du tabac. Bien que ces principes semblent simples, les mettre en pratique n'est pas toujours évident. De prime abord, ces habitudes de vie sont des choix personnels, qui peuvent être influencés par notre âge, notre sexe, notre bagage de connaissances et d'expériences. Mais les contextes socioéconomique et culturel ainsi que les environnements physiques jouent aussi un rôle dans nos comportements et les orientent. Ces facteurs relèvent de la collectivité et il est important d'intervenir sur ceux-ci afin de susciter à long terme l'adoption de comportements plus favorables à une bonne santé. Ainsi, il y a des contextes de vie à risque, comme les situations de pauvreté, le manque de soutien social, qui sont susceptibles de contribuer à l'aggravation du risque de maladie et sur lesquels il faudrait intervenir.

Les services de santé et les services sociaux peuvent aussi contribuer à la prévention de la maladie par des activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie et par des activités de dépistage des facteurs de risque et le suivi de la maladie selon certains indicateurs. Les intervenants du milieu de la santé peuvent s'impliquer dans le développement d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie.



Les habitudes de vie... depuis la conception et toute la vie durant!

Le développement des maladies chroniques se fait au cours de toute la vie, la prévention aussi. La santé et la nutrition maternelle avant et après la grossesse, ainsi que la nutrition durant la petite enfance, peuvent jouer un rôle important dans la prévention des maladies chroniques. Les nourrissons souffrant d'un retard de croissance in utero sont plus susceptibles de souffrir d'une maladie chronique à l'âge adulte. En revanche, l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois contribue à une croissance optimale et diminue le risque de souffrir d'obésité et de maladies chroniques plus tard. De saines habitudes alimentaires, la pratique d'activités physiques et le non-usage du tabac sont des habitudes qui s'acquièrent durant l'enfance et l'adolescence et ont ainsi plus de chance de demeurer à l'âge adulte.

L'apparition des facteurs de risque intermédiaires, comme l'hypertension, l'obésité, l'hypercholestérolémie, l'intolérance au glucose, se fera plus ou moins tôt dans la vie selon les habitudes de vie et l'hérédité. Des facteurs de risque que l'on voyait apparaître autrefois à 40 ans se retrouvent de plus en plus fréquemment à l'adolescence. Ces jeunes risquent de développer une maladie chronique avant l'âge de 40 ans et de vivre des complications de façon précoce.

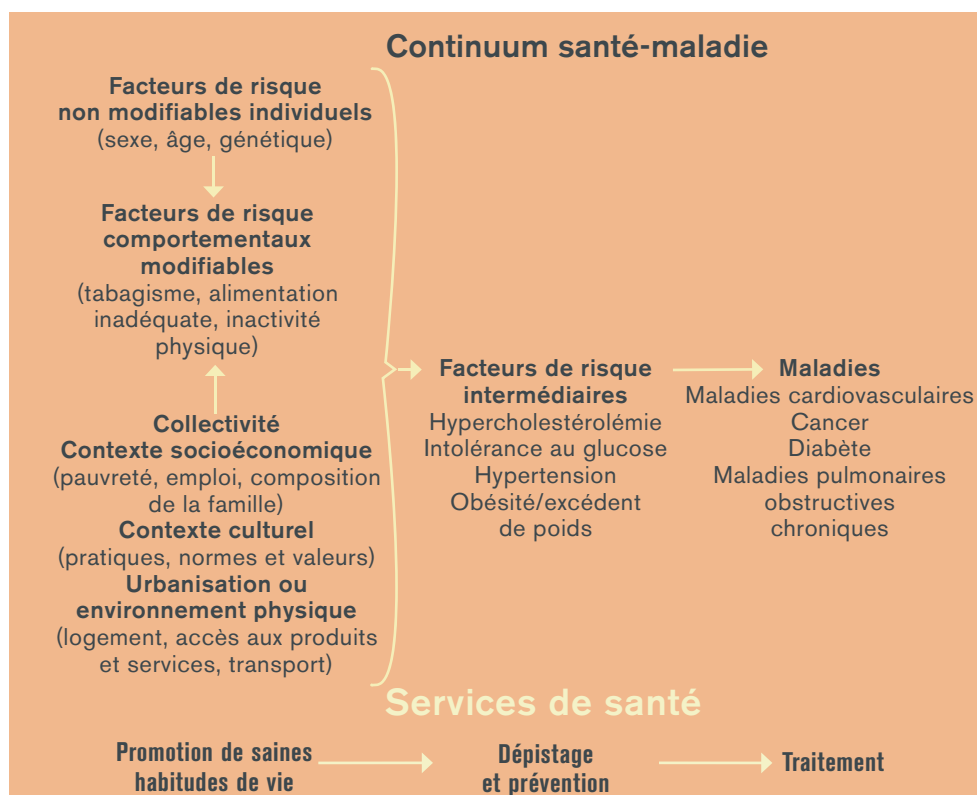
On dit qu'il faut bien mourir de quelque chose! Bien sûr, personne ne peut éviter la mort. Par contre, il est possible d'éviter une mort prématurée et la survenue de complications, d'éviter des années avec des limitations et des incapacités. De saines habitudes de vie comme une bonne alimentation et l'activité physique chez les aînés peuvent aider à améliorer la qualité de vie.

Miser sur l'acquisition de bonnes habitudes de vie permettrait d'attaquer le problème à la base et d'éviter des maladies chroniques et leurs complications. Pour y arriver, les efforts individuels devront être appuyés par ceux de la collectivité pour que soient mis en place des environnements qui facilitent l'acquisition de saines habitudes de vie.

La santé des jeunes

Une étude québécoise en 1999⁶

- Plus de 33 % des jeunes de 9 ans avaient un niveau de cholestérol total limite ou élevé.
- Plus de 33 % des jeunes de 16 ans avaient un taux de triglycérides limite ou élevé.
- Plus de 25 % des jeunes de 16 ans avaient une tension artérielle limite ou élevée.
- Plus de 18 % des jeunes de 16 ans présentaient deux facteurs de risque de maladie cardiovasculaire.

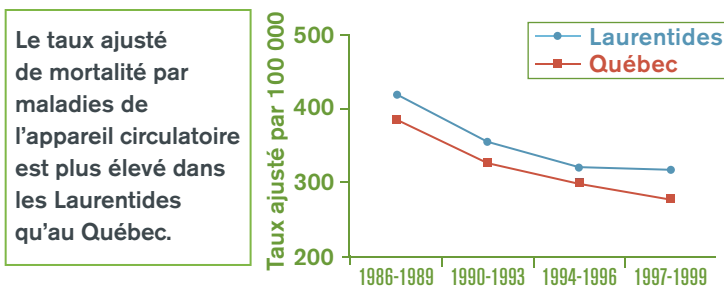


Bref portrait des maladies chroniques dans les

Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires comprennent l'infarctus, l'angine de poitrine, l'accident vasculaire cérébral et l'athérosclérose (maladie des artères). Fort heureusement, les taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans la région et au Québec sont en déclin. Cependant, il ne faut pas oublier que la population des Laurentides est plus jeune que celle du Québec. Si on élimine, par un calcul d'ajustement du taux de mortalité, l'effet de l'âge en moyenne plus jeune dans notre région, on s'aperçoit que les taux ajustés de mortalité pour cette cause sont plus élevés dans la région qu'au Québec.

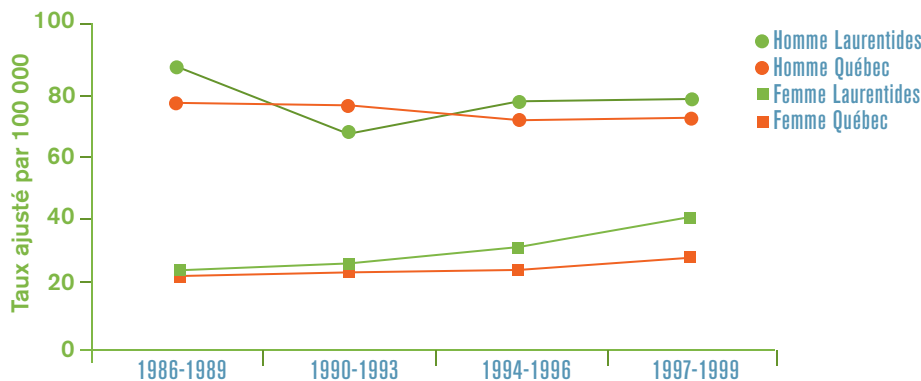
Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans les Laurentides et le Québec²



Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

L'emphysème et la bronchite chronique sont les principales MPOC. Ces maladies entraînent une diminution considérable de la qualité de vie. L'usage du tabac, l'exposition à la fumée secondaire et aux polluants présents dans l'air sont les principaux responsables. Alors qu'en 1997-99 le taux ajusté de mortalité par MPOC chez les hommes des Laurentides semble rejoindre celui du Québec, celui des femmes semble être plus élevé, conséquence probable de l'usage du tabac répandu chez celles-ci au cours des dernières décennies.

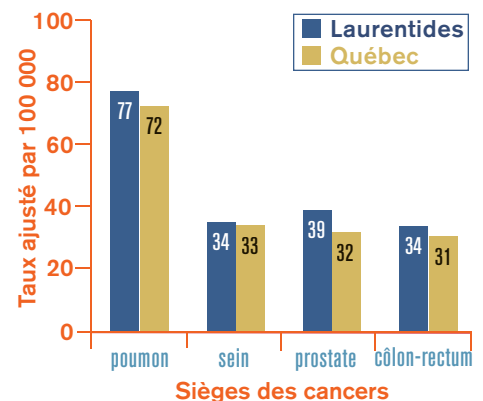
Mortalité par MPOC dans les Laurentides et le Québec selon le sexe²



Les cancers

D'après les taux d'incidence actuels, 38 % des femmes et 44 % des hommes seront atteints d'un cancer au cours de leur vie et environ un Canadien sur quatre en mourra⁷. L'augmentation du nombre de nouveaux cas est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population. Le cancer du poumon, principalement causé par le tabagisme, est la principale cause de mortalité par cancer tant chez les hommes que chez les femmes. Notons que le taux tend à diminuer chez les hommes et à augmenter chez les femmes. Les cancers du sein (chez les femmes), de la prostate (chez les hommes) et du côlon-rectum suivent parmi les principales causes de mortalité par cancer. Là encore, l'élimination de l'effet dû à la jeunesse de la population, par le calcul des taux ajustés de mortalité par cancer, montre que ceux-ci sont plus élevés dans la région qu'au Québec.

Mortalité par cancer dans les Laurentides et le Québec 1997-1999²



Les taux ajustés de mortalité par cancer de la région des Laurentides sont supérieurs à ceux du Québec.

Laurentides

Le diabète

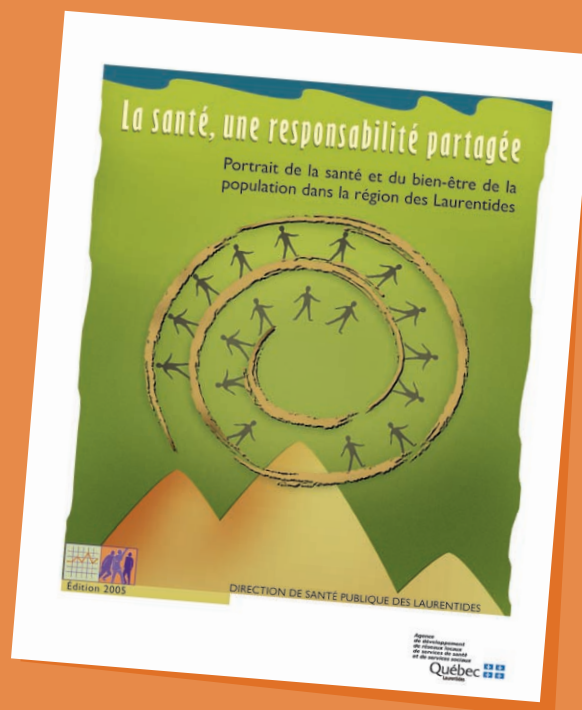
Le diabète de type 2 se caractérise par une incapacité de l'organisme à emmagasiner du glucose qu'il utilise comme source d'énergie ou à s'en servir. Contrairement au diabète de type 1 qui apparaît chez les enfants et les jeunes adultes, le diabète de type 2 apparaît surtout chez les adultes et est directement associé à l'obésité et à la sédentarité. L'organisme produit de l'insuline, mais ne peut pas l'utiliser efficacement. Les conséquences du diabète sont importantes. Les personnes diabétiques sont deux fois plus souvent atteintes de maladies cardiovasculaires que les non-diabétiques. Le diabète est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation. La prévalence du diabète parmi les personnes de 20 ans et plus dans les Laurentides (6,0 %) est supérieure à celle du Québec (5,8 %)⁸. Bien que cette maladie soit rarement identifiée comme principale cause de décès, il est important de signaler qu'environ un quart des personnes décédées au Québec en 2001 étaient diabétiques. ■

Un outil de travail menant vers l'action... Pour soutenir les réseaux locaux de services

Disponible sur le site Internet de l'Agence de santé et de services sociaux des Laurentides au www.rrsss15.gouv.qc.ca


Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Laurentides



Fumée de tabac et santé...

des faits écrasants



La toute première étude mettant en évidence les liens entre l'usage du tabac et le risque de développer une maladie, plus spécifiquement le cancer du poumon, remonte à 1950¹. Depuis, les preuves scientifiques n'ont cessé de s'accumuler et les effets de la fumée du tabac sur la santé sont bien documentés. Ainsi, on associe à l'usage du tabac 30 % des cas de cancers, 30 % des décès par cancer, 30 % des maladies cardiovasculaires, 85 % des cancers du poumon et 90 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques².

Pour ce qui est du lien entre l'exposition à la fumée secondaire et certaines maladies, ce n'est qu'au cours des vingt dernières années que plusieurs preuves scientifiques se sont accumulées démontrant un risque accru de développer des maladies cardiovasculaires et respiratoires, ainsi qu'un risque accru d'être atteint de certains types de cancer².

Malheureusement, les Laurentidiens ne sont pas épargnés par cette problématique. Plusieurs solutions s'offrent à eux et, les décideurs doivent tout mettre en œuvre pour lutter contre ce produit délétère.

Le tabagisme dans les Laurentides : des tendances à la baisse

Les enquêtes démontrent que la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels chez les personnes de 15 ans et plus est passée dans les Laurentides, entre 1987 et 2003, de 42 % à 29 %^{3,4}, au Québec de 40 % à 27 %⁵. On note donc une baisse de la proportion de fumeurs et cela tant au niveau provincial que régional. Lorsqu'on étudie davantage les chiffres au niveau régional, ceux-ci révèlent que la proportion de fumeurs en 2003 est semblable chez les femmes et les hommes. Il en est de même pour les adolescentes et les adolescents de 12 à 19 ans, dont la proportion de fumeurs avoisine 20 %⁴. C'est au sein du groupe des 35-44 ans qu'on retrouve la plus grande proportion de fumeurs (38 %)⁴.

La fumée soumise aux rayons X

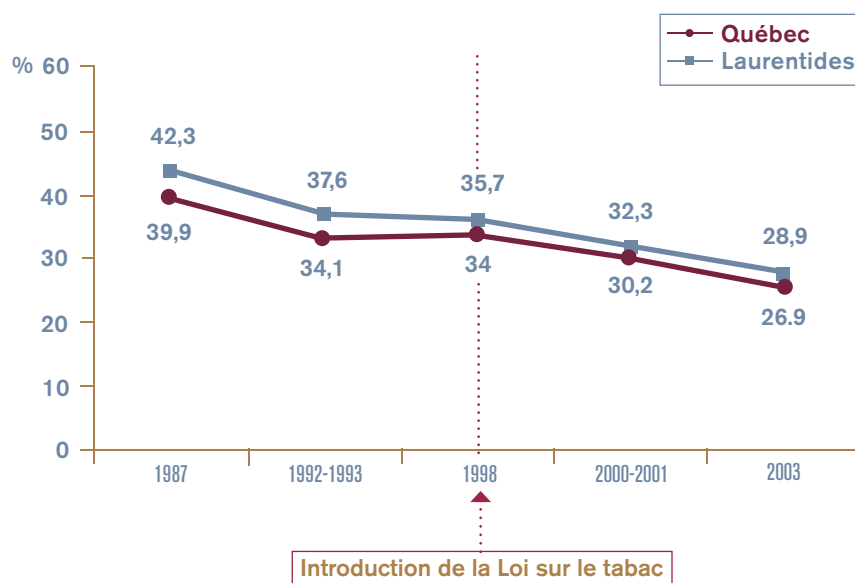
On peut séparer la fumée de tabac en trois parties: celle inhalée directement par le fumeur (courant principal), qui représente environ le 1/3 de la fumée totale, celle dégagée du bout incandescent d'une cigarette, d'une pipe ou d'un cigare allumé (courant latéral ou secondaire), qui représente les 2/3 de la fumée, et celle rejetée par le fumeur (courant tertiaire), qui ne joue qu'un rôle peu important⁶. **Bien qu'elles contiennent toutes trois les mêmes produits chimiques, il est important de souligner que la fumée provenant de l'extrémité incandescente d'une cigarette, d'une pipe ou d'un cigare allumé, est beaucoup plus toxique et nocive que la fumée inhalée par le fumeur.** Les particules de cette fumée secondaire sont également plus fines, pénétrant plus profondément dans les poumons⁷.

La fumée de tabac contient plus de 4 000 produits chimiques dont une cinquantaine sont cancérigènes chez l'humain ou chez l'animal⁷. Certains produits cancérigènes se retrouvent en quantité beaucoup plus importante dans la fumée secondaire que dans la fumée principale. A titre d'exemple, le formaldéhyde est 50 fois plus concentré dans la fumée secondaire que dans le courant principal⁶. On retrouve également dans la fumée secondaire une très forte concentration d'une substance (le N-Nitrosodiméthylamine) dont le fait d'y être exposé est jugé non sécuritaire en milieu de travail par la CSST.

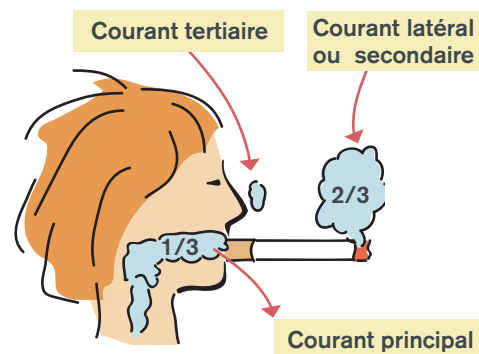
La fumée de tabac présente partout

Les Laurentidiens subissent aussi l'exposition à la fumée secondaire et ce, en divers lieux. Les lieux publics représentent le site d'exposition le plus fréquemment mentionné, suivis de la maison et des véhicules privés⁴. En effet en 2003, 32 % des non-fumeurs de 12 ans et plus ont été exposés régulièrement à la fumée secondaire dans des lieux publics (arénas, centres commerciaux, salles de quilles, salles de bingo, restaurants, bars), particulièrement chez les jeunes de 12 à 24 ans. Par ailleurs, près de 17 % de la population non fumeuse de 12 ans et plus était exposée chaque jour à la fumée secondaire à la maison. De plus, il faut souligner qu'on comptait au moins un fumeur dans près du tiers des ménages comprenant au moins un enfant de 11 ans et moins. Cette proportion est de loin supérieure à celle de l'exposition moyenne canadienne, qui se chiffre à près de 16 %, et à celle de la Colombie-Britannique, qui est de 6 %. Enfin, 12 % des personnes non fumeuses de 12 ans et plus sont exposées régulièrement à la fumée secondaire dans un véhicule⁴.

Évolution de la proportion de fumeurs, population de 15 ans et plus, de 1987 à 2003³⁻⁵



Répartition de la fumée totale produite par une cigarette⁶





Les fumeurs courent des risques

Les experts s'accordent pour dire qu'une personne qui fume sur deux connaîtra une mort prématurée. En effet, selon une étude britannique, une personne ayant fumé toute sa vie d'adulte verra son espérance de vie réduite en moyenne de dix ans par rapport à celle des non-fumeurs⁸. En 1998, 12 910 fumeurs québécois de plus de 35 ans sont décédés des suites du tabagisme⁹.

La plus grande menace pour un fumeur est de loin le cancer du poumon, qui cause le plus grand nombre de décès tant chez l'homme que chez la femme. Par ailleurs, un fumeur s'expose également à un risque accru de développer d'autres cancers tels que le cancer de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, du pancréas, du larynx, du col de l'utérus, de la vessie, des reins, du côlon, du rectum, de l'estomac, ainsi que probablement le cancer du foie, de la prostate et du sein⁹⁻¹⁰. Le risque de cancer augmente considérablement avec le nombre de cigarettes fumées par jour, la profondeur de l'inhalation et le nombre d'années de consommation¹⁰.

Voilà de bien tristes constats, mais tout n'est pas perdu pour les fumeurs! Une récente étude britannique a démontré que les fumeurs qui arrêteraient de fumer autour de leur 60, 50, 40 ou 30^e anniversaire gagneraient à peu près 3, 6, 9 ou 10 années de vie respectivement par rapport à ceux qui continueraient. Cesser de fumer à l'âge de 50 ans réduirait les risques liés au tabagisme de moitié, alors que cesser de fumer à 30 ans pourrait permettre de les annuler⁸.

Les non-fumeurs en danger également

La fumée secondaire, appelée aussi fumée de tabac dans l'environnement, est plus nocive que la fumée inhalée par le fumeur. Il n'est donc pas surprenant d'apprendre que les personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement, considérées à tort comme des « petits fumeurs », sont également à risque de développer plusieurs maladies. **La fumée secondaire a des effets sur les systèmes respiratoire, cardiovasculaire et reproducteur chez l'adulte, sans compter les effets cancérigènes¹¹. Elle aurait également des effets sur le développement des enfants et sur leur système respiratoire et auditif¹¹.**



Les effets de la fumée du tabac sur la santé sont liés à la durée d'exposition et aux concentrations des polluants de la fumée secondaire. Ces concentrations varient en fonction de la proximité des fumeurs, du nombre et du type de cigarettes allumées, du volume et de la ventilation de la pièce^{6,11}.

A partir des données les plus récentes, on évalue qu'au Québec, en 1998, l'exposition à la fumée secondaire à domicile a provoqué 359 décès, dont 136 par cancer du poumon, chez les non-fumeurs⁹. Ces données sont probablement fort sous-estimées, car elles ne considèrent que les deux principales pathologies causées par la fumée de tabac à domicile (cancer du poumon et cardiopathies ischémiques) et ne tiennent pas compte de l'exposition dans les lieux publics et les lieux de travail.

Fumée secondaire... effets insoupçonnés chez l'adulte⁶

	Causalité certaine	Causalité probable
SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE		
Mortalité par cardiopathie ischémique	●	
Morbidité aiguë et chronique de la maladie coronarienne	●	
Modifications des vaisseaux sanguins	●	
SYSTÈME VASCULAIRE ET CÉRÉBRAL		
Risque accru d'accident vasculaire cérébral		●
SYSTÈME RESPIRATOIRE		
Irritation oculaire et nasale	●	
Induction de l'asthme et exacerbation des crises	●	
Symptômes respiratoires chroniques		●
Exacerbation de la fibrose kystique		●
SYSTÈME REPRODUCTEUR		
Avortement spontané, accouchement prématuré		●
Retard de croissance intra-utérine		●
Effets adverses sur la fertilité et la fécondité		●
Désordre du cycle menstruel		●
EFFETS CANCÉRIGÈNES		
Cancer du poumon	●	
Cancer du sinus et de la face	●	
Cancer du sein	●	
Cancer du rhinopharynx		●
Cancer du col de l'utérus		●

Un plan d'action efficace à poursuivre

A ce jour, plusieurs actions efficaces ont été réalisées au Québec et dans la région des Laurentides et ont contribué à la baisse du taux de tabagisme. **La Loi sur le tabac interdisant l'usage du tabac dans les milieux de travail et dans les lieux publics, l'augmentation du prix des cigarettes, l'accessibilité aux différents moyens pour aider les fumeurs à cesser de fumer sont des actions reconnues efficaces dans la lutte au tabac.**

Bien qu'un gain ait été fait, la partie n'est pas gagnée et les adversaires demeurent de taille. En effet, les compagnies de tabac sont riches, rusées et ont plus d'un tour dans leur sac pour contrer l'application de la loi. Elles le démontrent bien par toutes ces nouvelles stratégies qu'elles utilisent : les « cigarette girls » dans les événements rassembleurs et les bars « in », la publicité et la promotion des cigarettes dites légères, le prétendu programme de prévention pour les jeunes nommé *Opération carte d'identité*, le programme pour les commerçants de restaurants et d'hôtels sur la courtoisie envers les fumeurs *Smart Choice*, etc. Aussi, comme décideurs, comme intervenants dans le domaine de la santé, comme citoyens et comme parents, doit-on rester vigilant.

Pour agir efficacement et éviter qu'il y ait plus de victimes, trois mots sont au rendez-vous : **prévention, cessation et protection.**

En matière de **prévention**, la hausse du prix des cigarettes, la mise en place de politiques interdisant à tous de fumer dans la cour, sur les terrains et autour des écoles, les campagnes médiatiques et l'interdiction de l'usage du tabac dans tous les lieux publics intérieurs sont parmi les actions démontrées les plus efficaces au regard de la prévention chez les jeunes. Il faut donc appuyer ces mesures et faire en sorte qu'elles soient appliquées.

À un autre niveau, donner l'exemple en étant non-fumeur, traiter le produit comme un produit dangereux et nuisible pour la santé, et faire connaître notre position à ceux qui nous entourent sont d'autres moyens pour prévenir le tabagisme.

On peut aussi aider les fumeurs à **cesser de fumer**. Faire connaître aux fumeurs les centres d'abandon du tabagisme (CAT) situés dans les CSSS de la région est une action de premier choix pour favoriser la cessation du tabagisme. Ces centres offrent

gratuitement un ensemble de services de cessation de l'usage du tabac, par des rencontres individuelles ou des rencontres de groupe. Ces services sont fournis par des professionnels de la santé qualifiés.

Inviter les fumeurs à composer le numéro de la ligne nationale sans frais 1 866 JARRETE est une autre possibilité d'action. Le fumeur qui appelle, y trouve de l'information et du soutien ou peut être orienter vers d'autres services. Il est aussi important de faire savoir aux fumeurs que les aides pharmacologiques à la cessation sont remboursables.

De plus, il existe aussi une campagne grand public qui a fait ses preuves. Depuis 6 ans, le *Défi j'arrête, j'y gagne* a rejoint plus de 150 000 fumeurs québécois qui désiraient cesser de fumer. De ceux-ci, 70 % ont réussi le Défi et 22 % sont toujours non-fumeurs après un an. Dans la région des Laurentides, environ 2 500 personnes s'inscrivent au Défi chaque année depuis 3 ans. Un nouveau volet s'est greffé au Défi : *Objectif famille sans fumée*.

Par ailleurs, la mobilisation est nécessaire pour **se protéger**. Avec l'adoption de la nouvelle Loi sur le tabac en juin 2005, visant à augmenter le nombre de lieux sans fumée de tabac (bars, restaurants, cours et terrains d'école, etc.), le gouvernement confirme sa volonté de protéger la santé des non-fumeurs québécois de la fumée du tabac. Les décideurs ont le pouvoir et le devoir de faire respecter cette nouvelle loi.

L'intervention est essentielle pour **sensibiliser la population exposée à se protéger**, bien qu'il n'existe aucune ligne directrice sur ce sujet à l'heure actuelle. Qu'il s'agisse d'une exposition en milieu de travail ou dans les lieux publics, au domicile ou dans l'automobile, la population doit faire respecter son droit à un environnement sain. Par le fait même, les enfants et les femmes enceintes seront protégés.

Fumée secondaire... effets insoupçonnés chez l'enfant⁶

	Causalité certaine	Causalité probable
EFFETS SUR LE DÉVELOPPEMENT		
Petit poids à la naissance	●	
Mort subite du nourrisson	●	
Impact négatif sur la cognition et le comportement		●
Sensibilisation allergique		●
Diminution de la croissance de la fonction pulmonaire		●
EFFETS SUR LE SYSTÈME RESPIRATOIRE ET AUDITIF		
Infections aiguës des voies respiratoires (bronchite et pneumonie)	●	
Induction et exacerbation de l'asthme	●	
Symptômes respiratoires chroniques	●	
Infections de l'oreille moyenne, otites	●	
Exacerbation de la fibrose kystique		●
EFFETS CANCÉRIGÈNES		
Cancer du cerveau		●
Lymphome		●

► Fumée de tabac et santé... des faits écrasants

Bref...

Cinquante-cinq ans se sont écoulés depuis la première étude mettant en évidence les liens entre l'usage du tabac et le cancer... Bien que la prévalence du tabagisme soit à la baisse et que nous ayons fait de grands pas avec la mise en place de nombreuses interventions, il faut continuer à se mobiliser contre cet important problème de santé publique qui cause encore des décès prématurés qui pourraient être évités.

Les preuves scientifiques justifient notre intervention, que ce soit en matière de prévention, de cessation ou de protection. La mobilisation et la collaboration de tous sont donc essentielles dans ce combat. Nous devons aider les 114 000 fumeurs dans les Laurentides à cesser de fumer et voir à assurer la protection de tous contre la fumée secondaire. Comme Laurentidiens, on doit prendre position par rapport au tabac, valoriser son non-usage en tout temps et faire en sorte que l'exposition soit diminuée. ◀

Centres d'abandon du tabagisme dans les Laurentides

CSSS d'Antoine-Labelle	(819) 623-1228 poste 322
CSSS d'Argenteuil	(450) 562-3761 poste 8499
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	(450) 491-1233 poste 554
CSSS des Pays-d'en-Haut	Ste-Adèle (450) 229-6601 St-Sauveur (450) 227-3447 Morin Heights (450) 227-1571
CSSS Rivière-du-Nord – Nord-de-Mirabel	CLSC (450) 431-2221 poste 470 CH (450) 431-8200 poste 2587
CSSS des Sommets	Ste-Agathe-des-Monts (819) 326-3111 Mont-Tremblant (819) 425-3771 Labelle (819) 686-2117
CSSS de Thérèse-De Blainville	(450) 430-4553 poste 6302



Consultez les sites Internet :

www.cqts.qc.ca

Conseil québécois sur le tabac et la santé

www.jarrete.qc.ca

www.defitabac.qc.ca

Défi j'arrête, j'y gagne et *Objectif famille sans fumée*

www.cancer.ca

Société canadienne du cancer

www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

www.nsr-a-ndnf.ca

Association pour les droits des non-fumeurs

www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/index_f.html

Santé Canada

www.cctc.ca

Conseil canadien pour le contrôle du tabac

Ligne nationale sans frais 1 866 JARRETE

Service de lutte contre le tabagisme du ministère de la Santé et des Services sociaux
1 877-416-8222



Qu'est-ce qu'on attend pour bouger ?

Bouger fait partie de la vie. Les occasions d'être actif dans une journée sont nombreuses, mais le mode de vie actuel fait en sorte que nous bougeons de moins en moins. Au fil des ans, la dépense énergétique reliée à nos occupations, que ce soit au travail, dans les tâches domestiques, dans nos déplacements ou nos loisirs, diminue continuellement.

► Qu'est-ce qu'on attend pour bouger?

Le travail

L'avènement des nouvelles technologies – mécanique, électronique et robotique, pour ne nommer que celles-là – allège les efforts physiques nécessaires pour accomplir les tâches quotidiennes au travail et à la maison. La diminution de la dépense énergétique liée à l'avènement des technologies durant le 20^e siècle représenterait 300 à 800 kcal par jour¹. Cette diminution importante expliquerait une partie des problèmes croissants de surpoids et d'obésité.

Statistiques

En 2003 dans les Laurentides, plus d'une personne de 12 ans et plus sur quatre a déclaré être assise la majeure partie de sa journée².

Les déplacements

Nos habitudes de déplacement ont aussi changé. Un nombre croissant de personnes habitent les banlieues, développées autour de l'utilisation de l'automobile. Les gens prennent leur voiture pour aller travailler, faire leurs courses ou conduire les enfants. Tous ces déplacements et l'augmentation du trafic automobile dans les régions urbaines et suburbaines allongent la durée du temps passé assis. Les centres commerciaux sont souvent éloignés des quartiers résidentiels ou sont difficilement accessibles de façon sécuritaire par les piétons et les cyclistes. Dans le sud des Laurentides, par exemple, pas même 10 % des déplacements se font à pied ou à vélo et moins de 4 % des déplacements se font en transport en commun³. En effet, selon une enquête faite en 2003, 4 personnes sur 10 n'utilisent jamais la marche ou le vélo pour se rendre au travail, à l'école ou pour faire les courses².

Si nos grands-parents se vantent d'avoir marché des milles pour se rendre à l'école, il en va tout autrement aujourd'hui. La majorité des enfants fréquentant une école publique dans les Laurentides se rendent à l'école en autobus, dans des proportions allant de 66 % à 87 % selon la commission scolaire. Ces proportions sont supérieures à celle de l'ensemble du réseau scolaire de la province, qui est de 60 %⁵. Notons que ce temps inactif pour les jeunes n'est pas nécessairement compensé par plus d'activités faites à l'école.



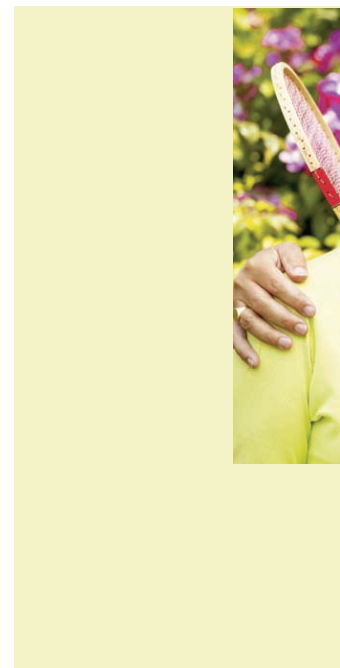
Les recommandations⁶⁻⁸

- 30 minutes par jour d'activité physique modérée, comme la marche, sont suffisantes pour améliorer la santé cardiaque, alors que 60 minutes par jour seraient nécessaires pour la prévention de l'obésité. L'activité physique peut être répartie en périodes d'au moins 10 minutes durant la journée.
- Quant aux enfants, ils devraient viser au moins 60 à 90 minutes par jour d'activité physique.



Statistiques

Au Québec, en 15 ans, le nombre de véhicules de promenade a augmenté de 68 %, passant de 2 285 000 en 1985 à 3 850 000 en 2000⁴, alors que la population n'a augmenté que de 15 % durant cette même période.



Les loisirs

Après être demeuré assis durant le travail et pendant le trajet entre la maison et le travail, il reste les loisirs pour être actif. Mais là encore,

près de la moitié de la population laurentidienne de 12 ans et plus n'est pas suffisamment active durant ses loisirs pour en retirer des bénéfices pour la santé².

Les loisirs sédentaires, tels que regarder la télévision, passer du temps à l'ordinateur ou à des jeux vidéo, dépassent largement le temps consacré aux loisirs actifs, comme la marche, les sports individuels ou d'équipe.

Plus de la moitié des personnes de 12 ans et plus dans les Laurentides consacrent plus de 15 heures par semaine aux activités sédentaires durant leurs loisirs et une proportion équivalente passe moins de 2,5 heures par semaine à faire des activités physiques comme loisir⁹.

Les très jeunes enfants ont naturellement le goût de bouger et dépensent beaucoup

d'énergie pour accomplir toutes sortes d'activités. Mais les enquêtes indiquent que la pratique d'activités physiques diminue avec l'âge. En sachant que l'habitude d'être actif et les habiletés physiques s'acquièrent dès le jeune âge, les parents et les autres acteurs dans les milieux de vie des enfants ont un rôle important à jouer comme modèles. La diminution et l'abandon de la pratique d'activités physiques sont plus marqués à l'adolescence, particulièrement chez les filles. Les activités physiques proposées et les occasions de les pratiquer devront être adaptées aux réalités et aux besoins des jeunes.

L'impact de la sédentarité sur la santé est important. L'inactivité physique fait partie des principaux responsables des maladies chroniques et de la mortalité dans les pays développés. La sédentarité occasionne des problèmes de surpoids et d'obésité, contribue au développement de maladies cardiovasculaires et diminue la capacité musculo-squelettique. Elle serait responsable de 10 % à 16 % des cancers du sein, du côlon-rectum et du diabète de type 2¹⁰. C'est sans compter l'augmentation des symptômes de dépression et d'anxiété qui y sont associés.

La sédentarité sous la loupe²

La pratique d'activités physiques durant les loisirs varie selon les caractéristiques des individus. Dans les Laurentides, les personnes de moins de 20 ans en font davantage que celles qui sont plus âgées. Les personnes qui sont stressées dans leur vie quotidienne, celles ayant un revenu inférieur, de même que celles n'ayant pas obtenu de diplôme d'études post-secondaires sont moins actives durant leurs loisirs. Finalement, les personnes qui font un travail sédentaire ne sont pas plus actives durant leurs loisirs que celles qui ont un travail plus exigeant physiquement, même si elles devraient compenser pour leur inactivité au travail.

Les effets de l'activité physique



Les avantages de l'activité physique sont nombreux. En plus de lutter contre les problèmes cités plus haut, elle contribue à la réduction du taux global de mortalité. L'activité physique agit par des mécanismes physiologiques, telles la diminution de la pression artérielle, la réduction des graisses et du cholestérol dans l'organisme, l'amélioration du métabolisme du glucose qui permet un meilleur contrôle de la glycémie. L'activité physique est une mesure de premier plan pour contrecarrer le déclin des capacités fonctionnelles des personnes avançant en âge. **Un mode de vie actif sans interruption durant l'âge adulte permet d'augmenter de 2 à 8 ans l'espérance de vie¹¹.**

En plus de tous ces bienfaits pour la santé, les adeptes de l'activité physique mentionnent qu'ils en font autant pour le plaisir que pour ses bienfaits d'ordre mental et physique. L'activité leur permet de faire le plein d'énergie, de libérer les tensions et de diminuer le stress.

L'activité physique est particulièrement importante pour les personnes qui font un travail sédentaire, ainsi que pour celles qui passent beaucoup de temps dans leur voiture pour aller et revenir du travail. L'activité physique est aussi essentielle pour la majorité de nos enfants qui prennent l'autobus pour se rendre à l'école. Sachant tout cela, qu'est-ce qu'on attend pour bouger?

► Qu'est-ce qu'on attend pour bouger?

Pourquoi ne fait-on pas plus d'activité physique?

On peut répondre à cette question par les raisons personnelles invoquées par les gens et les barrières liées à l'environnement physique, social et organisationnel. Les raisons personnelles sont multiples, mais la principale raison invoquée pour ne pas faire d'activité physique est le manque de temps. Les femmes mentionnent souvent l'épuisement dû au cumul des tâches (travail, famille, tâches domestiques), la difficile conciliation travail-famille et les coûts supplémentaires pour faire garder les enfants. Le sentiment d'insécurité lié au fait de se promener seule le soir, le manque d'accès aux installations et le manque de partenaires sont d'autres raisons souvent citées.

La population des Laurentides a la chance de pouvoir compter sur de nombreux parcs, rivières, montagnes et installations récréotouristiques qui rendent possible la pratique de nombreux sports et activités tout au long de l'année. Il s'agit de les rendre accessibles à la population en général, pour tous les âges et tous les niveaux de revenus.

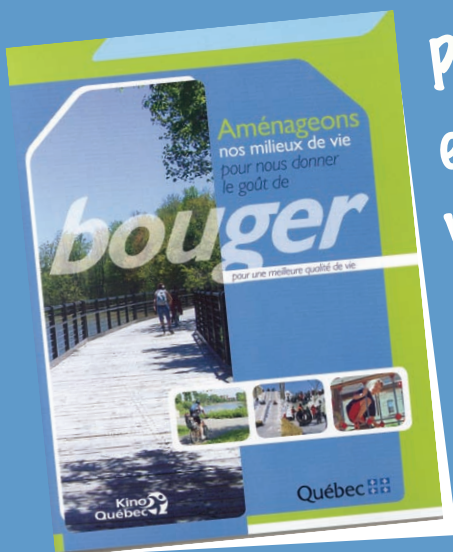
En fait, les principales barrières environnementales à la pratique de l'activité physique concernent l'aménagement urbain. Celui-ci ne favorise pas toujours l'utilisation du vélo ou la pratique de la marche pour les déplacements. Les grandes distances à parcourir ou le manque d'aménagements sécuritaires (trottoirs, éclairage, voies cyclables) freinent le transport actif.

Le mode de vie a bien changé durant les dernières décennies. On connaît bien les nombreux bienfaits apportés par la pratique régulière d'activités physiques et le plaisir qu'elles peuvent procurer. Les barrières qui nous en éloignent sont identifiées. Maintenant, il reste à trouver et à implanter des solutions dans chacun des milieux afin d'arriver à ce que la pratique régulière d'activités physiques fasse partie de la vie de tout le monde dans les Laurentides.



Le revers de la médaille de la vie en banlieue et à la campagne¹²

Le mode de vie et l'aménagement des milieux urbains, ruraux et des banlieues influenceraient la pratique d'activités physiques. Un sondage effectué par la Fondation des maladies du cœur auprès des municipalités canadiennes indique que le mode de vie dans les banlieues et les milieux ruraux (comme dans les Laurentides) serait moins favorable à l'utilisation du transport actif (marche ou vélo) que dans les grands centres urbains. Les grandes agglomérations sont plus aptes que les petites à offrir des sentiers favorisant la marche et le vélo, ainsi qu'à réglementer la planification de voies piétonnières et cyclables dans les nouveaux développements. Parallèlement à ces constats, la proportion de personnes affichant un poids-santé serait inférieure en dehors des grands centres urbains. Ceci pourrait se refléter dans la statistique suivante : chaque kilomètre marché au cours d'une journée réduit le risque d'obésité de près de 5 %, tandis que chaque heure passée en voiture augmente ce même risque de 6 %.



Procurez-vous ce guide
en consultant le site
www.kinoquebec.qc.ca
ou en téléphonant
au (418) 646-6555

Pour en savoir



Kino-Québec
www.kinoquebec.qc.ca

Institut canadien de la recherche sur la
condition physique et le mode de vie
www.cfiri.ca

Manger sainement:



une simple intention ou une réalité?

Un sondage mené en décembre 2004 auprès des Canadiens montre que plus de 90 % des répondants ont rapporté avoir essayé de manger sainement au cours des derniers mois et pensent continuer à le faire. Toutefois, seulement la moitié disent avoir maintenu ces bonnes habitudes durant plus de 6 mois¹. On semble conscient qu'il est important d'avoir une bonne alimentation, mais il est moins facile de maintenir cette habitude. Pourquoi en est-il ainsi?

► Manger sainement : une simple intention ou une réalité?

De bonnes raisons de manger sainement

L'alimentation a un impact majeur sur le développement des maladies chroniques. Tout le monde sait que certains aliments protègent alors que d'autres contribuent au développement de ces maladies. Cette protection se retrouve dans une alimentation saine, variée et équilibrée dans laquelle on compte, entre autres, des fruits et des légumes, des produits céréaliers à grains entiers, des légumineuses et des noix. Ces aliments ont un contenu élevé en fibres, en antioxydants et en vitamines, qui contribuent à prévenir certaines maladies chroniques par divers mécanismes. Une consommation quotidienne d'au moins 5 portions de fruits et légumes (environ 500g) diminue l'incidence de certains cancers dans une proportion de 25 %. On estime qu'un apport insuffisant en fruits et légumes provoquerait, dans le monde, environ 19 % des cancers digestifs, 31 % des cardiopathies ischémiques et 11 % des accidents vasculaires cérébraux².

D'autre part, il est préférable de limiter la quantité d'aliments contenant des gras saturés et des gras trans. Ces gras sont particulièrement athérogènes, c'est-à-dire qu'ils favorisent la formation de plaques de dépôt de lipides dans les artères en faisant augmenter les mauvais transporteurs de cholestérol (LDL) et en diminuant les bons transporteurs (HDL) dans le sang. Il faut aussi limiter la consommation d'aliments riches en énergie (en calories), qui contiennent beaucoup de gras, de sucre ou de sel et qui sont pauvres en vitamines et minéraux. Font partie de cette catégorie, les breuvages sucrés, les aliments frits, les pâtisseries et les grignotines, qui apportent peu d'éléments essentiels pour la santé de notre corps.

Statistiques

Dans la région, les données d'une enquête populationnelle menée en 2003 nous indiquent que seulement 48 % de la population des Laurentides de 12 ans et plus a consommé des fruits et des légumes au moins 5 fois par jour⁵.

Les gras à réduire : les gras saturés et les gras trans

Les **gras saturés** se retrouvent principalement dans les produits laitiers gras et dans les viandes grasses.

Les **gras trans** sont produits à partir d'huiles végétales hydrogénées (processus pour rendre l'huile plus malléable à la température ambiante).

On en retrouve donc dans les margarines faites avec de l'huile hydrogénée, dans la graisse végétale et les produits faits à partir de graisses végétales ou d'huiles hydrogénées, comme de nombreux biscuits, pâtisseries, pains et desserts commerciaux. On utilise aussi les graisses hydrogénées pour la friture des aliments dans les restaurants ainsi que lors de la préparation de certains aliments frits congelés.

Qu'est-ce qu'on mange?

Les quelques données disponibles nous montrent que la consommation de fruits et de légumes n'est pas optimale au sein de la population. La quantité disponible de fruits par personne augmente depuis 10 ans, alors que la quantité disponible de légumes demeure plutôt constante³. Une enquête menée en 1999 montrait que chez les jeunes Québécois de 6 à 16 ans, plus de 60 % des filles et plus de 50 % des garçons ne consommaient pas le minimum des 5 portions quotidiennes de fruits et légumes⁴. Dans la région, les données d'une enquête populationnelle menée en 2003 nous indiquent que seulement 48 % de la population des Laurentides de 12 ans et plus a consommé des fruits et des légumes au moins 5 fois par jour⁵. Les femmes consomment plus souvent des fruits et des légumes que les hommes.



Les recommandations

Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement recommande de manger 5 à 10 portions de fruits et légumes par jour. Une portion équivaut à un fruit ou un légume ou l'équivalent de 125 ml (1/2 tasse). Compte tenu des besoins en énergie différents selon l'âge, les personnes âgées peuvent se contenter de 5 portions alors que les adolescents devraient en consommer de 9 à 10.

Il est préférable de privilégier la consommation de fruits et légumes crus ou cuits plutôt que des jus afin d'obtenir un meilleur apport en fibres.

Les aliments peu nutritifs, ne faisant pas partie du Guide alimentaire canadien pour manger sainement, semblent plus attirants. On constate que les quantités disponibles par personne au Canada de gras, d'huile, de sucre et de boissons gazeuses ont augmenté de plus de 10 % depuis 10 ans⁶. Ces aliments prennent parfois une place importante dans l'alimentation. Une enquête alimentaire auprès d'adultes canadiens en 1998 indiquait que les aliments peu nutritifs procuraient environ le quart de l'énergie des répondants et fournissaient près du tiers des matières grasses⁷. Le portrait était semblable chez les jeunes Québécois de 6 à 16 ans en 1999. Les aliments dits aliments camelote, tels les bonbons, le chocolat, les croustilles et les boissons gazeuses, faisaient partie de l'alimentation quotidienne du tiers des enfants de 6 à 8 ans. Cette proportion augmentait avec l'âge allant jusqu'à 44 % parmi les jeunes de 15-16 ans⁴.

Un style de vie en évolution : des changements dans l'alimentation

Il y a eu des changements dans le style de vie durant les dernières décennies. On prend de moins en moins de temps pour cuisiner et pour manger. L'industrie de l'alimentation a répondu à cette réalité en offrant davantage de repas congelés et précuits. On observait une hausse de 20 % des dépenses pour ce type d'aliments entre 1996 et 2001 au Canada⁸. En constatant l'augmentation de l'espace dédié à ces aliments dans les épicerie, on peut soupçonner une augmentation de cette proportion depuis cette date.

Le nombre d'établissements de restauration s'est aussi accru depuis le début des années 90, surtout les établissements de restauration rapide, les établissements offrant des mets à emporter et des services de livraison, de même que les restaurants offrant un service à l'auto. Afin d'augmenter encore plus leur part de marché, les établissements de restauration rapide sont apparus dans des endroits inhabituels, tels que les stations service, les cinémas et les magasins à grande surface, rendant le fast-food disponible presque partout. En 2001 au Canada, pour chaque dollar dépensé en aliments, 30 cents ont été consacrés à des repas dans les restaurants⁹. Les personnes vivant seules

et celles vivant en milieu urbain dépensent davantage pour s'alimenter à l'extérieur de la maison que les personnes vivant en couple ou avec des enfants et que celles vivant en milieu rural.

Étant donné la compétition accrue entre les restaurateurs, le concept « d'en avoir plus pour son argent » s'est imposé. Les restaurants offrent de plus grosses portions pour le même prix ou presque.

Ainsi, les portions offertes dans les chaînes de restauration rapide sont maintenant 2 à 5 fois plus grosses qu'à leur origine aux États-Unis¹⁰.

Les formats de certains aliments offerts dans les supermarchés ont aussi augmenté contribuant à une surconsommation qui entraîne progressivement un problème de surpoids. De plus, l'habitude de voir des portions de plus en plus grosses fait en sorte qu'elles deviennent la norme et influencent même la grosseur des portions dans nos assiettes à la maison.



Le jeu de l'offre et de la demande et les effets de la publicité



PHOTO : ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (ASPOQ)

Les aliments déjà cuisinés offerts dans les épicerie et ceux servis dans les restaurants n'ont pas toujours une qualité nutritive optimale. Souvent, on ne connaît pas le contenu de ces aliments : ils peuvent être riches en gras saturés et en gras trans,

en sel ou en sucre et préparés à partir de grains raffinés; de plus, leur contenu en légumes est généralement insuffisant. Les consommateurs achètent ces mets disponibles par commodité. La variété des aliments peu nutritifs offerts dans les magasins d'alimentation a beaucoup augmenté. **Par exemple aux États-Unis, en l'espace de 30 ans, la variété de nouveaux produits de la catégorie grignotines est passée de 250 à 2500¹¹.**

Les aliments de valeur nutritive moindre, qui font l'objet d'une publicité d'envergure, sont en général surconsommés par rapport aux recommandations alimentaires. C'est l'inverse qui se produit pour les aliments recommandés dans une alimentation saine, qui sont beaucoup moins l'objet de publicité. L'écart entre les montants investis en publicité par l'industrie alimentaire et les montants alloués par le gouvernement pour l'éducation en nutrition est énorme.

En 1997 aux États-Unis, le programme d'éducation en nutrition représentait 3 % des dépenses en publicité de l'industrie alimentaire¹².

Cependant, les fournisseurs en alimentation sont réceptifs aux demandes des consommateurs. C'est pourquoi la préférence pour des aliments plus sains manifestée par un plus grand nombre de consommateurs a fait en sorte que les services de restauration proposent maintenant plus de repas-santé et les magasins offrent davantage de produits frais et d'aliments répondant à ces préoccupations. De plus, le projet d'une réglementation fédérale ayant pour objectif de réduire la teneur en gras trans des aliments vendus au Canada appuiera les demandes des consommateurs en ce sens.

► Manger sainement : une simple intention ou une réalité?

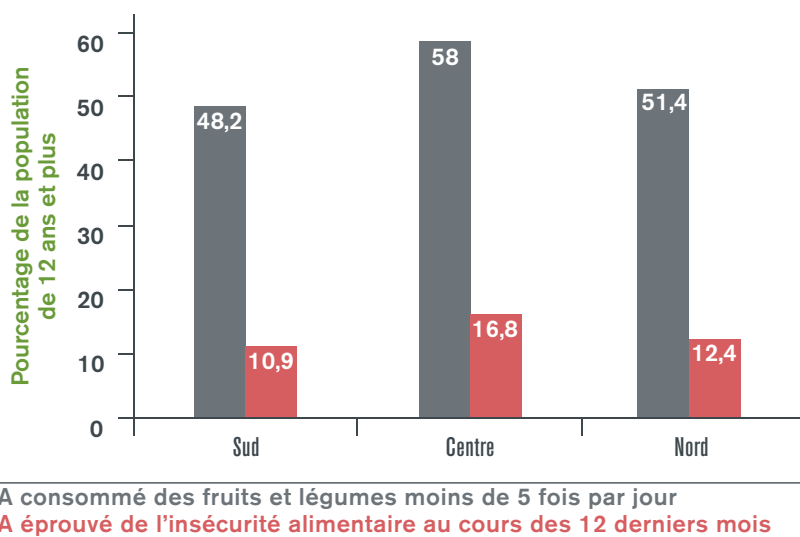
Les aliments sains, un luxe?



Le coût à l'achat de certains aliments sains peut parfois constituer une barrière pour les plus démunis économiquement. Par exemple, le prix des fruits et légumes frais hors saison est parfois inabordable. Les épiceries offrant des aliments à bon marché ne sont pas toujours à proximité des quartiers défavorisés. Tout ceci fait en sorte que les personnes démunies se retrouvent à acheter les aliments les moins coûteux, mais souvent de piètre qualité nutritionnelle. D'ailleurs, une étude américaine a révélé que plusieurs aliments peu coûteux offerts dans les épiceries sont préparés à partir de grains raffinés et sont additionnés de sucre et/ou de gras, ce qui en fait des aliments contenant beaucoup d'énergie, mais peu nutritifs¹³.

Dans la région des Laurentides en 2003, on a estimé à près de 13 % la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant dans des ménages ayant connu de l'insécurité alimentaire. Cette proportion s'échelonne de 3 % parmi les ménages avec des revenus élevés jusqu'à 45 % parmi ceux qui ont un revenu faible. Les personnes vivant seules déclarent plus souvent connaître de l'insécurité alimentaire comparativement aux personnes en couple ou en famille. La région des Laurentides comprend des secteurs où le niveau d'emploi et le revenu sont faibles, notamment dans le centre de la région. Dans ce secteur, on retrouve des proportions supérieures de personnes connaissant de l'insécurité alimentaire comparativement aux secteurs sud et nord des Laurentides. On remarque aussi que, parmi les ménages vivant de l'insécurité alimentaire, près de 7 personnes sur 10 ne consomment pas les cinq portions de fruits et légumes recommandées⁵.

Consommation de fruits et légumes et insécurité alimentaire selon la sous-région des Laurentides en 2003⁵



Toutefois, la barrière économique n'est pas toujours la seule en cause pour arriver à bien se nourrir. De bonnes connaissances sur les techniques de consommation et sur la préparation des aliments sains s'avèrent aussi nécessaires. Par exemple, élaborer un menu à partir des aubaines hebdomadaires, acheter des aliments en plus gros format plutôt qu'en portions individuelles et préparer soi-même des plats à partir d'ingrédients de base sont des solutions plus économiques. Ces connaissances sont dans certains cas limitées et auraient avantage à être développées. Toutefois, même en utilisant les techniques avisées, les moyens financiers sont parfois insuffisants et les personnes doivent se tourner vers les groupes d'aide.

Le milieu communautaire : intervenant essentiel pour la sécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire affecte négativement la qualité de l'alimentation et l'état de santé des personnes, ce qui en fait un problème de santé publique. La sécurité alimentaire, qui se définit par un accès physique et économique à une alimentation adéquate, est une étape essentielle pour être en mesure d'adopter une alimentation saine tel que recommandé. Par ailleurs, l'atteinte de la sécurité alimentaire ne peut se faire sans travailler au développement social et à la lutte à la pauvreté. Ceci peut se réaliser en diminuant la dépendance (dépannage alimentaire) pour favoriser une plus grande autonomie des personnes ou des collectivités par des projets dits alternatifs, tels que les cuisines collectives, les coopératives d'achats, les jardins communautaires, etc.

La Direction de santé publique (DSP) contribue à la consolidation et au développement de ces initiatives en sécurité alimentaire dans la région. Le milieu communautaire, de par sa connaissance des besoins, est en mesure d'apporter des solutions adéquates. D'ailleurs, plus de 20 projets ont été soutenus financièrement dans les deux dernières années dans les Laurentides. Un comité régional consultatif, composé d'organismes impliqués au niveau de l'aide alimentaire dans la région, apporte à la DSP, depuis 2002, des recommandations pour l'atteinte de trois objectifs :

- améliorer l'accès à une alimentation saine et suffisante pour les personnes souffrant d'insécurité alimentaire;
- diminuer la dépendance des personnes et favoriser le développement de leur autonomie;
- mobiliser les organismes qui oeuvrent dans ce milieu et les amener à une concertation.


Des actions pas toujours cohérentes avec le message

Il faudrait aussi s'interroger sur la cohérence dans l'éducation donnée aux jeunes par les parents et le milieu scolaire. Maintenir une bonne santé et avoir de bonnes habitudes alimentaires semblent être des valeurs importantes selon les résultats du sondage mentionnés dans l'introduction. C'est ce qu'on essaie d'inculquer aux enfants, mais est-on toujours cohérent dans les actions? Dès leur plus jeune âge, nos jeunes sont conditionnés par des récompenses en associant les fêtes et les moments heureux à du fast-food ou des aliments peu nutritifs. Ensuite, on recourt à la vente de chocolat comme moyen de financement de leurs activités. Plus tard, dans les cafétérias et les distributrices, c'est du fast-food et des aliments camelote qui sont offerts aux

adolescents sous prétexte que c'est ce que les jeunes aiment manger. Il faudrait faire en sorte que la promotion de saines habitudes alimentaires se reflète dans les actions et dans l'offre alimentaire. Une forte adhésion de l'ensemble de la communauté en faveur de la promotion de la santé et du bien-être garantirait ainsi la cohérence du message véhiculé. Il serait plus facile et naturel de persuader les jeunes d'y adhérer.

Même si le choix de son alimentation revient à chaque individu, l'offre en aliments ne favorise pas toujours les meilleurs choix pour la santé. Dans certaines situations, la restauration rapide exerce un monopole, par exemple dans les arénas, dans les fêtes populaires, dans les magasins à grande



surface. Les aliments sains, nutritifs et abordables ne sont pas toujours disponibles. La publicité ne nous incite pas tout le temps à mieux manger. Pourrait-on offrir des aliments meilleurs pour la santé peu importe l'endroit où on se trouve? Des changements dans l'offre alimentaire et de meilleures connaissances aideront à ce que nos intentions de bien manger deviennent une réalité! 



J'aime
5 à 10 portions par jour



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DE LA DISTRIBUTION
DE FRUITS ET LÉGUMES
QUEBEC PRODUCE MARKETING ASSOCIATION

L'obésité:

n'attendons pas que le problème soit devenu trop gros



Régulièrement, on entend parler dans les médias du problème de l'obésité. Radio-Canada titrait récemment « L'obésité prend des proportions épidémiques » et « Le taux d'obésité chez les jeunes connaît une croissance fulgurante ». Science-Pressé mettait en manchette « Ennemi public numéro 1 : le tabac ou l'obésité? ». L'Organisation mondiale de la santé a même qualifié ce problème d'épidémie mondiale. Dans les Laurentides, y a-t-il lieu de s'inquiéter?

Accroissement notable de l'obésité depuis 25 ans

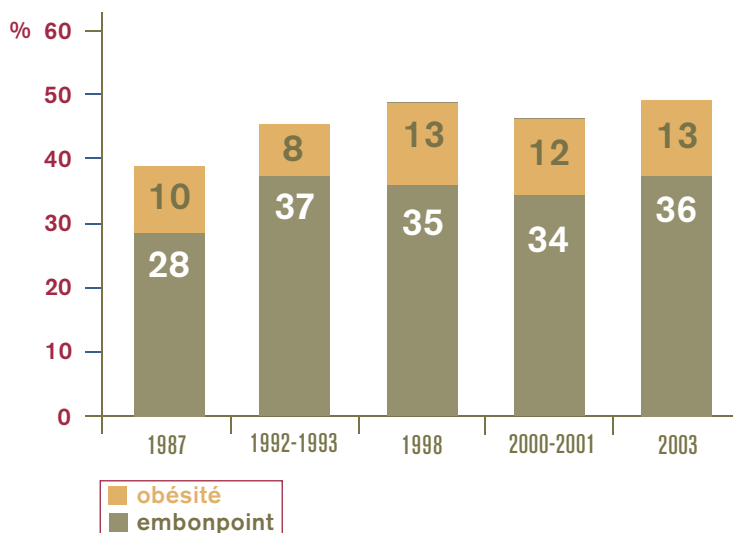
Dans les Laurentides, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité parmi les adultes est en augmentation depuis plus de 15 ans. La prévalence combinée de ces deux problèmes est passée de 38 % en 1987 à 49 % en 2003¹⁻³ et suit la même tendance qu'au Québec. En plus, ces résultats sont obtenus à partir de données auto-déclarées du poids et de la taille, méthode qui entraîne souvent une sous-estimation notable.

Récemment, le poids et la taille des répondants ont été mesurés dans une enquête menée par Statistique Canada⁴. Les résultats de cette enquête nous indiquent que la prévalence de l'obésité au Québec dépasse 20 %, ce qui est nettement supérieur à ce qu'on avait estimé jusqu'à maintenant avec les données auto-déclarées.

Le taux combiné d'embonpoint et d'obésité avoisine 55 %, plaçant plus de la moitié de la population adulte québécoise dans une situation à risque accru de développer une maladie chronique.

Cette même étude a révélé que l'accroissement le plus important de la prévalence de l'obésité au cours des 25 dernières années au Canada concernait les adolescents, chez qui la proportion est passée de 3 % à 9 %. De plus, les taux d'obésité des personnes de 25 à 34 ans et de celles de 75 ans et plus ont plus que doublé durant cette période⁵.

Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint auto-déclarés chez la population adulte dans les Laurentides¹⁻³



Attention les jeunes!

Dans la population adulte, la proportion d'obèses est plus faible parmi les 18 à 24 ans et maximale chez les 45 à 64 ans. Une étude longitudinale, menée par Statistique Canada, nous permet de comprendre l'évolution du phénomène d'obésité dans la population. Cette étude a suivi une cohorte de personnes pendant 8 ans, soit de 1994-1995 à 2002-2003⁶. Elle a permis d'observer que les jeunes adultes faisant de l'embonpoint au début de l'étude couraient un risque plus élevé de devenir obèses que les personnes plus âgées faisant de l'embonpoint au début de l'étude. De plus, **une fois qu'une personne faisait de l'embonpoint, elle avait plus tendance à prendre du poids qu'à en perdre.**

Donc, à partir de ces constats et en sachant qu'actuellement la prévalence de l'obésité chez les jeunes est beaucoup plus élevée que par le passé, on peut s'attendre à ce que la prévalence de l'obésité s'accroisse si rien n'est fait.

Définitions⁷

On parle d'embonpoint et d'obésité lorsque l'accumulation de graisse est excessive.

On détermine l'obésité à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est le rapport du poids corporel sur le carré de la taille :

$$\frac{\text{poids (kilogrammes)}}{\text{taille (mètre)}^2}$$

• IMC de 25,0 à 29,9 :

embonpoint, risque accru de développer des problèmes de santé.

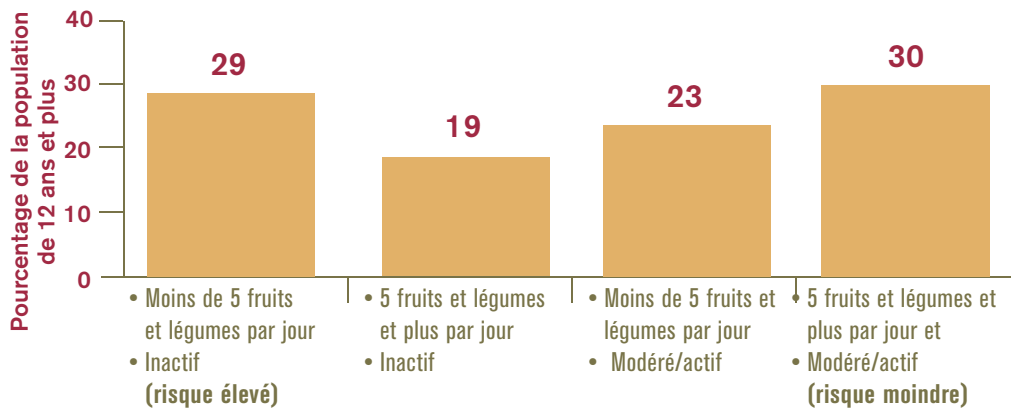
• IMC égal ou supérieur à 30,0 :

obésité, risque élevé de développer des problèmes de santé.

Les habitudes de vie dans les Laurentides

Une alimentation inadéquate et la sédentarité sont deux facteurs qui, lorsque combinés, augmentent les risques de développer un problème d'embonpoint et d'obésité. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes³, qui s'est déroulée en 2003, a montré que dans les Laurentides 29 % des personnes de 12 ans et plus seraient à risque élevé de développer des problèmes liés au poids car elles consomment des fruits et légumes moins de 5 fois par jour tout en étant inactives physiquement durant leurs loisirs. Par contre, une proportion semblable de la population a intégré les deux habitudes de vie saines à son quotidien. Il reste environ 40 % de la population qui n'a adopté qu'une de ces deux habitudes de vie.

Profil des saines habitudes de vie dans les Laurentides



Des causes multiples

Plusieurs auteurs de diètes populaires nous laissent croire que la cause de l'obésité est le gras, ou bien le sucre. Cela serait si facile d'agir s'il n'y avait qu'un seul responsable de l'obésité, mais les causes sont multiples et interreliées. Mises à part les prédispositions génétiques sur lesquelles nous ne pouvons pas agir, l'obésité est en bonne partie dépendante des habitudes de vie comme l'alimentation et l'activité physique. Donc, tout ce qui influence ces deux habitudes de vie peut avoir un impact sur le développement ou non de l'obésité (voir les articles « Manger sainement : une simple intention ou une réalité? » et « Qu'est-ce qu'on attend pour bouger? »). On parle ici de l'influence des environnements sur les habitudes alimentaires et sur la pratique d'activités physiques. Certains qualifient nos environnements d'« obésogènes », car ils favorisent la surconsommation d'aliments, souvent d'aliments camelote, et encouragent les activités et les déplacements sédentaires.

On sait aussi que l'obésité des parents augmente significativement le risque d'obésité des enfants. Une enquête faite auprès d'adolescents canadiens a révélé que ceux-ci avaient tendance à adopter des habitudes de vie semblables à celles de leurs parents⁸. Par exemple, les parents d'adolescents qui étaient à la fois inactifs et qui mangeaient moins de 5 fruits et légumes par jour avaient les mêmes habitudes que ceux-ci, l'inverse étant également vrai. Par conséquent, des interventions aidant les parents auraient comme avantage d'aider aussi leurs enfants.



L'effet boule de neige

Évidemment les gens ne deviennent pas obèses du jour au lendemain. C'est l'accumulation lente et progressive de graisses dans les tissus adipeux qui devient excessive au fil des années. Cette accumulation se produit lorsque l'apport en énergie est plus important que la dépense énergétique. Malheureusement, cette accumulation de graisse est persistante, car des mécanismes physiologiques aideraient à conserver ce nouveau poids. C'est pourquoi **il est préférable d'éviter la prise de poids plutôt que d'essayer de diminuer son poids après un gain**. Certaines périodes et événements de la vie favorisent la prise de poids. On pense notamment à l'adolescence, au début de l'âge adulte, aux grossesses et à la ménopause chez les femmes. L'arrêt du tabagisme, une consommation excessive d'alcool, une baisse significative d'activités, de même que des changements majeurs dans la vie sociale ou active peuvent aussi contribuer à une prise de poids.

À long terme, cet excès de graisse affecte le métabolisme de divers organes dans le corps et peut ainsi favoriser l'apparition de certaines maladies chroniques. L'obésité est souvent associée à l'hypertension, au diabète de type 2, aux accidents vasculaires cérébraux et à certains cancers. De plus, elle accroît les risques d'autres problèmes de santé, comme l'arthrose, les problèmes psychosociaux et les blessures causées par des chutes, qui à leur tour causent beaucoup d'incapacités. Les problèmes de santé occasionnés par l'obésité se développent à tout âge. À preuve, des problèmes d'hypertension, de diabète de type 2 et d'hypercholestérolémie ont été observés chez des enfants obèses.

L'obésité peut réduire considérablement l'espérance de vie et accroît le risque de décès prématuré. Il a été estimé que l'obésité chez des hommes non fumeurs à l'âge de 40 ans était associée à une perte de 7,1 années et chez les femmes à 5,8 années⁹. Plus l'obésité est établie depuis longtemps, plus les risques sont accrus. D'ailleurs, **l'augmentation constante de l'espérance de vie, observée depuis deux siècles, pourrait s'achever en raison de l'obésité**.

Plus qu'un problème sur la balance!

En plus d'être associée à des problèmes physiques, l'obésité est aussi associée à des problèmes psychosociaux. Les personnes obèses font face à des préjugés et de la discrimination. On entend souvent dire que les personnes grosses sont laides, paresseuses, sans volonté. On considère que la graisse corporelle est malsaine. Souvent ces personnes ont une mauvaise image de leur corps et elles se trouvent laides et exclues. Ces problèmes sont étroitement liés à des valeurs d'ordre culturel. L'environnement médiatique, la publicité, la mode et le monde du spectacle contribuent à la création des normes de beauté qui sont associées principalement à la minceur et à la jeunesse.

Les enfants présentant un surpoids sont aussi affectés par les préjugés et la discrimination. Les conséquences du surpoids à l'adolescence peuvent mener à une mauvaise adaptation psychosociale et à des problèmes sociaux et économiques à l'âge adulte. Il a été observé dans une étude prospective américaine que des adolescentes obèses faisaient des études moins longues, avaient un revenu inférieur et étaient plus pauvres à l'âge adulte que les femmes ayant des incapacités⁷. Plus que le fait de présenter un surpoids, une étude montréalaise faite auprès des jeunes a révélé que le désir d'une silhouette plus mince est associé à une faible estime de soi, à des troubles émotionnels et à de la détresse psychologique¹¹.

Même si maigrir semble une solution à la mode depuis des années, ce n'est pas une mince tâche et les régimes amaigrissants ne sont pas sans conséquences physiques et psychologiques. La plupart des produits, services et moyens amaigrissants sont inefficaces. Il est vrai qu'ils font maigrir à court terme et engendrent parfois une perte de poids importante. Cependant, à long terme, la personne n'a pas intégré de meilleures habitudes de vie, reprend le poids qu'elle avait perdu et même souvent davantage. La fin d'une diète ou le relâchement des règles strictes peut amener cette personne à manger de façon compulsive et à se suralimenter. L'estime de soi et la confiance de réussir à contrôler son poids diminuent chez cette personne et elle en vient à devenir obsédée par son poids et la nourriture¹².

Il ne faut cependant pas baisser les bras et se dire qu'il n'y a rien à faire. Il est possible d'arriver à contrôler son poids en utilisant des méthodes qui favorisent la capacité de la personne à réguler elle-même son apport alimentaire en écoutant davantage les signaux de faim et de satiété donnés par son corps. Aussi, l'éducation axée sur les façons d'intégrer dans la vie quotidienne de saines habitudes alimentaires et la pratique de loisirs et de déplacements actifs dans une perspective de santé globale pourraient aider à atteindre cet objectif.



Des défis de taille

Si on considère que la proportion de jeunes obèses a augmenté de façon importante et que la proportion d'obèses devrait s'accroître avec le vieillissement de la population, la situation est effectivement inquiétante. Inquiétante car on pourrait assister, parallèlement à l'accroissement du nombre de personnes obèses, à l'augmentation de cas d'hypertension, de diabète et de maladies cardiovasculaires. Déjà l'arrêt de la progression de la prévalence de l'obésité et de la prise de poids des individus constituerait un gain appréciable pour la santé de la population. Trouver des solutions durables et agir sur les environnements, tout en ne stigmatisant pas les individus touchés par un problème de poids, demeurent des défis de taille à relever. ◀

Statistiques

- En fait, l'obésité et l'embonpoint provoquent environ 58 % de l'apparition du diabète, 21 % des cardiopathies ischémiques, entre 8 et 42 % des cancers dans le monde⁷.
- Certaines études ont montré que près de 64 % des cas de diabète de type 2 chez les hommes et 74 % des cas chez les femmes auraient pu être évités si les sujets avaient eu des IMC inférieurs à 25¹⁰.

Pour en savoir




Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP)

Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation, ASPQ, 2003
www.aspq.net/docs/poids/appelmob.pdf

Rapport Perreault :
www.briller.gouv.qc.ca/documentation/pdf/rapport_perreault.pdf

100% prévention



Ensemble pour réduire
le fardeau croissant
des maladies chroniques!

Les CSSS au cœur du changement

La problématique des maladies chroniques a beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Aujourd'hui, le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques) est de plus en plus élevé et cela se traduit par une hausse importante de la demande de services de santé. Le fardeau croissant des maladies chroniques peut s'expliquer en partie par le vieillissement de la population mais aussi par des modes de vie complètement transformés rendant nos populations de plus en plus à haut risque. Sont en cause évidemment le tabagisme, le mode de vie sédentaire et les mauvaises habitudes alimentaires, de même que l'obésité associée à ces deux derniers facteurs. Face à cela, les CSSS* sont plus que jamais sollicités pour répondre à la demande accrue de services de santé.

* Centres de santé et de services sociaux

Les transformations actuelles du réseau de la santé, intégrant la notion de responsabilité populationnelle et visant un objectif d'accessibilité, de continuité et de qualité des services pour tous, représentent un moment opportun pour resituer les efforts de prévention dans la lutte aux maladies chroniques. Dans l'élaboration de son projet clinique, le CSSS se doit de considérer la problématique des maladies chroniques à travers le continuum de services (prévenir, traiter, soigner) et de revoir ses investissements et ses efforts à travers celui-ci. Afin de réduire à moyen terme l'affluence des personnes atteintes de maladies chroniques qui se présenteront dans son établissement, il est plus que jamais nécessaire que le CSSS intensifie ses efforts de prévention des maladies chroniques ciblant plus particulièrement la promotion de saines habitudes de vie.

Demain comme hier,
les gains de santé viendront
de la prévention!

Le CSSS au cœur des efforts de prévention!

En promotion de saines habitudes de vie, les experts s'entendent sur le fait qu'au delà des interventions d'éducation à la santé centrées sur l'individu, il est devenu essentiel de mener des actions sur les environnements afin de les rendre plus compatibles à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. Concrètement, on doit continuer de déployer des efforts visant à sensibiliser et à soutenir l'individu dans l'adoption de saines habitudes de vie, mais il faut désormais privilégier aussi les interventions visant à rendre les milieux de vie plus compatibles à des choix-santé.

Apporter des changements à nos environnements, cela n'interpelle pas uniquement le secteur de la santé. Le CSSS ne peut agir seul, il doit s'allier aux acteurs des différents secteurs de la société pour faciliter l'intégration de la notion d'amélioration de la santé au sein du développement des infrastructures et des services à la population. Il s'agit de rendre les environnements physique, politique, économique et socioculturel compatibles et favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie.

Des individus à risque!¹

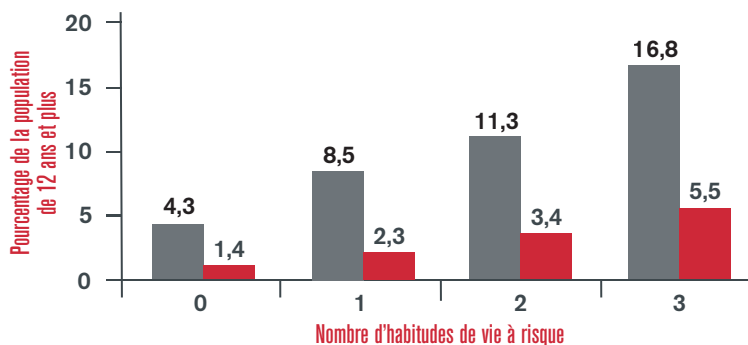
- Dans les Laurentides, plus de 75 % de la population de 12 ans et plus a adopté au moins une des trois habitudes de vie à risque (tabagisme, sédentarité, consommation insuffisante de fruits et légumes).
- On retrouve une plus forte proportion de personnes présentant trois habitudes de vie à risque (12 % de la population adulte) chez les personnes ayant un revenu inférieur à la moyenne et celles n'ayant pas obtenu un diplôme d'études secondaires.



Auto-évaluation de l'état de santé physique ou mentale comme mauvais ou passable selon le nombre d'habitudes de vie à risque¹

■ Santé physique perçue comme mauvaise ou passable
■ Santé mentale perçue comme mauvaise ou passable

La proportion d'individus évaluant leur état de santé physique et mentale « mauvais » ou « passable » augmente selon le nombre d'habitudes de vie à risque.

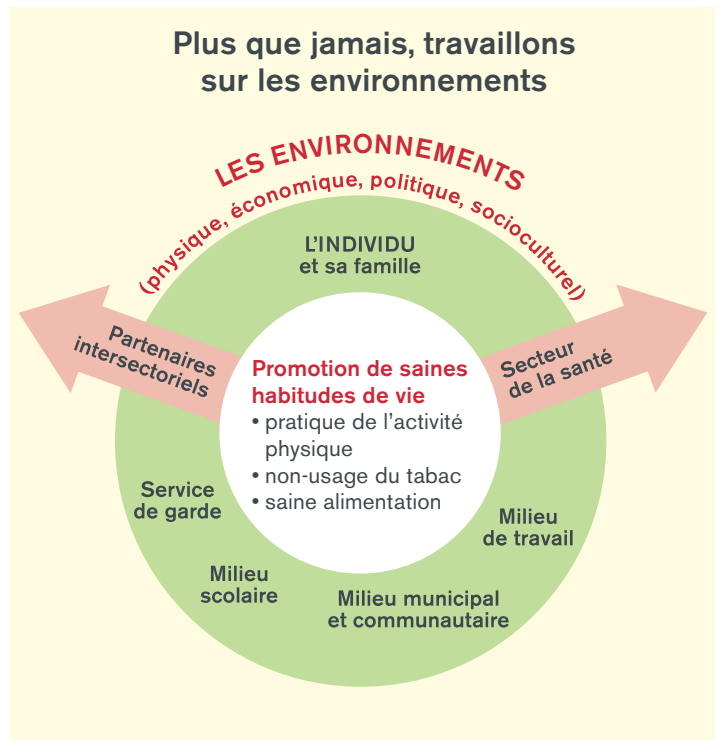


Le CSSS, chef d'orchestre de la prévention!

Pour trouver des solutions concrètes aux problèmes de santé évitables, les partenaires ont tendance à se tourner spontanément vers le réseau de la santé. En effet, le CSSS, mandataire des questions de santé et au cœur des réseaux locaux de services, joue un rôle central en prévention des maladies chroniques. Il est en quelque sorte le leader et le chef d'orchestre de la mobilisation des partenaires intersectoriels. Une mobilisation bien orchestrée conduira certainement à des changements réels et significatifs dans le mode de vie de nos populations.

Pour orchestrer ces changements, le CSSS doit avant tout se doter d'une équipe solide dédiée à la prévention et plus particulièrement à la promotion de saines habitudes de vie. Il s'agit d'une condition nécessaire et essentielle à mettre en place avant même d'amorcer la mobilisation des partenaires intersectoriels vers l'action. Le CSSS doit être convaincu que la prévention représente un investissement à moyen et à long terme pour son organisation.

Nous retrouvons dans le Plan d'action régional ainsi que dans les Plans d'action locaux de santé publique de nombreuses cibles d'action concernant la promotion de saines habitudes de vie auprès de la population, et ce dans les divers milieux de vie. Plus concrètement, pour les jeunes : la démarche École en santé et l'application de programmes tel, *ISO-Actif*, et pour la population adulte : le déploiement du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION s'adressant à la fois aux intervenants de la santé, aux milieux municipal et communautaire ainsi qu'aux milieux de travail (voir page suivante).



Les efforts déployés dans chaque territoire de CSSS afin de garantir le succès de ces programmes reflètent l'engagement et la volonté des CSSS face à la prévention des maladies chroniques. Voilà une opportunité de redonner une place de choix à la prévention!

Des actions concrètes

Voici quelques exemples concrets de changements pouvant être apportés dans nos milieux de vie (milieux municipal et communautaire, milieu scolaire, milieux de travail, etc.) afin de les rendre plus conviviaux et compatibles à des choix-santé.

Environnement physique

Assurer la disponibilité et l'accessibilité d'infrastructures permettant d'intégrer l'activité physique à son quotidien et de se procurer des fruits et légumes de qualité :

- pistes cyclables pour se rendre à l'école ou au travail;
- des supermarchés et des marchés publics offrant des fruits et légumes de qualité à prix abordables.

Environnement politique

Contrôler l'accès à certains produits par des lois, normes et réglementations :

- application de la Loi sur le tabac (interdiction de vente aux mineurs, lieux publics sans fumée de tabac dans l'environnement);
- réglementation sur l'urbanisme afin de favoriser le transport actif.

Environnement économique

Mettre en place des incitatifs financiers favorisant un comportement santé pour les individus et leurs familles :

- tarifs préférentiels aux familles pour l'accès aux infrastructures et services de sports et loisirs des municipalités;
- tarifs corporatifs aux travailleurs d'une entreprise pour l'accès à des centres sportifs.


Environnement socioculturel

Travailler de concert avec le monde des médias afin de sensibiliser les individus aux bienfaits associés à l'adoption de saines habitudes de vie, de leur faire connaître les ressources et services pouvant les soutenir et de travailler à la « dénormalisation » de certains produits néfastes à la santé tels les produits du tabac :



- campagnes populationnelles (*Défi J'arrête, j'y gagne*, *Défi santé 5/30*, etc.);
- interdiction de la publicité concernant les produits du tabac.

Le CSSS avec le soutien de la Direction de santé publique travaillera à :

- mettre en place et former des équipes locales dédiées à la promotion de saines habitudes de vie à l'intérieur de chacun des CSSS;
- promouvoir et soutenir les professionnels de la santé dans la prestation des pratiques cliniques préventives reconnues efficaces pour la prévention des maladies chroniques auprès de la clientèle qu'ils desservent (counselling sur les habitudes de vie, contrôle des facteurs de risque tels l'hypertension, les dyslipidémies, etc.);
- mobiliser les acteurs de divers secteurs de la société en leur démontrant l'importance et les bénéfices pour leur milieu d'intégrer la préoccupation santé au sein de leur offre de services à la population;
- accompagner les milieux intéressés dans une démarche visant à créer des environnements favorables à de saines habitudes de vie par le déploiement d'approches et de programmes tels École en santé et 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION pour les milieux municipal et communautaire ainsi que les milieux de travail. 

Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

Le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION est un programme intégré de prévention des maladies chroniques ciblant la prévention des trois principaux facteurs de risque modifiables et communs aux maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques et diabète. Il envoie un message simple, clair et unifié concernant les trois habitudes de vie ciblées. Il a pour objectif de réduire le tabagisme ainsi que la fumée de tabac dans l'environnement, augmenter la consommation de fruits et légumes et la pratique régulière d'activités physiques chez les adultes de 18 à 64 ans.



Trois objectifs pour la promotion de saines habitudes de vie :



Il combine trois stratégies d'intervention permettant de rejoindre à la fois les intervenants de la santé (stratégie éducationnelle), les partenaires intersectoriels (stratégie environnementale) et la population adulte en général (stratégie de communication).

0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION
Adultes 18-64 ans des Laurentides

LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

agit comme un agent de changement

auprès des professionnels de la santé de son territoire

omnipraticiens
intervenants des CSSS
pharmaciens, dentistes

les aider à utiliser chacune des occasions qui se présentent à eux pour accompagner et conseiller le patient dans l'adoption de saines habitudes de vie et le contrôle des facteurs de risque associés aux maladies chroniques.

Stratégie éducationnelle

auprès des partenaires intersectoriels de son territoire

milieu de travail
milieu municipal
milieu communautaire

les aider à faire les ajustements nécessaires, le plus souvent simples à réaliser, pour rendre les milieux de vie plus compatibles avec l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.

Stratégie environnementale

Stratégie de communication



La santé :

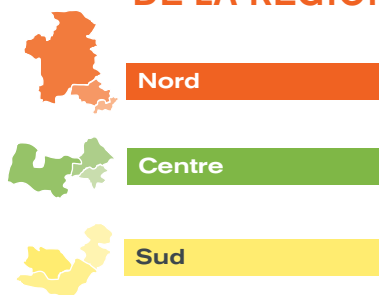
préoccupation des citoyens... et des municipalités

La santé et l'environnement sont devenus, au fil des ans, les priorités de la population québécoise. En effet, les citoyens désirent, de plus en plus, avoir accès à des milieux de vie et à un environnement physique qui favorisent une qualité de vie et une bonne santé. Certes, chacun doit s'investir pour maintenir sa santé, son équilibre et un environnement sain, mais il y a plus : la société, représentée par les différents partenaires provinciaux, régionaux et locaux, doit favoriser cet engagement du citoyen en mettant en place des conditions propices.

Les trois grandes zones des Laurentides

La région des Laurentides compte plus de 72 municipalités réparties sur son territoire de 11 500 km². Il s'agit d'un territoire vaste et diversifié, qui s'étend de la banlieue nord de Montréal jusqu'aux portes de l'Abitibi. Il n'est donc pas étonnant d'y retrouver une gamme variée de contextes et de réalités. En fait, on y distingue trois grandes zones : le sud, suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la grande région de Montréal; le centre, diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréotouristiques se côtoient; et le nord, essentiellement rural, exploitant un potentiel récréotouristique et forestier. La carte ci-contre offre un aperçu du territoire et dresse un portrait sommaire des trois grandes sous-régions des Laurentides.

LES MULTIPLES FACETTES DE LA RÉGION DES LAURENTIDES



Territoire du nord

- milieu rural
- faible densité populationnelle
- exode des jeunes
- proportion importante de personnes âgées
- importante économie récréotouristique

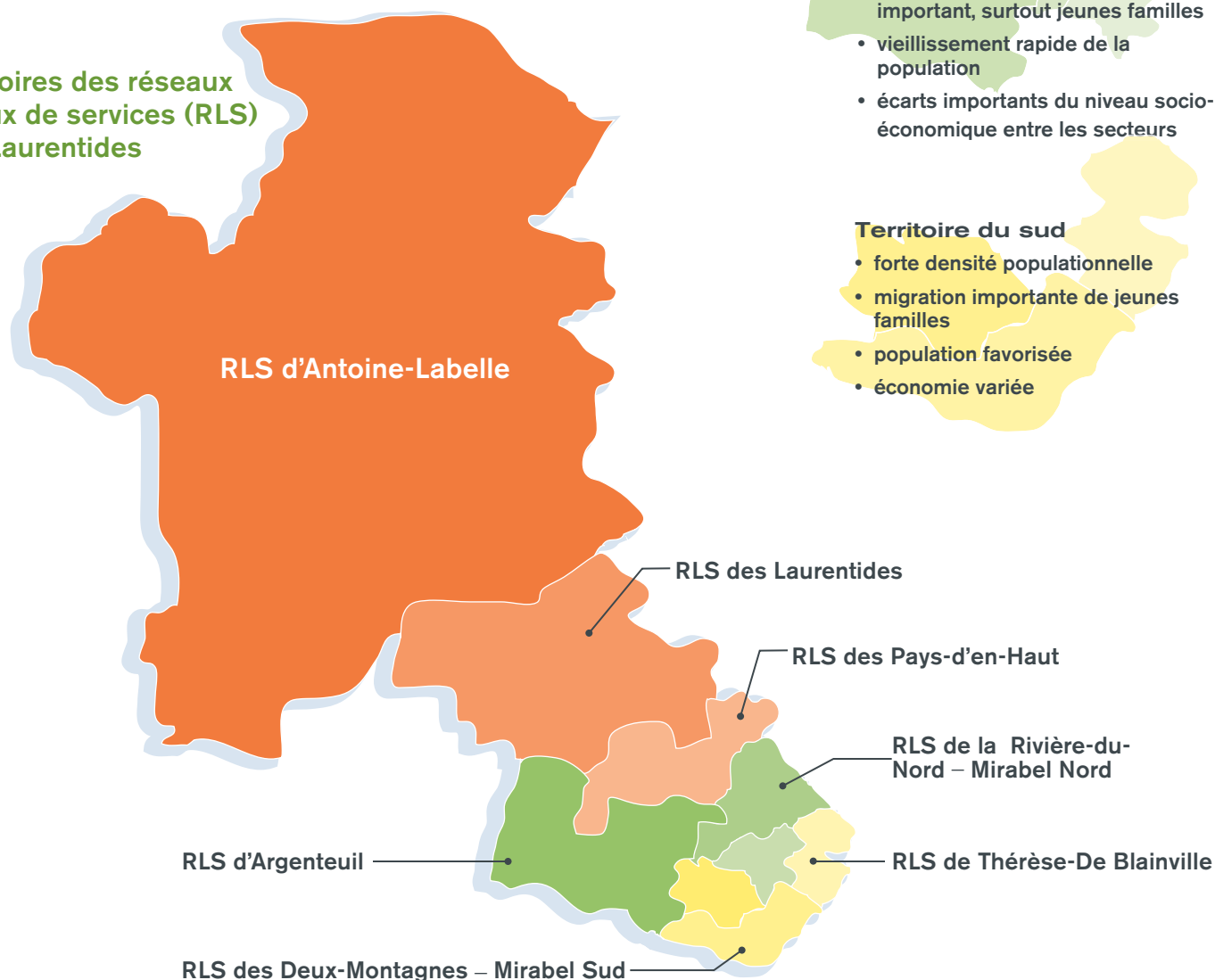
Territoire du centre

- mixité de zones rurales et urbaines
- accroissement démographique important, surtout jeunes familles
- vieillissement rapide de la population
- écarts importants du niveau socio-économique entre les secteurs

Territoire du sud

- forte densité populationnelle
- migration importante de jeunes familles
- population favorisée
- économie variée

Territoires des réseaux locaux de services (RLS) des Laurentides



La santé à l'ordre du jour des municipalités

Plusieurs diront que la santé, pensée sous l'angle de la maladie, ne relève pas directement du mandat et des compétences du secteur municipal. Le concept même de santé a évolué et peut maintenant se définir comme : « ... la capacité physique, psychique et sociale de la personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie! ». Toute action menée par le monde municipal visant à renforcer ces capacités chez ces citoyens contribue à la santé.

Nul doute, les municipalités participent déjà à améliorer la qualité de vie et le bien-être de la population. Pensons simplement à l'application de la réglementation sur les nuisances, l'implantation d'infrastructures sportives et récréatives, la formation des premiers répondants, le contrôle de la qualité de l'eau potable, etc. Toutefois, d'autres cibles sont aussi à la portée des municipalités, à savoir les milieux de vie, l'environnement et les habitudes de vie (tabagisme, sédentarité, alimentation inadéquate). Mentionnons à titre d'exemples :

- des aménagements urbains sécuritaires favorisant les déplacements à pied ou à vélo;
- des aliments sains disponibles dans les installations municipales (aréna, centre communautaire, etc.);
- la promotion de l'utilisation optimale des infrastructures sportives par l'ensemble de la population plutôt que de favoriser l'élite sportive.

Ainsi, il y a place à l'intervention municipale et à des actions intersectorielles simples en faveur de la santé et de la promotion de saines habitudes de vie. Les municipalités travaillent déjà avec les milieux de l'éducation, des transports, de la santé, des secteurs économique et communautaire : elles sont un catalyseur pour réunir ces acteurs autour d'un projet commun. Par leur influence, les municipalités peuvent ainsi mieux situer les notions de santé dans l'aménagement du territoire et dans les projets et initiatives locaux.

Des actions concrètes et réalistes

Dans un contexte de prévention et de promotion de la santé, les principaux facteurs de risque ciblés sont le tabagisme, la sédentarité et l'alimentation inadéquate. L'implication des municipalités dans l'organisation d'activités sportives et de loisirs est bien connue; par contre les interventions plus spécifiques à la réduction du tabagisme et à la promotion d'une saine alimentation restent malheureusement encore limitées.

En promotion de l'**activité physique**, les municipalités jouent un rôle primordial, voire indispensable. Ce sont elles qui répondent à ces questions : comment optimiser l'utilisation des infrastructures en place? Comment rendre plus accessibles les services offerts à la population? Comment favoriser la pratique de l'activité physique? Comment promouvoir le transport actif sécuritaire par l'urbanisme et l'aménagement du territoire?



Une municipalité active : éléments de réflexion

Comment améliorer l'accessibilité aux infrastructures destinées aux sports et loisirs et en augmenter l'achalandage?

- Coûts avantageux pour la famille;
- horaire flexible;
- disponibilité du transport en commun pour y accéder;
- promotion des services offerts.

Les activités proposées rejoignent-elles le plus grand nombre de personnes? Demandent-elles peu d'investissements en équipements personnels?

Les activités offertes répondent-elles aux besoins des jeunes, des familles et des aînés? Quelle proportion de la population détient les habiletés nécessaires pour les pratiquer?

Comment rejoindre les groupes les plus sédentaires?

La municipalité soutient-elle les associations et organismes sportifs et de plein air pour améliorer son offre de services à la population?

La municipalité tient-elle compte des groupes plus défavorisés?

- Tarifs préférentiels;
- bazar sportif;
- implication auprès d'organismes communautaires.

Des ententes ont-elles été établies avec le milieu scolaire et les autres municipalités afin d'améliorer le partage et l'accessibilité des infrastructures de sports et loisirs?

En partenariat avec le milieu scolaire, la municipalité travaille-t-elle à mettre en place les mesures nécessaires afin de permettre aux élèves de se rendre à l'école à pied ou à vélo en toute sécurité?

Le réseau de transport en commun assure-t-il le lien avec le réseau routier, les voies cyclables et piétonnières?

L'aménagement du territoire favorise-t-il une cohabitation harmonieuse et sécuritaire des automobilistes, des cyclistes et des piétons?

La municipalité fait-elle la promotion des espaces verts, des espaces blancs et des plans d'eau sur son territoire?

Par des ajustements mineurs, les municipalités peuvent contribuer à la création d'un **environnement sans fumée de tabac**. L'application de la Loi sur le tabac dans l'ensemble des établissements de la municipalité et l'interdiction de l'usage du tabac à l'intérieur des locaux loués ou prêtés par celle-ci favoriseront un environnement assaini. Qui plus est, dans une perspective de protection de la santé des jeunes, l'interdiction de l'usage du tabac lors de fêtes et de regroupements populaires centrés sur la famille serait sans contredit favorable à la promotion de saines habitudes de vie.

Au chapitre de la promotion d'une alimentation équilibrée, les municipalités peuvent contribuer à la création d'un **environnement alimentaire sain**. En misant sur un ensemble de mesures et d'actions concertées, elles peuvent contribuer à rendre accessible à toute la population des aliments de qualité, nutritifs, en quantité suffisante et à coût raisonnable, et cela de façon durable. Concrètement, il s'agit de :

- soutenir les organismes communautaires oeuvrant en nutrition et en sécurité alimentaire;
- encourager la consommation d'aliments nutritifs dans tous les lieux appartenant à la municipalité (aréna, centre communautaire, camp de jour, etc.) et lors de fêtes ou rassemblements populaires;
- favoriser le développement de jardins communautaires sur le territoire de la municipalité;
- assurer l'accès à de l'eau potable dans tous les lieux publics appartenant à la municipalité;
- faciliter l'installation, l'accessibilité et la promotion de marchés publics;
- encourager la production et la distribution locales de fruits et légumes.

Des leviers

Pour intégrer les questions de santé à l'ordre du jour des municipalités, il existe de nombreux points d'ancrage tels que la politique familiale, les schémas d'aménagement et le Réseau québécois de Villes et Villages en santé.

En adoptant une **politique familiale**², les municipalités se donnent l'occasion de reconnaître la réalité de la famille, confrontée à de nombreux défis. Les élus municipaux peuvent ainsi adapter de mieux en mieux les services aux besoins et aux attentes des familles, particulièrement en matière d'environnement.

Le **schéma d'aménagement et de développement** est un instrument de planification qui établit les lignes directrices de l'organisation physique du territoire d'une municipalité régionale de comté (MRC), en coordonnant les choix et les décisions qui touchent l'ensemble des municipalités qui la composent. Au-delà de l'harmonisation des usages et de la consécration des vocations, l'aménagement du territoire constitue un

outil privilégié de développement à la fois économique et social par la structuration de milieux de vie. Le schéma d'aménagement peut servir de canevas de base à une réflexion axée sur la création de milieux de vie favorables au développement social, à la santé et au bien-être de la communauté. Il facilite aux municipalités la définition d'un environnement physique supportant la mobilité, la mixité, l'activité physique, la sécurité et l'accès à des logements à prix modiques.

À titre d'exemple, une MRC peut inscrire à son schéma des orientations et des mesures visant à :

- assurer la fluidité des réseaux routiers, cyclables, piétonniers et de transport en commun;
- favoriser le transport actif et sécuritaire vers les infrastructures municipales, scolaires et commerciales;
- préserver les espaces verts et les boisés;
- assurer la protection des terres agricoles;
- permettre l'accessibilité aux plans d'eau.





Le **Réseau québécois de Villes et Villages en santé** a pour mission de promouvoir et de soutenir, à travers le Québec, le développement durable de milieux de vie sains. Il mise sur l'engagement des décideurs municipaux en faveur de la qualité de vie et sur la capacité à mobiliser leurs partenaires et leurs concitoyens dans des actions concrètes. Depuis sa création en 1988, le réseau n'a cessé de grandir en qualité et en nombre puisqu'il compte actuellement 140 municipalités, arrondissements et MRC, représentant plus de 50 % de la population québécoise.

Le concept s'appuie sur le fait que les municipalités constituent le niveau politique le plus près de la population et sans doute le plus significatif sur le plan de la qualité de vie des citoyens. Il se traduit par des projets divers et adaptés aux besoins et aux ressources spécifiques du milieu. Tantôt il s'agit de la création de cuisines collectives, de popotes roulantes, de maisons des jeunes, tantôt il s'agit de protéger l'environnement par la plantation d'arbres et la collecte de déchets domestiques dangereux. Enfin, il s'agit souvent de réanimer un sentiment d'appartenance à une communauté, de secouer l'indifférence et ainsi redécouvrir la fierté et la joie de s'entraider.

Que ce soit par la politique familiale, par la révision des schémas d'aménagement et de développement ou par la participation active au Réseau de Villes et Villages en santé, l'élu municipal pourra donner une place aux préoccupations sociales et de santé.

Des bénéfiques attendus

L'intégration de la dimension santé dans les décisions prises au niveau municipal apporte de nombreux bénéfices :

- un meilleur « réseautage » par des projets intersectoriels;
- une plus grande satisfaction des citoyens par l'offre de services municipaux ajustés à leurs besoins;
- une stimulation du développement socio-économique de la région (emploi, tourisme, etc.) par des projets conjoints de développement et de promotion d'espaces verts, d'espaces blancs, de plans d'eau et d'activités;
- une meilleure coexistence entre piétons, cyclistes et automobilistes;
- un milieu de vie « ami » de la famille.

La contribution des villes et villages aux efforts de prévention et de promotion de la santé est cruciale. Le milieu municipal représente un partenaire privilégié avec lequel le réseau de la santé souhaite s'allier pour travailler au développement de milieux de vie favorables à des choix-santé. ◀



La santé, une responsabilité partagée.
Portrait de la santé et du bien-être de la population dans la région des Laurentides, 2005.

[http:// www.rrsss15.gouv.qc.ca/](http://www.rrsss15.gouv.qc.ca/)

Programme 0•5•30 COMBINAISON
PRÉVENTION ciblant la promotion du non-tabagisme, de l'activité physique et d'une saine alimentation. Direction de santé publique des Laurentides.

Carrefour action municipale et famille :
<http://www.carrefourmunicipal.qc.ca/>

Réseau québécois de Villes et Villages en santé :
<http://www.rqvvs.qc.ca/>

Portail du secteur bioalimentaire des Laurentides :
<http://www.agrolaurentides.qc.ca/>

Vas-y,
fais-le
pour toi!



www.vasy.gouv.qc.ca

Québec 

Milieux de travail Quand santé



Le monde du travail a connu au cours des dernières décennies de profondes transformations. Précarité d'emploi, nouvelles technologies et automatisation, compétitivité accrue face à la mondialisation, population de travailleurs vieillissante et pénurie de main-d'oeuvre qualifiée. Ces nouvelles réalités touchent à la fois le contenu, et l'organisation du travail, et les conditions d'emploi auxquelles doivent s'adapter les entreprises et les travailleurs. Ces grands bouleversements ne sont pas sans conséquence sur la santé et le bien-être du travailleur et de l'entreprise.

rime avec productivité

En effet, plusieurs études américaines et européennes démontrent la relation et l'impact de l'intensification du travail sur la santé du travailleur. Ces études soulignent une augmentation de la proportion des travailleurs qui déclarent « travailler très vite » et « ne jamais avoir assez de temps pour terminer leur travail ». Dans les Laurentides, ce sont plus de 40 % des travailleurs qui affirment que leur travail est « assez ou extrêmement stressant »¹. L'intensification du travail, la précarité d'emploi et les conditions externes telles la conciliation famille-travail, influencent directement le niveau de stress de l'individu et se répercutent sur sa santé physique (hypertension, maladies cardiovasculaires) et mentale (dépression, épuisement professionnel).

Un niveau de stress élevé chez une personne, associé à de mauvaises habitudes de vie (sédentarité, obésité, mauvaises habitudes alimentaires, etc.), contribue au développement de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. De plus, face au vieillissement de la main-d'œuvre, on peut s'attendre à une hausse du nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique. En effet, d'ici 2010 les 55 ans et plus représenteront plus de 25 % de la population active au travail.

Cette population active vieillissante compte un plus grand nombre d'individus touchés par une maladie chronique et qui, par le fait même, consomment plusieurs médicaments et ont un plus grand risque de s'absenter du travail pour cause de maladie.

De plus, il est reconnu que de mauvaises habitudes de vie chez un travailleur occasionnent des coûts pour l'entreprise. Les travailleurs qui fument présentent un taux d'absentéisme plus élevé que les personnes n'ayant jamais fumé, et le tabagisme engage des coûts de l'ordre de 2 milliards de dollars par année². Les habitudes de vie néfastes (tabagisme, alcoolisme, inactivité physique) semblent avoir un effet cumulatif sur les jours d'absence. Chez un employé, plus le nombre de mauvaises habitudes est grand, plus il est probable que celui-ci se soit absenté plus de 10 jours durant une année de travail.

Un portrait alarmiste certes, mais non sans piste de solutions! Il est possible d'intervenir avant qu'il ne soit trop tard. En effet, il existe des interventions efficaces de prévention et de promotion de saines habitudes de vie en milieu de travail qui, lorsque déployées précocement, peuvent retarder, voire éviter l'apparition de la maladie chez un individu.

L'entreprise et ses employés doivent donc s'allier pour trouver des solutions-santé réalistes leur permettant de s'adapter aux nouvelles réalités du monde du travail. Bâti sur de saines habitudes de vie et une meilleure gestion du stress s'avèrent à moyen terme un investissement et un gage de santé pour l'entreprise et ses employés. Le milieu de travail peut contribuer positivement à la santé de la population adulte et en même temps en retirer des bénéfices.

L'entreprise ne doit pas considérer la santé de ses salariés comme une dépense, mais davantage comme un investissement pour son organisation.

En réalité, la santé doit devenir partie intégrante des décisions administratives et de gestion des ressources humaines de l'entreprise.

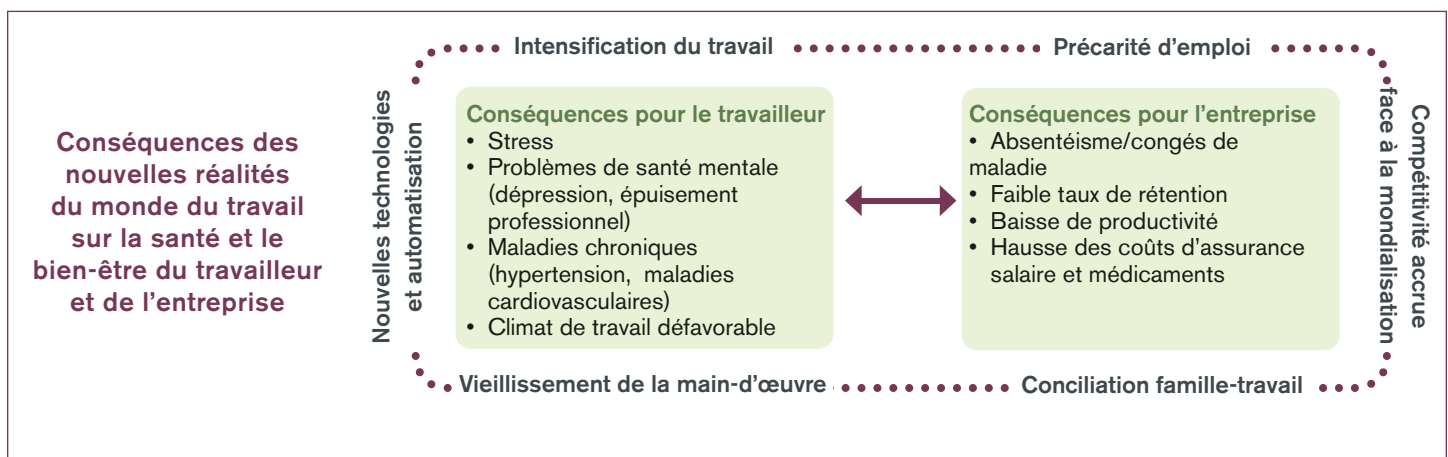
La santé des employés, la santé de l'entreprise!

Plus de 60 % de la population adulte (tout près de 225 000 adultes dans les Laurentides) passe la majeure partie de son temps à travailler, à se rendre au travail ou à en revenir ; le milieu de travail représente donc un milieu propice pour déployer des efforts de promotion de saines habitudes de vie auprès des adultes. De plus, très souvent des entreprises ont développé des canaux de communication, des réseaux de soutien et des installations bien intégrées et reconnues par les employés. Par des ajustements mineurs, simples et réalisables, il est possible de créer un environnement de travail ainsi qu'une organisation du travail qui motivent, encouragent et soutiennent les employés dans l'adoption de saines habitudes de vie et une meilleure gestion du stress.

Pour être efficace, la promotion de la santé en milieu de travail doit combiner deux stratégies d'intervention. Une première stratégie, mieux connue et déjà fortement utilisée, consiste à sensibiliser les employés à l'importance d'adopter de saines habitudes de vie et à les informer sur les moyens disponibles pour les soutenir à cet égard. Cette stratégie est souvent privilégiée car

elle offre une grande visibilité et qu'il s'agit souvent d'activités ponctuelles pouvant se réaliser à court terme. Par contre, utilisée seule, cette stratégie n'est pas suffisante pour obtenir des résultats significatifs sur les habitudes de vie et la santé des employés.

Il est nécessaire, en complémentarité avec les activités de sensibilisation, que l'entreprise entreprenne des modifications durables de ses environnements physique (cafétéria, installations sportives), de ses activités sociales (ateliers, conférences) et de l'organisation du travail (flexibilité des horaires de travail) afin de faciliter les choix-santé et une meilleure gestion du stress par l'employé. Même si ces changements prennent souvent plus de temps à s'implanter, les bénéfices qui en résulteront ont plus de chances d'être durables. Il ne faut donc pas s'attendre à des résultats-santé immédiats. **En milieu de travail, pour arriver à bien gérer les conséquences des transformations du monde du travail et des changements dans nos modes de vie sur la santé du travailleur et de l'entreprise, la promotion de saines habitudes de vie s'avère une solution prometteuse.**



Des coûts de santé à la hausse pour les entreprises

- Près de 20 % de la masse salariale d'une entreprise est dépensée à chaque année, en coûts directs et indirects dans la santé. Les coûts directs liés aux absences et à l'invalidité constituent 6 % de la masse salariale. Des coûts indirects relatifs aux pertes de productivité, frais de remplacement et baisse du niveau de qualité, totalisent 14 %³.
- Entre 1990 et 1997, le nombre de réclamations acceptées à la CSST (pour des lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique) a presque doublé, les déboursés annuels passant de 1,5 à 5,1 millions de dollars⁴.



En effet, bien manger, bouger tous les jours et avoir accès à des conditions favorables en milieu de travail constituent des facteurs de protection contre l'effet du stress et peuvent contribuer à améliorer la santé des travailleurs face à des conditions stressantes, sans compter les bénéfices pour les employeurs (baisse d'absentéisme, hausse de productivité, diminution des accidents de travail, etc.).

Avant de mettre en place des actions concrètes, il est nécessaire de bien cerner les besoins des employés afin de tenir compte de leurs réticences et de respecter leurs préférences face à l'adoption de saines habitudes de vie et à la gestion du stress. De plus, ces actions doivent refléter la réalité du milieu de travail, ses caractéristiques environnementales et organisationnelles. Si on répond aux besoins des employés, ces derniers risquent de participer en plus grand nombre aux activités et les chances de retirer de réels bénéfices pour la santé des travailleurs et de l'entreprise augmenteront.

Il est estimé que chaque dollar investi dans un programme de promotion de la santé en milieu de travail génère un retour moyen de 4 \$ pour l'entreprise.

Des conditions gagnantes pour de réels bénéfices

Les dirigeants d'entreprise ainsi que les responsables des ressources humaines constatent quotidiennement les conséquences qu'entraînent les transformations du monde du travail et les changements dans nos modes de vie sur la santé du travailleur et de l'entreprise. La question n'est plus de savoir s'il est pertinent d'investir dans la santé des employés, mais de mettre en place les conditions nécessaires pour assurer la pérennité des actions de promotion et en retirer un réel bénéfice.

Les études mesurant les effets des programmes de promotion de la santé en entreprise rapportent des effets positifs sur la santé de l'individu (hausse de l'activité physique, baisse du tabagisme et des maux de dos) et des effets positifs pour l'entreprise (baisse de l'absentéisme et des jours de maladie, hausse de la productivité, baisse des frais médicaux). Il est estimé que chaque dollar investi dans un programme de promotion de la santé en milieu de travail génère un retour moyen de 4 \$ pour l'entreprise et que **des employés actifs et ayant de saines habitudes de vie sont plus productifs et ont une moyenne d'absentéisme inférieure à celles des autres travailleurs**. Les employés actifs prennent 27 % moins de congés de maladie⁶. Globalement, on rapporte une diminution de l'absentéisme, une amélioration de la qualité de vie au travail, de l'image de l'organisation et des relations de travail ainsi qu'une augmentation du sentiment d'appartenance et de l'efficacité du personnel.

Attention, il n'existe pas une recette unique! Chaque programme de promotion de la santé doit tenir compte du contexte organisationnel de l'entreprise et des besoins des employés.



Des conditions de succès pour retirer de réels bénéfices :

- assurer **l'implication et le soutien de la direction** ainsi que sa participation financière au programme;
- créer un **comité d'employés représentatif** qui travaillera à déterminer les actions à réaliser pour promouvoir de saines habitudes de vie;
- s'assurer que la **promotion de la santé s'intègre à la structure organisationnelle** de l'entreprise;
- être **réaliste** et adapter les interventions aux caractéristiques du milieu et aux besoins des employés;
- assurer un **haut taux de participation** des employés et des cadres aux activités;
- mettre l'accent sur des interventions qui viseront à **créer des environnements et une organisation du travail favorables** à des choix-santé.

À vous de jouer!

Priorités-santé et principales barrières mentionnées par les employés⁵ :

Priorités des employés pour maintenir et améliorer leur santé

Activité physique
Perdre du poids
Apprendre à mieux gérer le stress
Manger mieux

Principales barrières à l'adoption d'un mode de vie sain

Manque de temps
Conciliation famille travail
Stress
Faible motivation

Des actions concrètes

Soutenir la cessation du tabagisme et offrir un environnement sans fumée de tabac

- Promotion de la cessation du tabagisme et offre d'information sur les services disponibles (centres d'abandon du tabagisme).
- Promotion du *Défi j'arrête, j'y gagne* au sein de l'entreprise.
- Un milieu de travail sans fumée de tabac dans l'environnement.
- Application de la Loi sur le tabac autour des accès aux bâtiments.

Soutenir et encourager la pratique régulière d'activité physique

- Incitatifs pour les transports actifs.
- Revalorisation des escaliers.
- Aménagement de douches, salles tout usage, etc.
- Promotion de *Mon style de marche* de Kino-Québec.
- Tarif corporatif pour l'accès à des centres sportifs.
- Aménagement des horaires de travail.
- Mise en place d'activités organisées et de groupes de soutien (clubs de marche, équipes sportives).

Offrir des occasions de manger santé

- Choix d'aliments sains dans les distributrices.
- Menus-santé à la cafétéria/cantine.
- Accessibilité à des lieux pour réfrigérer et réchauffer les lunchs.
- Promotion de la consommation de 5 fruits et légumes par jour.
- Ateliers sur des trucs et astuces pour bien s'alimenter. ◀

Daniel Lajeunesse de chez TRICA nous parle de l'expérience de son entreprise

TRICA est une entreprise manufacturière établie à Saint-Jérôme depuis 1988, spécialisée dans la fabrication de tabourets de métal. Plus de 140 employés, majoritairement de jeunes adultes, y travaillent.

Progressivement, TRICA tente de créer des conditions de travail favorables à la qualité de vie au travail, au sentiment d'appartenance et, à terme, à la rétention de la main-d'œuvre.

« La rétention du personnel devient de plus en plus un enjeu et un défi dans le secteur manufacturier. Autrefois, les gens avaient un fort sentiment d'appartenance à l'entreprise et y travaillaient souvent pendant dix, vingt ou trente ans. Aujourd'hui, nous sommes face à des travailleurs de la génération Y, le sentiment d'appartenance est moindre et les travailleurs quittent plus facilement l'entreprise après une ou deux années.

« Nous voulons nous assurer que l'environnement de travail est intéressant pour eux et qu'il réponde à leurs besoins. C'est dans la culture de l'entreprise. Depuis quatre ans, nous sondons périodiquement les employés pour connaître leur satisfaction. Nous ne voulons pas que l'employé se sente comme un numéro, nous voulons plutôt nous assurer que son milieu de travail soit attirant et réponde à ses besoins.

« Le premier gros changement apporté a été d'offrir les services d'une cafétéria sur le lieu de travail pour les employés de jour. De plus, nous avons aménagé les lieux afin de créer un climat convivial où les employés peuvent se retrouver (télévision pour information aux employés, deux postes de travail avec accès Internet, tables de jeux, etc.). C'est un début, mais progressivement nous intégrerons davantage la question de saines habitudes de vie. Nous avons aussi une équipe de hockey et nous formons deux équipes annuellement au défi sportif de la Chambre de commerce.

« Puisque notre population de travailleurs est assez jeune et que certains ont des enfants, nous avons adopté l'horaire flexible permettant à chacun de mieux concilier le travail et la famille!

« Depuis quatre ans, suite aux efforts d'amélioration de l'environnement de travail, nous remarquons une baisse significative de roulement de notre personnel. Nous croyons que les efforts investis dans l'amélioration des conditions de travail et de l'environnement y sont certainement pour quelque chose! »



Votre entreprise désire s'engager dans la promotion de saines habitudes de vie et une meilleure gestion du stress pour ses employés? Le programme intégré de prévention des maladies chroniques 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION peut vous apporter un soutien concret. Contactez la Direction de santé publique et demandez le responsable du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION!


Sites Internet d'intérêt :

Conseil canadien de la santé et de la vie active au travail

<http://www.cchalw-ccsvat.ca/francais/>

Agence de santé publique du Canada, la vie active au travail

http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/au_travail/index.html



Une pomme chaque jour éloigne le médecin...

**Soutenir un patient dans
l'adoption de saines
habitudes de vie**

Que ce soit face à un patient en bonne santé, à risque ou déjà atteint d'une maladie chronique, le clinicien se retrouve quotidiennement dans une position difficile où, faute de temps, il doit prioriser parmi les interventions à offrir à son patient. Ainsi, les interventions curatives, pour lesquelles le patient consulte principalement, sont réalisées au détriment des actes préventifs, tout aussi pertinents et nécessaires.

Face au fardeau croissant des maladies chroniques, jumelé à l'épidémie d'obésité, le clinicien devra répondre à des besoins curatifs qui ne cesseront de croître si on ne s'attarde pas aux causes réelles du problème. Le médecin omnipraticien, l'infirmière, le pharmacien, le dentiste, la nutritionniste et tout autre intervenant de la santé en première ligne sont appelés à intégrer des gestes cliniques préventifs à leur pratique quotidienne. Cet article tentera d'apporter quelques conseils pratiques soutenus par des outils et ressources pour que l'ensemble des cliniciens contribuent à leur manière à la prévention des maladies chroniques par la promotion de saines habitudes de vie auprès de leur clientèle.

Et si on s'attaquait ensemble à la source même du problème

De plus en plus, les études démontrent que la prévention sauve des vies, améliore la qualité de vie et la santé des patients et demeure rentable. Le clinicien contribue à prévenir l'apparition de maladies chroniques chez un patient par ses recommandations et le soutien qu'il lui apporte dans l'adoption de saines habitudes de vie et un meilleur contrôle des facteurs de risque. Les recommandations du clinicien, si brèves soient-elles, complètent le lot d'information fourni au patient par les médias, son milieu de travail, sa famille, etc. De plus, ces conseils sont renforcés lorsque le patient se retrouve dans des milieux de vie qui lui facilitent les choix-santé : par exemple, un milieu de travail favorisant la pratique d'activités physiques et où il est possible de se procurer des aliments sains; une municipalité qui offre un choix d'activités sportives accessibles pour l'ensemble de la famille à prix abordable, etc.

Dans cette perspective, le clinicien est un acteur indispensable en prévention pour arriver, à moyen terme, à des modifications durables dans nos modes de vie et à un impact-santé réel au niveau populationnel.

Des facteurs de risque modifiables... des pratiques cliniques préventives efficaces et prometteuses

Une des caractéristiques des maladies chroniques est qu'elles sont causées par le cumul et l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque tout au long de la vie. Heureusement, pour certains de ces facteurs de risque, il existe des pratiques cliniques préventives prouvées efficaces qui peuvent contribuer à retarder, voire éviter le développement de la maladie chez le patient (voir tableau 1).

Deux types de pratiques préventives sont recommandées, soit celles qui se rapportent au counselling pour l'adoption de saines habitudes de vie et celles qui visent le dépistage et le contrôle des facteurs de risque tels l'hypertension et les dyslipidémies. On se penchera principalement sur les pratiques de counselling visant l'adoption de saines habitudes de vie et s'adressant à l'ensemble de la population. En effet, diverses études ont documenté le fait que les pratiques de counselling semblent moins bien intégrées à la pratique du clinicien que celles de dépistage et de vaccination. De plus, soutenir un patient dans un changement de comportement demande des habiletés particulières et implique des contraintes pour le clinicien, tel un plus grand investissement en temps. On tentera donc d'apporter un éclairage sur les techniques de counselling et de proposer des outils et services pouvant aider le clinicien à mieux soutenir son patient dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.



Tableau 1

Recommandations à l'égard du counselling sur les habitudes de vie contribuant à la prévention des maladies chroniques

Habitudes de vie	Interventions préventives	Recommandations GECSSP* catégorie-année
Tabagisme	Counselling tabagique	A-1994
	Aides pharmacologiques	A-1994
	Orientation vers les services spécialisés	B-1994
	Environnement sans fumée	C-1994
Sédentarité**	Counselling sur l'activité physique	C-1994
Alimentation** inadéquate	Counselling intensif (6 séances de 30 minutes) pour les patients atteints d'HTA, de diabète, de dyslipidémies ou d'obésité	B-1994
Obésité	Mesure de l'indice de masse corporel	B-1999

* Groupe d'étude canadien sur les soins préventifs.

** Le GECSSP est actuellement à réviser les recommandations à l'égard du counselling sur l'activité physique et l'alimentation chez l'adulte. Ses nouvelles recommandations seront disponibles à l'hiver 2006.

En pratique... pas toujours évident!

Bien que les occasions d'intégrer la prévention soient nombreuses et que la majorité des cliniciens considèrent leur rôle en prévention comme important, il demeure encore difficile pour le clinicien d'appliquer la prévention au quotidien. **Selon certains auteurs, quel que soit l'âge, 55 % des patients sont à jour pour les examens de dépistage, 25 % pour l'immunisation tandis que moins de 10 % reçoivent des conseils sur les habitudes de vie².**

Statistiques

Des occasions à saisir!

Dans les Laurentides, tout près des 2/3 de la population de 12 ans et plus affirment avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois avec une moyenne de deux consultations par année³.

Le patient, de plus en plus averti face aux questions de santé, désire recevoir des conseils préventifs et perçoit le clinicien comme une source crédible et fiable d'information. Les cliniciens ont donc une grande influence sur la décision de leurs patients d'adopter ou non des comportements bénéfiques pour leur santé.

Or, de multiples barrières nuisent à l'intégration des pratiques préventives. On peut les classer en trois groupes, soit celles qui se rapportent au patient, celles qui se rapportent au médecin et celles qui sont propres au contexte organisationnel de la pratique. Les barrières dites organisationnelles semblent les plus souvent évoquées par les médecins dans diverses enquêtes. Les principales barrières mentionnées sont le manque de temps, la pression du curatif, le contexte de consultation défavorable, tel le sans rendez-vous, et le manque d'incitatifs. Il est important de s'attarder à ces barrières sans quoi, même avec la meilleure volonté, les meilleures connaissances et habiletés, il restera difficile pour le clinicien d'intégrer les interventions préventives à sa pratique.

Une démarche de counselling systématique et personnalisée

Intégrer le counselling sur l'adoption de saines habitudes de vie dans sa pratique quotidienne n'est pas chose facile. Ce que nous savons, c'est que l'ensemble de la population peut bénéficier des conseils et du soutien du clinicien pour faire des choix-santé. Le Groupe d'étude canadien sur les soins préventifs (GECSSP) revoit la littérature scientifique sur l'efficacité des pratiques préventives dans divers contextes et émet des recommandations quant à leur application en contexte clinique. Il propose aux cliniciens la démarche systématique des 5A pour les guider.

Il faut noter que ces cinq étapes ne doivent pas nécessairement être faites par un même clinicien. Par exemple, pour le counselling tabagique, les deux premières étapes (l'évaluation et les conseils) peuvent être faites par un médecin et le suivi offert par l'infirmière de la clinique ou l'intervenant d'un des centres d'abandon du tabagisme de la région.

Les 5A du Groupe d'étude canadien sur les soins préventifs

- **ASSESS (Évaluer) :**
appliquer une approche de triage. Colliger l'information sur les habitudes de vie, l'intention de changer et le niveau de motivation.
- **ADVISE (Conseiller) :**
aider le patient à prioriser une cible accessible.
- **AGREE (S'entendre) :**
établir un plan, déterminer la responsabilité de chacun et proposer un contrat par écrit.
- **ASSIST (Aider) :**
soutenir les petites réussites et évaluer l'évolution des changements.
- **ARRANGE (Soutenir et orienter) :**
assurer un suivi et orienter le patient vers les ressources appropriées. Apporter une rétroaction et une reconnaissance face au chemin parcouru.



► Une pomme chaque jour éloigne le médecin...

Certains auteurs ajoutent qu'il est important d'être « proactif ». Ils indiquent que d'utiliser la fin d'entrevue et de faire le lien entre la raison de consultation et les conseils préventifs aident à renforcer les messages préventifs. Évidemment, le clinicien et le patient doivent faire ensemble des choix en tenant compte de l'importance du problème, de l'intention et de la motivation du patient à changer. Le jugement clinique est alors primordial pour évaluer la pertinence ainsi que les contraintes et les coûts du nouveau comportement-santé pour le patient. En ce sens, le modèle de Prochaska présenté dans le prochain tableau illustre comment le clinicien peut adapter son intervention de counselling au stade de changement du patient en tenant compte de son degré de motivation et de son intention de passer à l'action.

Les étapes de changement de comportement (modèle de Prochaska)

Étapes	Le patient	L'intervention (5A)
La préreflexion	Il n'a aucune intention de changer dans un proche avenir. Il nie le problème ou ne le reconnaît pas.	Aider le patient à amorcer une réflexion sur ses habitudes de vie : <ul style="list-style-type: none">• envoyer un message haut et fort;• rediscuter le sujet à la prochaine visite;• offrir de la documentation et un suivi.
La réflexion	Il reconnaît le problème et prévoit changer. Il n'a cependant pas de plan concret. Il pèse le pour et le contre et n'a pas encore pris sa décision.	Aider le patient à passer à l'action dans un avenir rapproché : <ul style="list-style-type: none">• envoyer un message haut et fort;• rediscuter le sujet à la prochaine visite;• offrir de la documentation et un suivi.
La préparation	Le patient prévoit agir au cours du prochain mois. Sa décision est prise, mais il ne sait pas comment s'y prendre.	Aider le patient à trouver des stratégies et à se faire un plan pour passer à l'action : <ul style="list-style-type: none">• féliciter le patient pour sa décision;• identifier les aides et les barrières;• obtenir son engagement;• faire une prescription et offrir de la documentation;• offrir un suivi et orienter vers les ressources adéquates.
L'action	La décision est prise. Le changement de comportement est amorcé depuis au moins 6 mois.	Aider le patient à maintenir le nouveau comportement : <ul style="list-style-type: none">• féliciter le patient pour les résultats;• négocier le maintien (revoir les barrières);• faire une prescription;• offrir un suivi et orienter vers les ressources adéquates.
Le maintien	Le changement de comportement est maintenu depuis au moins 6 mois.	
La rechute	Plusieurs cycles peuvent être nécessaires pour assurer la réussite et le maintien du nouveau comportement à long terme.	Revoir les raisons de l'échec et réévaluer l'intention et la motivation au changement.

Finalement, face au manque de temps et à la pression du curatif, il est important que tous les professionnels d'une même clinique voient ensemble comment systématiser leur approche de counselling. L'utilisation d'outils communs, le partage de responsabilités entre professionnels ainsi qu'une meilleure orientation des patients vers les services de référence peuvent apporter une aide considérable et faciliter l'intégration du counselling à la pratique de première ligne.

Pour faire du counselling efficacement, il est donc nécessaire d'être à l'affût et de saisir toutes les occasions, d'adapter son intervention aux besoins et à la réalité du patient, de bien connaître les interventions efficaces ainsi que les outils et ressources disponibles pour soutenir le patient dans l'adoption d'un nouveau comportement de santé.

Des outils et ressources pour aider le clinicien à soutenir son patient

Des services de proximité pour aider les patients à cesser de fumer

Le counselling tabagique constitue l'une des interventions les plus efficaces et rentables pour réduire la mortalité et la morbidité de la population. Plus l'intervention est soutenue, plus grande est son efficacité.

- Il existe plusieurs centres d'abandon du tabagisme (CAT) dans la région des Laurentides vers lesquels vous pouvez diriger vos patients. Des services de counselling individuel personnalisé ou de groupe sont offerts par des intervenants formés et qualifiés. Il est ainsi possible de soutenir l'arrêt de fumer en respectant les besoins et le rythme de chacun. Augmentez les chances de réussite et dirigez les patients prêts à cesser de fumer au CAT de leur CSSS. C'est gratuit!
- Ces services sont efficaces! L'évaluation d'impact des centres d'abandon du tabagisme des Laurentides a démontré que 25 % des patients ayant utilisé les services des CAT étaient toujours non fumeurs après 6 mois et 22 % après 1 an.
- Encouragez les patients à s'inscrire au *Défi j'arrête, j'y gagne* qui se déroule chaque année de mars à avril.
- Site Internet
<http://www.jarrete.qc.ca>
- Ligne téléphonique
1 866 JARRÊTE

30 minutes d'activité physique chaque jour

Si les preuves à l'appui du counselling en faveur de l'activité physique sont moins fortes que pour le tabac, les multiples bienfaits de l'activité physique pour la santé devraient inciter le clinicien à offrir un counselling bref. Il suffit de relativement peu d'activité physique intégrée à la routine quotidienne pour en retirer des bénéfices-santé.

Les recommandations sont simples :

- tous les enfants et adolescents devraient être physiquement actifs au moins 60 minutes par jour à l'école, à la maison ou à tout autre endroit propice;
- les adultes devraient faire de l'activité physique d'intensité modérée un minimum de 30 minutes par jour, à tous les jours ou presque;
- les personnes de 65 ans et plus autonomes devraient suivre la même recommandation que pour les adultes (30 minutes par jour) et la compléter par des exercices de flexibilité, d'équilibre et de musculation.

Saviez-vous que ...

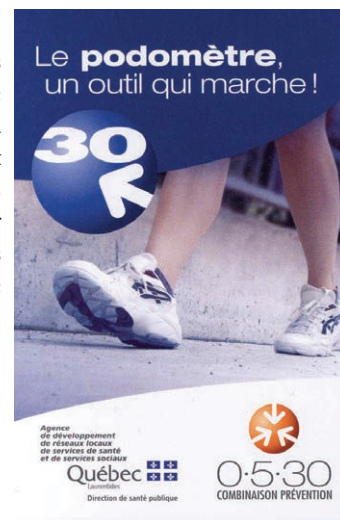
L'activité physique n'a pas besoin d'être pratiquée 30 minutes en continu ni de façon intense pour être efficace. C'est le volume et la régularité qui comptent. On en retire les mêmes bénéfices que l'on marche 30 minutes d'affilée ou que l'on fasse trois séances de 10 minutes par jour. L'important c'est de le faire tous les jours ou presque et ce, tout au long de l'année.

Le podomètre, un outil qui marche!

Le podomètre est un compteur de pas, utilisé par les adeptes du jogging et de la marche. Cet appareil fiable et de qualité coûte entre 20 et 60 dollars. Il se fixe à la ceinture d'un vêtement et permet d'évaluer facilement son niveau d'activité physique, de se donner des objectifs et d'obtenir une rétroaction immédiate. Il faut y aller progressivement. Établissez avec le patient des objectifs réalistes et porteurs de succès! La régularité est un gage de maintien du nouveau comportement.

Voici quelques repères :

- il est reconnu dans la littérature scientifique que de marcher 10 000 pas par jour contribue à une dépense énergétique suffisante pour prévenir l'obésité et l'hypertension;
- les activités normales de la vie quotidienne contribuent à 6000-7000 pas;
- 30 minutes de marche équivalent à 3000-4000 pas;
- si une perte de poids est souhaitée, il faut viser davantage 15 000 pas par jour;
- pour les enfants, la recommandation est de 15 000 pas par jour pour les garçons et 12 000 pas par jour pour les filles.



Un poids-santé : une question d'équilibre!

Dans quelle zone de risque se situe votre patient ?

Indice de masse corporelle chez l'adulte

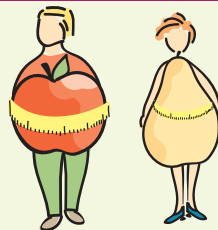
Classification	IMC (kg/m ²)	Risque de développer des problèmes de santé
Poids insuffisant	< 18,5	Accru
Poids normal	18,5 – 24,9	Moindre
Excès de poids	25,0 – 29,9	Accru
Obésité		
Classe 1	30,0 – 34,9	Élevé
Classe 2	35,0 – 39,9	Très élevé
Classe 3	>= 40,0	Extrêmement élevé

Tour de taille chez l'adulte

	Seuil du tour de taille	Risque de développer des problèmes de santé
Homme	> = 102 cm (40 po)	Accru
Femme	> = 88 cm (35 po)	Accru

Distribution du surplus de poids

Les risques à la santé sont plus élevés pour les individus ayant un surplus de poids concentré autour de la taille que pour ceux ayant un surplus de poids au niveau des hanches et des cuisses.



- Favorisez une approche globale et individualisée permettant d'évaluer les habitudes de vie, les croyances, les antécédents d'utilisation de régimes amaigrissants ainsi que la motivation du patient à perdre du poids.
- Fixez des objectifs réalistes, adaptés au degré de motivation du patient et à long terme.
 - Mettez sur une perte de poids graduelle (1 à 2 livres par semaine) pour assurer son maintien à long terme.
 - Les études scientifiques récentes indiquent que des gains de santé sont associés à une perte de poids modérée et maintenue de l'ordre de 5 % à 10 % du poids initial.
- Pour une solution optimale, mettez sur une approche combinant l'alimentation et la pratique d'activité physique.
 - Une alimentation saine et variée incluant les quatre groupes du guide alimentaire canadien. Il faut aussi voir avec le patient comment il peut réduire les portions et le grignotage! Pour une évaluation plus complète et un programme personnalisé, il peut être nécessaire d'orienter le patient vers une ressource spécialisée en nutrition.
 - Invitez le patient à intégrer l'activité physique à son quotidien... à son rythme, à sa manière! Visez progressivement 15 000 pas par jour.

Demeurez vigilant face aux régimes amaigrissants!

Pour en savoir plus, deux guides produits par l'Association de santé publique du Québec (AS PQ), pour vous aider à mieux informer les patients et à en connaître davantage sur le monde des produits et services amaigrissants.



5 fruits et légumes par jour

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les efforts de lutte contre le fardeau des maladies chroniques incluent obligatoirement une augmentation de la consommation de fruits et légumes.

Encouragez vos patients à intégrer à leur alimentation un minimum de 5 portions de fruits et légumes par jour. Une alimentation variée et en quantité suffisante de fruits et légumes peut :

- prévenir plus de 20 % de l'ensemble des cancers, plus particulièrement le cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de l'estomac, du côlon et du rectum;
- protéger des maladies cardiovasculaires et plus particulièrement des AVC;
- aider à prévenir l'obésité et le diabète de type 2 par leur forte teneur en fibres et leur faible densité calorique.

Une portion correspond à :

- un légume ou un fruit de grosseur moyenne pouvant loger dans la paume de la main;
- ½ tasse de légumes ou de fruits frais, surgelés ou en conserve;
- ½ tasse de jus;
- 1 tasse de salade.

Les fruits et légumes devraient occuper plus de la moitié d'une assiette.



Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes; Internet :

<http://www.santecanada.ca/nutrition>

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif (GECSSP); Internet :

<http://www.ctfphc.org>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Preventive Services; Internet : <http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm>

Outil pour ordinateur de poche Interactive Preventive Services Selector : recommandations américaines sur les pratiques préventives par âge et sexe. Internet : <http://pda.ahrq.gov/index.html>

Put Prevention Into Practice (PPIP); Internet : <http://www.ahrq.gov/clinic/ppipix.htm>

De saines habitudes de vie dès la naissance et même avant



100% prévention

« Bien que la maternité soit un événement normal de la vie, il faut convenir que dans notre ère moderne et médicalisée, devenir mère n'est pas une mince affaire... Les interventions visent maintenant des éléments jugés importants pour le développement de l'enfant : l'allaitement, l'attachement parent-enfant et le développement des « compétences parentales ». Enfin, chaque rencontre avec les mères est considérée comme une occasion de plus pour faire du dépistage et la promotion des saines habitudes de vie. »

LE PÉRISCOOP
Bulletin d'information en périnatalité
Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)
Avril 2005 Volume 9 Numéro 1

La grossesse, un moment privilégié

Pendant la grossesse, l'alimentation de qualité et l'activité physique offrent des avantages considérables à la mère et à son bébé. Une alimentation équilibrée, variée et suffisante favorise le développement physique et mental du bébé et contribue au maintien de la qualité de vie de la mère. Les avantages de l'activité physique comprennent une hausse d'énergie, une meilleure humeur et une meilleure estime de son apparence physique, une plus grande facilité à maintenir un poids optimal à chaque étape de la grossesse, la prévention du diabète et des maux de dos, un accouchement plus facile et un rétablissement plus rapide. Quant au tabac, il est tout aussi nocif pour l'embryon que l'alcool. Il est responsable de la naissance de bébés plus chétifs, d'accouchements prématurés et de fausses couches spontanées.¹

Dans la région des Laurentides, la majorité des centres de santé et de services sociaux (CSSS) dispensent des rencontres prénatales à la population, moyennant des coûts. Certains CSSS laissent le secteur privé ou les centres de ressources périnatales dispenser l'enseignement. Les rencontres prénatales portent sur plusieurs thèmes dont les habitudes de vie, autant de la future maman que du futur papa. L'alimentation est abordée, de même que l'activité physique, les effets du tabac, de l'alcool, des médicaments et des drogues, et on y fait la promotion de l'allaitement maternel. Aussi, les centres de ressources périnatales offrent des cours de yoga et d'exercices prénatals.

Les jeunes mères de moins de 20 ans ainsi que les mères n'ayant pas complété leur cinquième secondaire et qui vivent sous le seuil de faible revenu bénéficient d'un enseignement similaire, mais adapté à leurs besoins, dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (S.I.P.P.E.). Les CSSS et leurs partenaires du communautaire ont déployé des trésors d'imagination pour concocter des formules originales et des contenus permettant à ces mères d'aborder leur nouveau rôle avec plus de confiance, d'acquiescer les notions de base leur permettant d'adopter de saines habitudes de vie et d'effectuer des choix sains.

Aborder le tabac avec originalité

Pour la troisième année consécutive, le concours *Bébé non fumeur* est proposé aux mères vivant en contexte de pauvreté qui participent aux S.I.P.P.E. ou au programme OLO offerts par les CSSS.

Pour plusieurs femmes, la grossesse constitue un moment privilégié pour cesser de fumer. Le concours *Bébé non fumeur* a été créé afin de rejoindre la clientèle qui traditionnellement ne fréquente pas les centres d'abandon du tabagisme (CAT). En effet, les mères adolescentes ainsi que les mères vivant en contexte de vulnérabilité qui envisagent d'arrêter de fumer se tournent peu vers les CAT pour obtenir de l'aide.

Arrêter de fumer n'est pas chose facile! C'est pourquoi le concours *Bébé non fumeur* a comme objectifs secondaires de reconnaître l'effort déployé et de contrer l'idée qu'une rechute signifie qu'il est impossible d'arrêter de fumer. Ainsi, les mères qui rechutent, au cours d'une semaine, peuvent participer au tirage subséquent si elles reprennent leur démarche. De plus, les futures mères qui poursuivent leur arrêt tabagique jusqu'à la fin de leur grossesse reçoivent un montant en argent ou un chèque-cadeau ainsi qu'un certificat de participation.

L'an dernier, des mamans de cinq territoires ont accepté de relever le défi d'arrêter de fumer pendant six semaines consécutives! Depuis trois ans, près d'une centaine de futures mères adolescentes et de mères vivant en contexte de vulnérabilité ont participé au concours et le taux d'abandon (25 %) est comparable à celui que l'on retrouve dans la littérature scientifique².



En 2006, le concours *Bébé non fumeur* sera également offert aux pères selon les mêmes modalités et avantages. En effet, il est démontré que lorsque les pères appuient la démarche de leur conjointe en cessant eux-mêmes de fumer, les chances de réussite de la mère sont augmentées. De plus, l'abandon tabagique du père contribue à réduire la présence de fumée secondaire dans l'environnement de la future maman.



Bébé est là!

Les saines habitudes alimentaires se prennent... au sein!

L'enfant allaité en tire des bénéfices non seulement lorsqu'il est bébé, mais aussi à l'âge adulte. Il serait mieux protégé contre l'obésité³, le diabète⁴, l'hypertension⁵, certaines maladies cardiovasculaires, l'asthme⁶ et les allergies⁷, le cancer⁸ et la sclérose en plaques⁹. La mère bénéficie aussi de l'allaitement. Elle retrouve son poids plus facilement¹⁰ et les risques d'ostéoporose à la ménopause¹¹, de même que la fréquence du cancer de l'ovaire¹² et du cancer du sein¹³, sont diminués.

Conformément aux Lignes directrices du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'allaitement maternel au Québec (2001) et au Programme national de santé publique (2003-2012) la Direction de santé publique des Laurentides apporte le soutien et l'appui nécessaires à l'implantation du réseau Amis des bébés dans les CSSS de sa région. Elle favorise la concertation entre les établissements et elle voit à la formation de tous les intervenants en périnatalité en assurant les services d'une consultante en lactation diplômée de l'International Board Lactation Consultant Examiners.

L'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* est une campagne internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). Cette campagne reconnaît que la mise en œuvre des pratiques exemplaires de soins dans les services de santé est cruciale pour le succès des programmes qui protègent, encouragent et soutiennent l'allaitement maternel. Ce programme a toutefois été élargi pour inclure les services de santé communautaire (CLSC au Québec) et est maintenant désigné *Initiative des amis des bébés*.

Dans tous les CSSS de la région, le personnel travaille à implanter l'*Initiative des amis des bébés*. Pour les quatre unités des naissances, cela veut dire, entre autres, aider les mères à commencer à allaiter leur enfant, leur

UNE PREMIÈRE EN AMÉRIQUE DU NORD

En 2004, Le Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil a reçu la certification *Ami des bébés* dans la communauté pour la mise en œuvre des pratiques exemplaires de soins et de services aux mères et à leur bébé en matière d'allaitement. L'avis de grossesse a été implanté afin de rejoindre tous les futurs parents et de les amener à recevoir gratuitement de l'enseignement prénatal faisant la promotion de saines habitudes de vie, incluant l'allaitement. La collaboration entre l'équipe de la Petite enfance du CSSS d'Argenteuil et Nourri-Source est indéniable. Il est tout aussi important de souligner la collaboration que les intervenants du CSSS ont établie avec les autres hôpitaux et les médecins. La certification *Ami des bébés* dans la communauté marque l'émergence d'une culture organisationnelle de l'allaitement et souligne la qualité des personnes offrant les soins et les services au CSSS d'Argenteuil.

PARMI LES PIONNIERS AU QUÉBEC

En 2004, l'unité des naissances du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes a été certifiée *Amie des bébés* pour la protection, le soutien et la promotion de l'allaitement maternel. C'est avec conviction et détermination que l'établissement avait décidé de s'investir, cinq ans plus tôt, dans cette initiative de l'OMS pour atteindre un taux de 75 % d'allaitement exclusif. Les évaluatrices ont observé non seulement un respect rigoureux mais également un dépassement des exigences de l'*Initiative des amis des bébés* et ont souligné combien elles avaient apprécié l'approche familiale existant dans l'organisation.

indiquer comment pratiquer l'allaitement et comment entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

Suite au virage ambulatoire en périnatalité, un programme de congé précoce a été mis en place dans la région afin de favoriser la continuité des soins et de planifier la sortie des mères et de leur nouveau-né des centres accoucheurs en toute sécurité. Chaque CSSS de la région assure donc un suivi postnatal incluant un soutien à l'allaitement maternel (visites postnatales par une infirmière et haltes-allaitement). De plus, nous avons la chance d'avoir des organismes communautaires tels Nourri-Source, La Mèreveille et La Ligue la Leche qui contribuent grandement au succès de l'allaitement, que ce soit en suivi individuel ou en groupe. Leur implication est aussi remarquable au niveau de la promotion. Entre autres, lors de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel, ces organismes s'associent aux intervenantes des CSSS pour organiser des activités avec les mères allaitantes.

À GUICHET FERMÉ ! UNE FORMATION QUI RÉPOND AUX BESOINS DES PROFESSIONNELLS

Au printemps 2005, trois journées de formation ont été organisées afin d'outiller et de soutenir les professionnels de la région (omnipraticien, gynécologue, pédiatre, monitrice des rencontres prénatales, infirmière, sage-femme et diététiste) travaillant auprès des femmes enceintes et durant la période post-natale. Un conférencier de renommée internationale, Dr Jack Newman, pédiatre consultant pour l'UNICEF, s'est adressé à plus de 225 intervenants professionnels et bénévoles, dont 46 médecins de la région. Ces journées de formation auront contribué à assurer l'harmonisation et la mise à jour de l'information sur l'allaitement maternel. Cette formation a permis d'aider les professionnels à jouer pleinement leur rôle dans le démarrage et la réussite de l'allaitement au sein.



► De saines habitudes de vie dès la naissance et même avant

Mais une saine alimentation, c'est plus que du lait

Après l'accouchement, il est important de se préoccuper de la qualité de l'alimentation de la mère et du nourrisson, particulièrement pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Une mauvaise alimentation peut entraîner une rétention de poids chez la mère ou au contraire, le poids peut être insuffisant en raison d'une insécurité alimentaire. Pour le nourrisson, tout en maintenant l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, il est important de lui offrir par la suite des aliments complémentaires de bonne qualité nutritionnelle.

Les organismes communautaires de la région offrent aux mères qui participent aux S.I.P.P.E. des ateliers de type *Je cuisine pour bébé*, *L'ABC de la cuisine*, *Petits pots* pour n'en nommer que quelques-uns. Ces ateliers visent à favoriser la saine alimentation des enfants et la préparation de purées maison.

Des cuisines collectives sont également mises sur pied dans le but de fournir des rudiments culinaires de base et d'aborder des notions de nutrition, d'hygiène et d'économie. Ces cuisines collectives sont le moment privilégié pour ces mères de s'initier à de nouveaux aliments et d'expérimenter des recettes saines et équilibrées. De plus, différents thèmes liés à l'alimentation, tels que décoder les étiquettes, identifier les aliments moins favorables à la santé ou planifier des achats avantageux à partir des circulaires, sont aussi abordés lors de ces rencontres. Selon les besoins, un accompagnement à l'épicerie peut également être offert.

Passer à tabac la fumée secondaire

Si les effets nocifs du tabac pendant la grossesse sont bien connus, les effets néfastes de la fumée secondaire de tabac sont également connus depuis plusieurs années. En effet, les nourrissons et les enfants de tous âges sont plus à risque de développer des problèmes de santé, tels des otites, infections respiratoires, crises d'asthme plus fréquentes, etc. Même si les enfants jouent dans une pièce dont la porte est fermée, ils sont exposés à la fumée secondaire, car elle s'infiltré partout.

Bouger c'est la santé

Tout comme l'allaitement, la pratique de l'activité physique contribue à diminuer les risques de dépression post-partum et favorise le retour à un poids santé. Comme en période prénatale, plusieurs organismes communautaires de la région donnent accès à des activités diversifiées pour les mères et leurs enfants : conditionnement physique, yoga, activité physique mère-enfant, exercice en plein air pour les parents, les enfants et même les grands-parents! On observe que les municipalités se préoccupent de plus en plus d'intégrer des activités parents-enfants leur programmation en sports et loisirs.



Un pas de plus vers des environnements favorables

De nombreux efforts restent encore à déployer pour offrir des environnements réellement favorables à la santé et pour l'adoption de saines habitudes de vie. Plusieurs stratégies de santé publique visant les jeunes familles sont mises en œuvre dans la région. Les soins de santé en périnatalité constituent des moyens d'évaluer et d'agir sur les facteurs de risque liés à la santé maternelle et infantile, comme une mauvaise nutrition, un problème de poids, le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues et des problèmes tels le diabète et l'hypertension.

Le rôle des intervenants du réseau est essentiel pour continuer à améliorer la santé des femmes en âge de procréer et de leurs enfants. Celui des partenaires du milieu l'est tout autant. Les centres de la petite enfance sont des partenaires incontournables pour

la promotion de saines habitudes de vie et le développement des enfants. Des efforts devront être consentis afin de rejoindre ces partenaires, de cerner les points d'intérêt commun et de déterminer les zones de collaboration.

La concertation existante en matière de sécurité alimentaire doit être soutenue, encouragée et consolidée. De même, il faudrait employer des stratégies d'influence s'adressant au secteur privé de l'alimentation (marchés d'alimentation, dépanneurs, producteurs maraîchers, etc.) afin de faciliter aux familles l'accès à des aliments sains à coûts raisonnables.

Les instances municipales, maîtres d'œuvre sur leur territoire, ont aussi un leadership à assumer. Par exemple, la mise en place de politiques familiales peut favoriser un aménagement du territoire favorable à la pratique sécuritaire d'activités physiques des enfants et de leurs parents.

Dans toute la région, on donne raison au bon vieux dicton : mieux vaut prévenir que guérir! Il importe d'investir très tôt pour prévenir certaines maladies chroniques. Pour promouvoir de saines habitudes de vie en périnatalité, on l'a bien compris, il ne suffit pas de le dire, il faut agir! ►

«Maman, papa, c'est super cool à l'école!»



C'est ce que disent, à la fois étonnés et excités, les élèves des écoles primaires Sainte-Paule, Saint-Joseph, Saint-Jean-Baptiste et De la Durantaye à leurs parents surpris, en début d'année. Et pour cause : ces écoles réalisent des activités qui accrochent les jeunes, comme celle du « work out » durant 15 minutes, obligatoire deux matins par semaine pour la direction, les enseignants et les jeunes, toute l'année durant.

► « Maman, papa, c'est super cool à l'école! »

Des mesures concrètes pour enrayer le décrochage et favoriser la réussite

Dans ces écoles, la direction et le personnel, avec l'aide de parents et de divers organismes de la communauté, veulent déployer le maximum de moyens pour que les jeunes réussissent. Ils entendent par là, bien sûr, la réussite scolaire, mais également la réussite personnelle et sociale.

La réussite éducative et la santé des jeunes sont étroitement associées

La réussite éducative englobe davantage que la réussite scolaire. Elle situe les jeunes dans leur trajectoire de vie (réussite scolaire, personnelle, professionnelle et sociale) et situe les organismes du milieu comme des participants à une communauté éducative. Par ailleurs, « santé et éducation sont étroitement liées. Elles font partie d'une dynamique de la réussite : l'éducation contribue au maintien de la santé; la santé maintient les conditions nécessaires à l'apprentissage. En effet, les probabilités qu'un jeune jouissant d'une bonne santé, se sentant bien dans sa peau et vivant dans un milieu stimulant et sécuritaire réussisse à l'école sont fortes; de même, il est reconnu que la scolarisation constitue un facteur de protection de la santé et du bien-être¹ »

Le décrochage dans les Laurentides²

La région des Laurentides connaît un taux de décrochage supérieur à celui du Québec, tant chez les filles que chez les garçons, dans presque toutes les commissions scolaires de la région. Pour l'année 2002-2003, chez les filles, il est de 27,2 % comparativement à 20,6 % au Québec. Chez les garçons, il est de 44,6 % comparativement à 36 % au Québec.

Ils sont convaincus de plus que la bonne santé des jeunes est une condition essentielle à leur réussite et ils savent, leur expérience le confirme, que les jeunes vont améliorer leur santé s'ils sont encouragés, stimulés, entraînés et embarqués dans des activités qu'ils vont aimer et adopter.

Tous s'entendent pour dire qu'il y a beaucoup à faire, particulièrement les enseignants des écoles primaires et secondaires et les infirmières scolaires lorsqu'ils observent l'état actuel des habitudes de vie des jeunes ou qu'ils constatent l'augmentation significative du nombre de jeunes obèses arrivant en première année à l'école.

Quelques données sur les habitudes de vie des jeunes

- Les jeunes se désengagent de la pratique de l'activité physique entre le début et la fin du secondaire³.
- Près de 4 jeunes sur 10 âgés de 12 à 19 ans de notre région consomment moins de 5 fruits et légumes par jour⁴.
- La proportion des jeunes présentant de l'embonpoint et de l'obésité est à la hausse. Elle atteignait en 2004 près de 23 % au Québec⁵ (données non disponibles pour la région des Laurentides).
- Une bonne nouvelle, en 2002, si plus de 26,2 % des filles et 20,1 % des garçons du secondaire font encore usage du tabac, il s'agit néanmoins d'une baisse significative par rapport à l'enquête menée en 1998⁶. On observe une proportion similaire (20,8 %) de fumeurs parmi les jeunes de 12 à 19 ans dans les Laurentides en 2003⁴.



En contrepartie, plusieurs jeunes eux-mêmes et leurs parents sont préoccupés par les problèmes associés à la sédentarité des jeunes et à la qualité des aliments qu'ils consomment. À preuve, des jeunes de 5^e et 6^e année de l'école De La Durantaye préparent des chorégraphies pour les « work out » du matin. D'autres ont fait une recherche sur les aliments sains en comparaison avec les *aliments nuls* (sans valeur nutritive). Ils ont même présenté leur recherche aux élus de la municipalité de Saint-Jérôme, en souhaitant que cette municipalité, membre du réseau de Villes et Villages en Santé, fasse de la saine alimentation une priorité d'action.

On peut dire que ces jeunes sont conscients de la situation, qu'ils veulent faire leur part et qu'ils s'attendent à ce que les adultes fassent la leur. Justement, comme le souligne Mme Anne-Sandra Caron, infirmière au Centre de santé et de services sociaux Rivière-du-Nord–Nord-de-Mirabel : « *c'est beau de demander aux jeunes de bouger et de mieux manger, mais les parents et les écoles ont un rôle à jouer pour aider les jeunes* ». Concrètement, on remarque que plusieurs écoles sont à revoir les produits offerts à la cafétéria; une école offre aux jeunes des fruits à coût abordable; une autre a même convenu, avec le *Club des petits déjeuners*, d'offrir les fruits et légumes à volonté; des ateliers *Boîtes à lunch* pour les jeunes de 4^e, 5^e et 6^e année se tiennent à l'école. Les écoles secondaires sont elles aussi impliquées, notamment à l'égard de la prévention du tabagisme, par exemple la Nouvelle école de Blainville qui, depuis son ouverture, est complètement sans fumée, que ce soit à l'intérieur ou sur les terrains de l'école, et la Polyvalente de Saint-Jovite, qui est devenue « sans fumée de tabac » depuis septembre 2005.

Commencer le plus précocement possible

On s'entend généralement sur l'importance d'agir le plus précocement possible, avec et auprès des parents, dès la petite enfance. L'exemple donné par les parents et d'autres personnes de la famille s'avère particulièrement déterminant dans les choix d'habitudes de vie des jeunes, surtout avant l'adolescence. Il s'avère donc essentiel de soutenir et d'outiller les parents à l'égard de leur rôle.

Ensuite, après la famille, et de concert avec les parents, c'est à l'école qu'il importe d'agir puisque les jeunes y sont rassemblés des jours, des semaines et des années entières. D'autant plus que c'est aussi à l'école que s'acquièrent, s'ajustent ou se consolident de bonnes ou de mauvaises habitudes de vie, qui souvent peuvent renforcer ou pallier celles acquises en milieu familial. Le soutien à accorder aux jeunes durant cette période peut faire la différence entre leur bonne ou leur mauvaise santé lorsqu'ils sont devenus adultes.

À Saint-Jérôme, dans les écoles primaires Sainte-Paule, Saint-Joseph, Saint-Jean-Baptiste et De La Durantaye, la direction, le personnel et les partenaires cherchent d'abord à mettre en place des activités et des programmes gagnants. Ils veulent intéresser les jeunes à développer et à maintenir de saines habitudes de vie et leur faciliter des choix-santé. Autour de projets concrets, qui intéressent les jeunes, on mobilise à la fois la direction d'école, les enseignants, les parents et les intervenants extérieurs (infirmières, personnel psychosocial, organismes communautaires, etc.). **Pour ces écoles, la santé c'est aussi leur affaire, ça fait partie de leurs mandats et des rôles qui leur sont confiés.**

La santé et le bien-être des jeunes sont au cœur de la réforme de l'éducation

Bien que la réussite éducative des jeunes soit au premier rang des priorités de l'école, « depuis longtemps, l'école québécoise se préoccupe de la santé et du bien-être des jeunes qui lui sont confiés. Encore maintenant, la réforme de l'éducation réaffirme l'importance que l'élève acquière des compétences et développe des comportements favorisant la santé et le bien-être. Elle souligne aussi que l'école doit assurer aux élèves un environnement sécuritaire et favorable à leur épanouissement personnel et social. L'école partage toutes ces préoccupations avec de nombreux partenaires, dont les parents au premier plan. Ceux-ci souhaitent que leurs enfants bénéficient des meilleures conditions possibles pour assurer leur développement harmonieux et leur réussite dans la vie. Enfin, l'ensemble des partenaires concernés aspire à une meilleure convergence de leurs efforts.⁷ »



On dénombre d'ailleurs une incroyable diversité d'interventions dans plusieurs écoles de notre région pour soutenir l'acquisition de saines habitudes de vie chez les jeunes. Ces activités émergent souvent spontanément à l'école à la suite de constats troublants tels des problèmes d'hygiène de base, des enfants qui arrivent en classe sans avoir déjeuné, l'augmentation du nombre de jeunes obèses, grâce à l'engouement d'enseignants ou de parents pour des activités sportives.

Combiner plusieurs volets complémentaires, c'est plus efficace

Face à cette profusion d'actions, la Direction de santé publique (DSP) et les Centre de santé et de services sociaux (CSSS) insistent sur l'importance d'optimiser les effets en combinant plusieurs volets complémentaires. La DSP et les CSSS proposaient ainsi aux écoles, en 2004, le programme *ISO Actif* qui favorise les interventions complémentaires autour de trois habitudes de vie : l'activité physique, la saine alimentation et la lutte au tabagisme, souvent associées entre elles chez les jeunes. Ce programme offre de plus des activités concrètes, faciles à déployer, attrayantes pour les jeunes et stimulantes pour les enseignants et les parents.

Le programme ISO-Actif

Ce programme valorise l'engagement des écoles dans un programme global d'implication à la promotion d'une vie saine et active. Il « cimente » l'ensemble des programmes portant sur les saines habitudes de vie en liant l'obtention de points avec l'utilisation des outils offerts, tels *Gym en forme*, *Défi Moi j'croque 5 fruits et légumes*, et *DE FACTO*. En accumulant des points, l'école peut obtenir un sceau de qualité certifiée, ce qui contribue à une certaine émulation entre les écoles participantes.



Photo: Nadia Lepointe

ISO Actif Quelques chiffres sur la participation, l'appréciation et l'implantation dans les écoles en 2004 :

- près de 70 intervenants scolaires des CSSS ont été formés, quelques-uns accompagnés d'enseignants en éducation physique;
- à ce jour, 56 écoles primaires de la région ont adhéré à ce programme ainsi que 12 écoles secondaires. Les sessions de formation dispensées par la DSP ont eu pour effet de quasi doubler la participation à ce programme de saines habitudes de vie;
- 44 écoles, ce qui correspond à plus de 13 500 élèves et 1 073 membres du personnel, ont participé au *Défi Moi j'croque 5 fruits et légumes*;

Le succès obtenu avec l'implantation du *Défi Moi j'croque 5 fruits et légumes* découlant du Programme ISO Actif, a permis d'innover cette année au regard de la nutrition.

Consciente des effets bénéfiques d'ISO Actif, la DSP a organisé en 2004 deux périodes de formation pour le personnel scolaire et les intervenants scolaires des CSSS en vue de son implantation dans plusieurs écoles des Laurentides.

Des programmes comme ISO Actif sont bien accueillis par les enseignants parce qu'il s'agit de programmes « clef en main ». Les infirmières du CSSS apportent un produit bien structuré, avec des outils concrets, prêts à être utilisés instantanément et en plus, elles leur assurent un soutien dévoué. Pour Anne-Sandra Caron, infirmière scolaire du CSSS Rivière-du-Nord – Nord-de-Mirabel, c'est un cadeau, et en même temps

un petit stimulant pour d'autres initiatives, telle celle du « work out » des écoles Sainte-Paule, Saint-Joseph, Saint-Jean-Baptiste et De La Durantaye. Il paraît que ça énerveille tout le monde et que ça contribue au bon climat de l'école. Pour bien ancrer cette activité, ajoute encore Anne-Sandra en riant, « ils ont demandé à un boxeur professionnel de venir sur place leur faire une démonstration. Les gars n'en revenaient pas, parce que d'habitude, c'est les filles qui jouent avec les cordes à danser ». Et comme si ça n'était pas suffisant, ils en ont rajouté en clôturant l'année avec un « work out » géant, où tout le monde devait participer, parents inclus.

Assurer une continuité d'action

« Le Défi est fini, est-ce que je peux continuer encore? » demande un jeune de l'école Sainte-Paule à Anne-Sandra Caron. Bien sûr, puisque c'est durant toute l'année qu'on se préoccupe de l'activité physique et de la saine alimentation. En effet, souligne également Mme Ginette Fallu, infirmière scolaire aux écoles Saint-Jean-Baptiste et De La Durantaye, la combinaison des trois volets permet d'assurer un continuum d'activités complémentaires tout au long de l'année. « Avant, il y avait la journée de la nutrition ou la semaine de l'activité physique pour faire des activités sur un des volets. Maintenant, les jeunes me montrent avec enthousiasme, tout au long de l'année, ce qu'ils ont mis dans leur boîte à lunch. »

S'il est important en effet de combiner plusieurs activités complémentaires, il ne faut surtout pas oublier de planifier le déploiement de ces activités dans le calendrier scolaire afin que les enseignants et les intervenants des CSSS conviennent

ensemble de la répartition de leur temps dans les écoles et des meilleurs moments pour leurs interventions. À cet effet, la DSP met à la disposition des intervenants des CSSS un outil d'aide à la planification des activités de promotion la santé et du bien-être auprès des enfants et des adolescents. Cet outil, *POP Santé*, inclut notamment des activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie.

La combinaison d'activités complémentaires bien planifiées est une nette amélioration par rapport aux activités disparates qui, comme des étincelles, s'éteignent trop vite dans plusieurs écoles. Il s'avère désormais incontournable pour plusieurs gestionnaires et professionnels, tant dans les écoles qu'auprès des partenaires, d'interagir en concertation et d'arrimer les actions comme toutes les pièces d'un puzzle qui se complètent en formant un ensemble cohérent, bien structuré.

Tous les partenaires

Anne-Sandra Caron, insiste sur l'importance « que les activités ne soient pas qu'une série de tentatives et d'expériences intéressantes. On sait qu'elles peuvent désormais s'inscrire dans une démarche globale pour s'assurer de leur durée ». La pérennité de tels programmes, et des initiatives qui s'ensuivent, repose en effet sur la détermination de la direction de l'école et du CSSS à les inscrire dans le fonctionnement régulier de leur établissement. Comme le souligne Mme Francine Toupin, directrice des écoles De La Durantaye et Saint-Joseph « c'est essentiel d'inscrire les activités comme le « work out » dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école, pour s'assurer de leur intégration dans la vie de l'école, dans les pratiques des jeunes et dans celles des enseignants ».

Afin d'optimiser cette intégration en faveur de la réussite éducative, de la santé et du bien-être des jeunes, la DSP, en collaboration avec la direction régionale du ministère de

Avec POP Santé, les intervenants de CSSS en milieu scolaire (infirmière, intervenant social et hygiéniste dentaire) peuvent notamment :

- inscrire leurs activités dans leur planification en début d'année scolaire (l'intervenant aura en sa possession l'ensemble de l'information ainsi que des outils de planification, tel un calendrier situant les activités à l'intérieur du calendrier scolaire);
- identifier, en réponse aux besoins de l'école, les programmes de promotion et de prévention reconnus efficaces ou prometteur;
- prévoir, à l'aide d'une grille, le suivi des activités pour chacun des milieux où ils interviennent et évaluer l'atteinte de leurs objectifs.

s'impliquent et toutes les activités s'emboîtent parfaitement dans une école en santé

l'Éducation des Loisirs et du Sport soutient activement le déploiement d'École en santé. En l'occurrence, toutes les commissions scolaires et les CSSS des Laurentides ont convenu d'implanter cette démarche dans certaines écoles de leur territoire. D'ailleurs, la Commission scolaire de la Rivière-du-Nord et le CSSS Rivière-du-Nord – Nord-de-Mirabel ont déjà une longueur d'avance à cet égard.

École en santé est une approche globale qui propose de lier les préoccupations de l'éducation et de la santé :

- en inscrivant la promotion de la réussite éducative, de la santé et du bien-être ainsi que la prévention des difficultés d'apprentissage, des problèmes sociaux et de santé au cœur du projet éducatif et du plan de réussite de l'école;
- en conviant les partenaires, dont les parents, à conjuguer leurs actions de promotion et de prévention avec celles de l'école;
- en proposant un appui au renouvellement des pratiques qui va dans le sens de la réforme de l'éducation.

Une école en santé vise le développement optimal des jeunes et contribue ainsi à :

- faciliter l'acquisition des compétences et à développer les comportements favorisant la réussite éducative, la santé et le bien-être;
- promouvoir un environnement scolaire et communautaire stimulant, sain et sécuritaire;
- créer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté.

Une formule gagnante : Écoles primaires de Saint-Jérôme en santé

Sous le patronage de la Commission scolaire et du CSSS de la Rivière-du-Nord – Nord-de-Mirabel *Écoles primaires de Saint-Jérôme en santé* vise principalement à mettre en place les conditions susceptibles de contribuer à la santé, au bien-être et à la réussite scolaire, sociale et affective des jeunes de ces écoles. Cette démarche offre, en complément, un éventail d'outils et de ressources qui permet aux parents de mieux s'intégrer au vécu quotidien de leurs enfants et de soutenir les démarches de l'école.

À cet effet, les différents programmes, tels *Iso Actif*, portant sur les saines habitudes de vie, ou *Sex-ob-Fun*, portant sur les pratiques sexuelles sécuritaires, sont offerts aux écoles primaires défavorisées du centre ville de Saint-Jérôme à travers une démarche planifiée et intégrée dans une offre de services globale du CSSS et de la Commission scolaire. Le CSSS affecte en effet du temps de personnel infirmier et psychosocial pour soutenir l'implantation de cette démarche dans les sept écoles impliquées (écoles primaires Sainte-Paule, Saint-Joseph, Saint-Jean-Baptiste, De La Durantaye, Dubois, Mariboisé, Notre-Dame). La Commission scolaire assure, pour sa part, la coordination

des différents services offerts en affectant à ces écoles un agent de développement partenarial. Dans les *Écoles primaires de Saint-Jérôme en santé*, comme le fait valoir Mme Francine Toupin, directrice des écoles De La Durantaye et Saint-Joseph, « les activités École en santé font même partie de la description de tâche du personnel. Les nouveaux enseignants savent, dès le départ, l'engagement que nous avons pris pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes et les attentes de l'école à cet égard »

Écoles primaires de Saint-Jérôme en santé est considéré par plusieurs comme une formule gagnante pour inscrire solidement les activités de prévention et de promotion de la santé dans le fonctionnement régulier des écoles. Amorcé dans une école primaire pilote en 1996, le projet regroupe maintenant sept écoles primaires, totalisant 2040 élèves de la maternelle à la 6^e année, provenant de quartiers défavorisés de Saint-Jérôme. Des liens étroits sont également établis avec l'école secondaire qui reçoit les jeunes de ces écoles.



Vers un changement de pratiques

Le CSSS et le réseau scolaire sont partenaires de cette démarche. Les enseignants sont étroitement associés aux activités de prévention et de promotion dans ces écoles alors que les intervenantes scolaires du CSSS font partie de l'équipe école où on identifie les besoins des jeunes et où on discute de l'intérêt, de la pertinence et de la place à accorder à des activités et à l'implantation de programmes tels *ISO Actif*. On s'éloigne de la pratique traditionnelle dans laquelle certains programmes étaient implantés plus ou moins en lien avec les besoins des jeunes. On profite également de programmes reconnus efficaces, ou du moins prometteurs, répertoriés dans *POP santé*, qu'on peut implanter avec le soutien de la DSP.

Écoles primaires de Saint-Jérôme en santé introduit ainsi un changement majeur de pratiques dans la collaboration entre le réseau scolaire et le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que dans les manières de faire la promotion et la prévention dans les écoles afin que nos jeunes, en santé et bien dans leur peau, réussissent leurs études et leur vie. ▶

C'était un défi, c'est devenu un succès ... et « cool » avec ça!



Ajouter des années à la vie et de la vie aux années

PHOTO : KINO-QUÉBEC

De saines habitudes de vie chez les aînés pour la prévention des maladies chroniques, mais aussi pour l'autonomie et la qualité de vie

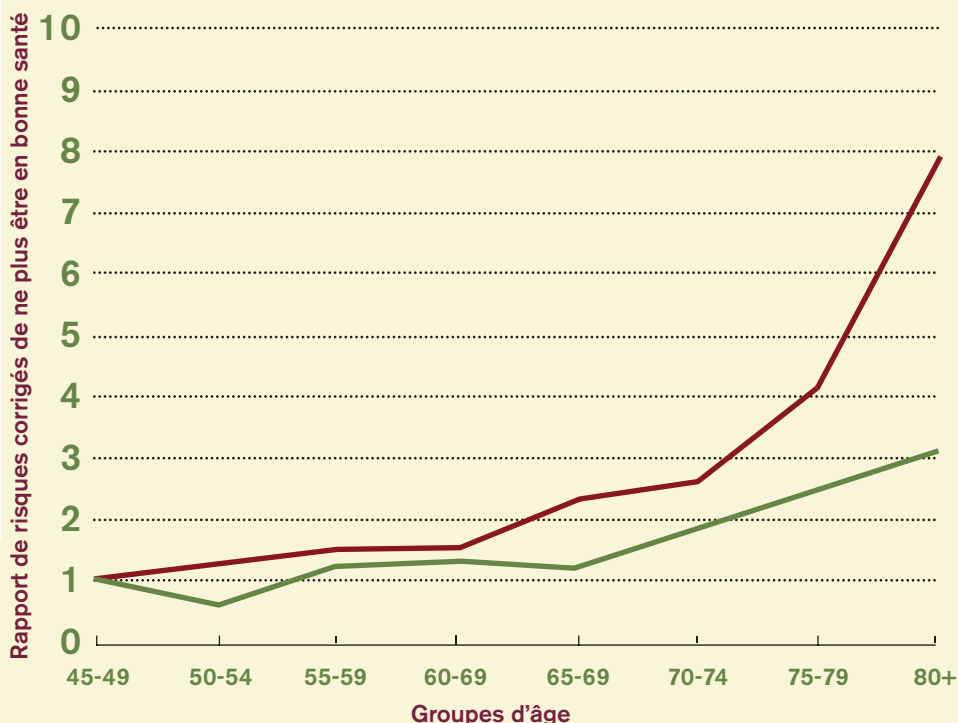
Les experts de santé publique sont d'avis que l'acquisition précoce de saines habitudes de vie pourrait permettre de vivre plus longtemps en bonne santé. Selon une étude récente sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1994-2003¹, la contribution des bonnes habitudes de vie au maintien d'une bonne santé serait observable dès l'âge de 45 ans, mais l'effet positif observé serait encore plus marqué avec l'avancée en âge (figure 1). Les mauvaises habitudes de vie n'ont pas de conséquence immédiate sur la santé, mais, au fil du temps, elles finissent souvent par rattraper les personnes qui les ont adoptées, en manifestant leurs effets dommageables après 65 ans. Ces observations laissent supposer que l'effet des bonnes habitudes de vie serait cumulatif et profitable tout au long du cycle de la vie. Les bonnes habitudes de vie, c'est comme les REER... ça peut rapporter gros avec le temps!

La littérature médicale reconnaît d'ailleurs que l'adoption de bonnes habitudes de vie s'avère une stratégie avantageuse pour prévenir les maladies chroniques, principales causes d'incapacité et de dépendance chez les aînés. De plus, chez la personne âgée, la qualité de vie, élément fondamental de la santé conformément à la définition de l'OMS, serait largement déterminée par la capacité à conserver son autonomie et son indépendance. Les bonnes habitudes de vie seraient déterminantes pour la santé des personnes âgées non seulement pour prévenir l'apparition et la progression des maladies chroniques qui réduisent significativement les chances de vieillir en santé, mais également **pour préserver l'autonomie et la qualité de vie des aînés.**

S'il est normal que la santé ait tendance à se dégrader avec l'avancée en âge, les risques de perdre la bonne santé en vieillissant sont moins élevés à tous les âges pour le groupe ayant de bonnes habitudes de vie, et l'écart grandit avec l'âge surtout à partir de 65 ans.

Figure 1

Rapport de risques de perdre sa bonne santé selon qu'on adopte ou pas de bonnes habitudes de vie, chez les personnes de 45 ans et plus.



* N'a jamais fumé ou a arrêté depuis au moins dix ans, physiquement actif durant les loisirs, IMC compris entre 18,6 et 24,9
 ** Ne satisfait pas aux critères des bonnes habitudes de vie tels que définis ci-dessus.

Adapté de Martel, L. et autres (2005) ¹

Des activités pour le plaisir des aînés

À ce jour, nombre de programmes de santé publique visant la population en général font la promotion des bonnes habitudes de vie. La promotion se situe au premier niveau de la pyramide de l'approche populationnelle (figure 2).

Cependant, certains programmes s'adressent spécifiquement aux personnes âgées. C'est le cas notamment des activités proposées par Kino-Québec pour un mode de vie actif chez les aînés. Au bilan de l'année 2004-2005, le nombre de groupes et de participants à ces activités, de même que la durée et la fréquence des rencontres ont progressé. Cette année, les 19 clubs de marche et les 78 groupes *Viactive* répartis à travers la région des Laurentides ont permis de rejoindre près de 2 000 participants : constat appréciable vu la tendance à la sédentarité chez les aînés. En effet, selon les données sociosanitaires laurentidiennes, la proportion de personnes inactives durant les loisirs augmente avec l'âge et atteint plus de 50 % chez personnes de 65 ans et plus².



Groupe *Viactive* : activité de groupe pour les personnes âgées, animée par des aînés bénévoles formés. Les aînés se rencontrent une à deux fois semaine pour pratiquer les routines d'exercices développées expressément pour eux par Kino-Québec.

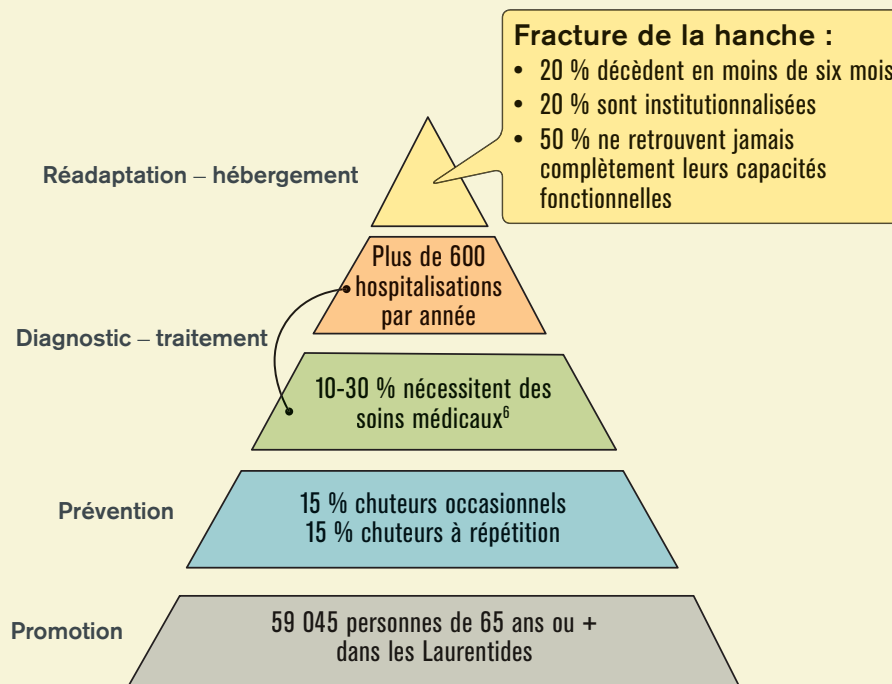


PHOTO : KINO-QUÉBEC

Figure 2

Les chutes chez les personnes âgées : L'approche populationnelle

Décès : 30 décès annuels associés aux chutes
chez les 65 ans ou plus dans la région
des Laurentides



Être actif pour le plaisir... de demeurer en santé

Nouveauté cette année, la Direction de santé publique des Laurentides souhaite appuyer l'adoption de saines habitudes de vie chez les aînés par le biais d'un programme de prévention des chutes, (deuxième niveau de la pyramide, figure 2). En effet, plusieurs facteurs de risque de chute chez les aînés sont en rapport avec les habitudes de vie. Il s'agit principalement de la sédentarité et de la malnutrition, et dans une moindre mesure, du tabagisme, par son incidence sur l'ostéoporose. Ce programme, est recommandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour rendre opérationnelles les cibles d'intervention du Programme national de santé publique (PNSP). Il constitue, entre autres, une stratégie pour réduire l'impact des changements démographiques sur le système de santé. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie, consécutive à l'amélioration des conditions de vie et au progrès des connaissances mé-

dicales au cours du XX^e siècle, combinée au vieillissement de la population, fait appréhender la croissance de la demande de soins et de services de santé. Le défi majeur, particulièrement à l'aube de l'accession de la cohorte de baby-boomers à l'âge de la retraite, consiste à préserver l'autonomie des aînés. Or en regardant la figure 2, on constate que la chute est un problème fréquent chez les aînés qui vivent à domicile: 30 % des aînés font au moins une chute par année³. Problème sérieux chez l'aîné, la chute nécessite souvent le besoin de recourir à des soins médicaux, est responsable d'environ 600 hospitalisations³, représente fréquemment l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie pouvant exiger des soins de réadaptation, et cause plus de 30 décès chaque année dans la seule région des Laurentides³. À titre d'exemple, environ la moitié des aînés qui se fracturent la hanche à la suite d'une

chute ne retrouvent jamais leurs capacités fonctionnelles, jusqu'à 20 % doivent être institutionnalisés et le cinquième en meurent en moins de six mois³. La chute constitue en soi un important prédicteur de l'hébergement institutionnel, et ce même si aucune blessure grave n'en résulte. En effet, la peur engendrée par une chute peut, à elle seule, amener la personne âgée à perdre confiance et à réduire ses activités, entraînant un déconditionnement et un déclin accéléré des capacités fonctionnelles. D'ailleurs, 40 % des admissions en centre d'hébergement seraient, chez les aînés, consécutives à une chute⁴. Le programme de prévention des chutes s'inscrit donc dans le respect des aspirations de plusieurs aînés concernant le choix résidentiel à savoir « Chez soi le premier choix »⁵.



PHOTO : KINO-QUÉBEC

La chute, un événement multifactoriel

Dans l'état actuel des connaissances, la chute chez l'ainé résulterait de l'interaction entre plusieurs des facteurs de risque qui sont liés à :

- l'état de santé et la capacité physique de la personne;
- ses comportements (alimentation, consommation inadéquate de médicaments, prise de risque, souliers inappropriés);
- son environnement (impliqué dans 30 à 50 % des chutes chez les aînés³).

En agissant efficacement sur certains facteurs, dont plusieurs interpellent les habitudes de vie, il serait possible de diminuer l'occurrence et la gravité des chutes. C'est le cas notamment de l'atrophie musculaire de la personne âgée, qui cause une diminution de force et d'endurance, entraînant une réduction de l'équilibre et de la capacité de marcher, un des facteurs de risque de chute les plus importants et les mieux démontrés. Or cette fonte musculaire ne serait pas tant attribuable au vieillissement (et aux problèmes de santé fréquents avec l'âge) qu'à la sédentarité et à un apport nutritionnel inadéquat et, de ce fait, serait en partie réversible. C'est pourquoi des programmes d'exercices, par leur potentiel à améliorer la capacité physique des personnes aînées, et le counselling nutritionnel sont au nombre des interventions utiles. D'ailleurs, face à une problématique aussi complexe, les experts recommandent des interventions multifactorielles, c'est-à-dire visant plusieurs facteurs de risque de chute.

► Ajouter des années à la vie et de la vie aux années

C'est ainsi qu'a été développé le *Programme de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile*. Ce programme, qui s'adresse aux personnes âgées à risque, s'insère dans un continuum de services et en complémentarité avec les interventions de nature curative comme les soins et la réadaptation. Le Programme comporte trois volets pour autant de types d'interventions.

1 Interventions multifactorielles non personnalisées : *Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.)*

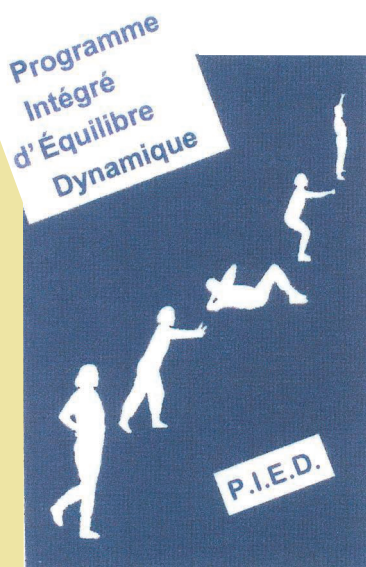
Activités de groupe destinées aux aînés qui ont fait une chute dans les 12 derniers mois ou qui sont préoccupés par leur équilibre. Le programme comprend des exercices axés sur l'équilibre et la mobilité, auxquels se greffent des capsules de discussion sur les risques environnementaux et comportementaux. Ces activités sont offertes dans tous les CSSS de la région depuis l'automne : 43 groupes P.I.E.D. sont prévus cette année dans les Laurentides.

2 Interventions médicales préventives

Interventions qui s'adressent aux médecins afin de les inciter, dans le cadre de la consultation médicale de leurs patients aînés, à dépister les chutes, les troubles d'équilibre et de mobilité, et, le cas échéant, à faire l'évaluation des facteurs de risque de chute et à proposer les actions appropriées.

3 Interventions multifactorielles personnalisées

Interventions visant les aînés admissibles aux services de Soins à domicile, et consistant à procéder au dépistage de cinq facteurs de risque de chute (troubles d'équilibre et de marche, malnutrition, utilisation inadéquate de médicaments, hypotension orthostatique, risques dans l'environnement domiciliaire) et à prescrire un plan d'intervention personnalisé en fonction des facteurs identifiés.



Le programme complet (3 volets) est offert dans deux CSSS de la région à titre de projet-pilote en 2005-2006, pour s'étendre au fil des années à l'ensemble de la région.

Par la promotion des activités *Viactive* de Kino-Québec et l'implantation du *Programme de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile*, la DSP souhaite encourager l'adoption de bonnes habitudes de vie chez les aînés, notamment la pratique d'activités physiques, pour préserver la santé et l'autonomie. Toutefois, sans minimiser la responsabilité individuelle quant aux comportements adoptés par chacun, il ne faut pas négliger la contribution majeure de l'environnement, dont les conditions semblent souvent déterminer en grande partie les choix individuels. Ainsi, le vieillissement de la population représente un défi sociétal qui sollicite des actions intersectorielles, notamment au chapitre de l'aménagement du territoire et des installations afin de les rendre plus sécuritaires et propices au maintien d'une vie active. Les changements apportés pour le bénéfice des aînés sont susceptibles, en plus de dynamiser le territoire, d'être profitables pour l'ensemble de la population. ►

Pour en savoir



Site de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal
www.vieillissement.ca

Site de l'Agence de santé publique du Canada (Guide d'activité physique pour les aînés)
www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/aines/index.html

Site de la Direction de santé publique de Montréal-Centre (programme P.I.E.D.)
www.santepub-mtl.qc.ca/Aines/programmechute/index.html

Site du MSSS pour La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile- cadre de référence-
www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html

Site de Kino-Québec
www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisScientifiqueAines.pdf

ARTICLE « Les maladies chroniques : quand on peut les éviter! »

1. POIRIER, Alain, et Marc-André MARANDA (sous la dir. de). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé*, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p. 29.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Fichiers des décès, 1986-1999.
3. DOUGLAS, Manuel G., et autres. « Espérance de vie corrigée en fonction de la santé en l'absence d'une cause chez les Canadiens atteints de certaines maladies chroniques », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 24, n° 4, 2003, p. 121-129.
4. SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*. Division de la recherche sur les politiques. Direction de la politique stratégique. Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 2002, [En ligne]. <http://www.pach-asp.gc.ca/publicat/ebic-femc98/pdf/femc1998.pdf>
5. (cité dans) AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. La santé une responsabilité partagée : *Portrait de santé et du bien-être de la population dans la région des Laurentides*, Saint-Jérôme, Direction de santé publique des Laurentides, 2005, 325 p.
6. PARADIS, Gilles, et autres. « Chapitre 15 : Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires », dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Collection de la santé et le bien-être », 2002, p. 345-370.
7. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER et INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2005*, Toronto, La Société canadienne du cancer, 2005, [En ligne]. http://www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_86755361/18/13/399036039cw_stats_2005_fr.pdf
8. ÉMOND, Valérie, et Louis ROCHETTE. *La surveillance du diabète au Québec : Prévalence et mortalité en 2001-2002*, Institut national de santé publique du Québec, Unité connaissance surveillance, 2005, 15 p.

ARTICLE « Fumée de tabac et santé... des faits écrasants »

1. DOLL, R., et A.B. HILL. « Smoking and carcinoma of the lung preliminary report », *British Medical Journal*, vol. 2, 1950, p. 739-748.
2. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER et INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2005*, Toronto, La Société canadienne du cancer, 2005, 120 p.
3. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Enquêtes sociales et de santé 1987, 1992-1993, 1998, compilations spéciales, août 2005.
4. STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003.
5. POIRIER, Alain, et Marc-André MARANDA (sous la dir. de). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé*, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.
6. DAUTZENBERG, B. (sous la dir. de). *Rapport du groupe de travail DGS tabagisme passif*, Paris, La Documentation française, 2001, 109 p., [En ligne]. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000432/0000.pdf>
7. COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC. *Aperçu des effets néfastes sur la santé : la fumée de tabac secondaire (FTS)*, Montréal, Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, s.d.
8. DOLL, R., et autres. « Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors », *British Medical Journal*, vol. 328, 2004, p. 1519-1527.

9. MAKOMASKI, E.M., et M.J. KAISERMAN. « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998 », *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, n° 1, 2004, p. 38-44.
10. GOTAY, C.C. « Behavior and cancer prevention », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 23, n° 2, 5 janvier 2005, p. 301-310.
11. CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY. « Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant, part B : Health effects », *Public Review Draft*, mars 2005, [En ligne]. <http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/dreport/dreport.htm>

ARTICLE « Qu'est-ce qu'on attend pour bouger? »

1. (cité dans) LACHANCE, Brigitte, et Julie COLGAN. *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques : Cadre de référence*, Document de travail, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, mars 2005, 61 p.
2. STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003.
3. AGENCE MÉTROPOLITAINE DE TRANSPORT. « Mobilité des personnes : Enquête origine-destination 1998 », *Site de l'Agence métropolitaine de transport*, [En ligne]. http://www.cimtu.qc.ca/EnqOD/1998/Resultats/mobilite/pdfs/mobmtl_1998_sect_411.pdf
4. MINISTÈRE DES TRANSPORTS. « Réseau routier », *Site de Transports Québec*, [En ligne]. <http://www.mtq.gouv.qc.ca/fr/reseau/index.asp>
5. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. « Indicateurs de gestion 2002-2003 : Transport scolaire », Direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs, *Site de l'Éducation, Loisir et Sport Québec*, [En ligne]. http://www.mels.gouv.qc.ca/stat/Transport_scolaire/index_ts0203.htm
6. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. « L'obésité », dans *Améliorer la santé des Canadiens : Initiative sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004, p. 119.
7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, Organisation mondiale de la santé, « Série de Rapports techniques », n° 894, 2003, 284 p.
8. BOUCHARD, Claude, et Paul BOISVERT (sous la dir. de). *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé : Avis du comité scientifique de Kino-Québec*, Ministère de l'Éducation, Direction des communications, 1999, 27 p.
9. STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1, 2001.
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 253 p.
11. PÉRONNET, François (sous la dir. de). *L'activité physique. Déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus : Avis du comité scientifique de Kino-Québec*, Gouvernement du Québec, Secrétariat au loisir et au sport, 2002, 59 p.
12. FONDATION DES MALADIES DU COEUR DU CANADA. « Le bulletin de santé des Canadiens et des Canadiennes 2005 : La banlieue, un mauvais rêve? » *Site de la Fondation canadienne des maladies du cœur*, Communiqué de presse, 10 février 2005, [En ligne]. <http://ww1.fmcoeur.ca/Page.asp?PageID=940&ArticleID=3800&Scr=news>

ARTICLE « Manger sainement : une simple intention ou une réalité? »

1. LES DIÉTÉTISTES DU CANADA. « Rapport 2005 : Ce que pensent les Canadiennes et les Canadiens de la saine alimentation, de l'activité physique et du poids corporel », *Site Les diététistes du Canada : Manger mieux c'est meilleur*, Mois de la nutrition, mars 2005, [En ligne]. http://www.dietetistes.ca/french/pdf/MN2005_Rapport_Sondage.pdf
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 253 p.
3. STATISTIQUE CANADA. « Consommation des aliments au Canada, 2003 », *Statistiques sur les aliments*, vol. 3, n° 2, 2003.
4. BERTRAND, Lise. « Chapitre 5. Consommations alimentaires », dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 : Volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, « Collection la santé et le bien-être », 2004, p. 89-107.
5. STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003.
6. STATISTIQUE CANADA. « Consommation des principaux groupes d'aliments par personne (Boissons) et (Autres) », *Le Canada en statistiques*, [En ligne]. http://www40.statcan.ca/102/cst01/famil102c_f.htm
7. JACOBS-STARKEY, Linda, Louise JOHNSON-DOWN et Katherine GRAY-DONALD. « Food habits of Canadians: Comparison of intakes in adults and adolescents to Canada's food guide to healthy eating », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 62, n° 2, 2001, p. 61-69.
8. STATISTIQUE CANADA. « L'économie : La restauration », *Le Cyberlivre du Canada*, [En ligne]. http://142.206.72.67/03/03e/03e_002b_f.htm
9. LITTLE, Don, et Leslie BENNETT. « La concurrence dans les services de restauration durant les années 1990 », *Statistique Canada, Division des industries de service, Indicateurs des services*, n°32, juillet 2000, [En ligne]. <http://www.statcan.ca/francais/research/63F0002XIF/63F0002XIB2000032.pdf>
10. YOUNG, L.R., et M. NESTLE. « Expanding portion sizes in the US marketplace: implications for nutrition counseling », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 103, n° 2, 2003, p. 231-234.
11. MC CRORY, M.A., et autres. « Dietary variety within food groups : association with energy intake and body fatness in men and women », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 69, 1999, p. 440-447.
12. RAINE, Kim D. *Le surpoids et l'obésité au Canada: Une perspective de la santé de la population*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004, 89 p.
13. DREWNOWSKI, A, et S.E. SPECTER. « Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 79, n° 1, 2004, p. 6-16.

ARTICLE « L'obésité : n'attendons pas que le problème soit devenu trop gros »

1. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Enquête de santé 1987, Enquêtes sociales et de santé 1992-1993 et 1998. Totalisations spéciales, juin 2005.
2. STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1, 2001.
3. STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003.
4. TJEPEKEMA, Michael, et Margot SHIELDS. *Obésité mesurée: Obésité chez les adultes au Canada*, Statistique Canada, « Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », n° 1, 2005, 36 p.

Bibliographie - Rapport de la directrice de santé publique

- STATISTIQUE CANADA. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Obésité chez les enfants et les adultes », *Le Quotidien*, 6 juillet 2005, [En ligne]. <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/050706/q050706a.htm>
- LEPETIT, Christel, et Jean-Marie BERTHELOT. *Obésité : un enjeu en croissance*, Statistique Canada, « En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population », 2005, 9 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, Organisation mondiale de la santé, « Série de Rapports techniques », n° 894, 2003, 284 p.
- CARRIÈRE, Gisèle. « Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile », Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, supplément, 2003, p. 33-44.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). « Chapitre 5 : L'obésité », dans *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, ICIS, 2004, p. 103-145.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 253 p.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Objectif jeunes : comprendre soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise*, Montréal, Direction de prévention et de santé publique, 2005, 108 p.
- GROUPE DE TRAVAIL PROVINCIAL SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (GTPPP). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*, ASPQ, 2003, 24 p.

ARTICLE « Ensemble pour réduire le fardeau croissant des maladies chroniques »

- STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003.

ARTICLE « La santé : une préoccupation des citoyens... et des municipalités? »

- Article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- LAJOIE, Christine. *La municipalité, un lieu de qualité pour les familles*, Ministère de l'emploi, de la solidarité et de la famille, 2003, 26 p.

ARTICLE « Quand santé rime avec productivité »

- STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003.
- BAUN, W.B. « The impact of health promotion programs on sickness absence », dans Kaman, R.L., et I.L. Champaign. *Worksite Health Promotion Economics*, Human Kinetics Publishers, 1995.
- CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC. *L'absentéisme en milieu de travail. Partie 1 : État de situation*, 1998, [En ligne]. http://www.cpqc.ca/files/PDF/Dossiers/9809_absenteismeptie1.pdf
- CENTRE PATRONAL DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. « Les problèmes de santé mentale : une des principales causes d'absences prolongées au travail », *Convergence*, vol. 15, n° 4, 1999.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *La vie active au travail : Une bonne affaire*, s.d. [En ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/au_travail/supp_material_f.html
- PLOTNIKOFF, R., et autres. « Working Physical Activity Framework », *Site Alberta Centre for Active Living*, 2003, [En ligne]. <http://www.centre4activeliving.ca/Research/2003Workplace/framework.htm>

ARTICLE « Une pomme chaque jour éloigne le médecin... »

- STANGE, K.C., et autres. « Direct observation of rates of preventive service delivery in community family practice », *Preventive Medicine*, vol. 31, n° 2, 2000, p. 167-176.
- COHEN, D., et autres. « Opportunistic approaches for delivering preventive care in illness visits », *Preventive Medicine*, vol. 38, 2004, p. 565-573.
- STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003.

ARTICLE « De saines habitudes de vie de la naissance et même avant »

- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES – DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La Périnatalité enseignée aux parents – Guide d'enseignement en périnatalité*, Saint-Jérôme, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2002.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *L'intervention tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme : Guide du formateur*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la santé publique, 2005.
- DIETZ, W.H. « Breastfeeding may help prevent childhood overweight », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, 2001, p. 2506-2507.
- VIRTANEN, S.M., et autres. « Early introduction of dairy products associated with increased risk of IDDM in Finnish children », *Diabetes*, vol. 42, 1993, p. 1786-1790.
- RAVELLI, A.C., et autres. « Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 82, 2000, p. 248-252.
- KULL, Inger, et autres. « Breast-feeding reduces the risk of asthma during the first 4 years of life », *Journal of Allergy & Clinical Immunology*, vol. 114, n° 4, 2004, p. 478-481.
- MARINI, A., et autres. « Effects of a dietary and environmental prevention programme on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants: three years follow-up », *Acta Paediatrica*, vol. 414, supplément, 1996, p. 1-22.
- DAVIS, M.K., D.A. SAVITZ et B.I. GRAUBARD. « Infant feeding and childhood cancer », *The Lancet*, vol. 2, n° 8607, 13 août 1988, p. 365-368.
- PISACANE, A., et autres. « Breastfeeding and multiple sclerosis », *British Medical Journal*, vol. 308, 1994, p. 1411-1412.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review ». *Note for the Press*, n° 7, 2 avril 2001, [En ligne]. <http://www.who.int/inf-pr-2001/cn/note2001-07.html>
- COMMINGS, R.G., et R.J. KLINEBERG. « Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fracture in elderly women », *International Journal of Epidemiology*, vol. 2, n° 4, p. 684-691.
- ROSENBLATT, K.A., et D.B. THOMAS. « Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer », *International Journal of Epidemiology*, vol. 22, n° 2, 1993, p. 192-197.
- « Breastfeeding and risk of breast cancer in young women: United Kingdom National Case-Control Study Group », *British Medical Journal*, vol. 307, 1993, p. 17-20.

ARTICLE « Maman, papa, c'est super cool à l'école! »

- ARCAND, L., et autres. *Les compétences essentielles liées à la santé et au bien-être à intégrer au curriculum des enfants de l'éducation préscolaire et des jeunes du primaire et du secondaire au Québec*, Québec, Groupe interministériel sur les curriculums, 1998, 75 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. Portrait statistique de l'éducation, région administrative (15) et région administrative de Laval (13), banque de cheminement scolaire (BCS), 2004, [En ligne]. http://www.mels.gouv.qc.ca/stat/Portraits_regionaux/pdf/15_complet.pdf
- KINO-QUÉBEC. *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes : Avis du comité scientifique de Kino-Québec*, Québec, Secrétariat aux loisirs et aux sports, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2000.
- STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, DIRECTION SANTÉ QUÉBEC. Résultats préliminaires de l'ESCC cycle 2.2 (volet nutrition), tiré du fichier de partage- copie d'évaluation de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), volet nutrition, cycle 2.2 (2004) de Statistique Canada, 2005.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire, Québec, Institut de la statistique au Québec, 2002.
- Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), ministère de l'Éducation (MEQ), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ), Table de concertation nationale en promotion et en prévention (TCNPP), 2005.

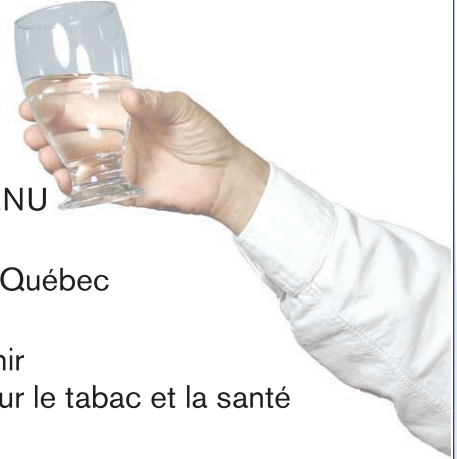
ARTICLE « Ajouter des années à la vie et de la vie aux années »

- MARTEL, L., et autres. « Vieillir en santé » dans Statistique Canada. *En santé aujourd'hui, en santé demain ? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, n° 4, 9 mai 2005, p. 1-9.
- STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003.
- (cité dans) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – cadre de référence*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.
- (cité dans) MINISTRE DES TRAVAUX PUBLICS ET SERVICES GOUVERNEMENTAUX CANADA. *Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix : la Politique de soutien à domicile*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.
- FRANCOEUR, Louise. « Les chutes : tomber juste ». Texte de conférence présenté au premier symposium de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, *Les chutes chez les personnes âgées, une question d'équilibre?*, Montréal, octobre 2001.

AGENDA SANTÉ 2006*

JANVIER

- Du 1^{er} janvier au 28 février
Période d'inscription du
Défi j'arrête, j'y gagne! – ACTI-MENU
- Du 14 janvier au 19 février
Campagne *Plaisirs d'hiver* – Kino-Québec
- Du 15 au 21 janvier
Semaine québécoise pour un avenir
sans tabac – Conseil québécois sur le tabac et la santé



FÉVRIER

- Mois du cœur – Fondation des maladies du cœur
- Concours *École active* – Kino-Québec

MARS

- Mois national de la nutrition
- *Défi Moi j'croque 5 fruits et légumes* – Fédération québécoise du sport et étudiant

MAI

- Mois de l'éducation physique et du sport
étudiant – Association du Sport étudiant du Québec
- 31 mai
Journée mondiale sans tabac – Organisation mondiale de la santé
- Entrée en vigueur de plusieurs articles de la Loi sur le tabac

JUIN

- Du 4 au 10 juin
Semaine des municipalités – Ministère des Affaires municipales et
des Régions (3 et 4 juin *Les journées actives*)

OCTOBRE

- Du 1^{er} au 8 octobre
Semaine mondiale de l'allaitement maternel
- Du 1^{er} au 31 octobre
Campagne *Mon style de marche* – Kino-Québec
- 6 octobre
Journée nationale du sport et de l'activité physique – Ministère
de l'Éducation, du Loisir et du Sport

* Les dates sont mentionnées sous toute réserve

RAPPORT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

